



Kirstin Eisinger-Jalink: "Wij zijn gericht op het totaalplaatje: het medische aspect, persoonlijke en sociale factoren."

zou moeten zijn van de zorgvraag die iemand heeft. Als we uitgaan van een integrale zorgbenadering, zal de specialist ouderengeneeskunde vaker bij de patiënt thuis verschijnen en de huisarts waar nuttig en nodig ook in het verpleeghuis. Een eenvoudigere zorgstructuur en minder versnipperde financiering maakt ook multidisciplinaire behandelteams mogelijk. Die kunnen samen kijken wie een patiënt het beste kan behandelen. In de praktijk overdag, maar bijvoorbeeld ook op de huisartsenpost." <<

VERENSO: BETERE RANDVOORWAARDEN



Voor Jacqueline de Groot markeerde 1 januari 2020 een mijlpaal. De voorzitter van beroepsvereniging Verenso ziet het uit de zorgverzekering vergoeden van het werk van specialisten ouderengeneeskunde in de eerste lijn als erkenning van het vak. "Het bevestigt dat we een volwaardige samenwerkingspartner zijn van andere eerstelijnszorgverleners, de huisarts voorop."

Een reden om op de lauweren te rusten is het niet voor de specialist ouderengeneeskunde. Net als Kirstin Eisinger-Jalink ziet De Groot dat er nog randvoorwaarden ontbreken om zelfstandig te werken in de eerste lijn.

"Als specialisten ouderengeneeskunde mogen we ons bijvoorbeeld niet in een maatschap organiseren, zoals huisartsen dat wel kunnen. Ook eisen sommige zorgverzekeraars dat we een raad van toezicht instellen om voor vergoeding in aanmerking te komen. Er zijn zorgverzekeraars die zelfs als voorwaarde stellen dat specialisten ouderengeneeskunde gelieerd zijn aan een verpleeghuis. Anders zou de multidisciplinaire zorg voor kwetsbare ouderen in het geding komen. Terwijl multidisciplinair werken onze

kernkwaliteit is. Dat kan ook prima vanuit een eigen praktijk met een fysiotherapeut of andere zorgverlener in de eerste lijn. Je hoeft daarvoor echt niet binnen dezelfde organisatie te werken."

Last but not least zijn de tarieven een knelpunt, geeft De Groot aan. "Alleen de consulten bij de patiënt worden vergoed. Overleg met andere zorgverleners valt hier bijvoorbeeld niet onder. Voor randvoorwaarden als een aansluiting op Zorgdomein, een elektronisch patiëntendossier of het uitbesteden van de facturering is er geen tegemoetkoming. Veel specialisten ouderengeneeskunde in de eerste lijn werken daardoor om rond te komen ook in een verpleeghuis."

Verenso heeft de handschoen opgepakt. "We overleggen voortdurend met de NZa, het Zorginstituut Nederland, de zorgverzekeraars en het ministerie van VWS om de randvoorwaarden te verbeteren. We denken daarnaast gevraagd en ongevraagd mee over de toekomst van de ouderenzorg. De specialisten ouderengeneeskunde spelen hierin immers een sleutelrol: of het nu gaat om de zorg voor kwetsbare ouderen thuis, in kleinschalige woonvormen of in de verpleeghuizen."

Verbinding met gemeente en wijkteams

Sociale bril voor de huisarts

Het is goed dat initiatieven worden ontplooid om de verbinding tussen de huisarts en het sociaal domein te versterken, aldus Jan Willem Bruins, algemeen directeur van de Beroepsvereniging van Professionals in Sociaal Werk (BPSW). Ze zijn waardevoller dan van de huisartspraktijk met poh'ers een sociaal wijkteam maken.

TEKST: FRANK VAN WIJCK

Jan Willem Bruins komt al in het verkennende gesprek dat voorafgaat aan het interview met een quote om over na te denken: "Het is gemakkelijker om uit te leggen wat de huisarts doet dan wat het sociaal domein inhoudt". Dit mag hij toch wel even toelichten. "Heel veel medische verrichtingen zijn afgegrensd", zegt hij. "Als je met een gebroken been het ziekenhuis in gaat, mag je aannemen dat je er met een gezet en gespalkt been weer uitkomt. In sociaal werk ligt het anders. Mensen hebben vaak niet één probleem, maar bijvoorbeeld én schulden én verslaving én werkloosheid. Dat is moeilijker uit te leggen en moeilijker om succes in te boeken. We zien dan ook dat het voor professionals met een medische bril moeilijk is om de sociale bril op te zetten, om te beseffen dat in relatie tot gezondheid de drie facetten die de WHO hiervan al in 1948 definieerde complementair zijn: lichamelijk, sociaal en mentaal." Helder. Maar kan hij ook in één zin uitleggen wat sociaal domein dan inhoudt? "Sociaal werkers zijn experts in sociaal functioneren", is zijn antwoord. "Hierbij gaat het over de alledaagse omgeving van mensen, maar ook over de wisselwerking tussen hun kleine leefwereld en de grote systeemwereld. De toeslagenaffaire is een sprekend voorbeeld. Die wisselwerking begrijpen en daarin acteren, dát is het werk van sociaal werkers."

Werelden verbinden

De mate waarin huisartsen de reikwijdte van dit werk kennen, varieert sterk, stelt Bruins. "Ik denk dat het in ieder geval beter kan. In het programma Welzijn op Recept is echt moeite gedaan om in de taal van de arts de sociale oplossingen voor de problemen die mensen ervaren – eenzaamheid bijvoorbeeld, depressie – over

'Tuig praktijken niet op tot sociale wijkteams'

het voetlicht te brengen. Heel belangrijk, want de talen van de medische en sociale professionals sluiten onvoldoende op elkaar aan."

Hij vervolgt: "Het recente advies van de Nederlandse Zorgautoriteit en Zorginstituut Nederland, *Samenwerken aan passende zorg: de toekomst is nu*, is een duidelijk pleidooi om die werelden met elkaar te verbinden. Heel positief vond ik dat. En in gesprekken met het Zorginstituut merken we ook dat de ontschotting aan de gang is en dat ze de samenwerking tussen zorg en sociaal domein zoeken. Dat geldt voor de NZa ook. Het rapport vraagt terecht ook meer aandacht voor de financiering van preventie, nu vaak voor gemeenten en zorgverzekeraars een sluitpost op de begroting. Je kunt wel iemand eenzaam laten worden en dan pas de depressie gaan behandelen die daaruit voortvloeit, maar je kunt het probleem ook eerder in kaart brengen en erger voorkomen. Sociaal werk kan dat, het komt achter de voordeur."

Er blijft dus een uitdaging. Het sociaal werk werd ook niet uitgenodigd om onderdeel te zijn van het programma-team dat moet komen tot een nieuw bekostigingsmodel voor de ggz. "Dat vergt dan toch weer lobbywerk om daar aan tafel te komen", zegt Bruins. "Geen kwade wil, denk ik. Ik hou het eerder op de onschuld van onwetendheid."



Jan Willem Bruins: 'Sociaal werkers zijn experts in sociaal functioneren'.



JAN WILLEM BRUINS IN HET KORT

Jan Willem Bruins is sinds oktober 2018 algemeen directeur van BPSW. Tot die tijd was hij opleidingsmanager Social Work bij Hogeschool Windesheim in Zwolle. Hij was lange tijd als docent verbonden aan de opleidingen Maatschappelijk Werk en Dienstverlening, Sociaal Pedagogische hulpverlening en Cultureel Maatschappelijke Vorming. In zijn rol als voorzitter van het landelijk opleidingsoverleg Maatschappelijk Werk en Dienstverlening was hij nauw betrokken bij de totstandkoming van de nieuwe opleiding Social Work.

'Sociaal werkers zijn bij uitstek geschikt om interventies te plegen op dementie'

Professionaliteit

Succesvol samenwerken vraagt erom dat de partijen in hun mate van professionaliteit aansluiten op de behoefte. Is dat bij de professionals in het sociaal domein het geval? "Het beeld is dat sociaal werkers intuïtief werken", zegt Bruins, "terwijl ze wel degelijk onderzoek doen en de waarde van interventies kritisch tegen het licht houden. Sociaal werkers gebruiken ook evidence based-methoden, bijvoorbeeld op het gebied van psychosociale stessdeskundigheid. In de beroepsopleiding leren ze veel over interprofessioneel samenwerken. Daarbij krijgen ze veel elementaire medische kennis en kennis over sociale gezondheidszorg. Ook wordt hun geleerd een afweging te maken over wanneer ze wel en niet moeten verwijzen naar de tweede lijn. Mijn antwoord is dus: ja." Geldt hetzelfde voor huisartsen? "Natuurlijk", zegt Bruins, "ook die hebben hun eigen trajecten voor professionalisering. Maar ik herhaal: hun aandacht voor de sociale benadering van gezondheid zou sterker kunnen." Concluderend stelt Bruins dat de behoefte aan verbinding tussen zorg en sociaal domein breed gevoeld wordt. "Ook bij het ministerie van VWS bestaat nu het besef dat sociaal werk veel meer kan bijdragen aan het welzijn van mensen dan nu al gebeurt", zegt hij. "Het in 2019 verschenen boek *Veenbrand* van Kim Putters, directeur van het Sociaal Cultureel Planbureau, onderschrijft het belang hiervan. Benut dus de urgentie die nu gevoeld wordt. Het is goed dat er initiatieven zijn om de ontschotting verder door te zetten, dat is nodig om tot passende en structurele financiering te komen. Mijn verwachting is dan ook dat het sociaal werk de komende jaren steeds beter benut zal worden. Goed nieuws voor huisartsen, lijkt mij. Volgens mij zitten die er niet op te wachten om van hun praktijk een klein sociaal wijkteam te maken. Het is veel praktischer voor ze om de goede telefoonnummers bij de hand te hebben."

Maar het zou goed zijn als de ggz beseft dat de sociale problemen van mensen verweven zijn met de psychische problemen waarvoor zij hen behandelt."

De sociale kaart kennen

De huisarts en het sociaal domein weten elkaar nog onvoldoende te vinden, stelt Bruins. Hij zegt: "Het is goed dat er poh'ers komen in huisartspraktijken, maar dit schiet te ver door als die praktijken daarmee opgetuigd worden tot sociale wijkteams. Dat zien we wel gebeuren en het is geldverspilling, want de functies die daarmee worden gecreëerd bestaan al in wijkteams. Gezondheidscentra en huisartspraktijken zouden de sociale kaart in hun werkgebied beter op het netvlies kunnen hebben. Het

blijkt nog niet zo eenvoudig om die verbinding te leggen." Is dat geen werk voor beide partijen? "Ja natuurlijk wel", zegt Bruins. "Toch denk ik wel dat de noodzaak in het medisch domein om de medische bril af te zetten groter is dan in het sociaal domein om hem op te zetten. Neem als voorbeeld dementie. Dat kun je natuurlijk medisch benaderen, maar na de diagnose wordt toch vooral het sociale perspectief belangrijk, en sociaal werkers zijn bij uitstek geschikt om daarop interventies te plegen." En wat is dan de rol van de wijkverpleegkundige? "Die vertegenwoordigt iets meer het zorgperspectief", stelt Bruins. "Het is een vak apart. In wijkteams zie je soms dat de wijkverpleegkundige ook een plek heeft en dat is op zich heel goed. Maar het idee van de decentralisaties

is dat de wijkverpleegkundige ook wel wat aan opvoedkunde kan doen en dat is natuurlijk een ontkenning van de medische én de sociale functies. Je kunt niet alles bij wijkverpleegkundigen neerleggen. Natuurlijk moet je samenwerken, maar je moet ieder in zijn vak laten." En vrijwilligers en burgerinitiatieven? "Het biedt zowel huisartsen als sociaal werkers enorme kansen om daarvan gebruik te maken", zegt Bruins. "Zie de patiënt als de bewoner van een wijk die ook een netwerk heeft. Sociaal werkers zijn in staat mooie dingen in een wijk te organiseren, iets wat helaas vaak als eerste op het lijstje staat van functies waarop bezuinigd kan worden. Dat geldt ook voor opbouwwerk en jongerenwerk. Het is heel belangrijk dat huisartsen de weg hiernaar kennen."