

Hoogleraren De Wit en Bindels in discussie over wijkgerichte zorg

Tanja Veenstra

Wijkgericht werken is het nieuwe toverwoord, waarbij preventie steeds vaker om de hoek komt kijken. Maar wat is de rol van de huisarts daarin? Waar ligt de grens van zijn verantwoordelijkheid? Wat is de evidence voor wijkgericht werken? En wat is er nodig om deze aanpak te doen slagen? Een interview met twee kopstukken uit de huisartsgeneeskunde: Patrick Bindels en Niek de Wit.

Wat houdt wijkgerichte zorg volgens jullie in?

Niek de Wit: "Bij wijkgerichte zorg gaat je verantwoordelijkheid verder dan alleen de klachten waarmee patiënten op je spreekuur komen. Het gaat erom dat je ook betrokken bent bij preventie in de wijk."

Patrick Bindels: "Veel mensen doen alsof wijkgericht werken iets nieuws is, terwijl we dat al decennialang doen en het bij onze kernwaarden hoort. Daarom hebben we ook gezondheidscentra opgezet, waarin we multidisciplinair kijken naar de patiënt. We zouden wel eens kunnen nagaan of de manier waarop we die centra inrichten nog past bij de huidige samenleving. Zitten de juiste disciplines nog bij elkaar?"

Welke rol zien jullie voor de huisarts in de wijkgerichte zorg?

De Wit: "Veel problemen, met name op het maatschappelijk vlak, kunnen wij niet oplossen, zoals Patrick afgelo-

Niek de Wit:
"We zijn formeel aan het regelen
wat we informeel zijn kwijtgeraakt"



Foto: Margot Scheerder

pen december schreef in zijn discussiestuk in het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde ('Huisartsenzorg heeft grenzen'/red). Maar dat wil nog niet zeggen dat we daarin niet zouden moeten participeren."

Bindels: "Maar zijn wij dan verantwoordelijk voor die sociale problematiek, rond ouderen bijvoorbeeld? Die ligt toch ver buiten het medische domein? De vraag is eerder hoe we het sociale domein organiseren: hoe richten we de stad in? En de mantelzorg? Maar dat is materie die niet op het bordje van de huisarts thuishoort."

De Wit: "Maar wij hebben zicht op die ouderenpopulatie, want we zien ze regelmatig in de praktijk. Hebben we daar dan geen signalerende functie te vervullen?"

Bindels: "Absoluut, maar daar ligt voor mij wel de grens. Ja, ik heb een signalerende functie en vervolgens een toeleidende rol. Als iemand bij mij komt en ik bespeur sociale problemen, dan geef ik tips voor mogelijkheden in de wijk of regio. Dat is mijn persoonsgerichte zorg, dat is mijn kernwaarde, maar de verantwoordelijkheid nemen voor het voorkomen van die problemen gaat een stap te ver."

Hoe ziet die toeleidende rol eruit?

Bindels: "Het is handig is als je op de hoogte bent van het aanbod in de wijk of regio. Ik kan me ook voorstellen dat je binnen het gezondheidscentrum activiteiten aanbiedt die aansluiten bij problemen in de wijk. In een jonge wijk met veel jeugdproblematiek, zou je jeugdzorg erbij kunnen betrekken. Waar vooral psychische problemen voorkomen, de ggz. De huisarts is voor veel mensen vertrouwd. De drempel om een psychiater te bezoeken is voor velen hoog, maar als ik een spreekuur van de psychiater in mijn praktijk heb, dan is die drempel een stuk lager."

De Wit: "Ik denk dat er een soort zorgbemiddeling moet komen op wijkniveau. Dat klinkt nogal institutioneel, maar misschien is dat wel gewoon de wijkverpleegkundige die de sociale kaart goed op haar netvlies heeft. Want ik vind ook absoluut niet dat wij dit allemaal zelf moeten gaan doen. Onze signaalfunctie vind ik wel essentieel, omdat we als geen ander onze sondes in de maatschappij hebben. We willen niet alleen de mensen met overgewicht en hoge bloeddruk en straks het myocardinfarct op het spreekuur zien, maar bij voorkeur eerder al signaleren dat het met hen niet goed gaat."

Er moet organisatorisch in elk geval het nodige veranderen?

De Wit: "Zeker, maar er is ook al veel veranderd. Aanvankelijk hadden we vooral een reactieve ouderenzorg, in de trant van: 'Als u omvalt, komen we kijken.' Vervolgens hebben we bedacht dat die zorg veel proactiever moest, want ouderen vragen niet snel om hulp en weten vaak niet wat er aan de hand is. Dat was een van de aanleidingen voor het Nationaal Programma Ouderenzorg. Maar wat je nu ziet komen, bijvoorbeeld in Utrecht, is het volgende niveau: het samenwerken in wijkgerichte teams. Zo'n team concentreert zich op een thema, zoals ouderenzorg of jeugd-GGZ. Leden van het team lopen letterlijk rond in de wijk en kijken hoe het met mensen gaat."

WIJKGERICHTE ZORG

De oplopende kosten van de zorg vormen de aanleiding voor de van overheidswege gepropageerde wijkgerichte zorg. De combinatie van gedecentraliseerde zorg (verantwoordelijkheid van overheid naar gemeente), de participatiemaatschappij (ouderen wonen langer thuis), verschuivingen in de keten (bijvoorbeeld van de lichte GGZ van de tweede naar eerste lijn) en de focus op preventie vraagt om een meer integrale aanpak van de zorg. Zorg op maat, dicht bij de patiënt, in de wijk en in samenwerking met andere zorgprofessionals. Dat kan bijvoorbeeld in een zelfsturend team op wijkniveau met, naast de huisarts, verpleegkundigen ouderenzorg, wijkverpleegkundigen, JGZ, GGZ, welzijnswerkers en andere maatschappelijke dienstverleners. De huisarts heeft hierin vaak de regierol en krijgt zo meer te maken met het sociale domein. Daarbij rijst de vraag tot waar de verantwoordelijkheid van de huisarts gaat, een thema dat sterk leeft in het veld.

Patrick Bindels is hoogleraar en afdelingshoofd huisartsgeneeskunde bij het Erasmus MC en huisarts in Amsterdam; Niek de Wit is hoogleraar en afdelingshoofd huisartsgeneeskunde bij het Julius Centrum voor Gezondheidswetenschappen en Eerstelijns geneeskunde (eerstelijnsafdeling UMC).

Bindels: "Zo werkten we vroeger toch ook? Met de wijkzuster en maatschappelijk werk? Soms met de wijkagent of de dominee erbij en dan kwam je een heel eind met je 'team'! De wijkverpleegkundige kwam de praktijk in wandelen en zei: 'Jullie moeten bij mevrouw De Boer langs, want het gaat niet goed met haar.' Dat zijn we gaandeweg dus verloren." De Wit: "Klopt, we zijn formeel aan het regelen wat we informeel zijn kwijtgeraakt..."

Hoe zit het met de evidentie van wijkgerichte zorg?

De Wit: "Voor zover voorhanden, bijvoorbeeld van het NPO, laat die zien dat wijkgerichte zorg niet beter is dan reguliere zorg. Dat verdient enige nuancering, want het ging daarbij om zelfredzaamheid en dat is een lastige parameter om te meten. Bovendien kennen we alleen nog maar het effect na een jaar." Bindels: "We zijn die evidentie nu voor de Gezondheidsraad aan het onderzoeken, met een focus op ouderen en zelfredzaamheid. Het nadeel is dat het onderzoek sterk medisch is ingestoken en een uniforme uitkomstmaat hanteert, terwijl die juist onder ouderen heel divers is. Zeker als je kijkt naar wat mensen nog wel kunnen en willen, zoals nu gangbaar is. Als je 100 ouderen vraagt wat ze nog willen, krijg je 100 verschillende antwoorden. Je moet ook niet vergeten dat de huisartsgeneeskundige zorg in Nederland al ontzettend goed is. De ruimte voor verbetering is gering."

Do's en dont's?

Bindels: "Laten we vooral niet pretenderen dat wij de rookver-



Patrick Bindels:
“Laten we vooral niet pretenderen
dat wij de rookverslaving
of de adipositasepidemie
kunnen oplossen”

slaving of de adipositasepidemie kunnen oplossen. Pretendeer het gewoon niet, want dat kunnen wij niet. Misschien moeten we de barricaden oBindels: ‘Dames en heren politici, dames en heren van de gemeente: wij gaan dit niet oplossen! Hier ligt een taak voor jullie, voor de overheid en voor de voedingsindustrie!’”

De Wit: “Kun je dat niet ook op wijkniveau doen? Stel, je hebt veel dikke kinderen in de praktijk en je ziet al die ouders met hun auto’s naar school komen, dat je dan gewoon een statement maakt? Er is bijvoorbeeld een huisarts in Friesland die haar dorp rookvrij wil maken. Dat vind ik wel iets moois hebben. En het past ook echt bij ons beroep.”

Bindels: “Als een individuele dokter dat doet, vind ik het prachtig, maar het moet geen vanzelfsprekendheid worden dat huisartsen dit doen.”

De Wit: “Maar wij kunnen toch best iets doen? We hebben als huisartsen in Rhenen het programma Gezond op Gewicht aan de Grebbe (GGG) opgezet. Met wat geld van Menzis. Twee jaar lang, hartstikke mooi. Huisartsen gingen de lagere scholen en ouderavonden langs. Dat had zo’n impact op die gemeenschap! Waarom? Omdat de dokter op een zeker moment de lunchtrommeltjes van de kinderen stond open te maken!”

Bindels: “Dan ga je terug naar de situatie waarbij je in een dorp of wijk iedereen betreft bij een bepaald probleem: de overheid, de ouders, de apotheker, de school, de supermarkt

en de dokter. Daar geloof ik wel in. Als huisarts ben je in dat geval een van de zoveel stakeholders en niet de hoofdverantwoordelijke. Het gaat dan om een gezamenlijke problematiek, waaraan je je steentje bijdraagt.”

Wat zijn de randvoorwaarden voor wijkgericht werken?

De Wit: “We hebben er natuurlijk maar heel beperkt ruimte voor. We moeten dus gefaciliteerd worden, met name als het gaat om ouderen. Als je echt een rol wilt spelen in vroegsignalering en wilt doorschakelen naar andere zorgverleners, dan moeten we daar ook de tijd en de middelen voor hebben. Dat betekent geld en extra mensen erbij of minder patiënten.”

Bindels: “Het hangt ook af van de problemen in een wijk of regio. Ik kan me goed voorstellen dat je in een dorp met 3.000 inwoners heel blij bent met 1,5 in plaats van 1 dokter. Terwijl je in de Rotterdamse wijk Feijenoord, naast meer dokters, ook meer praktijkondersteuning nodig hebt om een en ander voor elkaar te boksen.”

De Wit: “Je ziet nu gebeuren dat zorggroepen soms huisartsen, meestal kaderartsen, aannemen en een dag vrijstellen om kwaliteitswerk voor een regio te doen.”

Bindels: “Ik denk ook aan een spin in het web, een coördinator die alles regelt. Dat zou inderdaad op zorggroepniveau kunnen of op een andere manier: als er regionaal maar zo iemand komt. Het zou verder prettig zijn als de GGD zijn rol pakte. Die is perfect op de hoogte van de problematiek in de wijken,

maar heeft daar de afgelopen decennia op geen enkele manier iets mee gedaan richting eerste lijn. Er is geen enkele verbinding tussen de nulde en de eerste lijn. Dat kan veel beter.”

Wat kan de beroepsgroep doen?

De Wit: “Ik denk dat de beroepsgroep vooral behoefte heeft aan begeleiding. En we moeten gezamenlijk bedenken hoe we die wijkgerichte zorg vormgeven. De Wit: hoe we het huis van de

huisarts kunnen uitbouwen en versterken. Voor het LHV en het NHG zie ik ook een rol: ze zouden de GGD bijvoorbeeld op zijn verantwoordelijkheid kunnen aanspreken.”

Bindels: “Goed plan, want uiteindelijk ontkomen we er niet aan om veel nauwer samen te werken met andere disciplines in de wijk. Daarbij moeten we wel onze valkuil zien te omzeilen om ons overal verantwoordelijk voor te voelen.” ■