

De disbalans tussen huisarts en sociaal werker

De eerste lijn maakt steeds meer gebruik van aanbod in het sociaal domein. Maar in de ogen van Pieter Hilhorst is die samenwerking nog te dun. "Gezien de uitdagingen in de komende decennia mee te maken krijgen, is een werkelijk domein overstijgende samenwerking nodig."



TEKST: PIET-HEIN PEETERS BEELD: BEN SAJETCENTRUM

Er is een nieuwe eerste lijn aan het ontstaan. Professionals zoeken vanuit het sociaal domein of het medisch domein samenwerking, afstemming ten bate van de mensen die ze ondersteuning bieden. Het gaat dan over welzijn op recept, over praktijkondersteuners werkzaam bij huisartsen die soms zelfs helpen bij financiën, over wijkverpleegkundigen die indiceren voor de Wmo. En het gaat over meer collectieve initiatieven als de gezonde wijkenalliantie en krachtige basiszorg.

Mary van den Wijngaart (verbonden aan E:M+MA) en Pieter Hilhorst (Ben Sajatcentrum) verkenden in opdracht van het Ministerie van VWS het samenspel. Dat gaat niet vanzelf, zo laat ook hun onderzoek zien. Financiële schotten, juridische belemmeringen, versnippering door marktwerking, professionals die vanuit hun opleiding en ervaring anders kijken naar dezelfde patiënt of cliënt; het kan allemaal in de weg zitten.

Verkenning

De meest opvallende belemmerende factor die ze noemen, typeren ze als 'ongelijke verhoudingen'. In Samenwerking sociaal en medisch domein. Een verkenning beschrijven ze ter illustratie de botsing tussen een sociaal werker en een psychiater wanneer de eerste een psychose vermoedt bij een cliënt en de psychiater zich vervolgens afvraagt wat de sociaal werker daar nou van kan weten. Maar de disbalans tussen sociaal en medisch domein kent meerdere gezichten, legt Hilhorst uit: "In de relatie tussen huisartsen en sociaal werkers zie je de ongelijkheid in de prioritering. De agenda van de huisarts is leidend, die bepaalt. Die zegt dat zijn of haar praktijk zo ontzettend druk is en dat ze wel iets willen doen, maar alleen als het past. Een huisarts sluit niet snel aan bij een project waarvan de meerwaarde voor hem niet heel helder is. En die heeft de positie om dat doen. Dat kun je niet spreken van echt samenwerken."

Hilhorst noemt het een 'impliciete hiërarchie'. Die uit zich ook in de manier waarop naar hulpbehoevende mensen en hun problemen gekeken wordt. "Het medische domein is vaak leidend. De afgelopen jaren is de bredere blik van 'positieve gezondheid' wel sterk opgekomen, maar diagnose en behandeling staan nog steeds voorop. Sociale interventies zijn toch vooral aanvullend, secundair."

Zelfs in de Visie eerstelijnszorg 2030 die onlangs verscheen en toch toekomstgericht zou moeten zijn, weerklinkt volgens Hilhorst de ongelijkheid. "Het belang van samenwerking wordt er sterk in benadrukt. En dan schrijven ze over de samenwerking tussen de huisarts, de

wijkverpleegkundige, de apotheker en, let op, het sociaal domein. Dat is blijkbaar een soort restcategorie."

Populatiemanagement

Hoewel groeiende, is het samenspel in de eerste lijn tussen medisch en sociaal domein in de ogen van Hilhorst nog te dun, te klassiek. Ontwikkelingen als welzijn op recept en de sociaal arrangeur zijn volgens hem positief, maar ook te individueel, geredeneerd vanuit de individuele patiënt die zich in de huisartsenpraktijk meldt en leunend op de 'ongelijkheid' tussen beide partijen. In Samenwerking sociaal en medisch domein. Een verkenning schetsen Hilhorst en Van den Wijngaart drie stevige ontwikkelingen die volgens Hilhorst maken dat de samenwerking tussen beiden partijen dringend een ander karakter moet krijgen.

“Diagnose en behandeling staan nog steeds voorop. Sociale interventies zijn toch vooral aanvullend, secundair.”

"De komende jaren krijgt de eerste lijn te maken met de vergrijzing, met een toename in psychosociale problematiek en met een groei in leefstijlgerelateerde aandoeningen", zegt hij. "Dat betekent waar nu negentig procent van de mensen in de medische eerste lijn goed geholpen wordt, dat straks nog maar dertig procent is. Dat vraagt werkelijk domein overstijgende samenwerking tussen medisch en sociaal domein."

Hilhorst concretiseert de uitdaging aan de hand van de gemeente waar hij zelf woont, Amsterdam. "De verwachting is dat hier in 2040 ruwweg 10 000 mensen wonen die verpleeghuiszorg nodig hebben en dat er maar voor de helft plekken zullen zijn. Die andere 5.000 moet thuis blijven wonen. Daar zul je met alle partijen in de eerste lijn, en daar reken ik woningcorporaties eigenlijk ook toe, plannen voor moeten maken."

Hilhorst noemt het een "een soort van populatiemanagement": samenwerken vanuit het besef dat er in jouw

stadsdeel of wijk grote groepen mensen leven die wat anders vragen dan verkokerde ondersteuning waarbij de ene partij, het sociaal domein, met een hoop moeite weet aan te sluiten bij de ander, het medisch domein.

Verschuiving

'Populatiemanagement' betekent onder meer, onderstreept Hilhorst, een verschuiving van financiële middelen van het medisch naar het sociaal domein. En de verplichting voor gemeenten om vervolgens een zogenaamde sociale basis infrastructuur te organiseren. Hij zegt: "In de expertsessies die we voor het onderzoek georganiseerd hebben, hoorden we terug dat op steeds meer plekken in Nederland wel verwezen wordt naar het sociaal domein, maar dat het sociaal domein helemaal niet bij machte is die vraag op te pakken. Het kan nu in veel gemeenten gewoon geen volwaardige partner zijn." Wat precies bij die infrastructuur hoort, vindt hij onderwerp voor verder gesprek en onderzoek, maar voor nu is de stellingname op zich al essentieel. Gezien de epidemiologische en demografische ontwikkeling van de Nederlandse bevolking is een versterking van de sociale basis onvermijdelijk.

Samenwerking

Gelijkwaardige domein overstijgende samenwerking gericht op de groeiende groepen mensen die zowel vanuit het medisch als het sociaal domein steun nodig hebben, uiteindelijk is het daar volgens Hilhorst om te doen. "Niet een project ontwikkelen dat iets toevoegt aan het bestaande, maar radicaler denken. We bepleiten in ons onderzoek daarom ook het ontwikkelen van een 'grijs' budget voor een wijk of stadsdeel met daarin een deel van de middelen uit het sociaal domein, dus van de gemeenten, en een deel van uit het medisch domein, dus van de zorgverzekeraar, zodat er werkelijk gehandeld worden in de geest van een brede, medisch-sociale eerste lijn." <<

Het hele rapport vind je hier <https://bensajetcentrum.nl/kennisproduct/rapportage-verkenning-samenwerking-sociaal-en-medisch-domein/>