

## **Verslag van de gezamenlijke KAMG nascholing 'Over Keukentafels, Dokters en Voorzieningen: hoe onderzoek je de effecten van de Wmo-2015 op de (volks)gezondheid?', Nieuwegein, 12 oktober 2016**

Op 12 oktober 2016 organiseerde de KAMG-brede Onderzoeksectie i.o. haar eerste nascholing. De plaats van handeling was het NBC in Nieuwegein. De nascholing was met ruim 80 deelnemers uit acht van de elf beroepsverenigingen binnen de KAMG zeer goed bezocht.

**Dagvoorzitter Willy-Anne van Stiphout** opende de bijeenkomst en gaf vervolgens een toelichting op ambities van de sectie, namelijk het toegankelijk maken van wetenschappelijk onderzoek voor alle sociaalgeneeskundigen en het versterken van de verbinding tussen onderzoek en praktijk & beleid. Zij benadrukte het belang van een methodische manier van denken: 'wat wil ik weten en waarom?' Oftewel: 'welke kennis heb ik nodig om een besluit te nemen? En welk soort onderzoek is dan nodig?'. Maar ook: 'Wat betekenen resultaten van wetenschappelijk onderzoek voor mijn praktijk en beleid als professional?'.

**Theo Trompetter** gaf de inhoudelijke aftrap door een schets te geven van de nieuwe Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo-2015) en de Wet langdurende zorg (Wlz). Voordat een contact tot een Wmo-aanvraag leidt, wordt een zogenaamd 'keukentafelgesprek' gehouden. Ook bij een Wlz-aanvraag vindt doorgaans een huisbezoek plaats. Als het tot een aanvraag komt, wordt bij de beoordeling ervan zelden – en dan nog laat in het proces – medisch advies ingewonnen. Daarbij is de houding van de gemeente doorgaans 'nee, tenzij' in plaats van 'ja, mits', maar ook het omgekeerde komt voor: de voorziening of het PGB wordt 'te gemakkelijk' gegeven. Dat gaat natuurlijk ten nadele van het zorgbudget, maar is ook niet goed voor de zelfredzaamheid en participatie van de cliënt zelf en daarmee voor diens gezondheid. Degenen die adviseren zijn niet altijd voldoende deskundig en, als ze wel deskundig zijn, niet onafhankelijk genoeg. Trompetter acht een betere vastlegging van taken en competenties van de Wmo-consulent noodzakelijk. Ook een betere monitoring is nodig, waardoor er een benchmark tussen gemeenten mogelijk wordt. Een punt is volgens hem ook, dat er zo weinig bekend is over het effect van tijdige sociaal-medische advisering. Hij pleit daarom voor wetenschappelijk onderzoek naar de al dan niet terechte toekenningen en afwijzingen.

**Anton Kunst** bevestigde dat nog vrijwel geen onderzoeksgegevens beschikbaar zijn over de Wmo-2015. Hij benadrukte dat de problematiek uiterst complex is en dat de range van mogelijke onderzoeksvragen groot is: van de individuele 'keukentafel' tot effecten op landelijk niveau. De gebruikelijke onderzoeksmethodiek leidt dan meestal niet tot een toepasbare uitkomst, want vaak zijn de resultaten van een quasi-experimenteel onderzoek inconsistent. Een onderzoek naar het proces is dan nuttig om te achterhalen waarom een aanpak in de ene situatie wel en in de andere situatie niet werkte en voor welke subgroep. Ook onverwachte neveneffecten worden dan helder. Kunst gaf het voorbeeld van experimenten met rookvrije schoolpleinen op het rookgedrag van leerlingen. Als sommige leraren nog zichtbaar roken, is de interventie al minder geloofwaardig. Leerlingen kunnen uitwijken naar de buurt nabij de school; dat kan ook de groepsvorming van rokers versterken.

Het is volgens Kunst daarom belangrijk om te kiezen voor een brede benadering van de evaluatie van de Wmo-2015 vanuit verschillende invalshoeken, zowel medisch als sociaal-wetenschappelijk. Cebtrale vraag is dan: 'waarom werkt het of werkt het niet?'. De uitkomstmaten moeten navenant

zijn: op het niveau van het individu (zelfredzaamheid en participatie bijvoorbeeld) en op het niveau van patiëntengroepen, gemeenten of regio's. Ook kosten en besparingen zijn belangrijke uitkomsten, vooral als het gaat om een landelijke evaluatie. Het is nuttig om hypothesen te hebben en zo mogelijk een theorie. Het onderzoeksdesign moet passend zijn bij de onderzoeksvraag; het liefst met een zo groot mogelijke bewijskracht. Het 'natuurlijk experiment' met een voormeting en één of meer nametingen ligt dan het meest voor de hand. Daarvoor zijn momenteel goede mogelijkheden. Zo is er de permanente landelijke Gezondheidsmonitor die consistent is met de vierjaarlijkse zeer omvangrijke Lokale Gezondheidsmonitor. Ook kan gebruik gemaakt worden van de zorgregistraties. De uitkomsten kunnen vervolgens van betekenis zijn voor de burger (zorgvraag), de consulenten (training, inzet, protocollen), gemeenten (organisatie, budget) en de nationale overheid (wetgeving, andere aansturing). Er moet niet alleen kwantitatief effectonderzoek zijn, maar ook onderzoek naar de processen, met een open oog voor onverwachte, onbedoelde effecten. Kwalitatief onderzoek is nuttig ter voorbereiding, verdieping en interpretatie.

Na de inleidingen gingen de deelnemers in tweetallen aan de slag om kennis- en onderzoeksvragen te formuleren die vervolgens plenair verzameld werden onder leiding van de dagvoorzitter (zie bijlage voor de volledige inventarisatie). Door handopsteking werd bepaald welke vragen in aanmerking kwamen voor nadere toelichting en discussie.

Na de pauze gingen Anton Kunst en Theo Trompetter met de zaal in gesprek over de volgende vragen:

*1. Wat zijn effecten van de WMO 2015 c.q. diverse uitvoeringsvarianten op gezondheid, tevredenheid en zelfredzaamheid?*

Aandachtspunten: Wat is de hypothese? Wat zijn de varianten? Het meest aangewezen lijkt een voor- en nameting, maar een vergelijking met andere gemeenten is ook een optie. Mogelijkheden zijn sterk afhankelijk van benutbare databronnen. Zijn er voldoende data over de Wmo, bijvoorbeeld registratie van de verstrekkingen? Hoe zit het de toegang tot zorg bij minderheden? Lopen er al vragen over Wmo-gebruik mee in de Gezondheidsmonitor? Er is wel onderzoek gaande, maar dat blijft mogelijk vertrouwelijk.

*2. Hoe betrouwbaar is het keukentafelgesprek? Wat zijn de percentages 'vals positief' en 'vals negatief'? In welke mate afhankelijk van gedrag aanvrager?*

Aandachtspunten: Welk niveau/perspectief? Burger? Indicatiesteller? Wat is de uitkomstmaat c.q. is er wel een 'gouden standaard' voor de uitkomst? Een dossieronderzoek met diverse beoordelaars zou een optie kunnen zijn. Begrijpelijkheid van aanvraagformulieren? En ook: wie zou opdracht moeten geven voor een dergelijk onderzoek? De beroepsvereniging? De KAMG? Gemeenten lijken niet geïnteresseerd. Wellicht kan ZonMw financieren?

*3. Wat is het effect van het betrekken van de MA aan de voorzijde?*

Aandachtspunten: Aan de 'voorzijde' wil zeggen voordat besluit genomen wordt. Maar volgens anderen is het 'overkill' als de medisch adviseur bij elk gesprek aan de keukentafel zit. Een experimenteel design zou het mooiste zijn, maar natuurlijk experiment is ook mogelijk als er verschil in aanpak is tussen gemeenten, of binnen of buiten de regio. Zorg voor voldoende follow up (minstens 2-3 jaar).

4. *Hoe gaat het met mensen die zich niet melden voor keukentafelgesprek c.q. extra hulp (jeugd).*  
Aandachtspunten: deze groep is 'onzichtbaar'; lastig te vinden. Eventueel via de 4-jaarlijkse lokale Gezondheidsmonitor of andere surveys? Of registraties? Bij jeugd wellicht via scholen. Maat voor laat aanmelden? Hypothese: 'niet melden of te laat melden leidt vaker tot crisis'? Suggestie om retrospectief te kijken of patiënten die zich melden voor een Awbz-voorziening (n)ooit een lichtere Wmo-aanvraag deden.

5. *Wat is het effect van wel of niet onafhankelijk indiceren in de Zvw?*

Aandachtspunten: in principe onderzoekbaar door in een steekproef ook andere experts te laten indiceren dan degenen die behandelen (onafhankelijken versus belanghebbenden). Bij sommige curatieve ingrepen lijken verzekeraars, geen experts, feitelijk een deel van de indicatie te doen. Twijfelachtig of dit ook mogelijk is bij bijv. chirurgische ingrepen. Eigenlijk vervult de huisarts nu al in veel gevallen een onafhankelijke rol bij het indiceren, bijvoorbeeld door eerst zelf te kijken en dan pas door te verwijzen. Daarvoor heeft zij de standaarden, die alom worden geprezen!

Ter afsluiting benadrukte de voorzitter dat deze middag niet bedoeld was om de problematiek met de huidige Wmo op te lossen, maar om samen na te denken welke vragen er leven en hoe deze op een zinnige manier onderzocht zouden kunnen worden. Door de actieve inbreng van de deelnemers en de deskundige inbreng van de twee experts is deze opzet geslaagd.

#### **Bijlage: de onderzoeksvragen en suggesties vanuit de deelnemers**

- Procesonderzoek is moeilijk. Is het verstandig om ons te richten op de uitkomsten of effecten? ? Antwoord: je kunt ook mikken op tussentijdse effecten. Dat kan in actie-begeleidingsonderzoek, waarbij de strategie bijgesteld kan worden door tussentijdse uitkomsten.
- Over welk perspectief hebben we het? Dat van de arts? Beleidsadviseur? Tweede Kamer? Patiënt? Gaat het over proces of over effect?
- Achtergrondvraag: over welke verstrekkingen gaat het? Hoeveel geld? De 'gemiddelde' case? Case mix? Waar hebben we het over?
- Hoe zit het met de mensen die zich wel aangemeld hebben bij een Wmo-loket, maar die niet een keukentafelgesprek hebben aangevraagd/gehad ('No show')? Hoe gaat het met hen?
- Wat is het effect van de uiteenlopende benaderingswijzen van gemeenten (verschil in aanpak Wmo-aanvraag) op de tevredenheid van cliënten/patiënten en in hoeverre ze geholpen zijn? En op andere uitkomstmaten?
- Wat is het effect op het gebruik van voorzieningen als de medisch adviseur voorafgaand aan het keukentafelgesprek wordt ingezet?
- Hoe betrouwbaar is het keukentafelgesprek? Hoe is de relatie met objectieve beperkingen? Worden 'pessimisten/klagers' eerder geholpen dan 'optimisten'?
- Krijgen jongeren met een pgb de zorg die ze nodig hebben? Is dat afhankelijk van de mondigheid van hun ouders? Door wie wordt de zorg verleend? Door professional (s) of door de ouders zelf?
- Is de behoefte aan voorzieningen (jongeren, Wajong) te voorspellen? Is er een capaciteitsmodel?
- Hoeveel indicerende artsen zijn er in 2020 nodig?

- Als de indicatie (en dus ook de verstrekking) niet goed was: hoe gaat het met die cliënten/patiënten?
- Wat is een minimum grens om in aanmerking te komen voor respijtzorg (= is een tijdelijke en volledige overname van zorg met als doel de mantelzorger een adempauze te geven) ? Hoe meet je de belastbaarheid van de mantelzorger? Wat is de/een mantelzorger?
- Wat is de betekenis van de medisch adviseur in het sociaal domein? Er is ongelijkheid in het systeem: de Wlz eist vaak hoge eigen bijdrage voor verzorging, maar de Zorgverzekeringswet (met indicatie door verpleegkundigen) voor verpleegkundige zorg eis geen eigen bijdrage nodig!
- Is er verschil als niet belanghebbenden indiceren? En zou dat iets zijn voor de curatieve sector?
- Gaan burgers meer participeren na de invoering van de Wmo-2015? Zijn zij meer zelfredzaam?