

Reflectieverslag Ronde Tafel gesprek "Rol van huisartsen en praktijkondersteuners bij Kansrijke Start en de samenwerking hierbij met partners"

Datum: maandag 7-12-2020, 17:00 – 18:30 uur.

Locatie: Webex meeting.

Aanwezig:

- 4 huisartsen
- 1 praktijkondersteuner
- 1 verloskundige
- 1 kraamzorg medewerker
- 3 medewerkers wijkteam
- 6 ondersteuners vanuit Erasmus MC, Pharos en VWS

Wij kijken terug op een interactief en informatief ronde tafel gesprek. De rode draad van het gesprek was dat de zorg voor kwetsbare (aanstaande) ouders valt of staat met een goed netwerk. De sociale kaart moet in beeld worden gebracht: elkaar kennen, korte lijntjes hebben en weten wie je moet bellen als er extra ondersteuning nodig is. Uit de kwalitatieve enquête afgenomen onder 36 huisartsen uit 22 gemeenten blijkt dat iedere ondervraagde huisarts dagelijks, wekelijks of maandelijks kwetsbare (aanstaande) ouders op zijn of haar spreekuur krijgt. Dit bevestigt onze gedachte dat de huisarts een belangrijke rol heeft in de vroegsignalering en onmisbaar is bij Kansrijke Start. Dit werd tijdens het gesprek beaamt. De huisarts heeft, waarschijnlijk meer dan iedere andere zorgverlener, zicht op het gezin en de omgeving en volgt hen in principe gedurende het gehele leven. Maar ook andere zorg- en hulpverleners, zoals de verloskundigen, kraamverzorgenden, de jeugd- of schoolarts, de medewerkers van de GGD, het consultatiebureau, of het sociaal wijkteam spelen hierin een belangrijke rol.

Het blijft een uitdaging om deze kwetsbare ouders te signaleren, want ook veel van de problemen spelen zich af onder de radar. Tijdens (tijdrovende) huisbezoeken (kraambezoek, prenataal bezoek, visite) komt er vaak wel waardevolle informatie aan het licht. Het inschatten van de kwetsbaarheid van de situatie gaat met name op gevoel, de beschikbare checklist worden niet gebruikt. Verder is slechts 25% van de ondervraagde huisartsen goed op de hoogte van de "klantroute", de personen of instanties waarnaar verwezen moet worden als er extra begeleiding of ondersteuning gewenst is. 40% van de ondervraagde huisartsen weet de klantroute wel maar vindt dat het verwijzen en inschakelen van hulp veel tijd kost en bijna 30% weet de klantroute niet en geeft aan dat het zou helpen als dit in kaart zou worden gebracht.

Om huisartsen aan de laten sluiten bij Kansrijke Start zou het belang van de eerste 1000 dagen beter bekend moeten worden (63% van de ondervraagde huisartsen was hiervan op de hoogte, maar 37% dus ook nog niet) en zou tevens de zichtbaarheid van Kansrijke Start beter moeten worden: 75% van de ondervraagde huisartsen had nog nooit van Kansrijke Start gehoord. Wat hoopvol is, is dat 81% wel aan gaf dat hij/zij aan Kansrijke Start zou willen deelnemen. Om succesvol te zijn in het betrekken van de huisartsen moet het hen gemakkelijker gemaakt worden. Mooie voorbeelden die genoemd werden in het gesprek is de ondersteuning van de praktijkondersteuners (POH; jeugd, GGZ). In een aantal gemeenten wordt de POH-er gefaciliteerd door de gemeente, waarbij deze een aantal uren werkzaam is in de huisartspraktijk. De samenwerking werkt helemaal goed als deze POH-er ook betrokken is bij het (sociaal) wijkteam.

Wat verder ter sprake kwam is het belang van de bereidheid van huisartsen om van reactieve zorg naar een meer proactieve aanpak te switchen. Primaire preventie is momenteel geen onderdeel van de huisartsgeneeskunde, terwijl huisartsen hier wel het belang van inzien. Er is een zorgstandaard van huisartsen over preconceptiezorg maar dit is een vrijblijvende standaard. Voorwaarde dat huisartsen zich in kunnen zetten voor preconceptiegezondheid en- zorg is dat de beroepsverenigingen hiermee instemmen en dat er tijd en geld beschikbaar komt. Ook moeten zij gefaciliteerd worden door voorziening van goede (patiënten)informatie. Daarnaast zouden eventuele aanpassingen in wet- en regelgeving nuttig kunnen zijn (de zorgverzekeringswet wordt hierbij genoemd). Hierin hebben zowel VWS als de zorgverzekeraars ook een rol te spelen.

Op dit moment werkt de huisarts "vraag gestuurd". De patiënt komt met een hulpvraag, de huisarts richt zijn consult hierop in. De patiënt ziet de huisarts als "autoriteit", een vertrouwde plek

om informatie op te halen. Als we kunnen bereiken dat de patiënt intrinsiek gemotiveerd is om zich meer te richten op gezondheid en gedrag en met die hulpvraag bij de huisarts komt dan zou dat ultiem zijn. Maar hoe bereik je ook de patiënt die hier niet zelf over nadenkt of hiermee naar de huisarts gaat? Daarnaast zou iedere zorg- of hulpverlener bij een patiënt of cliënt in de vruchtbare levensfase standaard de vraag "heeft u komend jaar een kinderwens?" moeten stellen bijvoorbeeld met behulp van de positieve gezondheidsmethodiek. Dit opent het gesprek en hierdoor is ondersteuning en begeleiding nog voor de eventuele zwangerschap mogelijk. Meer aandacht voor Kansrijke Start in de opleiding van (huis)artsen, doktersassistenten, verloskundigen, kraamverzorgenden en medewerkers van het sociaal domein zou het stellen van dit soort vragen en het aandacht hebben voor de eerste 1000 dagen meer moeten inbedden in de standaard zorg.

De samenwerking tussen geboortezorg en het sociale domein kan en moet beter. Een mooi voorbeeld is het aansluiten van het sociale domein bij multidisciplinaire overleggen over zwangere patiënten in het ziekenhuis, wat als erg waardevol wordt bevonden. Het blijkt dat er momenteel geen geborgde overdracht is tussen de kraamzorg, de verloskundige, de jeugdarts, de GGD met de huisarts. Dit lijkt niet zozeer een privacy kwestie te zijn maar meer een kwestie van tijd en prioriteit. Op de randen van de eigen professie en het eigen "stukje zorg" zitten de kwetsbaarheden: het volgende stukje van het zorgpad wordt niet als takenpakket gezien en bij de overdracht van zorg gaat kostbare informatie verloren. Het opzetten van deze verbinding tussen medisch en sociaal domein en binnen de domeinen kost veel tijd en energie en moet niet afhankelijk zijn van een aantal "believers" maar duurzaam bewerkstelligd en onderhouden worden, zodat het niet kwetsbaar is bij vertrek van zo'n linking pin.

In Utrecht is het buurtteam erg actief, hierbij zijn ook de huisartsen goed aangesloten. Zij hebben een community approach, waarbij zij mensen uit de wijk betrekken bij Kansrijke Start. Doordat ze zo goed geïntegreerd zijn in de wijk en het netwerk met alle betrokkenen zo sterk is, verloopt de samenwerking bij Kansrijke Start erg goed. Het succes zit in het herhalen van dezelfde boodschap en het stimuleren dat inwoners elkaar om hulp vragen wanneer dat nodig is of elkaar hulp aanbieden wanneer zij zien dat de ander dat nodig heeft. Ook is er in Utrecht het project "Krachtige Basiszorg" gecontracteerd door de zorgverzekeraar, hierdoor is er ruimte om meer tijd en aandacht te besteden aan de patiënt (een consult van 15 in plaats van 10 minuten). De huisarts kan verder kijken dan alleen de hulpvraag en heeft meer tijd en ruimte om samen te werken met het buurtteam. Er is nu zelfs een casuïstiek overleg tussen de huisartsen en het buurtteam en er vindt terugkoppeling plaats of de ondersteuning zinvol is (geweest).

Wat de deelnemers meenemen uit dit gesprek is dat ze vaker de vraag over het hebben van een kinderwens willen stellen, dat de bekendheid en het belang van Kansrijke Start wijder verspreid moet worden dan de tot op heden betrokken zorg- en hulpverleners en dat het netwerk en het contact tussen de diverse betrokkenen rondom de patiënt of cliënt beter moet om integraal te kunnen werken.

Wat de deelnemers aan VWS mee willen geven is het belang, de zichtbaarheid en de bekendheid van Kansrijke Start te vergroten (middels (na)scholing, opleiding, campagne), de werkende initiatieven verder uit te rollen (zodat niet iedereen opnieuw het wiel hoeft uit te vinden), integraal te werken en connecties te leggen bijvoorbeeld met andere thema's zoals "positieve gezondheid", te redeneren vanuit de patiënt/cliënt en te ondersteunen in de randvoorwaarden (financiering en wetgeving).

Aanbevelingen voor vervolg

- Zet in op meer bekendheid van belang eerste 1000 dagen en Kansrijke Start; zowel in de opleiding van de (huis)arts, de verloskundige, de kraamverzorgende, maar ook het sociale domein (GGD, wijkteam) zodat het stellen van de vraag over het hebben van een kinderwens onderdeel wordt van de standaard zorg- en hulpverlening. Overweeg om het belang van preconceptiegezondheid ook op te nemen in het onderwijs van of de contactmomenten (schoolarts, jeugdarts, (HPV)vaccinaties) met de doelgroep zodat zij weten wat ze moeten doen of bij wie ze moeten aankloppen bij het hebben van een kinderwens.

- De huisarts is onmisbaar in de vroegsingalering van (aanstaande) kwetsbare ouders. Maak het de huisartsen gemakkelijk om deel te nemen aan Kansrijke Start (de wil is er!) door hen te faciliteren (bijvoorbeeld ondersteuning van POH-jeugd en POH-GGZ in de praktijk aangesteld vanuit de gemeente, hen te voorzien in (patiënt)informatie en initiatieven zoals het project "Krachtige Basiszorg" uit te rollen over het gehele land)
- Faciliteer en bestendig de verbinding tussen medisch en sociaal domein; elkaar kennen en weten te vinden is key. Zorg dat er integraal samen wordt gewerkt, dat de overdracht van de ene naar de andere zorg- of hulpverlener daadwerkelijk plaatsvindt en er ook terugkoppeling gegeven wordt aan elkaar over het effect van extra ondersteuning of begeleiding door dit te verplichten. Een gedeeld patiënteninformatiesysteem (EPD) zou hierin ultiem zijn, echter privacy issues maken dit al jaren een heikel punt. De klantroutes moeten beter in kaart worden gebracht en onderhouden worden; de praktijkondersteuner kan hierbij een belangrijke rol spelen met zowel een link naar het medische als het sociale domein.
- Zorg dat de (huisartsen)zorg een omslag maakt van reactief naar meer proactief; meer aandacht voor gezondheid en gedrag en dus preventie. Hiervoor is samenwerking met en medewerking van de beroepsverenigingen van de huisartsen (NHG, LHV) essentieel en is facilitering vanuit de zorgverzekeraar ook onmisbaar. Aanpassing van wet- en regelgeving vanuit VWS kan deze omslag bewerkstelligen.