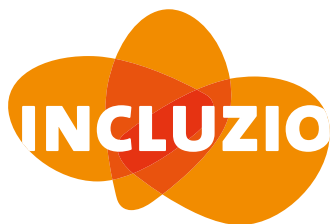




# SAMEN AAN HET ROER



**WHITE PAPER VERDIEPING VAN SAMENWERKING  
TUSSEN HET MEDISCH EN SOCIAAL DOMEIN**

Ingrid Horstik

# 1. GEZONDHEID EN GEDRAG, SAMEN AAN HET ROER

“  
*Aanbod en vraag in de zorgsector, in het bijzonder burgers, patiënten en zorgprofessionals, moeten, door interne en externe ontwikkelingen met een autonoom en dwingend karakter, veranderen en wel van een oriëntatie op zorg en ziekte (zz) naar een oriëntatie op gezondheid en gedrag (gg). Van ‘zz’ naar ‘gg’ (vrij naar Overgoor, 2003 en BIG!MOVE)*

”

Dit citaat, inmiddels in 2016 inhoudelijk breed omarmt door beleidsmakers, bestuurders en professionals, vraagt om een innige samenwerking tussen de domeinen zorg en maatschappelijke dienstverlening.

Uit de ontwikkelde praktijk komt een divers beeld naar boven. Waar men in de ene gemeente voorzichtig met elkaar kennis maakt, is elders, vaak op basis van “trial and error” en persoonlijke inzet van betrokken professionals, een waardevolle samenwerkingspraktijk tussen huisartsen en sociale wijkteams ontstaan. De ervaring die hier is opgedaan is niet alleen waardevol als leer-materiaal voor professionals in die wijken waar de samenwerking nog in de kinderschoenen staat, maar helpt ook bij de zoektocht van betrokken professionals, gemeenten en zorgverzekeraars naar hoe deze samenwerking verduurzaamd kan worden.

In deze verkenning gaan we in op de kenmerken van de transformatie-opdracht voor huisartsen en sociale wijkteams (paragraaf 2) en de stand van zaken in die samenwerking (paragraaf 3 en 4). In paragraaf 5 volgen de daaruit af te leiden basisvoorwaarden voor samenwerking. In paragraaf 6 geven we een doorkijk naar de toekomst en schetsen we een aantal scenario’s voor aansturing van gezamenlijke programma’s, beschikbare mensen en middelen.

## 2. VAN TRANSITIE NAAR TRANSFORMATIE: ZOEKTOCHT EN LEERPROCES

De stelselwijzigingen (transities) van Jeugdwet, Participatiewet en WMO hebben het sociale domein in de afgelopen jaren ingrijpend veranderd. De overheid doet een groter beroep op de verantwoordelijkheid van burgers om zelf de verhouding tussen `draagkracht en draaglast` in balans te brengen. Beschikbare budgetten zijn aanzienlijk gekrompen, gemeenten zijn verantwoordelijk geworden voor de uitvoering. In reactie op de stelselwijzigingen zijn in vrijwel elke Nederlandse gemeente sociale wijkteams verschenen. Deze teams zijn uit meerdere disciplines samengesteld en hebben doorgaans de opdracht om vroegtijdig er op af te gaan, de zorg dichtbij te organiseren en vooral ook een beroep te doen op de eigen mogelijkheden van de burger.

Die structuuringreep zou idealiter gepaard moeten gaan met een verandering in de cultuur van werken en het anders inzetten van kennis (transformatie). Voor het sociale domein wordt vaak de metafoer van kanteling gebruikt. Hiermee worden vernieuwingen aangeduid als: van aanbod

naar vraag, van probleem naar kracht, van individueel naar contextueel, van organisatie naar netwerk. Achterliggende principes zijn lokalisering, de zorg dichtbij organiseren, generalistische inzet en integrale ondersteuning en zorg. Kanteling vraagt om anders denken en handelen, in de zin van andere taal en verhoudingen, andere houding (leiderschap) en andere werkwijzen. Het vraagt ook om aansturing en leren.<sup>1</sup>

In de afgelopen jaren is in veel gemeenten ervaring opgedaan met dit transformatieproces. Geheel langs de lijnen van veelkleurig lokaal bestuur zijn er sociale (wijk-)teams ontstaan, in vele vormen, samenstellingen en werkwijzen. Maar allemaal met hetzelfde doel: een beter op elkaar afgestemde dienstverlening aan burgers die het alleen niet redden. De komende jaren gaan de sociale (wijk-)teams in de wijken zich door ontwikkelen. In dit transformatieproces zal de relatie met huisartsen als 'partner in de eerste lijn' verstevigd moeten worden.

“

*In reactie op de stelselwijzigingen zijn in vrijwel elke Nederlandse gemeente sociale wijkteams verschenen*

”

<sup>1</sup> Leren transformeren, M. Stam, J. P. Wilken, A. Kooiman, E. Jansen en M. van Biene, Hogeschool van Utrecht 2015





In de maatschappelijke opdracht voor de sociale wijkteams zien we veel parallellen met de opdracht aan de medische basiszorg, in het bijzonder de huisartsen: beiden werken in de wijk, dicht bij de populatie, beiden zijn generalist, beiden hebben een opdracht om de regie van inwoners te bevorderen. Huisartsen in termen van zelfmanagement en sociale wijkteams in termen van uitgaan van eigen kracht en dat van het netwerk. Van de huisarts vraagt dit, naast de medische kant, een bredere oriëntatie op de levensstijl van de patiënt, een bredere horizon op formele en informele steun in de wijk en omgeving

van de patiënt en, niet in de laatste plaats, samenwerking en ondernemerschap.

Het is, kortom, ook voor huisartsen een zoektocht en leerproces naar nieuwe kennis en verwerven van nieuwe competenties, analoog aan de kanteling voor professionals in het sociale domein. Op basis van overeenkomst in opdracht en uitvoeringspraktijk is de verwachting dat sociale en medische professionals elkaar in de praktijk veelvuldig tegenkomen en er waardevolle samenwerking ontstaat. Hoe kijken onderzoekers en mensen uit de praktijk anno 2015/2016 hier tegen aan?

#### De toekomstvisie huisartsenzorg 2022<sup>2</sup> verwoordt dit als volgt:

“Er komt, nu en in de toekomst, veel op huisartsen af. Als gevolg van vergrijzing, technologische ontwikkelingen en toename van het aantal chronisch zieken groeit de vraag naar alle vormen van zorg. Ook is het beleid van overheden en verzekeraars gericht op zoveel mogelijk preventie en zorg dichtbij de patiënt. Dat voorkomt medicalisering en nodeloze afhankelijkheid en versterkt de zelfregie van patiënten. De Nederlandse huisartsenzorg is van goede kwaliteit zodat verplaatsing van delen van de specialistische zorg naar de eerste lijn goed mogelijk is. Het betekent wel dat de huisartspraktijk veel meer te doen krijgt: meer huisartsenzorg, meer ggz, multidisciplinaire zorg, overleg met de tweede lijn, afstemming met gemeenten en welzijnsorganisaties. De patiënt moet bovendien gestimuleerd en ondersteund worden in zelfmanagement.”

<sup>2</sup> Toekomstvisie Huisartsenzorg 2022, Modernisering naar menselijke maat. NHG en LHV 2012.

# 3. SAMENWERKING SOCIAAL EN MEDISCH NADER BEKEKEN

## A. Onderzoek

Verschillende organisaties in het sociale- en zorgdomein hebben recentelijk onderzoek gedaan naar de stand van de samenwerking tussen medisch en sociaal. Die onderzoeken geven een divers beeld van de landelijke praktijk.

Kern van het onderzoek van Movisie<sup>3</sup>: eind 2015 zijn nog in minder dan de helft van de gemeenten afspraken tussen sociale wijkteams en huisartsen van kracht. In veel gemeenten zijn afspraken nog in de ontwikkelingsfase.

Vilans constateert in februari 2016<sup>4</sup> dat in de praktijk, huisarts en wijkteam elkaar niet altijd feilloos weten te vinden. In dit artikel noemt de auteur, Barbara de Groen, het wijkteam voor de huisarts interessant omdat er meerdere disciplines in een wijkteam samenwerken en daarom minder afstemming nodig is.

Ook het Nivel meldt in 2015<sup>5</sup> dat de ambities over de rol van huisartsen als coördinator en gids in het

zorgstelsel een wisselend beeld laten zien. De samenwerking met andere eerstelijnszorgverleners – zoals apothekers en fysiotherapeuten – of binnen de huisartsenpost, is goed georganiseerd. Het merendeel van de huisartsenpraktijken werkt echter nog niet structureel samen met gemeenten en de GGD-en. “Vanwege de recente verandering in de zorg, waarin de gemeentes een grotere rol hebben gekregen”, stelt Joke Korevaar, programmaleider bij het NIVEL, “moeten huisartsen de ambities op dit vlak voortvarend oppakken.”

Gemeenten streven bij hun nieuwe taken een integrale benadering na, gevat in het adagium ‘1 huishouden, 1 plan, 1 regisseur’. Voor veel gemeenten zijn wijkteams een manier om dit streven te verwezenlijken, door te kiezen voor een brede samenstelling van het team. In toenemende mate zullen gemeenten ook huisartsen aanspreken op het verbinden van cure en care in de wijken zodat de patiënt niet tussen wal en schip valt.



<sup>3</sup> Sociale (wijk)teams in beeld, S. Arum en R. Schoorl. Movisie 2016

<sup>4</sup> De Eerstelijns, platform voor strategie en innovatie, Barbara de Groen. Februari 2016

<sup>5</sup> Kennissynthese toekomstvisie huisartsenzorg 2022, Waar staat de huisartsenzorg anno 2014? Nivel, mei 2015

## B. Weerbarstige praktijk

Zijn de meeste professionals en hun organisaties het met elkaar eens dat de verbinding tussen care en cure op wijkniveau versterkt moet worden, in de samenwerkingspraktijk zijn nog hordes te nemen.

*Ans Daalhuizen*, buurtondernemer van Buurtteam De Meern Utrecht en portefeuillehouder sociaal medisch bij Buurtteamorganisatie Sociaal,<sup>6</sup> ziet ook dat de samenwerking tussen buurtteams en huisartsen in de ene wijk beter loopt dan in de andere en binnen wijken er verschillen zijn tussen huisartsenpraktijken. Ans Daalhuizen hierover: “Samenwerking moet lonend zijn en van beide kanten komen. Het gaat lopen als de huisarts de meerwaarde ziet van de samenwerking en bijvoorbeeld ook een keer contact opneemt om iets aan het buurtteam te vragen. Op casuïstiek niveau kunnen we leren van de praktijk en hierop verder borduren, zodat we de uitgangspunten voor goede basiszorg ontwikkelen. We hebben als Buurtteamorganisatie Sociaal wel een cultuur van samenwerken. Samenwerken wordt niet alleen gedragen door professionals maar ook als hele organisatie, dus daar ligt het niet aan. Wel dat de tijd soms ontbreekt om in de samenwerking te kunnen investeren.”

Gebrek aan tijd lijkt voor veel huisartsenpraktijken eveneens een drempel te zijn. Met de invoering van

de nieuwe bekostigingssystematiek in 2015 voor basiszorg en multidisciplinaire zorg is de administratieve druk voor huisartsen toegenomen. Hierdoor maken huisartsen zich zorgen over het handhaven van de gewenste kwaliteit van de persoonsgerichte basiszorg. Daarnaast is de invoering van het nieuwe bekostigingssysteem nog niet dusdanig uitgekristalliseerd dat het een gemeenschappelijk kader biedt in de onderhandelingen tussen zorgverzekeraars en huisartsen over tarieven en prestaties. Dit levert risico's op voor de inkomens van huisartsenpraktijken. Inmiddels is de Stuurgroep “Het roer gaat om” (als resultaat van de actiegroep van huisartsen “Het roer moet om”)<sup>7</sup> hard aan de slag om de negatieve gevolgen voor huisartsen zoveel mogelijk te beperken. Duidelijk is wel dat in deze situatie tijd en geld investeren in samenwerking met sociale wijkteams vooralsnog wordt gezien als een extra belasting.

Maar er is nog meer “koudwatervrees” die de noodzakelijke samenwerking vertraagd. Huisartsen maken zich zorgen over de privacy van hun patiënten vanwege de omgang met gevoelige informatie door zorgverleners in de wijkteams. Huisartsen houden zich aan de strikte KNMG-regels omtrent het medisch beroepsgeheim. Veel huisartsen hebben geen zicht op de werkwijze van en de deskundigheid die in het wijkteams aanwezig is; immers het ene wijkteam is het ander

niet qua samenstelling. Dit heeft als resultaat dat huisartsen (en ook andere zorgprofessionals) twijfelen aan de deskundigheid van wijkteams, wat de samenwerking niet ten goede komt.

Ondanks deze drempels zijn in meerdere gemeenten tussen sociale (wijk-)teams en huisartsen relaties ontstaan, waarbij de koudwatervrees door samenwerking is overwonnen door op casusniveau of structureel samen te werken.

*Lineke Bosscher*, teamleider van het wijkteam Schothorst Zielhorst te Amersfoort over de samenwerking: *‘In deze wijken zijn drie gezondheidscentra. Sommige huisartsen waren in het begin nogal sceptisch, waarschijnlijk vanwege het feit dat ze al veel wijkprojecten hadden meegemaakt. Ze hadden een afwachtende houding: ‘eerst maar eens zien wat er gebeurt’. Nu weten we elkaar wel te vinden op het gebied van ouderenzorg. In Schothorst wonen veel kwetsbare ouderen, wat vraagt om een nauwe samenwerking met de huisartsen en het bejaardenhuis in de wijk. In het begin was het delen van privacygevoelige gegevens een probleem, maar daar is nu een oplossing voor. Zo werken we nu via Zorgmail. De contacten met de praktijkondersteuners verschillen per praktijk. We weten hoe we elkaar kunnen bereiken.*

<sup>6</sup> BTOSociaal, een initiatief van Includio, is de stedelijke organisatie in Utrecht waar 18 buurtteams onder vallen.

<sup>7</sup> Samenwerkingsverband huisartsen, eerstelijns- en patiëntenorganisaties en zorgverzekeraars

<sup>8</sup> Bron: Tijdschrift voor de praktijkondersteuning nr.3 2015

## 4. BALANS

Er is dus op basis van de landelijke onderzoeken en de dagelijkse praktijk van professionals nog het nodige te doen. Daarbij gaat het niet alleen om samenwerking daadwerkelijk aan te gaan in die gemeenten waar dat nog niet het geval is. Maar ook het besef te ontwikkelen dat investeren (tijd en geld) in het leren samenwerken een belangrijk onderdeel is van het transformatieproces. Het is immers de opdracht in het belang van de bewoner en vanuit een gezamenlijk perspectief een nieuwe uitvoeringspraktijk te ontwikkelen. Daarbij gaat niet om “een beetje meer samenwerken” of geld voor een extra project hier of daar. Het gaat om anders werken, anders organiseren, een andere relatie tussen de professional en de bewoner. Waarin professionals zich bewust zijn van de wederzijdse afhankelijkheid in de eigen en andere organisaties. Waarop ze elkaar aanspreken en, waar nodig, ook professionals uit andere domeinen betrekken. (zoals activering en schulddienstverlening).

Ervaringen laten zien dat het om een gemeenschappelijk zoek- en leerproces gaat. Tegelijkertijd dient samenwerking wel gericht te zijn op datgene wat nodig is. Gefocust moet worden op de integrale problematiek die speelt bij ongeveer 15-20 % van de populatie. Met name voor deze groep moet, in de samenwerking, worden gekoerst op resultaten. Dat aansluiten op de vraag van en eigen kracht van bewoners daarbij een succesfactor is, laat zich raden.

Het landelijk beeld laat ook zien, dat de samenwerking tussen huisartsen en sociale teams zich in verschillende fases bevinden. Die ontwikkeling is waardevol, want, om met Ryunosuke Satoro<sup>9</sup> te spreken: *“Individually, we are one drop. Together, we are an ocean.”*,

Het risico bestaat echter dat samenwerking op het niveau van casuïstiek en wat in die praktijk door professionals is ontwikkeld, geen onderdeel wordt van de reguliere werkprocessen in hun organisaties. Voor die samenwerking, die de ontwikkelde praktijk ook borgt, zijn een aantal basisvoorwaarden nodig.



“  
*Het gaat om anders werken, anders organiseren, een andere relatie tussen de professional en de bewoner.*  
”

<sup>9</sup> Ryunosuke Satoro, Japans schrijver begin 20<sup>ste</sup> eeuw

# 5. TOEKOMST: BASISVOORWAARDEN VOOR SCENARIO'S

Een open deur is, dat in de samenwerking sprake moet zijn van een gedeelde visie, waarin de cliënt/patiënt centraal staat en zelfredzaamheid en zelfregie gestimuleerd wordt.

Vanuit het adagium van “zz naar gg” stimuleren professionals bewoners om zelf hun leefstijl en gezondheid positief te beïnvloeden en hierin hun eigen verantwoordelijkheid te nemen. Tegelijkertijd hanteren professionals een gestructureerde op elkaar afgestemde aanpak, hebben zij oog voor de (tijdelijke) grenzen van de eigen kracht, wegen hun eigen inzet kritisch af om niet te veel of te weinig zorg en ondersteuning te geven en goed aan te sluiten bij wat de bewoner zelf wil bereiken. Daarnaast moet zorg en ondersteuning zinnig, zuinig en persoonsgericht zijn.

Om vanuit huisartsen en sociale teams bewoners vanuit een persoonsgerichte en generalistische visie te kunnen blijven benaderen, zijn voor samenwerkingsscenario's, de volgende voorwaarden nodig:

## A. Transformatieren

Scenario's moeten transformatieren faciliteren. In “Leren transformeren” schrijft de Hogeschool Utrecht dat transformatieren per definitie praktijkleren is. Startpunt zijn de urgente vragen uit de praktijk. De ervaring is dat die vragen zich moeiteloos aandienen, getuige onderstaande voorbeelden.

*Ans Daalhuizen: “Ik had een recente vraag van een huisartsenpraktijk (poh gg): “We zien een groep mannen, op middelbare leeftijd vaak van Turkse afkomst, met veel verlies ervaringen en daardoor depressieve klachten. Het lukt ons niet om die spiraal te doorbreken. Kunnen we tot een gezamenlijke aanpak komen?”*

Of een ander voorbeeld (zie casus) van een vraag van een buurtteammedewerker aan een huisartsenpraktijk: *“Ik heb in deze casus zo veel rollen, dat kan ik niet meer combineren, daarvoor heb ik jullie nodig.”*

## Casus

Tijdens de verhuizing van een cliënte van de ene naar de andere wijk, heeft er een geweldsincident plaatsgevonden met haar zoon. Mevrouw heeft hierdoor onder andere haar schouder verbrijzeld. Mevrouw komt deze week naar huis en haar nieuwe woning is nog leeg/onuitgepakt. Er moet het nodige in huis geregeld worden en qua therapie (verwerking + lichamelijk). Het buurtteam wordt ingeschakeld om dit proces te begeleiden. Ondersteuningsvragen aan het buurtteam in een notendop:

- thuiszorg en HbH regelen
- aanpassingen en hulpmiddelen in nieuwe woning regelen
- vervoer van en naar behandelaars en revalidatie/therapie regelen
- medicatie regelen
- voedselbank regelen / boodschappen regelen
- onderhandelen met Mitros (klant moet nieuwe woning behouden)
- veiligheid van mevrouw organiseren
- verwerking angst/geweldsincident



“

*Het begrip urgentie vervult in de doorontwikkeling van professionaliteit en samenwerking een essentiële rol*

”

### **B. Integraal werken (niet als doel op zich)**

Voor het verminderen van kwetsbaarheid en gezondheidsachterstanden is een integrale aanpak nodig. Het vraagt om verbindingen aan te brengen tussen activiteiten op de diverse terreinen. Het is cruciaal voor het versterken van het vermogen tot regievoering dat zorgverleners eenduidige adviezen geven, elkaar ondersteunen, elkaar belangrijk vinden en elkaar kennen.<sup>10</sup> Om integraal te kunnen werken is het nodig om eerst eenduidig te identificeren voor welke bewoners een integrale aanpak lonend is en vervolgens samen te bepalen waar de urgentie ligt.

De eerste vraag is dan ook: Hoe krijg je bewoners in beeld die daadwerkelijk integrale zorg nodig hebben? Preventie is nodig, maar ook het vermogen de aanwezige kennis bij huisarts en wijkteam op een andere manier in te zetten. Samen met het buurtteam ontwikkelen huisartsen een pro actieve aanpak om beter in beeld te krijgen wie in de wijk de kwetsbare mensen zijn. Huisartsen zijn dan extra alert op het moment dat die patiënt weer langskomt. Om dat goed te kunnen doen is informatie vanuit het buurtteam in de huisartsenpraktijk essentieel. Dit maakt dat een huisarts in een coördinerende en gidsende rol kan komen en spil kan zijn in de samenwerking. De erkenning van de rol is onderdeel van de gedeelde visie en verantwoordelijkheid.

In de samenwerking in Utrecht is hierdoor een nieuwe uitvoeringspraktijk aan het ontstaan. Voorbeelden zijn: poh ggz sluit aan bij de casuïstiek overleggen van de buurtteams, buurtteams kunnen de kaderhuisarts ggz consulteren. Eén van de risico's is fragmentatie in de oplossingen waardoor teveel overleg en dus tijd nodig is. Om dat te voorkomen is een generiek voor de hele wijk beschikbaar instrumentarium nodig. Een voorbeeld is dat alle professionals in een wijk een uur per week of per twee weken vrij houden waarin ze beschikbaar zijn voor overleg. Als ze nodig zijn komen ze, anders doen ze administratieve taken. Dit scheelt enorm veel tijd in organisatie en vergemakkelijkt de toegankelijkheid van samenwerking.

Als het eerste punt is opgelost dient de tweede vraag zich aan, die beantwoord moet worden om integrale zorg effectief te kunnen leveren: waar komt de urgentie te liggen. Urgentie in de betekenis van het maken van onderscheid tussen ervaren én medische of sociale urgentie. Er zijn mensen die doodgaan aan eenzaamheid of geen uitweg meer zien in de financiële problematiek en er ziek van worden. Duaal sturen op die urgentie, is één van de kernen, wat je gezamenlijk moet leren. Het begrip urgentie vervult in de doorontwikkeling van professionaliteit en samenwerking een essentiële rol.

<sup>10</sup> Naar vraaggestuurde dieetzorg, Spikmans & Aarsen, 2005

“

*Triage is het proces van het vaststellen van de aard en omvang van de hulpvraag (enkelvoudig, meervoudig, complex) door de huisarts of professional van het sociale (wijk-)team*

”

Een uitstekend instrument in de samenwerking tussen huisartsen en sociale (wijk-)teams voor het bepalen van de urgentie is triage. Triage is het proces van het vaststellen van de aard en omvang van de hulpvraag (enkelvoudig, meervoudig, complex) door de huisarts of professional van het sociale (wijk-)team. Daar waar sprake is van meervoudige/ complexe problematiek én integrale interventies op gezondheid en gedrag nodig zijn, wordt gezamenlijk de route voor het beantwoorden van de hulpvraag bepaald. Maar ook wie regie voert over de casus (huisarts, wijkteam of wijkverpleegkundige) vanuit het uitgangspunt “1 huishouden, 1 plan, 1 regisseur” en welke gegevensuitwisseling over de cliënt nodig is. Basis voor gegevensuitwisseling is dat er een directe relatie

dient te zijn met de specifieke hulpvraag en dit getoetst moet worden aan de criteria:

- *noodzaak* (“zo veel als moet, zo weinig als mogelijk”);
- *proportionaliteit* (hoe verhoudt de gegevensuitwisseling zich met de inbreuk op de persoonlijke levenssfeer);
- *subsidiariteit* (zijn er ook minder ingrijpende methodes denkbaar).

Interessant in dit verband is de armoede tool die huisartsen in Canada gebruiken. Zij stellen aan alle patiënten de vraag: “Heb je ooit aan het einde van de maand moeite gehad om de eindjes aan elkaar te knopen?” Dit doen ze omdat vaststaat dat armoede de grootste risicofactor is voor allerlei

medische problemen, zoals suikerziekte, reuma, cva en trauma’s. Een bevestigend antwoord is daarom aanleiding voor het inzetten van interventieprogramma’s. Huisartsen in Canada nemen die rol omdat zij de beste toolbox hebben; zij kennen het dna van de wijk.

Een integrale aanpak, die in achterstandswijken met veel gezondheidsvragen soelaas zou kunnen opleveren. Annemieke Scholten, manager Buurtteamorganisatie Sociaal: *“Bij de verdeling van de capaciteit van de buurtteams hou je rekening met achterstandswijken. In die wijken moet je een stevige backbone hebben. In sommige wijken lijkt het wel alsof het nooit genoeg is, terwijl de inzet in andere wijken wel soelaas biedt. Dat intrigeert mij, wat maakt nou dat het daar wel lukt en elders niet.”*

### C.Ondernemerschap

De groei van de zorgvraag in de eerste lijn maar ook de hogere eisen van zorgverzekeraars, de implementatie van de samenwerking met de ziekenhuizen en de toename van de werkdruk vraagt om doelmatigheid en efficiëntie. De huisarts moet strategische keuzes maken: welk dienstenaanbod, aard en omvang van de samenwerking, inzet van eHealth en investeringen in innovatie en huisvesting. Dit betekent nieuwe activiteiten en meer ondernemerschap en dus ook meer ondernemersrisico's.

Maarten Klomp, huisarts in de Eindhovense wijk Achtse Barrier én medisch directeur van zorggroep De Ondernemende Huisarts schetst het volgende beeld van de huisarts als ondernemer<sup>12</sup>:  
*“De huisarts die als solist met een grote lederen dokterstas zijn huisbezoeken aflegt terwijl zijn assistente de telefoon bewaakt is nu al een zeldzaamheid en over een paar jaar definitief verdwenen. De huisarts van de toekomst werkt samen met vier of vijf collega-artsen, een aantal praktijkondersteuners en andere zorgverleners in kleine gezondheidscentra met vijftien tot twintig medewerkers. Hij houdt nauw contact met ziekenhuizen en medisch specialisten, staat kwetsbare thuiswonende ouderen bij én is een echte ondernemer die zijn bedrijfje stuurt. En hij of zij werkt graag parttime”.*

In de taakverschuiving binnen de huisartsenpraktijk ziet hij de volgende ontwikkeling:

*“Wat we gaan zien is een verschuiving van een deel van de zorg die we nu als professionals leveren naar meer zelfzorg en preventie. Dat kan omdat mensen veel beter geïnformeerd worden en dankzij de ontwikkeling van de digitale wereld. Eén van onze taken zal zijn om onze patiënten daarin de weg te wijzen. De zorg gaat naar voren schuiven, richting zelfzorg. Er komen bijvoorbeeld meer methoden waarmee je zelf eenvoudig zaken kunt meten waarvoor je eerder naar dure instituten moest.”*

Ondernemerschap in de zorg is niet zonder risico's. Van huisarts naar ondernemer vraagt om competenties die niet elke huisarts goed ontwikkeld heeft. Daarnaast is alleen de financiering van de basiszorg niet voldoende om zonder projectfinanciering, ook de inspanningen op het bestrijden van gezondheidsachterstanden te intensiveren. Financiering in de zorg is kwetsbaar.

De vraag is of er wel de ruimte is om zelfstandig te ondernemen. Zorgverzekeraars denken er nu over om alleen regionaal nog afspraken te maken, waardoor de mogelijkheden voor een huisarts om zelf te ondernemen ingeperkt worden.

Ook in het sociale domein wordt het op termijn kariger. Ans Daalhuizen: “In de buurtteams in



<sup>12</sup> Bron: interview Eindhovens Dagblad 19 augustus 2016

Utrecht wordt niet gewerkt met teamleiders, maar met buurtondernemers. Van hen wordt een ondernemende rol verwacht, dat zij effectieve verbindingen weten te leggen in de wijk. Er is minder geld, dat betekent toch een omslag in het denken. Aanleren van kostenbewustzijn, overlaten aan informele zorg waar dat kan, resultaatgericht werken kunnen combineren met klantvriendelijkheid en zo waarde toevoegen, is de opgave voor de buurtteams.”

#### **D. Borging**

Er is een moment waarop bottom up (samen) ontwikkelen zijn grens bereikt. Op dat moment begint borging: het implementeren van de afspraken over inzet van mensen en middelen en inzichten in de werkprocessen van de afzonderlijke organisaties en in de samenwerking. Hier ligt een verantwoordelijkheid van het management van organisaties: huisartsenpraktijken, managers sociale (wijk-)teams, (stedelijke) zorgaanbieders.

Borging is ook het steeds aanpassen aan de veranderende context. En, zoals we weten, verandert de context in de domeinen zorg en welzijn in een hoog tempo en vraagt enorme flexibiliteit van organisaties en professionals. Organisatievraag-

stukken zijn niet definitief op te lossen, alleen te beschouwen vanuit het perspectief van het hier en nu. Pioniers van nu moeten de kunst verstaan om los te laten en toch bij te blijven. Hier geldt de metafoer van de gans: als de voorste gans moe is, wordt hij afgelost door een andere gans. Het loont om beurtelings het voortouw in de samenwerking te nemen. Net als de ganzen zijn mensen afhankelijk van elkaars vaardigheden, capaciteiten en unieke combinatie van gaven, talenten en middelen.<sup>13</sup>

Ans Daalhuizen over borging: “We implementeren de stedelijke afspraken. We scholen medewerkers in het integrale werken en we gebruiken in de casuïstiek het 4d model<sup>14</sup>, als taal van samenwerking. We hebben een structuur waarbij we werken met aandachtsfunctionarissen. Dus daar zit wel ontwikkeling in. Ik zie wel dat het moeilijk is om in de waan van de dag het onderwerp bij de buurtteams op de agenda te houden. Hoe zorg je ervoor dat de nieuwe structuur een vanzelfsprekende werkwijze wordt? Dit is een opgave waar we over nadenken. Voor de buurtteams als stedelijke organisatie is het wel steeds een vraag: wat regel je centraal en wat decentraal? Want wijken verschillen van elkaar en maken ook verschillende ontwikkelingen door.”

“

*Er is een moment waarop bottom up (samen) ontwikkelen zijn grens bereikt. Op dat moment begint borging: het implementeren van de afspraken over inzet van mensen en middelen en inzichten in de werkprocessen van de afzonderlijke organisaties en in de samenwerking*

”

<sup>13</sup> Metafoer gebruikt door K. Rouleau, Universiteit van Toronto tijdens een lezing op 19 juni 2016: “From individual to collective efforts towards health equity or what family medicine can learn from Canada geese?” Zie de lezing op Youtube

<sup>14</sup> 4D model: interactie-instrument patiënt- professional op de 4 domeinen lichaam, geest, maatschappelijk en sociaal



## 6. SCENARIO'S

In de balans van de (vanuit de gedeelde transformatieopdracht noodzakelijke) samenwerking tussen huisartsenpraktijken en sociale (wijk-) teams zien we grote verschillen. Er zijn gemeenten waar de samenwerking nog niet gestart is hoewel de inhoudelijke noodzaak wel wordt onderschreven. In een beperkt aantal gemeenten wordt al nagedacht over de mogelijkheid vanuit een gezamenlijke locatie te gaan werken. Daartussen zien we samenwerkingsverbanden op incidentele basis, periodiek overleg over casuïstiek en, in sommige gevallen, met een meer programmatische grondslag.

Tegelijkertijd dreigt het gevaar dat datgene wat in die samenwerking wordt bereikt en geleerd, niet wordt ingebed in de werkwijzen van samenwerkende organisaties. Nog los van de inhoudelijk noodzaak dit wel te doen, speelt nog een ander aspect een rol. Gemeenten en zorgverzekeraars, als (mede-)financiers, volgen met argusogen de ontwikkelingen in het transformatieproces. Dat geldt zeker voor het tempo waarin dat plaatsvindt en de kosten die daaraan verbonden zijn. Bij de beoordeling door

financiers of geboden zorg “zinnig, zuinig en persoonsgericht” is, neemt de druk op het verantwoording afleggen door samenwerkende partijen in termen van meetbare resultaten snel toe. Is niets doen al geen optie, het borgen van datgene wat in de samenwerking bereikt en geleerd is, is eveneens noodzaak. Anders gezegd: het transformatieproces is eindig, wanneer het afloopt, zal afhangen van de politieke druk op het tempo waarmee zij resultaten wil zien van dat proces.

Gezien het verschil in ontwikkelingsfases, waarin gemeenten anno 2016 zitten, is gezocht naar scenario's die recht doen aan deze verschillen en, met de basisvoorwaarden als fundament, door samenwerkende partners in het sociale en zorgdomein uitgewerkt kunnen worden. Wat als fundament voor elk samenwerkingsscenario geldt, is een gedeelde strategische ambitie vertaalt naar concrete doelen, planning en te behalen resultaten. Alleen dan is het mogelijk om het transformatieproces, samen aan het roer, te sturen.

In het kader van deze verkenning 3 scenario's die kort worden toegelicht.



“

*Kenmerkend voor een vitale alliantie is gedeelde strategische drijfveren en ambities, weten dat de samenwerking een toegevoegde waarde biedt*

”

### **A. Programmatische samenwerking / programma-management**

Voor gemeenten, waar de samenwerking nog moet starten of net van de grond is gekomen, is programmamangement het meest geëigende instrument. Gebruik van dit instrument doet recht aan de veranderingsopdracht en met elkaar samenwerken, het doelgericht inzetten van schaarse middelen en het bereiken van gemeenschappelijke strategische en operationele doelen. Programmamangement is niet budget gestuurd maar doelgericht. Dit laatste heeft als voordeel dat de focus op de inhoud ligt en minder op verdelingsvraagstukken.

Wat dat kan opleveren is zichtbaar in de Utrechtse wijk Overvecht. In de samenwerking tussen sociaal en medisch is hier een proces doorgemaakt van elkaar leren kennen, weten wat je aan elkaar hebt, expertise beschikbaar stellen, gezamenlijke scholingen en een op elkaar afgestemd HRM beleid. Die samenwerking heeft onder andere geleid tot het ontwikkelen van een gezamenlijke werkwijze en instrumentarium die bijdragen aan de juiste zorg op de juiste plek met de juiste middelen voor kwetsbare bewoners. In die samenwerking is nu een stap verder gezet met een gezamenlijk strategie- en uitvoeringsplan, waarbij de gemeenschappelijke ambitie is om in Overvecht actief en meetbaar bij te dragen aan het behouden en verbeteren van de (ervaren) gezondheid en het

welbevinden van bewoners door inzet van preventie en goede medisch- sociale basiszorg.

Programmamangement kent de nodige varianten. Een daarvan is Programmatisch creëren<sup>15</sup>, waarin sturing op basis van commitment en verbinding centraal staat. Vanuit de invalshoek “leren transformeren” is dit een waardevolle variant.

### **B. Vitale allianties**

Daar waar professionals al kennis hebben gemaakt, elkaars werkwijzen hebben leren kennen (en waarderen), concreet is samengewerkt bij het bieden van ondersteuning aan patiënten en professionals aan elkaar, is een vitale alliantie op organisatieniveau een denkbaar scenario. Een vorm van “working apart together” tussen sociaal en medisch (op organisatie niveau) waarbij ieder zijn eigen verantwoordelijkheid houdt en waarbij de integraliteit van het product van wat je samen doet, geborgd is. Kenmerkend voor een vitale alliantie is gedeelde strategische drijfveren en ambities, weten dat de samenwerking een toegevoegde waarde biedt. Het ontwikkelen van een eigen identiteit en imago, investeren in leren, elkaar kennen en gestructureerde werkafspraken zijn onlosmakelijk met een vitale alliantie verbonden. Elke afzonderlijke organisatie behoudt zijn eigen geldstromen en brengt deze naar evenredigheid in de vitale alliantie in.

<sup>15</sup> Programmatisch creëren. J. Bos e.a.

In een vitale alliantie tussen sociale (wijk-) teams en huisartsenpraktijken is aandacht voor verschillen een belangrijke voorwaarde. Een huisarts heeft zijn/haar eigen medische verantwoordelijkheid, 24/7 en van de wieg tot het graf. En dat is wel degelijk iets anders dan de professional in een sociaal (wijk) team. Dat verschil dient dan ook regelmatig op de agenda van de vitale alliantie te staan.

Binnen dit scenario is het ook mogelijk om met elkaar afspraken te maken over gezamenlijke investeringen in en exploitatie van bijvoorbeeld het fysiek samenvoegen van huisartsenpraktijk en sociale (wijk-)team. Bewoners, voor wie een integraal aanbod zorg en sociaal nodig is, hebben één toegangsdeur voor hun vraag. Efficiënt doorverwijzen, collegiaal overleg en afstemming tussen sociaal en zorg (triage) vindt dagelijks plaats. Dit is zeker relevant in wijken met een lage sociaal economische status waar relatief veel multi-problematiek voorkomt. Van elkaar leren, dezelfde taal leren spreken is iets wat dagelijks en “on the job” gebeurt.

### **C. Wijkzorgbedrijven**

Beide bovengenoemde scenario's beantwoorden aan de breed gedragen opvatting dat de beweging van “zz naar gg” moet leiden tot een meer

gecoördineerd aanbod vanuit de domeinen sociaal en zorg. Tegelijkertijd blijven schotten tussen organisaties en hun financieringsstromen gehandhaafd en blijft daarmee ook het gevaar van verkokering van activiteiten op de loer liggen. Met de decentralisatie van budgetten en verantwoordelijkheden gaat vanuit het adagium “zinnig, zuinig en persoonsgericht” voor gemeenten “zuinig” ook in de nabije toekomst een belangrijker rol spelen. De recente ontwikkelingen laten zien dat het voortbestaan van bestaande organisaties geen prioriteit heeft. Vanuit zowel inhoudelijke overwegingen (integraliteit, samen leren, versterken van herkenbaarheid en bereikbaarheid van gezondheid en gedrag) als vanuit beperktere financiële middelen is een nog grotere stap een denkbaar scenario. Als meer doelmatigheid en efficiëntie nodig is omdat de vraag blijft stijgen, is de volledige integratie van het aanbod door de domeinen zorg en sociaal heen op wijkniveau in de vorm van wijkzorgbedrijf een logisch en wat mij betreft haalbaar scenario. De Belgische regering toont in haar recent gesloten regeerakkoord grote ambities op dit terrein. Wellicht kan een nieuw Nederlands kabinet hier een voorbeeld aan nemen en zo een belangrijke stap zetten om de zorg eenvoudiger, doelmatiger, kwalitatief beter en daarmee ook voor de lange termijn betaalbaar te maken.

## **Over de auteur**

Ingrid Horstik heeft aan de wieg gestaan van de sociale wijkteams in Utrecht, in het bijzonder in de wijk Overvecht. Ze is nauw betrokken bij de (door)ontwikkeling van de gezonde wijk en de samenwerking tussen sociale wijkteams en huisartsenpraktijken in het gebied. Zij werkt als projectmanager bij Includio. [ihorstik@includio.nl](mailto:ihorstik@includio.nl)  
Tel 06-24674262

## **Over Includio:**

Includio streeft naar geïntegreerde dienstverlening aan mensen in het sociale domein, zorg en dienstverlening. Het investeren in verbindingen tussen zorg en welzijn op wijkniveau is voor de sociale wijkteams van Includio dan ook een logische vervolgstap na de recente transities in het sociale domein. In die verbinding met zorg nemen huisartsen een sleutelpositie in: zij leveren basiszorg aan mensen, dicht bij huis en worden geacht een spil te zijn in multidisciplinaire samenwerkingsverbanden en programma's van zorg en welzijn (geïntegreerde wijkzorg). Includio voert onder meer opdrachten uit in Utrecht, Hollands Kroon en Schiedam.

**Blijf op de hoogte**

 [twitter.com: @incluzio](https://twitter.com/incluzio)

 [linkedin.com/company/incluzio](https://linkedin.com/company/incluzio)

 [facebook.com/incluzio](https://facebook.com/incluzio)