

Schulden zijn  
*ongezond*

# Aandacht voor schulden in het lokale gezondheidsbeleid

Gezondheidsverschillen terugdringen door schulden aan te pakken

# Schuldhelpverlening kan een belangrijke bijdrage leveren aan gezondheidsbevordering

Een whitepaper voor de beleidsadviseur gezondheid

**Februari 2022**

Nadja Jungmann  
Annemarieke van der Veer  
Kim van Dijk



Kenniscentrum Sociale Innovatie

*Bezoekadres:*  
Padualaan 101  
3584 CH Utrecht

*Postadres:*  
Postbus 85397  
3508 AJ Utrecht

*Telefoon: 088 – 481 92 22*  
*E-mail: [ksi@hu.nl](mailto:ksi@hu.nl)*

# Inhoudsopgave

Inhoudsopgave	3
<b>1 Inleiding</b>	<b>5</b>
<b>2 Het belang van signalering in de eerstelijnszorg</b>	<b>5</b>
2.1 De impact van schulden op gezondheid(sbeleving)	5
2.2 De omvang van de schuldenproblematiek	5
2.3 De impact van schulden op zorgmijding	6
2.4 De plek van schulden in het lokale gezondheidsbeleid	6
<b>3 Verwijzen kan op tal van manieren</b>	<b>7</b>
<b>4 Stappen om tot verwijzen te komen</b>	<b>8</b>
<b>5 Zorgvuldige omgang met gegevens</b>	<b>11</b>
<b>6 Specifieke ondersteuning voor de huisartsenzorg</b>	<b>13</b>
6.1 Materialen voor signalering en verwijzing	13
6.2 Bekostiging van de samenwerking	14
<b>7 Meer informatie</b>	<b>15</b>
BIJLAGE 1 IMPACT GELDZORGEN OP GEZONDHEID	16
BIJLAGE 2 OVER SCHULDENPROBLEMATIEK	18

# Schulden maken ziek

*Prof. Van den Muijsenbergh*

*Bijzonder hoogleraar Gezondheidsverschillen en*

*Persoonsgerichte Integrale EerstelijnsZorg en huisarts*

---

# 1 Inleiding

Eén op de vijf huishoudens worstelt met (forse) financiële problemen. Zij hebben te maken met incassobureaus en deurwaarders en ervaren vaak de nodige zorgen en stress. Chronische geldstress veroorzaakt gezondheidsklachten. Slecht slapen, hoofdpijn, hoge en lage rugpijn en hoge bloeddruk zijn slechts voorbeelden van de plagende werking van geldzorgen. Om van deze klachten af te komen, zoeken mensen vaak een zorgverlener op zoals de huisarts of de fysiotherapeut. Deze staat vervolgens voor de onmogelijke opgave om klachten die wortelen in geldzorgen op te lossen via behandeling, medicijnen of een verwijzing. Zorgverleners brengen soms wel wat verlichting maar doordat de bron van de klachten blijft bestaan, bezoeken mensen met schulden vaker dan nodig de eerstelijnszorg. Dit is onnodige zorgconsumptie die zeker in tijden waarin de zorg onder ongekende druk staat het beste zo snel mogelijk kan worden voorkomen. Gemeentelijk gezondheidsbeleid kan hier een belangrijke rol in spelen. Vanuit dit beleid kan er een brug geslagen worden tussen de eerstelijnszorg en de lokale schuldhulpverlening. In voorliggend stuk is uitgewerkt waarom het slaan van deze brug een logische doorontwikkeling is van het lokale gezondheidsbeleid, hoe zorgverleners een verwijzingsrol op zich kunnen nemen, wat er nodig is om zorgverleners te interesseren voor die rol en welke randvoorwaarden schuldhulpverlening moet invullen om de beoogde gezondheidswinsten te incasseren.

## 2 Het belang van signalering in de eerstelijnszorg

Huisartsen, fysiotherapeuten, ergotherapeuten en tal van andere eerstelijns zorgverleners krijgen met regelmaat mensen voor zich waarbij de klachten zijn geworteld in geldzorgen. Dit verdient aandacht omdat de doorwerkingen van schulden op gezondheid(sbeleving) stevig zijn en het aantal huishoudens dat met problematische schulden worstelt groot is. Voor de meeste zorgverleners geldt dat alertheid op schuldenproblematiek, bespreken en verwijzen geen vanzelfsprekendheid is. Dat is een gemiste kans want het voortduren van financiële problematiek leidt vaak tot aanhoudend zorggebruik en op gemeentelijk niveau ook tot kosten op andere posten zoals langduriger uitkeringsafhankelijkheid en jeugdzorg. Daarbij komen schulden bovenmatig vaak voor bij huishoudens met een lager inkomen. Aandacht voor het wegnemen van geldzorgen, kan een serieuze bijdrage leveren aan de gemeentelijke ambitie om gezondheidsverschillen tussen inkomensgroepen te verminderen.

### 2.1 De impact van schulden op gezondheid(sbeleving)

Schuldenproblematiek werkt op allerlei manieren door op gezondheid(sbeleving). Onderzoek naar de doorwerking levert een waslijst aan klachten op. Een belangrijk inzicht in dit kader is dat schuldenproblematiek doorwerkt in zowel mentale als fysieke klachten. Daarbij werken (problematische) schulden ook door op een ongezonder leefstijl waardoor er als gevolg daarvan ook weer klachten kunnen ontstaan. Blok 1 bevat een beknopt overzicht van veel voorkomende doorwerkingen van schuldenproblematiek. Meer informatie over de impact van schulden op gezondheid is samengevat in Bijlage 1.

Mentale doorwerkingen	Fysieke doorwerkingen	Doorwerkingen op leefstijl
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Depressie</li> <li>• Angststoornissen</li> <li>• Dwangstoornissen</li> <li>• Suïcidale gedachten</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hoge en lage rugpijn</li> <li>• Hoge bloeddruk</li> <li>• Slapeloosheid</li> <li>• Diabetes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ongezonder eten</li> <li>• Meer roken</li> <li>• Overmatig drankgebruik</li> <li>• Drugsgebruik</li> </ul>

Blok 1: beknopte weergave van doorwerkingen van schuldenproblematiek

Prof. dr. Maria van den Muijsenbergh vertelt in [dit filmpje](#) over de relatie tussen schulden en gezondheid. Maria werkt als huisarts en is bijzonder hoogleraar Gezondheidsverschillen en persoonsgerichte integrale eerstelijnszorg aan de Radboud Universiteit/het Radboudumc. Sinds zij in 1983 begon met werken als huisarts richt zij zich met name op kwetsbare groepen (ongeneeslijk zieken, vluchtelingen en migranten, laaggeletterden en daklozen). In haar onderzoek richt zij zich op de vraag hoe persoonsgerichte integrale eerstelijnszorg kan bijdragen aan het verkleinen van de gezondheidsachterstanden van deze groepen. Maria schat dat ongeveer een op de vijf patiënten die vaak op het spreekuur komen te maken heeft met incassobureaus en deurwaarders.

### 2.2 De omvang van de schuldenproblematiek

De schuldenproblematiek in Nederland is groot. Bijna één op de vijf huishoudens worstelt met financiële problemen. Voor krap tien procent geldt dat hun situatie kan worden omschreven als problematisch. Hiermee wordt bedoeld dat de problemen zo complex zijn dat die alleen met professionele hulp kan worden opgelost. Er zijn geen exacte cijfers welk deel van de huishoudens met schulden ook worstelt met daaraan gerelateerde gezondheidsklachten. Huisartsen die werken in kwetsbare wijken en onderzoekers veronderstellen dat de doorwerking heel stevig is. Daarbij is schuldenproblematiek ook een hardnekkig fenomeen. Als mensen eenmaal problematische schulden hebben, komen ze daar doorgaans niet zomaar vanaf. Onderzoek van het CBS laat bijvoorbeeld zien dat meer dan de helft van de huishoudens die op 1 januari 2018 geregistreerde problematische schulden hadden, daar al meer dan drie jaar mee kampte (CBS, 2020). De hardnekkigheid heeft bij een deel van de huishoudens te maken met de complexiteit van hun schuldsituatie. Niet elke schuldsituatie is op

korte termijn op te lossen. Bij een veel grotere groep speelt er een heel ander probleem: ze vinden hun weg naar de schuldhulpverlening niet. Slechts 1 op de 6 huishoudens met problematische schulden ontvangt hulp. Mensen met schulden wachten vaak lang met het vragen om hulp. Huishoudens die schuldhulpverlening krijgen, hebben op dat moment een schuld van gemiddeld meer dan 40.000 euro (waarvan ruim de helft incassokosten, boetes en gerechtelijke kosten van beslagen zijn). Gemiddeld hebben zij 14 schuldeisers. Het overgrote deel worstelt en ploetert dus zonder ondersteuning met schuldenpakketten die zij onmogelijk zelf kunnen oplossen. Het gegeven dat een groot deel van deze groep ook gezondheidsklachten ontwikkelt, is in dit licht gezien dan ook eerder logisch dan verwonderlijk.

### 2.3 De impact van schulden op zorgmijding

TNS Nipo heeft in 2016 het gedrag van zorgmijders onderzocht. Van één op de vijf (19%) Nederlanders die destijds zorg heeft uitgesteld of gemeden, gaf de helft aan dat zij vonden dat het hen te veel geld kostte of dat zij het eigen risico uit wilden sparen. Een kwart gaf aan dat zij de zorg niet konden betalen. Teruggerekend naar het Nederlands publiek kan op basis van het TNS-onderzoek worden gesteld dat in 2016 10% van de Nederlanders zorg heeft uitgesteld of gemeden om het eigen risico uit te sparen en 5% de zorg meed omdat ze het niet konden betalen. Uit het TNS-onderzoek blijkt dat van de mensen die sinds 1 januari 2016 van zorg gebruik hebben gemaakt, één op de vijf (20%) aangaf een betalingsregeling te hebben afgesloten met hun verzekeraar voor het betalen van het eigen risico. Voor mensen met lagere sociale posities die van zorg gebruik hebben gemaakt, lag dit percentage zelfs op 25% tot 29%.

Het NIVEL onderzocht zorgmijding in 2015. Uit deze verkenning blijkt dat een klein deel van de Nederlanders het bezoek aan de huisarts vermijdt vanwege financiële redenen (3%). Dit percentage neemt niet toe door de jaren heen. Dit zijn vooral jongeren (18-39 jaar) en mensen met lagere inkomens.

### 2.4 De plek van schulden in het lokale gezondheidsbeleid

Gezondheidsbeleid is een wettelijke taak voor gemeenten. Er wordt van hen gevraagd om regie te voeren op het lokale gezondheidsbeleid en langs die weg bij te dragen aan landelijke opgaven zoals het [overbruggen van gezondheidsverschillen](#) en het [ontlasten van de zorg](#). In de landelijke nota Gezondheidsbeleid 2020-2042 worden gemeenten daarbij uitgenodigd om bij de regievoering te werken in de geest van het gedachtegoed van Positieve Gezondheid. In deze benadering wordt er in het lokale gezondheidsbeleid niet zozeer gekeken naar wat mensen mankeren en in dat kader nodig hebben maar veel meer naar de veerkracht en betekenis van het leven voor inwoners. De focus ligt op ondersteuning om mee te kunnen doen en niet primair op ondersteuning om dat wat mensen mankeren te compenseren of weg te nemen. De benadering van Positieve Gezondheid nodigt gemeenten uit om invulling te geven aan integraal gezondheidsbeleid. Dit vraagt van gemeenten dat zij in het kader van het lokale gezondheidsbeleid verbindingen leggen met relevante sectoren zoals het onderwijs, ruimtelijke ordening en sociale zaken. Door in deze context ook verbindingen te leggen tussen de eerstelijnszorg en schuldhulpverlening kan gezondheidswinst geboekt worden. In beleidstermen kan een nauwe samenwerking tussen de eerstelijnszorg en schuldhulpverlening zowel een bijdrage leveren aan de (gemeentelijke) ambitie om gezondheidsverschillen te overbruggen als aan de pogingen om de zorg te ontlasten.

#### *Overbruggen van gezondheidsverschillen*

Schuldenproblematiek komt bovenmatig vaak voor bij de laagste inkomens. De chronische geldstress en het ontbreken van geld voor zaken zoals gezonde voeding, sport en/of medicijnen vormen een deel van de verklaring van de gezondheidsverschillen tussen inkomensgroepen. Als huishoudens met problematische schulden dankzij verwijzingen uit de eerstelijnszorg vaker bij de schuldhulp terecht komen, ontstaat er vaker mentale en financiële ruimte om gezond(er) te gaan leven. Schuldhulpverlening kan in dit opzicht gezien worden als een belangrijk instrument om bij een deel van de groep met een gezondheidsachterstand de kansen op een langduriger en gezonder leven te vergroten.

#### *Ontlasten van de zorg*

Schuldhulpverlening is daarnaast ook een instrument om de zorg te ontlasten. In paragraaf 2.1 is beknopt uitgewerkt hoe geldzorgen doorwerken op leefstijl en fysieke en mentale gezondheid. De hardnekkigheid van schuldenproblematiek houdt niet alleen de financiële problematiek maar ook de gezondheidsproblemen in stand. Inwoners melden zich bij fysiotherapeuten met spanning gerelateerde klachten waarvoor geldt dat de echte behandeling bestaat uit het wegnemen van de geldzorgen. Bij huisartsen melden inwoners zich met klachten die ontstaan door de aanhoudende stress of ze nemen verwijzingen naar de tweedelijnszorg niet aan omdat ze de kosten van het eigen risico niet kunnen dragen. In al deze gevallen blijven inwoners bij herhaling de zorg opzoeken voor verlichting terwijl de schuldhulpverlening de oplossing in handen heeft. Door alert te zijn en deze groepen te verwijzen naar schuldhulpverlening kunnen klachten worden weggenomen en de weg naar tweedelijnszorg worden vrijgemaakt. In beide gevallen leidt dit direct tot ontlasting van de eerstelijnszorg. Ook hier is schuldhulpverlening dus een belangrijk instrument om ambities uit het lokale gezondheidsbeleid te realiseren.

#### *Verwijzen is niet oplossen*

Schuldhulpverlening wordt in dit visiedocument aangewezen als instrument voor lokaal gezondheidsbeleid. Zorgverleners zijn geen schuldhulpverleners. Er wordt geen uitgebreide tijdsinvestering van hen gevraagd. De gedachte dat schuldhulpverlening een belangrijke rol kan spelen in het lokale gezondheidsbeleid betekent *niet* dat er van zorgverleners

wordt verwacht dat zij zich verdiepen in de aanpak van schulden, dat zij bij inwoners uitvragen wat er financieel precies speelt of dat zij inwoners voorlichten. De meeste zorgverleners (h)erkennen dat geldzorgen ziek maken. Het is genoeg als zij bij verwondering over het aanhouden van klachten of het niet aannemen van een verwijzing naar de tweedelijnszorg informeren naar schulden als mogelijke verklarende factor. Bij een bevestiging dat er geldzorgen spelen, wordt er van de zorgverleners alleen gevraagd de inwoner erop te wijzen dat er schuldhelpverlening is en dat de inwoner daar van harte welkom is om de penibele situatie aan te pakken. Schuldhelpverlening heeft in deze benadering de opdracht om ervoor te zorgen dat zorgverleners precies weten naar wie zij inwoners kunnen verwijzen en dat inwoners die de stap naar schuldhelp zetten direct warm worden opgevangen.

### 3 Verwijzen kan op tal van manieren

Bij veel zorgverleners leeft terughoudendheid om bij patiënten te informeren naar eventuele financiële zorgen. De overwegingen daarvoor zijn divers. In de huisartsenzorg wordt tijdgebrek veel genoemd. Andere zorgverleners zoals fysio- en ergotherapeuten vragen zich ook wel af of ze vanuit hun rol niet te ver in het privéleven van de patiënt dringen als ze vragen stellen naar de financiën. Een derde reden voor terughoudendheid is dat het veld van de schuldhelpverlening heel divers is georganiseerd. Elke gemeente biedt weer op een andere manier zorg. Het is geen vanzelfsprekendheid dat zorgverleners weten naar wie ze een patiënt kunnen verwijzen. Interviews met patiënten van de huisartsenzorg in Almere wijzen uit dat mensen het best vaak lastig vinden om uit zichzelf over geldzorgen te praten maar het tegelijkertijd ook waarderen als de huisarts er wel voorzichtig naar vraagt. Rondom schuldenproblematiek leeft veel schaamte. Zelfs als mensen zelf een relatie vermoeden tussen hun klachten en geldzorgen zullen ze dat lang niet altijd uit zichzelf zeggen.

Alert zijn op schuldenproblematiek en verwijzen begint met de intentie om schuldenproblematiek op te merken en hoeft niet per se heel veel tijd van de zorgverlener te kosten. De belangrijkste inzet is alertheid en een vraag die enige gelijkenis heeft met: *'Het is wellicht een wat onverwachte vraag, heeft u misschien ook geldzorgen? Want ook daardoor kunt u deze klachten ervaren.'* Als zorgverleners precies weten hoe en naar wie zij patiënten met geldzorgen kunnen verwijzen, is de eerste stap gezet.

Zorgverleners zijn vaak zoekend naar het antwoord op de vraag hoeveel tijd signaleren en verwijzen kost. Ervaringen in de praktijk wijzen uit dat het antwoord op de vraag afhangt van de manier waarop de signalering en verwijzing wordt vormgegeven. Zorgverleners die zelf uitvragen wat er aan financiële problemen speelt, zijn meer tijd kwijt dan zorgverleners die alleen vragen of er wellicht geldzorgen leven. Zo nemen de huisartsen in Utrecht Overvecht extra tijd bij patiënten waarbij ze het vermoeden hebben dat er wellicht meer speelt dan alleen gezondheidsproblemen. De huisartsen hebben standaard 15 minuten per consult in plaats van 10 minuten en kunnen als daar aanleiding toe is een extra consult van 20 minuten inplannen. Deze extra tijd wordt gefinancierd door een zorgverzekeraar en de gemeente. In Rotterdam bij het gezondheidscentrum Lijn 2 is de belasting op de huisartsen minimaal. Dit centrum heeft een consulent geldzorgen in dienst. Als een patiënt een signaal geeft dat er geldzorgen spelen, verwijst de huisarts de patiënt naar de consulent die een achtergrond heeft in de schuldhelpverlening. Deze voert het inhoudelijke gesprek. De netto belasting op de tijd van de huisartsen is in deze opzet dus minimaal. Box 1 bevat een aantal voorbeelden van samenwerkingen die oplopen in belasting voor de zorgverlener.

#### Voorbeelden van warme verwijzingen tussen huisartsenzorg en schuldhelpverlening

1 In de gemeente **Losser** zijn in alle huisartsenpraktijken consulenten Jeugd en Wmo aanwezig om patiënten met niet medische problemen te ondersteunen. Omdat ze nauw samenwerken met de inkomensconsulenten bij de gemeente kunnen ze snel bepalen welke ondersteuning nodig is en met welke prioriteit.

2 De huisartsen van **Lijn 2**, een gezondheidscentrum in Rotterdam, verwijzen bij een vermoeden van financiële problematiek direct naar de consulent geldzorgen, die zij 'praktijkondersteuner financiën' hebben genoemd. De consulent houdt ook in het gezondheidscentrum kantoor. Wat volgt is een vrijblijvend gesprek in het gezondheidscentrum of bij de mensen thuis.

3 De huisartsen in de **Rubenshoek** in Den Haag praten met hun patiënten over de klachten én de onderliggende problemen. Als er sprake is van geldproblemen, wordt het zorgpad financiële problemen gestart. Dat betekent dat patiënten via een 'warme overdracht' in contact worden gebracht met het maatschappelijk werk, dat acht uur per week beschikbaar is in het gezondheidscentrum om patiënten te helpen hun persoonlijke situatie goed in kaart te brengen.

4 In **Utrecht Overvecht** werken huisartsen met de methode Krachtige basiszorg. In de spreekkamer zetten de huisartsen in op maatschappelijke ondersteuning, bijvoorbeeld door samen te werken met het Buurteam. Door patiënten te bevragen op het lichamelijk, maatschappelijk, geestelijk en sociaal domein, komen ook financiële problemen als oorzaak voor (niet-medische) klachten vaak ter sprake. Zie ook [www.toolkitkrachtigebasiszorg.nl](http://www.toolkitkrachtigebasiszorg.nl)

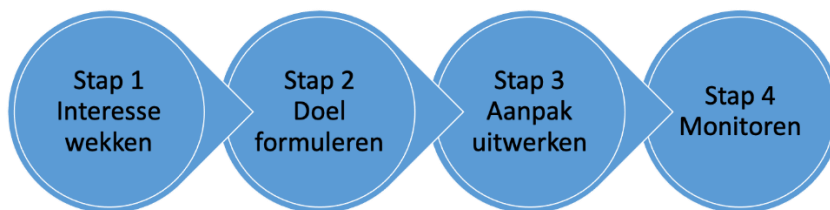
*Box 1 Voorbeelden van nauwe samenwerking tussen huisartsenzorg en schuldhelpverlening waarbij de tijd die het de huisarts kost om te signaleren en verwijzen van het eerste naar het laatste voorbeeld oploopt*

Leestip! In de publicatie 'Samenwerken bij schulden' is beschreven hoe in zes gemeenten de samenwerking op een aansprekende wijze is gegeven. Deze publicatie is [hier](#) te vinden.

## 4 Stappen om tot verwijzen te komen

Door heel Nederland heen zijn er tal van voorbeelden waar de huisartsenzorg en gemeenten intensief en met resultaat samenwerken. Het zijn echter uitzonderingen. In het leernetwerk Schulden en gezondheid dat in de tweede helft van 2021 drie keer bijeenkwam is gezocht naar een antwoord op de vraag: hoe faciliteert de gemeente een warme praktijk van signaleren en verwijzen in de huisartsenzorg? Het antwoord op die vraag is hieronder uitgewerkt. Daarbij is ook uitgewerkt welke hulpmiddelen er al voor huisartsen zijn om met zo min mogelijk inspanning te signaleren en verwijzen. Voorop staat dat in elke huisartsenpraktijk een andere vorm aan de samenwerking kan worden gegeven. Gemeente en huisartsenpraktijk kunnen hierin samen de beste passende invulling geven.

Om vanuit het lokale armoede en schuldenbeleid en/of lokale gezondheidsbeleid een praktijk van signaleren en verwijzen te realiseren, zijn er vier stappen nodig. Deze staan weergegeven in onderstaande figuur.



### Stap 1 Interesse wekken

De eerste stap is interesse wekken bij de huisartsenzorg. Huisartsen (h)erkennen dat geldzorgen doorwerken in klachten zoals slaapproblemen en hoofdpijn maar zijn om tal van redenen vaak (nog) niet toe aan een actieve samenwerking.



#### Activiteiten om interesse te wekken zijn onder meer:

- Benader de beleidsadviseur gezondheidszorg die in contact staat met huisartsen, gezondheidscentra en/of huisartsondersteunende organisaties. Wijs deze beleidsadviseur eventueel op het visiedocument 'Aandacht voor schulden in het lokale gezondheidsbeleid'. De beleidsadviseur kent de huisartsenzorg, weet welke praktijken mogelijk voor samenwerking open staan en kan een brugfunctie vervullen. Ook kan het lonen om contact op te nemen met overkoepelende partijen zoals een Zorggroep.
- Nodig de huisartsenzorg uit om te doordenken welke voordelen er voor hen zitten aan signaleren en verwijzen en attendeer of informeer hen in dat kader over mogelijkheden voor bekostiging.
- Verken waar de behoefte in de samenwerking ligt, waar huisartsen knelpunten zien in hun contacten met de gemeente of uitvoerende organisaties en waar naar hun idee hun patiënten het meest bij gebaat zijn.
- Wees zichtbaar als gemeente. Geef de huisarts informatie over wat de gemeente kan betekenen en waar patiënten terecht kunnen (ook als er geen schulden zijn). Biedt de huisarts een actuele sociale kaart. Vertel over de hulp die de patiënt mag verwachten op het adres waarnaar wordt verwezen.
- Bezoek de praktijk regelmatig en blijf in gesprek met huisarts en praktijkondersteuners. Roep ook hun expertise in bij inwoners die zorg mijden of bij wie gezondheidsproblemen opeens verergeren. Onderhoud het contact hierover.

### Stap 2 Doel formuleren

De tweede stap is met de huisartsenzorg formuleren welke doelen er worden nagestreefd. Beogen huisartsen schuldenproblematiek te signaleren en inwoners te wijzen op het bestaan van schuldhulpverlening? Of gaat de ambitie verder? Beogen huisartsen ook om individuele barrières te slechten die patiënten ervan weerhouden om ook echt de stap naar de schuldhulpverlening te zetten?





### Activiteiten om tot gemeenschappelijke doelen te komen zijn onder meer:

- Bepaal samen met alle betrokken partijen en beleidsdomeinen gemeenschappelijke doelen en kaders.
- Neem de samenwerking op in zowel lokaal schuldhulpverleningsbeleid als lokaal gezondheidsbeleid. In een nota gezondheidszorg kan inhoud en vorm worden gegeven aan een actieve rol van professionals in de eerste lijn bij het signaleren en verwijzen van inwoners met financiële problemen. Haal daarnaast binnen de gemeente de contacten aan tussen de uitvoerende afdelingen schuldhulpverlening en gezondheidsbeleid.
- Ga na welke structurele overleggen of samenwerkingsvormen er al zijn. Huisartsenpraktijken werken vaak al samen met andere zorg- en welzijnsorganisaties. Misschien kan binnen dat kader ook aan schuldenproblematiek worden gewerkt. Bepaal of en hoe dit binnen bestaande werkwijzen kan worden ingevoegd. Steek je licht op bij beleidsadviseurs gezondheidszorg en betrokken zorgverleners.
- Denk na over verknoping van programma's die al lopen of waar de gemeente eventueel nog mee wil starten. Een integrale samenwerking kan een goede basis bieden om te werken aan brede gezondheidsvraagstukken. Bijvoorbeeld Welzijn op Recept of Krachtige Basiszorg. Ook met Positieve Gezondheid wordt op een integrale manier naar gezondheid gekeken en samengewerkt op meerdere terreinen. Starten met een brede vorm van samenwerking waarin de huisarts meerdere levensdomeinen bevraagt kan een manier zijn om de relaties tussen huisartsenpraktijken en andere organisaties te versterken. Binnen die samenwerking kan aandacht worden gevraagd voor signaleren en bespreekbaar maken van financiële problemen.
- Houd in ruimtelijke ontwikkelingsplannen van (toekomstige) gezondheidscentra rekening met de fysieke ruimte die nodig is voor integrale samenwerking door eerstelijnszorg, paramedische zorg en het sociaal domein.
- Ga samen met de huisarts en/of zorgverzekeraar na of financiering binnen de huisartsenbesteding mogelijk is. Met een budget voor bijvoorbeeld overleggen of extra consultijs creëer je ruimte voor de betrokken partijen. Anders kan het voelen als iets 'dat erbij komt'. (Zie paragraaf 6.2 over besteding)
- Denk na over het schaalniveau waarop je samenwerking wilt vormgeven. Een regionale samenwerking met huisartsenorganisaties kan interessant zijn. De integrale samenwerkingsagenda Juiste zorg op de Juiste plek in de regio Twente is daarvan een mooi voorbeeld.
- Denk na over het inschakelen van een externe procesbegeleider. Als gemeente ben je vaak opdrachtgever en deelnemer tegelijkertijd. Een onafhankelijke procesbegeleider die de lokale situatie goed kent, kan helpen om ieders rollen te definiëren en de taken gericht op proces en resultaat te verdelen.
- Overweeg contact met de regionale ondersteuningsstructuur (ROS). ROS-organisaties kunnen over zaken als het schaalniveau en externe procesbegeleiding meedenken (zie de toelichting hieronder in box 1).

#### De ROS-organisaties zijn belangrijke samenwerkingspartners voor eerstelijnszorg

Er zijn in Nederland vijftien regionale ondersteuningsstructuren (ROS). Een ROS is een partner voor eerstelijnsorganisaties in het tot stand brengen van wijk- en populatiegericht werken en het stimuleren van innovaties. De ondersteuning vanuit de ROS'en is niet alleen gericht op samenwerking binnen de eerste lijn, maar ook met partijen daarbuiten: het sociale domein, de nulde en tweede lijn, overheden, zorgverzekeraars en het bedrijfsleven. Zorgverzekeraars zijn verantwoordelijk voor de inzet van de eerstelijns ondersteuningssystemen, die zijn bedoeld om de eerstelijnszorg in de wijk te versterken. De financiering wordt regionaal verdeeld via Zorgverzekeraars Nederland aan de regionale ondersteuningsstructuren, de ROS'en. Neem contact op met de ROS in de regio als je meer wilt weten over bijvoorbeeld op welk schaalniveau de samenwerking kan worden georganiseerd.

### Stap 3 Aanpak uitwerken

De derde stap is om uit te werken hoe de huisartsenzorg verwijst. Dit vraagt concrete afspraken over een warme overdracht. Een warme overdracht vraagt meer dan alleen de verwijzing. Huisartsen voeren regie op 'hun' patiënten. Dit betekent dat het voor hen niet alleen van belang is dat de lokale schuldhulpverlening de patiënt warm ontvangt maar ook dat zij een terugkoppeling krijgen op de ondersteuning die de patiënt daar krijgt. Deze drie zaken vragen alle drie om een uitwerking.



#### Activiteiten om tot een eenvoudige verwijsprocedure te komen

- Creëer een eenvoudige verwijsprocedure die niet wijzigt als er een personeelwisseling is. Denk bijvoorbeeld aan een vast mailadres dat niet aan een persoon is gekoppeld maar aan de uitvoerder van de schuldhulpverlening. Voor de huisarts is het belangrijk dat er korte lijnen zijn met de schuldhulpverlening, zoals een vast meldpunt waarnaar doorverwezen kan worden en waar direct met een doorverwijzing aan de slag wordt gegaan.
- Bied een mogelijkheid aan voor beveiligde gegevensuitwisseling. Kijk of kan worden aangesloten op Zorgdomein: [Sociaal domein - ZorgDomein](#).
- Leg de verwijsprocedure vast in een document en gebruik dat document voor periodieke evaluatie.

- Vraag regelmatig hoe het signaleren en bespreekbaar maken gaat en geef tips over hoe het ijs kan worden gebroken wanneer er een patiënt in de spreekkamer zit die met geldzorgen lijkt te worstelen.

Vormen van verwijzing rond geldzorgen in de huisartsenpraktijk zijn opgenomen in onderstaande tabel.

Vormen van verwijzing rond geldzorgen in de huisartsenpraktijk	Inspanning huisarts	Inspanning gemeente	Voor- en nadelen
In alle vormen kan sprake zijn van vrijblijvende voorlichting aan de patiënt.	Folders of animatie op digitale schermen in de wachtkamer. Deze attenderen patiënten op het bespreekbaar maken van geldzorgen bij de huisarts.	Geen.	Voordeel: bewustwording bij de patiënt dat klachten kunnen voortkomen uit geldzorgen en dat deze bespreekbaar zijn.
Huisarts geeft bij geldzorgen informatie over het loket schuldhulpverlening van de gemeente.	Huisarts vraagt bij signalen van geldzorgen gericht door naar financiële situatie. Verwijst indien gewenst.	Regulier intakegesprek.	Nadeel: terugkoppeling is niet mogelijk. Vrijblijvend: patiënten kunnen advies niet opvolgen. Voordeel: geldzorgen zijn bekend bij de huisarts.
Huisarts verwijst de patiënt warm door naar de gemeente op basis van gemaakte afspraken met de gemeente.	Huisarts vraagt bij signalen van geldzorgen gericht door naar financiële situatie. Verwijst indien gewenst en helpt de patiënt bij de afspraak.	Gemeente draagt zorg voor adequate opvolging verwijzing. Daarna volgt regulier intakegesprek. Gemeente koppelt terug.	Nadeel: huisarts moet actief ondersteunen. Voordeel: ondersteuning van een POH'er bij de uitvraag en verwijzing is mogelijk.
Huisarts verwijst de patiënt warm door naar medewerker van de gemeente <i>in de huisartsenpraktijk</i> .	Huisarts vraagt bij signalen van geldzorgen gericht door naar financiële situatie. Verwijst indien gewenst en helpt de patiënt bij de afspraak. Huisarts biedt werkkamer aan.	Gemeente of uitvoeringsorganisatie draagt zorg voor het op locatie voeren van een intakegesprek. Terugkoppeling wordt gegeven.	Nadeel: goede taakverdeling en organisatie is nodig. Voordeel: patiënt wordt meteen opgevangen in een vertrouwde omgeving.
Huisarts werkt via de methode Krachtige basiszorg of Welzijn op recept.	In de spreekkamer zetten de huisartsen in op maatschappelijke ondersteuning, bijvoorbeeld door samen te werken met het Buurtteam.	Gemeentelijk sociaal domein is verweven met eerstelijnszorg.	Nadeel: wordt tot nu toe vooral ingezet in wijken met relatief veel maatschappelijke problematiek. Voordeel: brede uitvraag. Door patiënten te bevragen op het lichamelijk, maatschappelijk, geestelijk en sociaal domein, komen ook financiële problemen als oorzaak voor (niet-medische) klachten vaak ter sprake.

### In Almere melden huisartsen patiënten via één mailadres

Een aantal huisartsenpraktijken in Almere gebruikt één vast mailadres om patiënten aan te melden bij de lokale welzijnsorganisatie. De welzijnsorganisatie houdt de mailbox van dit mailadres actief in de gaten. Na een melding nodigt de welzijnsorganisatie de patiënten actief uit voor een vrijblijvend gesprek. Juist door ook in de eerste vrijblijvende gesprekken te praten over de relatie tussen schulden en gezondheid, realiseerden patiënten zich dat schuldhulpverlening hen zou kunnen helpen bij hun klachten. De welzijnsorganisatie ontlast hierdoor de huisarts en ondersteunt inwoners om de stap naar hulp te zetten.

### Activiteiten om een verwijzing te laten leiden tot een intake schuldhulpverlening

Voor veel patiënten geldt dat ze wel ergens doorvoelen dat hun klachten mogelijk te maken hebben met de aanhoudende geldstress maar dat dit inzicht niet direct betekent dat ze al willen instappen in een traject schuldhulpverlening. Een dergelijk traject biedt weliswaar kans op een schuldenvrije toekomst maar vraagt ook veel offers. Huisartsenpraktijken die

al werk maken van verwijzen constateren dat veel patiënten bij de constatering dat de geldzorgen mogelijk de klachten veroorzaken lang nog niet altijd klaar zijn om de stap naar een intake te zetten. De inzet van onderstaande zaken vergroten de kans dat een patiënt een verwijzing aangrijpt om ook echt in te stappen op schuldhulpverlening:

- Bied de patiënt een vrijblijvend gesprek met een 'neutrale' partij die informatie geeft over gemeentelijke schuldhulpverlening. Denk bijvoorbeeld aan een welzijnsorganisatie (zie bovenstaand blok over de gemeente Almere). Op die manier kan de patiënt in zijn of haar eigen tempo toegroeien naar schuldhulpverlening.
- Bied de patiënt verschillende locaties voor het eerste gesprek met de gemeente. Voor veel patiënten is een afspraak bij de gemeente een hele stap. Het is fijn als de patiënt kan kiezen waar hij of zij wil afspreken. De huisartsenpraktijk kan een veilige haven zijn, maar een huisbezoek of een afspraak in een buurthuis zijn ook goede alternatieven.

#### Activiteiten om terug te melden

Veel huisartsen hechten grote waarde aan terugkoppeling. Zij willen zicht houden op hoe de situatie van de patiënt zich ontwikkelt en wensen in dat licht een terugkoppeling. Het sociaal domein is dit bij verwijzingen niet gewend. Door te voorzien in informatie over de opvolging is de kans groter dat huisartsen duurzaam blijven verwijzen.

- Geef (beveiligde) terugkoppeling aan huisarts en bespreek indien gewenst relevante casussen.
- Zorg voor een laagdrempelige manier van overleg.

#### De POH-F in gezondheidscentrum Lijn2 in Rotterdam over het belang van de vertrouwensband

Lijn2 heeft een consulent geldzorgen in dienst genomen die zij de POH-F (F staat voor financiën) hebben genoemd. Door de vertrouwensband tussen huisarts en patiënt wil de patiënt eerder in gesprek gaan met de consulent in het centrum en vormt een laagdrempelige brug tussen de praktijk en de gemeente. Ze is aanwezig in de praktijk en is geen onderdeel van de gemeentelijke schuldhulpverlening. Zo kan een patiënt wennen aan iemand die meekijkt met de financiën en meedenkt over de volgende stappen.

### Stap 4 Monitoren

De vierde stap richt zich op de monitoring van de samenwerking. Monitoring voorziet in een continu gesprek waarin drempels worden weggenomen en vertrouwen ontstaat. Actieve voorlichting over relevante ontwikkelingen en/of gezamenlijke scholing helpt bij het leren spreken van elkaars taal en het onderlinge vertrouwen. Monitoring biedt ook mogelijkheden om in beeld te brengen wat de samenwerking oplevert.



#### Activiteiten om permanent te monitoren

- Door te voorzien in een structuur van periodiek overleg wordt inzichtelijk hoe het signaleren en verwijzen werkt
- In de beginfase van samenwerking ligt het voor de hand dat periodiek overleg met een hogere frequentie plaatsvindt. Het is aan te bevelen om daarbinnen ook ruimte te creëren voor casuïstiek overleg. Huisartsen krijgen dankzij dergelijk overleg meer zicht op wat de gemeente in bepaalde situaties wel en niet kan betekenen vanuit de schuldhulpverlening.
- Houd de huisartsenpraktijken in de gemeente op de hoogte van relevante ontwikkelingen. Stel hen bijvoorbeeld op de hoogte als er stevige wijzigingen plaatsvinden in de wijze waarop de gemeente de schuldhulpverlening uitvoert.
- Overweeg na een vooraf vastgestelde periode (van bijvoorbeeld 1,5 jaar) een evaluatie. Betrek daarbij niet alleen de huisartsenzorg en de schuldhulpverlening maar ook patiënten.

## 5 Zorgvuldige omgang met gegevens

Als de eerstelijnszorg en gemeentelijke schuldhulpverlening vormgeven aan signalering en verwijzing dan is zorgvuldige omgang met gegevens een vereiste. De privacy van patiënten moet worden gewaarborgd wanneer gemeente en zorgverlener persoonsgegevens gaan uitwisselen. De wettelijke grondslag die hierop van toepassing is, is de AVG. Concreet betekent dit dat gegevensuitwisseling alleen mag als de patiënt daarvoor toestemming geeft. Deel alleen de gegevens die echt nodig zijn.

#### Tips over het delen van persoonsgegevens

- Werk je samen, laat de AVG-gegevensfunctionarissen, privacy officers en/of juristen van je organisatie dan meekijken naar de wijze waarop je binnen de samenwerking gegevens wilt delen, en welke gegevens je wilt delen.
- Zorg voor een beveiligd systeem om gegevens digitaal te delen. Er is software beschikbaar die voor de gezondheidszorg is ontwikkeld.
- Alle gemeenten in Nederland zijn sinds 1 januari 2021 verplicht om met woningcorporaties, water- en energiebedrijven en zorgverzekeraars samen te werken aan vroegsignalering van schulden (herziening Wgs) en bij signalen van deze

partijen contact op te nemen met de inwoner. De huisarts is daarin geen wettelijke signaalpartner. Gemeenten kunnen op eigen initiatief ook afspraken over vroegsignalering maken met andere partijen, zoals huisartsen. Het NIBUD heeft een handzame checklist gemaakt met tips: [NIBUD-checklist-vroegsignalering-paginas.pdf](#)

- De Autoriteit Persoonsgegevens publiceerde een handreiking over wat kan en mag sinds de aangescherpte Wet gemeentelijke schuldhulpverlening van kracht is. Je leest hierin waar je schuldhulpverlening aan moet denken om aan de AVG te voldoen: [handreiking\\_wet\\_gemeentelijke\\_schuldhulpverlening\\_-\\_aandachtspunten\\_volgens\\_de\\_ap.pdf \(autoriteitpersoonsgegevens.nl\)](#)

#### Lizzy van der Kooij, kwartiermaker Financieel Fit Den Helder, adviseur bij ZONH

In het samenwerkingsverband Financieel Fit Den Helder zijn afspraken gemaakt over de uitwisseling van persoonsgegevens. De AVG wordt daarbij gezien als een kans en geen belemmering: privacy is een groot goed en afspraken helpen om zorgvuldig hiermee om te gaan. Financieel Fit werkt met een duidelijke grondslag en doel van de gegevensuitwisseling, namelijk hulpverlening. De betrokken partijen zijn transparant richting inwoners en partners over het doel en de inzet (van hulpverlening) en de verwerking van (persoons)gegevens. De signaalpartners vragen aan mensen om zelf contact op te nemen met het Financieel Fit Team of ze vragen toestemming om gegevens door te mogen geven. Dat gebeurt dan telefonisch of via een beveiligde omgeving.

#### Voorbeeld Welzijn op recept

ZONH, de ROS-organisatie in Noord-Holland heeft een voorbeeld uitgewerkt over gegevensdeling vanuit Welzijn op Recept, tussen een gemeente en de huisartsen en welzijnsorganisaties. Voorwaarden gegevensuitwisseling tussen Sociaal werker en huisarts /POH-GGZ in het kader van Welzijn op Recept.

- Geschiedt alleen:
  - Met **toestemming van de cliënt**: dit wordt vastgelegd in de verwijzing van de huisarts (zie bijlage Format Verwijzing Welzijn op Recept)
  - Via de **beveiligde** mail, via een versleutelde emailbericht of telefonisch.
- De deelnemende Welzijnsorganisaties werken volgens een privacyreglement.
- Gegevensuitwisseling tussen deze partijen heeft (slechts) tot **doel om de cliënt te begeleiden naar een passend welzijnsaanbod**.
- HAP en de sociaal werker wisselen in het kader van welzijn op recept (uitsluitend) de volgende informatie over de cliënt uit:
  - **Naam en wijze waarop contact opgenomen** kan worden met de cliënt voor een afspraak (telefoonnummer/email en gewenste locatie)
  - De **reden van verwijzing**.
  - Bij **terugkoppeling door sociaal werker**: Of de cliënt gebruik maakt van de welzijnsactiviteit en welke afspraken rondom wel/niet deelname er verder gemaakt moeten/kunnen worden.
- Sociaal werker bewaart de gegevens van de cliënt in het cliëntenregistratiesysteem van de organisatie.
- De gegevens worden 15 jaar bewaard

Voorbeeld van een receptblok die de huisarts of praktijkondersteuner voorlegt aan de patiënt waarvoor de patiënt ook toestemming dient te geven met een handtekening.

Bron: ZONH in samenwerking met gemeenten in Noord-Holland Noord



### Verwijzing Welzijn op Recept

Aandacht en activiteiten  
als medicijn

---

Dit recept is bestemd voor:.....  
(naam cliënt)

Reden van verwijzing naar een welzijnsactiviteit:.....  
.....

Verwezen door:..... Datum:.....  
(naam zorgverlener)

Bovengenoemde wil graag met de sociaal werker van [redacted] afspreken op (aankruisen):  
 Huisartsenpraktijk       .....

Je kunt met hem/haar contact opnemen via: .....  
(telefoonnummer of emailadres)

O ik geef toestemming aan mijn zorgverlener om deze informatie te mailen naar de sociaal werkers van [redacted]  
 De sociaal werkers mogen informatie delen met mijn zorgverlener dat ik start en stop met een activiteit. Indien nodig kunnen zij hierover met elkaar overleg hebben.

Handtekening deelnemer: .....

## 6 Specifieke ondersteuning voor de huisartsenzorg

Binnen de eerstelijnszorg zijn huisartsen het meest betrokken bij signaleren en verwijzing bij schulden. Voor deze specifieke doelgroep is er in het leernetwerk Schulden en gezondheid uitgewerkt welke mogelijkheden er zijn voor bekostiging (zie de handreiking Geldzorgen in de spreekkamer). Ook zijn er door de Hogeschool Utrecht materialen uitgewerkt die huisartsenpraktijken kunnen inzetten om signalering en verwijzing te faciliteren. In deze paragraaf worden de materialen en bekostiging toegelicht.

### 6.1 Materialen voor signalering en verwijzing

Voor de huisartsenzorg zijn er een aantal specifieke hulpmiddelen ontworpen<sup>1</sup>.

- Er zijn **posters** en een **animatie** ontwikkeld die huisartsen kunnen worden opvangen of vertonen op digitale schermen. Op de poster staat de boodschap dat geldzorgen kunnen leiden tot gezondheidsproblemen en dat geldzorgen met de huisarts kunnen worden besproken. Wil een huisarts de poster *Geldzorgen zijn niet gezond* ontvangen, of zijn er speciale verzoeken? Stuur ons dan een email: kim.vandijk@hu.nl.
- Een **gratis e-learning** voor huisartsen en praktijkondersteuners. De e-learning *Patiënten met schulden in de huisartsenpraktijk* gaat breed in op de relatie tussen schulden en gezondheid, hoe huisartsen en praktijkondersteuners kunnen signaleren en hoe zij geldzorgen bespreekbaar kunnen maken. De e-learning bevat gespreksopeneren en ijsbrekers en informatie over hoe de patiënt kan worden ondersteund om met een schuldhulpverlener in gesprek te komen. De e-learning is in één uur te doorlopen en is **geaccrediteerd** voor praktijkondersteuners. <https://schuldenenincasso.nl/e-learning-patienten-met-schulden-in-de-huisartsenpraktijk/>
- Het gebruiken van de hulpmiddelen in de spreekkamer: dit zijn een **leidraad** met uitleg voor de huisarts en praktijkondersteuner en een **praatplaat** en **verwijskaart** die in het gesprek met de patiënt kan worden gebruikt om de wisselwerking tussen schulden, stress en gezondheidsklachten uit te leggen, en waarop gegevens rond de verwijzing kunnen worden genoteerd. Deze kan aan de patiënt worden meegegeven.

Poster



Alle producten zijn gratis te downloaden op de website: <https://schuldenenincasso.nl/interventiepakket-patienten-met-schulden/>.

Schulden zijn ongezond

### Vraag de gemeente om hulp!

#### Los samen uw geldproblemen op.

**Maak een afspraak voor een gesprek.**  
U kunt bellen met dit telefoonnummer:

Telefoonnummer: .....

Contactpersoon: .....

**Vul hieronder uw afspraak in:**

Dag: .....

Datum: .....

Tijd: .....

Adres: .....

Contactpersoon: .....

**U kunt ook naar het inloopspreekuur.**  
U kunt langs gaan op deze dagen:

Maandag van ..... tot ..... uur

Dinsdag van ..... tot ..... uur

Woensdag van ..... tot ..... uur

Donderdag van ..... tot ..... uur

Vrijdag van ..... tot ..... uur

**U vindt het spreekuur op dit adres:**

Adres: .....

Meer informatie vindt u op deze websites:  
[www.komuitjeschuld.nl](http://www.komuitjeschuld.nl)  
[www.zelfjeschuldenregelen.nl](http://www.zelfjeschuldenregelen.nl)  
[www.juridischloket.nl/schulden-en-incasso/](http://www.juridischloket.nl/schulden-en-incasso/)

Verwijskaart

<sup>1</sup> Het interventiepakket is in samenwerking met Zorggroep Almere en het lectoraat Schulden en Incasso ontwikkeld als onderdeel van het project Financiën in de spreekkamer. Pharos (expertisecentrum gezondheidsverschillen) heeft advies gegeven bij de ontwikkeling van dit interventiepakket.

## 6.2 Bekostiging van de samenwerking

De huisartsenzorg wordt bekostigd via de Zorgverzekeringswet (Zvw). De zogenoemde huisartsenbekostiging is opgedeeld in drie segmenten. Zorgverzekeraars maken in dat kader afspraken met zorgaanbieders en gemeenten en daarin is een zekere mate van beleidsvrijheid. Buiten deze drie segmenten zijn ook andere vormen van bekostiging mogelijk. Het zorglandschap en de patiëntenpopulatie verschillen per regio. Naar gelang de kenmerken, mogelijkheden en wensen maakt elke zorgverzekeraar daarover afspraken met zorgaanbieders. Ze leggen daarbij elk hun eigen accenten en ze organiseren dat op verschillende manieren.

### Veelgestelde vragen

#### Kan een huisarts de kosten om een samenwerking op te zetten (zelf doen of inhuur) declareren?

De kosten voor de benodigde tijd voor intern en extern overleg met de gemeente en eventuele andere uitvoeringsorganisaties kunnen onder voorwaarden worden gedeclareerd onder segment 2 van de reguliere huisartsenbekostiging (zie voor een toelichting het vervolg van dit hoofdstuk). De gemeente kan zelf ook een budget beschikbaar stellen of de kosten met de huisartsenpraktijk delen. In sommige bestaande samenwerkingsverbanden hebben gemeente en huisartsenpraktijken daarover afspraken gemaakt.

#### Hoe gaan we om met de project- en organisatiekosten?

De kosten voor de uitvoering zijn afhankelijk van de gekozen vorm van samenwerking. Voor een POH-GGZ of een POH-somatiek is bekostiging onder segment 1 van de reguliere huisartsenbekostiging mogelijk. De bekostiging van andere samenwerkingsvormen is wellicht mogelijk in overleg met de zorgverzekeraar. Als een gemeente een medewerker schuldhelpverlening 'uitleent' of stationeert in een gezondheidscentrum zal de gemeente bijkomende kosten vergoeden.

#### Krijg ik een vergoeding voor een langer consult met mijn patiënten?

In wijken waarin sprake is van veel maatschappelijke problematiek is het soms mogelijk om een langer consult vergoed te krijgen. Op de website Achterstandsfondsen vind je meer informatie. In overleg met de zorgverzekeraar kunnen hierover ook afspraken worden gemaakt onder segment 3.

#### **Randy Poelman, beleidsadviseur huisartsenzorg van het ministerie van VWS:**

We kunnen door goed samen te werken eraan bijdragen dat de onderliggende (psychosociale/financiële) oorzaak van fysieke klachten zichtbaar wordt en zo mogelijk weggenomen, in plaats van spreekwoordelijk steeds een pleister te moeten plakken op een wond die maar niet heelt. Dit is vooral in het belang van de patiënt, maar er is ook een belang voor gemeenten en huisartsenpraktijken. Gemeenten kunnen sociale problematiek dankzij een goede samenwerking met de huisarts mogelijk beter en ook eerder signaleren, huisartsen kunnen hiermee de toenemende druk op de huisartsenzorg iets verlichten.

### De huisartsenbekostiging

De huisartsenbekostiging biedt drie aangrijpingspunten voor de samenwerking met huisartsenpraktijken rondom schuldenproblematiek:

1. *Aangrijpingspunt 1: in het consult bij de POH-GGZ kunnen mogelijk geldzorgen aan het licht komen. De POH-GGZ kan de hulp die de patiënt daar eventueel bij zou kunnen en willen krijgen toelichten. Zie segment 1.*
2. *Aangrijpingspunt 2: het vastleggen van afspraken met het sociale domein in het kader van Organisatie en Infrastructuur (O&I). Zie segment 2.*
3. *Aangrijpingspunt 3: de bekostiging van de tijd die huisartsen nodig kunnen hebben om de vraag achter de (zorg)vraag te kunnen achterhalen en zodoende bijvoorbeeld geldzorgen bespreekbaar te maken. Zie segment 3.*

Segment 1 is de basisvoorziening huisartsenzorg. Een huisarts ontvangt voor elke ingeschreven verzekerde (via de zorgverzekeraar) een inschrijftarief. Daarnaast zijn tarieven vastgesteld voor consulten en visites van verschillende duur. Ook bijvoorbeeld de aanstelling van POH-GGZ-medewerkers valt in dit segment.

Segment 2 is bedoeld voor bekostiging van de multidisciplinaire zorg. De verzekeraar maakt daarover afspraken met de huisarts en de andere betrokken disciplines, vaak via een overkoepelende zorggroep, die dit in samenhang organiseert voor de regio. Onder dit segment valt ketenzorg zoals de integrale zorg voor patiënten met diabetes mellitus type 2, COPD/astma en Vasculair risicomanagement (VRM). Het segment is verdeeld in gecontracteerde zorg met vrije tarieven en niet-gecontracteerde zorg waarbij maximale tarieven worden gehanteerd. Ook is er in segment 2 de mogelijkheid tot het declareren van specifieke zogenoemde 'Organisatie en infrastructuur' activiteiten, voor bijvoorbeeld wijk- of regiomanagement.

Segment 3 is het segment voor resultaatbeloning en zorgvernieuwing. Hierin kunnen specifieke afspraken tussen de zorgaanbieder en de zorgverzekeraar worden gemaakt over de beloning van resultaten uit het segment 1 en 2. Bij

resultaatbeloning kan bijvoorbeeld worden gedacht aan afspraken over 'meer tijd voor de patiënt', door middel van een opslag op het inschrijftarief. Bij zorgvernieuwing is dat bijvoorbeeld de bekostiging van eHealth en meekijkconsulten waarbij medisch specialisten (digitaal) meekijken met de huisarts of spreekuur houden in de huisartsenpraktijk zodat (soms onnodige) doorverwijzingen naar het ziekenhuizen kunnen worden beperkt.

Welzijn op Recept en Krachtige Basiszorg zijn voorbeelden van samenwerking tussen huisartsenpraktijken en het sociale domein waarbij verschillende vormen/segmenten van de huisartsenbekostiging worden ingezet. Financiële problematiek kan in die samenwerkingsvormen ter sprake komen.

#### Andere bekostigingsvormen

Vanuit tijdelijke subsidies zoals **Juiste Zorg op de Juiste Plek** kunnen bijvoorbeeld initiatieven worden opgezet vanuit gemeenten, zorgverzekeraars en zorgaanbieders. Ook de module Achterstandsfonds is een aanvulling op de reguliere huisartsenbekostiging.

#### Achterstandsfonds

Praten over geld is nodig, maar het kost ook tijd. Complexe zorgvragen leiden vaker tot hogere werkdruk bij de huisarts. Voor huisartsenpraktijken in achterstandswijken zijn er de Achterstandsfondsen die huisartsen helpen kwalitatief goede huisartsenzorg beschikbaar te houden en de hoge werklast te verminderen. De fondsen zijn in 1997 op initiatief van de Landelijke Huisartsen Vereniging en in samenwerking met Zorgverzekeraars Nederland opgericht. Er zijn 21 regionale Achterstandsfondsen die achterstandsfinanciering bieden. Die bestaat uit een vergoeding van huisartsen in achterstandswijken in de vorm van een toeslag op het inschrijftarief voor iedere verzekerde die in een achterstandsgebied woont. Een ander deel van de financiering gaat naar de regionale fondsen. Jaarlijks wordt per verzekerde een bedrag gestort in de regionale fondsen. Deze middelen zijn bedoeld voor de ondersteuning van de praktijken met patiënten in geïdentificeerde achterstandspostcodegebieden. De Achterstandsfondsen bieden verschillende pakketten aan. Lees meer op de website: [www.achterstandsfondsen.nl](http://www.achterstandsfondsen.nl).

## 7 Meer informatie

Hieronder staan enkele aanknopingspunten voor meer informatie.

- De handreiking *Samenwerken bij schulden* biedt zes inspirerende voorbeelden uit de praktijk: [Samenwerken bij schulden - schuldenerincasso.nl](http://Samenwerken.bij.schulden-schuldenerincasso.nl).
- Gemeenten en organisaties die vanuit verschillende domeinen willen samenwerken om de gezondheid te verbeteren van mensen die in armoede leven, kunnen gebruikmaken van de [Groeimatrix van het RIVM](#). Deze laat in zes succesfactoren zien waaraan een integrale samenwerking voldoet.
- De VNG heeft een [werkmap](#) over samenwerking tussen huisartsenpraktijken en de gemeente: *Samen werken in de wijk* (2013).
- De website [De Juiste Zorg op de Juiste Plek](#) biedt praktijkvoorbeelden.
- In het mooie filmpje van gemeente Utrecht: [Geldzorgen? Als huisarts of praktijkondersteuner kunt u helpen. - YouTube](#) vertellen een ervaringsdeskundige en een huisarts over het belang van het bespreekbaar maken van geldzorgen.
- Problematische schulden en mentale gezondheid zijn met elkaar verweven. Het CPB publiceerde onlangs een rapport waarin ze aantonen dat er een sterke samenhang bestaat. Wanneer mensen in financiële problemen terecht zijn gekomen, stijgen de kosten van geestelijke gezondheidszorg sterker dan wanneer financiële problemen uitblijven. Lees het rapport *When financials get tough, life gets rough?* hier: <https://www.cpb.nl/problematische-schulden-en-zorggebruik>.
- Het Programma Sociaal Domein werkte in verschillende coalities aan het terugdringen van gezondheidsverschillen. Op meerdere plaatsen in Nederland is integraal samengewerkt om inwoners met een lagere sociaaleconomische positie te helpen. De geleerde lessen uit het Eindrapport zijn ook interessant in het licht van samenwerking rond schuldenproblematiek: [Eindrapport Terugdringen gezondheidsverschillen | Nederlands Jeugdinstituut \(nji.nl\)](#)
- Het NIVEL publiceerde in juli een onderzoeksrapport naar de ervaringen met de implementatie van Krachtige Basiszorg in grootstedelijke achterstandswijken. Het rapport vind je hier: [Krachtige basiszorg breed geïmplementeerd: ervaringen van twee jaar implementeren in grootstedelijke achterstandswijken. | Nivel](#)

## BIJLAGE 1 IMPACT GELDZORGEN OP GEZONDHEID

### De impact van geldzorgen op...

<b>Gezondheid</b>	Mensen die chronische stress ervaren als gevolg van hun financiële problemen hebben via het hormoonstelsel een groter risico op schade aan de vaatwand en een negatieve invloed op het insulineverwerkingsstelsel. Dat kan betekenen dat ze een vergrote kans hebben op hart- en vaatziekten, diabetes, psychische problemen en onvruchtbaarheid. <sup>2</sup>
<b>Gezondheid en andersom</b>	Hoe de relatie tussen schulden en gezondheid precies in elkaar steekt is nog onduidelijk. Er lijkt sprake te zijn van een sterke wisselwerking waarbij het niet te voorspellen is wat eerst komt. Een onderzoek naar de wisselwerking lijkt die hypothese te ondersteunen. In dat onderzoek zegt een derde van de mensen met schulden en gezondheidsproblemen dat de schulden zijn ontstaan als gevolg van hun gezondheidsproblemen. Eveneens een derde zegt dat gezondheidsproblemen zijn ontstaan als gevolg van de schulden en een derde kan het niet goed reconstrueren. <sup>3</sup>
<b>Fysieke klachten</b>	Mensen met financiële problemen hebben vaker fysieke klachten. Uit een Duitse studie <sup>4</sup> blijkt bijvoorbeeld dat mensen met financiële problemen aanmerkelijk vaker lage rugklachten hebben dan mensen zonder schulden (81% om 22%). Van alle mensen met problematische schulden heeft meer dan de helft overgewicht (57%) tegenover 44% van de mensen zonder schulden. Ook obesitas komt vaker voor (25%) onder de schuldenaren dan bij de mensen in de controlegroep (11%). <sup>5</sup>
<b>Leefstijl</b>	Uit Nederlands onderzoek <sup>1</sup> blijkt dat laagopgeleide mensen met risicovolle schulden vaker te weinig fruit eten (85% vs. 69%), vaker roken (42% vs. 26%), vaker te weinig bewegen (40% vs. 32%) en vaker slecht ontbijten (34% vs. 14%) dan laagopgeleide mensen zonder risicovolle schulden. Ook hoogopgeleide mensen mét een risicovolle schuld hebben een minder gezonde leefstijl dan hoogopgeleide mensen zonder een risicovolle schuld, maar bij hen zijn de verschillen kleiner. Duits onderzoek voegt aan deze inzichten toe dat mensen meer lijken te roken als de zorgen over de schulden toenemen. <sup>6</sup>
<b>Psychische klachten</b>	Een systematisch literatuuroverzicht <sup>1</sup> van 33 peer-reviewed studies toonde aan dat mensen met schulden vaker piekeren, vaker in een sociaal isolement leven, vaker last hebben van angststoornissen, vaker nadenken over suicide en vaker aan depressie lijden dan mensen zonder schulden. <sup>7</sup>
<b>Stress</b>	Er is in situaties van langdurige armoede en schuldenproblematiek vaak sprake van chronische stress. De chronische stress beïnvloedt de executieve functies van de patiënt en daardoor neemt hij minder verstandige beslissingen. De adviezen van de huisarts of praktijkondersteuner kunnen niet goed worden opgevolgd. Het overzicht is weg en het doelgericht en probleemoplossend handelen is ernstig verstoord. Ook als de patiënt het wél wil. Dit wordt verder toegelicht in het filmpje van prof. dr. Maria van den Muijsenbergh. Eén op de vijf respondenten geeft aan dat ze regelmatig (wekelijks tot dagelijks) moeilijk kunnen slapen vanwege hun financiële situatie. 3 procent geeft zelfs aan dagelijks slecht te slapen. Ruim een zesde geeft aan wekelijks of vaker hoofdpijn te hebben door hun financiële situatie, voor bijna 2 procent is dat elke dag het geval. <sup>8</sup> 42% van een groep Nederlanders gaf aan in de afgelopen maand geen stress te hebben ervaren door hun financiële situatie. 58 procent gaf aan dat zij afgelopen maand stress hebben ervaren: 39 procent soms, 11 procent wekelijks, 5 procent vaak en 3 procent dagelijks. Meer dan 50 procent ervaart dus stress door de financiële situatie. <sup>9</sup>

<sup>2</sup> Prof. dr. Maria van den Muijsenbergh in de e-learning Geldzorgen in de spreekkamer.

<sup>3</sup> Münster, E., Zier, U., Rüger, H. & Letzel, S. (2013). Over-indebtedness, health, and social network. In: W. Backert, S. Block-Lieb, & J. Niemi (ed.). *Contemporary Issues in Consumer Bankruptcy* (pp. 163-180). PL Academic Research.

<sup>4</sup> Ochsmann, E., Rueger, H., Letzel, S., Drexler, H., & Münster, E. (2009). Over-indebtedness and its association with the prevalence of back pain. *BMC Public Health*, 9, 451. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-9-451>

<sup>5</sup> Münster, E., Rüger, H., Ochsmann, E., Letzel, S. & Toschke, A.W. (2009). Over-indebtedness as a marker of socioeconomic status and its association with obesity: a cross-sectional study. *BMC Public Health*, 9, 286. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-9-286>

<sup>6</sup> Van Rijnsoever, M.P., Tromp, E., Waterlander, W.E., Schütz, F.M. & Steenhuis, I.H.M. (2012). Verschillen in leefstijl en gezondheid tussen mensen met en zonder schulden. *Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen*, 89(1), pp 43. Vereniging voor Volksgezondheid en Wetenschap.

<sup>7</sup> Turunen, E., & Hiilamo, H. (2014). Health effects of indebtedness: a systematic review. *BMC Public Health*, 2014(14), pp 489. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-489>.

<sup>8</sup> In 2017 deed het lectoraat Schulden en Incasso onderzoek naar stress door financiën. Madern, T., Jungmann, N. & van der Werf, M. (2019) Geldzaken regelen moet makkelijker. Het regelen van financiën is lastig en levert veel stress op. *Schuldsanering*, 3.

<sup>9</sup> In 2017 deed het lectoraat Schulden en Incasso onderzoek naar stress door financiën. Madern, T., Jungmann, N. & van der Werf, M. (2019) Geldzaken regelen moet makkelijker. Het regelen van financiën is lastig en levert veel stress op. *Schuldsanering*, 3.



<b>Gedrag</b>	<p>Geldzorgen leiden vaak tot ander gedrag. Zo maken patiënten vaak minder gebruik van zorg. Enkele signalen die kunnen duiden op geldzorgen zijn:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tijdelijk geen of minder medicatie gebruiken</li> <li>• Mijden van huisartsbezoek uit angst voor (kostbare) verwijzing</li> <li>• Geen geld hebben voor preventieve gezondheidsactiviteiten</li> <li>• Niet naar het ziekenhuis gaan vanwege de reis- en/of parkeerkosten</li> </ul> <p>Uiteindelijk leidt dit gedrag vaak juist tot hogere zorgkosten.</p>
<b>Consulten</b>	<p>Ongeveer een op de vijf patiënten die vaak op het spreekuur komen heeft te maken met incassobureaus en deurwaarders.<sup>10</sup></p>
<b>Zorgmijding</b>	<p>Het NIVEL onderzocht zorgmijding in 2015.<sup>11</sup> Uit deze verkenning blijkt dat een klein deel van de Nederlanders het bezoek aan de huisarts vermijdt vanwege (eventuele) (vervolg)kosten (3%). <b>Dit percentage neemt niet toe door de jaren heen. Het gaat hier vooral om jongeren (18-39 jaar) en mensen met lagere inkomens.</b> Jongvolwassenen (18-39 jaar) zien vaker af van vervolgzorg dan andere leeftijdsgroepen. Mensen die in achterstandswijken wonen, halen vaker hun voorgeschreven geneesmiddelen niet op dan mensen in andere wijken.</p> <p>TNS Nipo onderzocht in 2016 de redenen voor zorgmijding.<sup>12</sup> Van één op de vijf (19%) ondervraagden die in dat jaar al eens zorg had uitgesteld of gemeden, gaf de helft aan dat zij vonden dat het hen te veel geld kostte of dat zij het eigen risico uit wilden sparen. Een kwart gaf aan dat zij de zorg niet konden betalen.</p>

<sup>10</sup> Prof. dr. Maria van den Muijsenbergh in e-learning Geldzorgen in de spreekkamer.

<sup>11</sup> Van Esch, T.E.M., Brabers, A.E.M., Van Dijk, C., Groenewegen, P.P., & De Jong, J.D. (2015). *Inzicht in zorgmijden: Aard, omvang, redenen en achtergrondkenmerken*. Utrecht: Nivel.

<sup>12</sup> TNS. (2016). *Het eigen risico in de zorg*. Amsterdam: TNS.

## BIJLAGE 2 OVER SCHULDENPROBLEMATIEK

### Over schuldenproblematiek

<b>Betalingsachterstanden</b>	Bijna een derde van de Nederlandse huishoudens heeft achterstanden (32%). Bij bijna een op de vijf huishoudens (18%) is de problematiek zo ernstig dat de schulden risicovol of problematisch zijn. Een risicovolle schuldsituatie betekent dat een huishouden de situatie nog wel kan oplossen als het zich daar hard voor inspannt. Bij een problematische schuldsituatie is een schuldregeling met kwijtschelding eigenlijk de enige oplossing om uit de problemen te komen. Een problematische schuldsituatie komt voor bij 6% tot 9% van alle Nederlandse huishoudens. <sup>13</sup>
<b>Onzichtbare schuldenproblematiek</b>	Mensen met schulden wachten vaak lang met het vragen om hulp. Huishoudens die schuldhulpverlening krijgen, hebben op dat moment een schuld van gemiddeld meer dan 40.000 euro (waarvan ruim de helft incassokosten, boetes en gerechtelijke kosten van beslagen zijn). Gemiddeld hebben zij 14 schuldeisers. De overheid is een van de belangrijkste schuldeisers. <sup>14</sup>
<b>Grote tekorten</b>	In 2018 moesten 232.000 huishoudens langdurig (> 4 jaar) rondkomen van een laag inkomen. Deze huishoudens lopen verhoogd risico op schrijnende armoede. Er is geen ruimte om te sparen, waardoor financiële tegenvallers niet kunnen worden opgevangen. Ook huishoudens met een modaal inkomen hebben het moeilijk. Het Nibud <sup>15</sup> berekende dat de vaste lasten van een huishouden met een modaal inkomen en een gemiddelde huur inmiddels meer dan 55% van het netto-inkomen beslaan. <sup>16</sup>
<b>Ingewikkelde inkomensondersteuning</b>	Om inkomensondersteuning bij de overheid aan te vragen, moeten mensen met een laag inkomen soms wel 27 formulieren invullen. Ook hebben ze te maken met verschillende betaalmomenten en zijn er 8 verschillende definities voor het begrip inkomen of vermogen. Dit maakt het voor mensen met financiële problemen ingewikkeld en onoverzichtelijk, waardoor zij het overzicht vaak kwijt zijn. <sup>17</sup>
<b>Spaargeld</b>	20% van de Nederlandse huishoudens spaart niet of nauwelijks en een op de drie huishoudens geeft aan dat zij niet in staat zijn om onvoorziene uitgaven of de twee duurste producten in huis te vervangen. <sup>18</sup>

<sup>13</sup> Westhof, F.M.J., Ruig, L. de, & Kerckhaert, A. (2015). Huishoudens in de rode cijfers 2015. Over schulden van Nederlandse huishoudens en preventiemogelijkheden. Zoetermeer: Panteia.

<sup>14</sup> NVVK (2019). Jaarverslag NVVK 2018. Te raadplegen via [jaarverslag.nvbk.eu/2018](https://jaarverslag.nvbk.eu/2018)

<sup>15</sup> Nibud (2019). Budgethandboek. Utrecht: Nibud

<sup>16</sup> CBS. Armoede en uitsluiting 2019. Te raadplegen via <https://longreads.cbs.nl/armoede-en-sociale-uitsluiting-2019/>

<sup>17</sup> Charité, D., Mikulic, A. & Diependaal, L. (2014). Onderzoek naar regeldruk als gevolg van koppeling van regelingen aan inkomen van de burger. Den Haag: Deloitte/Actal

<sup>18</sup> Van der Schors, A. & Van der Werf, M. (2017). Geld achter de hand makkelijker maken. Utrecht: Nibud