

# De kloof tussen sociaal werk en gezondheidszorg overbruggen.

Lezing 14 april 2016: *Bridging the gap between health care and social care. International days health care and social work.* Zwolle: Windesheim University of applied sciences.

Dr. Kitty Jurrius: Associate lector NA(H)-zorg op maat, gericht op de zorg voor mensen met niet-aangeboren hersenletsel in de chronische fase.

Dr. Lineke Verkooijen: Lector Klantperspectief in ondersteuning en zorg.

Deze lezing gaat over het overbruggen van de kloof tussen sociaal werk en gezondheidszorg. We gebruiken hiervoor zowel kennis vanuit de theorie als vanuit de praktijk. We belichten dit vraagstuk vanuit het theoretisch kader van het lectoraat klantenperspectief in ondersteuning en zorg.



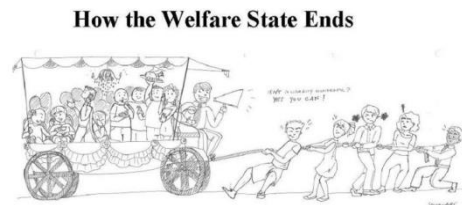
## Nederlandse context

Eerst belichten we in grote lijnen de Nederlandse context waarin zorg vandaag de dag wordt verleend. Nog niet zo lang geleden, spraken we in Nederland over de zogenaamde 'verzorgingsstaat'. De basis hiervan is dat gezonde mensen de zorg op zich nemen voor mensen die zorg en ondersteuning nodig hebben.

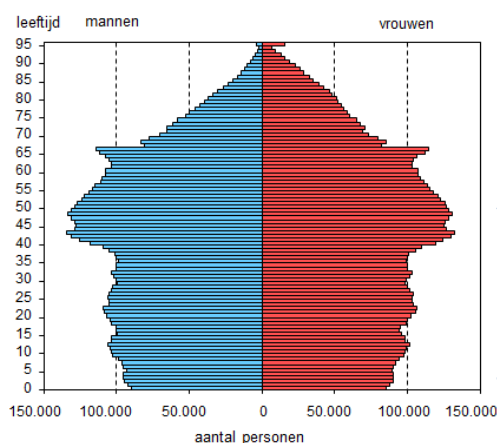
Afbeelding 1



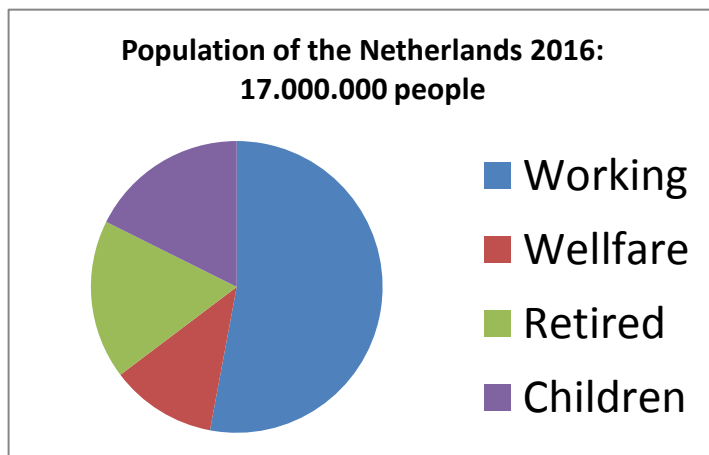
Afbeelding 2



Op afbeelding 1 'How the welfare state begins' wordt dit verbeeld, je ziet daar een klein aantal mensen dat getrokken wordt door vele anderen. Tegenwoordig bestaat er een nieuw plaatje, dat laat zien hoe de verzorgingsstaat eindigt: veel mensen moeten door anderen worden getrokken op de kar, ook mensen die daar misschien niet horen. Er zijn minder mensen die de kar kunnen voortbewegen. Afbeelding 2 staat symbool voor het probleem waar de Nederlandse samenleving voor stond met betrekking tot het gezondheidszorgsysteem.



De huidige bevolkingsopbouw in Nederland laat zien dat we veel mensen hebben in de leeftijd van 40 tot 70 jaar oud. (CBS, 2013). Dat betekent ook dat over ongeveer 30 jaar, er ongeveer 1,5 keer zoveel mensen 80 zullen zijn dan dat er mensen van 35 zijn. Het betekent dat er veel mensen zullen zijn die zorg nodig hebben, en dit moet worden opgepakt door minder mensen die geld verdienen.



Op dit moment leven er 17 miljoen mensen in Nederland. In een taartdiagram kun je zien hoeveel mensen er werken (9.000.000) en hoeveel mensen er van zorg en ondersteuning afhankelijk zijn (waaronder 3.000.000 kinderen, 3.000.000 gepensioneerden en 2.000.000 mensen die van een uitkering leven) (CBS, 2016). Grofweg gesteld: iets meer dan 50% van de bevolking zorgt voor de andere 50% van de bevolking.

Deze cijfers en toekomstvoorspellingen hebben geleid tot grote veranderingen in het Nederlandse zorgstelsel. Vanaf 1 januari 2015 hebben gemeenten meer verantwoordelijkheden gekregen in de zorg. Mensen worden gestimuleerd om meer voor zichzelf en voor hun naasten en burens te zorgen. In plaats van spreken over de verzorgingsstaat is er een nieuwe term gekomen: de participatiestaat. Dit begrip doet een beroep aan iedereen om bij te dragen aan de samenleving. Tegelijk met de veranderingen in de zorg worden bezuinigingen van 20 tot 30 procent gerealiseerd. De overheid brengt de zorguitgaven terug. Een andere maatregel is geweest dat de pensioenleeftijd is verhoogd van 65 naar 67. Dit schetst in grote lijnen de context van de huidige veranderingen in de zorg. Grote veranderingen die veel gevolgen hebben voor mensen die zorg nodig hebben.

### Kloof tussen gezondheidszorg en sociaal werk - theorie

Het thema van vandaag gaat over de kloof tussen gezondheidszorg en welzijnszorg/sociaal werk. Wat weten we al over deze kloof? Glendinning e.a. (2005) deden bijvoorbeeld al onderzoek naar de vertroebelde relatie tussen gezondheidszorg en sociaal werk. In onderstaande tabel zijn de verschillen opgenomen tussen de twee velden.

	Health care	Social care
Science field	Physics, biology, science	Sociology, Psychology, Educational sciences, Pedagogy
Professions	Doctors, nurses	Behavioural scientists, Psychologists, Social workers
Finances	Insurance	Local government
Focus on	Individual health	Behaviour, network

Zo verschillen de wetenschappelijke disciplines waar de beide velden op gebaseerd zijn. Gezondheidszorg baseert handelen en kennis op wetenschappelijke disciplines als natuurkunde, scheikunde, verpleegwetenschappen. Sociaal werk haalt theorie over het handelen uit wetenschappelijke disciplines als sociologie, psychologie, onderwijswetenschappen en pedagogiek. Deze gescheiden wetenschappelijke

disciplines hebben gevolgen voor hoe de zorg in de praktijk wordt georganiseerd. De velden verschillen ook met betrekking tot beroepen: dokters en verpleegkundigen aan de ene kant, gedragswetenschappers, psychologen en sociaal werkers aan de andere kant. Onze financieringsstructuur reflecteert ook het onderscheid tussen de velden: gezondheidszorgfinanciering vanuit verzekeringsgeld, welzijn/sociaal werk financiering vanuit middelen van gemeenten. Bij de gezondheidszorg gaat het vooral om individuele zorg, bij sociaal werk wordt gedrag en de sociale omgeving (netwerk) meer in de zorg betrokken.

Nu we ons bewust zijn van de verschillen, kunnen we ook nadenken over het overbruggen van de kloof. Er ontstaan namelijk allerlei problemen wanneer je een zorgsysteem hebt dat een splitsing maakt tussen deze twee vormen van zorg. Van Raak e.a. onderzochten deze problemen en beargumenteerden waarom er meer samenwerking moet komen tussen de verschillende vormen van zorg. Door de gescheiden velden ontstaan gefragmenteerde dienstverlening, hogere kosten van de behandeling, problemen met de continuïteit van zorg na ontslag uit het ziekenhuis (Van Raak e.a., 2003).

## Kloof tussen gezondheidszorg en sociaal werk - praktijk

Uit ons eigen onderzoek hebben we meerdere voorbeelden van verhalen van patiënten of cliënten die deze problemen bevestigen. Zoals bijvoorbeeld een man/vrouw die na het oplopen van hersenletsel enige tijd in het ziekenhuis en in de revalidatie doorbracht, maar daarna thuis tegen verschillende problemen opliep:

Onderzoeksproject:

*Acquired Brain Injury... And how are you now? (Jurrius, Loerts en Goes, 2015).*

*After I left the hospital, I first spend time in a rehabilitation center. Then I came home, but there, the problems started. I wasn't the same person anymore. I wasn't able to do the same work I did before, and I had problems organizing my life. To train my arm, I had to go back to the rehabilitation center every week but it was very difficult to get there. I could get help from the government but that required some bureaucratic steps I couldn't oversee. At the end I was so troubled, the insurance company said I had to go to the government and the government said I had to go to the insurance company. **The only thing I longed for was being able to visit my daughter and do my own groceries.***

Dit voorbeeld laat zien dat de organisatie van het zorgsysteem een probleem vormt voor iemand die probeert de draad van zijn leven weer op te pakken.

## Kloofdenken - gevaar

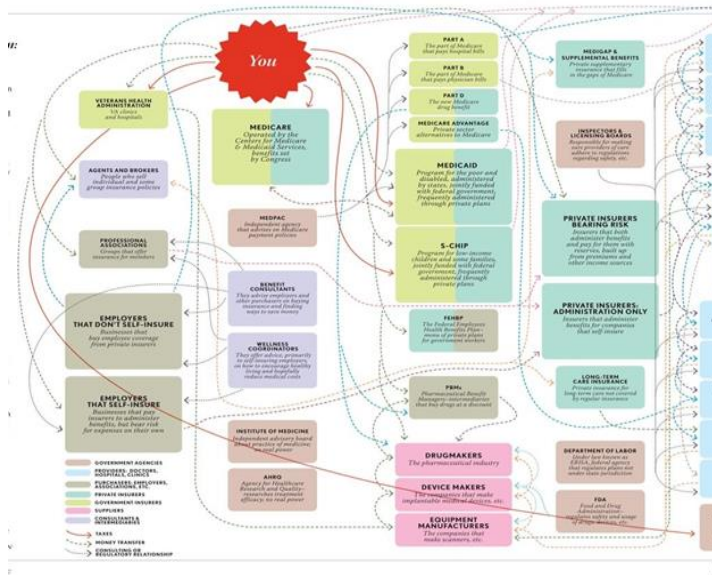
Een van de verleidingen van de dag van vandaag is dat we – zoals vandaag – na gaan denken over hoe we de kloof tussen gezondheidszorg en sociaal werk kunnen overbruggen. Hoewel dit op zich een goede stap is, moeten we eerst iets anders doen. Want de kloof overbruggen, betekent al snel dat we na gaan denken over de inrichting van verzekeringssystemen, onderwijssystemen, wetenschappelijke disciplines die meer samen kunnen werken.

Echter, hier moeten we een stap terug nemen en nadenken over wat we op dit moment aan het doen zijn. Een moment van reflectie is nodig, voordat we met deze organisatievraagstukken aan de slag gaan. Want draait de zorg om het overbruggen van een kloof? Missen we niet iets in dit raamwerk?



Health care ↔ Social care

We hopen dat iedereen nu denkt: Ja, we missen iets in dit raamwerk, want het gaat toch immers uiteindelijk om de cliënt?



Als we redeneren vanuit een kloof zijn we vooral bezig om helderheid te scheppen in hoe we als zorgsector de zorg hebben georganiseerd. Een andere manier waarop dit regelmatig wordt geprobeerd is het maken van schema's over de zorg. Er zijn in de zorg allerlei voorbeelden van schema's waarin zorgprofessionals hebben geprobeerd om duidelijk te maken hoe het zorgsysteem in elkaar zit. Vaak resulteert dat in een schema met veel pijltjes en vierkantjes, zoals bijvoorbeeld het schema hiernaast. In het midden staat degene die zorg nodig heeft en die met heel veel moeite probeert uit te vinden hoe de professionals de zorg georganiseerd hebben. De (toekomstig) patiënt of cliënt in

dit plaatje moet nogal wat moeite doen hoe we alle organisaties ten opzichte van elkaar hebben geplaatst. Soms wordt het plaatje zo gecompliceerd dat we nauwelijks meer van iemand kunnen verwachten dat die het nog begrijpt.

Maar wat is het alternatief?

## Alternatief voor het kloofdenken: zorg vanuit klantenperspectief.

In plaats van het 'overbruggen van de kloof' als ons grootste punt van aandacht, is de opdracht van vandaag meer 'Hoe verleen je zorg vanuit het perspectief van de 'klant'? Dit start met degene die zorg nodig heeft.

We maken hierbij gebruik van het theoretisch raamwerk van het lectoraat Klantenperspectief in ondersteuning en zorg (Verkooijen, 2006, 2010). Dit betekent dat de zorgverlener en de zorgvrager als twee verschillende personen worden beschouwd die uit een verschillende context komen en verschillende doelen hebben. Het doel van de zorgvrager is het leven van een goed leven, zoals door hem of haar zelf gedefinieerd. Het doel van de zorgverlener is het helpen van de persoon met de problemen die hij of zij ervaart, doorgaans in rollen als patiënt, cliënt of tegenwoordig in welzijnssector ook als burger of inwoner.

In bovenstaand voorbeeld ging het daarbij om: 'Het enige waar ik naar verlangde was mijn dochter te kunnen bezoeken en zelf mijn boodschappen te kunnen doen'. Als het leven van een goed leven in eigen ogen ons startpunt wordt van het organiseren van zorg, dan zullen alle andere stappen die we vervolgens zetten van daaruit beginnen. Het betekent een ander vertrekpunt van waaruit we zorg organiseren. We starten dan niet vanuit de wetenschappelijke disciplines, we starten niet vanuit de educatieprogramma's, we starten niet vanuit beroepen maar we starten vanuit de zorgvrager die een bepaalde behoefte heeft en daarbij hulp nodig heeft van zorgverleners.

Met andere woorden, het 'kloof denken' is het kijken naar de zorg vanuit een professioneel perspectief. Als je naar zorg kijkt vanuit een klantenperspectief dan kun je niet naar zorg kijken als een veld dat is verdeeld in

Care from the  
perspective of the patient  
*Bridging the gap between health care  
& social care*



WINDESHEIM BASIS TOEGANGELIJK NED

gezondheid en welzijn, maar kan zorg de ondersteuning bieden bij het leven van een goed leven in eigen ogen, met andere woorden zoals door de zorgvrager zelf gedefinieerd.

## Uitgangspunten klantperspectief in ondersteuning en zorg

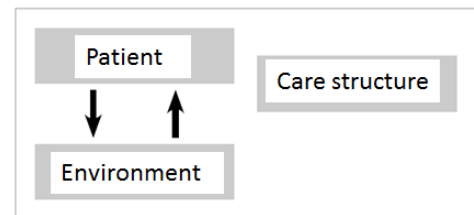
Vier uitgangspunten geven daarbij richting aan ons handelen.

### 1. Individuele diversiteit

Eerste uitgangspunt is het uitgangspunt van Individuele Diversiteit. Dat wil zeggen dat alle mensen van elkaar verschillen op een oneindig aantal punten. Dit is het beginpunt van zorg: elke persoon is een ander persoon. Iedereen moet worden gezien vanuit een nieuw perspectief en met een nieuwe blik. Zorgverleners worden getraind om altijd oog te hebben en nieuwsgierig te zijn naar het goede leven volgens de definitie van de betreffende zorgvrager.

### 2. Zorg ondersteunt het leven van een goed leven in eigen ogen.

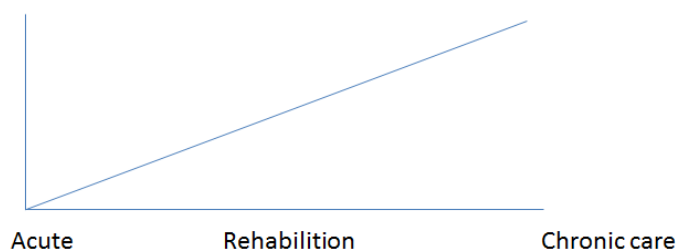
Dit betekent ook dat zorg geen verstoring vormt voor het leven van een goed leven in eigen ogen. In ons onderzoek hebben we veel voorbeelden gevonden van zorgvragers die veel energie moesten besteden aan hun relatie met de zorg en de manier waarop ze deze konden verkrijgen. Zorgvragers gaan zich tot het zorgsysteem verhouden. (Vergelijk ook Giddens, 1984, Jurrius, 2015). Maar bij het uitgangspunt dat zorg ondersteunend is aan het leven van een goed leven in eigen ogen, heeft de zorgvrager ook een (door de zorgverlener herkende) relatie met zijn omgeving. De zorgstructuur zou hier aan ondersteunend moeten zijn. Dat is wat we bedoelen met dat de zorg het leven van het leven niet zou moeten verstoren. Soms zijn cliënten zo druk met het zich verhouden tot het zorgsysteem, dat het leven van een goed leven in eigen ogen daardoor wordt verstoord.



### 3. De zorgvrager wordt actief uitgenodigd om beslissingen in de zorg te beïnvloeden.

Natuurlijk is er een verschil in welke fase zorgvragers invloed wensen (Verkooijen, 2006, 2010).

Patients desire for influence on care



We weten uit ons onderzoek dat bijvoorbeeld bij zorgvragers in de acute fase, als er sprake is van levensgevaar, er minder sprake is van (gewenste) invloed: de nadruk ligt op het redden van het leven. Als de tijd verstrijkt en de beperkingen een onderdeel van het leven worden, dan willen mensen meer invloed op de manier waarop de zorg wordt georganiseerd. Dat betekent bijvoorbeeld dat zorgverleners ook altijd zouden moeten vragen waar en wanneer de cliënt de zorg georganiseerd zou willen zien. Een van de principes die we hiervoor in het lectoraat hanteren is het principe van 'blanco luisteren'. Dit betekent dat je geen oordeel klaar hebt voordat je begint. Je probeert je eigen ideeën achter te laten. Je luistert en vraagt en probeert een compleet plaatje te krijgen van de situatie van de zorgvrager, waar de zorgvraag een onderdeel van uitmaakt.

### Een voorbeeld

John is een cliënt met hoorproblemen, die hij op latere leeftijd kreeg. Hij vertelde over zijn ervaringen met de zorg. Zijn hoorproblemen leidden bij hem tot eenzaamheid. Voorheen was hij heel actief in de kerk en in schoolbesturen. Hij had veel sociale activiteiten. Zijn gehoorproblemen veroorzaakten dat hij dat niet meer kon. Hij kwam steeds terug bij de dokter met de vraag of **zijn gehoor toestellen beter konden worden afgesteld**. Hij kreeg steeds bijgestelde en nieuwe apparaten. Maar het probleem met het vinden van een nieuwe rol in de maatschappij, ondanks zijn sterke netwerk van de kerk en vrijwilligerswerk waar veel mensen wilden helpen, werd nooit benoemd en opgepakt. Pas na jaren kwam er iemand die zich meer ging richten op de wijze waarop hij zijn leven kon opbouwen en de wijze waarop het netwerk hem daarbij kon helpen. Dit betekende een nieuw perspectief voor de manier waarop de zorg werd ingericht.

4. De zorgvrager heeft een netwerk en creatieve ideeën over wat werkt.

Dit uitgangspunt betekent een belangrijke verandering in het denken. Van vroeger uit bestaat er een zeer positieve, optimistische kijk op de mogelijkheid van professionals om de wereld te vormen. Dit voert terug naar Thomas Moore (1516), die het boek Utopia schreef. De maakbaarheid van de samenleving staat daarin centraal. Sinds die tijd heeft de overtuiging dat dingen maakbaar zijn post gevat in onze Westerse samenleving. De verzorgingsstaat was hier het ultieme voorbeeld van 'Wij zorgen dat u een goed leven heeft'. Wat de overtuiging met zich meebracht dat met name sociaal werkers, maar ook dokters en verpleegkundigen een beter leven kunnen creëren. Maar hierboven stelden we al dat het leven van een goed leven, door zorgvragers zelf wordt gedefinieerd. Het gaat om een goed leven in eigen ogen, dus vanuit hun definitie. Het is in eerste instantie niet aan de zorgverleners om te bepalen wat het goede leven is. Ze kunnen met hun hulp of behandeling natuurlijk wel invloed hebben op dit goede leven in eigen ogen.



Paradigmshift: We know what's best



## Consequenties van deze uitgangspunten voor het opleiden van zorgverleners

Wat betekenen deze uitgangspunten voor het opleiden van zorgverleners in zowel gezondheidszorg als in welzijnswerk/sociaal werk?

### Elke zorgverlener is een professionele netwerker.

Alle zorgverleners, onafhankelijk van hun specialisme, zijn allereerst onderdeel van een zorgsysteem, welke zij moeten kennen. Waar kunnen ze hulp vinden voor wat? Een zorgverlener is een actieve gebruiker van dit professionele netwerk. Studenten moeten worden opgeleid zodat zij weten wat het professionele netwerk inhoudt, vaardigheden opdoen om dit professionele netwerk te ontwikkelen en moeten zich realiseren dat zorg een netwerkactiviteit is.

Vooralsnog is dit nog geen startpunt van onze educatie. De huidige veranderingen in het curriculum van onze zorgverleners leggen hier veel meer de nadruk op. Voorheen waren we veel meer op individuele zorg gericht, samenwerken met de patiënt of cliënt, het trainen van studenten op goede gespreksvoering. Maar dit startpunt betekent dat een zorgverlener in eerste instantie iemand is die zorg verleent in een netwerk met andere zorgverleners.

### **Luisteren luisteren luisteren.**

Alle zorgverleners zouden moeten worden getraind in luistervaardigheden en iets dat ook wel 'bracketing' wordt genoemd. Mensen die onderzoek doen weten wat 'bracketing' is. Het betekent dat je een theoretisch raamwerk hebt voor je onderzoek, maar dat je – zodra je het onderzoeksveld betreedt – je dit raamwerk loslaat en probeert te ontdekken hoe het veld er uit ziet. Dit principe van 'bracketing' zouden we ook in ons werk als sociaal werkers en verpleegkundigen, zorgverleners in het algemeen moeten gebruiken. Dit betekent immers dat je eerst begint als een professioneel netwerker, dat je weet wat het netwerk te bieden heeft in zorg en mogelijkheden, maar dat je vervolgens naar je zorgvrager gaat en je blanco luistert en al die mogelijkheden voor een moment vergeet omdat je eerst wilt horen wat de betekenis is die deze persoon zelf aan zijn situatie geeft, en wat hij daarbij van jou nodig heeft. Bijvoorbeeld dat hij niet wil kunnen horen om het horen, maar om in de maatschappij te kunnen functioneren op een manier die hem gelukkig maakt.

Dit principe kunnen we ook goed toepassen in de toegepaste wetenschappen van de hogeschool. Juist onderzoek op de hogescholen leent zich om studenten vaardigheden op te laten doen op het gebied van interesse in de achtergronden van mensen, vaardigheden om vragen te stellen. Onderzoeksmethoden als 'appreciative inquiry' en 'action research' passen hierbij, omdat ervaringsdeskundige (ex)zorgvragers hierbij ook actief worden uitgenodigd om beleid in de zorg te beïnvloeden. Ideeën over vaardigheden en houding van onze toekomstige zorgverleners kunnen dus goed vertaald worden in de onderzoekslijnen binnen de curricula.

### **Waarderen van de oplossingen van zorgvragers en van zijn/haar netwerk**

Hierbij gaat het ook om goed luisteren naar de oplossingen die een zorgvrager zelf voorstelt. Denk weer even terug aan de situatie van John die in het contact met zijn dokter meerdere keren over zijn netwerk heeft verteld maar waar er toch steeds in de medische hoek werd gezocht naar oplossingen.

### **Aanbieden van de kennis van het zorgsysteem en vragen hoe dat zou kunnen ondersteunen in het leven van de zorgvrager.**

Als laatste leert de zorgverlener de kennis en vaardigheden die hij/zij heeft aan te bieden om daarmee het leven te ondersteunen. Dit kan ook betekenen dat andere zorg uit het professionele netwerk wordt ingezet.

## Referenties

CBS. (2013). *Bevolking van Nederland naar leeftijd en geslacht*. Den Haag: CBS.

Personen met een uitkering:

<http://statline.cbs.nl/StatWeb/publication/?VW=T&DM=SLnl&PA=80792NED&LA=nl> geraadpleegd april 2016

Giddens, A. (1984). *The constitution of society. Outline of the theory of structuration*. Oxford: Polity Press.

Glendinning C., Hudson B., Means R. (2005) Under strain? Exploring the troubled relationship between health and social care. *Journal of public money and management*, 25 (4) 245 – 251

Jurrius, K., Goes, I. en Loerts, M. (2015). *Hersenletsel... Hoe gaat het nu met u? Ervaring met zorg en leven van mensen met niet aangeboren hersenletsel en hun naasten*. Almere: Windesheim Flevoland.

Jurrius, K. (2015). *NA(H)-zorg op maat. Nieuwe evenwichten in de zorg voor mensen met niet-aangeboren Hersenletsel en hun naasten*. Almere: Windesheim Flevoland.

Moore, T. (1516) *Utopia*.

Van Raak A., Paulus A., Mur-Veeman I. (2003) Why do health and social care providers co-operate. *Journal of health policy*, 74 (1) 13 – 23

Verkooijen, L. (2006). *Ondersteuning Eigen Regievoering & Vraaggestuurde Zorg*. Jutrijp: Verkooijen & Beima.

Verkooijen, L. (2010). *Van inspraak naar invloed. Lectorale rede*. Almere: Health School Almere.