

SOCIAAL DOMEIN

Sociaal Domein | jaargang 1 | nummer 1 | januari 2022 Platform voor innovatie



De overheid produceert daklozen

Eerste nummer

NIEUWE VAKTITEL VOOR
HET SOCIAAL DOMEIN

Utrecht Oost

WIJKGERICHTE
SAMENWERKING

Bredere blik

VAN URGENTIE
NAAR PREVENTIE

In dit nummer

Editie 1 | jaargang 1 | januari 2022

Bekostiging & financiering

- 7 'Andere investeringen voor betere gezondheid'
- 12 Werk als beste zorg

Strategie & innovatie

- 24 Ziekmakende schulden
- 32 Eerste lijn nieuwe stijl
- 36 Wijkgerichte samenwerking in Utrecht Oost

Organisatie van zorg

- 16 Wie iemand uitsluit als mens reduceert hem tot cliënt
- 20 De overheid produceert daklozen
- 28 Overgewicht los je niet in de spreekkamer op
- 38 Samenwerken met burgers, hoe doe je dat?

Digitalisering

- 35 Serious game JZOJP

Leiderschap & samenwerking

- 4 'Breed pleidooi voor leiderschap en samenwerking in het sociaal domein'
- 10 Klachten normaliseren en niet medicaliseren
- 14 Gezondheidsverschillen voorbij
- 22 Het sociaal werk hoort bij de eerste lijn
- 30 We hebben een bredere blik nodig
- 40 Dak- en thuisloosheid voorkomen

En verder...

- 3 Hoofdredactioneel
- 42 Colofon

7



16



24



30



32



HOOFD REDACTIONEEL COMMENTAAR



Omzien naar elkaar

"Dokter ik slaap de laatste tijd zo slecht." Een zinnetje dat iedere huisarts kent. "Dan schrijf ik u een lichte slaappil voor" is het makkelijke antwoord, maar ook een doekje voor het bloeden. Achter die klacht over het slecht slapen kan immers een wereld schuilgaan van honderd mogelijke problemen, die een slaappil niet laat verdwijnen.

Natuurlijk is er de poh'er, in soorten en maten. Somatiek en ggz, maar ook ouderen bijvoorbeeld en financiën. Een voor veel mensen waardevolle functie die zich in korte tijd goed heeft ontwikkeld. Maar ook een functie die tot discussie leidt. Want moet een huisartspraktijk een rol spelen in het oplossen van eenzaamheid onder ouderen, of in de financiële of juridische problematiek die er de oorzaak van is dat iemand gezondheidsklachten krijgt?

Ongeacht wat je vindt van het coalitieakkoord de titel *Omzien naar elkaar* goed gekozen. Het akkoord schetst de contouren van een socialer kabinetsbeleid. Zaken als gratis kinderopvang, betere rechtsbescherming, menselijke maat in de uitvoering van overheidsbeleid en preventie van armoede en schulden laten zien dat de coalitiepartijen oog hebben voor de noden van de samenleving. In woord tenminste. Maar laten we niet meteen cynisch worden en het kabinet even de kans geven *to put it's money where it's mouth is*. De koppen van een aantal artikelen in dit nulnummer van *Sociaal Domein* laten zien waar de noden zoal zitten. De artikelen onder die koppen laten ook zien waar de oplossingen zitten. Voor het overgrote deel niet in zorg, maar in zaken als scholing, huisvesting, werk en bestaanszekerheid. Anders gezegd: als je de gezondheid van mensen wilt bevorderen, is investeren in meer gezondheidszorg de verkeerde keuze.

De reactie van Sociaal Werk Nederland op het coalitieakkoord is dus begrijpelijk. Het stelt in de tekst terug te zien dat het kabinet het belang van de sociale component voor het oplossen van maatschappelijke vraagstukken inziet. Maar het zegt er ook bij dat dit vraagt om sterke gemeenten die voldoende toegerust zijn voor de uitvoering van het sociaal werk. Over het beschikbaar komen van de financiële middelen hiervoor maakt Sociaal Werk Nederland zich zorgen. Dat is ongetwijfeld terecht, maar geld alleen is nooit een oplossing voor problemen. *Omzien naar elkaar* reikt verder dan de inzet van professionals alleen. Het heeft ook betrekking op burgers, op ons allemaal. Een sociaal Nederland vraagt om een sterk sociaal domein, maar ook om meer dan dat.

Frank van Wijck
Hoofdredacteur Sociaal Domein



Breed pleidooi voor domein overstijgende samenwerking in het sociaal domein

Na zorgvuldige voorbereiding is deze eerste editie van *Sociaal Domein* nu een feit. De kick-off op 18 januari maakte duidelijk hoe groot de behoefte aan deze nieuwe titel is. Uit de presentaties tijdens deze kick-off is een duidelijke rode draad te halen: geen enkele organisatie of professional kan de sociale opgave alleen aan. Samenwerking is de kern.

TEKST: FRANK VAN WIJCK

Een paar honderd deelnemers waren 18 januari present bij de online kick-off van deze nieuwe titel *Sociaal Domein*. Professionals uit het sociaal domein natuurlijk, maar ook wethouders, private partijen, beleidsadviseurs, coördinatoren eerstelijns ondersteuning, consultants, financieel consulenten, beleidsmedewerkers jeugd, projectleiders ggz, hoogleraren, huisartsen, ervaringsdeskundigen en ouders.

Uitgever Bianca den Outer van jb Lorenz, ook uitgever van de titel *De Eerstelijns*, lichtte kort de reden voor de totstandkoming van de nieuwe titel toe. “We hebben te maken met een jong stelsel”, zei ze. “het was in 2015 dat Rijksoverheidstaken werden overgeheveld naar de gemeenten. Na de opstartfase is dit stelsel nu volwassen aan het worden en daar hoort een eigen tijdschrift bij. Het sociaal domein is immers een eigen identiteit aan het ontwikkelen. De website, www.sociaal-domein.nu staat, er is een app en we brengen zes keer per jaar een digitaal tijdschrift uit.”

Eenzaamheid kan mensen van alle leeftijden treffen.

Betrek de samenleving

Anita Bastiaans, wethouder zorg, welzijn, gezondheid en diversiteit van de gemeente Maastricht, nam de aftrap als eerste spreker. “Het is belangrijk om ervaringen en oplossingen bij elkaar te brengen”, zei ze. “We staan in het sociaal domein voor grote uitdagingen en als gemeenten kunnen we daarvoor niet de oplossingen zelf bedenken, die leven in de samenleving. Wat dat betreft vind ik het heel mooi wat Maarten van Ooijen zei in het interview (op blz. 36 in deze editie – red.) toen hij nog geen staatssecretaris maar wethouder was: de gemeente moet niet registreren maar faciliteren. Daarin moeten nog veel stappen worden gezet.”

We staan in het sociaal domein voor grote uitdagingen en als gemeenten kunnen we daarvoor niet de oplossingen zelf bedenken.

Bastiaans presenteerde twee stellingen die de moeite waard zijn om over na te denken, en die de aanwezigen verdeelden. De eerste: ‘Laten we ophouden met armoedebeleid’. “We moeten niet focussen op armoede, maar op oplossingen die de bestaanszekerheid van mensen vergroten”, verduidelijkte ze, “nadenken dus over wat bijdraagt om te voorkomen dat mensen in armoede terechtkomen.” De tweede: ‘Het sociaal domein moeten we achter ons laten’. Hieraan voegde ze desgevraagd toe: “Oplossingen zitten vaak buiten het sociaal domein, in zaken als scholing, werk en bestaanszekerheid. Daarvoor kan het sociaal domein alleen niet zorgen. Het vraagt om samenwerking met woningcoöperaties, werkgevers en de bevolking.”

Twee visies vanuit de praktijk

Jenny Zwijnenburg en Marcel van Eck spraken vanuit hun werk in het sociaal domein. “We zien vaak de neiging complexe vraagstukken te versimpelen”, vertelde Zwijnenburg, “bijvoorbeeld door eenzaamheid alleen te betrekken op ouderen. Het kan mensen van alle leeftijden treffen. En het is heel anders voor iemand die een naaste verloren heeft dan voor iemand die nooit in staat is geweest een sociaal netwerk op te bouwen. Dat maakt sociaal werk zo moeilijk.”

Maar het is niet alleen sociaal werk dat moeilijk is, stelde Van Eck. Hij vertelde over hoe mensen met problemen verstrikt raken in complexe wet- en regelgeving. Dat is iets wat de professionals in het sociaal domein niet kunnen oplossen, het vraagt om vereenvoudiging van wet- en regelgeving en daarvoor is de landelijke politiek aan zet. Maar hij bracht ook een ander probleem onder de aandacht, namelijk dat bij de hulp voor mensen met problemen vaak zoveel professionals betrokken zijn. Het is zaak dat die kunnen samenwerken, zei hij, maar dat onderwerp komt in hun opleidingen nauwelijks aan bod.”

De ‘syndemie’ van dak- en thuislozen

Hoe complex de problemen van mensen kunnen worden, ervaart huisarts en straatdokter Marcel Slockers in zijn dagelijkse praktijk. Hij spreekt in dit verband, specifiek met betrekking tot dak- en thuislozen, van een ‘syndemie’, om duidelijk te maken dat bij hen vaak sprake is van problemen in verschillende domeinen tegelijk.

Een bijkomend probleem is dat het dak- en thuislozen vaak onmogelijk wordt gemaakt om zich in te schrijven bij een gemeente, en dat ze zonder zo’n inschrijving ook uit de zorgverzekering worden geschrapt. “Dit móet worden opgelost”, zei hij, “anders hebben deze mensen geen toegang tot zorg.”

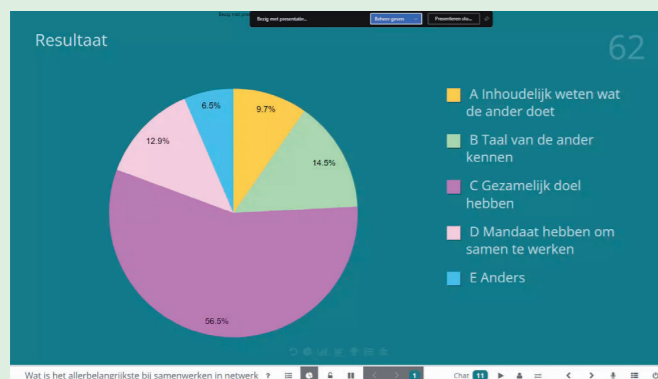
Een interview met Marcel Slockers staat in deze editie op pagina 40.



Prikkelende stelling

Ook Slockers maakte van de problematiek van het sociaal domein een politiek vraagstuk dus, net als Van Eck deed. In het licht van de komende gemeenteraadsverkiezingen zeer relevant natuurlijk. En interessant om in enkele stellingen bij stil te staan. Deze bijvoorbeeld: ‘Grenzen stellen aan de jeugdhulp is politiek taboe’. Twee derde van de deelnemers aan de kick-off bleek het hier mee eens, en Bastiaans wilde er wel op reageren. “Het is inderdaad een lastig onderwerp om in de raad te bespreken”, erkende ze, “maar dat is wel nodig. Het gaat natuurlijk ook over de vraag wat de normale uitdagingen in het leven zijn. Daar moeten we over in gesprek.”

>>

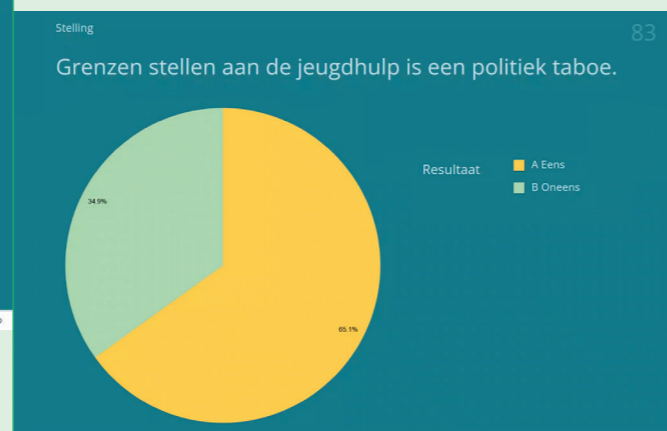


Een van de aanwezigen, een oud-wethouder wilde ook haar mening inbrengen. Zij deed de oproep aan aanbieders om anders te gaan werken: niet vanuit hun eigen aanbod maar vanuit de vraag wat iemand nodig heeft. “Probeer er eerder bij te zijn als het om jeugdhulp gaat”, zei ze, “benader gezinnen en geef ze ruimte en vertrouwen.”

Benoem niet alleen het probleem maar draag ook een mogelijke oplossing aan.

Maarten Boot, coach bij *Bewegen werkt* en buurtsportcoach in Den Haag, haalde alle deelnemers over om even te bewegen op muziek – met de camera aan. Het leverde grappige beelden op, maar zijn boodschap was serieus. Mensen bewegen te weinig, en dat is slecht voor de gezondheid.

Het was Jessica Aarnink, expert domein overstijgend samenwerken, die de kick-off van *Sociaal Domein* mocht afsluiten met een mini-masterclass over samenwerken in netwerken. Een goed gekozen onderwerp. Niet alleen omdat eerder tijdens de bijeenkomst ook Bastiaans en Van Eck het belang van samenwerking al hadden benadrukt, maar ook omdat volgers van *Sociaal Domein* in een poll op LinkedIn hadden aangegeven juist over dit onderwerp meer te willen weten.



Eigenaarschap voor de totale oplossing nodig

Aarnink had direct ieders aandacht door een foto te tonen van de ernstig tekortschietende slaapaccommodatie van Poolse arbeidsmigranten in het zuiden van ons land en er het verhaal bij te vertellen. De burgemeester van de gemeente waar de kweker deze accommodatie beschikbaar had gesteld, had ingegrepen, en had vervolgens trots in de lokale media laten weten dat deze accommodatie was ontruimd. Misplaatste trots, aldus Aarnink, want de burgemeester had slechts zijn stukje van het probleem opgelost. Het enige wat hij daarmee had bereikt, was dat die Poolse arbeidsmigranten van de radar waren verdwenen. “Dan voel je dus geen eigenaarschap voor de totale oplossing”, zei ze. “En dat zou natuurlijk wel moeten, want als netwerk hoor je niet alleen verantwoordelijkheid te dragen voor jouw deel, maar ook voor het geheel. Als je elkaars inbreng niet benut, kom je nooit tot het beste resultaat. Maatschappelijke resultaten zijn afhankelijk van de bijdragen van de afzonderlijke partners en van de kwaliteit van hun samenwerking.”

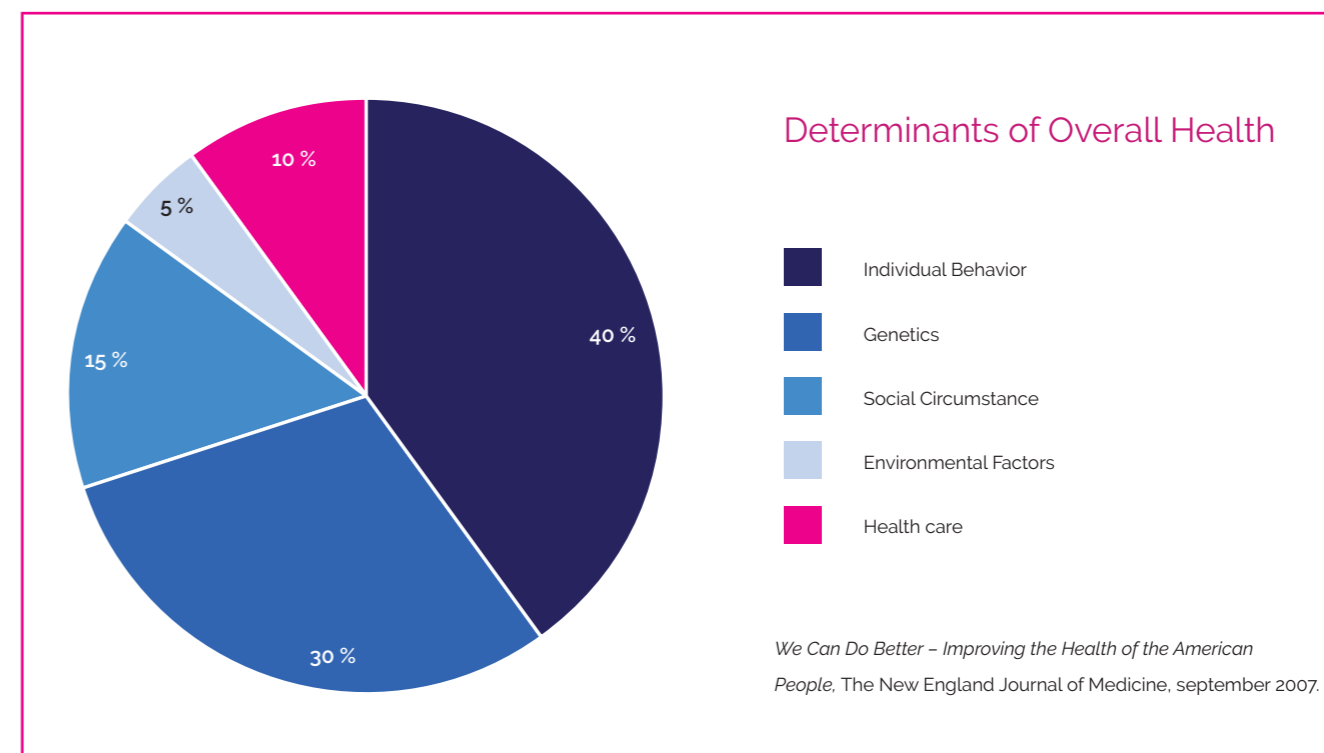
Ze gebruikte dit voorbeeld om duidelijk te maken dat naar haar mening nieuw elan nodig is in het sociaal domein. “Geen enkele organisatie kan de maatschappelijke opgave alleen aan”, stelde ze. “Vraag je dus af of je bereid bent tot samenwerking, en realiseer je dat dit meer is dan informatie overdragen. Zorg ook dat je in samenwerking mandaat hebt. En creëer niet je eigen teleurstelling: pak die zaken aan waarop je invloed hebt. En: benoem niet alleen het probleem maar draag ook een mogelijke oplossing aan.”

Aan die boodschap wil *Sociaal Domein* graag een bijdrage leveren. <<

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.



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 Gruppings: '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 Gruppings 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 gemeentebesturen 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 Gruppings 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."

Gruppings: "De poh-jeugd in onze praktijk achterhaalde dat de hoofdpijn van een meisje samenhang 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."

Gruppings: "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. Gruppings: "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." Gruppings: "Dikwijls zijn kinderen de barometer van hoe het met het gezin gaat. Ook daarom 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 hoeft hem niet meer." Gruppings: "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." Gruppings: "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@procoop.nl of mail naar secretariaat@hzoa.nl.



MAANDAGOGHTEND TIEN UUR...

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

Huisarts Lilian Gruppings: "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, voormalig 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.”

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



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

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.”

‘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 bespa-



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

ring 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.

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



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

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 Koekoek: 'Geen bericht is niet altijd goed bericht.'

'Niet iedereen kan een sociaal netwerk inschakelen'

Geschrokken

Bauke Koekoek 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 Koekoek 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." Koekoek 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 *onliner*: "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 >>

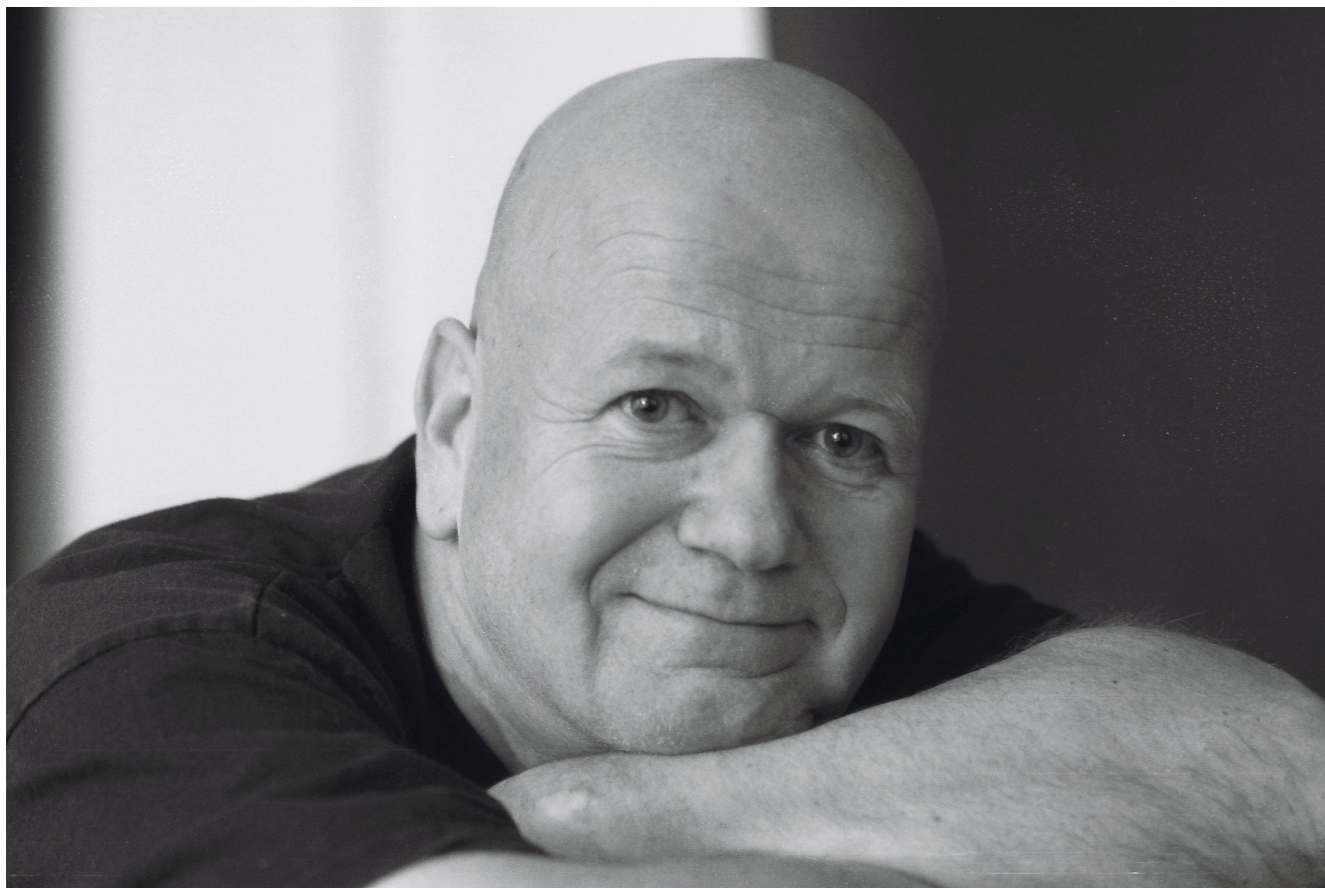
NIEUWE WEGEN NA CORONA

De nasleep van de coronacrisis gaat organisaties waarschijnlijk dwingen hulpverlening op een andere wijze te organiseren, aldus Bauke Koekoek. 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 zachttere en sociale verbanden en structuren weggevallen. Denk aan de trainer van de sportvereniging of de muziklerares 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? Koekoek: "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 vraag 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."

Koekoek 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 beweging om iets voor anderen te doen. Je kunt denken aan het helpen invullen van formulieren of iemand gezelschap houden. Ik noem dit levensfase-samenwerking."



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.

Mariëtte 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 Ganswinkel, 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.



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

"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 huisarts en aanbieder in het sociaal domein bereid zijn om samen te leren op basis van

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.

Medische én sociale diagnose stellen **'De overheid produceert daklozen'**

Verbind het medische en het sociale domein met elkaar, zodat de problematiek van (dreigende) dak- en thuisloosheid eerder wordt onderkend, is de oproep van straatdokter Igor van Laere.

TEKST: FRANK VAN WIJCK FOTO: ALEX FOX / PIXABAY

De overheid en professionals moeten meer aandacht hebben voor de aard en omvang van de sociaal-medische problematiek van dak- en thuislozen, stelt Igor van Laere. "Als straatdokters denken wij na over de vragen: welke problemen hebben dak- en thuislozen, welke zorg hebben zij nodig, hoe regelen we dat en wat kost dat? Dat politiek gezien de focus op die laatste vraag ligt, is het failliet van onze samenleving. Ik kan als sociaal geneeskundige in een wijk of gemeente goedkoper preventieve hulp bieden aan dak- en thuislozen dan een verpleegkundige of een psychiater, maar geen gemeente zal mij inhuren, met het argument dat ik te duur ben. Dat is krom."

Met de Zorgverzekeringswet in 2006 is de zorg veranderd van een dienstverlening in een zaak, vindt Van Laere, een bedrijf. "Het gevolg is dat de aandacht nog sterker op het aanbod en procedures is komen liggen. Met het verlies van aandacht voor de realiteit waarin mensen dakloos raken en blijven", zegt hij. "Er moet een beschermend vangnet voor deze mensen zijn, met signalering van dingen die sociaal, financieel en medisch fout dreigen te gaan. Dat verdient ook meer academische aandacht. Marcel Slockers (zie pagina 38-40, red.) en ik zijn de enige artsen in Nederland die op dakloosheid zijn gepromoveerd."

Op zoek naar verbinding

Van Laere is samen met enkele huisartsen en sociaal geneeskundigen uit de grote steden oprichter van de Nederlandse Straatdokers Groep. "We deden dit omdat wij er als straatdokters alleen voor stonden", zegt hij, "we wilden samenhang creëren en onderzoek doen. Dak- en thuislozen hebben of krijgen medische problemen, maar daar kun je niets mee zonder ook hun sociale diagnoses te stellen. We zagen een epidemie aan dak- en thuislozen en onverzekerden ontstaan. Met daarbij het probleem dat op het moment van dakloos worden meteen de uitkering

'Ik gun huisartsen iets meer verwondering over het sociaal-medische verval van mensen'

en de zorgverzekering worden stopgezet. Dat traumatiseert mensen. De overheid zou in staat moeten zijn om dat probleem op te lossen, om te zorgen dat acuut een briefadres wordt geregeld en een uitkering en zorgverzekering worden gehandhaafd."

Het leidde tot een rapport dat in 2018 door de Straatdokers Groep werd aangeboden aan staatssecretaris Paul Blokhuis: *Op weg naar toegankelijke en goede sociaal-medische zorg voor dak- en thuislozen in Nederland*. (zie: <https://www.de-eerstelijns.nl/dossier/de-dossiers-bij-de-eerstelijns-8-2021/>). Een rapport met vier bouwstenen voor adequate zorg voor dak- en thuislozen. De eerste is: regel de financiering van de straatdokter. "Samen met de verpleegkundige", voegt Van Laere toe. "Maar de zorgverzekeraar vergoedt die niet omdat ze medische zorg aan dakloze mensen als basiszorg ziet en de gemeente niet omdat ze stelt dat het om verzekerde zorg gaat. Terwijl juist een systematische beoordeling door een verpleegkundige noodzakelijk is, om de bevindingen te kunnen bespreken met de betrokken huisarts/straatdokter en nadere diagnostiek en/of verwijzingen op te starten. Om vervolgens met sociaal medewerkers, casemanagers en ervaringsdeskundigen een behandelplan op te stellen om de dakloze patiënten adequaat te kunnen begeleiden."



Casemanager en ervaringsdeskundige

De tweede bouwsteen is een casemanager die zicht heeft op alle facetten van het behandelplan, die weet wat de doelen zijn en bij wie hij moet zijn om die voor elkaar te krijgen. "Ze zijn er wel", zegt Van Laere, "maar wat nog nodig is, is goede ondersteuning en heldere lijnen bij knelpunten in de zorgverlening, terugval naar de straat of momenten van dreigende crisis."

De derde bouwsteen is inzet van ervaringsdeskundigen. "Ook die zijn er wel", zegt Van Laere, "maar daarbij ontbreekt het aan goede supervisie, erkenning en ruimte om vanaf het begin bij het maken van plannen betrokken te zijn."

De vierde bouwsteen is de aanwezigheid van de straatdokerspraktijk en een ziekenboek op locatie, waar de straatdokter en de verpleegkundige de dak- en thuislozen ontmoeten en beoordelen, en registreren in het HIS. "Daarin moet ruimte bestaan voor de sociale gegevens van de persoon", zegt Van Laere. "Verslaving, schulden, familiecontacten, veel meer dan alleen de medische problemen. Maar er mogen ook meer straatdokers zijn. En de verpleegkundige zou vanuit de huisartspraktijk moeten kunnen functioneren als poh openbare geestelijke gezondheidszorg, voorheen de wijkzuster. Een straatverpleegkundige die in de wijk zichtbaar is, intakes doet en spreekuur biedt in de maatschappelijk opvang."

Weet elkaar te vinden

We zijn er dus nog lang niet, concludeert Van Laere drie jaar na het bouwstenenrapport. "Het ontbreekt ook aan de overkoepelende vijfde bouwsteen: onderwijs", zegt hij. "De huisarts weet meestal te weinig van een

benzodiazepine- of cocaïneverslaving of alle andere problemen waarmee mensen te kampen hebben die op straat leven. Maar ik zie: als we nu niets doen, ligt deze dakloze morgen op de IC. Mijn boodschap is daarom: verbind het medische en het sociale domein veel eerder en vaker met elkaar. Weet waar zwakke plekken in de wijk zitten, neem sociale woningbouw serieus, weet wie je daarin zet en volg deze mensen."

Zit daar ook een specifieke boodschap aan de huisartsen in? "Hen gun ik iets meer verwondering over het sociaal-medische verval van mensen", zegt Van Laere. "Als je mensen kent, kun je bijdragen aan het voorkomen van dakloosheid." En voor de professionals in het sociaal domein? "Ga nooit zelf dokteren. 'Onze zintuigen bedriegen ons nooit, slechts ons oordeel', zei Goethe. Vertrouw op je observatie en schakel zorgprofessionals in als je afwijkingen in gedrag, consumptie of fysiek functioneren ziet. Huisartsen, poh's-oggz en professionals in het sociaal domein kunnen een rol spelen om te zorgen dat signalen die in de wijk worden opgepikt bij de juiste mensen terecht komen."

Ministerie van sociaal-medische zaken

Maar wat écht een doorbraak zou zijn, zegt Van Laere, is een ministerie van sociaal-medische zaken, waarin huisvesting, inkomen en zorg aan elkaar gekoppeld zijn. "Integraal beleid dus, zodat er op basis van een sociaal-medische monitor voldoende en passende huisvesting en zorg is voor iedereen. En niemand uit huis gezet kan worden zonder sociaal en medisch beoordeeld te zijn. De overheid produceert nu daklozen. Dat mag ze nooit laten gebeuren."



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 eerstelijns-ondersteuning 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 Zwijnenburg. "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

Zwijnenburg 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."

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'). <<



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

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 terecht komen. 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 Galeslout 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 Galeslout 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 Galeslout "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

Galeslout: "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. Galeslout: "De maatschappelijk



SCHRIJNEND

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

Dat zegt huisarts Jan Galeslout 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 terecht kon 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."



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. Galeslout: "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.

Vuilniszak vol

Galeslout: "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 terecht kan 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 gericht 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 gericht 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 Eerstelijns 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 terecht komt.”

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

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 herstelcirkels 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.

Stevenshof Vitaal: vanuit urgentie naar preventie

'We hebben een bredere blik nodig'

Samen aan de slag voor een gezonde en sociale wijk, zo luidt het motto van het Leidse project Stevenshof Vitaal. "Als je gezondheid wilt bevorderen, moet je er ook in investeren."

TEKST: KEES VAN DELFT

In de Leidse wijk de Stevenshof zijn bewoners gemiddeld wat ongezonder dan in andere wijken, blijkt uit een buurtprofiel. "Er wordt meer gerookt, minder bewogen en er is bovengemiddeld sprake van overgewicht", aldus Just Eekhof, die als huisarts al 27 jaar werkzaam is in Gezondheidscentrum Stevenshof. "Bewoners van de Stevenshof hebben meer kans op hart- en vaatziekten. De meeste verwijzingen naar cardiologie in het LUMC komen vanuit deze wijk."

Gezond recept

Voor de gemeente Leiden en zorgverzekeraar Zorg en Zekerheid waren deze bevindingen in 2018 voldoende reden om de handen ineen te slaan. Het project Stevenshof Vitaal zag het levenslicht en circa twintig organisaties en bedrijven tekenden voor de ambitie om met elkaar aan de slag te gaan voor een sociale en vitale wijk. Initiatiefgroepen werden opgericht, waarin bewoners het voortouw namen. "Er is op allerlei terreinen samenwerking tot stand gekomen met bewoners en partijen in de wijk", vertelt Hanneke Zandbergen, die vanuit de ROS Reos als

programmamanager voor Stevenshof Vitaal fungeert. "Vaak zijn dat heel praktische dingen. Zoals een wekelijks gezond Stevenshof Recept in de lokale Albert Heijn, het planten van extra bomen of het plaatsen van een 'beweeglint' door de wijk. Stevenshof Vitaal hangt als een paraplu over alle initiatieven in de wijk." Behalve de initiatiefgroepen zijn vanuit het gezondheidscentrum drie aparte trajecten opgezet: het versterken van Welzijn op Recept, de gecombineerde leefstijlinterventie (GLI) en Stevit. In dit programma monitoren bewoners met risico op hart- en vaatziekten zelf hun gezondheid met thuismeetapparatuur. Douwe Atsma, cardioloog in het LUMC en vanuit het National eHealth Living Lab (NeLL) betrokken bij Stevit, benadrukt het belang van samenwerking tussen zorgprofessionals. "Het is frustrerend als een patiënt vanuit het ziekenhuis naar huis gaat en het daar weer misgaat. Oplossingen liggen zowel in de wijk als in het ziekenhuis. We hebben een bredere blik nodig. Voor ons in het LUMC is het veel prettiger om als team met de eerste lijn op te trekken."

'SAMENWERKING IN DE WIJK EEN BELANGRIJK THEMA'



InEen-bestuurslid Barbara de Doelder is enthousiast over Stevenshof Vitaal. Zij zegt: "Voor het bieden van proactieve, persoonsgerichte en samenhangende zorg en ondersteuning is het essentieel dat huisartsen en eerstelijnsprofessionals goed samenwerken met de andere professionals in de wijk. Structurele samenwerking in de wijk is dan ook een belangrijk thema voor InEen. Daarin trekken we als InEen samen op met LHV en NHG onder de noemer *Hechte huisartsenzorg* (zie: hechtehuisartsenzorg.nl)."

Volgens De Doelder is het Stevenshof Vitaal gelukt de samenwerking in de wijk stevig neer te zetten. "Ik vind het bijzonder krachtig dat de bewoners als samenwerkingspartner betrokken zijn. Stevenshof Vitaal motiveert mij extra om vanuit InEen te blijven inzetten op structurele samenwerking, zowel op wijk- als op regioniveau. Dat draagt ook bij aan een toekomstbestendige organisatie van de eerstelijnszorg."



Kritische succesfactoren

Wat zijn de kritische succesfactoren van Stevenshof Vitaal? Welke randvoorwaarden zijn belangrijk? "Je hebt bestuurlijk draagvlak nodig", reageert Karin Fahner, programmamanager social impact en voorheen projectleider Stevenshof Vitaal bij de gemeente Leiden. "Het helpt dat er urgentie is. We wilden al aan de slag met gezondheidsbevordering en zeiden: als we dit echt willen, moeten we er ook in investeren. Niet zozeer met een pot geld, maar vooral door samen te gaan werken. Daarbij is het belangrijk dat je bewoners vroeg aan tafel zet en aan tafel houdt. En begin gewoon."

'Maak gebruik van de rol van de bibliotheek als expert in laaggeletterdheid'

Volgens Erik Kramer, senior inkoper eerstelijnszorg bij Zorg en Zekerheid, is het belangrijk in de wijk verder te kijken dan alleen naar huisartsen. "Eén van mooiste voorbeelden vind ik de rol van de bibliotheek, als expert in laaggeletterdheid. Maak gebruik van dergelijke expertise. We willen een breed aanbod op het gebied van gezondheid en preventie. In elke wijk gebeurt veel, maar het aanbod is vaak gefragmenteerd. Focus is belangrijk, daarom hebben we ook voor cement gezorgd in de persoon van de programmamanager."

Rol van de huisarts

Wat is de rol van de huisarts in wijksamenwerking? Kost het hem of haar tijd of levert het juist tijd op? Waar zijn huisartsen van en waar houdt het op? Het zijn wezenlijke vragen, want Stevenshof Vitaal raakt aan het sociale domein. Huisarts Eekhof reageert met een tegenvraag: "Wat willen we doen om ziekten te voorkomen? Ik krijg er energie van om aan zo'n project te trekken. De financiering is eindig, maar ik zou het graag voortzetten." Programmamanager Zandbergen: "Het is niet zo dat samenwerking vooral door zorgverleners moet worden opgepakt. Je wilt een structuur waarbij huisartsen gericht kunnen verwijzen en dat welzijnswerkers aan de slag gaan met bewoners." <<

Meer informatie: www.stevenshofvitaal.nl

Gedeelde zorgbalie met sociaal domein in Appingedam

Eerste lijn nieuwe stijl

Eerste lijn en sociaal domein kruipen steeds dichtër naar elkaar toe. In Appingedam zit men zelfs achter één balie. Alle inwoners hoeven maar één nummer te bellen, op één plek langs te gaan. "We hebben het zo georganiseerd dat er altijd ruimte is in de formatie."

TEKST: PIET-HEIN PEETERS FOTO: DAVID MARK / PIXABAY

Roland Riemersma, huisarts te Appingedam, over een van zijn patiënten: "Mevrouw vereenzaamde nadat haar man was overleden. Werd somber, ze verzorgde zichzelf minder goed. Antidepressiva zijn dan een optie. Maar je kunt anders kijken. Die mevrouw hield heel erg van handwerk en de basisschool hier had behoefte aan een docente. Ze werkt daar nu twee dagdelen en zit bij een breiclubje van het welzijnswerk. Met enkel een medische blik was dat niet gebeurd."

Er gaat weinig boven Groningen. Behalve Appingedam. Dik 11.000 inwoners. Waar 'welzijn op recept' al praktisch was voordat het die titel had. En waar de 'Damster Zorgbalie' de fysieke verwerking is van een eerste lijn nieuwe stijl, inclusief sociaal domein. Hoe dat er concreet uitziet? Een gele receptie in het gezondheidscentrum aan de Stadshaven 23. Op de website staat: 'Bij de Damster Zorgbalie in Appingedam kunt u terecht met al uw vragen over wonen, financiën, gezondheid, daginvulling, sociale relaties, gezin en opvoeding'. Achter de receptie verwelkomen 'bekende Damsters' je, zoals Wmo-adviseur en 'eropaffer' Frank van der Kolk ze noemt. "Het zijn bijvoorbeeld gepensioneerde basisschool-docenten of oud-verpleegkundigen die nu als gastvrouw of gastheer het eerste aanspreekpunt zijn. Dus niet meteen een 'moeilijke' professional, maar mensen die de gemeenschap kennen, een letterlijk lage drempel."

Altijd ruimte

Die 'moeilijke professional' zit een paar meter verderop. Van der Kolk: "De sociaal werker is in feite de centralist. Na de eerste kennismaking aan de balie helpt zij degene met een hulpvraag met het vinden van de juiste professional. Ik zit daar zelf, maar bijvoorbeeld ook een jeugdverpleegkundige en een maatschappelijk werker." Geldgebrek, eenzaamheid, vragen over vervoer, noem het maar op, alle inwoners in Appingedam hoeven maar één nummer te bellen, op één plek langs te gaan.



In het gezondheidscentrum resideren bovendien de huisartsen uit de regio die zich sinds 2009 met andere eerstelijnsprofessionals verenigd hebben in EZA, Eerstelijnszorg Appingedam. Mensen met lichamelijke klachten gaan nog steeds eerst en direct naar een van hen, maar bij sociale problematiek is ondersteuning daarvoor een kamer verder beschikbaar.

'Beschikbaar' mag je letterlijk nemen, legt Van der Kolk uit. "We zijn aanwezig, we hebben en nemen de tijd. Iedere ochtend zijn we tussen negen en twaalf bereikbaar, telefonisch of je komt gewoon binnenlopen. Waar nodig, gaan we bij mensen thuis langs. We hebben het zo georganiseerd dat er altijd ruimte is in de formatie."

'Als je door elkaars terminologie heen kijkt, zie je dat je hetzelfde wilt: betere kwaliteit van leven voor de mensen'

Van der Kolk en huisarts Riemersma wijzen ter illustratie op de vierde plek die de gemeente eind 2019 landelijk scoorde voor klanttevredenheid over het Wmo-loket. De hechte samenwerking tussen eerste lijn en sociaal domein betaalt zich volgens hen uit in een hogere kwaliteit van leven voor de inwoners van Appingedam. Van der Kolk vertelt over een ouder echtpaar waarvan de zoon van in de vijftig nog thuis woonde. De moeder kwam te overlijden, de vader was ook kwetsbaar. "Die ouders zijn in beeld bij de huisarts en de thuiszorg, maar voor de zoon hadden deze professionals een paar jaar geleden niet goed geweten waar ze hulp konden vinden. Nu wel. Uiteindelijk ben ik bij de zoon op huisbezoek geweest en hebben we samen met hem in beeld gebracht wat hij nodig had. De vader is enige tijd later overleden."

Cijfermatig onderbouwen

Riemersma is binnen EZA de medisch coördinator. Zijn collega's hebben hem de vernieuwing van de eerstelijnszorg toevertrouwd. "Ik kijk naar waar we het beter kunnen doen. Appingedam heeft voor innovatie een fijne schaal. Professionals zijn nabij, het aantal is te overzien." Riemersma initieerde gesprekken met de gemeente. "Die heeft veel mogelijkheden om mensen te ondersteunen, met name buiten de formele zorg om, veel meer dan wij in de gaten hadden."

Inhoudelijk stond de potentiële meerwaarde van samenwerking tussen sociaal domein en eerste lijn al snel buiten kijf. Het inmiddels landelijk vermaarde spinnennet van Machteld Huber over positieve gezondheid bood een conceptueel kader. Riemersma: "Wij zagen op de praktijk regelmatig een mevrouw die elke nacht de deur van haar huis openliet omdat ze bang was niet gevonden te worden als ze zou komen te overlijden. Toen de lokale welzijnsorganisatie haar opnam in de belronde iedere ochtend rond negenen, was haar kwetsbaarheid een stuk verminderd." >>

Financiën

Financieel gezien was het lastiger om elkaar te vinden. De cijfermatig onderbouwing van de zo logische aanname dat samenwerking tussen beide domeinen zinvol is, is ingewikkeld, leerde Riemersma. “We hebben een klein jaar met Menzis en de gemeente om tafel gezeten. Een zorgverzekeraar die onze inzet moet financieren, wil weten wat dat oplevert. Minder verwijzingen naar de tweede lijn? Minder gebruik van medicatie? En hoe monitor je dan?”

De gesprekken leverden een ‘benchmarkingmodel’ op, maar uiteindelijk bleek dat ook met dat model de opbrengst van de Damster Zorgbalie niet goed is vast te leggen. Riemersma was echter niet voor één gat te vangen. Hij nodigde Menzis uit voor het ‘Damster veur mekander’-team. “Dat is het domein-overstijgend overleg waarin geanonimiseerde, individuele casuïstiek waar het sociaal domein als de eerste lijn een rol kan hebben, wordt besproken. Wijkverpleegkundige, poh, Wmo, maar ook politie of volkskredietbank indien dit gepast is. Toen de mensen van Menzis dat in de praktijk zagen, waren ze om.”

Voor de Damster Zorgbalie betekende dit dat de gemeente twee derde van de financiering voor haar rekening nam en de EZA, lees de zorgverzekeraar, een derde. Riemersma: “Dat geld is bijvoorbeeld voor de uren van de verpleegkundig specialist, mijn inzet, de huur van de balie.”

‘Met enkel een medische blik was deze mevrouw niet geholpen’

Nieuwe definitie

Huisarts Riemersma en WMO-adviseur Van der Kolk zijn verguld met de eerste lijn nieuwe stijl in hun werkgebied. Van der Kolk noemt het onderlinge vertrouwen, het elkaar kennen en snel kunnen vinden. “Er is steeds minder structureel overleg nodig. Je zoekt elkaar gewoon even op waar nodig.” Riemersma spreekt van een nieuwe definitie van de eerste lijn, inclusief sociaal domein.

“Ik leerde op een gegeven moment dat ze in het sociaal domein ook een ‘zorgpiramide’ hebben. Alleen zijn wij daarin de tweede lijn. Hun piramide is breder, inclusief burgers. En als je door elkaars terminologie heen kijkt, dan zie je dat je hetzelfde wilt: betere kwaliteit van leven voor de mensen in jouw werkgebied.” <<

Spelenderwijs samenwerking in de regio bevorderen

Serious Game JZOJP

Hoe kun je de samenwerking met VVT-organisaties, ziekenhuizen, zorgverzekeraars en gemeenten in de regio een boost geven, welke uitdagingen zijn er en hoe kun je die gezamenlijk overbruggen? De Serious Game Juiste Zorg op de Juiste Plek (JZOJP), een leerzaam rollenspel voor samenwerkingspartners in de regio of managementteams, kan hierbij helpen.



TEKST: FRANK VAN WIJCK

Samenwerking in de regio is essentieel om tot optimale zorg en ondersteuning te komen voor de patiënt of cliënt. JZOJP helpt de zorg toekomstbestendig te maken. Door de sterk stijgende vraag naar zorg als gevolg van de vergrijzing, is het anders organiseren van de zorg noodzakelijk. We moeten daarom met alle partijen in de zorg samenwerken. Om tot goede samenwerking te kunnen komen, is het zaak dat de beoogde samenwerkingspartners elkaars rollen kennen en begrijpen. De Serious Game JZOJP helpt partijen dit op basis van herkenbare samenwerkingssituaties te bereiken.

Hoe speel je het?

Er zijn twee varianten van de Serious Game JZOJP: een versie voor bestuurders en mensen in een soortgelijke positie, en een voor managers en overeenkomstige functies. Beide varianten kunnen fysiek of digitaal worden gespeeld. De game is zowel bedoeld voor regio's die de samenwerking nog moeten opstarten als voor regio's waarin al wordt samengewerkt. Een spelbegeleider is nodig om het spel in goede banen te leiden. Het spel wordt door zes tot tien deelnemers gespeeld. Samen vormen zij een werkgroep in een fictieve regio en zijn zij managers of bestuurders van de samenwerkende organisaties in die regio. Iedere deelnemer krijgt een rol toebedeeld, bijvoorbeeld de bestuurder van een VVT-organisatie, de regionale huisartsenorganisatie of de wethouder sociaal domein. Bij voorkeur kiest de deelnemer een andere rol dan hij of zij in het dagelijks leven heeft, om zo in de huid van een ander te kruipen. Het spel wordt gespeeld in een aantal rondes, waarbij de groep elke ronde een nieuwe opdracht krijgt.

Het goede gesprek in de regio

In het spel gaan deelnemers vanuit een ander perspectief met elkaar in gesprek. Zo leer je bijvoorbeeld elkaars

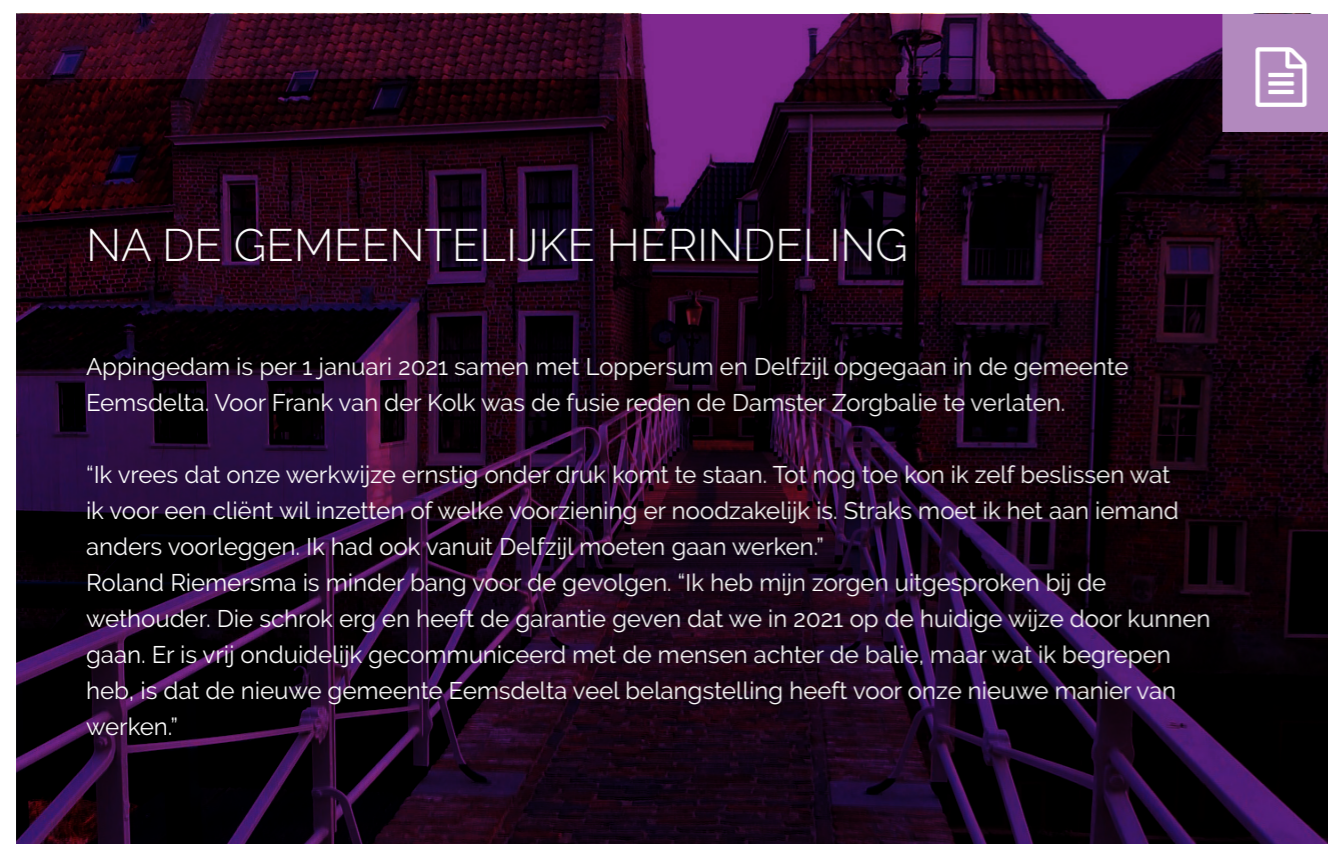
drijfveren en belangen kennen en ontdek je patronen die de samenwerking niet of juist wel ten goede komen. De game is bedoeld om op een speelse manier het wederzijds begrip te vergroten en zo de samenwerking te versterken.

Jeroen van den Oever is directievoorzitter van Fundis en lid van de ActiZ-kerngroep Zorg Thuis. Hij vertelt: “Om de zorgkloof – meer vraag dan aanbod van zorg – te kunnen overbruggen, is JZOJP één van de meest kansrijke strategieën. Maar wel een heel uitdagende, want samenwerken is niet altijd vanzelfsprekend. Dit rollenspel biedt een uitgelezen kans om met samenwerkingspartners of collega's te oefenen hoe je met deze uitdagingen kunt omgaan.” <<



GRATIS DOWNLOADEN

De Serious Game JZOJP wordt aangeboden door de betrokken partijen uit het Hoofdlijnenakkoord Wijkverpleging (ActiZ, Patiëntenfederatie Nederland, Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG), V&VN, ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Zorgverzekeraars Nederland en Zorgthuis.nl) en de Nederlandse Zorgautoriteit, InEen en de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen. Voor de Serious Game JZOJP is een toolkit ontwikkeld die gratis is te downloaden: ga naar ineen.nl en zoek op 'Serious Game JZOJP'.



NA DE GEMEENTELIJKE HERINDELING

Appingedam is per 1 januari 2021 samen met Loppersum en Delfzijl opgegaan in de gemeente Eemsdelta. Voor Frank van der Kolk was de fusie reden de Damster Zorgbalie te verlaten.

“Ik vrees dat onze werkwijze ernstig onder druk komt te staan. Tot nog toe kon ik zelf beslissen wat ik voor een cliënt wil inzetten of welke voorziening er noodzakelijk is. Straks moet ik het aan iemand anders voorleggen. Ik had ook vanuit Delfzijl moeten gaan werken.”

Roland Riemersma is minder bang voor de gevolgen. “Ik heb mijn zorgen uitgesproken bij de wethouder. Die schrok erg en heeft de garantie geven dat we in 2021 op de huidige wijze door kunnen gaan. Er is vrij onduidelijk gecommuniceerd met de mensen achter de balie, maar wat ik begrepen heb, is dat de nieuwe gemeente Eemsdelta veel belangstelling heeft voor onze nieuwe manier van werken.”

Bewoners in de lead

Wijkgerichte samenwerking in Utrecht Oost

In Wijkpact *Samen Oost* gaan bewoners in Utrecht Oost, de gemeente en organisaties op het gebied van participatie, welzijn, gezondheid en zorg intensiever met elkaar samenwerken. Hun gezamenlijke doel: meer sociale cohesie in de buurten van Oost, meer laagdrempelig en preventief werken en meer aandacht voor zelf- en talentontwikkeling, gezonde leefstijl en positieve gezondheid.



TEKST: FRANK VAN WIJCK FOTO: ROBERT OOSTERBROEK

Een goed verhaal kan beginnen met één persoon die het verschil maakt. In dit verhaal is dit Anja van der Aa, wonend in Utrecht Oost. Zij merkte dat ze als mantelzorger niet altijd goed wist waar ze met alledaagse vragen terecht kon, omdat de infrastructuur van de zorg- en welzijnsaanbieders hiaten kent in de samenwerking. Omdat ze zag dat andere buurtbewoners hetzelfde probleem ervaren, richtte ze een wijkinformatiepunt op. “Zij is de drijvende kracht achter de bewonersgroep Samen O30”, zegt wethouder maatschappelijke ondersteuning en welzijn Maarten van Ooijen. “Zij heeft het bestaande

netwerk in de buurt benut om vraag en aanbod in de wijk bij elkaar te brengen. Als basis hiervoor is een duidelijke diagnose gemaakt van wat in de wijk nodig is, uitgaand van de demografie, de zorgbehoefte en de trends in jeugdzorg en mantelzorg. Met deze gegevens als uitgangspunt hebben alle betrokken partijen hun naam verbonden aan wat het Wijkpact *Samen Oost* is gaan heten en daaronder ook hun handtekening gezet. Prachtig, want het is een aanpak die één-op-één past bij de focus op een wijkgerichte aandacht die het uitgangspunt is geworden bij de rol die de gemeenten in 2015 hebben gekregen.”

Elkaar leren kennen

De ontwikkeling naar een wijkgerichte aanpak was natuurlijk al in gang gezet, stelt Van Ooijen. “Maar we moesten ook toezien hoe die in de praktijk stokte”, zegt hij. “Dat zagen we heel duidelijk bij de wijkgerichte inrichting van de zorg voor ouderen. Dan wist de case-manager dementie niet wat de huisarts en wijkverpleegkundige deden en andersom. Sterker nog: ik herinner me een bijeenkomst over wijkgericht werken van een aantal jaar geleden, waar bleek dat betrokken partijen die in dezelfde straat zaten elkaar zelfs volstrekt niet kenden. De les daarvan was: als je je in een wijk vestigt, ga dan eens kijken wat daar verder zit aan andere professionele partijen en bewonersgroepen. Daarin is nog een wereld te winnen.”

In Oost zijn daarin dus nu concrete stappen gezet. De gerichte diagnose die daar is gemaakt, helpt om de wijkgerichte samenwerking beter in te richten, stelt Van Ooijen. Wat is de rol van de gemeente in dit verhaal? “In eerste instantie was die vooral: het van onderaf laten opborrelen”, zegt hij. “Het laten gebeuren dus. Toen ik als wethouder aantrad had ik het idee buurtpacten op te zetten. Daarvoor wilde ik subsidie beschikbaar stellen, maar de belangstelling was nu niet overweldigend. Dat komt omdat de vraag vanuit de gemeente kwam. Nu in Oost kwam het vanuit de bewoners en dan werkt het wél. Dit laat zien dat de maatschappij krachtiger is dan de overheid. In tweede instantie zijn we natuurlijk wel actief gaan meewerken aan de totstandkoming van die diagnose over wat er in die wijk speelt en nodig is. Partner geworden in het verhaal dus. Maar nadrukkelijk niet de regisseur of initiatiefnemer. Het is juist waardevol om de bewoners hun rol te geven als eigenaars van de situatie in de wijk. Daaruit kunnen pareltjes ontstaan en het is niet iets wat je als gemeente kunt afdwingen. Ook worden dan de ervaringsdeskundigen veel directer betrokken.”

Na de inhoud de financiën

Natuurlijk kan in zo'n verhaal het onderwerp financiën niet ontbreken. “De in Oost gekozen aanpak helpt om de financieringsstromen te richten op wat we in het wijkpact hebben afgesproken”, zegt Van Ooijen. “We kijken nu ook of we extra financiële middelen kunnen aanwenden om deze aanpak verder te kunnen brengen. Maar: we zijn nadrukkelijk niet met de financiën begonnen. Het begon met de inhoud. Dat is de enige manier waarop dit kan werken. Ik kan me niet voorstellen dat er in Oost nu nog partijen zijn die elkaar niet kennen. En het wijkpact biedt een goed uitgangspunt om een eventuele nieuwkomer meteen onderdeel te laten worden van het netwerk in de wijk.”

“De wijkgerichte aanpak laat zien dat de maatschappij krachtiger is dan de overheid”

Voor de bewoners van Oost betekent dit dat ze veel sneller op de plek terecht komen waar hen de zorg of hulp kan worden geboden die ze nodig hebben. “Onderdeel van het wijkpact is ook een meterkastkaart, gemaakt voor bewoners met een overzicht van initiatieven en organisaties in de wijk”, zegt Van Ooijen. “Die werkt ook heel goed voor de professionals in zorg en sociaal domein om elkaar te kunnen vinden.”

De rest van de stad

Natuurlijk heeft Utrecht meer wijken dan alleen Oost. Gaat de in Oost gekozen aanpak zich nu als een olievlek over de rest van de stad verspreiden? “Niet in de vorm van kopiëren en plakken in ieder geval, want dan slaan we de plank mis”, zegt Van Ooijen. “Maar je kunt wel kijken wat de werkzame elementen zijn die je elders ook kunt toepassen. De stad is – ook in andere wijken – rijk aan bewonersgroepen en initiatieven. Dat biedt een mooie basis, maar we moeten niet proberen ze in een mal te gieten.”

<<

Het Wijkpact *Samen Oost* is ondertekend door Hogeschool Utrecht, ROC Midden Nederland, gemeente Utrecht, U Centraal, Diaconessenhuis, De Wilg, Podium Oost, Stichting Utrecht Oost Gezond, DOCK, Buurtteam Oost, SportUtrecht, Instituut Voor Vitaal Ondernemen, Academie Instituut, NIZU, PAZIO, Buurtzorg Wilhelminapark e.o., Wilhelminakerk, Stichting Jou en de Wijkcoöperatie Oost voor Elkaar. Nieuwe partners kunnen aansluiten.



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

Samenwerken met burgers, hoe doe je dat?

Sterk Wijknetwerk



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

ongeveer een half jaar later is in een andere wijk een vergelijkbaar initiatief gestart." 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 Radboud-umc (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.

Dak- en thuisloosheid

Maatschappelijk belang voorkomen

Huisarts en straatdokter Marcel Slockers promoveerde in november op onderzoek naar de sterfte, gezondheidsproblemen en toegang tot de zorg van dak- en thuislozen. Hij pleit voor inclusie van deze groep in onze samenleving. Een proces waarin veel partijen een rol spelen, stelt hij, ook de maatschappij zelf.

TEKST: FRANK VAN WIJCK FOTO: ALEX FOX / PIXABAY

Voor zijn promotieonderzoek bracht Marcel Slockers de situatie onder dak- en thuislozen in Rotterdam in kaart. Dat leverde schokkende resultaten op. Het sterftecijfer is 3,5 keer hoger dan dat van de algemene Rotterdamse bevolking. De oversterfte is onder vrouwen hoger dan

onder mannen, en groter onder jongeren dan onder oudere dak- en thuislozen. Vergeleken met de algemene bevolking is de levensverwachting op 30-jarige leeftijd bij dak- en thuisloze mannen en vrouwen respectievelijk 11,0 en 15,9 jaar lager.

“Het probleem van deze mensen is dat ze niet op één gebied van het leven problemen hebben, maar op zeven of acht”, zegt Slockers. “Een oplossing kan dus nooit komen van één ministerie of één type professional. Ik werd woest toen ik in 2015 hoorde dat dak- en thuislozen uit de zorgverzekering zouden worden gegooid. Hoe kun je, als overheid, kijkend naar de cijfers over vroegtijdig overlijden en grote gezondheidsproblemen? We zijn als Nederlandse Straatdokers Groep (zie ook pagina 36-37, red.) op dat moment bij alle partijen geweest – VWS, GGD GHOR Nederland, de ggz, de zorgverzekeraars – maar iedereen wees naar elkaar. Toenmalig minister Edith Schippers wilde aanvankelijk geen daklozenspreekuur bijwonen. Toen ze dat uiteindelijk op aandringen van burgemeester Ahmed Aboutaleb toch deed, is ze zich rot geschrokken.”

Botsende regels

Dit betoog in ogenschouw genomen, is het geen verrassing dat Slockers bij het Straatdokers Symposium van vorige maand – waar hij zijn promotieonderzoek

toelichtte – pleitte voor inclusie van dak- en thuislozen in onze samenleving. “In lijn met mijn opmerking dat de problemen van dak- en thuislozen niet door één ministerie of één type zorgprofessional kunnen worden opgelost, is deze oproep gericht tot heel veel partijen”, zegt hij. “Denk bijvoorbeeld aan de situatie waarin je wordt gekort op je huurtoeslag als je je schizofrene zoon in huis neemt, omdat het verzamelinkomen van de huishouding dan stijgt. Het gaat niet alleen over dak- en thuislozen, maar ook over dak- en thuisloosheid voorkomen. Daar zijn ministeries bij betrokken, maar ook bijvoorbeeld woningcorporaties en de sociale dienst. Er is sprake van een berg aan regeltjes en die botsen nogal eens met elkaar. Op een gegeven moment bieden wetten en regels geen uitkomst meer voor mensen, maar moet gewoon iets slims worden bedacht.”

Een aanzet hiertoe was het in 2006 in de vier grote steden gelanceerde *Plan van Aanpak Maatschappelijke Opvang*. Het was bedoeld om het aantal dak- en thuislozen in de stad terug te dringen en de groep zorg, inkomen en huisvesting te bieden. “Dit heeft de leefomstandigheden van deze kwetsbare groep enorm verbeterd”, zegt Slockers. “Maar het had geen invloed op het sterftecijfer. Misschien klinkt deze aanpak daardoor niet als een succes. We zagen echter wel het aantal suicides halveren. Dat deze mensen toch nog even hard doodgingen, kwam waarschijnlijk omdat ze jarenlang geen zorg hadden ontvangen voor bijvoorbeeld hun diabetes of hart- en vaatziekten. Maar dan nog: het is beter 's ochtends niet meer wakker te worden in je bed dan op straat te sterven. Er zijn dus wel gradaties in de manier waarop je dood kunt gaan en de maatschappelijke impact daarvan. Denk bijvoorbeeld aan suicide door voor de tram te springen.”

Rol voor iedereen

Los van een aanpak zoals in Rotterdam kan iedereen een rol spelen om de problematiek van dak- en thuislozen te verkleinen, stelt Slockers. “Het is niet alleen een probleem van politiek en professionals”, zegt hij. “Het gaat de hele samenleving aan. Dat begint bijvoorbeeld al met de vraag in hoeverre we mensen met een verstandelijke beperking – iets wat bij veel dak- en thuislozen een rol speelt – accepteren. Ik geloof in goodwill bij de mensen, wat dat betreft ben ik niet zo somber. Toen we in Rotterdam kleinschalige opvangplekken voor dak- en thuislozen probeerden te creëren, was de eerste reactie in een aantal gevallen: ‘Ja maar niet bij mij in de straat’. Toch is het gelukt. Met als gevolg dat wijken die eerst als moeilijk bekend stonden nu bakfietswijken zijn geworden, omdat er geen mensen meer in portieken liggen te slapen. Iedereen kan dus een bijdrage leveren om het probleem op te lossen. Maar voor een echte oplossing is een stevig sociaal plan nodig, lokaal en landelijk.”

>>



‘Zwerven is vaak een uiting van een ziektebeeld of verslaving’

Toch zal de ideale situatie – dak- en thuisloosheid voorkomen – altijd een utopie blijven, erkent Slockers. “Zeker in de grote steden met zoveel dynamiek”, zegt hij. “Net zoals het een utopie is te denken dat we kunnen voorkomen dat mensen met dementie gaan dwalen. Of dat mensen psychoses krijgen of middelen gebruiken. Zwerven is vaak een uiting van een ziektebeeld of een verslaving.”

Persoonlijke benadering

Dit neemt niet weg dat inzetten op preventie essentieel is. “We zien vaak dat een dak- of thuisloze iemand is die is ontslagen of weggelopen uit een instelling voor mensen met een verstandelijke beperking of voor verslavingszorg”, zegt Slockers. “Daarnaast zien we een toename van dak- en thuisloosheid onder vrouwen. En die zijn extra *at risk* om vroegtijdig te overlijden, ook door misdaad. Ook zijn er mensen die het financieel niet meer kunnen bolwerken. En niet te vergeten mensen die uit detentie komen. Juist die veelheid aan achtergronden maakt preventie zo moeilijk, het moet echt één-op-één-werk zijn met een persoonlijke benadering. Het heeft geen zin om mensen alleen woonruimte te geven. Als het daarbij blijft, kan het gevolg zijn dat direct de deurwaarder op de stoep staat of dat verslaafden over de vloer komen.”

Precies om die reden begrijpt Slockers waarom mensen zich kunnen afvragen of ze een verantwoordelijkheid hebben om voor iedereen alles op te lossen. “Toch is het uiteindelijk in ieders belang”, zegt hij. “Het is veiliger voor de samenleving als iemand met een verstandelijke beperking die uit detentie komt een dagbesteding en een zaccentje heeft.”

Moeilijke doorstroming

Ondertussen lijkt het straatdokerspreekuur zich steeds meer in de richting van de reguliere zorg te bewegen, stelt Slockers. Dat heeft te maken met de toename van chronische ziekten of het risico daarop. “Je wilt eigenlijk niet hebben dat iemand door een slechte gezondheidstoestand afglijdt en dakloos wordt”, zegt hij. “We zien nogal wat mensen met wie het lichamenlijk echt niet goed meer gaat. Maar het is natuurlijk te gek dat straatdokers een dementieel beeld moeten diagnosticeren bij een oudere dakloze. Zo iemand hoort bij de reguliere zorg terecht te kunnen, maar de doorstroming daarnaartoe is erg moeilijk.” Verwacht Slockers dat zijn proefschrift verschil gaat maken? “Het is een van de vele manieren om aandacht voor het onderwerp te vragen”, zegt hij. “In 2020 heeft staatssecretaris Paul Blokhuis 200 miljoen euro beschikbaar gesteld voor woonplekken met begeleiding voor dak- en thuislozen. De aanleiding hiervoor vormde de verdubbeling van het aantal dak- en thuislozen sinds 2009. We hebben als straatdokers een rol gespeeld om de oversterfte boven tafel te krijgen. Data kunnen dus verschil maken.”

COLOFON

Sociaal Domein
Platform voor innovatie

Uitgave

Jb Lorenz Opinie bv
Postbus 30223
3001 DE Rotterdam

Uitgever

Bianca den Outer

Verschijningsdata

Zes maal per jaar

Redactie

Frank van Wijck, hoofdredacteur
hoofdredacteur@de-eerstelijns.nl
06-24612396

Aan dit nummer werkten mee

Piet-Hein Peeters, Raad voor de Volksgezondheid en Samenleving,
Gerben Stolk, Kees van Delft, José van der Waerden.

Sociaal Domein is kosteloos verkrijgbaar voor iedereen die werkzaam is binnen het sociaal domein. Andere belangstellenden kunnen een jaarabonnement afsluiten. De kosten hiervan bedragen 70 euro per jaar.

Vormgeving

De Beeldsmederij



Voormalig Tweede Kamervoorzitter **Anouchka van Miltenburg** en journalist en schrijver **Piet-Hein Peeters** nemen je mee langs de meest dringende maatschappelijke opgaven in het sociaal domein en de eerstelijnszorg en laten je kennismaken met pioniers, doorgewinterde professionals, beslissingsmakers en praktijkhelden die hun ervaringen, initiatieven en tips met je delen. Volledige Registerplein accreditatie, 10 accreditatiepunten.



Volg de E-Learn **waar** je wilt en **wanneer** je wilt!

Enkele thema's:

Jet Bussemaker -

De Praktijk die het verschil maakt:
Gezondheidsverschillen voorbij

Patrick Banis -

De toekomst is nu!

Sven de Langen -

De weg naar preventie moet geasfalteerd!

Jolanda van Boven -

AVG in de praktijk, mogelijkheden en kansen
“Niets doen is ook een keuze waar je verantwoordelijk voor bent”

Marije van den Berg -

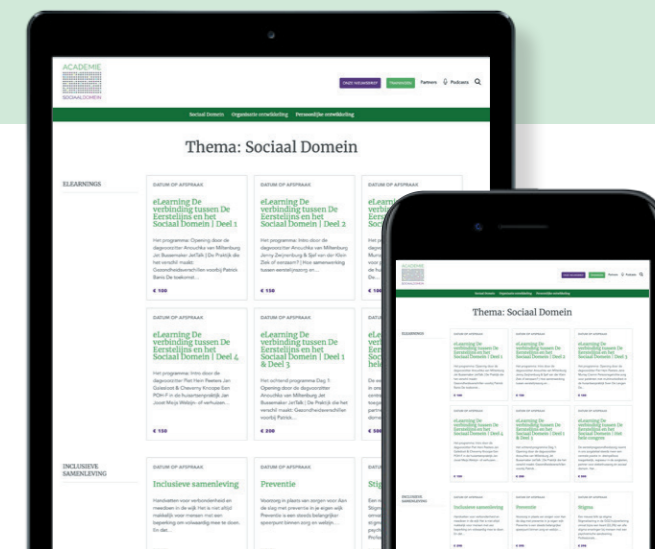
Stoppen is afleren

Dirk Jan van den Berg -

Blijvend verzekerd
van goede zorg

ACADEMIE
E-LEARN
SOCIAAL DOMEIN

www.academiesociaaldomein.nl/thema/sociaal-domein/





Mis het niet en schrijf je snel in voor onze meest populaire trainingen!

De Gemeente als opdrachtgever

De training opdrachtgeverschap geeft medewerkers van gemeenten de expertise en vaardigheden die nodig zijn om goed en gericht opdrachtgeverschap in de praktijk handen en voeten te geven. De behoefte aan een duidelijke en gerichte invulling van het gemeentelijk opdrachtgeverschap vraagt vaardigheden als het expliciet formuleren van opdrachten en het vormgeven van een effectieve sturing in de relatie tussen opdrachtgever en opdrachtnemer.

€ 298

Pluis | Niet-Pluis

In het gemeentelijk domein wordt signalering en ondersteuning van mensen met psychische en psychiatrische problemen, een licht verstandelijke beperking en/of multi problematiek steeds belangrijker.

Doel van de training Pluis | Niet-Pluis is het herkennen van verward gedrag en specifiek psychische problematiek en daar vanuit je eigen rol en expertise mee leren omgaan.

€ 595

Masterclass Interprofessionele samenwerking

Vanuit de dagelijkse praktijk zien we dat professionals in het sociaal domein en tal van andere professionals van aanpalende terreinen, zoals welzijnsorganisaties, gemeenten, GGZ-instellingen en politie voelen dat samenwerking een wenkend perspectief is en essentieel is om de eigen (organisatie)doelstellingen te kunnen blijven realiseren. De druk om samen te werken op het sociaal domein neemt navenant toe. Maar samen werken aan samenwerking en bouwen aan ecosystemen is niet iets dat in ons zorgstelsel en in onze organisaties is ingebakken. Integendeel; we zijn geconditioneerd om vooral te kijken naar wat ons onderscheidt in plaats van wat ons (ver)bindt.

€ 895

Kijk op de website voor ons **volledige aanbod** van trainingen!

ACADEMIE

SOCIAALDOMEIN