

Maatschappelijk werk in de huisartsenpraktijk

Een onderzoek naar de
samenwerking van Partners in
Welzijn en huisartsenpraktijk de
Baandert

Dr. Anja Rudnick

Mr. Irmgard Tummers

Zuyd
Onderzoek

ZU
YD

Lectoraat
Sociale
Integratie

**ZU
YD**



Werkplaats Sociaal Domein
Zuyd



Inhoud

Inleiding	2
Onderzoeksaanpak	2
Achtergrond: integraal werken in de wijk	3
Bevindingen	5
Maatschappelijk werk in de Baandert	5
Meerwaarde van maatschappelijk werk in de praktijk	5
De patiënt	6
Uitdagingen in de samenwerking	7
Suggesties voor verbetering	9
Tot slot...	11
Literatuur	12

Inleiding

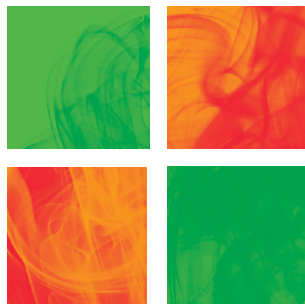
Sinds juni 2018 is er geïnvesteerd in de samenwerkingsrelatie tussen het maatschappelijk werk van Partners in Welzijn (PiW) en de huisartsenpraktijk de Baandert. In praktische zin betekent dit onder andere dat een maatschappelijk werker 2 uur per week aanwezig is in de huisartsenpraktijk. In dit rapport worden de bevindingen weergegeven van een kleinschalig onderzoek naar de ervaringen die zijn opgedaan in de samenwerkingsrelatie tussen het maatschappelijk werk en huisartsenpraktijk de Baandert en de betekenis hiervan voor de cliënten.

Onderzoeksaanpak

In het voorjaar van 2021 is een kleinschalig exploratief onderzoek verricht, waarbij gebruik is gemaakt van kwalitatieve onderzoeksmethoden. Er zijn interviews afgenomen met vier van de zes huisartsen, en één van de twee praktijk-ondersteuners GGZ verbonden aan de praktijk. Daarnaast heeft een duo-interview plaatsgevonden met de twee betrokken maatschappelijk werkers van PiW. Gezien de situatie rondom de coronapandemie, vonden de interviews telefonisch of online via Teams plaats. Tenslotte zijn enkele cliënten geïnterviewd.

Uit de totale cliëntenpopulatie die vanuit de Baandert is verwezen naar het algemeen maatschappelijk werk (AMW), zijn casussen geselecteerd. De selectie kwam in overleg met de onderzoekers tot stand en baseerde zich op inhoudelijke afwegingen: casussen waarbij de samenwerking goed/minder goed liep, en 'rijke casussen' waar ook echt ervaringen in de samenwerking mee zijn opgedaan. De cliënten die wij spraken zijn dus niet representatief voor alle ervaringen, maar kunnen wel een aantal algemene lessen leren over de samenwerking. Alle interviews vonden in het vroege voorjaar van 2021 plaats.

De interviews hadden betrekking op de ervaren samenwerking tussen huisartsenpraktijk en maatschappelijk werk. Individuele patiëntgegevens of persoonsgegevens werden niet verzameld. Aan alle respondenten is via informed consent toestemming gevraagd om gesprekken op te nemen.



Achtergrond: Integraal werken in de wijk

Het bieden van integrale ondersteuning en zorg gericht op alle levensdomeinen van mensen, behoort tot de kern van de transformatie en transitie die sinds 2015 is ingezet in het sociaal domein (zie tekstbox A).

De huisarts is voor veel mensen het eerste aanspreekpunt, ook voor problemen die niet medisch gerelateerd zijn. Huisartsen zien steeds vaker mensen die beperkt vaardig zijn in het organiseren van hun eigen leven, constateert Maria van den Muijsenbergh. Zij lopen bijvoorbeeld vast met hun financiën, hebben problemen met een instantie, of zijn eenzaam - problemen die ook tot medische klachten kunnen leiden. De huisarts is dan degene die ze het meest vertrouwen, maar vaak ook degene die het makkelijkst toegankelijk is. Onderzoek toont echter aan dat de gezondheidszorg van mensen met gezondheidsachterstanden vaak niet aansluit bij wat zij nodig hebben. Er is onvoldoende aandacht voor de (psychosociale) oorzaak van ziektes (van den Muijsenbergh, 2018; Peeters, 2019).

Om te voorkomen dat mensen verder in de problemen komen, ziek(er) worden en meer dure (thuis)zorg nodig hebben, is de huisartsenpraktijk dé plek om hen op te vangen. Hierbij dient de persoon in kwestie en diens vraag centraal te staan, en niet zijn medische toestand (Elich, 2014; Peeters, 2019). De huisarts en praktijkondersteuner kunnen deze integrale ondersteuning niet alleen bieden. Dit vraagt onder meer om een goede samenwerking met welzijnsorganisaties en de eerste lijn in de wijk. Op het moment dat er sociale problematiek speelt is samenwerking met en verwijzen naar het sociaal werk of het sociaal wijkteam geboden (Van der Maat et al, 2016; van den Muijsenbergh, 2018). Hierbij zijn korte lijnen van wezenlijk belang; iemand met een telefoonnummer op pad sturen werkt niet. Voor veel mensen is het lastig om op eigen initiatief vervolgstappen te zetten. Ze moeten op weg geholpen worden. Hierbij zijn korte lijnen van belang; iemand in de praktijk hebben die voor de koppeling met het sociale domein zorgt. Maatschappelijk werk speelt hier een centrale rol (van den Muijsenbergh, 2018; Peeters, 2019).

Tekstbox A: Transformatie en transitie

De veranderingen die plaatsvonden in het sociaal domein ten gevolge van de transformatie en transitie zijn waarschijnlijk gevoelig bekend. In het kort wordt met transformatie en transitie gerefereerd aan een omvangrijke stelselwijziging, waarbij de verantwoordelijkheid voor een aantal wetten op het gebied van zorg, werk en jeugdhulp werden overgeheveld naar de gemeenten (transitie). Deze stelselwijziging was ingegeven door financiële maar ook ideologische overwegingen: de stelselwijzigingen moesten de omvang en kosten van de verzorgingsstaat beperken, maar ook bijdragen aan maatwerk, hulp dicht bij huis, snellere zorg- en dienstverlening en meer ruimte bieden aan informele zorg. Transformatie refereert aan de cultuurverandering die dat vraagt. Bron: Movisie. [De drie decentralisaties in het sociaal domein. Een overzicht in vogelvlucht.](#)

Bevindingen

Maatschappelijk werk in de Baandert

De Baandert is een stadspraktijk met een, volgens respondenten, gemêleerde populatie. De vragen waar mensen mee bij de huisarts komen zijn lang niet altijd alleen medisch of psychiatrisch van aard, maar betreffen regelmatig sociale problematiek zoals schulden, relatieproblemen, eenzaamheid of het komen tot re-integratie en daginvulling. Zaken waarbij het mensen vaak aan een netwerk ontbreekt dat hen hierin zou kunnen ondersteunen.

“We zijn een praktijk met veel complexe problematiek, waarvoor de geëigende zorgstraten eigenlijk niet werken. Wij hebben veel dubbele diagnoses waarbij je soms met je handen in het haar zit. Of iemand wordt niet geholpen, want ‘nee, deze man is zwakbegaafd daar doen we niets mee’. Daar liepen we voortdurend tegen aan. Daarom zijn we gaan zoeken naar een oplossing.”

Enkele jaren geleden is de samenwerking tussen maatschappelijk werk van PiW en huisartsenpraktijk de Baandert tot stand gekomen. Iedere dinsdagochtend is één van de twee betrokken maatschappelijk werkers gedurende twee uur aanwezig op de praktijk. Er kunnen dan twee intake's plaatsvinden van ieder één uur. Bij aanvang van de coronapandemie in het voorjaar van 2020 is dit enigszins veranderd. De maatschappelijk werkers waren niet meer op locatie aanwezig. Afspraken met patiënten werden telefonisch ingepland. In het voorjaar van 2021 werden fysieke afspraken in de praktijk weer opgestart.

Meerwaarde van maatschappelijk werk in de praktijk

Naast de huisartsen, verwijzen ook de praktijkondersteuners GGZ patiënten door naar maatschappelijk werk. De aanwezigheid van maatschappelijk werk in de huisartsenpraktijk wordt door alle betrokken professionals die wij spraken – zowel huisartsen, praktijkondersteuner

GGZ en maatschappelijk werkers zelf – als meerwaarde ervaren. Zij constateren dat er nu veel intensiever wordt samengewerkt en afgestemd.

Drie aspecten spelen een rol bij de ervaren meerwaarde die de samenwerking voor de praktijk heeft:

1. Elkaar kennen en tegenkomen

De huisartsen geven aan het maatschappelijk werk beter te kennen sinds hun aanwezigheid in de praktijk. Met vindt het waardevol de maatschappelijk werkers ook persoonlijk te kennen. Een eerder onderzoek naar de aanwezigheid van een praktijkondersteuner GGZ jeugd bij verschillende huisartsenpraktijken, concludeerde dat er sneller en vaker wordt doorverwezen als de desbetreffende professional bekend is, als men hen persoonlijk ontmoet heeft en zijn of haar achtergrond kent (LSI, 2018a). Zoals van de Muijsenbergh constateert: ‘Samenwerking blijkt eigenlijk alleen goed te lukken als je elkaar persoonlijk kent’ (Peeters, 2019).

“De grote meerwaarde is dat je een persoon hebt waarvan je weet hoe die er uit ziet, die je kunt bereiken, korte lijnen hebt, dat missen we heel erg in de versnipperde gezondheidszorg. Het samenwerken heeft daarmee meer inhoud gekregen eigenlijk. Want het fijne ervan is als iemand ook echt in de praktijk zit – dan spreek ik van voor de corona tijd – is dat je elkaar tegenkomt. Het feit dat je elkaar fysiek ziet, maakt dat je er vaker aan denkt [om door te verwijzen].”

2. Laagdrempelig

Laagdrempeligheid is een ander - hiermee samenhangend - en veel genoemd aspect dat bijdraagt aan de meerwaarde van maatschappelijk werk in de huisartsenpraktijk. Dit geldt zowel voor professionals als voor de patiënten. Doordat men elkaar kent, wordt er sneller contact gezocht op het moment dat men een vraag heeft. Dit informele contact, de korte lijnen die huisartsen en praktijkondersteuner ervaren, maken dat maatschappelijk werk gericht ingezet kan worden.

“Er wordt nu veel intensiever samengewerkt en afgestemd.”

Minstens zo belangrijk is de laagdrempeligheid voor patiënten zelf. Het werkt drempelverlagend dat de huisarts aan kan geven dat er een maatschappelijk werker in de praktijk aanwezig is.

“Vroeger vertelden we over maatschappelijk werk: ‘Daar kun je naar toe, ze hebben een open spreekuur, daar kun je je melden.’ Dat was toch een drempel, dat gingen ze niet doen. Terwijl als je zegt: ‘Hij is op dinsdag hier, dan kun je komende dinsdag om 10 uur komen’, dat maakt het voor mensen zoveel makkelijker om dat 1e stapje te nemen.”

3. Meer verbinding en inhoudelijke kennis voorliggend veld

Huisartsen en de praktijkondersteuner GGZ gaven ook aan dat de samenwerking meer inhoud heeft gekregen door de aanwezigheid van maatschappelijk werk in de praktijk, en dat hun kennis van de sociale kaart is vergroot. De praktijk zoekt sinds enkele jaren meer samenwerking met het voorliggend veld en welzijnsorganisaties in de buurt. De maatschappelijk werkers hebben een belangrijke rol gespeeld bij het leggen van verbindingen en het introduceren van organisaties, initiatieven en hulpverleners. Samen zijn enkele kennismakingsavonden georganiseerd voor hulpverleners en initiatieven rondom zorg en welzijn in de wijk.

“Natuurlijk wist ik al van het bestaan van maatschappelijk werk, dat zij veel zorg kunnen leveren. Toch is het anders als iemand in de praktijk is, die je persoonlijk kunt aanspreken en die veel meer weet van alle mogelijkheden bij maatschappelijk werk en op andere gebieden. Bijvoorbeeld een mantelzorgondersteuner, daar had ik nog nooit van gehoord terwijl wij natuurlijk veel mantelzorgers in de praktijk hebben die tot over hun oren overbelast zijn, en ik weet niet eens

dat het bestaat! Dat is echt zonde. Het is een enorme eye opener voor me geweest, en volgens mij voor de hele praktijk, om te zien wat er wel niet allemaal is. En dat we vaak langs elkaar heen werken.”

De maatschappelijk werkers ervaren ook dat zij als gelijkwaardige partners worden gezien.

“Ik heb het idee dat als de huisarts iets met ons bespreekt als er een doorverwijzing komt, dat er echt van onze expertise uitgegaan wordt, dat vind ik heel erg prettig. Ik heb echt het idee dat we daar heel erg in gerespecteerd en gewaardeerd worden. Ik heb ook echt wel het idee dat ze in grote lijnen helder hebben waar ze bij ons voor terecht kunnen.”

De patiënt

Voor dit onderzoek hebben we slechts enkele patiënten gesproken. Mede door de online setting was het moeilijk om diepgaand op hun ervaringen in te gaan.

Deze patiënten gaven echter wel aan tevreden te zijn over de verwijzing en de ontvangen hulp van maatschappelijk werk: zij voelden zich geholpen. Ook de andere respondenten die we spraken (de professionals) merkten op dat de samenwerking een vooruitgang betekent voor patiënten. Zo vertelde een van de huisartsen:

“Of het ook echt betere uitkomsten geeft weet ik niet, alleen krijg ik van patiënten wel terug dat ze het prettig vinden dat er een maatschappelijk werker is. Dat zijn geen harde uitkomsten, maar het is veel meer een gevoel, het is een discipline die dicht bij ons zit wat betreft manier van werken.”

Zoals we reeds zagen vinden patiënten het fijn dat afspraken met maatschappelijk werk in de praktijk plaatsvinden: het is een vertrouwde, veilige omgeving. Ook vinden patiënten die in contact staan met de praktijkondersteuner GGZ, het vaak prettig om het gesprek met maatschappelijk werk samen met de

praktijkondersteuner aan te gaan. Zij hebben deze steun nodig om die stap te zetten (zie ook van den Muijsenbergh, 2018). Dit vormt een verdere drempelverlaging. Aldus een patiënt:

“[De afspraak liep] via de huisarts, of eigenlijk via de praktijkondersteuner GGZ, die heeft een afspraak gemaakt. Het was in hetzelfde gebouw, dat was fijn. Ik ben geholpen en voelde mij ondersteund. Het was eigenlijk meteen een soort familiair gevoel, dat je ook begrepen werd.”

Uitdagingen in de samenwerking

Hoewel de respondenten de meerwaarde zien van de aanwezigheid van maatschappelijk werk in de praktijk, zijn er ook enkele zaken die een uitdaging of een potentiële belemmering vormen voor de samenwerking, en daarom aandacht verdienen.

1. Coronapandemie: werken op afstand – het gemis aan fysiek contact

Bij aanvang van de coronapandemie besloot PiW haar medewerkers niet meer op locatie te laten werken – de huisartsenpraktijk bleef open. Volgens de huisartsen was het gevolg dat voor patiënten de drempel weer hoger werd om een afspraak te willen inplannen met maatschappelijk werk.

“We hebben gemerkt dat dat voor de intake van onze patiënten, die eerste gesprekken, dat heeft het afgelopen jaar wel belemmerend gewerkt. Mensen willen toch heel graag de hulpverlener zien; toch wel dat face to face contact hebben. Wij zijn zelf volop de mensen aan het zien. Het is noodzakelijke zorg.”

De maatschappelijk werkers constateerden eveneens dat er tijdens deze periode waarin er slechts telefonisch contact was, beduidend minder afspraken in de agenda stonden. Ondanks het feit dat hier meerdere oorzaken

aan ten grondslag kunnen liggen, zagen alle betrokken professionals een verband met het niet fysiek aanwezig zijn van maatschappelijk werk in de praktijk. Huisartsen en praktijkondersteuner GGZ vonden het jammer dat het spreekuur minder heeft kunnen plaatsvinden. Enkelen ondervonden ook dat de korte lijnen langer waren geworden, doordat men elkaar niet meer tegen kwam.

“Voor corona was dat beter omdat je elkaar zag bij het koffieautomaat. Dat vind ik nu lastiger, nu PiW fysiek niet aanwezig was.”

In het vroege voorjaar 2021, toen de interviews voor dit onderzoek plaatsvonden, werden fysieke afspraken met maatschappelijk werk weer langzaam ingepland.

2. Bepaalde facilitering voor maatschappelijk werk in de praktijk

Er zijn twee maatschappelijk werkers van PiW betrokken bij de praktijk. Zij wisselen elkaar af. Wanneer zij door omstandigheden verhinderd zijn, is er een derde collega die - indien beschikbaar - invalt. Het aantal uren die de maatschappelijk werkers hebben voor de Baandert wordt als te krap ervaren. Naast de intakes moeten er administratieve taken worden uitgevoerd, en moet er ruimte zijn voor contact en overleg.

“Mijn inziens zijn [de uren] niet toereikend genoeg voor de vraag die de Baandert heeft. Voor dat informele stuk bijvoorbeeld. Je zult hier tijd en ruimte voor vrij moeten maken om daar in te investeren. maar je hebt [...] natuurlijk ook andere zaken te doen. Het lukt wel, het functioneert wel, maar het maakt het ook wel kwetsbaarder en soms lukt het ook niet. Dan functioneert het niet door tijdgebrek. Door een te strakke planning omdat er wel heel veel werk is... Het is kwetsbaar nu, zoals het georganiseerd is door PiW. De continuïteit kunnen we niet echt garanderen. Het is niet vanzelfsprekend, laat ik het zo zeggen.”

De huisartsen zien het enthousiasme en de inzet van de maatschappelijk werkers. Enkelen gaven aan graag nog

nauwer te willen samenwerken. Men geeft aan dat men gezamenlijk nog veel meer aan de voorkant zou moeten triëren, en meer gebruik zou moeten maken van de verschillende disciplines, maar men constateert dezelfde belemmering.

“Hun tijd is heel erg verbonden met gelabeld geld en daar hebben ze verantwoording over af te leggen en ik denk dat daar de belemmering in zit.”

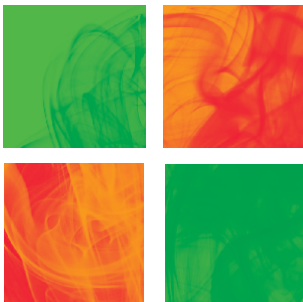
Dit hangt nauw samen met het pleidooi voor een fundamenteel ander systeem van verantwoording in de zorg. Beleidsmatig is er nog onvoldoende besef van de cruciale positie die de huisarts in het sociaal domein inneemt. Bekostiging is een vraagstuk. Het is belangrijk dat de spelers in het veld, inclusief gemeenten en zorgverzekeraars, gezamenlijk tot afspraken komen (van Muijsenburgh, 2018; Peeters, 2019).

3. Vol takenpakket

Samenwerking met partners in het sociaal domein staat hoog in het vaandel bij PiW. De professionals vinden dat lovenswaardig en delen dit uitgangspunt. Zij ervaren echter ook dat de verschillende taken niet altijd met elkaar te verenigen zijn binnen de beschikbare tijd.

“Je zou het ook zo kunnen zeggen, dat het primaire proces, het bezig zijn met cliënten, dat is een grote taak. En daarnaast zijn er heel veel deeltaken, zoals verschillende werkgroepen. Je zou je ergens ook willen specialiseren. Ja, hoe moet ik het zeggen, we hebben veel taken. Het lijkt alsof de corebusiness, de caseload, de cliënten zijn, maar als ik dan kijk naar het aantal uren dat je gebruikt voor het begeleiden van cliënten en daarnaast andere werkzaamheden, hier een uurtje en daar een uurtje, en daar een telefoontje - uren die je niet altijd zo makkelijk weg kunt zetten in je contracturen.”

Dit punt hangt nauw samen met het voorgaande punt en mogelijk de facilitering van de welzijnsorganisatie zelf. In een onderzoek naar een ander samenwerkingsproject van PiW uitgevoerd tussen 2016-2018 (LSI, 2018b), werden ook overvolle agenda's en takenpakketten geconstateerd. Dit heeft invloed op wat een professional wel en niet kan doen, en dus ook de kwaliteit van het werk.



Suggesties voor verbetering

We zagen reeds dat alle betrokkenen de samenwerking van meerwaarde vinden, maar ook enkele uitdagingen in de samenwerking signaleerden. Respondenten droegen daarbij ook enkele verbeterpunten en behoeften aan. Deze worden hieronder besproken.

1. Een vast team van maatschappelijk werkers

In de interviews wordt gesuggereerd om een team in te richten van maatschappelijk werkers, die zich specifiek en volledig richten op samenwerking met huisartsenpraktijken. Dit zou meerdere voordelen bieden, onder andere voor de eerder besproken krappe facilitering, maar ook omdat hiermee de samenwerking met meerdere huisartsenpraktijken gezocht kan worden. Ook inhoudelijk biedt dit voordelen, omdat de teamleden elkaar kunnen steunen en voor elkaar in kunnen springen. Huisartsenpraktijken vormen bovendien, zo constateren de maatschappelijk werkers, een belangrijke vindplek voor mensen die met problemen kampen en dat maakt het zoeken van brede samenwerking legitiem. Ook in het kader van preventief werken is het belangrijk hier op in te blijven zetten (zie ook Van de Maat et al., 2016; Elich, 2014 en Peeters, 2019).

“Als je die pool hebt zou je wat meer continuïteit kunnen garanderen. Het meest wenselijk zou zijn dat deze collega’s ook allemaal bekend zijn bij de verschillende huisartsenpraktijken. Mijn inziens ben je dan bezig met versterken en stabiliseren van het samenwerkingsverband. Voor mij is het nu te kwetsbaar. De verandering zou zijn, dat je dan meer vanuit samenwerkingsverbanden van organisaties aan het werken zou zijn dan vanuit individuen, pionnen als het ware.”

2. Elkaar blijven zien – vaker en meer aanwezig

Het verlangen werd uitgesproken om elkaar weer vaker te zien; dat de maatschappelijk werkers weer op de praktijk zouden (blijven) werken. Ook noemden meerderen een uitbreiding van uren, en dat de maatschappelijk werkers op meerdere momenten in de praktijk aanwezig zijn. Zoals we eerder zagen worden de informele contacten hierbij als zeer belangrijk ervaren. Behoeftte aan een structureel overleg is er niet echt; men ziet elkaar het liefst ad hoc en informeel. Hierbij dient wel opgemerkt te worden dat één van de twee maatschappelijk werkers structureel deelneemt aan het MDO nieuwe GGZ dat eens in de twee weken plaats vindt. De betekenis van deze vaste ontmoetingen waar ook casuïstiek besproken wordt, mag ons inziens niet onderschat worden. Meerdere professionals uit de praktijk refereren aan dit contact, waar men elkaar en elkaars werkwijze ook beter leert kennen.

Het laat onverlet dat ook mogelijkheid tot informele ontmoeting gefaciliteerd moet worden. De maatschappelijk werkers hebben twee uur op de praktijk en dat beperkt de tijd voor ontmoeting.

Elkaar (weer) vaker zien is ook noodzakelijk. Eén van de maatschappelijk werkers merkt op dat het vaak dezelfde huisartsen zijn die patiënten doorverwijzen – anderen doen dat minder vaak. Ontmoeting zou ertoe bij kunnen dragen dat ook zij vaker de samenwerking met de maatschappelijk werkers gaan zoeken.

Overigens: niet alleen via huisartsen, maar ook via praktijkondersteuner komen patiënten bij maatschappelijk werk terecht. Een praktijk-ondersteuner GGZ concludeert echter:

“Ik heb wel de indruk eerlijk gezegd, dat er onvoldoende optimaal wordt geprofiteerd van het aanbod van PiW door de professionals in de praktijk. Ik ben het zelf steeds meer aan het doen. ik reflecteer, ik denk er steeds meer aan en zoek ook het contact. Er zijn ook wel eens - af en toe - patiënten met casuïstiek door een huisarts bij mij gepland, waarvan ik denk, dat had ook eerst bij PiW, of zelfs beter bij PiW, gepland kunnen worden.”

3. Samen patiënt spreken of bezoeken

Een derde wens die wordt geuit in de interviews, is het samen bespreken van casuïstiek. Dit is leerzaam omdat men hierdoor elkaars werkwijze leert kennen en inzichten opdoet over verschillen in zienswijzen. Het bespreken van casuïstiek kan daarmee tot een betere aanpak voor de patiënt leiden. Een huisarts:

“[we] hadden een bijeenkomst georganiseerd in de wijk met allemaal zorg en hulpverleners en daar werd een casus doorgenomen. De wijkpsycholoog nam het woord en zei: ‘Deze man heeft een psychische stoornis, daar hebben wij een protocollaire behandeling voor dus verwijst die maar door.’ Daar zat een maatschappelijk werker naast en die zei: ‘Maar ho even, wacht eens even... de man heeft wel psychische klachten, maar wat weten we van zijn sociale context? Heeft hij wel een ondersteunend netwerk, en wat is zijn dagbesteding?’ En toen realiseerde ik mij dat de discipline bepaalt hoe je naar iemand kijkt, en hoe je ook diens problemen gaat aanpakken. Toen dacht ik, daar moeten we veel meer aan de voorkant in gaan creëren, we moeten veel meer gebruik maken

van die verschillende disciplines om al breed te blijven kijken aan het begin, en pas later te gaan versmallen omdat je anders het risico loopt dat je iemand naar de psycholoog sturen maar dat diegene zo in de problemen zit op ander gebied dat die behandeling niet gaat werken.”

Mede daardoor wilde deze huisarts graag samen met maatschappelijk werk een patiënt te spreken of zelfs thuis te bezoeken, om daar meer tijd en ruimte voor te hebben. Tot dusver bleek die wens naar eigen zeggen ‘te idealistisch’.

4. De sociale kaart en buurtbreed samenwerken

Verskillende respondenten hebben er behoefte aan dat de rol en functie van het maatschappelijk werk duidelijker en transparanter wordt. Maatschappelijk werk beslaat een heel breed veld, en dat maakt het volgens een van de maatschappelijk werkers moeilijk om zicht te krijgen op het aanbod. Folders en dergelijke kunnen hier slechts beperkt in de behoefte voorzien.

Aanvullend hierop wordt ook de brugfunctie naar partners in het sociaal domein genoemd. De maatschappelijk werkers spelen een belangrijke rol in het leggen van verbindingen binnen het sociaal domein en het doorverwijzen naar partners – niet iedereen kan en hoeft zelf in de praktijk te zitten.

Huisartsen vinden het daarbij belangrijk de sociale kaart enigszins te kennen. Deze is echter voortdurend aan verandering onderhevig, en het bijhouden van alle ontwikkelingen is lastig.

“Wat gebeurt er in de wijk, mantelzorg, eenzaamheid, er is heel veel. En we doen ook ons best om erbij te blijven, maar toch als huisarts is het lastig om die kanalen te blijven overzien, omdat er soms ook weer iets wisselt, omdat er een ander potje is, dat verandert soms ook per jaar. Dat is voor mij bijna niet te doen. Ik denk dat daar ook een taak ligt voor maatschappelijk werk, om de brug te zijn voor de problematiek die ik zie en die denk ik niet in de GGZ thuishoort, om die brug te slaan naar de wijk zeg maar. Die korte lijntjes lukken mij niet altijd, ik heb maatschappelijk werk daar voor nodig.”

Tot slot...

De bevindingen uit dit onderzoek maken duidelijk dat de respondenten duidelijk de meerwaarde zien van de samenwerking tussen huisartsen en maatschappelijk werk. Niet alleen voor patiënten wordt het laagdrempeliger om contact te zoeken met maatschappelijk werk, maar ook professionals weten elkaar sneller te vinden. Deze brede integrale samenwerking wordt door deskundigen van essentieel belang geacht (Van de Maat et al., 2016; van den Muijsenbergh, 2018; Peeters, 2019).

In de gesprekken zijn wel een aantal uitdagingen en verbeterpunten in de samenwerking genoemd. Een interessante suggestie die werd gedaan is om meer vanuit een vast team van maatschappelijk werkers, in meerdere huisartsenpraktijken te gaan werken. Dit duidt erop dat professionals deze interdisciplinaire wijze van samenwerken uit willen bouwen.

De Baandert wil meer in de buurt verankerd zijn en tot meer samenwerking komen van alle zorg en welzijn gerelateerde initiatieven, groepen en organisaties in de wijk. Hier zijn stappen in gezet en nieuwe gezamenlijke ideeën uit voortgekomen, die door de coronapandemie tijdelijk niet uitgevoerd konden worden. Het enthousiasme is er en de maatschappelijk werkers worden als een belangrijke partner gezien om die ambitie te vervullen.

Het slotwoord is aan een van de huisartsen:

“Hoe verbind je al die mensen die zorg bieden [in de buurt] en hoe houd je het allemaal een beetje in de smiezen? Ik zou willen - dat doen ze ook - dat maatschappelijk werk daar in meewerkt. Ik vind dit niet iets alleen voor deze praktijk, voor deze buurt, ook voor de gemeente. Het is onze verantwoordelijkheid om dit goed in te richten. Met name het veel meer kijken naar de vraag van de patiënt.”

Literatuur

- Elich, Jennifer (2014, 24 november). Samenwerking Sociaal werk en huisarts: een zorg minder. Sociaal Werk Nederland. Via: <https://www.sociaalwerk nederland.nl/thema/en-sterke-sociale-basis-in-wijken-en-buurt en/publicaties/publicatie/5540-samenwerking-sociaal-werk-en-huisarts- een-zorg-minder>
- LSI (2018a). Evaluatieonderzoek van het project GGZ-Light.
- LSI (2018b) Jimmy's – 046. In: Evaluatieonderzoek Stimuleringsprogramma Westelijke Mijnstreek -Eindrapportage pp. 94-113.
- Movisie. De drie decentralisaties in het sociaal domein. Een overzicht in vogelvlucht. Via: <https://www.movisie.nl/artikel/drie-decentralisaties-sociale-domein>
- Peeters, Piet-Hein (2019, 23 januari) Mensen met sociale problemen gaan eerst naar de huisarts: Zorg + Welzijn. Via: <https://www.zorgwelzijn.nl/mensen-met-sociale-problemen-gaan-eerst-naar-de-huisarts/>
- Van de Maat, Jan Willem, Carina Ballering en Hilde van Xanten (2016) Medisch en sociaal verbonden: over de gouden kansen van samenwerking tussen de eerstelijnszorg en het sociaal werk. Movisie: Utrecht. Via: <https://www.movisie.nl/publicatie/medisch-sociaal-verbonden>
- Van den Muijsenbergh, Maria (2018) Verschil moet er zijn! Inaugurale rede Gezondheidsverschillen en persoonsgerichte integrale eerstelijnszorg aan de Radboud Universiteit. Via: https://www.pharos.nl/wp-content/uploads/2018/10/Verschil_moet_er_zijn_oratie_Pharos.pdf

Onderzoekers

Dr. Anja Rudnick
Mr. Irmgard Tummers

Informatie en contact Voor tips
of vragen kunt u contact
opnemen met
anja.rudnick@zuyd.nl

Website

[www.zuyd.nl/onderzoek/lectoraten/
sociale-integratie-cesrt](http://www.zuyd.nl/onderzoek/lectoraten/sociale-integratie-cesrt)

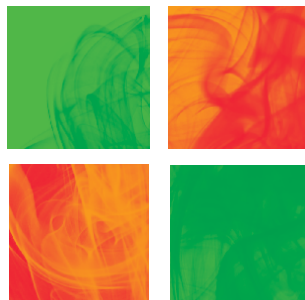
Zuyd Onderzoek

Academie voor Sociaal Werk
Lectoraat Sociale Integratie

Ligne 1
6131 MT Sittard
Postbus 69
6130 AB Sittard

Colofon

Uitgave Lectoraat Sociale Integratie
Vormgeving *leuke*DESIGN, Susteren





Werkplaats Sociaal Domein
Zuyd

Lectoraat
Sociale
Integratie

**ZU
YD**