

Gezonde Amsterdammers in een diverse, grote stad Verbonden zorg en sociaal domein als basis voor gezonde wijken

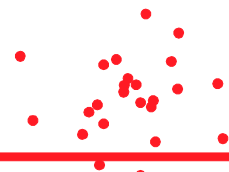
Op naar een gezamenlijke samenwerkingsagenda 2018

Dit document is een onderlegger om met 1ste Lijn Amsterdam, Gemeente Amsterdam, Huisartsenkring Amsterdam/Almere en GGD Amsterdam het gesprek te voeren over een gezamenlijke werkagenda 2018.

Voor de invulling hiervan doen wij het volgende voorstel:

1. Welzijn op Recept, de verbinding tussen medisch en sociale domein, in de hele stad uitrollen.
2. Geïntegreerde samenwerking in de wijken laten aansluiten bij de 22 gebieden sociaal domein, de bestaande goede samenwerking in de wijk versterken en inbedden.
3. Voldoende professionals in de wijken: onderzoeken hoe we elkaar kunnen versterken bij het aanpakken van het personeelstekort van zorgprofessionals in samenwerking met de gemeente, SIGRA, hogescholen en GGD.
4. Eén telefoonnummer als toegang voor 'zorg in de wijk' en kortdurend verblijf (respijtzorg, eerstelijns verblijf, geriatrische revalidatie, crisisbedden Wlz).
5. Inzetten op veilig gebruik dataverkeer: zoals het stimuleren van secure e-mail en onderzoeken of dat overal wordt toegepast.
6. Ruime en betaalbare panden voor kleinschalige samenwerkingsverbanden van eerstelijns hulpverleners.
7. Voldoende tijd voor zorgprofessionals, waarbij zo min mogelijk administratieve lasten.
8. Andere punten om samen op te pakken?

Stella Zonneveld, voorzitter Huisartsenkring Amsterdam / Almere
Pien van Langen, directeur / bestuurder 1ste Lijn Amsterdam
december 2017



Gezonde Amsterdammers in een diverse, grote stad Verbonden zorg en sociaal domein als basis voor gezonde wijken

Alle Amsterdammers hebben toegang tot eerstelijnszorg, welzijn en ondersteuning in hun eigen omgeving. Maar niet iedereen beschikt over voldoende (gezondheids)vaardigheden om daar op het juiste moment een beroep op te kunnen doen, waardoor gezondheidsverschillen groeien. Het is deze groep van kwetsbare mensen die meer nodig heeft dan het individuele aanbod van de verschillende zorgverleners en ondersteuners. Om gezondheidsverschillen te verminderen zal méér (preventieve) zorg ingezet moeten worden, in het bijzonder in achterstandswijken [4][9]. Het is een gezamenlijke uitdaging om de samenhang tussen de zorg en het sociale domein te blijven verbeteren tot het punt waar deze vanzelfsprekend wordt. Deze notitie dient als onderlegger voor het gesprek tussen 1ste Lijn Amsterdam, Huisartsenkring Amsterdam/Almere en de Gemeente Amsterdam over een gezamenlijke werkagenda.

Situatieschets

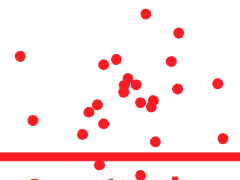
De gezondheidstoestand van bewoners van de grote steden is gemiddeld slechter. Deze slechtere gezondheid heeft deels te maken met de samenstelling van de inwoners van grote steden, maar ook met de stedelijke woonomgeving (luchtverontreiniging, druk verkeer, slechtere woningen ed.). Dit geldt vooral voor inwoners van achterstandswijken in grote steden. [1][2][3][4] Zie <https://www.vtv2018.nl/gezondheidsverschillen>.

Ook in Amsterdam zijn er grote verschillen qua welzijn en gezondheid tussen de diverse wijken waarbij de grootste probleemwijken liggen in Nieuw West, Zuidoost en Noord. De GGD Amsterdam heeft uitgebreid gerapporteerd over de gezondheidsverschillen tussen wijken en bewonersgroepen in Amsterdam.[5][6] Hieruit blijkt dat er binnen een wijk specifieke groepen een groter risico op sociale en medische problemen hebben: mensen met een lage Sociaal Economische Status (SES), (ex)psychiatrische patiënten en mensen met een verstandelijke handicap, vluchtelingen en statushouders en Nederlanders met een niet-westerse afkomst.[7][3][8]

Bekend is dat (stedelijke) voorzieningen en gezondheidszorg minder gebruikt worden door de groepen die deze juist het meest nodig hebben om hun achterstand in welzijn en gezondheid te verminderen.[9][10] Dat maakt het noodzakelijk om voor deze groepen gericht meer en geïntegreerd welzijn, ondersteuning en zorg in te zetten, om te bereiken dat zij een gelijk gezondheidsniveau ervaren.

Over wie hebben we het?

Gezondheid voor alle Amsterdammers wordt bereikbaar als preventie, zorg, welzijn en ondersteuning hand in hand gaan. Daarom zetten wij vooral in op ondersteuning van mensen die niet zelf de weg vinden en problemen hebben op meerdere leefgebieden, mensen die niet of beperkt zelfredzaam zijn. Ter illustratie geven we voorbeelden van kwetsbare ouderen, gezinnen en mensen met een (o)GGZ achtergrond en de ideale situatie.



Meneer Van Someren

Meneer Van Someren heeft een tijd op straat gezworven en is tijdens een psychose opgenomen in een GGZ instelling. Met behulp van medicatie is de heer stabiel en verblijft hij al een jaar lang geslaagd in een HVO Querido woning. Meneer Van Someren heeft aangegeven dat hij klaar is voor de volgende stap: zo zelfstandig mogelijk wonen en meedoen in de wijk.

Samen met HVO Querido en de woningbouwcorporatie vindt meneer Van Someren een woning. Hij schrijft zich in bij een huisartsenpraktijk. De (woon)begeleider van HVO Querido gaat desgewenst mee met meneer Van Someren naar de huisarts of de POH GGZ. Er vindt een warme overdracht plaats van de GGZ instelling naar de huisarts en de apotheek, dit met medeweten en toestemming van meneer Van Someren. Er zijn afspraken gemaakt met de GGZ behandelaar over een terugval. De huisarts weet voldoende van de somatisch klachten die spelen bij de GGZ-medicatie die meneer heeft. De huisarts en apotheek hebben contact rondom de medicatie, de apotheek belooft een seintje te geven aan de POH GGZ bij het niet afhalen van de medicatie.

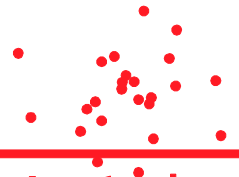
De POH GGZ weet de weg binnen de wijk en verwijst indien nodig naar maatschappelijke dienstverlening en welzijn. Meneer Van Someren heeft aangegeven graag bezig te willen zijn, hij voelt zich nog een beetje verloren en eenzaam in zijn nieuwe woning en nieuwe buurt. De POH GGZ zoekt contact met wijkzorg en schakelt een welzijnscoach in. De welzijnscoach zoekt naar zinvolle dagbesteding en helpt met het maken van contact met de buurt. De welzijnscoach heeft goed zicht op welke initiatieven passen en toegankelijk zijn voor mensen met GGZ problematiek. Participatiemedewerkers kunnen met vragen over hoe om te gaan met het ziektebeeld van de heer Van Someren indien nodig contact hebben met een vaste medewerker van de GGZ instelling.

Familie Ozdemir

De familie Ozdemir heeft een dochtertje van 3 en een tweede baby op komst. Beide ouders zijn in Nederland geboren. Zij huren een tweekamerappartement in Geuzenveld. Beide ouders zijn werkloos en ze hebben een klein netwerk. De hele familie is te zwaar en de vader heeft diabetes. De dochter is erg driftig en de ouders weten daar niet goed mee om te gaan: zij worden vaak erg boos op haar.

Vader heeft door het werkloos zijn en het gedrag van zijn dochter veel stress wat zich uit in hoofdpijn en slapeloosheid. Hij gaat voor deze klachten naar zijn huisarts. Deze huisarts vraagt door middels het “vier domeinen model¹” en herkent naast de diabetes gezondheidsproblemen als zijnde niet van medische oorzaak. Vader wordt via Welzijn op Recept verwezen naar een welzijnsconsulent die met vader op zoek gaat naar een zinvolle dagbesteding.

¹ Vier Domeinen Model (4Dmodel): is ontwikkeld door een huisarts in Overvecht en gaat uit van lichaam, maatschappelijk, geest en sociaal en is een communicatie- en analysemodel voor professionals. Het wordt gebruikt bij complexe problematiek



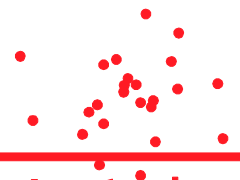
De driftbuien van dochter komen via vader ter sprake bij de huisarts en via moeder bij het consultatiebureau. Beide adviseren de ouders naar het Ouder- en Kind Team te gaan. Daar kunnen ze opvoedondersteuning krijgen om te leren om te gaan met de driftbuien van hun dochtertje. De moeder komt bij de verloskundige voor haar controles. Deze verloskundige geeft heldere voorlichting over gezonde leefstijl en leidt toe naar de groepsbijeenkomsten die daarover worden georganiseerd. Deze groepsbijeenkomsten zijn aangesloten bij de Amsterdamse Aanpak Gezond Gewicht. Daarnaast is vader geïncludeerd in het diabetesprogramma in de huisartsenpraktijk. Hij wordt voor zijn diabetes gemonitord door de POH en krijgt advies van de diëtiste over zijn eetpatroon. Hierbij wordt rekening gehouden met de culturele achtergrond van het gezin.

De betrokken professionals zijn op de hoogte van elkaars adviezen, doordat de ouders toestemming hebben gegeven voor het delen van deze gegevens. Indien nodig overleggen huisarts, verloskundige, welzijnscoach en OKT over de aanpak en regelmatig wordt gevraagd aan de ouders of zij baat hebben bij deze aanpak en de handvatten die ze hebben gekregen.

Echtpaar Groen

De heer en mevrouw Groen zijn 60 jaar getrouwd, hebben één zoon en wonen al 30 jaar op de derde verdieping van een appartementencomplex in Amsterdam Noord. Het echtpaar is op leeftijd en begint langzaam lichamelijke kwalen te ontwikkelen. Mevrouw begint vergeetachtig te worden. Meneer is door hartklachten kortademig en heeft een slechte conditie. Het huis waar het echtpaar woont, stamt uit de jaren 70, kent slecht onderhoud, heeft geen lift of aanpassingen. Het echtpaar komt bijna niet meer buiten en voelt zich geïsoleerd. De huishoudelijke hulp die elke twee weken bij het echtpaar komt valt het op dat het huis wat viezer wordt en dat spullen op gekke plekken terecht komen of kwijtraken, ook stapelt de administratie op. De hulp bespreekt dit met het echtpaar, en het echtpaar geeft toestemming om dit te bespreken met de huisarts en het wijkzorgteam.

Er wordt een afspraak gemaakt met de huisarts voor het echtpaar voor een goede diagnose; mevrouw Groen wordt doorverwezen naar de POH-Ouderen, die onder andere het casemanagement dementie op zich neemt. Zij schakelt hierin met de wijkverpleegkundige casemanager. De drie professionals stellen samen met het echtpaar een zorgplan en levensverwachtingsplan op, waarbij toegewerkt wordt naar een veilige en schone thuissituatie. Ook wordt gesproken of het niet verstandig is om te verhuizen naar een begane grond woning. In afwachting van een besluit daarover wordt een ergotherapeut ingeschakeld om te kijken welke voorzieningen nodig zijn ter valpreventie en bevordering van de mobiliteit. De ouderenadviseur brengt het echtpaar in contact met laagdrempelige dagbesteding. Dit vindt het echtpaar heel fijn, het geeft weer een zinvollere dagbesteding en brengt ze onder de mensen. Via een persoonlijke gezondheidsomgeving staan alle hulpverleners en mantelzorgers makkelijk met elkaar in contact.



Wat hebben we nodig om daar te komen?

Een intensieve en vanzelfsprekende samenwerking tussen professionals vraagt ten eerste om een gedeelde visie op samenwerking. Ten tweede spelen er belangrijke randvoorwaardelijke zaken, zoals de juiste schaal, voldoende personeel, huisvesting, ICT & privacy en preventie een rol om deze samenwerking tot een succes te maken.

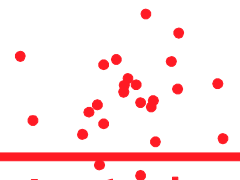
Centraal staat het streven naar continuïteit waarop goede samenwerking kan worden gebouwd. Zoals huisartsen een langdurige vertrouwensrelatie met patiënten en hun gezinnen onderhouden gedurende de levensloop en daardoor contextgerichte zorg op maat kunnen bieden, zo is ook een langdurige relatie met collega zorgverleners en ondersteuners in de wijk nodig om stevige samenwerkingen te kunnen bouwen.[11]

Huisartsen en wijkverpleegkundigen vormen samen met het Ouder Kind Team en wijkzorg de toegang tot zorg en ondersteuning in de Amsterdamse wijken. Een goede verbinding van wijkverpleegkundigen, huisartsen en OKT met het sociaal domein is essentieel.

De Amsterdamse wijken vormen over het algemeen een goede schaal om tot samenwerking te kunnen komen. Goed samenwerken vraagt erom dat de professionals elkaar kennen en goed op de hoogte zijn van elkaars werkzaamheden. De onderlinge kennismaking is de afgelopen jaren gestimuleerd, maar daarmee nog niet klaar. Wij willen daarom op maat doorgaan met wijk safari's. Ook denken wij aan gezamenlijke scholingen, bijvoorbeeld op het gebied van (kinder)mishandeling.

Met elkaar en elkaars aanbod kennen ligt er een goede basis voor het inrichten van een structurele samenwerking. Om van elkaar kennen naar samenwerking te komen moeten er stappen worden gezet. Het is hierbij van belang het netwerk zo efficiënt mogelijk te organiseren om heldere lijnen te houden, persoonlijk contact mogelijk te maken en overlegtijd tot een minimum te beperken:

- Maken van afspraken over bereikbaarheid en beschikbaarheid (*wie kan wanneer op welke manier worden benaderd?*). Huisartsen werken graag samen met vaste partners. Per huisartsenpraktijk is één maatschappelijk werker, een wijkverpleegkundige en één welzijnscoach die het sociaal domein ontsluit.
- Maken van afspraken over het delen van informatie (wie heeft welke informatie wanneer nodig? En hoe doen we dat veilig?)
- Maken van samenwerkingsafspraken. Afspraken over samenwerking en communicatie zijn persoonlijk en wars van bureaucratie. Welzijn op Recept wordt de standaard werkwijze in heel Amsterdam.



Randvoorwaarden

Samenwerking en samen bouwen aan goede afgestemde zorg en ondersteuning kent een aantal randvoorwaarden:

1. *Voldoende, toegankelijke en betaalbare huisvesting voor zorg en welzijnsvoorzieningen*

Huisartsen, wijkverpleegkundigen, fysiotherapeuten en apothekers zijn bij voorkeur op goed bereikbare locaties centraal in de wijk gehuisvest. Vestiging en overdracht van (huisartsen)praktijken wordt steeds moeilijker door hoge kosten van onroerend goed. Daarnaast stijgt de vraag naar huisartsenzorg door groeiende vraag in de bevolking, de grotere (medische) mogelijkheden, verplaatsing van (ziekenhuis)zorg naar de eerste lijn en een groeiende stad. Dit betekent dat er meer huisartsen en ondersteunend personeel in Amsterdam nodig zullen zijn².

- Bij de planning van nieuwe wijken wordt rekening gehouden met voldoende, betaalbare en bereikbare ruimte voor (multidisciplinaire) zorg- en welzijnslocaties.
- Toegankelijk en fijnmazig openbaar vervoer.

2. *Zorgpersoneel behouden en opleiden*

Op dit moment is er al een tekort aan zorgpersoneel, met name wijkverpleegkundigen. De verwachting is dat de vraag naar zorgprofessionals in de eerstelijns zorg zal toenemen om de zorgvraag thuis op te vangen. Er moeten voldoende mensen worden opgeleid. Daarnaast is het belangrijk om deze zorgprofessionals in de stad te houden.

- Samen met SIGRA werken we aan voldoende opleidings- en stageplaatsen.
- De gemeente zorgt voor betaalbare huisvestingsmogelijkheden voor professionals die van belang zijn voor de stad.

3. *Continuïteit vormt partnership*

De basis voor goed samenwerken ligt in persoonlijk contact. Het is van belang het netwerk zo efficiënt mogelijk te organiseren om heldere lijnen te houden, persoonlijk contact mogelijk te maken en overlegtijd tot een minimum te beperken.

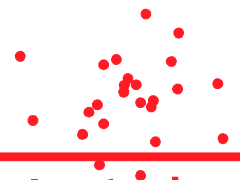
- Huisartsen werken graag samen met vaste partners.
- Stabiele, langjarig doorlopende beleidslijnen met daarop aansluitende financiering.

4. *Veilige informatie-uitwisseling*

Een goede inzet van veilige informatie en communicatietechnologie optimaliseert de contacten tussen zorgverlener, ondersteuner en Amsterdammer.

- De communicatie tussen hulpverleners, welzijn en sociaal domein wordt veiliger en beter door gebruik van veilige e-mail (secure e-mail), verwijzingen via ZorgDomein (geeft ook inzicht in wachtlijsten op het moment van verwijzen) en (op termijn) werken met een Persoonlijke Gezondheid Omgeving (PGO).
- Afstemming over de systemen binnen zorg/welzijn die worden gebruikt (zijn zij compatibel?), innovaties gezamenlijk oppakken.

² Wij verwijzen naar nota Groei van de Stad van SIGRA voor onze visie op huisvesting en de geldende normeringen.



5. *Bureaucratie en versnippering tegengaan*

Veel aanbod en daardoor versnippering is een kenmerk van een grote stad. Het werkt echter de samenwerking niet in de hand. Samenwerking vraagt om elkaar kennen en tijd voor overleg.

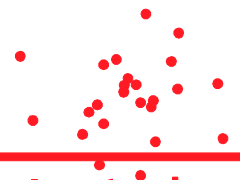
- Stel geen ingewikkelde indicatie-, communicatie- of declaratie-protocollen op. Wijken zijn niet altijd eenduidig en sommige zorg wordt niet op wijkniveau georganiseerd.
- Leg de samenwerking niet a priori vast op basis van wijk, of stadsdeel, maar geef ruimte aan de professionals om dit waar mogelijk zelf in te richten met praktische afspraken.
- Het regelen van voorzieningen in het kader van de WMO vergemakkelijken³.
- Zorg voor overlegtijd voor professionals: regelruimte.

6. *Preventie*

Op het gebied van preventie zijn zorg en de gemeente aanvullend aan elkaar. De basis voor gezond leven wordt gelegd in gezonde wijken. Huisartsen en wijkverpleegkundigen doen vooral de geïndiceerde en zorg gerelateerde preventie, terwijl de publieke gezondheidszorg met name de universele preventie voor de patiëntenpopulatie voor haar rekening neemt. De huisarts heeft, in samenwerking met andere partijen, een verbindende rol op het terrein van de selectieve preventie door onder meer patiënten te verwijzen en/of motiveren voor speciale preventieprogramma's en eventueel screeningsprogramma's uit te (laten) voeren als daarvan de meerwaarde is aangetoond [11].

- Amsterdam wordt Age Friendly ingericht. Bevorder bewegen in de stad (fietsen, wandelen) en ontmoedig autoverkeer en vervuilende brommers.
- Apotheken inzetten bij vroegsignalering/preventie, met name voor migranten / in achterstandswijken. Binnen de apotheek werken veel assistenten van Turkse en Marokkaanse origine en er is veel kennis aanwezig om deze doelgroepen te bereiken.
- Met ondersteuning van CenteringPregnancy en CenteringParenting kunnen gezinnen in een gebied elkaar blijvend ondersteunen. CenteringHealthcare is gevalideerd en heeft aantoonbaar zeer goede resultaten.
- Het Pact Gezond gewicht wordt voortgezet en uitgebreid door snoep- en frisdrankautomaten op scholen te verbieden.
- Streven naar Amsterdam Rookvrij!
- De nieuwe wijken bevatten een mix van sociale huur, middensegment en luxe koopwoningen, zodat er sociale cohesie wordt gestimuleerd en mogelijkheden zijn voor gespikkeld wonen.

³ In navolging van '(Ont)Regel de Zorg' en 'Het Roer Gaat Om'



Geraadpleegde literatuur

- 1 CABO. Over oudere migranten in Amsterdam. 2014
- 2 VNG. Wijkprofiel gezondheidsverschillen Gemeente Amsterdam. 2017
- 3 Hoeymans N, Melse JM, Schoemaker CG. Gezondheid en determinanten Deelrapport van de VTV 2010 Van gezond naar beter Gezondheid en determinanten. <http://edepot.wur.nl/137913> (accessed 17 Aug 2017)
- 4 Denктаş S, Burdorf A. Wordt het geen tijd om de grote gezondheidsverschillen in Nederland op te lossen? Een essay over de oorzaken en de oplossingen. 2016
- 5 El Fakiri, Fatima; Bouwman-Notenboom J. [gezondheid_van_oudere_migranten_in_de_vier_grote_steden](#). 2015
- 6 El Fakiri, Fatima, van Ketel, Astrid; Dijkshoorn H. Amsterdamse 65-plussers: gezond en wel? 2012
- 7 Stringhini S, Carmeli C, Jokela M, *et al.* Socioeconomic status and the 25 × 25 risk factors as determinants of premature mortality: a multicohort study and meta-analysis of 1.7 million men and women. *Lancet* 2017;**389**:1229–37. doi:10.1016/S0140-6736(16)32380-7
- 8 Nederkoorn T, Drent A, Feddali M, *et al.* Oudere migranten in Amsterdam. 2016
- 9 Lowrie R, McConnachie A, Williamson AE, *et al.* Incentivised chronic disease management and the inverse equity hypothesis: findings from a longitudinal analysis of Scottish primary care practice-level data. *BMC Med* 2017;**15**:1–15. doi:10.1186/s12916-017-0833-5
- 10 Forrest CB, Reid RJ. Prevalence of health problems and primary care physicians' specialty referral decisions. *JFamPract* 2001;**50**:427–32.
- 11 Landelijke Huisartsen Vereniging en het Nederlands Huisartsen Genootschap in samenwerking met het Interfacultair Overleg Huisartsgeneeskunde, Toekomstvisie huisartsenzorg 2022: <https://www.tkv2022.nl/>