

Samenwerking sociaal en medisch domein

Een verkenning

Rapportage, maart 2024

In opdracht van het Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

Pieter Hilhorst & Mary van den Wijngaart

E:M+MA.



Inhoudsopgave

Een verkenning	3
Samenwerking sociaal medisch	5
Inventarisatie knelpunten	7
Oplossingsrichtingen	11
Reflectie	15
Bronnen	20

Een verkenning

Beweging naar de voorkant

De zorg staat onder druk. Het gaat daarbij zowel om de betaalbaarheid als de kwaliteit van zorg. De verwachting is dat de druk op de zorg alleen nog maar zal toenemen. Een van de oorzaken hiervan is dat mensen een beroep doen op de zorg terwijl het probleem zich eigenlijk op een ander vlak bevindt. Zij ervaren gezondheidsklachten die bijvoorbeeld door geldzorgen of eenzaamheid veroorzaakt worden. Het zijn gemedicaliseerde sociale problemen. Gespecialiseerdere (en duurder) zorg kan in deze gevallen vaak voorkomen worden door ondersteuning vanuit andere domeinen.

In de diverse akkoorden (IZA, GALA, WOZO en de Hervormingsagenda Jeugd) wordt daarom bepleit om het beroep op zorg te verminderen door vanuit andere domeinen, wanneer dit passend is voor de zorgvraag, ondersteuning te bieden. Dit wordt ook wel de beweging naar voren genoemd. Hiervoor is een goede samenwerking nodig tussen het sociaal en medisch domein.

Deze beweging is niet nieuw. Initiatieven zoals Krachtige basiszorg, de gezonde wijkalliantie, Welzijn op Recept en andere samenwerkingsvormen bestaan al langere tijd. Er zijn praktijkondersteuners huisartsenzorg die bijvoorbeeld ouderen of mensen met psychische problematiek ondersteunen en daarbij naar niet-medische kwesties kijken. Daarnaast zijn er initiatieven waarbij mensen met vergelijkbare klachten elkaar helpen, zoals de herstelacademies. Ook zijn er initiatieven waarbij wijkverpleegkundigen ook indicaties kunnen voorbereiden voor de Wmo (Wet maatschappelijke ondersteuning 2015). Op sommige plekken klinkt een pleidooi voor zorgzame buurten. Kortom, er gebeurt van alles.

Versterken samenwerking

Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) wil als één van de ondertekenaars van deze akkoorden deze beweging verder stimuleren door het versterken van de benodigde samenwerking tussen het sociaal en medisch domein. De Directie Maatschappelijke Ondersteuning (DMO) richt zich hierbij op de mogelijkheden vanuit de Wmo 2015 en de rol van het sociaal domein.

Als de benodigde nauwere samenwerking tussen het sociaal en medisch domein versterkt moet worden, dan is het van belang om te leren van huidige initiatieven en bestaande samenwerkingsverbanden. Leren over wat er goed gaat en leren over de knelpunten waar mensen in de praktijk tegenaan lopen. Daartoe heeft de Directie Maatschappelijke Ondersteuning verschillende expertsessies georganiseerd met een brede vertegenwoordiging vanuit het veld en de praktijk over wat er speelt binnen de huidige samenwerking tussen het sociaal en medisch domein. Deze sessies vormen met name een verkenning van wat knelpunten en kansen zijn voor het versterken van de samenwerking tussen beide domeinen en op welke thema's of vraagstukken ingezet kan worden.

De opbrengsten van de sessies c.q. verkenning gebruikt VWS om samen met betrokken partijen ondersteunende activiteiten in te richten die bijdragen aan het versterken van de samenwerking tussen het sociaal en medisch domein op lokaal, regionaal en landelijk niveau.

Opzet expertsessies

Er zijn vijf expertsessies gehouden met een brede vertegenwoordiging van betrokken partijen zoals bestaande samenwerkingsverbanden, professionals uit het sociaal en medisch domein, zorgverzekeraars, gemeenten, belangen- en koepelorganisaties. In de bijlage staat een beschrijving van de deelnemers en aan welke sessie zij hebben deelgenomen.

De inhoudelijke invulling en begeleiding van de expertsessies was in handen van Pieter Hilhorst. De verslaglegging van de sessies is verzorgd door bureau EMMA, in de

persoon van Mary van den Wijngaart. Ter voorbereiding op de sessies heeft Pieter Hilhorst met diverse mensen een voorgesprek gehad en heeft hij relevante publicaties over de samenwerking van het sociaal en medisch domein doorgenomen.

Iedere expertsessie had een bepaald thema. Deze waren:

- Sessie 1 - Van onderop: ervaringen vanuit bestaande praktijkvoorbeelden en initiatieven over de samenwerking tussen het sociaal en medisch domein.
- Sessie 2 - Van bovenaf: ervaringen met het stimuleren en faciliteren van de samenwerking tussen het sociaal en medisch domein.
- Sessie 3 - Samenwerking sociaal en medisch domein voor de doelgroep van kwetsbare thuiswonende ouderen.
- Sessie 4 - Samenwerking sociaal en medisch domein voor de doelgroep van inwoners met psychosociale problematiek.
- Sessie 5 - Strategische keuzes voor het optimaliseren van de samenwerking tussen het medische en het sociale domein.

Sessie beleidsmedewerkers VWS

Verder heeft er nog een sessie plaatsgevonden met beleidsmedewerkers van verschillende directies en werkgroepen van het ministerie van VWS. Deze vond plaats tussen de vierde en vijfde expertsessie zoals hierboven beschreven. In de sessie met beleidsmedewerkers van VWS zijn de knelpunten en oplossingsrichtingen die zijn opgehaald in de voorgaande expertsessies voorgelegd aan de beleidsmedewerkers. Daarnaast is deze sessie benut om acties die al lopen, bijvoorbeeld in het kader van het IZA en GALA, te inventariseren.

Leeswijzer

In deze rapportage doen wij – Pieter Hilhorst en Mary van den Wijngaart – verslag van de verkenning die is gehouden in opdracht van de Directie Maatschappelijke Ondersteuning van het ministerie van VWS. In de eerste drie hoofdstukken geven we een samenvatting van de opbrengsten van de verschillende sessies. Eerst schetsen we een beeld van bestaande samenwerkingsverbanden tussen het sociaal en medisch domein. Daarna bieden we op hoofdlijnen een overzicht van de knelpunten en van de oplossingsrichtingen die in de sessies aan de orde zijn geweest voor het versterken

van de samenwerking tussen het sociaal en medisch domein. Tot slot, reflecteren we op de opbrengsten en komen we tot enkele aanbevelingen. Ter illustratie hebben we op diverse plekken in de tekst enkele kaders opgenomen met praktijkvoorbeelden van casuïstiek waarbij de samenwerking tussen het sociaal en medisch domein van meerwaarde is en van bestaande samenwerkingsverbanden.

We hebben beiden met veel plezier en genoegen meegewerkt aan de verkenning rondom het versterken van de samenwerking tussen het sociaal en medisch domein. De verkenning heeft een grote rijkdom aan informatie en inzichten opgeleverd. We willen alle deelnemers nogmaals hartelijk danken voor hun medewerking en constructieve bijdragen.

We hopen oprecht dat we met deze verkenning niet alleen VWS maar ook alle andere betrokken partijen voldoende input en inspiratie bieden voor het nemen én zetten van de benodigde vervolgstappen voor het versterken van de samenwerking tussen het sociaal en medisch domein op lokaal, regionaal en landelijk niveau. En daarmee aan de beweging naar de voorkant.

Wij wensen iedereen heel veel succes.

Pieter Hilhorst, senior onderzoeker Ben Sajat Centrum
Mary van den Wijngaart, senior onderzoeker/adviseur EMMA

Samenwerking sociaal medisch

Er bestaan al vele samenwerkingsverbanden tussen het sociaal en medisch domein. In de sessies is ingegaan op de wijze waarop deze zijn vormgegeven. We stellen vast dat zij zeer divers van aard zijn en een breed scala aan samenwerkingspartners hebben.

Doelgroep

De samenwerkingsvormen tussen het sociaal en medisch domein kennen diverse doelgroepen en doelen. Vaak gaat het om de brede doelgroep van kwetsbare inwoners van in principe 0 tot 100 jaar. Kwetsbaarheid wordt door de deelnemers omschreven in termen van inwoners met lage sociaaleconomische situatie (SES), inwoners met multiproblematiek, inwoners die het zelfstandig niet (helemaal) redden en/of niet (helemaal) kunnen deelnemen aan de samenleving.

Soms gaat het om specifieke doelgroepen zoals ouderen, zwangere vrouwen, mensen die geraakt zijn door kanker, mensen in de laatste levensfase, mensen met onbegrepen gedrag of psychisch kwetsbare mensen. Voordeel van een specifieke(re) doelgroep is het borgen van continuïteit en kennis.

Meerwaarde samenwerking

Situaties waarin de samenwerking tussen het sociaal en medisch domein succesvol zijn betreffen volgens de deelnemers veelal cliënten met psychosociale problematiek en cliënten waarbij sprake is van multiproblematiek (lichamelijke klachten, eenzaamheid, rouw, verslaving, stress, schulden, scheiding etc.). Juist de bredere blik van het sociaal domein waarbij gekeken wordt naar meerdere levensdomeinen en de

focus op het behouden dan wel versterken van de kwaliteit van leven zijn in deze situaties van meerwaarde.

Verder komt uit de sessies naar voren dat de behoefte onder huisartsen groot is om bij mensen met multiproblematiek of psychosociale klachten één aanspreekpunt te hebben die de weg weet in het aanbod in het sociaal domein. Vaak komen deze mensen veelvuldig bij de huisarts met allerlei medische klachten die niet zozeer (enkel) een medische oorzaak hebben. De huisarts heeft veelal niet de tijd en expertise om de achterliggende problematiek inzichtelijk te maken en vervolgens gericht door te verwijzen naar het sociaal domein zodat mensen de juiste ondersteuning krijgen.

Een praktijkvoorbeeld

Ron, 45 jaar, woont alleen en heeft een bipolaire stoornis. Het gaat niet goed met hem, maar de huisarts weet niet goed wat te doen. Er wordt een sociaal werker ingeschakeld en deze krijgt een voet tussen de deur. In een paar gesprekken wordt al snel duidelijk dat er veel meer speelt. Zo heeft Ron enorme schulden, drinkt hij teveel alcohol en heeft hij geen zinvolle daginvulling. Op de vraag van de sociaal werker wat hij nu zelf belangrijk vindt, antwoordt Ron: meedoen.

Samen met de sociaal werker zijn ze aan de slag gegaan om zijn leven weer op de rit te krijgen en te werken aan zijn herstel. Diverse hulpinstanties zijn ingezet, er is gezocht naar activiteiten en dagbesteding en samen met familie is er gezorgd voor een sociaal vangnetwerk. Verder heeft Ron enkele trainingen gevolgd bij een herstelacademie en heeft hij veel steun aan het contact met mensen met vergelijkbare problematiek. Inmiddels werkt Ron als vrijwilliger bij de herstelacademie.

Samenwerkingpartners

De samenwerkingspartners zijn talrijk en omvatten een brede range aan professionals uit het sociaal en medisch domein. In die zin bestaat h t sociaal en h t medisch domein niet. Beide domeinen betreffen een veelvoud aan functies, organisaties dan wel professionals. Meest genoemde partners zijn in het algemeen huisartsen/gezondheidscentra, praktijkondersteuners, wijkverpleging en sociaal werkers/welzijnsorganisaties.

Figuur 1 - Een veelvoud aan functies, organisaties en professionals¹



Als het gaat om de doelgroep van kwetsbare ouderen benoemen deelnemers ook nog veelvuldig gemeenten en zorgverzekeraars als partner. Net als informele organisaties zoals ouderenorganisaties, vrijwilligersorganisaties en buurt-/bewonersinitiatieven.

Bij samenwerkingsvormen rondom de doelgroep van mensen met psychosociale problematiek worden volgens de deelnemers juist inwoners en de naaste leefomgeving vaak gemist als samenwerkingspartner. Wel vormen partijen uit het veiligheidsdomein zoals politie of zorg- en veiligheidshuis met enige regelmaat een samenwerkingspartner.

Type samenwerking

In de wijze waarop de samenwerking tussen het sociaal en medisch domein plaats vindt valt niet echt   n duidelijke vorm te onderscheiden. Het gaat om diverse programma's en methodieken voor het verbinden van mensen met elkaar en het bevorderen van het welbevinden van individuen vanuit een meer collectieve aanpak. Enkele voorbeelden hiervan zijn valpreventieprogramma's, leefstijlbevordering, inlooppunten, pilots zorgzame buurten, Wijk GGD, Grip Op Onbegrip en maatschappelijke steun systemen.

Daarnaast richt een deel van de samenwerkingsvormen zich op een mix van signaleren, verwijzen  n van operationele samenwerking. Dit komt onder meer tot uiting in functies zoals POH, ondersteuner Jeugd en Gezin, Waar is Wally?, sociaal makelaars, Welzijn op Recept. Dit betreft enerzijds het signaleren en verwijzen van individuen en hen op weg helpen met behulp van begeleidingsgesprekken. Anderzijds geven deelnemers aan dat de sociaal werker ook een uitvoerende samenwerkingspartner is en/of de verbinder vormt tussen het sociaal domein en professionals uit het medisch domein. Zij neemt deel aan multidisciplinaire overleggen en/of overleggen met een lokaal team.

Inventarisatie knelpunten

Ten aanzien van de samenwerking tussen het sociaal en medisch domein doen zich verschillende knelpunten voor. Hier beschrijven we de belangrijkste aspecten waar de knelpunten betrekking op hebben.

Beelden/taal

Diverse werelden

Allereerst wordt in de expertsessies aangegeven dat het sociaal en medisch domein diverse werelden zijn met ieder een eigen focus, logica, doelstelling en terminologie. Professionals spreken elkaars taal onvoldoende. Hierdoor 'verstaan' en begrijpen professionals elkaar vaak niet goed, wat de samenwerking niet ten goede komt. De verschillen hebben onder meer betrekking op de volgende aspecten:

- Professionele focus. In het medische domein ligt de focus op het individu (de patiënt). Minder op een populatie of lokale gemeenschap (wijk, buurt) en de wisselwerking tussen het individu en de relaties met andere mensen. In het sociale domein is daar meer oog voor.
- Professionele benadering. In het medisch domein is de blik van diagnose en behandeling dominant (ziektegericht). In het sociaal domein is het doel meer preventie, herstel en volwaardig meedoen in de samenleving (mensgericht).
- Professionele organisatie. Het medisch domein kent een sterke specialisatie. In het sociaal domein is de rol van generalisten groter waarbij breed gekeken wordt naar meerdere levensdomeinen.

Onbekendheid

Verder bestaat er een bepaalde mate van onbekendheid over en weer. De ervaring in de praktijk is dat vooral het medisch domein het sociaal domein niet goed kent. Professionals uit het medisch domein zijn onvoldoende bekend met wat het sociaal domein te bieden heeft en welk ondersteuningsaanbod er in een wijk of gemeente is. De behoefte aan inzicht in het ondersteuningsaanbod is groot onder professionals in het medisch domein. Niet alleen bij professionals is er onbekendheid over het ondersteuningsaanbod, ook burgers weten vaak niet waar zij moeten zijn met welke hulpvraag en weten de weg naar en binnen het sociaal domein vaak niet te vinden.

Bovendien bestaat bij professionals uit het sociaal domein de indruk dat het medisch domein de meerwaarde van het sociaal domein onderschat. Vanuit het sociaal domein wordt aangegeven dat er sprake is van ongelijke verhoudingen en een bepaalde dominantie van het medisch domein. Een voorbeeld dat genoemd tijdens een van de expertsessies is dat van een sociaal professional werkzaam in een vangnetwerk. De sociaal professional signaleert dat het niet goed gaat met iemand en uit het vermoeden dat deze persoon psychotisch is. Hierop reageert de betreffende psychiater in de trant van: 'Wat weet jij daar nu van. Ik ben de psychiater'. Later bleek deze persoon inderdaad in een psychose te zijn geraakt.

Organisatorisch/juridisch

Schotten tussen de domeinen

De samenwerking tussen het sociaal en medisch domein wordt in belangrijke mate belemmerd door de schotten tussen beide domeinen op alle niveaus. Deze schotten hebben betrekking op het feit dat er sprake is van verschillende wetten, indicatiestelling, financieringsstromen en verantwoordingssystematiek.

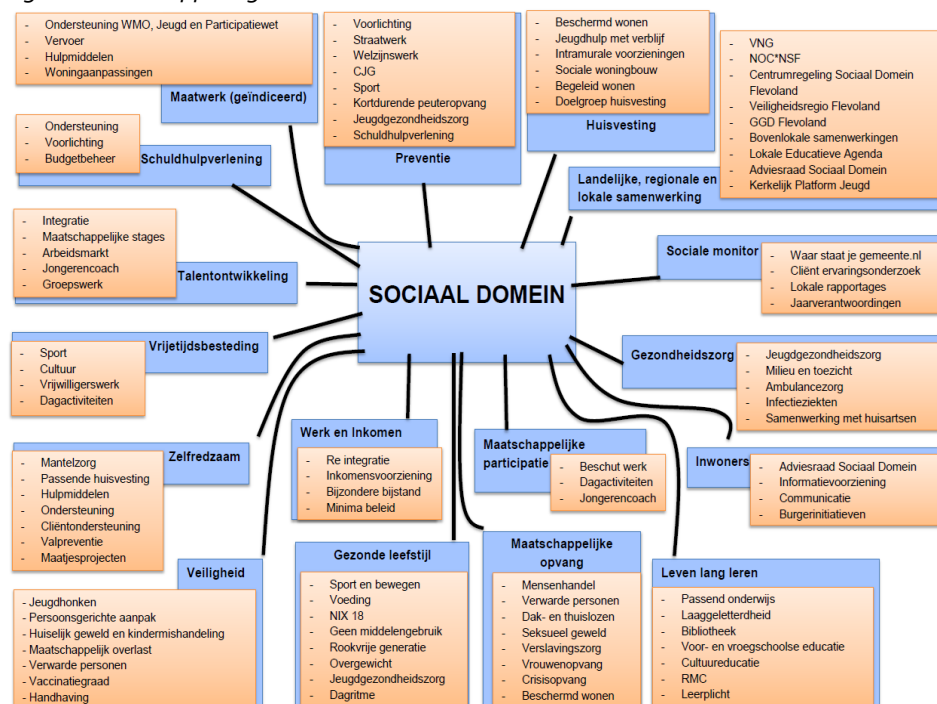
Deze schotten komen ook tot uiting in het gegeven dat er sprake is van gescheiden organisaties. Daarnaast kennen beide domeinen een andere doelgroep, uitgangspunten en/of werkwijze. Bovendien hebben beide domeinen andere werktijden en -werkcultuur. In de paragraaf over beelden en taal komt dit ook terug.

Versnippering sociaal domein

Het sociaal domein kenmerkt zich door een versnippering: 'het' sociaal domein bestaat dan ook niet. Dit verschilt per gemeente. Het is per gemeente anders

geregeld, de opdracht aan aanbieders uit het sociaal domein verschilt per gemeente, net als het ondersteuningsaanbod. Bovendien is er een veelvoud aan hulpverlening en organisaties. Hierdoor is voor organisaties uit het medisch domein vaak niet helder wie 'het' aanspreekpunt is in het sociaal domein.

Figuur 2 – Versnippering sociaal domein²



Overigens geldt dit ook voor: 'het' medisch domein. Ook dat bestaat niet en omvat een veelvoud aan hulpverleners en specialismen. Toch wordt dat als minder of niet problematisch beschouwd. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat de huisarts in veel gevallen als een centrale poortwachter met een vast gezicht dan wel aanspreekpunt fungeert voor het medisch domein. En deze ook het medisch domein vertegenwoordigd.

Informatie-uitwisseling

Het delen van informatie over cliënten of inzicht in welke professionals zijn aangehaakt, verloopt moeizaam. Dit komt onder meer doordat er diverse registratiesystemen zijn die niet aan elkaar gekoppeld zijn waardoor overdracht of het inzien van informatie niet mogelijk is. Bovendien vindt er geregeld geen terugkoppeling plaats na een doorverwijzing of signaal. Dit ondergraaft de samenwerking omdat onduidelijk is wat er met de betreffende persoon of het signaal is gebeurd. Terwijl professionals dat wel graag willen weten om zo zicht te houden op hun cliënt.

Daarnaast speelt de huidige privacywetgeving een belemmerende rol. Het gaat hierbij met name om de Algemene verordening Gegevensbescherming. Ofwel 'de AVG'. Hierdoor mogen professionals niet zondermeer gegevens delen met andere professionals zonder expliciete toestemming van de betreffende cliënt. Verder bestaat er in de praktijk veel onduidelijkheid over de (on)mogelijkheden van de AVG. Wat mag er nu wel gedeeld worden en wat mag niet? Een voorbeeld dat is aangehaald in een van de expertsessies is de vraag of een sociaal werker nu wel of niet mag deelnemen aan een multidisciplinair overleg? Ook bestaat de indruk dat professionals of organisaties de AVG onterecht (bewust of onbewust) benoemen als reden waarom gegevens niet gedeeld kunnen worden, terwijl er in werkelijkheid meer mogelijk is dan men denkt onder bepaalde condities.

Mandaat en verantwoordelijkheden

Ook ontbreekt het aan een eenduidig beeld over het mandaat en verantwoordelijkheden ten aanzien van de samenwerking tussen het sociaal en medisch domein. Er bestaat onduidelijkheid over wie wat mag doen, over wie wat doet en wie eindverantwoordelijk is. Dit is ook een kwestie van vertrouwen hebben in de ander en loslaten. Hierbij wordt onder meer het voorbeeld aangehaald van de wijkverpleegkundige die nu wel of niet een Wmo-indicatie mag stellen.

Financiering

Passende financiering

Door de schotten in de financieringsstromen en verantwoordingswijzen tussen het sociaal en medisch domein zijn er onvoldoende mogelijkheden voor het op een

passende wijze financieren van samenwerkingsverbanden dan wel gezamenlijke interventies van het sociaal en medisch domein.

Vanuit het medisch domein werkt men onder meer met prestatiebekostiging, DiagnoseBehandelingCombinaties (DBC) en ZorgPrestatiesModellen (ZPM) voor het financieren van de zorg die medische professionals leveren aan individuen. Voor professionals uit het sociaal domein geldt een andere systematiek. Organisaties uit het sociaal domein worden gefinancierd door gemeenten op basis van veelal aanbestedingen en subsidies voor het verlenen van ondersteuning aan (groepen) inwoners. Het is lastig om gezamenlijke interventies of de hulp vanuit samenwerkingsverbanden onder te brengen in één van deze financieringsstromen. Of omdat hier (nog) geen specifieke prestatie of betaaltitel voor bestaat. Of omdat het niet in aanmerking komt voor financiering, omdat er geen overeenkomst of contract bestaat met een van de betrokken partijen. De roep om domeinoverstijgende financiering dan wel een integrale bekostigingssystematiek is groot onder het sociaal én medisch domein.

Verder ervaren professionals uit het sociaal en medisch domein dat er onvoldoende mogelijkheden zijn voor de financiering van overleggen of werkzaamheden die niet direct gekoppeld zijn aan een cliënt(contact) en/of activiteit. Samenwerken komt niet zomaar tot stand. Vooral niet tussen twee domeinen die zo van elkaar verschillen. Daar moet in worden geïnvesteerd en vraagt daarmee ook om financiële middelen om te leren van elkaar en samen af te stemmen. Aangegeven wordt dat passende financiering hiervoor ontoereikend is. Hier komen we in de paragraaf over continuïteit en opschaling op terug.

Structurele financiering

Een ander belangrijk knelpunt is dat het veelal ontbreekt aan structurele financiering van de samenwerkingsverbanden tussen het sociaal en medisch domein en/of gezamenlijke inzet. Dit komt doordat domeinoverstijgende ondersteuning en zorg vaak een tijdelijke financiering kennen. Het gaat veelal om tijdelijke subsidies en kortdurende geldpotjes, fondsen, programma's e.d. Ook wel een 'projectencarrousel' genoemd.

Daarbij komt dat er veelal geen sprake van structurele financiering is omdat hiervoor voornamelijk interventies in aanmerking komen die rendement opleveren, die kosteneffectief of bewezen effectief zijn. Dit is lastig inzichtelijk te maken voor de complexe problematiek van kwetsbare mensen waar het sociaal domein zich op richt en waarbij vele factoren een rol spelen. Het gaat nooit om een geïsoleerde interventie voor een geïsoleerd probleem. Ook de bewijslast ten aanzien van preventie is lastig inzichtelijk te maken. Daarvoor ontbreekt het ook nog aan de benodigde kennis en expertise binnen het sociaal domein. De body-of-knowledge over practice-based of evidence-based werken staat nog tamelijk in de kinderschoenen als het gaat om het aantonen van de effectiviteit van bepaalde interventies of methodieken binnen het sociaal domein. Dit draagt eraan bij dat initiatieven blijven hangen in de fase van pilot, proeftuin of experiment.

Verschuiving middelen

Verder wordt er heel veel verwacht van het sociaal domein. Om de druk op de zorg te verminderen en ervoor te zorgen dat cliënten en inwoners passende zorg en ondersteuning krijgen, moet de zogeheten beweging naar de voorkant worden gemaakt. Er wordt ook gesproken over een 'transformatie'.

Het sociaal domein staat voor een omvangrijke opgave en deze is groter dan nu het geval is. Daar staan echter niet meer middelen tegenover. Doordat er geen sprake is van een structurele verschuiving van middelen naar het sociaal domein, is de verwachting dan ook dat het sociaal domein ontoereikend is toegerust voor de opgave waarvoor organisaties en professionals staan.

Continuïteit/opschaling

De knelpunten ten aanzien van continuïteit dan wel opschaling komen in grote mate overeen met de knelpunten in financiën. De continuïteit dan wel opschaling van de samenwerking tussen het sociaal en medisch domein wordt belemmerd doordat er onvoldoende mogelijkheden zijn voor een structurele, passende financiering.

Middelen, ruimte en commitment

Verder wordt aangegeven dat de beweging naar voren en de daarvoor benodigde samenwerking tussen het sociaal en medisch domein vraagt om een gedragsverandering bij professionals. En tijd om elkaar te leren kennen, om te weten

waar men elkaar kan versterken, om elkaar te vertrouwen, om doelen, verwachtingen, taken en rollen af te stemmen en om een gezamenlijke aanpak te ontwikkelen.

Professionals ervaren nu dat er onvoldoende tijd en ruimte is voor deze onderlinge afstemming. Dit komt onder meer door de ervaren werkdruk, de waan van de dag en onvoldoende tot geen (financiële) middelen. Ook is er vanuit de organisatie of leidinggevende niet altijd sprake van aansturing en worden professionals weinig gestimuleerd om domeinoverstijgend af te stemmen en samen te werken. Dit maakt ook dat samenwerkingsvormen en -initiatieven vaak gebonden zijn aan individuen. Als deze wegvallen, valt ook het project of het initiatief weg. Het ontbreekt vaak nog aan een duurzame structuur of inrichting.

Verder wordt in de expertsessies benoemd dat er nog onvoldoende wordt geacteerd door financiers, partijen in het veld en in de samenleving om de beweging naar de voorkant echt op gang te brengen. En daarvoor de benodigde samenwerking tussen het sociaal en medisch domein te willen faciliteren en stimuleren. Volgens de deelnemers is er nog onvoldoende sprake van een gedeeld urgentiebesef, visie op het vraagstuk, commitment en betrokkenheid.

Hierbij speelt ook een belemmerende rol dat de opbrengsten van een initiatief en/of interventie niet altijd terecht komen bij de partijen die investeren (*wrong pocket*). Voorbeeld dat vaak is benoemd is dat van preventie waarbij gemeenten opdraaien voor de kosten en de baten bij de zorgverzekeraar terecht komen.

Welzijn op Recept. Een alternatief voor het 'traditionele pilletje'

Welzijn op Recept is een alternatief voor mensen met psychosociale klachten. In plaats van een medisch recept voor te schrijven, verwijst de huisarts deze patiënten door naar een welzijnscoach. Het doel is om het welbevinden te verhogen van mensen met psychosociale problematiek die hiervoor bij de huisartsenpraktijk komen en hiervoor geen medische of psychologische behandeling nodig hebben. Dit verlaagt tevens het zorggebruik in de eerstelijns.

De welzijnscoach gaat in oplossingsgerichte ondersteuningsgesprekken samen met de 'cliënt' na hoe deze zijn/haar situatie kan verbeteren. Cliënten krijgen inzicht in wat er speelt, worden gemotiveerd om actie te ondernemen en ondersteund bij het zetten van daadwerkelijke stappen. Onder meer door een recept uit te schrijven voor welzijnsactiviteiten op het gebied van ontmoeting, sport of cultuur kan iemand (opnieuw) ontdekken wat hem of haar gelukkig maakt. Welzijnscoaches hebben een goed overzicht van informele netwerken en het activiteiten aanbod in de wijken en gemeente. Hierdoor kunnen zij mensen goed doorverwijzen naar passende activiteiten.

Oplossings- richtingen

De expertsessies hebben diverse oplossingsrichtingen dan wel kansen opgeleverd voor het versterken van de samenwerking tussen het sociaal en medisch domein. Zij bieden input voor vervolgacties.

Ander uitgangspunt vraagstuk

Het versterken van de samenwerking tussen het sociaal en medisch domein vormt het centrale vraagstuk van de verschillende sessies die zijn gehouden. In iedere sessie is op de een of andere manier aan de orde geweest dat het versterken van de samenwerking slechts een middel moet zijn, niet een doel op zich. Het doel is het verlenen van passende zorg aan mensen op de juiste plek, op het juiste moment. In het kader van de beweging naar de voorkant gaat het vooral om mensen met multiproblematiek of gemedicaliseerde psychosociale problemen. Dit maakt niet zozeer dat het versterken van de samenwerking tussen het sociaal en medisch domein het vraagstuk moet zijn maar veel meer hoe we als samenleving de hulp en ondersteuning aan mensen willen inrichten.

In de sessies is nader gesproken over die inrichting van de hulp en ondersteuning aan mensen. Onder de deelnemers bestaat brede consensus over de richting of de hoofdlijnen hiervan. Dit omvat twee sleutelementen: een sociale benadering van gezondheid én een sterke sociale basisinfrastructuur.

Sociale benadering van gezondheid

Er wordt gepleit voor een andere benaderingswijze of visie op het verlenen van hulp en zorg aan mensen. Deze visie kan voornamelijk het beste omschreven worden als een 'sociale benadering van gezondheid'. Een benadering die wordt gekenmerkt door de volgende aspecten:

- Van een eenzijdige focus op zorg en behandelen naar een brede focus op preventie, positieve gezondheid en kwaliteit van leven.
- Van een focus op het individu naar een wijk-community oriëntatie met collectieve arrangementen. Voorbeelden die zijn aangehaald betreffen onder meer de huidige situatie waarin individuen naar de huisarts moeten voor een indicatie voor dagbesteding, terwijl dit ook opgepakt kan worden door een huiskamer in de wijk voor beginnende dementerenden. Of opvoedproblemen die escaleren, terwijl dit ook voorkomen kan worden door het organiseren van een team aan jeugdprofessionals/jongerenwerk rondom scholen.
- Van een focus op formele zorg naar het versterken van informele hulp. In dit kader wordt ook vaak gesproken in termen van veerkrachtige samenleving en zorgzame buurten. Aangegeven wordt dat de samenwerking tussen sociaal en medisch domein vaak wordt beschouwd als twee bollen die elkaar overlappen en dat in die overlap de samenwerking kan worden versterkt. Deelnemers geven nadrukkelijk aan dat er een derde bol aan toegevoegd moet worden; die van de inwoner. Als we de beweging naar de voorkant willen maken dan kan dat alleen als de burger, zijn/haar sociale netwerk en informele netwerken daarbij betrokken worden.

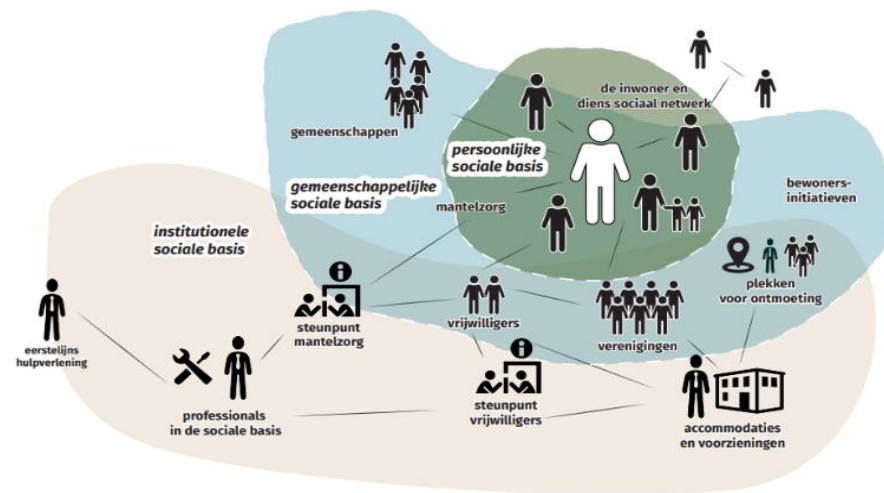
Sociale basisinfrastructuur

Daarnaast wordt gepleit voor het versterken van de sociale basis: laagdrempelige activiteiten of voorzieningen gericht op het versterken van het collectieve (wijk of buurt), op ontmoeten, op het mee kunnen doen in de samenleving, op het naar elkaar omzien, op eigen regie en veerkracht van mensen. De deelnemers zijn ervan overtuigd dat de meeste gezondheidswinst te behalen valt in het neerzetten van een sterke sociale basis. De bibliotheek maakt bijvoorbeeld onderdeel uit van zo'n infrastructuur, maar ook buurt- en inloophuizen en het welzijnswerk.

Echter, zo'n sociale basis vormt zich niet vanzelf. Daarvoor moeten gemeenten investeren in een bepaalde infrastructuur van plekken waar mensen naar toe kunnen

(inloop), waar ze elkaar kunnen ontmoeten en waar zij kunnen deelnemen aan de samenleving.

Figuur 3- Sociale basis³



In de expertsessies wordt aangegeven dat er gemeenten zijn waar deze sociale basisinfrastructuur onderbelicht blijft en de inrichting daarvan onvoldoende vorm krijgt. Ook geven deelnemers aan dat er gemeenten zijn die veel op de sociale basisinfrastructuur hebben bezuinigd of vermoedelijk dat gaan doen, veelal vanuit kostenoverwegingen. Als oplossingsrichting pleiten deelnemers dan ook voor een Sociale Basis Garantie: een garantiestelling ten aanzien van een duurzame sociale basisinfrastructuur.

Kansen: afstemming programma's

Op diverse manieren en door verschillende partijen zoals VNG, VWS en brancheorganisaties wordt ingezet op het bevorderen van de samenwerking tussen het sociaal en medisch domein. Hierbij valt te denken aan versterking sociale basis, Visie eerstelijnszorg 2030 en Hervormingsagenda Jeugd. Het afstemmen van de verschillende programma's op gebied van curatieve zorg, sociaal domein en jeugd op

wijkniveau biedt kansen voor het komen tot een sociale basisinfrastructuur en het versterken van de samenwerking tussen sociaal en medisch domein.

Organisatorische inrichting

In de sessies is aandacht besteed aan de wijze waarop de samenwerking tussen het sociaal en medisch domein organisatorisch kan worden ingericht. Hierbij zijn drie modellen besproken:

- **Netwerkmodel.** Er is geen sprake van een geformaliseerde samenwerking maar partijen werken in een netwerk met elkaar en doen indien nodig een beroep op elkaar. Van belang is dat partijen uit beide domeinen elkaar kennen en elkaar regelmatig ontmoeten/overleggen ten behoeve van casuïstiek.
- **Brugfunctiemodel.** In dit model vormt een specifieke professional een brugfunctie tussen beide domeinen. Dit zien we in de praktijk al gebeuren met initiatieven zoals Welzijn op recept en Waar is Wally?. Een sociaal professional maakt vanuit het medisch domein de verbinding naar het sociaal domein. Vaak omdat medische professionals – met name huisartsen - geen zicht hebben op het sociaal domein. Ook inwoners zien vaak door de bomen het bos niet meer en weten niet wat er allemaal is aan hulp en ondersteuning en waar zij het beste terecht kunnen. In dit kader is gesproken over zogeheten zorgarrangeurs.
- **Teammodel.** Hierbij wordt uitgegaan van een (kern)team waarin sociale en medische professionals vertegenwoordigd zijn. Een vast team in de wijk. Een mogelijkheid hiertoe is het versterken van bestaande lokale teams met een professionals uit het medisch domein, bijvoorbeeld de wijkverpleegkundige.

Deelnemers hebben niet een bepaalde voorkeur voor één bepaald organisatie-model. Aangegeven wordt dat het niet zozeer een kwestie is van of het ene model of het andere model. Maar veel meer en-en; eigenlijk zijn alle modellen wenselijk mede afhankelijk van de problematiek. Wel bestaat er enige vrees dat bij de meer geformaliseerde samenwerkingsmodellen er te veel aan gezamenlijk overleg ontstaat. De meeste mensen kunnen prima geholpen worden vanuit één domein. Bij een kleiner deel is samenwerking opportuun. Dan kan worden volstaan met een netwerk waarin een beroep wordt gedaan op elkaar als dat nodig is.

Kans: Visie eerstelijnszorg 2030

Er is met partijen uit de eerstelijns een visie opgesteld over de toekomst van de eerstelijnszorg. Een van de doelen is het realiseren van een hechte samenwerking tussen professionals in wijken/dorpen. Onder meer door het creëren van wijkverbanden met als kernspelers de huisarts, wijkverpleegkundige, professional sociaal domein en apotheker. Dergelijke wijkverbanden zouden een mooi vliegwiel kunnen zijn voor het versterken van de samenwerking tussen het sociaal en medisch domein.

Financiering

Het belangrijkste knelpunt is dat er onvoldoende mogelijkheden zijn voor een structurele en passende vorm van financiering van de samenwerking tussen het sociaal en medisch domein. De knelpunten rondom de financiering staan ook de opschaling van de samenwerking tussen sociaal en medisch domein in de weg.

De oplossingsrichtingen liggen in het verlengde van de knelpunten ten aanzien van de financiering en continuïteit van de samenwerking tussen het sociaal en medisch domein. Deze hebben betrekking op:

- Structurele financiering van samenwerkingsinitiatieven dan wel gezamenlijke interventies die werken en meerwaarde hebben.
- Voldoende financiële middelen voor de opgave waar het sociaal domein voor staat. Er wordt gestreefd naar een beweging naar de voorkant maar de verschuiving van middelen 'naar de voorkant' blijft achterwege.
- Voldoende financiering voor niet-patiëntgebonden activiteiten zoals samenwerken, innoveren en leren van elkaar. De huidige tarifiering dan wel financiering wordt als te laag ervaren.

In de sessies is dieper ingegaan op de volgende oplossingsrichtingen:

- Het verruimen van de mogelijkheden ten aanzien van een collectieve betaaltitel. Een betaaltitel voor het verlenen van collectieve zorg-/ondersteuningsarrangementen voor aanbieders uit verschillende domeinen. Nu richt het systeem zich veelal op het verlenen van zorg en/of maatwerkvoorzieningen op individueel niveau op basis van een indicatiestelling.

Dit bemoeilijkt het inzetten van collectieve arrangementen, bijvoorbeeld als het gaat om leefstijlbevordering van inwoners.

- Domeinoverstijgende bekostiging op basis van populatiemanagement. Dit houdt onder meer in dat de hulp en ondersteuning aan mensen wordt afgestemd op sociaal-demografische gegevens en/of prevalentiecijfers. We weten dat er in deze wijk de komende tijd zoveel jongeren, jonge gezinnen en ouderen zijn, wat betekent dit dan voor de zorginfrastructuur? De bekostiging is dan niet gericht op het financieren van prestaties, maar op de betreffende populatie.
- Een grijs of grensbudget: een vrij te besteden budget dat 'scharrelruimte' biedt om te werken volgens de bedoeling ongeacht het domein of sector van betrokken partijen. Bij een grensbudget wordt vanuit één systeem geld beschikbaar gesteld om over de grenzen van het eigen domein domeinoverstijgende zorg te verlenen. Bij een grijs budget wordt uit beide systemen financiën beschikbaar gesteld en samengevoegd tot een gezamenlijk budget.

Kansen

Alle partijen realiseren zich dat de financiering een belemmerende rol speelt. Er zijn dan ook diverse initiatieven (in de maak) om de financiering van de samenwerking tussen het sociaal en medisch domein te vergemakkelijken. Deze zijn onder meer:

- Het wetsvoorstel Domeinoverstijgende Samenwerking (DOS) voorziet in de mogelijkheid dat zorgkantoren samen met gemeenten en/of verzekeraars kunnen investeren in preventieve maatregelen in het sociaal domein. En daarmee ook domeinoverstijgende betalingen mogelijk zijn. Dit betekent dat vanuit de Wet langdurige zorg (Wlz) geïnvesteerd kan worden in het sociaal domein als het gaat om preventieve maatregelen en er sprake is van een positieve business case. Nadeel van het wetsvoorstel is dat het zich richt op Wlz-aanbieders. Aanbieders in het sociaal domein vallen buiten de scope.
- De consultatiefunctie sociaal domein, die erin voorziet dat professionals werkzaam in het sociaal domein andere professionals in de geneeskundige ggz kunnen consulteren (bevragen), met als doel zwaardere vormen van zorg te voorkomen.
- Het kennistraject 'ontschotter financiering in het sociale domein'. Er is inmiddels een rapport verschenen dat gemeenten kan helpen bij de financiering als er

sprake is van samenwerking vanuit verschillende wetten. VWS bekijkt samen met SZW en VNG hoe gemeenten hierin beter ondersteund kunnen worden.

Andere rol financiers

Verder is benoemd dat de rol van financiers moet veranderen. Deze is nu toch veelal gericht geweest op het inkopen van zorg waarbij rechtmatigheid, rendement en het drukken van de kosten veelal leidende principes zijn. Deze rol zou zich meer moeten richten op het stimuleren van de samenwerking. Het gaat dan veel meer om vertrouwen en sturen op impact. Ofwel "minder blauw benaderen" zoals één van de deelnemers het omschrijft. Een andere deelnemer benoemt de mogelijkheid van 'bundled payment' als alternatief. Hierbij staat niet zozeer de financiering van de individuele verrichtingen van een zorgaanbieder centraal, maar veeleer het financieren van een set activiteiten (ketenfinanciering).

Informatiedeling

Er is behoefte aan het vergemakkelijken van de informatiedeling tussen professionals. Dit is al urgent als het gaat om professionals binnen één domein. Laat staan als er sprake is van meerdere domeinen. Vanuit de deelnemers zijn er geen concrete oplossingsrichtingen aangedragen. Ook in de plenaire discussies is hier niet dieper op ingegaan.

In de interne sessies met medewerkers van VWS kwam naar voren dat het ministerie zich actief bezighoudt met verschillende aspecten van gegevensuitwisseling. Het is alleen een zeer taai complex fenomeen met technologische, juridische en privacy-ethische aspecten. Twee ontwikkelingen die kansen bieden zijn:

- Wetsvoorstel aanpak meervoudige problematiek sociaal domein (Wams). Dit wetsvoorstel ligt bij de Tweede Kamer en beoogt knelpunten weg te nemen rondom de gegevensuitwisseling en privacy in het sociaal domein bij de aanpak van meervoudige problematiek. Met deze wet komt er een juridische grondslag om de noodzakelijke persoonsgegevens domeinoverstijgend te delen, te verzamelen en te verwerken.
- Nationale visie en strategie op het gezondheidsinformatiestelsel. Vanuit deze visie wordt gewerkt aan het verbeteren van de gegevensuitwisseling en interoperabiliteit. Ofwel de mogelijkheid van systemen, partijen en professionals

om onderling te communiceren en informatie uit te wisselen. Momenteel vinden er verkenningen plaats naar de informatiebehoefte en gegevensuitwisseling binnen domeinoverstijgende samenwerking.

Innovatie en kennisdeling

Voor een effectieve samenwerking is het belangrijk dat professionals uit de domeinen elkaar leren kennen en samen komen tot een gezamenlijke focus, stip op de horizon en taal. Dat is er nu onvoldoende. Hiervoor is tijd nodig. Het is van belang dat partijen deze tijd ook krijgen ongeacht de urgentie van het onderliggende vraagstuk. De druk is groot om nu te gaan handelen. Deelnemers zijn ervan overtuigd dat als er nu de tijd wordt genomen om elkaar te leren kennen zich dit later uitbetaald en het proces vergemakkelijkt om samen te komen tot vernieuwingen.

Daarnaast wordt gepleit voor kennisdeling en uitrol van werkzame interventies dan wel initiatieven. Er gebeurt al heel veel waarvan anderen kunnen leren. Deelnemers geven aan dat de werkzame elementen hiervan in kaart moeten worden gebracht en deze kennis moet worden verspreid. Daarnaast moeten projecten of pilots die bewezen en meerwaarde hebben landelijk worden uitgerold. En dan is het ook van belang om professionals hierin te trainen dan wel op te leiden.

Gezonde Wijkaanpak. Samenwerken aan gezonde inwoners

De Gezonde Wijkaanpak richt zicht op het versterken van de gezondheid en welzijn van bewoners in een wijk, buurt of dorp. Gezond zijn en gezond blijven is een combinatie van persoonlijke kenmerken, leefstijl, sociale context en leefomgeving. Met de Gezonde Wijkaanpak wordt op al deze aspecten ingezet aan de hand van vier pijlers: educatie, signalering en ondersteuning, omgeving, en regelgeving en handhaving.

Aangezien veel factoren buiten het domein gezondheid vallen is domeinoverstijgende samenwerking tussen professionals vanuit preventie, onderwijs, zorg en welzijn van groot belang. Net als het betrekken van inwoners en wijkinitiatieven. Samen komen partijen tot samenwerkingsafspraken en een effectieve integrale wijkaanpak.

Reflectie

In dit hoofdstuk reflecteren we op de knelpunten en de oplossingsrichtingen zoals die zijn benoemd in de expertsessies. En formuleren we enkele aanknopingspunten voor het versterken van de samenwerking tussen het sociaal en medisch domein.

Groei domeinoverstijgende zorg

Aan het begin van de eerste vier expertsessies rondom het versterken van de samenwerking van het sociaal en medisch domein zijn de deelnemers gevraagd om iemand in gedachten te nemen die baat had bij een betere samenwerking tussen het sociaal en medisch domein. Het leverde mooie korte persoonsbeschrijvingen op. De mevrouw op leeftijd die bijna elke week bij de huisarts komt met vage klachten, terwijl de onderliggende klacht eigenlijk eenzaamheid is. De man die last heeft van psychische ontregeling en daardoor het leven niet op de rails krijgt en ook schulden heeft. De vrouw die te horen krijgt dat ze ongeneeslijk ziek is en een heel beperkt steunnetwerk heeft. De man die last heeft van beginnende dementie en waarbij het de vraag is of hij nog thuis kan wonen.

In alle gevallen is zorg en ondersteuning vanuit alleen het medisch domein of alleen het sociaal domein onvoldoende. Het ingewikkelde, verkokerde systeem van zorg en ondersteuning in Nederland is voor deze mensen een sta-in-de-weg. Dat wil niet zeggen dat ze in alle gevallen niet de passende zorg en ondersteuning krijgen, maar het moet worden georganiseerd met wind tegen. Terwijl de urgentie voor het vraagstuk en de noodzaak tot een betere samenwerking tussen het sociaal en medisch domein hoog is en alleen maar toeneemt.

De vraag naar domeinoverstijgende zorg en ondersteuning neemt de komende tijd toe door onder andere drie ontwikkelingen. De eerste ontwikkeling is een toename van het aantal ouderen in de samenleving⁴. Met de groei van het aantal ouderen,

neemt ook het aantal mensen toe dat (meerdere) aandoeningen heeft en waarbij ook sociale problemen spelen (bijvoorbeeld eenzaamheid, armoede of moeite om mee te doen). Een tweede ontwikkeling is de toename van het aantal mensen met psychosociale problematiek⁵. Ook bij hen is vaker sprake van zowel medische aandoeningen als sociale problematiek zoals schulden, woningnood, niet mee kunnen doen en onvoldoende zinvolle dagbesteding. Een derde ontwikkeling is de groei van het aantal aandoeningen dat verbonden is aan leefstijl, waaronder diabetes, hartklachten en kanker⁶. Leefstijlbevordering vergt een andere aanpak dan alleen een gesprek met de huisarts of specialist als de aandoening zich voordoet. Hier is preventie veel belangrijker, en dat is een zaak van het medisch én sociaal domein.

Deze drie ontwikkelingen maken dat het aantal mensen waarbij sprake is van een bepaalde mate van kwetsbaarheid, multiproblematiek en leefstijlaandoeningen de komende jaren gaat toenemen. Voor deze mensen werkt het huidige systeem met twee gescheiden wetten – Wmo 2015 en Zorgverzekeringswet – niet of onvoldoende. Deze mensen zijn het meeste gebaat bij een gezamenlijke en integrale inzet vanuit het sociaal en medisch domein.

Aanbevelingen

In de expertsessies zijn er verschillende oplossingsrichtingen aangedragen die de samenwerking tussen het sociaal en medisch domein kunnen versterken. We onderschrijven deze oplossingen graag en zien hierin de nodige kansen om te komen tot een gezamenlijke en integrale inzet door sociaal en medische professionals. We constateren echter ook dat het nog vooral gaat om 'richtingen' in plaats van concrete oplossingen. We merken dat er een breed draagvlak is voor het 'Wat', maar dat er ten aanzien van het 'Hoe' nog een verdieping dan wel uitwerking vereist is.

Op basis van de benoemde oplossingsrichtingen komen we tot onderstaande aanbevelingen.

- Neem als uitgangspunt niet zozeer het versterken van de samenwerking tussen het sociaal en medisch domein als vraagstuk maar richt je veel meer op het faciliteren en realiseren van een 'sociale benadering van gezondheid'.

- Stem de verschillende programma's op gebied van curatieve zorg, sociaal domein en jeugd op wijkniveau af voor het versterken van de sociale basisinfrastructuur.
- Werk het principe van een Sociale Basis Garantie nader uit om te garanderen dat gemeenten voldoende werk maken van het inrichten en invullen van een duurzame sociale basisinfrastructuur.
- Investeer niet alleen in nieuwe prestaties en/of betaaltitels maar experimenteer ook met populatiebesteding met behulp van een grijs budget.
- Verklein de disbalans tussen de financiering van medische zorg en dat van het sociaal domein.
- Investeer proactief in de samenwerking tussen het sociaal en medisch domein door opleiding en bijscholing, door het stimuleren van ontmoeting en het beschikbaar stellen van voldoende middelen voor niet-cliënt gebonden activiteiten.
- Maak werk van kennisdeling en de uitrol van werkzame interventies dan wel initiatieven.

Op basis van de reflectie voegen we daar nog een aanbeveling aan toe:

- Onderzoek het draagvlak en de haalbaarheid van een domeinoverstijgend sturingsorgaan dat op beleidsniveau zorgdraagt voor het organiseren en leveren van passende zorg en ondersteuning aan kwetsbare mensen

We maken van de gelegenheid gebruik om enkele aanbevelingen hierna nader te belichten.

Een praktijkvoorbeeld

Greet, 83 jaar, weduwe, woont alleen en komt meerdere keren per maand bij de huisarts met vage klachten. Ze voelt zich niet goed, is eenzaam en het hoeft voor haar eigenlijk allemaal niet meer. Er blijkt sprake te zijn van beginnende dementie. Hierdoor raakt mevrouw nog verder in een sociaal isolement.

De huisarts is bekend met een programma in de wijk voor eenzame ouderen en weet mevrouw na enige aarzeling toch te stimuleren om daar aan deel te nemen. Tijdens het programma is mevrouw helemaal opgebloeid. Dit door de contacten met buurtbewoners, en de activiteiten en bijeenkomsten die worden georganiseerd. Mevrouw neemt deel aan een belcirkel waarbij buurtbewoners elkaar even iedere dag bellen. Ook eet mevrouw één keer in de week in het buurthuis. Inmiddels is mevrouw vaste klant in het buurthuis, ziet ze het leven weer zitten en weet ze zich thuis nog prima te redden.

Sociale basis garantie

Op de eerste plaats onderschrijven we het pleidooi om in te zetten op het versterken van de sociale basisinfrastructuur. Deze achten wij essentieel voor een effectieve preventie en het verlenen van passende zorg aan kwetsbare mensen op de juiste plek, op het juiste moment. Dit betreft vaak mensen met multiproblematiek of gemedicaliseerde psychosociale problemen. Ook wij vinden dat sociale netwerken, informele zorg en gemeenschappen het fundament vormen van de sociale basisinfrastructuur. In zorgzame buurten kijken burgers naar elkaar om en kijkt men eerst wat de omgeving kan doen als er sprake is van een hulpvraag. Zorg is pas als laatste aan de orde. Om dit te stimuleren is ontmoeting en presentie van groot belang. Dit maakt ook dat het niet alleen gaat om het versterken van de samenwerking tussen het sociaal en medisch domein, maar ook om een betere aansluiting bij sociale netwerken en informele zorg en het zoeken van de verbinding met de gemeenschap en de vele maatschappelijke initiatieven. Beide domeinen behoren ingebed te zijn en in verbinding te staan met informele (zorg)netwerken.

Gelet op de essentiële rol die een sociale basisinfrastructuur speelt bij de gewenste beweging naar de voorkant vinden we het van groot belang dat er in iedere gemeente sprake is van een duurzame en adequate infrastructuur. Sommige deelnemers aan de sessies spraken de zorg uit dat in diverse gemeenten het voorzieningenaanbod van ondersteuning en ontmoetingsplekken onder de maat is. Bovendien weten we op basis van voorgaande jaren dat gemeenten snel geneigd zijn om te bezuinigen op het sociaal domein vanuit kostenoverwegingen. We onderschrijven dan ook het idee van een Sociale Basis Garantie.

We vinden het raadzaam om het principe van een Sociale Basis Garantie nader uit te werken om ervoor te zorgen dat gemeenten voldoende werk maken van het inrichten en invullen van een duurzame en adequate sociale basisinfrastructuur. In eerste instantie zou zo'n garantie als referentiepunt kunnen worden geïntroduceerd. In de sessies is aangegeven dat een blauwdruk van een infrastructuur niet wenselijk is. Er zijn wel enkele elementen genoemd maar deze zijn niet breed en nader besproken.

Financiën

In de sessies is veel gesproken over financiële belemmeringen voor het samenwerken van professionals uit het sociaal en medisch domein. We kunnen wel zeggen dat de beperkte mogelijkheden voor het financieren van domeinoverstijgende zorg de belangrijkste bottleneck is voor het versterken van de samenwerking tussen het sociaal en medisch domein. Gelukkig zien we ook dat er allerlei initiatieven zijn ten aanzien van domeinoverstijgende bekostiging en de introductie van nieuwe betaaltitels. Het voordeel is dat deze initiatieven passen binnen de huidige systematiek. Het nadeel is dat het ook weer nieuwe beperkingen oplegt. Bijvoorbeeld omdat het van toepassing is op aanbieders van één bepaald domein. Of omdat het om nauw omschreven nieuwe prestaties gaat. In feite loopt de financiering zo steeds achter de nieuwe samenwerkingspraktijk aan.

Een andere route is om op een generieke manier ruimte te maken voor passende zorg en ondersteuning die niet goed past binnen de bestaande financieringssystematiek. Dit kan door het instellen van een grijs budget. Een budget specifiek voor het financieren van domeinoverstijgende zorg en ondersteuning dat bovendien niet gekoppeld is aan één van de domeinen dan wel financieringssystematieken. In Schotland is hier ervaring mee opgedaan. Daar is een gezamenlijk budget gecreëerd voor domeinoverstijgende

zorg. Dit budget is voor 70 procent afkomstig van de zorg en voor 30 procent van de gemeente.

We vinden het wenselijk om te onderzoeken hoe in Nederland een grijs budget kan worden ingesteld, dat zowel vanuit de Zorgverzekeringswet als vanuit gemeenten (o.a. Wmo 2015) gevuld kan worden. Zoals gezegd kan Schotland hiervoor een inspiratiebron zijn. De besteding van het geld is daar in handen gelegd van een *Integration Joint Board* die op zijn beurt weer verantwoording schuldig is aan zowel de NHS (National Health Service) als de gemeente⁷⁻⁸.

Disbalans middelen

Naast de beperkte financieringsmogelijkheden voor domeinoverstijgende zorg en ondersteuning, willen we ook pleiten voor het verkleinen van de disbalans tussen de financiering van medische zorg en dat van welzijn. Om de druk op de medische zorg te verlichten, wordt een beweging naar de voorkant beoogt. Een beweging waarbij gemedicaliseerde sociale problemen niet in de spreekkamer van de huisarts of specialist terecht komen, maar die in het sociaal domein effectief worden aangepakt. Een beweging waarin wordt geïnvesteerd in een stevige sociale basis.

Deze beweging naar de voorkant impliceert een grotere en omvangrijke opgave voor het sociaal domein. Daar staan vooralsnog geen extra middelen tegenover. Wij zijn van mening dat de achterliggende idealen van meer mens, minder patiënt, van meer positieve gezondheid en een sociale benadering van gezondheid alleen kunnen worden waargemaakt als de disbalans tussen de financiering van het sociaal domein ten opzichte van het medisch domein wordt verminderd.

Investeren in samenwerking

Samenwerking tussen professionals komt niet zomaar tot stand, zeker niet als het gaat om professionals uit diverse domeinen. Er moeten onder andere tijd en middelen geïnvesteerd worden om elkaar te leren kennen, elkaar te leren waarderen en om de verschillen tussen het sociaal en medisch domein in taal en benaderingswijze te overbruggen. Die samenwerking moet proactief worden georganiseerd.

In een sessie werd de oproep gedaan om in de opleidingen voor sociale en medische professionals veel meer aandacht te besteden aan de samenwerking met

professionals uit andere domeinen. Daar kan opleiding en bijscholing een grote rol bij spelen. Onder meer door professionals zich bewuster te laten zijn van hun eigen taal en werkwijze. Het gaat om het stimuleren dat professionals *reflective practioners* worden. Ze moeten oog krijgen voor de mogelijke beperkingen van hun eigen benadering en daarmee de waarde van de kennis en kunde van professionals uit een ander domein. Als professionals elkaars expertise op waarde weten te schatten, zijn zij ook meer geneigd om de samenwerking aan te gaan.

Verder is in de expertsessies steeds benadrukt dat voor een effectieve samenwerking tijd en ruimte nodig zijn om elkaar te leren kennen en met elkaar te innoveren. Deze tijd en ruimte is er veelal niet in de dagelijkse uitvoeringspraktijk. Het is van belang dat er voldoende middelen komen voor professionals om elkaar te ontmoeten en om te komen tot vernieuwingen. Dit vraagt onder meer om meer structurele financieringsmogelijkheden van niet-cliënt gebonden activiteiten.

Een domeinoverstijgend sturingsorgaan

Hoewel we denken dat de oplossingsrichtingen die zijn benoemd in de expertsessies kansen bieden voor het versterken van de samenwerking tussen het sociaal en medisch domein, constateren we ook dat de oplossingsrichtingen zich vooral richten op het leggen van dwarsverbanden tussen beide domeinen. Het zijn en blijven twee aparte systemen en kokers waarbij eenieder vanuit het eigen domein opereert.

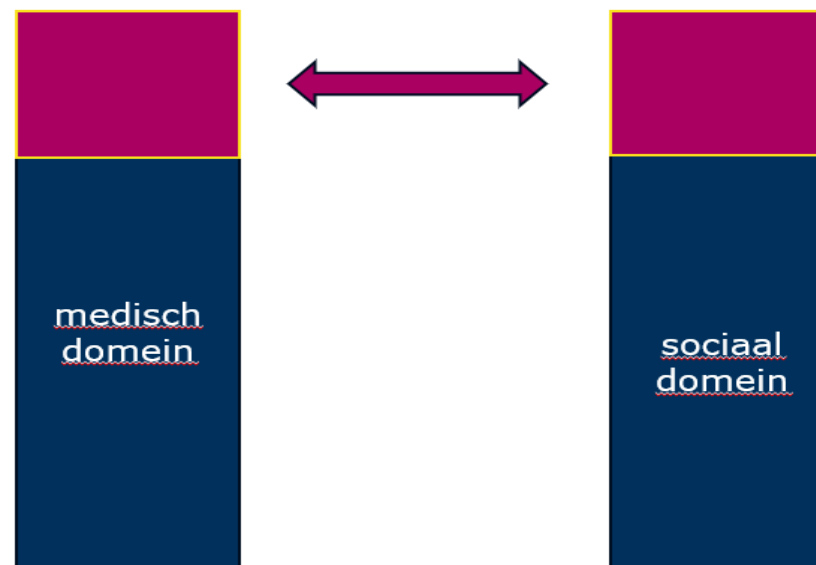
Dit bemerken we ook als we het in de expertsessies hebben over de organisatorische invulling van de samenwerking. Dan gaat het vooral om de weg naar elkaar en het bestaande aanbod te vereenvoudigen zodat op casusniveau iemand makkelijk en snel kan worden doorverwezen naar de juiste professional. We zien dit terug in de brugfunctie en het netwerkmodel. Op beide modellen wordt met name ingezet. Ook omdat het relatief eenvoudig te realiseren is binnen de huidige systematiek.

Voor het realiseren van de beweging naar de voorkant is echter meer nodig. Als we willen komen tot een passende ondersteuning aan de doelgroep van kwetsbare mensen waarbij sprake is van een combinatie van medische klachten en psychosociale problemen, dan is het wenselijk dat er ook sprake is van kruisbestuiving en het 'vervloeiën' van beide domeinen zodat er een gezamenlijke en integrale inzet

gerealiseerd kan worden. Denk hierbij aan het samenwerken in teams. Een ander voorbeeld betreft het adopteren van werkwijzen die gangbaar zijn in het andere domein zoals het hanteren van een groepsbenadering voor patiënten met een vergelijkbaar profiel. Zo nodigt een huisartsenpraktijk in Den Haag vrouwen met overgewicht, diabetes en een migratieachtergrond uit voor groepsconsulten waarin welzijn meer centraal staat, in plaats van de ziekte. Een ander voorbeeld is het standaard opnemen van ontmoetingen met ervaringsgenoten (mensen met dezelfde aandoening) in het zorgpad zoals IPSO bepleit (voor mensen met kanker).

We stellen vast dat het vervloeien in de dagelijkse uitvoeringspraktijk onvoldoende gebeurt en dat de factoren die dit belemmeren zich op beleidsniveau voordoen. Maar vooralsnog is niemand bij machte om deze knelpunten op het juiste niveau op te pakken. Hiervoor ontbreekt het aan gedeeld eigenaarschap. De verantwoordelijkheid voor het organiseren en leveren van domeinoverstijgende zorg aan kwetsbare burgers is niet expliciet belegd. Terwijl deze doelgroep en de behoefte aan domeinoverstijgende zorg en ondersteuning toeneemt.

Figuur 4 – Domeinoverstijgende aansturing



Wij menen dat een echte doorbraak mogelijk is als budgetten worden samengevoegd (grijs budget), als er sprake is van een gedeelde aansturing ten behoeve van een structurele uitvoeringspraktijk (geen programma's of pilots) en bindende afspraken gemaakt kunnen worden. We pleiten dan ook voor de introductie van een domeinoverstijgend sturingsorgaan dat op beleidsniveau zorgdraagt voor het organiseren en leveren van passende zorg en ondersteuning aan kwetsbare mensen waarbij sprake is van een combinatie van medische klachten en psychosociale problemen. Dit betreft de paarse blokken in bovenstaande figuur (figuur 4).

Ten behoeve van een gedeelde aansturing moeten in het domeinoverstijgende sturingsorgaan vertegenwoordigers in zitten van de huisartsen, de wijkverpleging en het sociaal domein. Het doel moet zijn de buurt of wijkgebonden versterking van de sociale benadering van gezondheid. In Schotland is het sturende orgaan belast met de besteding van het gezamenlijke budget (grijs budget) dat afkomstig is uit de NHS (zorg) en de gemeente. De Integration Joint Board, stimuleert de samenwerking en legt verantwoording af aan de NHS en de gemeente.

Maar ook als er nog geen grijs budget is om te besteden is zo'n gezamenlijke sturing op de versterking van de sociale basis van gezondheid van belang. In veel regioplannen voor het IZA staan wel voornemens om de samenwerking te versterken, maar dat heeft eerder de vorm van projecten, dan van een nieuwe beroepspraktijk. Het is juist nodig om structurele en bindende samenwerkingsafspraken te maken tussen het sociaal en medisch domein. Dit maakt het mogelijk om te sturen op urgente vraagstukken als de vergrijzing.

Natuurlijk zien we ook de nodig obstakels. Hoe maak je bijvoorbeeld van een bont gezelschap van functies en aanbieders een netwerk dat ook daadwerkelijk afspraken kan maken? Ook moet goed worden nagedacht over het juiste schaalniveau van de sturing. Maar we voelen wel aan alles dat het creëren van eigenaarschap en mandaat ten aanzien van domeinoverstijgende zorg voor de doelgroep van kwetsbare burgers met multiproblematiek een sleutelfactor is voor het realiseren van de beweging naar de voorkant en de daarvoor benodigde samenwerking tussen het sociaal en medisch domein.

Wij doen dan ook graag de oproep aan VWS en het veld om samen ons pleidooi voor een domeinoverstijgend sturingsorgaan nader te onderzoeken. Is hiervoor voldoende draagvlak, is het haalbaar en hoe zou zo'n orgaan dan ingericht en ingebed moeten worden? Bij voldoende vertrouwen zouden vervolgens enkele proeftuinen gestart kunnen worden.

Maak Rimpels!

Het programma Maak Rimpels is een regionale samenwerking tussen twee zorgverzekeraars en vier gemeenten in Oost-Brabant. Alle oudere inwoners (65+) van deze gemeenten kunnen gratis deelnemen aan het programma dat bestaat uit vier modules en maandelijkse terugkombijeenkomsten.

Tijdens de bijeenkomsten wordt in groepsverband praktische kennis en handvatten geboden om sociaal, vitaal en digivaardig te blijven. Op een preventieve en sociale wijze wordt er gewerkt aan het bevorderen van de vaardigheden van ouderen om zo onafhankelijk mogelijk te zijn van (professionele) zorg. Er wordt daarbij ingezet op de zelfredzaamheid van ouderen en hulpbronnen vanuit de gemeenschap. Vanuit het programma wordt een netwerk gevormd van inwoners en organisaties die zich inzetten voor betekenisvol en veerkrachtig ouder worden.

Bronnen

1. <https://www.movisie.nl/publicatie/infographic-wie-wie-wijk>
2. <https://lokaleregelgeving.overheid.nl/CVDR626932/1>
3. <https://www.movisie.nl/artikel/wat-sociale-basis-precies>
4. <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2023/07/03/rapport-ibo-ouderenzorg>
5. <https://www.trimbos.nl/kennis/cijfers/psychische-gezondheid-ggz/>
6. <https://www.volksgezondheidtoekomstverkenning.nl/c-vtv/trendscenario-update-2020/ziekten-aandoeningen>
7. <https://www.alliance-scotland.org.uk/health-and-social-care-integration/integration-support/about-integration/integration-joint-boards-planning-groups/>
8. <https://www.audit-scotland.gov.uk/publications/health-and-social-care-integration-update-on-progress>

think. do. connect.

E:M+MA.

Wijnhaven 88

2511 GA Den Haag

070 - 87 00 460

info@emma.nl

www.emma.nl

Volg ons op [Facebook](#), [Twitter](#) en [LinkedIn](#)