

## **Discussienota 'Zorg voor de toekomst', ministerie van VWS. Internetconsultatie**

### **Bijdrage van de Beroepsvereniging Professionals in Sociaal Werk (BPSW)**

#### **Reactie op de vijf vragen**

##### **Vraag 1: Herkent u zich in de drie thema's als de thema's waar de komende jaren meer verandering op nodig is?**

De BPSW onderschrijft het belang van de drie thema's in de discussienota Zorg voor de Toekomst. De BPSW levert graag een bijdrage aan de drie thema's, zowel aan oplossingen van de knelpunten als aan het meewerken aan de geschetste beleidsopties.

De BPSW verwacht dat het mogelijk is de volumegroei van de zorg af te remmen en ziet daartoe de volgende mogelijkheden:

- Het beter benutten van de eerste lijn zodat er minder doorverwezen hoeft te worden naar de (duurdere) tweede lijn.
- Investeren in de-medicaliseren van de zorg en in het aanpakken van sociaal-maatschappelijke problemen.
- Het stelsel van zorg en welzijn vanuit een drievoudig perspectief op gezondheid in richten: naast aandacht voor lichamelijke en mentale gezondheid ook voldoende aandacht voor sociale gezondheid. Zie ook de bijlage bij deze reactie van de BPSW: 'Het belang van sociaal werk voor sociale gezond'(2020);<sup>1</sup>
- Het bevorderen van sociale gezondheid biedt ook kansen voor meer opbrengsten van 'primaire' preventie;
- Er kan meer gebruik worden gemaakt van bestaande netwerken die burgers al hebben of organiseren.
- Meer investeren in de 'empowerment' van kwetsbare burgers en kwetsbare omgevingen.
- Individuele (gezondheids-)problematiek niet uitsluitend herleiden tot een persoonlijke verantwoordelijkheid. Het accent ligt in de nota relatie sterk op persoonsgerichte zorg; benut ook beter de mogelijkheden van omgevingsgerichte zorg.
- Meer aandacht voor de relatie tussen sociaaleconomische ongelijkheid en het effect op gezondheid. Deze ongelijkheid heeft vaak complexe oorzaken en overstijgt de individuele mogelijkheden de oorzaken te beïnvloeden. 'Zolang we die complexe ongelijkheid niet adresseren, zal de aanpak van het probleem, geen succes hebben.'<sup>2</sup>

---

<sup>1</sup> Zie voor de sociale determinanten van gezondheid ook: <https://www.ifsw.org/health/>

<sup>2</sup> RVS (2020). Gezondheidsverschillen voorbij. Complexe ongelijkheid is een zaak van ons allemaal. <https://www.raadrvs.nl/documenten/publicaties/2020/10/3/gezondheidsverschillen-voorbij>

---

**Vraag 2: Herkent u de knelpunten die op bij de drie thema's worden genoemd, of missen er nog belangrijke knelpunten?**

De BPSW herkent de verschillende knelpunten per thema. In onderstaand overzicht geven we per thema een reactie op de knelpunten.

Thema 1. Preventie en gezondheid

*'Moral hazard' gedrag bij aanbieders van zorg.*

De BPSW herkent dat de focus vaak op fysieke gezondheid ligt en dat het goed is als er meer aandacht komt voor de samenhang tussen fysieke, mentale en sociale gezondheid. Meer aandacht voor sociale gezondheid biedt ook kansen voor een kostenbeheersing omdat het veelal behoort tot goedkopere eerste lijn en daarmee ook kan bijdragen aan het minder doorverwijzen naar het duurdere aanbod in de tweede lijn waar het veelal over fysieke en mentale gezondheid gaat. En met name bij het aanbod dat fysieke en mentale gezondheid beoogt te bevorderen kenmerkt het verdienmodel zich door een vergoeding per verrichting. Er is veel onderzoek uit de zorg economie beschikbaar waaruit blijkt dat een dergelijk verdienmodel onvermijdelijk 'moral hazard' gedrag oproept bij aanbieders: in de zorgdriehoek vrager, aanbieder en financier kunnen vrager en aanbieder aantallen verrichtingen afspreken die nauwelijks vatbaar zijn voor volumebeperking. Ook de kosten van het aanbod van diensten die sociale gezondheid bevorderen zijn veel beter met vormen van budgetfinanciering te maximeren. Overigens kan er ook nog meer ingezet worden op het veranderen van 'moral hazard' gedrag bij vragers van zorg: met name op 'het normaliseren' (en accepteren) van tijdelijke gezondheidsongemakken/-problemen.<sup>3</sup>

Voorts adviseren wij de schaduwkanten van marktwerking in zorg en welzijn aan te pakken. In beginsel zijn zorg en welzijn geen producten die op een markt 'verhandeld' moeten worden. De markt van zorg en welzijn voldoet ook niet de voorwaarden die aanwezig moeten zijn om marktwerking mogelijk te maken.

*Onderinvestering in preventie.*

Dat preventieve arrangementen vaak sluitpost zijn bij de financiering van zorg en welzijn is al decennialang het geval. Indien de kosten-baten analyses van preventie beter laten zien dat de investeringen in preventie de moeite waard zijn, zal het investeren in preventie mogelijk toenemen. Terecht concludeert de discussienota dat 'opbrengsten niet altijd zichtbaar zijn'. Het is essentieel de economische en welzijnswinst beter in beeld te brengen. Voor het sociaal werk zijn daarover cijfers beschikbaar, o.a. van The International Federation of Social Work en recent van de Erasmus School of Economics.<sup>4</sup>

Preventie is bij uitstek een aandachtsgebied voor het sociale domein waar sociale professionals deskundig zijn op het bewerken van gedragsverandering en het ondersteunen en verbeteren van sociaal functioneren van burgers.

*Onduidelijke verantwoordelijkheden.*

De onderinvestering in preventie hangt samen met de soms onduidelijke verantwoordelijkheden:

---

<sup>3</sup> Zie bijvoorbeeld het pleidooi van psychiater De Wachter (2019). De kunst van het ongelukkig zijn.

<sup>4</sup> The International Federation of Social Workers (IFSW) berekende een return on investment voor investeringen in sociaal werk. Van iedere geïnvesteerde dollar komt drie dollar terug in economische voordelen: <https://www.ifsw.org/what-is-social-work/>; Erasmus School of Economics (SEOR). Meta-analyse businesscases Sociaal Werk (2020).

wie is verantwoordelijk, wie neemt initiatief en wie coördineert? Ook hier is een sociaal perspectief op gezondheid nodig. De in de discussienota genoemde sympathieke optie van een (nieuwe functie) POH-preventie heeft mogelijk als risico dat preventie te eenzijdig vanuit het perspectief op lichamelijke gezondheid wordt benaderd. Dat is doorgaans een sterk op het individu gericht

perspectief. Bij preventieve arrangementen is het juist belangrijk dat persoonlijke omstandigheden niet uitsluitend tot een persoonlijke verantwoordelijkheid worden herleid. Met name preventieve collectieve arrangementen gericht op het samenleven in wijken en buurten bieden goede kansen om met de inzet van preventie ook tot lagere zorgkosten te komen.

Het door de discussienota voorgestelde regionaal preventiefonds kan een goede bijdrage zijn aan het adresseren van verantwoordelijkheden voor de financiering van preventie. Fondsfinanciering draagt echter vaak een projectkarakter, er is ook structurele financiering van preventieve voorzieningen nodig.

#### *Krachtiger inzetten op de aanpak van sociale problematiek en sociale marginalisatie*

Meer dan een kwart van de Nederlanders wordt in diverse onderzoeken tot de ‘achterblijvers’ gerekend. Sociale marginalisatie brengt ook veel maatschappelijke en gezondheidskosten met zich mee.

Graag brengt de BPSW hier twee belangrijke publicaties onder de aandacht: het rapport van de RVS, waarin sterk gepleit wordt voor meer oog voor de relatie tussen gezondheid en sociaal-economische ongelijkheid en complexe problematiek.<sup>5</sup> En het rapport van de Wiardi Beckmanstichting over sociale marginalisatie:

‘Sociale marginalisatie is een ingewikkeld probleem in onze samenleving. Maar er zijn wel manieren om er iets tegen te doen. Lokale bestuurders kunnen bijvoorbeeld zorgen dat iedereen mee kan doen aan activiteiten die in de gemeente georganiseerd worden, van sport en het verenigingsleven tot vrijwilligerswerk. Daar moeten ze dan wel in investeren.’<sup>6</sup>

De BPSW onderschrijft het belang van een krachtiger aanpak van sociale problematiek en sociale marginalisatie. Ook daarvoor is een goede integrale samenwerking tussen professionals uit het zorg en welzijnsdomein van belang. Dat kan bevordert worden door een gemeenschappelijk ‘handelingskader’: bijvoorbeeld door een consequent werken vanuit het concept van positieve gezondheid en door het werken vanuit gemeenschappelijke waarden die gevonden worden in bijvoorbeeld de sociale mensenrechten: naast het recht op gezondheid gaat het ook om het recht op wonen, op bestaanszekerheid, op onderwijs. Sociaal werkers worden tijdens hun studie met dit handelingskader opgeleid en zijn dus geoefend in zo’n brede blik.

## Thema 2. Organisatie en regie

### *Belangentegenstellingen kunnen verbeteringen in de organisatie van de zorg belemmeren.*

De BPSW herkent dit knelpunt en ziet dat het zich onder andere voor doet bij de mogelijkheden zorg te verplaatsen van de tweede naar de eerste lijn.

Bij het verplaatsten van zorg naar de eerste lijn kan meer gebruik gemaakt worden van psychosociale en materiële hulpverlening waar sociaal werkers (maatschappelijk werkers) voor zijn opgeleid. Daarvoor is wel nodig dat (met name) gemeenten bereid zijn de psychosociale begeleiding te

<sup>5</sup> RVS (2020). Gezondheidsverschillen voorbij. Complexe ongelijkheid is een zaak van ons allemaal.  
<https://www.raadrvs.nl/documenten/publicaties/2020/10/3/gezondheidsverschillen-voorbij>

<sup>6</sup> <https://www.wbs.nl/publicaties/sociale-marginalisatie-een-complexe-samenleving>

financieren: sinds de decentralisaties zijn vormen van psychosociale hulpverlening vaak verdwenen waardoor wijkteams bijvoorbeeld eerder moeten verwijzen naar de tweede lijn.

Er zijn steeds meer cijfers beschikbaar over de omvang van psychosociale problematiek. Als pars pro toto kan de uitspraak van huisarts Charles Wijnands gelden:

*“Ik werk als huisarts in een achterstandswijk in Maastricht. Ik merk dagelijks dat mijn patiënten veel problemen op allerlei fronten hebben: financieel, psychisch, opvoeding, lichamelijke gezondheid, enz. Met name op het gebied van het sociale functioneren.”<sup>7</sup>*

Het CPB rapport (2020) over de wijkteams en de POH-jeugd laat voorzichtig zien dat de eerste lijnszorg de inzet van gespecialiseerde en duurdere zorg van de tweede lijn kan voorkomen.<sup>8</sup> Het blijkt dat gemeenten waar veel kinderen wijkteamhulp ontvangen, het aantal kinderen met tweedelijns hulp minder sterk stijgt dan in gemeenten waar weinig of helemaal geen wijkteamhulp is. Dit verschil is het grootst voor ‘hulp met verblijf’: in gemeenten met veel wijkteamhulp is het aantal kinderen dat hulp met verblijf ontvangt in 2018 11 procent hoger dan in 2013; in gemeenten met weinig of geen wijkteamhulp is dit aantal in dezelfde periode gestegen met 25 procent.

Omdat er per saldo nog sprake is van volumegroei in met name de jeugdzorg zijn de gewenste kostenreducties nog niet gerealiseerd maar de volumegroei is bij goed functionerende wijkteams wel minder geweest dan in gemeenten zonder dergelijke wijkteams. Het CPB acht het mogelijk dat een meer uitgesproken effect van de wijkteams en de praktijkondersteuners op het zorggebruik zich pas de komende jaren manifesteert.

Overigens kan hier ook sprake zijn van een ‘bijwerking’ van de decentralisaties: door zorg dichterbij de vraag te organiseren, kan de vraag ook toenemen in plaats van via maatwerk afnemen.

*Schotten tussen verschillende zorgsoorten kunnen een obstakel vormen om de zorg goed te organiseren.*

Ook hier geldt dat vrijwel alle sociale gezondheid en een deel van de mentale gezondheid overwegend begrotingsgefinancierd zijn (voor rekening van de gemeenten) en de fysieke gezondheid en langdurige zorg grotendeels premiegefinancierd. Deze schotten belemmeren een integrale aanpak. Ook voor meer investeren in (primaire) preventie is ontschotting gewenst.

Het feit dat begrotingsgefinancierde wijkteams vaak parallel aan de overwegend door verzekeraars gefinancierde medische zorgcentra/huisartsenpraktijken opereren terwijl er een gedeeltelijk overlap aan taken is, is een variant van dit probleem: psychosociale hulpverlening door een maatschappelijk werker wordt gefinancierd door de gemeenten en psychosociale hulpverlening door een POG-GGZ door de verzekeraar. Ook hier is ontschotting gewenst.

*Multiproblematiek vraagt coördinatie en regie.*

De toename van multiproblematiek en (dure) multiprobleemhuishoudens vraagt ook een goede integrale aanpak zonder schotten in de financiering en deelbelangen van aanbieders.

De multiproblematiek/comorbiditeit bij problematische schulden geeft een goed beeld van de specifieke expertise die nodig is om een vorm van coördinatie en regie te voeren. De BPSW acht daarom deze conclusies uit de nota ‘De juiste zorg op de juiste plek’ van groot belang:

*‘Verschillende studies tonen samenhang tussen schulden en bijvoorbeeld de mentale gezondheid (depressie), drank- en drugsproblemen, hoge bloeddruk, et cetera. Ter voorbeeld: alle*

<sup>7</sup> Citaat uit de discussienotitie ‘De juiste zorg op de juiste plek’ (2018).

<https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2018/04/01/de-juiste-zorg-op-de-juiste-plek>

<sup>8</sup> <https://www.cpb.nl/sites/default/files/omnidownload/CPB-Notitie-Wijkteams-en-praktijkondersteuners-in-de-jeugdzorg.pdf>

---

*uitkeringsgerechtigden samen nemen 58,2 procent van de kosten van de geestelijke gezondheidszorg voor hun rekening. Mensen met schulden hebben te kampen met stress en dusdanige problemen die ervoor zorgen dat zij minder ontvankelijk zijn voor interventies vanuit het zorgdomein of sociaal domein die de gezondheid bevorderen. Deze klachten zijn groter bij langdurige schulden en lijken te verdwijnen als de schuld daalt. Investerings op het gebied van huisvesting, inkomensondersteuning, ondersteuning bij voeding en care coordination & community outreach hebben een positief effect op gezondheidsuitkomsten en uitgaven aan zorg en ondersteuning. Professionals in het sociaal domein hebben dagelijks te maken met burgers waar zowel gezondheidsproblemen als financiële problemen bestaan. Daarbij past de opdracht aan gemeenten om vanuit het sociale domein geïntegreerde maatwerkoplossingen aan burgers te bieden (zie ook art. 2.1.2, WMO 2015). (Vroegtijdige) integrale hulp aan burgers voorkomt een grotere zorgvraag en verlaagt kosten, en is daarmee een deelthema van 'zorg op de juiste plek'.<sup>9</sup>*

### Thema 3. Vernieuwing en werkplezier

#### *Te hoge werkdruk.*

Naast de hoge werkdruk door arbeidsmarkttekorten blijft het belangrijk de hoge administratieve lastendruk aan te pakken, ook voor sociale professionals in bijvoorbeeld de jeugdzorg en de gehandicaptenzorg. Er zijn diverse goede actieprogramma's (Ontregel de zorg, Zorg voor de Jeugd) die enig effect lijken te sorteren maar is nog meer vermindering van lastendruk nodig. Ook als BPSW dragen we daaraan bij. Het besef dat het *vertrouwen* van professionals daadwerkelijk goedkoper is dan het *controleren*, dringt nog maar moeizaam door. Initiatieven als de Doorbraakmethode van het Instituut van Publieke Waarden (IPW) zijn goede pogingen meer professionele ruimte te creëren in nog steeds te bureaucratische contexten. De BPSW is een samenwerking gestart met IPW om professionals te trainen meer gebruik te maken van hun discretionaire ruimte.

#### *De relatie tussen werkdruk, arbeidsmarkttekorten agressie tegen professionals.*

Een door de discussienota nog niet genoemd aspect van werkdruk en arbeidsmarkttekorten is de toenemende agressie tegen professionals (ook) in het sociaal domein. Uit een groot onderzoek van de BPSW onder meer dan 4000 professionals in sociaal werk blijkt dat vrijwel alle professionals hiermee te maken hebben. Gerichtte acties om dit probleem aan te pakken zijn nodig.<sup>10</sup>

#### *Moeizame gegevensuitwisseling.*

Met betrekking tot de (vermeende) terughoudend van professionals bij gegevensuitwisseling om meer integrale samenwerking mogelijk te maken, is het belangrijk dat professionals voldoende kennis hebben van vigerende wet- en regelgeving en van hun beroepscode. Er is feitelijk voldoende ruimte op functionele gronden gegevens te delen. Ook is er nieuwe wetgeving (op komst) die gegevensdelen beoogt te vereenvoudigen. De BPSW heeft aan de bijbehorende wetsconsultaties deelgenomen (bijvoorbeeld WAMS) en constateert dat een deel van de (nieuwe) wetgeving eigenlijk niet nodig is indien de mogelijkheden die de huidige wetgeving biedt beter worden benut.

---

<sup>9</sup> Citaat uit de discussienotitie 'De juiste zorg op de juiste plek' (2018).

<https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2018/04/01/de-juiste-zorg-op-de-juiste-plek>

<sup>10</sup> <https://www.bpsw.nl/actueel/nieuws/item/onderzoek-rtl-nieuws-en-bpsw-bijna-alle-sociaal-werkers-hebben-te-maken-met-intimidatie-en-agressie/>

*Vernieuwing door digitalisering.*

Sociale en zorgprofessionals lopen niet voorop als het gaat om de inzet van nieuwe (digitale) technologie maar de BPSW ziet dat veel sociale professionals mede door corona veel vormen van 'blended' werken hebben ontwikkeld die ook na corona gebruikt blijven worden. De BPSW stimuleert middels scholing, training en deelname aan vernieuwend wetenschappelijk onderzoek naar nieuwe methoden en technieken, de beroepsinnovatie.

**Vraag 3: Welke beleidsopties die genoemd worden bij de drie thema's leveren volgens u een belangrijke bijdrage aan de houdbaarheid van ons zorgstelsel?**

De BPSW ziet de volgende vier beleidsopties als belangrijke bijdragen aan de houdbaarheid van het zorgstelsel:

*1. Een krachtige sociale basis en integrale aanpak van sociale problematiek / een 'Spil in de wijk'.*

De BPSW adviseert om een 'krachtiger investering in de sociale basis' en 'vroegtijdige aanpak van sociale problematiek' geen abstracties te laten zijn maar daadwerkelijk te operationaliseren in concrete beleidskeuzes. Wij zien voor het sociaal werk veel mogelijkheden bij te dragen aan het vormgeven van de operationalisering van beide beleidsvoornemens. Het bevorderen van sociaal functioneren van burgers biedt kansen die nog niet ten volle worden benut.

Een integrale aanpak van zorg en welzijn blijkt in de praktijk vaak moeilijk: medische professionals zetten niet snel een sociale bril op. In het programma Welzijn op Recept zien we een goede poging die integrale aanpak van zorg en welzijn te bevorderen. Vanuit de BPSW gaan we professionals trainen in dit concept. Overigens wordt ook hier zichtbaar dat er blijkbaar eerst 'medische taal' nodig is om het 'aanbod' van bijvoorbeeld sociaal werkers op het netvlies van de medische professionals te krijgen.

Ook het al genoemde concept van 'Positieve Gezondheid' kan een betere samenwerking tussen de domeinen zorg en welzijn bevorderen. Het is ook voor sociaal werkers een belangrijk concept. Het doorverwijzen naar de tweede lijn kan verminderd worden door een 'sociale huisarts' d.i. bijvoorbeeld een sociaal werker. Er kan veel winst geboekt worden door betere samenwerking tussen de 'generalistisch' werkende huisarts en een 'generalistisch' werkende sociaal werker, die beiden de perspectieven van persoonsgerichte en omgevingsgerichte zorg combineren.

Twee voorbeelden:

Het project 'Even Buurten' in Rotterdam worden middels de methodiek Wijkgericht Integraal Werken goede resultaten behaald. Als een vorm van omgevingsgerichte zorg worden er veel vrijwilligers en informele hulp in gezet.<sup>11</sup>

Een ander indrukwekkend voorbeeld komt van sociaal werker Pauline Calmez die in 2 jaar tijd organiseerde dat meer dan 1000 jongeren zich vrijwillig inzetten voor eenzame en kwetsbare Rotterdammers. Zij heeft meer dan 300 hulpprojecten opgezet en ruim 2000 mensen kunnen helpen. Dan gaat het om maatschappelijke problemen als eenzaamheid, hyperindividualisme, polarisatie en vergrijzing bij de vrijwilligers.<sup>12</sup>

<sup>11</sup> <https://www.beteroud.nl/lokaal-samenwerken/even-buurten-toolbox>

<sup>12</sup> <https://www.bpsw.nl/actueel/nieuws/item/pauline-calmez-wint-de-allereerste-zorgwelzijn-award/>

## *2. De sociale basis op orde.*

Het is begrijpelijk dat vanwege het relatief grote aandeel van de medische zorgkosten in het totaal van de kosten voor zorg- en welzijn, ook in deze discussienota het accent (nog steeds) sterk op het medische discours ligt. Toch is er veel te winnen als de ontschotting tussen het (medische) zorgdomein en de overige zorgdomeinen (GGZ, gehandicaptenzorg, forensische zorg) en het welzijnsdomein verder wordt doorgezet.

Daarbij is het belangrijk dat de professies uit beide domeinen over en weer bekend zijn en herkend worden. De discussienota articuleert de relevante sociale professionals te weinig. De medische professies worden duidelijk benoemd maar de sociale beroepen worden niet met een concrete

beroepsnaam genoemd: sociaal werkers komen in de hele nota niet voor.<sup>13</sup> Een enkele keer wordt een 'wijkteam' benoemd maar niet de diverse sociale professies in zo'n team.

Als deze bij de naam genoemd worden wordt het 'welzijnsveld' van een abstractie ontdaan en zullen sociale en medische professies elkaar eerder vinden.<sup>14</sup> Een goede integrale samenwerking veronderstelt helderheid over alle betrokken professies, dus ook over relevante sociale professionals als sociaal werkers (opbouwwerkers, maatschappelijk werkers, jongerenwerkers, ggz-agogen, woonbegeleiders crisisopvang, begeleiders gehandicaptenzorg, etc.). Er zijn in Nederland meer dan 100.000 sociale professionals actief (inclusief het jeugddomein), die opgeleid zijn als sociaal werker. Deze professionals zijn de Haarlemmerolie voor een betere samenwerking tussen de zorg en welzijnsdomeinen.

## **Vraag 4 : Heeft u concrete suggesties om bepaalde opties nader te concretiseren en praktisch vorm te geven?**

### *Kwaliteitskader en een 'sociaal-medische kaart' voor een krachtige sociale basis.*

In het verlengde van het herkenbaar maken van de betrokken sociale professies zodat de integrale samenwerking tussen het sociale en het zorgdomein beter van de grond komt, pleit de BPSW voor een Kwaliteitskader 'sociale wijkinfrastructuur' en een 'sociaal-medische kaart' per gemeente en/of regio. Zo'n 'kaart' zal belemmerende abstracties als 'welzijn', 'wijkteam' of 'sociale basis' wegnemen dan wel concreet maken. In overleg tussen de BPSW en het Zorginstituut hebben we ook gepleit voor een 'sociaal-medische kaart' om met name de medische professionals beter zicht te geven op de beroepen die sociale gezondheid bevorderen.<sup>15</sup> Het zijn nu nog te vaak gescheiden werelden.

### *Regievorming om coördinatie tussen de domeinen te bevorderen.*

Er is ook meer regievoering nodig, die mogelijk beter door sociale professionals dan door medische professionals uitgevoerd kan worden. Als we de medicalisering en het primaat van het medische perspectief willen doorbreken is er een integraal perspectief op de gezondheid van mensen nodig. Zo'n coördinerende rol of regievoering op microniveau vraagt om specifieke expertise, die bijvoorbeeld aanwezig is bij casemanagers. Het 'voeren van regie' in complexe situaties is een taak die belegd moet worden bij professionals die voor deze taak zijn opgeleid. Het is belangrijk dat er

<sup>13</sup> Er is in de discussienota één keer sprake van een maatschappelijk werker

<sup>14</sup> We zagen dat primaat van het medisch model ook bij één van de voorlopers van deze discussienota: de nota 'De juiste zorg op de juiste plek' bepleit ook een betere samenwerking tussen het sociaal- en het zorgdomein maar de Taskforce die de notitie schreef bestond uitsluitend uit medische expertises; sociale professies/expertises ontbraken volledig in de Taskforce.

<sup>15</sup> De sociaal-medische kaart wordt ook bepleit door discussienota 'De juiste zorg op de juiste plek'.

specifieke eisen worden gesteld aan de competentie 'regie voeren'.

Een goed voorbeeld van regie voeren is de veelbelovende aanpak van 'Eén gezin, één plan'. Maar deze aanpak lijkt in de praktijk te stagneren mede omdat een formele grondslag voor het voeren van regie ontbreekt. Een dergelijke functie zou (weer) beter gefaciliteerd moeten worden. Er is veel problematiek waarbij 'domein overstijgend werken' noodzakelijk is.

*Nog een aanvulling bij de 'Spil in de wijk' en een nieuwe poortwachtersfunctie.*

Een betere samenwerking tussen sociaal- en zorgdomein vraagt ook om een meer integraal perspectief van de poortwachterfunctie: deze functie is nu belegd bij

- de huisarts die met name toegang bepaalt tot de medische tweede lijn;
- bij de gemeenten middels een medewerker/beslisser toegang;
- bij verzekeraars of het CIZ.

Deze drie poortwachterfuncties zijn sterk vormgegeven vanuit een - korte termijn - kostenbeheersfunctie waarbij de schotten tussen de financieringsstromen een grote rol spelen. De 'botsende logica's' die nu mede bepalend zijn voor de vormgeving van de poortwachtersfunctie zijn goed beschreven door de RVS(2019).<sup>16</sup>

Een verbreding van de poortwachtersfunctie zodat een integraal perspectief op gezondheid mogelijk wordt, vraagt om een meer onafhankelijk vormgegeven functie waarvoor ook een specifieke (nieuwe) opleiding gevolgd zou moeten worden. Zo'n integraal werkende poortwachter dient voldoende kennis te hebben van de 'sociaal-medische' kaart en tevens kunnen analyseren wat de wisselwerking is tussen individu en omgeving. Daarvoor is het nodig ook naar sociale determinanten van gezondheid te kijken, zoals de RVS bepleit:

'Door het nationale beleid vooral te richten op individuele leefstijl en gedrag wordt in feite vooral het symtoom bestreden en niet de kwaal. Zoals we het welzijnswerk geleerd hebben om te kijken naar de vraag achter de vraag, moeten we in relatie tot gezondheidsverschillen kijken naar de oorzaken achter de oorzaken.'<sup>17</sup>

*Intensiveren van samenwerking in de regio.*

De BPSW is van mening dat voor een beter samenwerken in de regio ook het probleem van de regionale discontinuïteit opgelost moet worden. Alle regio's zijn per maatschappelijke functie weer anders ingericht, dat maakt een goede samenwerking bij hulp en begeleiding er niet makkelijker op. Lector Bauke Koekkoek geeft in zijn boek *De kwestie verwarde personen* een goed voorbeeld: als een dakloze met verward gedrag ergens wordt aangetroffen (uiteraard zonder woonplaats) is de politie betrokken (verdeeld in 10 regio's), de publieke gezondheidszorg (verdeeld in 25 regio's), de acute zorg (verdeeld in 11 regio's) en de acute psychische zorg die weer verdeeld is in 28 regio's. Dan zijn er nog 43 centrumgemeenten en 34 veiligheidshuizen.<sup>18</sup> Het terugbrengen van deze te grote regionale discontinuïteit is nodig om integrale samenwerking tussen de domeinen te verbeteren.

---

<sup>16</sup> RVS(2019). Complexe problemen, eenvoudige toegang.

<https://www.raadrvs.nl/documenten/publicaties/2019/12/12/complexe-problemen-eenvoudige-toegang---botsende-waarden-bewuster-afwegen>

<sup>17</sup> RVS (2020). Gezondheidsverschillen voorbij. Complexe ongelijkheid is een zaak van ons allemaal.

<https://www.raadrvs.nl/documenten/publicaties/2020/10/3/gezondheidsverschillen-voorbij>

<sup>18</sup> Bauke Koekkoek (2019). De kwestie verwarde personen. Tielt: Lannoo.

Zie ook <https://www.bpsw.nl/actueel/columns/het-wordt-een-zooitje-iedereen-krijgt-ruzie-met-elkaar/>



---

## **Vraag 5 : Welke beleidsopties ontbreken er nog?**

### *Bevorderen van gemeenschappen.*

Voor het beter benutten van de netwerken die burgers zelf hebben alsmede voor het bevorderen van empowerment van (kwetsbare) burgers en sociale gemeenschappen, kan er meer gebruik gemaakt worden van nieuwe wetenschappelijke inzichten en evidence-based methoden waarin de nieuwe generatie sociaal werkers zijn opgeleid. Bijvoorbeeld methoden die ingezet kunnen worden voor community development en het versterken van sociale cohesie zoals de internationaal ook succesvolle methoden Asset Based Community Development (ABCD)-methode en de Capability Approach.

### *Nieuwe interventies op basis van wetenschappelijk onderzoek.*

De hoge verwachtingen die er sinds de decentralisaties bestonden van het meer benutten van de 'zelfredzaamheid' van burgers zijn niet ingelost. Zie daarover diverse recente onderzoeken, waaronder van het SCP (2020) en al in 2017 de WRR.<sup>19</sup> Eén van de verklaringen is dat het gedrag van kwetsbare burgers veel meer dan vroeger werd aangenomen, bepaald wordt door een te hoog stressniveau. Ook hier is er in toenemende mate wetenschappelijk onderzoek beschikbaar dat omgezet wordt in nieuwe methoden en werkwijzen die door professionals in het sociaal werk worden ingezet. Denk aan de diverse nieuwe vormen van stress-sensitieve dienstverlening, waaronder Mobility Mentoring, die nieuwe en effectievere vormen van kortdurende psychosociale hulpverlening mogelijk maken. Veel sociaal werkers zetten hun psychosociale -evidence based-stressdeskundigheid in om kwetsbare burgers te begeleiden in hun ontwikkeling naar meer zelfwerkzaamheid. We achten 'zelfwerkzaamheid' (of 'samenwerkzaamheid') een beter begrip dan 'zelfredzaamheid' of 'eigen kracht' (Van Ewijk, 2014).<sup>20</sup>

### *Sociale woonvormen.*

Een belangrijk vraagstuk voor de komende kabinetsperiode betreft de kosten van wonen en zorg die een gevolg zijn van de vergrijzing. Om oudere burgers zo lang en gezond mogelijk thuis te laten wonen, is er ook een sociale benadering van ouderen nodig. Een goed voorbeeld is het succesvolle initiatief van de sociaal werker van het jaar (2019) Sjef van der Klein die in Tilburg een sociale voorziening creëerde waardoor (zorg behoevende) ouderen langer thuis kunnen blijven wonen zonder te vereenzamen. Meer nieuwe sociale woonvormen of ontmoetingslocaties voor ouderen zijn nodig en kunnen ook preventief bijdragen aan de kosten van de zorgsector als gevolg van vergrijzing.

### *Samenwerkingsverbanden in de wijk.*

De mogelijkheden van samenwerkingsverbanden tussen bewonersinitiatieven in wijken en buurten, de inzet van vrijwilligers en de begeleiding door sociale professionals kunnen meer benut worden. Netwerken als LSA (bewonersgroepen, coöperaties en buurthuizen in zelfbeheer) en 'Nederland Zorgt Voor Elkaar' (NLZVE) kunnen samen met sociaal werkers de sociale basis voor het leven van burgers verbeteren. Het is bekend dat eenzaamheid ook tot lichamelijke en psychische klachten leidt. Het tijdig voorkomen van de vereenzaming van kwetsbare burgers draagt ook bij tot een daling van medische zorgkosten, o.a. vanwege een daling van bezoeken aan de huisarts om 'sociale' redenen. Dit soort netwerken bieden ook kansen om de rehabilitatie-benadering vanuit de GGZ meer in de woonomgeving en in de wijk vorm te geven, zoals o.a. bepleit door Redesigning Psychiatry. Ook voor

---

<sup>19</sup> WRR (2017). Weten is nog geen doen. Naar een realistisch perspectief op zelfredzaamheid.

<https://www.wrr.nl/publicaties/rapporten/2017/04/24/weten-is-nog-geen-doen;>

<https://www.scp.nl/publicaties/publicaties/2020/11/16/sociaal-domein-op-koers>

<sup>20</sup> Hans van Ewijk (2014). Omgaan met sociale complexiteit. Amsterdam: SWP.

gehandicaptenzorg bieden deze wijknetwerkbenaderingen mogelijkheden.<sup>21</sup> Zorgvormen die zich midden in de samenleving bevinden, met toegankelijke plekken waar mensen laagdrempelig binnen kunnen lopen. Ook deze initiatieven vragen voor het welslagen om een goede samenwerking tussen sociaal werkers, ggz-agogen, begeleiders in de gehandicaptenzorg, sociaal psychiatrisch verpleegkundigen en psychiaters.

*Bevorderen van professionele autonomie.*

De discussienota bepleit 'meer zeggenschap van zorgprofessionals'. Meer zeggenschap wordt hier gegoten in de vorm van *medezeggenschap*. Hoewel dit een goed voornemen is, is het ook belangrijk de professionals niet alleen als werknemer van een organisatie te zien. Een professional heeft een professionele identiteit *ongeacht* de aard van het dienstverband. Wij zouden het voornemen te streven naar 'meer zeggenschap' willen aanvullen met het streven naar 'meer professionele autonomie'. Er zijn momenteel een aantal goede initiatieven en wetswijzigingen<sup>22</sup> om professionals hun 'discretionaire ruimte' beter te laten benutten. Dat er in overwegend bureaucratische contexten meer maatwerk geleverd kan worden bijvoorbeeld met de doorbraakmethode van IPW zijn goede stappen. Tegelijkertijd zien we dat professionals deze ruimte om anders te gaan werken niet *vanzelf* benutten. Professionals zullen zich daarin moeten oefenen. De BPSW biedt hiertoe scholing en training aan - ook samen met partners als het IPW- maar ziet hier nog uitdagingen. Zeker wanneer (steeds vaker) sociale professionals ambtenaar worden in bijv. een wijkteam en de ambtenaren-eed hebben afgelegd. De recent in opdracht van VNG verschenen notitie over deze 'twee petten

problematiek' (hulpverlener en ambtenaar) is een goede stap om professionele autonomie te bevorderen. Deze belangrijke notitie moet nog wel meer tot leven komen in beroepshouding van sociale professionals.

Jan Willem Bruins  
(directeur BPSW)

[www.bpsw.nl](http://www.bpsw.nl)

Utrecht, 29 januari 2021

---

<sup>21</sup> VGN (2020). Visie 2030: een betekenisvol eigen leven, gewoon meedoen.

<https://www.vgn.nl/visie2030>

<sup>22</sup> Bijvoorbeeld Wet(-svoorstel) Aanpak meervoudige problematiek sociaal domein (Wams),

## Bijlage

### Position paper BPSW: Sociaal werk en sociale gezondheid (2020)

#### Het belang van sociaal werk voor sociale gezondheid

##### Samenvatting

Er is steeds meer wetenschappelijk bewijs voor het belang van het bevorderen van *sociale* gezondheid. Toch is nieuw beleid en de inzet van middelen veel vaker gericht op het bevorderen van *fysieke* en *mentale* gezondheid. Het bevorderen van sociale gezondheid leidt aantoonbaar tot goedkopere fysieke en mentale gezondheidszorg.

Sociale gezondheid gaat over sociaal functioneren. Over het belang van gezonde menselijke relaties en kunnen deelnemen aan het samenleven.

Maar juist sociale gezondheid is voor steeds meer burgers moeilijker te realiseren. Vanwege nieuwe tweedelingen in de samenleving en omdat deelnemen complexer wordt.

De beroepsvereniging van professionals in sociaal werk (BPSW) vraagt uw partij in het komende verkiezingsprogramma te pleiten voor meer balans in de investeringen in de drie vormen van gezondheid. Dat kan door sociaal werkers in te zetten, zij zijn bij uitstek de experts om sociale gezondheid te bevorderen.

Een indrukwekkend voorbeeld is sociaal werker Pauline Calmez die in Rotterdam in korte tijd meer dan 1000 kwetsbare jongeren heeft geactiveerd om vrijwilligerswerk te doen voor andere kwetsbare burgers.<sup>23</sup>

---

<sup>23</sup> <https://www.bpsw.nl/actueel/nieuws/item/pauline-calmez-wint-de-allereerste-zorgwelzijn-award/>

---

## Toelichting bij de tekst 'Het belang van sociaal werk voor sociale gezondheid'

### Het belang van 'sociale gezondheid'

Al in 1948 definieerde de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) 'gezondheid' als 'een staat van volledig fysiek, mentaal en sociaal welzijn', niet enkel als de afwezigheid van ziekte. Er is veel wetenschappelijk bewijs voor de sterke samenhang tussen deze drie vormen van gezondheid en in toenemende mate wordt het belang van de sociale determinanten van gezondheid erkend. Bijvoorbeeld in de notitie 'Gezondheid breed op de agenda van het ministerie van VWS(2020)'.<sup>24</sup> Ook de snelle opkomst van het concept 'positieve gezondheid' hanteert dit drievoudige perspectief op gezondheid.<sup>25</sup> Sociale gezondheid gaat over sociaal functioneren, over zinvol deel kunnen nemen aan de samenleving.<sup>26</sup>

Toch zien we in de uitwerking van (kabinets-) beleid dat sociaal-maatschappelijke - en gezondheidsvraagstukken in de praktijk vaak gereduceerd worden tot het perspectief van lichamelijke gezondheid of mentale gezondheid. Het derde perspectief, dat van sociale gezondheid, ontbreekt vaak.

### Sociale gezondheid staat onder druk

In toenemende mate is voor veel burgers sociale gezondheid moeilijker te realiseren. De hoogwaardige welvaartsstaat creëert een hoge mate van complexiteit waarin mensen vooral zelf hun eigen weg en plaats moeten vinden. Dit legt een grote druk op mensen, vooral op degenen die het wat lastiger hebben zichzelf te positioneren, te profileren en te verbinden. Emeritus hoogleraar Sociaal Werk Hans van Ewijk vat die toenemende complexiteit samen als "We maken een verandering door van een 'plaatsgevende naar een plaatszoekende' samenleving. Daardoor neemt de complexiteit van persoonlijk en sociaal functioneren toe." En directeur van het SCP Kim Putters wijst in zijn recente boek *Veenbrand* op nieuwe tweedelingen die in de samenleving ontstaan. Deze nieuwe tweedelingen laten zien dat sociale gezondheid verder onder druk komt te staan. Recent agendeert de Raad voor Volksgezondheid en Samenleving dit thema ook.<sup>27</sup>

Tegelijkertijd lijkt het erop dat het concept 'participatiemaatschappij' minder leidend in het maatschappelijk debat wordt dan in voorgaande jaren. Oud-staatssecretaris VWS Jet Bussemaker zegt hierover: 'Een pleidooi voor een participatiesamenleving kan dienen als een morele aansporing voor actief burgerschap en een sterke *civil society*, maar ook als een neo-

---

<sup>24</sup> [file:///H:/Downloads/gezondheid-breed-op-de-agenda%20\(1\).pdf](file:///H:/Downloads/gezondheid-breed-op-de-agenda%20(1).pdf)

<sup>25</sup> <https://iph.nl/positieve-gezondheid/wat-is-het/>

<sup>26</sup> <https://www.movisie.nl/sites/movisie.nl/files/publication-attachment/Wat-werkt-dossier-Sociaal-en-gezond%20%5BMOV-11388262-1.2%5D.pdf> Voor goede voorbeelden van de gevolgen van 'sociale terugtrekking' voor lichamelijke en psychische gezondheid, zie het werk van [https://www.rug.nl/research/portal/files/65271698/59879712\\_4067052\\_Kas\\_Neuropraxis\\_2018.pdf](https://www.rug.nl/research/portal/files/65271698/59879712_4067052_Kas_Neuropraxis_2018.pdf) Meer (internationaal) onderzoek o.a. via <https://healthleadsusa.org/the-opportunity/>; <https://www.ifsw.org/what-is-social-work/>; [https://www.epi.org/publication/books\\_exceptional\\_returns/](https://www.epi.org/publication/books_exceptional_returns/); [http://voicesforservice.org/wp-content/uploads/2016/03/Sep19\\_Econ\\_Value\\_National\\_Service-2.pdf](http://voicesforservice.org/wp-content/uploads/2016/03/Sep19_Econ_Value_National_Service-2.pdf)

<sup>27</sup> RVS (2020). Gezondheidsverschillen voorbij. Complexe ongelijkheid is een zaak van ons allemaal. <https://www.raadrvs.nl/documenten/publicaties/2020/10/3/gezondheidsverschillen-voorbij>

liberaal vertoog van zelfredzaamheid waarin de overheid afwezig is (...). Het is wenselijk de waarde van de verzorgingsstaat opnieuw te laden.<sup>28</sup>

Het SCP concludeert dat zelfredzaamheid en participatie voor een groep kwetsbare mensen te hoog gegrepen zijn. De overheid doet er verstandig aan 'de omvang van die groep niet te onderschatten en te zorgen voor een voldoende groot vangnet voor zorg en ondersteuning'.<sup>29</sup>

### **De expertise van sociaal werkers: het bevorderen van sociaal functioneren**

Sinds de corona-crisis worden sociaal werkers tot de zogenaamde cruciale of vitale beroepen gerekend. Zij zijn bij uitstek de professionals die *sociale* gezondheid bevorderen. Sociaal werkers zijn experts in het versterken van de menselijke relaties en de 'sociale basis' van de samenleving. Die sociale basis is ook een belangrijke preventieve bijdrage aan de veiligheid en leefbaarheid van wijken.<sup>30</sup>

Sociaal werkers beschikken over de volgende competenties om sociale gezondheid te bevorderen:<sup>31</sup>

- burgers ondersteunen en wegwijs maken
- voor burgers tijdelijk of langdurig zorgen
- ontwikkelen en opvoeden
- (preventief) ingrijpen en optreden
- gedrag beïnvloeden
- verhoudingen beïnvloeden
- signaleren en agenderen

De BPSW vraagt uw partij in het komende verkiezingsprogramma te pleiten voor meer balans in de investeringen in de drie vormen van gezondheid: daarvoor is een impuls nodig voor het bevorderen van sociale gezondheid.

Een investering die zich terug verdient omdat het bevorderen van sociale gezondheid preventief werkt in het voorkomen van fysieke en mentale ongezondheid.<sup>32</sup>

---

<sup>28</sup> J. Bussemaker (2019). 'Zorg als sociale kwestie', oratie LUMC. Te raadplegen via <https://www.lumc.nl/over-het-lumc/hoo/oraties-redes/2019/Oratie-Bussemaker/>

<sup>29</sup> Sociaal Cultureel Planbureau (2018). <https://www.scp.nl/HLZ>

<sup>30</sup> <https://www.movisie.nl/versterken-sociale-basis>

<sup>31</sup> H. van Ewijk (2014). Omgaan met sociale complexiteit. Amsterdam: SWP

<sup>32</sup> <https://www.rivm.nl/bibliotheek/rapporten/2020-0059.pdf>