



Raad voor de Volksgezondheid & Zorg

Samenvatting deel- studies 1 t/m 4

Samenvatting achtergrondstudies deel 1 t/m 4 behorende bij het advies Regie aan de poort uitgebracht door de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Den Haag, 2012

Samenvatting deelstudies 1 t/m 4

De eerstelijnszorg op het gebied van jeugd, participatie, ggz en ouderen is sterk in ontwikkeling. We kunnen constateren dat op al deze terreinen de vraag naar zorg toeneemt en aan het veranderen is. Is het aanbod daar nu op toegerust? De verschillende deelgebieden kennen elk hun eigen problemen in de aansluiting van vraag en aanbod. Op elk deelgebied ontstaan ook nieuwe zorgmodellen, die – het geheel overziend – een aantal gemeenschappelijke kenmerken hebben.

De aansluiting tussen vraag en aanbod

Jeugd: meervoudige problemen niet altijd in beeld

Evaluatieonderzoeken in de jeugdzorg tonen aan dat veel lichte zorgvragen terechtkomen in zwaardere trajecten en dat zware zorgvragen lang niet altijd worden opgemerkt. Dit kan komen doordat veel problematiek als kindgerelateerde problematiek wordt behandeld en er in de jeugdzorg minder oog is voor oudergerelateerde problematiek. Met andere woorden: lang niet altijd is meervoudige problematiek in gezinnen in beeld. Toch blijken het specifieke ouder- en gezinskenmerken die gerelateerd zijn aan het totale gebruik van jeugdzorg: namelijk psychische problematiek bij ouders, het ontvangen van een uitkering, aanraking met de politie en de gezinsvorm (een-oudergezin).

Participatie: weinig samenwerking tussen curatieve en arbocuratieve zorg

Burgers hebben steeds meer vragen op het grensvlak van participatie en zorg. Het gaat hier om verschillende doelgroepen als werknemers, zelfstandigen zonder personeel (ZZP'ers), werklozen en mantelzorgers. Het huidige aanbod is onvoldoende toegerust op deze vragen. Zo houdt de eerste lijn onvoldoende rekening met participatie, waardoor de patiënt mogelijk te lang verzuimt en niet tijdig bij de juiste hulpverlener terecht komt. Ook schort het nog aan de samenwerking tussen de curatieve en arbocuratieve zorg.

GGZ: grote grijze gebieden in vraag en aanbod

De vraag naar psychische zorg is de afgelopen jaren behoorlijk gestegen. Psychische problematiek varieert van milde sociale problemen tot zware psychiatrie. Lang niet alle problemen vragen om gezondheidszorg, maar kunnen met welzijnsinter-

venties worden opgelost. Veel voorkomende problemen bij het zoeken naar de juiste hulp zijn:

- burgers weten niet naar welke hulpverlener zij met hun type problemen naar toe moeten. Professionals die bij uitstek geschikt zijn voor lichte problematiek zijn moeilijk vindbaar of niet direct toegankelijk.
- bij psychische klachten ontbreekt helder inzicht in de problematiek: daarvoor zoekt de burger juist hulp. Het is niet realistisch om er altijd vanuit te gaan dat de burger kan aangeven wat zijn klacht is en waar hij behoefte aan heeft. Bij chronisch zieken duurt het vaak lang voordat bijkomende psychische problemen worden onderkend.
- de huisarts heeft nauwelijks tijd en instrumentarium voor een optimale probleemanalyse en er zijn te weinig mogelijkheden om gespecialiseerde hulp te consulteren. Dit draagt bij aan onderbehandeling. Tegelijkertijd levert te snelle doorverwijzing het gevaar op van overbehandeling.

Ouderen: aanbod niet toegerust op behoefte ouderen

Intramurale voorzieningen sluiten niet aan bij de behoefte van veel ouderen om langer thuis te blijven wonen, maar extramurale voorzieningen zijn nog niet gereed om de nieuwe zorgvraag op te vangen. Het grote aantal indicaties voor een verpleeghuis heeft deels te maken met het gebrek aan alternatieven voor mensen met een zware zorgvraag. Voor ouderen met een indicatie 'verblijf' bestaat vaak niet de mogelijkheid om deze zorg thuis te ontvangen.

Nieuwe zorgmodellen

Jeugd: passende zorgmodellen voor lichte en zware zorgvragen

Opvallend is het onvermogen van de Centra voor Jeugd en Gezin om te doen waarvoor zij bedoeld waren, namelijk het geven van laagdrempelige opvoedingsondersteuning (in eerste instantie dus bedoeld voor de lichte zorgvragen). Ouders kloppen eerder aan bij de school, peuterspeelzaal en kinderopvang met vragen over de opvoeding. Sommige ouders hebben behoefte aan meer opvoedingsondersteuning dan ze nu krijgen. Dit zijn met name ouders met een laag inkomen, eenoudergezinnen en gezinnen met jonge kinderen. Het is dus niet zo dat er geen behoefte is aan de functie van laagdrempelige opvoedingsondersteuning zoals aangeboden door de Centra

voor Jeugd en Gezin, alleen het fysieke aanbod sluit vaak niet aan bij de vraag. Nieuwe zorgmodellen sluiten beter aan. Zoals het Loesloket in Enschede, dat onderdeel is van de POH-jeugd-ggz in een gezondheidscentrum met huisartsen. Ook kan een loket voor opvoedingsondersteuning in de school gesitueerd zijn of kan particulier initiatief zoals de Opvoedpoli effectief zijn. Het is belangrijk dat deze functie beschikbaar is op plaatsen waar ouders makkelijk met kinderen naar toe gaan, zoals de huisarts en de school.

Voor de zwaardere zorgvragen, die dus niet altijd in beeld zijn, is het beter outreachend te werk te gaan, bijvoorbeeld via sociale wijkteams van de gemeente, de Zichtbare Schakel via de huisarts, eerstelijns gezinscoaches en Buurtzorg Jong. Meer kennis over kwetsbare gezinnen kan daarbij behulpzaam zijn. Door er tijdig bij te zijn, kan mogelijk erger worden voorkomen. Dat is niet alleen goed voor het gezin, maar bespaart de samenleving ook nog veel kosten.

Meer aandacht voor participatie in de eerste lijn

Ontwikkelingen als een meer actieve verzorgingsstaat, langer doorwerken, meer chronisch zieken en een flexibelere arbeidsmarkt vergroten de noodzaak om in de eerste lijn rekening te houden met participatie. Nieuwe zorgmodellen als Sterk naar werk, Fit-4-work en het project Kapstok hebben gepoogd, of pogen dit te realiseren. Met wisselend succes. Het blijkt in elk geval belangrijk dat verschillende zorgverleners bewust zijn van elkaars kennis en kunde, elkaar weten te vinden en doorverwijzen makkelijk gemaakt wordt. De beperkte tijd die de huisarts op dit moment heeft voor patiënten wordt als knelpunt gezien. Ook structurele financiering voor deze nieuwe zorgmodellen blijft moeilijk. Daarnaast is het de vraag of het kosteneffectief is om bedrijfsartsen, arbeidsdeskundigen en mantelzorgconsulenten fysiek spreekuur te laten houden in de eerste lijn. Mogelijk dat dit via e-health efficiënter vormgegeven kan worden.

Om het aanbod beter aan te laten sluiten is het goed om in te zetten op: het bij- en nascholen van eerstelijnszorgverleners, meer contactmomenten te creëren tussen verschillende hulpverleners, het versterken van eigen regie bij de patiënt en het inzetten van wijkscans om de eerste lijn bewust te maken van de participatie-achtergrond van hun populatie.

GGZ: samenwerking tussen eerste lijn en gemeente

Veel psychische problematiek hangt samen met participatie, schulden en problemen in de relationele sfeer (sociale problemen). De ggz in de eerste lijn is daarom niet los te zien van de gemeentelijke zorg die via de GGD en de Wmo wordt geboden en de gemeentelijke taken op het gebied van arbeid, participatie, schuldhulpverlening. Het is zinvol wanneer gemeenten en eerstelijnszorg meer structureel gaan samenwerken en gegevens delen zodat professionals inzicht krijgen in de integrale problematiek waar burgers mee kampen.

De afgelopen jaren is er veel gedaan om de psychische gezondheid te bevorderen en de toename van psychische ongezondheid op te vangen. Een project als Welzijn op recept probeert burgers met lichte problemen direct de juiste lichte hulp te bieden die daar bij past met als nevendoeel het terugdringen van medicalisering. De POH-ggz is een waardevolle aanvulling op het zorgaanbod. Een snelle toegang zou dit nog kunnen versterken. Er zijn inmiddels veel internettools ontwikkeld voor behandeling als diagnostisering. Opvallend is dat patiënten nauwelijks bezwaren blijken te hebben tegen diagnostiek via het internet. Het is zinvol deze ontwikkeling verder te exploreren. Tot slot is het van groot belang dat zelfmanagementtools worden verbreed tot tools die de patiënt helpen met herstel in zijn dagelijks functioneren. Deze dienen beter aan te sluiten op het leervermogen van de patiënt. Onderzoek naar de verschillende leerstijlen van patiënten is daarvoor noodzakelijk.

Ouderen: kijk naar de sociale samenstelling van wijken

In de ouderenzorg is een belangrijke kwestie in hoeverre we ouderen moeten screenen op kwetsbaarheid. Meer oog voor vroegtijdig functieverlies bij ouderen vanuit de eerste lijn kan opname in een verpleeghuis voorkomen. Maar moet dit ook met systematische opsporing? Het project de Zichtbare Schakel in Enschede vindt plaats in een sociaal zwakkere wijk en niet in de rest van de stad. In die wijk worden alle ouderen boven de 75 jaar bezocht door een wijkverpleegkundige. De kans is groter dat in deze buurten ouderen wonen die niet langer 'redzaam' zijn. Het is dus van belang dat gemeenten een goed zicht hebben op de sociale samenstelling van wijken, in relatie tot bevolkingsopbouw en gezondheid. Gemeenten en de eerste lijn kunnen een wijk in kaart brengen via zogenaamde 'wijkscans'. Dit idee sluit ook aan bij wat Slaets (2012) screenen ten behoeve van primaire segmentatie noemt.

Bij langer thuiswonen hoort ook dat er meer oog is voor mantelzorgers en eventuele overbelasting. Vooral gemeenten zijn actief op dit gebied (vanuit de Wmo). Dit zou ook vanuit de eerste lijn nog versterkt kunnen worden. In sommige gezondheidscentra en huisartsenpraktijken is er een POH-ouderengeneeskunde, een wijkverpleegkundige die de zorg rondom een oudere coördineert, en daarbij rekening houdt met de thuissituatie. Mooie voorbeelden van nieuwe zorgmodellen op het gebied van mantelzorg zijn de mantelscan en de ontmoetingscentra voor patiënten met beginnende dementie én hun mantelzorgers.

Gemeenschappelijke kenmerken voor oplossingsrichtingen

Maak (meer) onderscheid tussen lichte en zware zorgvragen

Uit drie van de vier deelgebieden komt naar voren dat de eerstelijns zorg te weinig onderscheid maakt tussen lichte en zware zorgvragen, en dat er dus meer maatwerk moet zijn in de aanpak. Dat kan door een andere organisatie of inbedding van de zorg (jeugd), betere vraagverheldering (ggz) of via wijkscans en de inzet van wijkverpleegkundigen (ouderen).

Meerwaarde van inzicht op wijkniveau

Bij meervoudige problematiek is het belangrijk inzicht te verkrijgen in de samenhangen tussen bijvoorbeeld arbeid en gezondheid, psychosociale problemen en gezondheid, gezinsproblemen in relatie tot gezondheid. In alle voorbeelden is of sprake van sociale wijkteams of wijkscans, die het inzicht op wat er werkelijk gaande is moeten vergroten. Om zodoende adequater hulp te kunnen bieden.

Neem de leefwereld van de patiënt als uitgangspunt

Meer oog hebben voor de gezinssituatie, de werkomgeving en de thuissituatie is een ander gemeenschappelijk kenmerk. Bij de jeugd zijn niet altijd de ouders en de gezinssituatie voldoende in beeld, de eerste lijn betreft niet altijd de arbeidsomstandigheden en bij ouderen is meerwaarde te verwachten van het in kaart brengen van de thuissituatie, inclusief de kwaliteit van de mantelzorg.

Sluit aan bij bestaande structuren

Nieuw bedachte concepten die geen rekening houden met bestaande structuren zullen niet altijd werken. Een voorbeeld hiervan zijn de Centra voor Jeugd en Gezin. Niet iedereen



weet de weg daar naartoe te vinden. Lang niet altijd is het nodig om volledig nieuwe concepten te bedenken, het over grenzen denken alleen kan al voldoende zijn, zoals de voorbeelden bij participatie en ouderen laten zien.