DE EERSTE LIJNS
PLATFORM VOOR STRATEGIE EN INNOVATIE

Special sociaal domein | Najaar 2020



Bewaarnummer sociaal domein

Inclusief gratis abonnement

Paul Blokhuis: 'Gezonder met Welzijn op Recept'

De kracht van de groep
MENSEN MET **DIABETES** **ONDERSTEUNEN** **ELKAAR**

Sterk wijknetwerk
ZÓ **WERK** JE **SAMEN** MET **BURGERS**

Nieuw: poh financiën
'SCHOENENDOOS MET **REKENINGEN** MEENEMEN'

In dit nummer

Special sociaal domein | Najaar 2020

Leiderschap & samenwerking

4 ‘Wedstrijd tegen de curatieve keten’

10 ‘Klachten normaliseren en niet medicaliseren’

14 ‘Complexe ongelijkheid is een zaak van ons allemaal’

22 Grote diversiteit thuiswonende ouderen

30 Welzijn op Recept

Bekostiging & financiering

7 ‘Andere investeringen voor betere gezondheid’

12 Werk als beste zorg

20 Kansen voor gezin in achterstandssituatie

Organisatie van zorg

16 Andere benadering van eenzaamheid

28 Herstelcirkel mensen met diabetes

32 Krimpgebieden: ruimte voor avontuur

38 Een sterk wijknetwerk

Strategie & innovatie

24 Ziekmakende schulden

35 ‘Meer inzetten op collectieve preventie’

40 Waardevol: regiobeelden ggz

En verder...

19 Eerstelijntjes

42 Eerstelijns en colofon













TEN EERSTE

Slimme gemeenten

Als wethouder, raadslid of burgemeester houdt u zich in meer of mindere mate bezig met de vraagstukken van vandaag en morgen in het sociaal domein. Deze special geeft u hopelijk inzicht, inspiratie en leesplezier!

De decentralisaties zijn inmiddels vijf jaar onderweg. We zien dat gemeenten, met vallen en opstaan, in razendsnel tempo leren. Het is niet gemakkelijk, het sociaal domein. En het gaat ook nog eens ergens over; bijna geen voorziening grijpt zo diep in op het persoonlijk leven van mensen als zorg en ondersteuning voor lijf en leden. Geen wonder dat het sociaal domein hoog op de agenda staat bij gemeente. Niet in de laatste plaats omdat gemeenten ook hard geconfronteerd worden met het feit dat de honger naar zorg hand over hand toeneemt, net als de complexiteit van problematiek.

Tegelijkertijd zijn de effecten van de decentralisatie na vijf jaar ook meer dan merkbaar in de eerstelijnszorg (en zelfs de tweedelijns-zorg). Maar ook de zorgverzekeraars ondervinden de effecten van een decentraal stelsel. En dat is interessant. Waar in eerste instantie belangstellend gekeken werd vanuit de eerstelijnszorg, zien we dat zorgverzekeraars nu actief de samenwerking opzoeken met gemeenten. Tegelijkertijd innoveert de eerstelijnszorg vanuit de uitvoerings-praktijk in het sociaal domein. Die twee ontwikkelingen hebben een vliegwieleffect. En dat zet het sociaal domein nog meer in beweging.

Vanuit gemeentelijk perspectief lijkt het soms dat samenwerking moeizaam gaat in en rond het sociaal domein. In deze special laten wij u graag zien dat de eerstelijnszorg en de financiers van de eerstelijns-zorg veel te bieden hebben aan het sociaal domein. En vice versa: als gemeente, als financier en uitvoerder van het sociaal domein, kunt u veel betekenen voor de eerstelijnszorg.

Gemeenten staan er echt niet alleen voor. Slimme gemeenten richten zich juist nu op het versterken van de verbinding met de eerstelijns-zorg. De Eerstelijns is een onafhankelijk platform dat zich richt op strategie en innovatie. Daarmee richten we ons ook op het sociaal domein. In bijgaande brief treft u een kortingscode, dan bent u zonder verplichtingen lid van het platform en ontvangt u ons magazine tot de gemeenteraadsverkiezingen 2022 gratis digitaal op uw iPad, mobiele telefoon of andere devices!

Bianca den Outer
Uitgever De Eerstelijns

Sven de Langen over belang preventie

‘Ik wil een **wedstrijd** beginnen **tegen** de **curatieve keten**’

In Nederland is de curatieve zorg geweldig geregeld, zegt Sven de Langen, Rotterdams wethouder zorg, volksgezondheid, ouderen en sport. Dat heeft een nadeel: een verwijzing naar de tweede lijn is makkelijk, maar de afslag naar de preventieketen ligt er nog niet. Die moet er nu snel komen, vindt hij.

TEKST: FRANK VAN WIJCK
FOTO: MARC NOLTE

Toen De langen de functie van wethouder overnam van Hugo de Jonge – nu minister van VWS en vicepremier – was de decentralisatie van Rijksoverheidstaken naar de gemeenten drie jaar een feit.
Hij zegt: “Die taken zijn heel rap over de schutting gegooid, dus de gemeenten moesten snel een structuur gaan bouwen voor de zorg voor jongeren en ouderen waarvoor ze verantwoordelijk waren geworden. Dat heeft erg centraal gestaan in de periode voordat ik het stokje van hem overnam. Natuurlijk waren op dat moment al contacten ontstaan tussen bijvoorbeeld huisartsen en wijkteams en waren de eerste poh’ers jeugd-ggz er ook al. Ik begon dus zeker niet op nul toen ik tweeënhalf jaar geleden aantrad. Maar ik zie wel dat in die paar jaar een heel andere wereld is ontstaan. Een wereld waarin het niet meer de vraag is of partijen willen samenwerken, maar waarin juist veel stappen worden gezet om antwoord te geven op de vraag hoe dat het best kan worden vormgegeven. Dat zie ik niet alleen in mijn eigen gemeente gebeuren trouwens. Als delegatieleider binnen de Vereniging van Nederlandse Gemeenten zie ik het overal gebeuren, en zie ik ook dat de VNG en Zorgverzekeraars Nederland nu intensief samen optrekken naar dit doel.”



Sven de Langen: ‘Versterking van de lijn tussen de huisarts en het sociaal domein.’

Referentiewaarde vastgoed

Over dat laatste straks meer, we blijven eerst even in Rotterdam. Daar zijn de banden tussen de gemeente en de huisartsen weer nadrukkelijk aangehaald. “Eigenlijk heel bijzonder”, zegt De Langen, “gelet op het feit dat de GGD’en rond de eeuwwisseling hun rol in het voorzien in een dekkend huisartsnetwerk in de gemeente waren kwijtgeraakt. Een beweging die tot veel minder contact tussen gemeenten en huisartsen had geleid. Maar nu, nu we als gemeente feitelijk geen formele rol meer spelen in de continuïteit van huisartsenzorg, zien we juist een tegengestelde beweging.”
Hij licht toe: “We zien dat onder huisartsen een behoefte bestaat aan praktijkvergroting – logisch gezien de uitbreiding van het aantal taken dat aan hen wordt toebedeeld – maar we zien ook dat het steeds moeilijker voor ze wordt om de daarvoor benodigde vierkante meters te vinden. We hebben die huisartsen wel nodig. Niet alleen moeten we het probleem van praktijkopvolging – dat hier net zo goed speelt – het hoofd zien te bieden. We moeten ook rekening houden met de toekomst: in 2035 is een op de vijf inwoners 65 jaar of ouder, met alle zorgvragen van dien. Dat heeft hier in Rotterdam tot een concreet voorstel geleid, namelijk het vaststellen van een referentiewaarde voor vastgoed. Het is prima als vastgoedontwikkelaars veel bouwen voor burgers en bedrijven, maar we verwachten dan wel dat ze daarin ook een aantal vierkante meters beschikbaar stellen waarin huisartsen zich – liefst in gezondheidscentra – tegen een redelijke vierkante-meterprijs kunnen vestigen.”
Nieuw gemeentelijk beleid dus. “Het aantal gemeenten dat dit al doet is nog op de vingers van een hand te tellen”, zegt De Langen, “maar het zal snel vaker gaan gebeuren, dat kan niet uitblijven. Daarbij is het zaak ook meteen naar de verdere toekomst te kijken. Ik zeg niet voor niets ‘liefst in gezondheidscentra’. We zien nog best veel solopraktijken hier in Rotterdam, Met alle taken die van de tweede naar de eerste lijn verschuiven, is dat niet de meest optimale praktijkvorm. Ook daarover zullen we als gemeente het gesprek aangaan met de huisartsen.”

‘We verwachten van **vastgoedontwikkelaars** dat ze tegen een **redelijke prijs** vierkante meters beschikbaar stellen **voor huisartsen’**

Pil niet het antwoord

Wat De Langen zorgen baart, is de jarenlang ingesleten gewoonte om problemen de curatieve zorg in te duwen. “We zien dat veel mensen bij de huisarts terechtkomen met klachten over stress, vaak in combinatie met schulden”, zegt hij. “Dat is geen problematiek die in de zorg kan worden opgelost, dus het is zaak de lijn naar het sociaal domein te versterken. Ik wil wel een wedstrijd beginnen tegen de curatieve keten. De curatieve zorg is geweldig geregeld in ons land. Zó goed zelfs, dat het gemakkelijk is om mensen naar de tweede lijn te verwijzen. Die route is geplaveid, maar een afslag naar de preventieketen ligt er nog helemaal niet.”
Toch worden stappen gezet. De Langen: “Een mooie stap is de samenwerking met zorgverzekeraar VGZ die inwoners van Rotterdam in staat stelt om vanuit het preventiebudget gebruik te maken van activiteiten die bijdragen aan hun gezondheid. Een andere mooie stap is de indiensttreding van een schulddienstverlener bij een gezondheidscentrum. Dat zijn dingen die we nodig hebben. We weten nu eenmaal dat de huisartsen met >>

Regio's kunnen van elkaar **leren'**

veel vragen worden geconfronteerd waarop het goede antwoord niet een pil is, maar versterking van de lijn tussen de huisarts en het sociaal domein."

Regiobeleid

Dan de VNG, die De Langen eerder in het gesprek noemde. "In de gesprekken die ik daar als delegatieleider voer, komen al dezelfde onderwerpen aan bod waarover we het tot nu toe hebben gehad", zegt hij. "Heel mooi hierbij is hoe de samenwerking tussen de VNG en Zorgverzekeraars Nederland is gegroeid. We zijn per 1 januari gestart met een regiobeleid op het gebied van ggz, preventie en ouderen. We zien allebei hoe enorm belangrijk dit is. Gezinnen met sociale problemen, ouderen die op de afdeling spoedeisende hulp van het ziekenhuis belanden: we hebben zoveel problemen die we moeten adresseren. Daarin hebben we als VNG en ZN een gedeeltelijk belang en dat wordt heel duidelijk gevoeld."
Dat niet in alle regio's in het land dezelfde problemen spelen, is duidelijk, stelt De Langen. "Het voordeel daarvan is dat regio's van elkaar kunnen leren. Misschien heeft de ene regio die al veel doet op het gebied van ouderenbeleid wel veel aan kennis die in een andere regio is opgedaan over preventie of ggz. We zien door die regio-aanpak juist een mooie dynamiek ontstaan. En die wordt nog versterkt doordat de VNG en ZN nu hun data met elkaar kunnen delen. Daarmee voorkom je dat je als gemeente bijvoorbeeld bezuinigt op extramurale ggz, als je ziet dat daarin de kosten oplopen, maar niet weet dat ze elders in de keten juist veel harder dalen. Je moet het niet ieder voor zich zo gunstig mogelijk proberen te organiseren, je moet het samen doen. En het mooie van mijn rol is natuurlijk dat ik voor Rotterdam profiteer van de kennis die ik in mijn werk voor de VNG opdoe en vice versa."
We zijn op de goede weg, concludeert De Langen. "Ik hoop alleen dat we snel genoeg zijn. We zien een stijgende zorgvraag en een krimpende beroepsbevolking. Er komt nog een heel grote opgave op ons af." <<

'Nieuwe wetgeving kost alleen maar **tijd,** dat hebben we **gezien met** de **decentralisaties'**

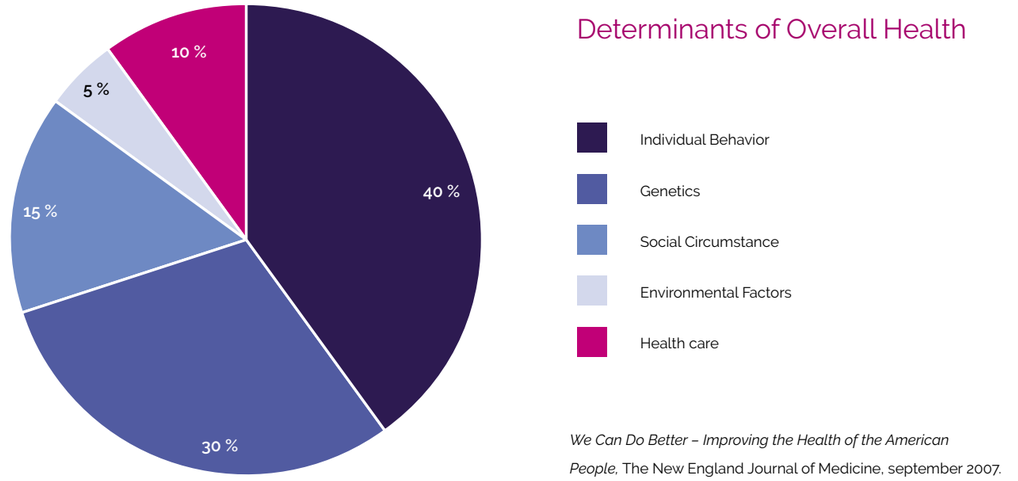
Zelfoplossend vermogen

Samenwerking tussen de eerste lijn en de gemeente is dus logisch, stelt De Langen. "Het is al lang geen vraag meer of huisartsen dat wel willen. Er is eerder sprake van frustratie als die samenwerking niet tot stand komt. Heel functioneel, want die frustratie zorgt voor versnelling. Wel is de financiering een knelpunt. Wie betaalt wat als het om preventie-activiteiten gaat? Dat is nog een uitdaging. Wat dat betreft ben ik benieuwd naar de contourennota die ons nog voor de zomer beloofd is, want daarin verwacht ik een duidelijke afslag naar preventie. Feitelijk verwacht ik die ook na de Tweede Kamerverkiezingen van volgend jaar."
Hiermee bedoelt De Langen niet dat hij op nieuwe wetgeving zit te wachten. "Ik zie een groot zelfoplossend vermogen van zorgaanbieders, gemeenten en zorgkantoren binnen de bestaande wetgeving", zegt hij. "Nieuwe wetgeving kost alleen maar tijd, dat hebben we wel gezien met de decentralisaties."

Overheidsgeld

'Andere investeringen voor betere gezondheid'

Als we de gezondheid van burgers willen verbeteren, kunnen we wel blijven investeren in zorg, maar de vraag is of dit de beste weg is. Aandacht voor zaken als onderwijs, werk en schone lucht kan veel waardevoller zijn, stelt econoom Michiel Verkoulen van Zorgvuldig Advies.



We Can Do Better – Improving the Health of the American People, The New England Journal of Medicine, september 2007.

TEKST: FRANK VAN WIJCK
FOTO: PETER HILZ / HOLLANDSE HOOGTE

De stijgende zorgkosten in de Verenigde Staten maken het voor de overheid moeilijk (ook) te investeren in andere zaken dan gezondheidszorg die de gezondheid van haar burgers kunnen bevorderen, stelde een artikel in het Amerikaanse tijdschrift STAT vorig jaar. Minister van Financiën Wopke Hoekstra waarschuwde recent dat iets soortgelijks ook in Nederland dreigt te gebeuren. Nadenken over de impact van die bewering begint met het bepalen van de determinanten van gezondheid, stelt Michiel Verkoulen. Voor D66 werkt hij met een groep zorgdeskundigen aan een paper over dit onderwerp.

"Naar schatting wordt slechts tien procent van onze gezondheid bepaald door medische zorg, en een veel groter deel door gedrag en socio-economische factoren zoals onderwijs en inkomen. Die wetenschap werpt een relevante vraag op, namelijk of we dan niet relatief gezien te veel geld uitgeven aan klinische zorg en ouderenzorg in Nederland."

Onderwijs en werk

Goede gezondheidszorg is immers niet het enige doel van overheidsbeleid, stelt Verkoulen. Onderwijs, infrastructuur, veiligheid en veel andere zaken behoren ook tot de domeinen waarvoor onze overheid een belangrijke verantwoordelijkheid heeft. "Maar gezondheid is wel >>

een van de doelen", vervolgt hij. "En als je wilt voorkomen dat de kosten die je daarvoor maakt andere overheidsdoelen gaan afknellen, moet je kijken naar wat met beleid te beïnvloeden is. Onze genetische en biologische opmaak konden we lang niet beïnvloeden, nu begint dat langzaam mogelijk te worden. Er is al een bedrijf dat je op basis van je genetisch profiel leefstijladviezen kan geven. Een ander voorbeeld zijn gepersonaliseerde geneesmiddelen. Aanzetten tot gezond leven is lastiger voor de politiek, al kan ze er natuurlijk in convenanten met de voedingsmiddelenindustrie wel stappen in zetten. Maar het belangrijkste waarop de overheid kan sturen, zijn natuurlijk de socio-economische factoren. En daarvan zijn onderwijs, inkomen en werk de belangrijkste."

'Gezondheid bevorderen lukt beter met **goed onderwijs, schone lucht,** een goed **inkomen** en gezond **voedsel** dan met zorg'

Met dit in het achterhoofd werpt Verkoulen een vraag op: "We geven als overheid jaarlijks 302 miljard euro uit, waarvan 82 miljard aan zorg. Als onderwijs net als zorg ook voor tien procent de gezondheid van mensen bepaalt – een voorzichtige schatting – en bovendien van grote invloed is op inkomen en levensgeluk, is het dan niet logischer daaraan ook tien procent van het overheidsgeld uit te geven? Het is nu minder dan de helft van wat we aan zorg uitgeven."

Kern van het probleem

Wat het moeilijk maakt om dergelijke keuzes te maken, stelt Verkoulen, is hoe tegen de zorg wordt aangekeken. "Als de Gezondheidsraad met een advies komt, luisteren VWS en de landelijke politiek wel. Bij een innovatieve doorbraak zit er een arts of medisch bioloog bij een talkshow op tv. En als we ziek zijn, willen we toegang tot alles wat die zorg te bieden heeft. Het tekent de maatschappelijke invloed van zorg en zorgverleners. Een verklaring waarom de zorguitgaven harder groeien dan de economie."

In een recent interview in het Algemeen Dagblad stelde Hoekstra voor de economie harder te laten groeien dan de zorgkosten. Bezuinigen op de zorg achtte hij daarmee op korte termijn niet nodig. "Investeren in het groeivermogen van de economie is altijd goed, binnen de ecologische grenzen", reageert Verkoulen, "Maar je pakt



er in dit geval niet de kern van het probleem – de voortdurende stijging van de zorgkosten – mee aan. Toch heeft Hoekstra in zoverre een punt, dat niet bezuinigen de start moet zijn van de oplossing van het probleem waar we nu voor staan, maar de vaststelling dat gezondheid bevorderen beter lukt met dingen als goed onderwijs, schone lucht, een goed inkomen en gezond voedsel dan met zorg. Dus zijn er goede redenen om ook daaraan geld uit te geven. Om dat te kunnen blijven doen, moeten we in ieder geval op zijn minst ervoor zorgen dat de groei van de zorgkosten afvlakt. De bekende oplossing hiervoor binnen de zorg is het geld en de aandacht verschuiven van complexe naar minder complexe zorg. Meer zorg in de eerste lijn aanbieden in plaats van in de tweede lijn dus."

Huisarts belangrijke schakel

In dit scenario wordt de rol van de huisarts groter. Dit stuit op een praktisch bezwaar, erkent Verkoulen. "Het vak is aan het vergrijzen en is nog niet heel innovatief", zegt hij. "De kansen die er zijn om een grotere maatschappelijke rol te vervullen, worden nog niet helemaal benut. Een deel van de huisartsen is ook op de rand van overwerkt raken, dat is een serieus maatschappelijk probleem. Een belangrijke stap naar de oplossing hiervoor is het besef dat de huisarts niet voor alles verantwoordelijk is. In sociale problematiek is zeker ook een rol weggelegd voor gemeenten en zorgverzekeraars. Maar de huisarts is wel een belangrijke schakel in de zorg in de wijk. En als hij die rol optimaal oppakt, wordt hij een heel belangrijke partij in wijkgezondheid. Dat vraagt om een modernere organisatie van de eerstelijnsgezondheidszorg. Om die vorm te geven, moeten ook de gemeenten en de zorgverzekeraars hun rol pakken." <<

REGIO OF THEMA

Het ministerie van VWS huldigt nu het credo 'in de regio's moet het gebeuren'. Sorteert ze daarmee effectief voor op wat Michiel Verkoulen schetst als de route naar de toekomst?

"Dat is een lastige", zegt hij. "Amsterdam en de Achterhoek verschillen sterk van elkaar, maar Amsterdam-Noord en Amsterdam-West doen dat ook. De vraag is dus of de regio de juiste indeling is. Je zou het ook thematisch kunnen aanpakken, op thema's als taalachterstand of verslaving. Regio klinkt mooi, maar in het achterstandsfonds voor huisartsen vormen Amsterdam en Almere één regio. Dat is het in de problemen die er in de praktijk leven natuurlijk niet."

Iedereen blij met poh-jeugd

‘Klachten normaliseren en niet medicaliseren’

Hoofd- of buikpijn bij een jeugdige? Dikwijls is de oorzaak niet somatisch, maar psychisch en sociaal, zoals schulden of een echtscheiding thuis. Een poh-jeugd kan dit soort achtergronden herkennen en vaak een verwijzing naar ggz of tweede lijn voorkomen. In Oost-Achterhoek sloegen huisartsen en gemeenten de handen ineen.



Lilian Grupping: ‘Ik gun iedere huisarts een poh-jeugd’. Henk-Jan de Winter: ‘Gemeenten zien het aantal verwijzingen teruglopen’.

TEKST: GERBEN STOLK

Gevoel voor symboliek kan huisarts Lilian Grupping uit Aalten niet worden ontzegd. Ze vertelt: “Tijdens de eerste gesprekken over een mogelijke pilot met poh’s-jeugd zaten de huisartsen aan de ene kant van de tafel en de gemeenteambtenaren aan de andere. In de loop zijn we door elkaar gaan zitten; we begonnen elkaars taal te spreken.”
Samen met Henk-Jan de Winter, als zelfstandig adviseur verbonden aan de ROS ProScoop, stond Grupping in 2015 mede aan de basis van een poh-jeugd-pilot in Aalten, Winterswijk, Oost Gelre en Berkelland. Namen in het begin vier huisartspraktijken deel, inmiddels zijn het er 32 en doen burgers, zorgverleners en ambtenaren in meer gemeenten hun voordeel met een poh-jeugd. Dit alles gebeurt onder de vlag van HuisartsenOrganisatie Oost-Gelderland (HOOG).

Dichtbij en vertrouwd

De Winter heeft ook in andere regio’s geholpen de poh-jeugd leven in te blazen. “De kern is vroegtijdig klachten bij jeugdigen te onderkennen en normaliseren en dus niet onnodig te medicaliseren. Als je de huisarts helpt met het toevoegen van kennis en tijd in de vorm van een poh-jeugd, kan vaak vroegtijdig problematiek van jeugdigen worden onderkend en een verwijzing naar de tweede lijn worden voorkomen. Het is hierbij ook belangrijk dat deze hulp laagdrempelig beschikbaar is voor jeugdigen en ouders: de huisarts is dichtbij en vertrouwd.”
Grupping: “De poh-jeugd in onze praktijk achterhaalde dat de hoofdpijn van een meisje samenhing met de scheiding en bijbehorende ruzies van haar ouders. Ze had piekerproblematiek. Haar ouders zijn in de praktijk uitgenodigd en kregen onder andere het advies niet openlijk te ruziën. Voorheen zou dit kind misschien zijn verwezen naar een neuroloog of kinderarts.” De Winter: “Is wél een verwijzing nodig, dan wordt de jeugdige snel naar de juiste plek gestuurd.”
Grupping: “Bovendien is de poh-jeugd een mooi middel om de samenwerking tussen huisartsen en de gemeente te versterken. Voordat we begonnen met de pilot, wisten huisartsen bijvoorbeeld niet wat ondersteuningsteams van gemeenten - of scholen - al boven tafel hadden gehaald bij jeugdigen. Wij deden het dan dunnetjes over. Nu loopt dat soepeler, omdat we, na toestemming van de ouders, gegevens uitwisselen.”

Problemen ouders

Gemeenten in Oost-Achterhoek maken de poh-jeugd financieel mogelijk. Van deze praktijkondersteuners zijn twee varianten. Grupping: “Bij de eerste laat de huisarts zijn poh-ggz een stukje jeugd erbij doen. Generaliserend kun je zeggen dat deze poh’s een jeugdige vaak zien vanwege problematiek bij een ouder die mogelijk weerslag heeft op de jeugdige. Denk bijvoorbeeld aan een depressieve moeder. De financiering van deze poh’s gaat via de gemeente naar de zorggroep en vervolgens naar de huisartspraktijk.”
De Winter: “Bij de andere variant gaat het om medewerkers uit het ondersteuningsteam van de gemeente. Dit zijn werkers uit het veld: ze kennen de scholen, sportverenigingen et cetera. Zij zijn op de hoogte van de verwijsmogelijkheden en jeugdzorg. Net als de andere poh’s-jeugd werken ze in de huisartspraktijk. Ze zijn in dienst van de gemeente en worden uitgeleend aan de huisartspraktijk en werken onder regie van de huisarts.”
Hij vervolgt: “De combinatie van diverse poh’s-jeugd is waardevol. Omdat ze verschillende achtergronden hebben, wordt intervisie als ondersteuning ingezet. Daarin wisselen ze casuïstiek uit en bespreken hun aanpak. Nu is er een meer uniforme benadering en kennis van elkaar. Als bijvoorbeeld iemand met een poh-ggz-achtergrond sociale problematiek herkent bij een jeugdige, vraagt hij om advies aan een ter zake kundige collega in een andere praktijk. Zo kan de jeugdige in dezelfde praktijk en bij dezelfde poh’er blijven.”

> **‘Kinderen** zijn vaak de **barometer** van het **gezin’**

Breder dan ggz

Een sterk punt van de poh-jeugd is de brede blik, zegt De Winter. “Vaak heb je niet puur met een ggz-kwestie te maken, maar moet je ook kijken naar het gezin. Er is dan sprake van systeemproblematiek.” Grupping: “Dikwijls zijn kinderen de barometer van hoe het met het gezin gaat. Ook dáárom is de samenwerking met gemeenten nuttig. Stel, iemand presenteert zich met slapeloosheid bij de huisarts. Als de dokter niet weet dat daar bijvoorbeeld alcoholproblematiek of werkloosheid aan ten grondslag ligt, blijft hij zich focussen op medische klachten. Bij gemeenten is dit vaak wel bekend.”

Goed geholpen

Twee jaar na het begin van de proef beoordeelden ouders en kinderen de poh-jeugd met een 8,7. Zij zeiden ‘goed geholpen’ te zijn. De Winter: “Verder vroegen we aan huisartsen: wat zou je bij al deze jeugdigen hebben gedaan zonder poh-jeugd? Zij zouden dan vijftig tot zestig procent méér hebben verwezen, vaak naar de sggz. Sommige huisartsen hadden zelfs moeten zeggen: sorry, ik kan u niet helpen. Ik moet dan ook nog de eerste huisarts tegenkomen die zegt: ik ben aan een poh-jeugd begonnen, maar hoef hem niet meer.” Grupping: “Ik gun iedere huisarts een poh-jeugd.”
Gemeenten zijn ook in hun nopjes. De Winter: “Ze zien het aantal verwijzingen teruglopen, zorg minder duur worden en burgers tevreden zijn.” Grupping: “En het goede contact met huisartspraktijken vergemakkelijkt ook samenwerking op andere terreinen, bijvoorbeeld zorg voor kwetsbare ouderen.” <<

Meer weten over werken met een poh-jeugd? Mail naar Henk-Jan de Winter via henk-jan.de.winter@proscoop.nl of mail naar secretariaat@hzoa.nl.

MAANDAGOCHTEND TIEN UUR...

Zó kan het eruitzien wanneer partijen uit verschillende werelden elkaar beter leren kennen...

Huisarts Lilian Grupping: “Een gemeente en een aantal vertegenwoordigers van HuisartsenOrganisatie Oost-Gelderland (HOOG) wilden voor het eerst een afspraak maken voor een overleg. ‘Kunnen jullie maandagochtend om tien uur in het gemeentehuis zijn?’, was de vraag vanuit de gemeente.” Lachend: “Men had er geen rekening mee gehouden dat het dan spitsuur is in de huisartspraktijk. Sindsdien vergaderen we regelmatig gezamenlijk na kantoortijd tijdens een etentje.”

Baanbrekend Drechtsteden

Werk als beste zorg

De samenwerking tussen Sociale Dienst Drechtsteden, UWV en Randstad (samen Baanbrekend Drechtsteden) met ggz-aanbieder Yulius laat zien dat kwetsbare mensen aan werk helpen hun levenskwaliteit verbetert, zorgconsumptie scheelt en kosten bespaart. Zorgverzekeraar Coöperatie VGZ participeert, maar wetgeving staat opschaling van zulke initiatieven in de weg.

TEKST: FRANK VAN WIJCK

Werken draagt bij aan een gezonder leven. Het geeft mensen niet alleen een inkomen, maar biedt ook structuur en eigenwaarde. Peter Heijkoop, wethouder in Dordrecht (werk en inkomen, zorg en welzijn, arbeidsmarkt en onderwijs), ziet het voordeel van mensen aan het werk helpen. Maar het is geen sinecure, weet hij ook. “We zien dat onze populatie verandert”, zegt hij. “Meer mensen verkeren in een kwetsbare positie: Wajongers, bijstandsgerechtigden met een ggz-achtergrond. Voor hen is het moeilijk om zonder ondersteuning aan het werk te komen. Die mensen willen we helpen.”
Heijkoop ging in gesprek met de sociale dienst en ontdekte daar dat al gesprekken gaande waren met zorgverzekeraar VGZ en ggz-aanbieder Yulius. Ab Klink, bestuurslid van Coöperatie VGZ: “We zijn een jaar of vier geleden begonnen met meerjarencontracten met zorgaanbieders met als basis allianties op het snijvlak van betere zorg en lagere kosten. Een van de uitgangspunten daarbij met Yulius is precies wat Peter al constateerde, namelijk dat werken een goed medicijn kan zijn.”



Ab Klink: ‘De gemeente heeft minder bijstandskosten, maar dat roomt het Rijk af’.

Betere kwaliteit van leven

Yulius en de gemeente gingen met elkaar in gesprek. “We geloofden er allebei in dat we mensen konden helpen door ze naar werk toe te leiden”, vertelt Heijkoop. “We zijn zonder uitgebreid methodologisch kader het traject ingegaan om dat vorm te geven. Inmiddels hebben we meer dan zestig mensen succesvol naar werk begeleid. Zij ervaren een veel betere kwaliteit van leven dan voorheen, met als gevolg dat ze minder zorg nodig hebben.”
Dat dit is gelukt voor mensen met een afstand tot de arbeidsmarkt, betekent dat de gemeente erin is geslaagd werkgevers te overtuigen van hun arbeidspotentieel. “Wij kennen inderdaad de sociale ondernemers in onze gemeente die bereid zijn om mee te denken”, zegt Heijkoop. “Dan heb ik het over werkgevers zoals Albert Heijn of C&A. Samen met Randstad bieden wij ze werkgeversdienstverlening, wat heeft geleid tot wederzijds vertrouwen. Deze werkgevers hebben mensen nodig – de krapte op de arbeidsmarkt is echt een probleem – en dankzij de bemiddeling en begeleiding die wij bieden zijn ze bereid een stap extra te zetten en deze mensen aan te nemen. We regelen begeleiding op de werkvloer en in voorkomende gevallen bieden we loonkostensubsidie en nemen we risico’s bij ziekte van een werknemer weg.”
Heijkoop zegt het “heel bijzonder” te vinden wat dit doet met mensen. “Ze zien de zin van het leven en van ritme in dat leven terugkomen”, zegt hij. “Collegiaal contact is een goed middel tegen eenzaamheid. Ook de financiële stabiliteit geeft deze mensen vertrouwen.”

Lagere zorgkosten

De meerwaarde van werk voor deze doelgroep vertaalt zich in betere zorg, minder beslag op schaars personeel en lagere zorgkosten. “De positieve effecten die Peter noemt, zorgen voor een verkorting van de behandelduur”, zegt Klink. “Bij deze zestig mensen levert dit een verbetering van hun kwaliteit van leven op. Daarnaast leidt het direct tot een besparing van 70.000 euro die de premiebetaler weer ten goede komt.”
Maar hoe benut je die winst? Klink: “De gemeente heeft minder bijstandskosten, maar dat roomt het Rijk af. En de bemiddelaars die nodig zijn om die mensen naar werk toe te leiden en hen en de werkgevers te begeleiden, kosten geld. Ook zou het UWV flexibeler mogen zijn.”
Heijkoop vult aan: “De inzet en opbrengsten landen niet daar waar je de investering doet. We hebben als gemeenten veel minder geld gekregen om oplossingen voor mensen met veel complexere problemen te realiseren. Een probleem dat je wel vaker ziet als oplossingen binnen het sociaal domein worden bedacht. Daarom komen projecten vaak niet of maar heel beperkt van de grond. Dat is cru, want ze zijn wel in het voordeel van de mensen voor wie ze worden opgezet én van de samenleving. Hier staan de prikkels nog niet helemaal goed.”



Peter Heijkoop: ‘We regelen begeleiding op de werkvloer’.

‘Opbrengsten landen **niet** daar **waar** je de **investering** doet’

Verandering nodig

Klink verwijst in dit verband naar Tamara van Ark, staatssecretaris van sociale zaken en werkgelegenheid. “We weten dat deze thematiek haar interesse heeft, dus we hopen dat dit ertoe leidt dat die prikkels de goede kant op gaan”, zegt hij. “Voor ons als zorgverzekeraar is samenwerking met gemeenten heel belangrijk. Als we echt zorgkosten kunnen besparen en een deel van die besparing landt bij de gemeente, is dat geld wat ons betreft nog steeds goed besteed.”
Heijkoop is namens de Vereniging van Nederlandse Gemeenten gesprekspartner voor het dossier Participatiewet. “Daarin spreken we Van Ark ook aan op deze thematiek”, vertelt hij. “Zij ziet ook dat het nodig is om hierin stappen te zetten, maar ze weet ook hoe complex dat is omdat het gaat om gemeenten én UWV én strikte financiële kaders die moeten worden opgerekt. Toch verwacht ik wel dat er beweging komt. Staatssecretaris Paul Blokhuis heeft aangegeven hier meer ruimte voor te willen maken. We hebben nu gemeenten die onder curatele staan en een overheid die geld overheeft. Dat staat op gespannen voet met elkaar.” <<

SNIJVLAK ZORGKANTOREN EN GEMEENTEN

Wetgeving staat veel vaker in de weg dan alleen bij het thema uit het hoofdverhaal op deze pagina’s, stelt Ab Klink. Hij merkt dat in andere initiatieven – bijvoorbeeld in de ouderenzorg – waarin VGZ participeert, in een aantal gevallen samen met andere zorgverzekeraars.

“We hebben met klem bij VWS onder de aandacht gebracht dat dit moet veranderen, vooral op het snijvlak van zorgkantoren en gemeenten”, zegt hij. “Ook daar zijn veel initiatieven mogelijk die de levenskwaliteit van mensen verbeteren en leiden tot minder inzet van toch al schaars personeel en minder premielasten.”
Heijkoop: “Die oproep is ook in lijn met het standpunt van de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid, de Raad van State en het Sociaal Cultureel Planbureau over werk. Het zou goed zijn als het kabinet zich wat aantrekt van deze zwaarwegende adviezen.”

Complexe ongelijkheid is een zaak van ons allemaal

Gezondheidsverschillen voorbij

We leven langer dan ooit in goede gezondheid. Tegelijkertijd bestaan er grote verschillen. Mensen hoog op de maatschappelijke ladder leven gemiddeld langer dan mensen die lager op de ladder staan. Bovendien leven ze langer in een goede gezondheid. Om deze gezondheidsverschillen te verkleinen, hebben we een ander perspectief nodig, waarbij ook het sociale domein aan zet is.

TEKST: RAAD VOOR VOLKSGEZONDHEID EN SAMENLEVING

De gezondheidsverschillen tussen mensen met een lage en hoge sociaaleconomische status worden vaak 'sociaaleconomische gezondheidsverschillen' (SEGV) genoemd. Gezondheidsverschillen worden echter niet alleen veroorzaakt door sociaaleconomische ongelijkheid. In werkelijkheid is de ongelijkheid die achter gezondheidsverschillen schuilgaat veel complexer van aard. Het is een veelheid aan ongelijkheden die vaak de individuele mogelijkheden overstijgt. Toch is het beleid van de laatste decennia vooral gericht op individuele gedragsverandering, leefstijl en preventie. Dat is niet verkeerd, maar ook niet voldoende. Er is meer oog nodig voor *the causes of the causes*.
Kijken naar gezondheidsverschillen is als kijken naar de sterren: je ziet nu pas de gevolgen van maatschappelijke veranderingen van decennia geleden. Willen we inzicht krijgen in de complexe ongelijkheden achter gezondheidsverschillen, dan helpt het om de blik op het recente verleden te richten.



Jet Bussemaker, voorzitter van de Raad voor Volksgezondheid en Samenleving.

Wonen en leefomgeving

Sinds de jaren negentig zijn onze steden gaan heropleven. Dit maakt het wonen duurder. Er ontstonden buurten waar de problemen zich gingen opstapelen. Daarbij kwam een regionale krimp aan de randen van Nederland, waar hoogopgeleide jongeren wegtrekken richting de (rand)stad.
Er hebben natuurlijk altijd regionale verschillen bestaan, maar de sociale en maatschappelijke segregatie tussen én binnen regio's lijkt toe te nemen. Dit heeft impact op het leven van mensen en hun kansen. De ene buurt is minder stimulerend en gezond dan de andere.

Bestaanszekerheid

Tegelijkertijd is sinds de jaren tachtig de verzorgingsstaat bijna permanent in onderhoud. De focus kwam te liggen op de eigen verantwoordelijkheid van burgers. Risico's rondom inkomen, werk en gezondheid werden steeds meer gekoppeld aan individuele verantwoordelijkheid én keuzevrijheid. Dit heeft geleid tot technisch gedetailleerde, maar complexe voorzieningen waarin veel mensen verdwalen. Kwetsbare jongeren lopen jeugdzorg mis; ouderen weten niet meer waar ze zorg kunnen krijgen; de wachtlijsten worden langer. Dit kon niet zonder gevolgen blijven.
Daarnaast neemt zowel in sociale als economische termen de waarde van arbeid de laatste decennia af. Flexibele arbeid heeft een nieuwe kloof gecreëerd, waarbij hoogopgeleiden meer inkomenszekerheid genieten dan laagopgeleiden. Ook dit heeft effect op andere terreinen. Ongeveer de helft van de huurders in Nederland heeft moeite met rondkomen en een kwart van hen heeft te weinig middelen om in het levensonderhoud te voorzien. Bestaansonzekerheid leidt tot chronische stress en betekent achteruitgang in gezondheid.

'Ideeën als een **basisinkomen** zijn op zijn minst **het verkennen waard'**

Onderwijs

We geloven dat we leven in een meritocratische samenleving waarin onze positie wordt bepaald door onze eigen verdiensten of persoonlijk falen. Dat is een beperkte werkelijkheid. Het gezin, de wijk en de sociale omgeving waarin een kind opgroeit leveren eveneens een bijdrage aan het later (niet) behaalde succes. Ook hier versterken effecten elkaar: het lerarentekort speelt vooral in probleemwijken. Ironisch genoeg is de waarde van een diploma gedaald door de enorme stijging van het aantal hoogopgeleiden. Vrijwilligerswerk, stages en bijbaantjes worden steeds belangrijker. Dat is niet voor iedereen even makkelijk te realiseren. Over de hele breedte neemt de druk op jongeren toe: niet alleen in het onderwijs, maar ook in hun toekomstige kansen op de woning- en arbeidsmarkt. Bestaande ongelijkheid wordt daardoor nog eens uitvergroot.

Wat leren we hiervan?

We kunnen concluderen dat de oorzaken van (on)gezondheid dieper liggen dan individueel gedrag. De Raad voor Volksgezondheid en Samenleving vindt dan ook dat de term 'sociaaleconomische gezondheidsverschillen' toe is aan heroverweging. Het gaat over een dieperliggende complexe ongelijkheid op verschillende levensterreinen. De gevolgen zijn vaak medisch en spelen zich af op het individuele niveau. Maar voor het aanpakken van *the causes of the causes* is iedereen aan zet, en niet op zijn minst het sociale domein. Complexe ongelijkheid gaat over de samenleving als geheel en is daarom misschien wel dé sociale kwestie van deze tijd. *It takes a society to fight complex inequality.*
Omdat de resultaten van interventies in complexe ongelijkheid pas decennia later zichtbaar worden, zijn een langetermijnvisie én bestuurlijk doorzettingsvermogen nodig. Het terugdringen van gezondheidsverschillen moet daarbij geen doel op zich zijn. Bredere ambities hebben indirect mogelijk een groter effect. En dus kunnen potentiële doorbraken best radicaal zijn. Immers, de veerkracht van onze samenleving staat op het spel. In het licht van deze wetenschap zijn ideeën als een basisbaan of een basisinkomen op zijn minst het verkennen waard. Het sociale domein én de eerstelijnszorg zijn daarvoor de aangewezen partners. Zij kennen de leefomgeving en de daarbij horende uitdagingen als geen ander. Wisselwerking tussen het medische en het sociale begint bij hen. Wat de Raad voor Volksgezondheid en Samenleving betreft, gaat het vraagstuk van gezondheidsverschillen uiteindelijk over de vraag welke samenleving we op lange termijn willen zijn en hoe we die vormgeven. De zorg is ook – en misschien vooral – een sociale kwestie. Laat u horen. <<

UITNODIGING

Het artikel op deze pagina's is een ingekorte versie van het essay *Gezondheidsverschillen voorbij. Complexe ongelijkheid is een zaak van ons allemaal*, van de Raad voor Volksgezondheid en Samenleving.

De Raad voor Volksgezondheid en Samenleving nodigt u uit samen op zoek te gaan naar nieuwe ideeën die zich richten op het aanpakken van de complexe ongelijkheden waarmee we te maken hebben. Hiervoor is onder andere een online discussieplatform ingericht: https://adviezen.raadrvs.nl/gezondheidsverschillen-voorbij.

Andere benadering eenzaamheid

‘Wie iemand uitsluit als mens, reduceert hem tot cliënt’

Een professional of organisatie die sociale uitsluiting wil tegengaan met een inloopmiddag voor de doelgroep, slaat de plank mis. Beeldbellen is meestal evenmin een schot in de roos. Zoek eenzame mensen juist op in hun thuissituatie. Een interview met een ervaringsdeskundige en een lector Onbegrepen gedrag, Zorg en Samenleving.

TEKST: GERBEN STOLK

Vol ambitie en goede wil was hij, de wethouder met wie Martin Pragt een tijd geleden in gesprek kwam. Maar ook verbaasd en enigszins ontgoocheld. Pragt, die zelf een verleden van sociale uitsluiting heeft, hoorde de man vertellen over de gemeentelijke strijd tegen eenzaamheid. De ervaringsdeskundige: “De wethouder vroeg zich af waarom hij de doelgroep niet of nauwelijks wist te bereiken. De gemeente organiseerde van alles voor eenzame mensen, maar het zette nauwelijks zoden aan de dijk.”

Eigen probleem oplossen

Pragts reactie? “De wethouder en zijn mensen meenden dat ze een probleem van burgers aan het oplossen waren. In werkelijkheid waren ze in de weer met hun *eigen* probleem: beleid over eenzaamheid invullen. Ze zagen over het hoofd dat je je hiervoor écht moet verdiepen in de doelgroep en in armoede een sociale uitsluiting. Wat is het? Waar komt het vandaan? Wie in gesprek gaat met eenzame personen en zich in hun situatie verplaatst, zal zich realiseren waarom zij niet naar een voor hen georganiseerde bingomiddag van de gemeente komen. Als je nooit bezoek krijgt, als er nooit iemand is die je persoonlijk aanspreekt, voel je je buitengesloten en ga je de deur niet uit.”

Het advies van Pragt aan de wethouder was derhalve: “Hoe goed het ook is bedoeld, houd op met activiteiten organiseren. Ga als gemeente naar mensen toe, toon interesse en probeer bij hen vertrouwen te winnen om wél de buitenwereld in te gaan. Of stel, je ziet iemand regelmatig in zijn eentje buiten op een bank zitten. Je kunt die persoon aanspreken: *U zit hier vaak, ik zou u graag beter willen leren kennen.”*



Bauke Koekkoek: ‘*Geen bericht* is niet altijd *goed bericht*.’

NIEUWE WEGEN NA CORONA

De nasleep van de coronacrisis gaat organisaties waarschijnlijk dwingen hulpverlening op een andere wijze te organiseren, aldus Bauke Koekkoek. Het lijkt volgens hem bijvoorbeeld financieel onhaalbaar te zijn zoveel mogelijk cliënten individueel van dienst te blijven.

Hij zegt: “Ik denk dat onder meer gemeenten en welzijnsorganisaties nu zouden moeten anticiperen. Al vóór de crisis steeg de vraag naar hulp en zorg. De kans is groot dat de vraag verder toeneemt als gevolg van de pandemie. In elke crisis worden kwetsbare burgers extra geraakt. Wat je je hierbij zoal kunt voorstellen? In de afgelopen periode zijn veel zachtere en sociale verbanden en structuren weggevallen. Denk aan de trainer van de sportvereniging of de muziekleraresse die ziet dat een puber vanwege de situatie thuis of op school niet zo lekker in zijn vel zit en die deze jongere dan een beetje overeind helpt. Sinds de crisis is die puber op zichzelf aangewezen en is het nog maar de vraag of hij of zij zich straks weer meldt op de sportclub of muziekles. Dat kan nadelig uitpakken als je geen goed sociaal netwerk hebt.”

Welke zorgvormen kunnen straks geschikt zijn? Koekkoek: “De overheid heeft ontzettend veel geïnvesteerd om de maatschappij enigszins draaiende te houden. Ik kan me niet voorstellen dat, wanneer corona geluwd is, er opeens veel geld kan bijkomen in het sociaal domein en de gezondheidszorg. Terwijl de vraagt groeit, zal de capaciteit dat niet doen. We zullen dus moeten kijken naar andere vormen dan alleen maar individuele hulpverlening. Misschien wordt straks meer groepsgewijs georganiseerd, misschien komen er meer contacten met lotgenoten en misschien gaan ervaringsdeskundigen een grotere rol spelen.”

Koekkoek had al vóór de coronacrisis het idee dat organisaties initiatieven kunnen opzetten waarbij vitale senioren en hulpbehoevende leeftijdsgenoten met elkaar in contact worden gebracht. “Menige 65-plusser heeft de tijd én de maatschappelijke bewogenheid om iets voor anderen te doen. Je kunt denken aan het helpen invullen van formulieren of iemand gezelschap houden. Ik noem dit levensfase-samenwerking.”

‘Niet iedereen kan een sociaal netwerk inschakelen’

Geschrokken

Bauke Koekkoek wijst professionals in het sociaal domein en de eerste lijn ook op het belang van een zo persoonlijk mogelijke benadering van kwetsbare burgers. Behalve crisisdienstverpleegkundige is hij lector Onbegrepen gedrag, Zorg en Samenleving bij de Hogeschool van Arnhem en Nijmegen (HAN). Mede vanwege zijn voorkeur voor maatwerk is Koekkoek geschrokken van de situatie die ontstond na de uitbraak van coronapandemie.

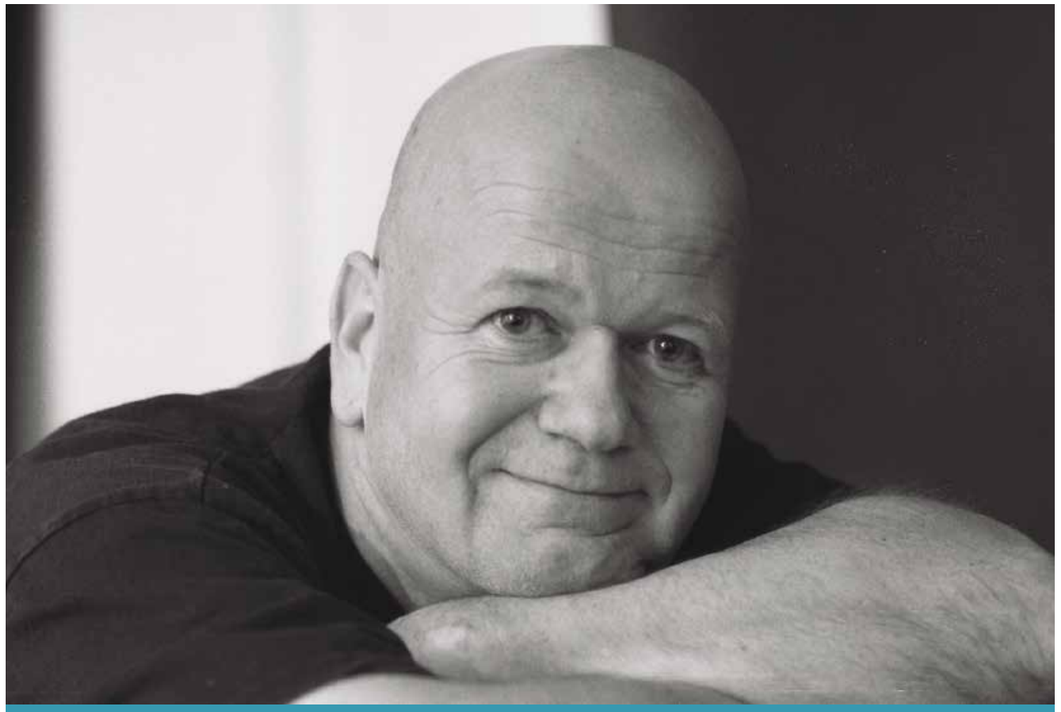
“Meteen na de eerste persconferentie van premier Rutte over de sluiting van de scholen en de noodzaak van zoveel mogelijk thuis werken, zag je bij veel organisaties en professionals terughoudendheid om op cliënten af te stappen. In de meeste sectoren werd het face-to-face-contact behoorlijk teruggeschroefd; zeker ook in het sociaal domein. Vaak werd geredeneerd dat een groot deel van de cliënten kon worden geholpen door te bellen of beeldbellen. Menige professional zei in de weken erna: *We horen niet echt heel ernstige dingen, dus misschien valt het allemaal wel mee.* Ik vind dat een zorgelijke ontwikkeling.”

Koekkoek licht toe: “‘Geen bericht’ is niet altijd ‘goed bericht’. Veel mensen zijn telefonisch lastig te bereiken.

Ik kan me niet voorstellen dat de gespannen periode die in maart begon en die mogelijk nog op ons afkomt, geen psychische en sociale effecten zal hebben. Bij degenen die zeggen dat misschien allemaal wel zal meevallen, hoor ik vaak de levensvisie en context doorklinken van de gemiddelde professional of bestuurder. In hún kringen werkt beeldbellen doorgaans wel, maar dat geldt niet voor alle lagen van de bevolking. Niet iedereen kan zich aanpassen aan een crisissituatie en een sociaal netwerk inschakelen. Het is daarom essentieel nuchter na te denken over de vraag: wie heeft persoonlijk contact nodig? Daarbij moeten we een goede afweging maken van besmettingsrisico enerzijds en afglijdende mensen of escalerende situaties aan de andere kant.”

Lef

Denken en beleven vanuit het perspectief van de burger. Pragt stipt een hierbij vaak voorkomende valkuil aan met een *oneliner*: “Je moet er geen last van hebben dat je opgeleid bent.” Hij legt uit: “Een arts is opgeleid om een probleem vanuit medisch oogpunt te bekijken. Een wijkverpleegkundige heeft geleerd vanuit het huishouden te denken en een maatschappelijk werker vanuit het psychisch hart. Dat leidt er bijna automatisch toe dat je de cliënt gekleurd benadert: vanuit je kennis als arts, wijkverpleegkundige of maatschappelijk werker. Dit impliceert het risico dat je de ander uitsluit als mens en >>



Martin Pragt: 'Bij deze groep gaan de acceptatie en relatie vaak vóór de boodschap.'

ARM GEZIN

Een vader die met een oorlogstrauma was teruggekeerd uit voormalig Nederlands-Indië en een moeder die zich er een leven lang voor schaamde dat ze het niet tot non had gebracht. Martin Pragt (64) groeide op in een gezin dat arm was aan communicatie en affectie.

"Ik voelde me thuis nooit gezien en gehoord. Van mijn elfde tot achttiende, we woonden destijds afgelegen, ben ik heel eenzaam geweest. Ik ontmoette verder alleen mensen op school, maar vond er geen aansluiting. Vanuit mij eigen ervaring weet ik dat je patronen uit je jeugd maar moeilijk kwijtraakt. Wanneer ik later in mijn leven een compliment kreeg, dacht ik: dat kan toch niet kloppen, dat kan toch niet voor mij bedoeld zijn?"
Pragt is inmiddels bijna 25 jaar communicatietrainer. Hij traint bijvoorbeeld hulpverleners die gericht zijn op sociale uitsluiting. Meer informatie: https://www.de-eerstelijns.nl/dossier/4-2020.

hem reduceert tot cliënt of patiënt. Heb het lef om je positie te verlaten en van mens tot mens te communiceren." Pragt beseft dat dit kan worden bemoeilijkt door een eigenschap die de meeste zorgverleners met elkaar delen. "Zij zijn geneigd te handelen. Een arts streeft ernaar problemen op te lossen: eerst de diagnose stellen, daarna een handeling uitvoeren. En hulpverleners, het woord zegt het al, willen hulp verlenen. Probeer je desondanks te verdiepen in de ander en hem in eerste instantie als mens te zien. Zeker bij sociale uitsluiting is dit belangrijk: bij deze groep gaan de acceptatie en relatie vaak vóór de boodschap." <<

Drie wetten, één beeld

Een gezin met behoefte aan jeugdzorg kan bijvoorbeeld ook schulddienstverlening nodig hebben. Mede daarom kijkt de gemeente Veldhoven tegenwoordig naar het complete plaatje: Wmo, Jeugdwet en Participatiewet.

Mariënne van Dongen kan worden beschouwd als de belichaming van de integrale aanpak die de gemeente Veldhoven sinds 2017 hanteert voor het sociale domein. Zij zegt: "Tot die tijd had ik als wethouder de voorzieningen en instrumenten van de Wmo en Participatiewet in mijn portefeuille. Niet die van de Jeugdwet dus. In de voorbereiding op mijn tweede bestuursperiode maakte ik de wens kenbaar het hele sociale domein in één hand te hebben. Ik had gemerkt dat zaken uit de drie wetten vaak veel met elkaar te maken hebben. Voor een groot deel, zeker bij de complexere casuïstiek, spelen er bij burgers en families altijd vraagstukken op verschillende terreinen."

De gemeente besloot ook tot verweving op uitvoerend niveau. De drie clusters voor het sociaal domein, samen circa zeventig medewerkers tellend, werden onder het beheer van één managementteamlid gebracht. Van Dongen: "Ook fysiek zijn de medewerkers dichter bij elkaar gekomen."

Silvie van Gansewinkel, coördinator van de clusters Wmo en Jeugdwet, vult aan: "Het nieuwe denken en handelen heeft onder meer gestalte gekregen dankzij de integrale casuïstiekbesprekingen waaraan medewerkers uit de drie clusters meedoen. Zo leren ze van elkaar."

Het hele verhaal lezen? Ga naar www.de-eerstelijns.nl.

'HUISARTSEN EN SOCIAAL DOMEIN MOETEN SAMEN LEREN'

Sommige burgers hebben hoge gezondheidsrisico's en problemen in verschillende leefdomeinen. Binnen de vernieuwende, integrale aanpak Krachtige basiszorg wordt dan ook het 4D-model gehanteerd: lichaam, geest, maatschappelijk en sociaal.

Krachtige basiszorg is inmiddels ingevoerd op dertien locaties in achterstandswijken in Amsterdam, Den Haag, Rotterdam en Utrecht, met een projectfinanciering van zorgverzekeraars en achterstandsfondsen. Huisarts Nikki Makkes uit de Utrechtse wijk Overvecht heeft er volop ervaring mee. Ze benadrukt het belang van samenwerking tussen huisarts en sociaal domein.

"Je moet als huisarts de stap naar het sociaal domein zetten, want de patiënt zelf doet dat niet", vertelt ze. "Maar als ik het ook niet doe, blijft die patiënt terugkomen op mijn spreekuur. Bovendien moet je investeren in het contact met die patiënt, want die heeft niet altijd een vanzelfsprekend vertrouwen in hulpverleners. Daarnaast moet je als huisartsen en aanbieders in het sociaal domein bereid zijn om samen te leren op basis van



Huisartsen Arlette Hemel (links) en Nikki Makkes van de Huisartsenkliniek Overvecht

casuïstiek. Dat vraagt om tijd, ruimte én competenties. Gemeenten en zorgverzekeraars moeten daar ook hun verantwoordelijkheid voor nemen, de Landelijke Huisartsen Vereniging en het ministerie van VWS dus ook."

Het hele verhaal lezen?
Ga naar www.de-eerstelijns.nl.

Gezonde Toekomst Dichterbij

Kansen voor gezin in achterstandssituatie

Vermogensfonds FNO heeft de ambitie gezinnen in achterstandssituaties verbetering van de ervaren gezondheid te bieden en zo een beter maatschappelijk perspectief te geven. Een forse uitdaging, weet Monique Schrijver, die leiding geeft aan het programma *Gezonde Toekomst Dichterbij*, die vraagt om actieve inzet van alle partijen in zorg en sociaal domein.

TEKST: FRANK VAN WIJCK

Complexe problemen vragen om een lange adem. En dan nog is het ambitieus te wensen dat ooit een definitieve oplossing zal worden gevonden voor de problematiek van mensen met lage sociaaleconomische status. Wat dat betreft is Monique Schrijver van FNO heel nuchter. “We hebben echter wel de ambitie om deze kwetsbare gezinnen met een programmatische aanpak oplossingen te bieden voor een beter toekomstperspectief en een betere gezondheid”, zegt ze. “Omdat FNO een vermogensfonds is, geeft ons dat juist de lange adem die voor deze problematiek zo essentieel is.”

Integrale aanpak

Schrijver is bij FNO verantwoordelijk voor het programma *Gezonde Toekomst Dichterbij*. Kern hiervan is het verbeteren van de gezondheid van gezinnen in achterstandssituaties. Ze legt uit: “Dit programma is gestart in 2015 en gaat uit van een integrale aanpak van gezondheid. We weten dat mensen met een lage sociaaleconomische status zes jaar korter leven en vijftien jaar in slechtere gezondheid leven dan andere groepen. Ook weten we dat het bij uitstek de groep is waarbij verandering van leefstijl het moeilijkst te bereiken is en dat problemen van generatie op generatie overgaan. Deze groep heeft zoveel problemen, die met elkaar samenhangen, dat zeggen ‘U moet stoppen met roken’ totaal geen effect heeft. Het is zaak te inventariseren wat er precies speelt bij ieder van deze gezinnen, oplossingen op maat te bieden en daaraan gericht leefstijladvies te koppelen. Als je bijvoorbeeld eerst helpt bij het wegnemen van schulden of het krijgen van een passende baan, is er minder stress en ontstaat ruimte om gezonder te gaan eten en meer te bewegen en is er een grotere kans dat afvallen blijvend lukt.”
In het kader van *Gezonde Toekomst Dichterbij* heeft FNO in de afgelopen vijf jaar 46 integrale aanpakken gefinancierd. “Bij een deel van deze projecten financierden we bewust de fase van het maken van het plan: bewoners en professionals kregen geld om dit samen te maken.”



Monique Schrijver: ‘Problemen van mensen met een lage sociaaleconomische status gaan vaak over van generatie op generatie’.

Lessen

Tijdens de duur van het programma is in opdracht van FNO onderzoek gedaan om in kaart te brengen wat het heeft opgeleverd en welke lessen geleerd zijn voor het hele veld. “Van subsidiegeld is vaak moeilijk te zeggen wat het precies oplevert”, vertelt Schrijver. “Ons primaire doel was immers de gezondheid van mensen te verbeteren, door aan te sluiten bij datgene wat speelt in de gezinnen. We wilden hiervan leren en hebben daarom het programma geëvalueerd en de onderzoekers vanaf de start bij het programma betrokken. We hebben er drie belangrijke lessen uit geleerd.”
Ze somt op: “Om te beginnen dat het geen zin heeft zoiets zonder de bewoners te doen. Het gaat immers om hen, dus zijn de bewoners gedurende het hele traject actief betrokken gebleven, om te kunnen aansluiten bij hun specifieke behoeften. De tweede les is dat het erg helpend is als professionals de ruimte krijgen om maatwerk te leveren voor deze mensen. Ze kunnen dan experimenteren met potentiële oplossingen die met de bestaande schotten tussen zorg, sociaal domein, gemeenten en scholen niet zo snel tot stand zouden komen. Soms is het nodig specifieke tools te ontwikkelen voor de verschillende doelgroepen. Een ‘stoppen met roken’-programma specifiek voor tienermoeders is een goed voorbeeld.”
De derde les is dat een aanpak van gezondheidsachterstanden alleen succesvol kan zijn als alle betrokken partijen bereid zijn over de periode van beleidscycli heen plannen te maken en uit te voeren. Met daarbij gezamenlijk de stip op de horizon in het oog houden voor verbetering van de gezondheid van de doelgroep. “Het vraagt om een andere manier van denken, werken en financieren”, zegt Schrijver. “Dat willen we ook meenemen in het vervolgprogramma dat we in 2021 starten.”

Vervolgprogramma

Met het nieuwe programma wil FNO verder de diepte in binnen een aantal gebieden waar de gezondheidsachterstanden en de urgentie hiervan groot zijn. “Dit vraagt participatie van veel partijen”, zegt Schrijver, “bijvoorbeeld zorg, sociaal domein, onderwijs, werkgevers, gemeenten, zorgverzekeraars. In een eerste inventarisatie hebben we geleerd dat er al best wat netwerken zijn, maar dat die nog vaak vooral de zorg als insteek hebben. Dit heeft een breder palet nodig, want we weten dat de problemen van mensen met een lage sociaaleconomische status vaak van generatie op generatie overgaan.”

‘We hebben een **breder palet** nodig dan **alleen zorg**’

Het vraagt ook om een financiële aanpak die al deze partijen ruimte biedt, stelt Schrijver. “We hebben het hier immers over preventie en we weten dat de effecten daarvan pas op langere termijn zichtbaar worden. Bovendien doen de baten zich in veel gevallen later voor en bij andere partijen dan die erin investeren”, zegt ze. “Naar zo’n financieringsmodel gaan we dus ook op zoek. Nóg een forse uitdaging, maar wel essentieel om blijvende positieve verandering tot stand te brengen in het leven van de groep mensen met lage sociaaleconomische status.” <<

Artikel in samenwerking met FNO

VIER PROGRAMMA’S

Gezonde Toekomst Dichterbij is een van de vier programma’s waarmee FNO invulling geeft aan haar uitgangspunt dat een kwetsbare gezondheid een volwaardig leven niet in de weg mag staan. De andere drie programma’s zijn:

- *Geestkracht* (kansen vergroten voor psychisch kwetsbare jongvolwassenen)
- *Klein Geluk* (voor een goede levenskwaliteit van mensen met een langdurige beperking op het vlak van gezondheid)
- *Jongeren INC* (om jongeren met een chronische aandoening naar wens en vermogen te kunnen laten meedoen in een inclusieve samenleving)

Meer informatie: www.fnozorgvoorkansen.nl.

Grote diversiteit thuiswonende ouderen

‘Het **sociaal werk** hoort bij **de eerste lijn’**

Nu ouderen zo veel en zo lang mogelijk thuis wonen, is de sociaal werker een logische partner voor huisartsen en wijkverpleegkundigen. Maar samenwerking is niet vanzelfsprekend. “We merkten dat het concept van positieve gezondheid ons een gezamenlijke taal gaf.”

TEKST: PIET-HEIN PEETERS
FOTO: ROB LAMPING

Jenny Zwijnenburg was in 2014 ‘Sociaal werker van het jaar’. Een titel die jaarlijks wordt toegekend aan een sociaal werker die tot de besten in het vak gerekend mag worden. Ze is goed thuis in het werken met zorgmijders: contact krijgen, contact houden en er zelfs voor zorgen deze mensen elkaar gaan ondersteunen in hun herstel. Het ministerie van VWS benaderde haar en collega Sjef van der Klein, Sociaal werker van het jaar 2018, voor een ‘actieonderzoek’ naar de mogelijke meerwaarde van hun beroepsgroep in de eerstelijnsondersteuning voor thuiswonende ouderen. Zwijnenburg: “Ze zagen de potentie van ons werk, maar het was hen niet precies duidelijk wat sociaal werk dan precies doet voor ouderen.”
De vraag alleen al liet de relatieve onwetendheid van VWS zien. ‘Sociaal werk’ en ’ouderen’ zijn volgens Zwijnenburg zeer algemene termen waarachter een grote diversiteit schuilgaat.

‘**Wij zorgen** ervoor **dat mensen** weer op hun manier **meedoen**’

Van der Klein en Zwijnenburg ontwikkelden een indeling van tien ‘typen’ thuiswonende ouderen: van de actieve vrijwilliger die anderen ondersteunt tot degene die moeite heeft te blijven meedoen of de zorgmijder (zie https://www.de-eerstelijns.nl/dossier/4-2020/). “De constatering dat dé oudere niet bestaat, is echt belangrijk”, zegt Zwijnenberg. “Ik denk dat onze indeling kan helpen bij het gesprek tussen professionals onderling, in de eerste lijn, maar ook met gemeenten. Welke problematiek zien we en wie kan daar wat aan doen?”

Wegkwijnen

Zwijnenberg wijst desgevraagd op de ouderen ’die langzaam wegkwijnen’ als subgroep die vaak door de eerste lijn, inclusief sociaal werk, over het hoofd wordt gezien. “Mensen die het niet meer lukt mee te doen, van wie het netwerk heel klein of verdwenen is. Dat zijn geen zorgmijders. En hoe kom je er dan achter dat die meneer of mevrouw niet meer het huis uitkomt, de post niet meer openmaakt, zich steeds minder goed verzorgt?”
De huisarts of diens praktijkondersteuner is dan essentieel. “Die mensen komen nog wel bij de huisarts, maar dan met een medisch probleem. Eén, twee extra vragen naar het netwerk en de thuissituatie kan dan veel meer in beeld brengen.”



Jenny Zwijnenburg: ‘De constatering dat dé oudere niet bestaat, is echt belangrijk.’

Vervolgens is de sociaal werker de logische partner van de huisartsenpraktijk. “Stel je voor dat iemand geen geld meer heeft om te eten, omdat die zogenaamd vriendelijke buur de rekening heeft leeggeplukt. Ik zorg er dan voor dat er een spoedpakket komt van de voedselbank. Ik regel schuldhulpverlening. Ik schat in dat deze meneer wellicht licht dementerend is en organiseer een screening waarna eventueel zorg ingezet wordt. En ik help meneer op weg naar een koffieochtend enkele straten verderop waar mensen zoals hij komen.”

Spinnenweb

Zwijnenburg wil maar zeggen: de sociaal werker is net als de huisarts en de wijkverpleegkundige een specialist. “Wij zorgen er bijvoorbeeld voor dat mensen weer op hun manier meedoen.” En ze is snel bereikbaar. “Het verschilt helaas per gemeente, maar we zijn idealiter geen tweedelijnsvoorziening waar je als oudere eerst voor geïndiceerd moet worden. Eén telefoontje en ik ga gewoon aan de slag.”
In de jaren dat ze werkt, heeft ze inmiddels geleerd dat juist dat ‘gewoon aan de slag gaan’ de essentiële factor is voor succesvolle samenwerking. “Het gaat allemaal om de relatie. Je moet niet naar de huisarts toe gaan met een

‘**Hoe begrijp** je nou wat je **met elkaar voor thuiswonende ouderen** doet?’

project of een brochure. Het gaat erom dat de huisarts zijn of haar vraag makkelijk bij jou kwijt kan. En dan kan het ook andersom werken. Dat wij een bepaalde casus met de huisarts of de poh bespreken.”
In het onderzoek van Zwijnenburg en Van der Klein bleek gaandeweg dat het concept ’positieve gezondheid’, ontwikkeld door Machteld Huber, het kader bood waarbinnen men elkaar vond in deze ‘nieuwe’ eerste lijn. Ze vertelt: “We hebben bijeenkomsten georganiseerd met vertegenwoordigers uit de verschillende beroepsgroepen die in de eerste lijn werken. Daar kwam uit naar voren dat er behoefte is aan een gezamenlijke taal. Sociaal werkers werken op een bepaalde manier, wijkverpleegkundigen ook, huisartsen ook. Maar hoe begrijp je nou wat je met elkaar voor thuiswonende ouderen doet?” Het spinnenweb van Huber met aan de uiteinden van het web de zes dimensies, waaronder ’meedoen’, die samen de mate van positieve gezondheid bepalen, bleek het handvat te zijn (zie ook kadertekst ‘Ander type oplossing’). <<

ANDER TYPE OPLOSSING

Het denkkader positieve gezondheid vraagt volgens Jenny Zwijnenburg een bredere taakopvatting bij de huisarts.

Ze vertelt: “In de jaren dat ik mijn werk doe, had ik huisartsen waar ik mee kon lezen en schrijven en huisartsen waar ik nooit contact mee kreeg. Nu ouderen langer thuis wonen, is dat geen optie meer. De definitie van de eerste lijn wordt verbreed. Je kunt als oudere bij de poh ggz terechtkomen. Die zijn sterk in het individueel welbevinden, het coachen en adviseren daarop. Rouwklachten, eenzaamheid, dat kun je heel psychologisch infietsen, maar de sociaal werker heeft een ander type oplossing in het dagelijks leven zelf te bieden. Denk bijvoorbeeld ook aan Welzijn op Recept, dat nu in veel gemeenten praktijk geworden is. Die oplossingen moeten een vast onderdeel worden van het aanbod van de eerste lijn.”

Praktijkondersteuner voor patiënt met financiële problemen

Ziekmakende schulden

Geldschulden zijn ziekmakend. Die dagelijkse constatering door Rotterdamse huisartsen heeft geleid tot de komst van iets nieuws: een praktijkondersteuner voor patiënten met financiële problemen. Sinds 1 maart is zij actief. “Het idee is letterlijk: keert u die schoenendoos met rekeningen en ongeopende brieven hier maar om.”

TEKST: GERBEN STOLK **FOTO:** CSAMHABER / PIXABAY.COM

Hoe serieus en belangrijk het initiatief ook is, binnen Gezondheidscentrum Lijn 2 kon men dit voorjaar soms een glimlach niet onderdrukken wanneer werd gediscussieerd over de functiebenaming van de nieuwe collega. Moest het ‘praktijkondersteuner financieel’ of ‘praktijkondersteuner financiën’ worden? Die uitdrukkingen dekten weliswaar de lading, maar zouden gepaard gaan met de afkorting ‘pof’, terwijl ‘op de pof leven’ nou net iets is waar de nieuw medewerker patiënten voor wil behoeden… “En dus zal het waarschijnlijk iets worden als financieel adviseur of zakelijk dienstverlener”, zegt Jan Galesloot medio maart.

‘Veel mensen **lopen vast** in het **ambtelijk circuit**’

Hij is een van de drie dokters binnen Huisartsenpraktijk Mozaiek in Gezondheidscentrum Lijn 2, gevestigd in de Rotterdamse wijk Feijenoord. Twee jaar geleden gaf Galesloot een interview aan de Volkskrant. De kop boven het artikel: ‘Geen geld om bloed te laten prikken: armoede in Rotterdam-Zuid’. Het was ook in die periode dat de huisartsen van Mozaiek en de twee beroepsgenoten van de andere praktijk in het gezondheidscentrum het thema ‘problematische schulden’ onder de aandacht brachten van het bestuur, waarvan de leden volgens Galesloot “actief en maatschappelijk betrokken” zijn. Vanaf dat moment ging Gezondheidscentrum Lijn 2 zich oriënteren op de mogelijkheden patiënten met deze sores beter van dienst te zijn.

Klein begonnen

Galesloot: “Van de mensen die wij op het spreekuur krijgen, heeft ongeveer tien procent problematische schulden. En dan hebben we het doorgaans niet over een paar duizend euro. Hoe het bijvoorbeeld kan gaan in de praktijk? Iemand meldt zich met somatische klachten. Tijdens het gesprek zie ik de patiënt in tranen. Ik krijg een vermoeden dat er méér aan de hand is en vraag: ‘Wat voor werk heeft u?’ Het antwoord: ‘Ik heb geen werk.’ Waarop ik vraag: ‘Hoe doet u het dan allemaal? Hoe gaat het financieel, want u bent vorig jaar toch gescheiden? Heeft u schulden?’ Dan komt soms het verhaal eruit. Iemand blijkt tienduizenden euro in het rood te staan en zegt: ‘Ik kom er nooit meer van af, ik zou wel dood willen.’ Vaak is het begonnen met iets relatief kleins, waarna de incasso-industrie op gang is gekomen. Extra schrijnend vind ik de patiënten bij wie de problemen ontstonden vanwege een zorgpremieschuld.”
Het gezondheidscentrum biedt ‘Welzijn op Recept’, maar gezien de omvang en de aard van problematiek bleek dat niet afdoende te zijn. Galesloot: “De maatschappelijk werker vertelde dat ze niet alles kon oplossen. Daarom zijn het bestuur en de huisartsen ook op zoek gegaan naar andere wegen.”
Het resultaat: een medewerker die tot eind dit jaar projectmatig vier dagen per week patiënten ziet in de dokterspraktijken of de thuissituatie. Drie partijen maken dit financieel mogelijk en leveren alle een even hoge bijdrage. Het gezondheidscentrum wendt GEZ-gelden aan. Galesloot: “Wij zijn niet aangesloten bij een regionale zorggroep; daardoor houden we meer overhead over en hebben we bij dit soort aparte initiatieven meer eigen beslissingsruimte.” De andere initiatiefnemers en financiers zijn welzijnsorganisatie Humanitas en Stichting Veritas Vertegenwoordiging, een bedrijf dat onder meer voorziet in budgetbeheer en bewindvoering. De nieuwe medewerker in de huisartsenpraktijken is in dienst van Veritas, maar wordt door deze organisatie gedetacheerd.

SCHRIJNEND

“Ik voelde me machteloos. Het maakte me duidelijk dat je erbovenop moet zitten bij mensen met schuldenproblematiek.”

Dat zegt huisarts Jan Galesloot over een casus die hij “schrijnend” noemt. “Het ging om een jonge man. Hij was opgegroeid in een gezin zonder zijn biologische vader, met wie hij wel contact onderhield. Als jongvolwassene zette hij samen met zijn vader een zaak op. Toen die failliet ging, vertrok de vader naar zijn geboorteland en bleef de jongen achter met een schuld van een ton, waarmee hij niet terechtkon bij zijn moeder, stiefvader, halfbroers en halfzussen. Schuldhulpverlening kwam om de een of andere reden niet op gang. Uiteindelijk raakt hij psychotisch en manisch depressief. Zoals gezegd: ik voelde me machteloos. Deze jonge man was een van de patiënten die me doordrong van de noodzaak iemand met kennis van sociaal financiële dienstverlening toe te voegen aan de praktijk.”



Vuilniszak vol

Galesloot: “Zij heeft de hbo-opleiding sociaal financiële dienstverlening gevolgd en doet bij Veritas vooral bewindvoering voor mensen met een verstandelijke beperking. Bij ons is de doelgroep veel breder; onze ervaring is dat schuldenproblematiek voorkomt binnen alle lagen van de maatschappij. Ze gaat te werk volgens de filosofie van Veritas: een proactieve benadering om mensen te helpen een overzicht te krijgen over inkomsten en uitgaven. Het wordt ook wel ‘een financiële diagnose’ genoemd. Mensen moeten al hun financiële papieren meenemen. Vaak zijn er ook ongeopende brieven. Soms hebben ze een schoenendoos vol paperassen bij zich, een enkele keer zelfs een vuilniszak. De praktijkondersteuner financiën, zoals we haar nog maar even zullen noemen, heeft maar liefst twee uur de tijd voor de patiënt. Blijkt dat niet voldoende te zijn om de financiën op een rijtje te krijgen? Dan wordt een nieuwe afspraak van twee uur gemaakt.”

Niet passend

De vraag rijst: is dit alles een taak voor de eerste lijn? Horen patiënten met achterliggende financiële problematiek niet te worden verwezen naar het sociaal domein? Hier heeft in Rotterdam lange tijd de schoen gewrongen. De Rekenkamer Rotterdam meldde vorig jaar dat de gemeente er in de periode 2012-2015 niet in was geslaagd het aantal inwoners met problematische schulden omlaag te brengen. De gemeente berichtte: “In de Maasstad lopen zo’n 60.000 huishoudens een risico op problematische schulden. De afgelopen jaren is volgens de gemeente gebleken dat deze groep niet goed weet >>

waar en hoe ze hulp kunnen vragen, of de aangeboden hulp blijkt niet te passen.” Deze conclusies waren overigens een prikkel om verbeteringen aan te kondigen; deze zijn weergegeven in het uitvoeringsplan Reset Rotterdam. Galesloot: “Wij hopen dat onze nieuwe medewerker mensen kan helpen de juiste weg naar de juiste hulp te vinden. De ervaring van Veritas is dat veel mensen met schuldproblemen vastlopen in het ambtelijk circuit. Ze gaan bijvoorbeeld naar het gemeenteloket VraagWijzer, vertellen kort over hun problemen en krijgen misschien het advies eerst te gaan overleggen met de dienst Werk en Inkomen om daarna terug te komen. Mensen verdwalen in dat circuit. Intussen gaat kostbare tijd verloren, terwijl de schulden oplopen. Het idee van Veritas, dat nu dus ook bij ons in de praktijk wordt gebracht, is dat iemand bij ons zijn financiële diagnose krijgt – een keurig overzicht – waarmee hij bijvoorbeeld veel effectiever naar de gemeente kan gaan en zo nodig sneller terechtkan bij de Kredietbank Rotterdam.”

‘Binnenkomen met **hartkloppingen** en **vertrekken** met **financiële ondersteuning’**

Durft iemand dit niet of geneert hij zich? Dan kan een ‘buddy’ van Humanitas uitkomst bieden. Galesloot: “Een buddy is een ervaringsdeskundige, iemand die zelf ooit schuldenproblematiek had en de gang van zaken bij de gemeente kent. Die gaat met de patiënt mee naar de gemeente en kan bijvoorbeeld beter beoordelen of een ambtenaar de situatie juist inschat en de goede regeling treft voor de schuldenaar.”

Trots

Zal het initiatief de werkdruk van de huisartsen verminderen? Gaan zij minder mensen zien die eigenlijk niet kunnen worden geholpen tijdens hun spreekuur? Galesloot: “Dat zou je verwachten. Maar vaak gaat het om mensen die hun spanningen lichamelijk beleven; de neiging om naar de huisarts te gaan is natuurlijk niet meteen over. Maar los daarvan: als huisartsen voelen we ons trots dat we nu een collega hebben met kennis van sociaal financiële dienstverlening. Het is een verrijking van het multidisciplinaire karakter van het gezondheidscentrum. Maar laat het duidelijk zijn: we kunnen niet zeggen of dit het ei van Columbus is. Na de evaluatie aan het eind van het jaar weten we meer.”

Vraag achter de vraag

De context waarbinnen de praktijkondersteuner in Rotterdam werd geboren, is niet nieuw. In het vorige decennium dienden zich in de eerste lijn ook veel patiënten aan met “een vraag achter de vraag”, zoals Hillary Hendriks het noemt. Zij is huisarts in Gezondheidscentrum Reeshof te Tilburg. Ze zegt: “Iemand presenteert zich met hoofd- of spierpijn, maar als je doorvraagt, krijg je bijvoorbeeld signalen van huisvestingsproblematiek.”
De vijf huisartsen van GC Reeshof en zes collega’s uit omliggende praktijken konden ruim een jaar lang een professional inschakelen wanneer ze een achterliggende vraag vermoedden. Hendriks noemt een resultaat: “Een vrouw kwam met hartkloppingen op het spreekuur en was uiteindelijk geholpen met financiële ondersteuning en een cursus bloemschikken. Ze ging weer meer deel uitmaken van de maatschappij.”

Versleten meubels

Genoemde professional had praktijkondersteuner welzijn kunnen heten, maar om verwarring met de andere poh’ers te voorkomen, werd gekozen voor ‘consulent maatschappelijke ondersteuning’ (cmo). Hoe werkte het?



Huisarts Jan Galesloot: ‘Twee uur de tijd voor een financiële diagnose.’



Ad Stokmans en Hillary Hendriks: ‘We hadden hier in Tilburg iets wat optimaal werkte.’

Frans van Muilwijk: ‘Huisartsen merkten dat cliënten gerichter konden worden geholpen.’

Huisarts Ad Stokmans: “Ik vertelde de patiënt dat er volgens mij vooral een niet-medisch probleem speelde en dat we in de praktijk iemand hadden met meer verstand daarvan dan ik. Als de patiënt instemde, vroeg ik de cmo contact te zoeken. Meestal bezocht die de patiënt thuis, met als doel iemand in zijn eigen omgeving te zien. De meubels konden bijvoorbeeld helemaal versleten zijn. Nadat de situatie in kaart was gebracht, benaderde de cmo het welzijnswerk, maatschappelijk werk, de wijkverpleegkundige of de gemeente. Zij kende ook de gemeentelijke regelingen, bijvoorbeeld op het vlak van schuldhulpverlening.”

Tevreden

Het project was succesvol, vertellen de twee huisartsen en Frans van Muilwijk, directeur Gezondheidscentrum Reeshof. Laatstgenoemde: “Huisartsen merkten dat cliënten gerichter konden worden geholpen. En een onderzoek onder 180 cliënten wees uit dat ook zij tevreden waren.”
Desondanks kreeg het initiatief geen vervolg. Van Muilwijk: Het project werd gefinancierd door Versterking Eerstelijn Zuid-Nederland (VEZN), onderdeel van CZ en VGZ. Het liep af. De gemeente en CZ, die in de stuurgroep waren vertegenwoordigd, hadden de verwachting dat de werkzaamheden van de cmo spontaan zouden kunnen worden overgenomen door de S1-verpleegkundige en het nieuwe sociale wijkteam van de gemeente. Ook een poh ggz-achtige constructie, waarbij gemeente en zorgverzekeraars alle deels tekenen voor de financiering, bleek op dat moment niet haalbaar.”
Hendriks: “Nog steeds is er de grootschalige problematiek van ‘een vraag achter de vraag’. Zorgverzekeraars, eerste lijn en sociaal domein zoeken volop naar oplossingen. Dan denk ik: we hadden hier in Tilburg iets wat optimaal werkte, iets wat daadwerkelijk effect had op het gevoel van eigenwaarde. Het is zonde een goed lopend initiatief te stoppen en te proberen het wiel opnieuw uit te vinden. Nu moeten we het hier doen met een soort *second best*.”
Hendriks doelt op de vaste contactpersonen die de huisartsenpraktijken hebben bij het sociaal wijkteam, de welzijnszorg en thuiszorg. De laatste is een wijkverpleegkundige die S1-achtige taken mag verrichten. Stokmans: “Maar een wijkverpleegkundige is toch meer gericht op zorg. En voor de andere contactpersonen geldt: bij grote organisaties is veel personeelsverloop. Vaak zijn ze binnen een jaar alweer vertrokken. Bovendien moet je ook met een vaste aanspreekpersoon maar afwachten of het degene is die daadwerkelijk bereikbaar is en met de cliënt aan de slag gaat.” Hendriks: “Als ik iemand naar een grote organisatie stuur, hoop ik altijd maar dat die persoon op de goede plek terechtkomt.”

‘Als ik iemand naar een **grote organisatie** stuur, **hoop** ik altijd maar dat die **persoon** op de **goede plek terechtkomt’**

Onderdeel team

Stokmans: “Het beste scenario is een professional die onderdeel is van het team in de huisartsenpraktijk. Iemand die je direct kunt aanspreken. Onze cmo was van huis uit verpleegkundige en daarmee BIG-geregistreerd. Ze mocht meekijken in het HIS en had dus al voorkennis vergaard wanneer ze op huisbezoek ging. En ik kon later in het dossier zien wat er was afgesproken en hoe het allemaal liep.”
Van Muilwijk: “We blijven proberen de cmo nieuw leven in te blazen.” <<

1,35 MILJOEN HUISHOUDENS

In 2018 had een op de vijf Nederlandse huishoudens betalingsproblemen, zo concludeerde Nibud, het kenniscentrum voor de huishoudportemonnee. Het ging om 1,35 miljoen huishoudens.

Herstelcirkel mensen met diabetes

‘Overgewicht los je niet in de spreekkamer op’

Diabetespatiënten komen bij hun huisarts met problemen die deze dokter niet kan oplossen. Henk Schers ontwikkelde de herstelcirkel. ‘De kracht van de groep is nu onderdeel van mijn instrumentarium.”

TEKST: PIET-HEIN PEETERS

Ongemak. Daar begon het voor huisarts Henk Schers mee. “Huisartsen zijn gemiddeld genomen betuttelend bezig met mensen met diabetes.” Patiënten komen elke drie maanden binnen. De huisarts meet dan en als de uitslag niet goed is, krijgen ze te horen wat ze meer of minder moeten doen. Schers: ‘Wat ze natuurlijk allang weten. Maar ze worden te weinig geholpen bij waar ze in hun omgang met diabetes iedere dag tegenaan lopen.” Schers werd geïnspireerd door een ontwikkeling in de artrosezorg. In een samenwerkingsproject met de Sint Maartenskliniek kwamen groepen patiënten met artrose in de wijk bij elkaar om scholing te krijgen en ervaringen uit te wisselen. ‘Mensen hielpen elkaar, waardoor er ook meer eigen regie ontstond.” Niks nieuws natuurlijk, beaamt Schers. “Zoiets bestaat al veel langer. Denk aan de anonieme alcoholisten die al voor de tweede wereldoorlog bestonden. Je brengt *peers* met elkaar in contact en zegt: *Jullie zijn zelf de belangrijkste spelers, niet de zorgverleners.”* Maar het zat niet in de gereedschapskist van de huisarts en het bestond evenmin op wijkniveau. “Ik had over dat laatste wel twijfels. Vinden mensen het leuk als ze elkaar elders tegen komen? Bijvoorbeeld in de supermarkt. Dat ze van elkaar weten dat ze diabetes hebben en welke zorgen ze hebben. Maar dat bleek juist als positief te worden ervaren.”

Groepsdynamiek

Zo ontstond, al brainstormend met mensen binnen en buiten zijn werkveld, de herstelcirkel. Een groep van vijftien tot twintig burgers met diabetes die elkaar ondersteunen in het dagelijks leven met hun ziekte en zo veel minder vaak bij de huisarts komen. Ze wisselen ervaringen uit, geven elkaar tips. Inmiddels bestaan er rondom de praktijk van Schers in Nijmegen-Noord vier groepen. Hij en collega’s dragen de herstelcirkel als optie aan bij hun patiënten, maar de ontwikkeling van de groep wordt aan de deelnemers zelf overgelaten. Waar ze bij elkaar komen, wie de trekkers zijn in de groep, het is aan hen.



Henk Schers: ‘We zeggen: *Jullie zijn zelf de belangrijkste spelers, niet de zorgverleners.’*

“Iedere groep krijgt wel een coach. Die heeft geen medische rol, maar is er om de groep op gang te krijgen en te zorgen dat de groep zelf de verantwoordelijkheid neemt.” De coaches zijn mensen uit de verslavingszorg, uit de ggz, leefstijlcoaches. “We hebben een competentieprofiel en een training. Ze moeten hun handen op de rug kunnen houden. Het zijn zeker geen tweede poh’s, liefst weten ze niets van bloedsuikers.”
In de groepsdynamiek kan individuele problematiek op tafel komen waarbij de groep niet meer kan helpen. Schulden, rouw, eenzaamheid. “Dat kan leiden tot nieuwe zorgvragen bij de huisarts. Of juist bij het wijkteam. De coaches kunnen op individueel niveau een beetje helpen. Die kijken dan vooral wat er aan extra ondersteuning nodig is. Ze kennen de lokale sociale kaart. Diegene moet het wel zelf regelen.”

‘Huisarts moet **geen verantwoordelijkheid** nemen voor **niet-medisch probleem’**

Verantwoordelijkheid

De rol van de huisarts is volgens Schers vrij beperkt. Hij levert deelnemers aan, maar wat in zijn ogen “in hoge mate geen medisch probleem is, moet je ook niet medisch maken”. Zijn praktijk bemoeit zich niet met de organisatie van de cirkels. Hooguit komt er iemand een keer een presentatie geven, “maar verder blijf je zoveel mogelijk uit de groep”.
Schers benadrukt ‘het eigenaarschap’ van de groep. Wie gezondheid in een buurt wil bevorderen, doet dat door burgers verantwoordelijkheid te geven. Idealiter ontwikkelen ze zo samen een omgeving waar gezond leven normaler wordt, gestimuleerd wordt. “We zijn chronische aandoeningen te veel gaan medicaliseren. Bij diabetes is veel van de problematiek niet medisch, maar maatschappelijk. Overgewicht los je niet in de spreekkamer op. Huisartsen moeten geen verantwoordelijkheid nemen voor een probleem dat niet medisch is en waarvan bekend is dat er nauwelijks effectieve interventies zijn.”

Financieren

De herstelcirkel als onderdeel van het aanbod van de huisarts is “uniek in Nederland”, denkt Schers. Zorgverzekeraar Menzis ondersteunt het project. Opvallend, omdat er feitelijk geen sprake is van zorgverlening. “Het zit aan de randen van de zorgverzekering. Dat vindt Menzis ook. Eigenlijk wil je het anders financieren, maar de gemeente hier staat nog niet in de stand om dit op te pakken.” Schers noemt de financiering een belangrijke vraag. “Nu zijn herstelcrirkels financieel alleen haalbaar als component van medische zorg. Maar ik zie het ook als een stukje verantwoordelijkheid van gemeenten en werkgevers.”
Want de herstelcirkels zijn succesvol. “We weten inmiddels dat deelnemers minder medicatie gebruiken en gewicht verliezen. Mensen zijn niet slechter ingesteld dan wanneer ze vaker bij ons zouden komen. We zien een positieve ontwikkeling van het HDL-cholesterol. En misschien wel het belangrijkste: mensen worden zich door de groep meer bewust van wat ze zelf kunnen en willen.” Op die uitkomsten is volgens Schers wetenschappelijk heus nog wel wat af dingen, “maar deze resultaten zijn hoopgevend.”
Vanuit de praktijk van Schers wordt nu eveneens gewerkt aan herstelcirkels voor mensen met psychische problematiek. “Je ziet ook daar veel afhankelijkheid van de medische zorg. Ook daar gaat het om het aanspreken van de eigen kracht.”
Schers is door de ontwikkeling van de herstelcirkels anders naar zijn werk gaan kijken. “Steeds meer mensen gaan makkelijker over hun eigen data en gezondheid beschikken en dus ook meer eigenaar van hun ziekte worden. Daar hebben we gebruik van te maken. En het inzetten op sociale verbondenheid, de kracht van de groep, is nu onderdeel van mijn instrumentarium.” <<

MEER REGIO’S

Herstelcirkel in de wijk probeert de verschuiving van ziekte en zorg naar gedrag en gezondheid mogelijk te maken. De deelnemers hebben een chronische aandoening als diabetes type 2 of angst- en depressieklachten.

Henk Schers: “Zij werken met zelf gestelde leefstijldoelen in groepen van vijftien tot twintig personen aan meer grip, energie en verbinding.” Herstelcirkel streeft naar een gezondheid bevorderende cultuur en structuur in de wijk. De ambitie is om over vijf jaar actief te zijn in dertien regio’s.

Welzijn op Recept

Kleur aan het leven geven

Jan Joost Meijs, voorzitter van het Landelijk kennisnetwerk Welzijn op Recept, is verheugd dat al in meer dan honderd gemeenten enthousiast aan de slag is gegaan met het door hem ontwikkelde gedachtegoed. Voor het optimaliseren van het concept moet de samenwerking van die gemeenten met de zorgverzekeraars worden versterkt, stelt hij.

TEKST: FRANK VAN WIJCK

Hoe komt een huisarts tot de ontwikkeling van een gedachtegoed als Welzijn op Recept? In de kern heel simpel: door een data-analyse toe te passen op zijn eigen patiëntenpopulatie, en daarvan te leren dat een groep van 950 patiënten vijf keer per jaar naar de praktijk kwam met niet-medische klachten. “Zo begon het”, vertelt Meijs. “In die tijd las ik net *Mentaal vermogen. Investeren in geluk* van Jan Auke Walburg. Zijn kernvraag – wat heb je nodig om gelukkig te worden – sloot naadloos aan bij wat ik dacht wat voor die 950 patiënten nodig was.”

‘Het **sociaal domein** heeft een **poortwachter nodig**’

Veel herkenning

Uit dit alles ontstond het concept dat we nu kennen als Welzijn op Recept, waarmee inmiddels in meer dan honderd gemeenten actief gewerkt wordt. “Dat gaat heel hard”, zegt Meijs enthousiast. “Als ik huisartsen vertel over de patiënten voor wie dit primair bedoeld is, zien ze zo iemand gewoon voor zich. De herkenning is groot. De uitvoering van Welzijn op Recept is afhankelijk van de lokale context en kent daardoor veel lokaal maatwerk. Dat is goed, op voorwaarde dat de cruciale elementen in acht worden genomen die we in het *Welzijn op Recept Handboek* hebben beschreven. Kernelementen zijn bijvoorbeeld het selecteren van de ‘juiste patiënt’, het goede gesprek met hem voeren, hem correct verwijzen en terugkoppeling tussen de welzijnscoach en de huisarts. En de welzijnscoach moet heel goed het aanbod in het sociaal domein kennen.”
Een verwijzing naar het sociaal domein is zowel voor de huisarts als voor de professionals in het sociaal domein nog wennen, erkent Meijs. “Maar je wilt verwijzingen naar de tweede lijn voorkomen. Daarvoor is die verwijzing naar het sociaal domein essentieel, waar de ruimte bestaat om de patiënt in een andere modus te brengen: niet ingaan op de klachten, maar focussen op wat iemand energie geeft.”

Samen verkennen

Het begint met het terrein verkennen, stelt Meijs. “Niet meteen je huisartspraktijk anders inrichten, maar eerst de welzijnscoach en elkaars werkwijze leren kennen en samen verkennen wat je in samenspraak met de professionals in het sociaal domein kunt bereiken voor mensen. Dan je patiëntenbestand screenen en de patiënten om wie het gaat uitnodigen voor een gesprek dat breder gaat dan alleen diens medische problemen. Die gesprekken moet je echt proactief plannen, anders komt het er niet van.”
In dat stadium speelt de poh’er een belangrijke rol, stelt Meijs. “Die heeft meer tijd en ziet veel patiënten elke drie maanden terug. Daarnaast kan de poh’er in de praktische uitvoering veel taken overnemen, zoals het frequente contact met de welzijnscoach. Hier zit wel een grens aan. Hoewel goed bedoeld, plaats ik persoonlijk vraagtekens bij het aanstellen van een poh’er armoede of schuldhulpverlening, omdat dit nu juist het werkterrein en de deskundigheid is van het sociaal domein. Goed diagnosticeren en gepast verwijzen is dan het motto voor de huisarts.”

Niet optimaal verwijzen

De stand van zaken is dat huisartsen wel veel Welzijn op Recept-geschikte patiënten op het spreekuur zien, maar nog niet optimaal verwijzen naar Welzijn op Recept, stelt Meijs. “Ze zeggen dat ze eigenlijk dagelijks patiënten zien met sociaalmaatschappelijke problematiek, maar de praktijk toont aan dat ze maar tien tot vijftien keer per jaar een welzijnsrecept uitschrijven. Kortom, er is nog een behoorlijk onbenut potentieel dat we de komende jaren moeten gaan benutten. De huidige organisatie en financiering van de vooral ‘ziektegerichte’ eerstelijnszorg is een van de oorzaken hiervan, maar zeker niet de enige. Dit heeft dan ook de aandacht van zowel VWS als het Landelijk kennisnetwerk en wordt meer en meer ook door zorgverzekeraars en gemeenten als belangrijk onderwerp gezien.”



Handreiking

De samenwerking met het sociaal domein vraagt ook een rol van gemeenten en zorgverzekeraars. “Daar ligt nog een fors vraagstuk”, zegt Meijs. “Gemeenten hebben behoorlijk wat op hun bord gekregen. Ze hebben hun werk binnen het sociaal domein best goed opgepakt vind ik, maar het sociaal domein heeft echt een poortwachter nodig zoals de huisarts dat voor de eerste lijn is. Vaak is alles wat binnen het sociaal domein valt nog verticaal georganiseerd. Gelukkig geeft het feit dat Welzijn op Recept op zoveel plaatsen een voedingsbodem vindt wel aan dat hierin ontwikkeling zit. Ook de zorgverzekeraars nemen het onderwerp serieus. Verbinding met het sociaal domein is vaak al een van de opdrachten in de contractering met de huisartsen. Maar de zorgverzekeraars en gemeenten zelf zijn nog wel werelden die elkaar beter moeten leren kennen.”
Een goede ontwikkeling is dat staatssecretaris Paul Blokhuis Welzijn op Recept nadrukkelijk omarmt (zie pag. 35. red.), erkent Meijs. “Al is zijn idee om het onder te brengen in de Zorgverzekeringswet maar een deel van de oplossing”, zegt hij hierbij, “want daarmee heb je de gemeenten nog niet. Je moet de gemeenten en zorgverzekeraars één simpele handreiking bieden. We zijn daarom bezig met een integraal inkoopadvies Welzijn op Recept dat hen hiervoor een concreet document moet bieden. Ook zijn we met VWS in gesprek over de vraag wat inzetten op Welzijn op Recept oplevert. Al besef ik ook dat alles meten en bewegen een valkuil kan zijn. De gedachte dat je mensen met Welzijn op Recept kleur aan hun leven geeft zodat ze minder een beroep op de zorg doen, ligt nogal voor de hand. Deze mensen, die vast komen te zitten in het medisch systeem, hebben gewoon een duwtje in de goede richting nodig en soms ook ondersteuning. Als je hun levensvaardigheid ondersteunt, gaan ze zich lekker in hun vel voelen, zelfvertrouwen ervaren en dingen ondernemen. En dat zal ook onnodige zorgkosten voorkomen.” <<

Krimpgebieden: ruimte voor avontuur

‘Platteland aantrekkelijk maken’

Zorg- en welzijnsprofessionals die krimpgebieden verlaten of niet genegen zijn zich er te vestigen? We kunnen klagen, maar we hebben ook de mogelijkheid de beeldvorming bij te stellen en onder meer huisartsen te attenderen op de kansen die deze streken bieden, zegt Bettina Bock.



Bettina Bock

TEKST: GERBEN STOLK
FOTO: WEEGHDESIGN / PIXABAY.COM

Bock wordt ook wel ‘krimpprofessor’ genoemd. Sinds 2015 is zij bijzonder hoogleraar Bevolkingsdaling en Leefbaarheid voor Noord-Nederland aan de Rijksuniversiteit Groningen. Jazeker, in de afgelopen jaren hoorde en las zij zoals zovelen dat het niveau van de zorg- en welzijnsvoorzieningen daalde in bepaalde regio’s binnen Groningen, Friesland en Drenthe. Maar nee, ze wil dit niet zien als een onomkeerbaar proces. Bock adviseert zorg-, welzijn en overheidsbestuurders en -beleidsmakers nieuwe wegen in te slaan.

“Het is niet zo dat er onvoldoende werk is in deze gebieden”, zegt ze. “Vanwege de vergrijzing is er juist een grote zorgbehoefte. Het is eerder een tekort aan professionals waarmee we hier worden geconfronteerd.”

Ouderwets

Dát is dan ook het terrein waarop actie moet worden ondernomen. Daarvoor dient wel bekend te zijn waarom er onder professionals geringe animo bestaat voor het platteland. Bock: “Vooral jongere mensen hebben het idee dat het leven in dichtbevolkte gebieden spannender is en dat je op het platteland bijvoorbeeld minder vrijetijdsmogelijkheden hebt en ook minder voorzieningen zoals kinderopvang. Verder heerst vaak het beeld dat er in agrarische gebieden vooral ouderwetse huisartspraktijken zijn waar je bij wijze van spreken alleen ingegroeide teennagels behandelt. Het werk zou weinig uitdagend zijn. Tegelijkertijd wordt dikwijls gedacht dat je er dag en nacht moet werken, omdat er weinig zorgprofessionals zijn. Dit gaat in tegen de trend dat steeds meer huisartsen parttime willen werken.”
De hoogleraar plaatst hiertegenover het beeld van gebieden waar avontuur en innovatie wachten. “Natuurlijk, er zijn obstakels, zoals dat het voor de vaak hoogopgeleide partner van een huisarts moeilijk is een baan te vinden in een krimpgebied en dat menige zorgprofessional daarom de stap naar het platteland niet zet. Maar deels heeft het tekort aan professionals ook te maken met beeldvorming. Je kunt zeggen: het platteland is saai. Maar je kunt ook benadrukken: met de huidige organisatie van zorg komen we in de knel op het platteland, dus er ligt een uitdaging om vernieuwingen te bedenken en uit te voeren. Die houding maakt werken in deze streken mijns inziens aantrekkelijk, leidt ertoe dat het avontuurlijk wordt hier aan de slag te gaan.”

Menselijke maat

Spannend en kansrijk zijn volgens Bock bijvoorbeeld nieuwe samenwerkingsverbanden die resulteren in fenomenen als ‘de dorpsondersteuner’ (zie het interview hieronder). “Dit is een verandering die je kunt combineren met een inhoudelijke innovatie van de gezondheidszorg. Een innovatie waarbij het minder om het curatieve gedeelte gaat en meer om preventie. Je bent meer gericht op wat mensen zoeken, op zingeving, op hun specifieke situatie en behoeften. Vaak kan een vrijwilliger aan deze wensen tegemoetkomen. Dit alles levert meer kleinschaligheid en persoonsgerichte zorg op; de menselijke maat neemt toe, mede omdat de burger kan meepraten over wie er wat voor hem doet. Je kunt je bijvoorbeeld voorstellen dat telkens dezelfde vrijwilliger op hetzelfde tijdstip een dorpsbewoner helpt bij het douchen, terwijl die dorpsbewoner voorheen moest afwachten hoe laat iemand van de thuiszorg verscheen.”
Bock noemt in dit opzicht ook zorgcoöperaties. “Die bieden een combinatie van formele en informele zorg, een combinatie van professionals en vrijwilligers.

‘Uitdaging om vernieuwingen te bedenken’

Dorpelingen kunnen tegen een bepaald bedrag lid worden en zijn daarmee vrager of aanbieder van zorg óf beide. Leden laten bijvoorbeeld weten welke zorg zij nodig hebben, welke taken zij zelf willen uitvoeren en op welke dagdelen zij daarvoor beschikbaar zijn. Dat laatste kan heel eenvoudig zijn: op maandag- en woensdagmiddagen een kopje koffie drinken met een alleenstaande oudere in het dorp. Met een zorgcoöperatie regel je burenhulp op een georganiseerde manier. Je hebt niet de gedwongen dankbaarheid van de oudere. En je hebt ook niet de angst van de vrijwilliger dat de bezoeken na verloop van tijd een verplichtend karakter krijgen.”

Idealen

De hoogleraar vervolgt: “Naar mijn mening is het zeker voor huisartsen boeiend om nauw betrokken te zijn bij dit soort noodzakelijke vernieuwingen. Als je ontevreden bent over het huidige zorgmodel, heb je in plattelandsgebieden letterlijk en figuurlijk de ruimte om met je idealen aan de slag te gaan en de zorg te verbeteren. Ik denk dat dit aansluit bij de drive en motivatie die huisartsen horen te hebben: je wilt werken voor mensen die jou het meest nodig hebben. Of het nu een zwakke wijk is in een grote stad of een krimpgebied op het platteland, je zou actief moeten willen zijn dáár waar het dreigt mis te gaan.”

Meer welzijn, minder kosten

Dorpsondersteuner

De komst van dorpsondersteuners in Groningse dorpen is gepaard gegaan met een toename van het welzijn en daling van de huisartszorgkosten. Zij koppelen bijvoorbeeld vrijwilligers aan bewoners voor eenvoudige zorgtaken.

Wat is een dorpsondersteuner?

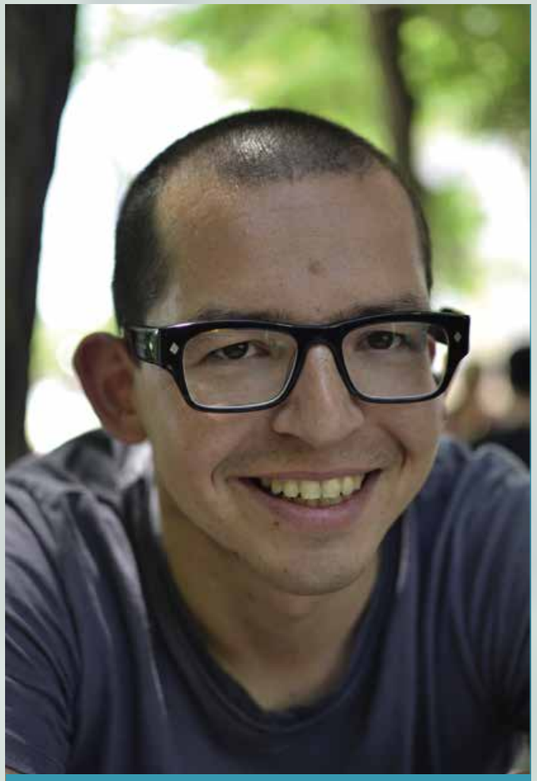
Richard Jong-A-Pin (onderzoeker en universitair hoofddocent Faculteit Economie en Bedrijfskunde Rijksuniversiteit Groningen): “Iemand die zich inzet voor de leefbaarheid in het dorp. Elk dorp geeft zijn eigen invulling. Meestal is dat organisatie van informele zorg: een dorpsondersteuner brengt vrijwilligers en bewoners bij elkaar.”

Wat kan een vrijwilliger zoal doen?

“Een bewoner gezelschap houden of naar het ziekenhuis brengen. Of medicijnen ophalen of een lamp vervangen. Kortom, betrekkelijk eenvoudige zorgtaken die niet zijn bedoeld voor professionals. In sommige dorpen heeft de dorpsondersteuner een andere rol: sociale activiteiten organiseren om ouderen zelfredzamer te maken. Een tabletcursus bijvoorbeeld. In een van de onderzochte dorpen gaat het behalve om informele zorg ook om versterking van de sociale structuur. De dorpsondersteuner coördineert bijvoorbeeld de inzet van vrijwilligers bij verenigingen.”

Wat is de aanleiding voor dorpsondersteuners in de provincie Groningen?

“Krimp en vergrijzing raken een aantal regio’s hard, vooral in Noord- en Oost-Groningen. Dit gebeurt bovendien ten tijde van de transitie van welvaarstsstaat naar participatiesamenleving.” >>



Richard Jong-A-Pin

van huisarts en dorpsraad; inwoners hebben vertrouwen dat ze goed kunnen worden geholpen. In Ulrum en directe omgeving daalden de huisartszorgkosten met zes procentpunt, terwijl ze in het grotere omliggende gebied stegen. Het is te vroeg om te spreken van harde oorzakelijke verbanden, maar dorpsondersteuning gaat in genoemde dorpen gepaard met lagere zorgkosten én welzijnstoename. In Onderdendam is men in 2019 begonnen; daar zijn nog geen conclusies mogelijk."

En nu?

"Het is niet honderd procent zeker, maar het onderzoek suggereert sterk dat de maatschappelijke-economische waarde van dorpsondersteuning groter is dan de kosten. Structurele overheidssubsidie is noodzakelijk om dergelijke projecten – ook op de lange termijn – te laten slagen. Er zijn vele redenen om aan te nemen dat het niet lukt als je het aan de markt overlaat. Bijvoorbeeld: de mensen die het meest behoefte hebben aan een dorpsondersteuner, zijn vaak degenen die het niet kunnen betalen. Het is niet rendabel voor bedrijven."

Wat adviseert u partijen die dorpsondersteuning willen opzetten?

"Kijk naar de behoeften in het dorp én naar de mankracht en expertise. Zomaar een basaal voorbeeld: je wilt een vrijwilliger die computerproblemen van bewoners verhelpt. Als niemand in het dorp ict-kennis heeft, moet je die ambitie laten varen." <<

Wie initieert en financiert dorpsondersteuning?

"In Wedde en Wedderveer gaf de huisarts uit Wedde in 2014 de aanzet (project Wedde dat 't lukt, red.). Hij vertelde me dat hij wilde anticiperen op de transitie. Zijn basisgedachte: wat kunnen bewoners voor elkaar betekenen? Daarmee stapte hij naar de dorpsraad. Sinds 2015 is er 28 uur per week een dorpsondersteuner: een dorpsinitiatief dat wordt gefinancierd door de gemeente en dat sinds respectievelijk 2016 en 2017 eveneens draait in zusterdorpen Veelerveen en Vriescheloo. In Onderdendam is het ook een bewonersinitiatief, in dit geval door Dorpshuis Onderdendam. Dit is financieel mogelijk dankzij de lokale hervormde kerk, gemeente Het Hogeland, het dorpshuis en Oranje Fonds. In Ulrum lanceerde de gemeente zelf een 'dorpsconciërge'. Nadat haar baan ophield te bestaan, ging ze een dag per week door als vrijwilliger. Incidenteel zijn er gemeentelijke subsidies voor activiteiten zoals een tabletcursus."

Wat levert het op?

"In Wedde en Wedderveer zijn tussen 2015 en 2017 de huisartszorgkosten per inwoner gemiddeld met 38 euro afgenomen. De dorpsondersteuner heeft een mandaat

Naam onderzoek: Evaluatie van de dorpsondersteuner.
Opdrachtgevers: Vereniging Groninger Dorpen en Healthy Ageing Netwerk Noord Nederland (HANNN).
Uitvoerder: Aletta Jacobs School of Public Health, een samenwerkingsverband tussen de Rijksuniversiteit Groningen, het UMCG en de Hanzehogeschool Groningen.
Meer informatie: https://www.de-eerstelijns.nl/dossier/3-2020/.

Paul Blokhuis over Welzijn op Recept

'Meer inzetten op collectieve preventie'

Met Welzijn op Recept krijgen mensen geen medicijnen, maar een welzijnscoach die ze helpt weer sociaal actief te worden. De eerste signalen zijn positief, stelt staatssecretaris Paul Blokhuis. "Uit onderzoek blijkt dat in 83 gemeenten mensen zo worden ondersteund. Nu kijken hoe we dat aantal omhoog krijgen."

TEKST: FRANK VAN WIJCK
FOTO'S: RIJKSOVERHEID EN MATTHIAS ZOMER / PEXELS

"Dokter, ik slaap de laatste tijd zo slecht." Iedere huisarts die deze zin hoort in zijn spreekkamer, weet dat hij erop gespitst moet zijn te achterhalen of de patiënt wel een medische vraag heeft. Bij doorvragen blijkt maar al te vaak dat sprake is van een achterliggend psychosociaal probleem. Het doel van het programma Welzijn op Recept is dat de huisarts zo'n patiënt verwijst naar een 'welzijnsarrangement' van de welzijnsorganisatie in zijn gemeente. De arrangementen die iemand daar aangeboden krijgt, bestaan uit interventies die het doel hebben zijn welbevinden te vergroten. Dit kunnen creatieve activiteiten zijn of sporten of bewegen, maar bijvoorbeeld ook vrijwilligerswerk. Het doel hiervan is de mentale gezondheid en veerkracht van de persoon te versterken. En de achterliggende gedachte is vanzelfsprekend dat die dan minder een beroep doet op de zorg.
Lokale variatie in de uitvoering is tot op zekere hoogte logisch. Arrangementen moeten immers passen bij de patiëntenpopulatie en aansluiten bij de mogelijkheden van de welzijnsorganisatie ter plaatse. Aan VWS-staatssecretaris Paul Blokhuis de vraag hoe Welzijn op Recept verder kan worden gebracht.

Wat ziet u als de grootste waarde van Welzijn op Recept?

"Er is een flinke groep patiënten die een arts bezoeken met klachten die feitelijk geen medische maar een sociaal-maatschappelijke oorzaak hebben. Hierbij kun je denken aan mensen die eenzaam zijn, in de schulden zitten, werkloos zijn of een dierbare hebben verloren. Een zorgverlener in de eerste lijn kan zo iemand doorverwijzen naar een welzijnscoach. Die gaat samen met de patiënt op zoek naar activiteiten waar iemand energie van krijgt of blij van wordt. Iemand kan bijvoorbeeld het biljarten weer oppakken. Zo geef je die persoon weer perspectief. De patiënt heeft weer wat te doen in de avond en leert nieuwe mensen kennen. Een ander kan bijvoorbeeld vrijwilligerswerk doen, waardoor hij vrienden maakt en weer voldoening krijgt uit het leven. Kortom, mensen krijgen geen pijnstiller of antidepressivum voorgeschreven, maar ze krijgen Welzijn op Recept.
Deelnemers aan Welzijn op Recept vertellen dat ze zich gezonder en gelukkiger voelen, actiever zijn, dat hun zelfvertrouwen groeit en dat ze de toekomst rooskleuriger tegemoet zien. Mensen kunnen zowel lichamelijk als fysiek weer opbloeien door de interventie."

Movisie noemt het een interventie die uitstekend past bij de kanteling van de Wmo. Vindt u dit ook en waarom?

"Ja, daar ben ik het mee eens, maar het interessante is ook dat Welzijn op Recept er al eerder was dan de Wmo 2015. Welzijn op Recept geeft huisartsen een gestructureerde mogelijkheid om patiënten door te verwijzen naar het sociale domein. Patiënten die wel naar de huisarts gaan, maar niet naar het Wmo-loket. De manier waarop zij vervolgens door een welzijnscoach begeleid worden naar een activiteit, past bij de integrale maatschappelijke ondersteuning door gemeenten van mensen die dat nodig hebben."

U bent te spreken over de eerste resultaten in 83 gemeenten en stelt "Nu kijken hoe we dat aantal omhoog krijgen". Ligt er met de informatie over Welzijn op Recept die er nu is een voldoende solide basis voor andere gemeenten om hiermee aan de slag te gaan?

"Zeker weten. Welzijn op Recept wordt nu al aangeboden in 83 gemeenten, en ik wil graag dat dat er meer worden. Het mooie is dat gemeenten die dit ook willen gaan aanbieden, niet opnieuw het wiel hoeven uit te vinden. >>



Zij kunnen leren van de ervaringen van de gemeenten die hen zijn voorgegaan.
Het Landelijk kennisnetwerk Welzijn op Recept heeft de best werkende werkwijzen bekeken en gebundeld. Via hun website www.welzijnoprecept.nl zijn handboeken en handleidingen te bestellen met tips en adviezen over hoe de interventie kan worden gestart, of als het al is opgezet, hoe die kan worden voortgezet. Zowel gemeenten als huisartsen en welzijnswerkers kunnen hier nuttige informatie in vinden. Wij krijgen van huisartsen te horen dat ze hier echt wat aan hebben.
Daarnaast kunnen bijvoorbeeld huisartsen, of mensen die werken bij de gemeenten, bij vragen over Welzijn op Recept contact opnemen met het Landelijk Kennisnetwerk Welzijn op Recept."

'Deelnemers voelen zich **gezonder** en **gelukkiger'**

Welke partij moet hierin de kartrekker zijn: de huisarts, de gemeente?

"In de praktijk zien we dat het niet altijd één partij is die de kar trekt. Het opzetten van de interventie is een gezamenlijke inspanning van huisarts, gemeente, welzijnscoach, het sociale domein en zo mogelijk ook de zorgverzekeraar. We zien dat soms de gemeente het initiatief neemt, zoals bijvoorbeeld op dit moment in Kerkrade. In Zuidoost-Brabant is het juist een huisartsenzorggroep die het voortouw neemt. En in Enschede is de welzijnsorganisatie in de *lead*.
Elke partij heeft hierin zijn eigen rol. De welzijnscoach speelt bijvoorbeeld een cruciale rol in het contact met de huisarts en het sociale domein. We zien dat die vaak de aanjager en spin in het web is."

Speelt het zorgkantoor een rol?

"Hoewel Welzijn op Recept zeker ook onderdelen bevat die vallen onder het zorgkantoor, bijvoorbeeld om langer zelfstandig thuis of in de wijk te wonen, zijn op dit moment de hoofdfinanciers de gemeente en zorgverzekeraar."

Het ontbreekt vaak nog aan structureel overleg tussen de zorgverleners in de eerste lijn en de welzijnscoaches. Wat hindert beide partijen naar uw inschatting?

"Het is belangrijk dat zorgverleners in de eerste lijn en de welzijnschoaches goed met elkaar in contact staan. In de praktijk blijkt dat de samenwerking binnen Welzijn op Recept meer van mensen vraagt dan in eerste instantie verwacht. Dit komt omdat het een domein-overstijgende interventie is. In het begin draait het onder meer om elkaar, elkaars werkwijze en manier van communiceren te leren kennen voor het opbouwen van vertrouwen. En parallel daaraan loopt het praktisch opzetten van Welzijn op Recept. In een latere fase gaat het om het opzetten van een structureel overleg, waarin ruimte is voor feedback en het zichtbaar maken van de resultaten.
Voor het contact is wel wat extra's nodig. Zo is het belangrijk om na te denken over de vraag hoe de welzijnscoach wordt betaald voor dit soort overleggen. Daarnaast blijkt uit de praktijk dat het erg goed werkt als de welzijnscoach een werkplek krijgt in de huisartsenpraktijk. Daardoor ontmoeten arts en coach elkaar sowieso makkelijker, is een lijntje snel gelegd en weten ze elkaar makkelijker te vinden. Zowel voor een doorverwijzing als voor een overleg. Bijvoorbeeld om samen te bespreken of een patiënt geholpen zou zijn bij Welzijn op Recept."

Er bestaat ook grote lokale variatie in de kwaliteit van de uitvoering. Is centrale regie nodig om de uitvoering te stroomlijnen?

"De verschillen tussen gemeenten zijn groot, waardoor een idee van bovenaf opleggen niet gaat werken. Je kunt je voorstellen dat Welzijn op Recept er in de Haagse Schilderswijk heel anders uitziet dan op het platteland in Oost-Groningen. Bij Welzijn op Recept is het belangrijk om te kijken hoe de interventie het best kan worden ingericht per gemeente, zodat het aansluit bij de behoeftes van de patiënt.
We weten inmiddels enerzijds welke elementen essentieel zijn – en dus voor alle regio's hetzelfde zijn bij het opzetten van Welzijn op Recept – en anderzijds hoe we het zo kunnen inrichten dat de lokale context aansluit bij de interventie."

Er is veel discussie over de vraag of zorg altijd het antwoord is op de vragen waarmee mensen de huisarts confronteren. Sociale omstandigheden en individueel gedrag zouden (naast een gezonde leefomgeving) veel meer bijdragen aan goede gezondheid dan gezondheidszorg kan doen, is een opvatting die in deze discussie wordt gehoord. Waar staat u in die discussie? En hoort daar ook een verschuiving in financiering bij van zorg naar welzijn?

"Wat mij betreft moet preventie van gezondheidsproblemen een essentiële rol gaan spelen in de toekomst van ons zorgstelsel. Welzijn op Recept is daar een heel concreet voorbeeld van; een voorbeeld van hoe we kunnen voorkomen dat klachten van mensen groter en ernstiger worden, door hen weer een doel te geven of hun sociale leven weer een stimulans te geven. Het is onderdeel van een omslag in het denken. Minder in termen van het repareren van schade en meer in termen van preventie en gezonde leefstijl.
Om mensen beter te helpen en ook omdat het aantal mensen dat een beroep op de zorg gaat doen de komende jaren enorm toeneemt, moeten we kijken hoe we ervoor kunnen zorgen dat mensen zolang mogelijk gezond blijven. De gecombineerde leefstijlinterventie (GLI) is een goed voorbeeld daarvan. Sinds vorig jaar wordt deze interventie vergoed vanuit het basispakket. Daar ben ik heel blij mee, en dat zijn de eerste stappen naar meer preventie in de zorg. Er zijn meer voorbeelden van kansrijke interventies die we structureel zouden moeten inzetten. Welzijn op Recept is daar één van. Maar valpreventie voor ouderen is ook zo'n kansrijke interventie.
We weten dat valpreventie ziekenhuiskosten bespaart, maar toch vindt implementatie nog niet landelijk plaats. Dat moet wat mij betreft dus echt anders.
Ander voorbeeld is de inzet van leefstijl bij mensen met diabetes. Op dat terrein gebeurt gelukkig een hoop, maar nog veel te vaak worden medicijnen voorschreven. Dat terwijl een gezonde leefstijl diabetici soms zelfs van hun ziekte af kan helpen. Het liefst zijn we er natuurlijk heel vroeg bij. Daarom kijken we naar hoe we de GLI specifiek voor kinderen met overgewicht kunnen inzetten en hoe deze structureel kan worden gefinancierd. Dit gaat allemaal om preventie die op het individu is gericht. Wat mij betreft gaan we in de toekomst veel meer inzetten op collectieve preventie.

'Het werkt **goed** als de **welzijnscoach** een **plek** krijgt in de **huisartsenpraktijk'**

Ik werk ook hard aan de preventie van gezondheidsproblemen. Anderhalf jaar geleden hebben we met tientallen maatschappelijke partijen het Nationaal Preventieakkoord ondertekend. Daarin hebben we afspraken gemaakt over drie onderwerpen waarmee we de meeste gezondheidswinst kunnen behalen. In het akkoord zijn we de strijd aangegaan met roken, hebben we afspraken gemaakt om overgewicht terug te dringen en pakken we problematisch alcoholgebruik aan.
Samen met mijn collega-bewindspersonen bij het ministerie van VWS werk ik aan een plan voor de toekomst van de gezondheidszorg. Wat mij betreft komt die omslag ook daarin naar voren: niet ziekte en schade als uitgangspunt, maar preventie en gezondheidspotentieel."

Ook het creëren van gezonde wijken?

"Een gezond ingerichte wijk kan bijdragen aan een gezonde en actieve leefstijl. Denk aan bewegen, spelen en elkaar ontmoeten. De fysieke leefomgeving krijgt dan ook steeds meer aandacht. Een aantal landelijke programma's richt zich mede op het ontwikkelen van een gezonde leefomgeving. Voorbeelden van programma's uit het sociale domein zijn Gezonde School, Gezonde Wijk, GezondIn..., Jongeren op Gezond Gewicht, Eén tegen eenzaamheid en Onbeperkt Meedoen. Ook stimuleer en ondersteun ik gemeenten via het GIDS-programma, gezondheid in de stad, om gezondheidsachterstanden aan te pakken." <<

Samenwerken met burgers, hoe doe je dat?

Sterk Wijknetwerk

Wijknetwerken waarin de eerstelijnszorg samenwerkt met welzijn en burgers kunnen het lokale zorgsysteem veranderen. En dat is nodig om de zorg toegankelijk en betaalbaar te houden. Zo'n netwerk opzetten is niet eenvoudig. Onderzoeksleider dr. Miranda Laurant van het project 'Sterk Wijknetwerk' deelt ervaringen en succesfactoren.

TEKST: JOSÉ VAN DER WAERDEN **FOTO:** ROB GIELING

Verschillende ontwikkelingen en overheidsbeleid hebben geleid tot verschuivingen in de samenleving en gezondheidszorg (zie tabel). Miranda Laurant, lector organisatie van zorg en dienstverlening bij de University of Applied Sciences | Hogeschool van Arnhem en Nijmegen (HAN), stelt dat de aandacht vooral uitgaat naar de zorgvraag van het individu. "Terwijl er meer mogelijk is. Denk aan de steun die inwoners in een wijk nodig hebben om gezonde keuzes te maken. Alleen door samen te werken, vergroten we voor iedereen de mogelijkheden om gezond te blijven en de zorg betaalbaar houden."

Praktijkvoorbeelden

In lokale netwerken kunnen professionals en burgers samen de gezondheid en vitaliteit van inwoners in een wijk centraal stellen. Maar hoe organiseer je dat? Om dit uit te vinden, initieerde het project twee 'eigen' proeftuinen voor een sterk wijknetwerk, in Wijchen en Leiden. Twee vragen dienden als vertrekpunt: wat zijn de (zorg)-vragen en behoeften van inwoners vanuit (positieve) gezondheid? En zijn de bekwaamheden van professionals, burgers en/of vrijwilligers hierop afgestemd? Samenwerking is immers noodzakelijk om het juiste aanbod te kunnen bieden.
Voor het verzamelen van kennis over samenwerken in een wijknetwerk, brachten de onderzoekers ook vijf lokale initiatieven in kaart: Proeftuin Ruwaard, Netwerk Positieve Gezondheid Lemmer, Stichting Wedde dat 't lukt (zie ook pagina 5/6), DementieNet Dukenburg en DementieNet Gemert.

Tijd niet rijp

Alle praktijkvoorbeelden leveren zinvolle leerpunten op. In Leiden bleken conflicterende belangen bij participanten groot, waardoor het initiatief al in de voorbereidingsfase strandde. Laurant: "De tijd was er niet rijp voor. Er was onvoldoende draagvlak en geen gedeelde ambitie. Toch heeft het zorg- en welzijnsorganisaties, de gemeente en zorgverzekeraar aan het denken gezet, want ongeveer een half jaar later is in een andere wijk een vergelijkbaar initiatief gestart."



Miranda Laurant: 'Andere competenties gevraagd van professionals en burgers.'

Ook in Wijchen was het lastig om groepen samen te brengen en te houden. "Een eerste verkenning met stakeholders was hoopvol, daarom nodigden we bottom-up mensen uit om samen een visie en ambitie te formuleren. Hoewel iedereen achter het doel 'bevorderen van gezondheid en vitaliteit' stond, bleek in de praktijk dat partijen dit verschillend wilden invullen. Ook was het lastig om huisartsen te mobiliseren. Hierdoor ontbrak een belangrijke partij in het wijknetwerk."

Succesverhaal Oss

Het praktijkvoorbeeld Proeftuin Ruwaard in Oss, gericht op multiprobleemgezinnen, laat zien hoe het wél kan werken. "Hier is vooraf veel en langdurig overleg geweest, op bestuurlijk niveau en met wijkbewoners. Dit maakte het mogelijk dat de gemeente alle Wmo-gelden bij elkaar legde onder het motto 'anders denken en doen in Ruwaard'. Bij de feitelijke start lag er een goed geformuleerde visie én een 'samenwerkwijze'. Daarnaast was er een kwartiermaker die professional en burger enthousiasmeerde." In de wijk Ruwaard zijn al ruim 500 casussen opgepakt. Professionals houden bij zorgvragers thuis mdo's en nemen deel aan leersessies. "Ook is er voldoende financiële ruimte om te doen wat passend is bij de vraag van de inwoner."
Uit alle praktijkvoorbeelden komt naar voren dat burgers het lastig vinden om contact te krijgen met professionals. Tegelijkertijd ervaren zorg- en welzijnsprofessionals dat goed samenwerken en een netwerk vormen complex is; en extra moeilijk als zij samenspraak met burgers moeten oppakken. Laurant: "De huidige ontwikkelingen vragen om andere competenties van professionals en burgers. Opleidingen zullen daarop moeten inspelen. Het aansluiten van onderwijs bleek in dit project veelal een brug te ver, maar is uiteindelijk wel noodzakelijk."

Inwoners mede-eigenaar

Het project heeft veel kennis opgeleverd, onder andere over de succesfactoren voor een wijknetwerk. Belangrijke punten zijn: samenwerkingspartners in een vroeg stadium betrekken, voldoende draagvlak creëren – ook bestuurlijk en beleidsmatig –, een gezamenlijke ambitie formuleren en zorgen voor een kartrekker/regievoerder. Cruciaal is bovendien dat inwoners zich gehoord voelen en mede-eigenaar zijn om gezondheid en vitaliteit in de wijk te bevorderen. <<

Bij het project 'Sterk Wijknetwerk' zijn de HAN, het Radboudumc (IQ Healthcare en Eerstelijnsgeneeskunde) en de Stichting KOH betrokken. Het is financieel mogelijk gemaakt door het ministerie van VWS.

'ONMISBARE ONDERSTEUNING'

De rol van de huisarts is voer voor een belangrijke interne discussie, denkt Miranda Laurant. "Waar ben je verantwoordelijk voor? Voor ziektegerichte individuele patiëntenzorg of voor de gezondheid van de populatie?"

Emmy Derckx, bestuurder bij Stichting KOH, stelt dat huisartsen veel willen doen, maar niet zonder samenwerking kunnen. "De zorgvraag in de eerste lijn neemt toe, is complexer en lang niet altijd medisch getint. De ondersteuning die wijkbewoners en welzijnsprofessionals kunnen bieden, is onmisbaar. Het gaat om een optimale inzet van ieders kunde en capaciteit. Zo doet iedereen waar hij/zij goed in is."
Dit vraagt om ontschotting en anders denken, aldus Laurant. "Ik snap dat tijdgebrek voor de huisarts een knelpunt is. Daarom moeten financiers de eerstelijnsprofessionals meer ruimte geven om anders te werken, in lokale netwerken. Enerzijds is een voorinvestering nodig, gericht op preventie, en anderzijds moet er structurele financiering komen om het 'anders werken' duurzaam te maken."

Transitie en transformaties in de samenleving en de zorg

Centraal	Decentraal
Ketens	Netwerken
Intramuraal	Extramuraal
DBC-bekostiging	Populatiebekostiging
Formele zorg	Informele zorg
Specialistische zorg	Generalistische zorg
Gefragmenteerde zorg	Geïntegreerde zorg
Maximale zorg	Optimale zorg
Medicaliseren	Normaliseren
Genezen	Voorkomen
Patiëntgerichte zorg	Persoonsgerichte zorg
Zorgen voor	Zorgen dat
Lijden aan een ziekte	Leiden van je leven
Ziekte & Zorg	Gezondheid & Gedrag

Bron: Laurant & Vermeulen (red) (2018) Gezondheid Organiseren. Een leerboek voor verpleegkundigen. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.



Waardevolle stuurinformatie gemeenten en zorgverzekeraars

Regiobeelden ggz

Wie zijn de mensen in een regio die geestelijke gezondheidszorg nodig hebben en welke zorg dan? Zilveren Kruis en 43 gemeenten maakten met ondersteuning van jb Lorenz en mogelijk gemaakt door middelen van ZonMw, regiobeelden om deze vragen te kunnen beantwoorden.

TEKST: FRANK VAN WIJCK **FOTO:** KHUSEN RUSTAMOV / PIXABAY

In de context van de samenwerking tussen gemeenten en zorgverzekeraars is het voor beide partijen relevant een beeld te hebben van de mensen voor wie zij een verantwoordelijkheid hebben in zorg en ondersteuning. “Zeker als het gaat om mensen binnen het ggz-domein, die niet per se goed in staat zijn om voor zichzelf op te komen en dus uit eigen beweging in beeld te komen bij ons”, zegt Lia de Waard-Oudesluijs, wethouder zorg en ondersteuning (ChristenUnie) in Epe.
Epe is een van de 43 gemeenten waarvoor een regiobeeld is gemaakt om deze specifieke groep inwoners in kaart te brengen. “Zo’n regiobeeld levert ons niet alleen relevante data op om hen op dit moment de zorg en ondersteuning te bieden die zij nodig hebben”, zegt De Waard, “maar ook om sturing te geven aan onze langetermijnvisie hierop. Het versterkt daarmee de mogelijkheden voor samenwerking tussen zorgverzekeraars en gemeenten, en dus de mogelijkheden om goed invulling te geven aan onze gezamenlijke verantwoordelijkheid voor deze doelgroep.”

Ideaal vertrekpunt

Erik Koekoek, strategisch adviseur gemeenten bij Zilveren Kruis, onderschrijft het belang dat De Waard hecht aan de regiobeelden volledig. “Die gezamenlijke verantwoordelijkheid ligt in de verbinding tussen het medisch en het sociaal domein”, zegt hij. “Daarop vullen gemeenten en zorgverzekeraars elkaar aan. Maar dat kunnen we alleen goed doen als we inzicht hebben in de vraag om hoeveel mensen het gaat en welke vragen zij precies hebben. Inzicht daarin krijgen vormt het ideale vertrekpunt om die samenwerking te optimaliseren.”
Als voorbeeld noemt Koekoek de doelgroep EPA, mensen met een ernstig psychiatrische aandoening, die deels ambulant en deels in verblijf is. “Deels sociaal domein en deels zorgdomein dus”, zegt hij. “Door de grootte van deze groep en hun zorgbehoefte goed in kaart te brengen, kunnen we optimaal sturen op de op- en afschaling van de zorg en ondersteuning. Daarmee creëren we betere zorg voor mensen met een psychische kwetsbaarheid, uitgaand van zorg in de eigen omgeving, omdat we weten dat voor deze mensen naast behandeling ook begeleiding en ondersteuningsstructuren in de wijk relevant zijn. Door hen gericht te ondersteunen, kunnen we hun maatschappelijke participatie vergroten.”

Vervolgstappen

De inventarisatie van de regiobeelden krijgt een vervolg door de uitkomsten ervan een plek te geven in de samenwerkingsagenda’s die gemeenten en zorgverzekeraars al op regioniveau hebben. “Hierin gaan we bepalen welke thema’s we verder gaan uitdiepen”, zegt Koekoek. “En uiteraard gaan we bij de vervolgstappen ook de aanbieders van zorg en welzijn betrekken.”

‘Zorg en ondersteuning moeten dichtbij worden geleverd’

Het gevoel van urgentie om deze vervolgstappen te zetten, is er bij beide partijen. “En dat gevoel is door de coronacrisis alleen maar versterkt”, zegt De Waard. “We kunnen aannemen dat juist de ggz-groep veel last zal ondervinden van deze crisis en dat dit een lange nasleep voor hen kan hebben. Het kan niet anders dan dat dit onze samenwerkingsagenda verandert en versnelling erin noodzakelijk maakt. Maar het mooie van het inventariseren door middel van die regiobeelden is ook dat dit beide partijen – de gemeenten en de zorgverzekeraars – heeft laten zien hoezeer we hiermee in samenwerking meerwaarde kunnen bieden aan de individuele inwoner.”
Koekoek vult aan: “We zien inderdaad nu nóg meer hoe waardevol het is om dit samen op te pakken. En we doen dit vanuit de gedeelde visie dat zorg en ondersteuning dichtbij dienen te worden geleverd.” <<

NIET EERDER ZO GROOTSCHALIG

Het opstellen van de regiobeelden gebeurde in samenwerking tussen Zilveren Kruis en jb Lorenz, met ondersteuning van ZonMw-middelen.

Bianca den Outer van jb Lorenz vertelt: “Onder onze procesbegeleiding hebben we gezamenlijk regiobeelden voor de ggz besproken met 43 gemeenten in ons land. Tezamen tellen die gemeenten 2.193.272 inwoners, 12,59 procent van het inwoneraantal in ons land. Het was een bijzonder traject, waarin alle partners veel tijd hebben gestoken. Het duiden van de data ging soms moeizaam. Maar de gesprekken die we hebben gevoerd met elkaar waren steeds van hoge kwaliteit. De deelname van meer dan honderd mensen die werkzaam zijn in die 43 gemeenten en bij Zilveren Kruis, zorgt ervoor dat we echt een impuls hebben kunnen geven aan het lerend vermogen van de betrokken deelnemers.”
Uniek aan dit project was dat Zilveren Kruis en de gemeenten gezamenlijk declaratiedata over de ggz bijeen hebben gebracht als basis voor nieuwe inzichten in de ggz-populatie in die gemeenten. De geanonimiseerde data die in het kader van de regiobeelden zijn verzameld, zijn in Nederland niet eerder op deze schaal bijeengebracht. “Het was ons een eer om dit project te mogen uitvoeren”, zegt Den Outer, “en deze cijfers te mogen valideren, ordenen en vergelijkbaar maken. Daarnaast hebben we vanuit onze eigen expertise door middel van tachtig indicatoren voor iedere gemeente vier factsheets ontwikkeld over de verschillende vormen van ggz voor mensen met een psychische kwetsbaarheid. Bij elkaar zijn hiermee 172 factsheets tot stand gekomen. Ook hebben we een zorgindex ontworpen die we verder gaan ontwikkelen.”
De duidingssessies hebben de deelnemende partijen veel geleerd. De feedback en de op- en aanmerkingen die eruit kwamen, stellen de betrokken partijen in staat nu een volgende slag te maken in de ontsluiting en duiding van de data. Den Outer: “Tot slot bieden de data die zijn verzameld en ontsloten in separate factsheets op regioniveau tal van mogelijkheden om verdere analyses te maken of te benchmarken. Hier wordt in diverse sessies al naar gevraagd.”

Praktische wijsheid

Huisartsen, wijkverpleegkundigen, leerkrachten, het zijn professionals in het publieke domein. Organisatiefilosoof Sophie Albers en bestuurskundige Albert Jan Kruiter roepen in hun boek *Doen wat goed* is beleidsmakers, gemeenten en politici op meer gebruik te maken van hun praktische wijsheid.



Albert Jan Kruiter en Sophie Albers: 'Praktische wijsheid is te lang onzichtbaar gebleven voor beleidsmakers'.

Sophie Albers zegt: "We spreken zóveel professionals die antwoorden hebben op de grotere vraagstukken die er spelen. Op de een of andere manier lukt het beleidsmakers, gemeenten, politici niet om die te zien of te benutten." Ondertussen denken politici, gemeenten, zorgverzekeraars bijvoorbeeld al tien jaar vruchteloos na over hoe ze de huisarts en het sociaal domein dichter bij elkaar moeten krijgen. Albert Jan Kruiter: "Dat heeft tot nu toe weinig opgeleverd, omdat beleidsmakers uitgaan van theoretische kennis, systeemdenken. Maar theoretische modellen helpen niet om hier antwoord op te vinden. Alleen door te handelen kun je daarachter komen."

Het boek biedt veel voorbeelden van praktische wijsheid van professionals in het publieke domein. Albers: "We zeggen: neem als publieke organisatie dit soort wijze praktijken serieus. Vraag jezelf als bestuurder of beleidsmaker af wat je hiervan kunt leren. En richt je organisatie zó in, dat professionals de ruimte krijgen om praktisch wijs te handelen." Kruiter: "Maak ruimte in organisaties voor de praktische wijsheid van de huisarts, de leerkracht, de leden van een wijkteam. Neem hun wijsheid als vertrekpunt voor innovatie, niet als eindpunt van beleid."

Doen wat goed is, auteurs: Sophie Albers en Albert Jan Kruiter, Uitgeverij Van Gennep, 2020.

Het hele verhaal lezen? Ga naar www.de-eerstelijns.nl.

DE EERSTE LIJN
PLATFORM VOOR STRATEGIE EN INNOVATIE

De Eerstelijns is een platform voor strategie en innovatie in de eerste lijn. ISSN: 2210-643X

Uitgave
jb Lorenz Opinie B.V.
Nieuwe Langeweg 109 3194 DC. HOOGVLIET

Uitgever
Bianca den Outer

Verschijningsdata
Acht keer per jaar

Redactie
Frank van Wijck (hoofdredactie)
Gerben Stolk (eindredactie)
Margriet van Lingen (communicatieadviseur InEen)
Arie Jongejan (namens ROS-netwerk)
E hoofdredacteur@de-eerstelijns.nl
T 010 – 30 40 437

Aan dit nummer werkten mee
Michel van Dijk, Bianca den Outer, Piet-Hein Peeters, José van der Waerden.

Advertenties
secretariaat@de-eerstelijns.nl

Abonnementen
Compleet (jaarabonnement van acht uitgaven + app): € 168,99.
Online (app): € 89,99 per jaar.
Prijswijzigingen voorbehouden.
Informatie en opgave: Abonnementenland
T 0251 25 79 24.
W www.bladenbox.nl voor abonneren,
W www.aboland.nl voor adreswijzigingen en opzeggingen (8 weken voor afloop van de abonnementsperiode).
Meer informatie, ook over collectieve abonnementen: www.de-eerstelijns.nl. Disclaimer: zie www.de-eerstelijns.nl

Vormgeving
De Beeldsmederij

Fotografie
Rob Gieling, Hollandse Hoogte (Peter Hilz), Rob Lamping, Marc Nolte, Pexels (Matthias Zomer), Pixabay (Gerd Altmann, Csamhaber, Khusen Rustamov, Weeghdesign).
(cover: Rijksoverheid)

Academie Sociaal Domein

Bij **de Academie Sociaal Domein** geloven we dat we het **leven** van de **inwoners** binnen onze **gemeenten** kunnen **verbeteren** als we het **lerend vermogen** van **mensen** die **werkzaam** zijn in en rondom het **sociaal domein** een **impuls geven** en kunnen versnellen.

Dat doen we door **kennis collectief** te **maken** en mensen op hun vaardigheden uit te dagen. We zijn een **platform** waar **'game changers' kennis** en **inzichten** met elkaar kunnen **delen.** Op die manier maken we **samen meer impact.**

Wij ontwikkelen **trainingen, werkateliers** en **leergangen** voor **wijkteams, beleidsmedewerkers, bestuurders** en andere **professionals** binnen het **sociaal domein.** Dat doen we in **samenwerking** met **partners** uit het **veld.**

Onze trainers zijn gepokt en gemazeld in het **sociaal domein** en/of de **publieke sector** en hebben **ruime ervaring** met **trainen, kennisoverdracht** en het **stimuleren** van **gedragsverandering.** We werken **samen** met **hoogopgeleide specialistische partners** en **ervaringsdeskundigen.**

Via de **Academie Sociaal Domein** kunt u de **volgende trainingen** volgen:

- Actuele ontwikkelingen ggz*
- De gemeente als opdrachtgever
- Driehoekskunde
- Ervaringsdeskundigheid
- Focus op de kinderen*
- Hechtingsproblematiek
- Inclusieve samenleving*
- Leergang Beleidsveld Sociaal Domein
- LVB – Screenen met SCIL
- LVB – Theorie en Praktijk
- LVB, meer dan een IQ
- Moreel Beraad
- Organiseren GGZ in de wijk
- Pluis – Niet pluis*
- Preventie: de basis op orde*
- Stigma
- Werken met het familiegroepsplan
- Wvggz in verwarde context
- Wvggz invoeren: dat doe je samen!
- Zicht op de wijk

* Bij deze training is een accreditatie mogelijk via SKJ en/of Registerplein

www.academiesociaaldomein.nl • info@academiesociaaldomein.nl • 010 30 40 606

Wolters Kluwer



Schulinck In-Take Schuldhulp

Voor een snel en volledig inzicht in de schuldsituatie van de klant

In-Take Schuldhulp is een online diagnose-instrument. Het ondersteunt de schuldhulpverlener tijdens de intake en geeft daarna een objectief en volledig beeld van de schuldsituatie van de cliënt en zijn mogelijkheden. Deze module zorgt ervoor dat de (online) intake procedure vlot verloopt zodat snel gestart kan worden met passende schuldhulp.

Schulinck In-Take Schuldhulp biedt:

- een uniform werkproces
- een klantprofiel op basis van de informatie van de klant en de observaties van de professional tijdens de intake
- snel en volledig inzicht in de schuldsituatie en in de persoonlijke situatie van de klant
- een koppeling met de dienstverlening van uw eigen organisatie
- een koppeling met uw zaaksysteem om aan te sluiten op uw processen, zoals de veelgebruikte systemen Stratech en Allegro

Schulinck Opleidingen

Tijdens onze trainingsdagen staan wij stil bij knelpunten in uw dagelijkse werk. Wij bieden oplossingen en praten u bij over de actuele stand van zaken.

- Actualiteitendag Schuldhulpverlening
  10 november 2020
- Opleiding WGS in de Praktijk
  3 december 2020

Schulinck Schuldhulpverlening

Uw online kennisbank met alle informatie op één plek!

- Praktische ondersteuning dankzij handreikingen, stappenplannen en rekenvoorbeelden;
- Toegang tot juridische helpdesk. Binnen 48 uur antwoord op uw vraag.

Kijk voor meer informatie op **Schulinck.nl**

www.schulinck.nl/module/in-take-schuldhulp