

Publieke Gezondheid en het Sociale Domein

nascholing NVAG-PHNed

10 september 2015
Blokhoeve-Nieuwegein

Aantekeningen n.a.v. inleidingen en discussie

aan de inleiders en de deelnemers zijn drie vragen meegegeven:

- 1. heeft een Public Health professional zoals een arts M&G nog een meerwaarde in de gedecentraliseerde publieke gezondheidszorg anno 2015*
- 2. indien een public health professional een meerwaarde heeft: bij welke taken of activiteiten?*
- 3. voor wie geldt deze meerwaarde, dus wie wil er voor betalen?*

Inleidingen

Schilthuis:

- achtergrond van vandaag is o.m. geschetst in recent artikel in The New England Journal of Medicine: "Perennial Health Care Reform: The Long Dutch Quest for Cost Control and Quality Improvement";
- centraal vandaag: wat is de toegevoegde waarde van de PH-professional;
- gezondheid is ook een economische waarde;
- Beleidsbrief VWS: er is geen eenduidig beeld van een GGD
- inzet vandaag: soort business-case inzake toegevoegde waarde PH-professional?;

De Zwart:

- door de 3D-operatie wordt de gemeente steeds meer de 'eerste overheid';
- er lijkt een contrast te zijn tussen de pgz en het sociale domein;
- dit terwijl de sociaal-hygiënist in de 19^e eeuw juist volop aandacht besteedden aan de inrichting en hervorming van de maatschappij;
- de meeste gezondheidswinst is buiten het gezondheidsdomein te behalen;
- onderzoek in Rotterdam (jeugd-GGZ en bereik allochtone jongeren/gezinnen): rijk & wit: JGZ, zwart & arm: Jeugdzorg;
- pgz was de laatste jaren in het maatschappelijke debat grotendeels afwezig;
- een van de redenen voor 3D: bestaande systemen te duur: NL-jeugd behoort tot gelukkigste ter wereld, toch zeer hoge uitgaven aan zorg;
- jaarlijkse budgetten Rotterdam: sociaal domein: 600 miljoen (nieuwe WMO, Jeugdwet, Participatiewet, Welzijn), PGZ: 25 miljoen
- politieke doelen Rotterdam: leefwereld inwoners centraal, 'civil society', zoveel mogelijk zelfredzaam, leift een baan, wijkteams in de buurt, ondersteuning en maatwerk gebiedsgericht op wijkniveau, wijkteams verzorgen toeleiding naar specialistische hulp en zorg;
- 4 belangrijkste sturingsinstrumenten: toegangsmodel anders organiseren voor jeugdzorg, welzijn en activering, inkoop van zorg en activering slimmer, professionalisering in overleg met de partners via deels andere invulling werk, in gesprek met de burger over nieuwe balans tussen overheid eigen verantwoordelijkheid;
- civil society: lijfgebonden zorg blijft werkerrein van de professional, echter wel versterken

eigenaarschap van de burgers;

- zorg dichtbij: het wijkteam is de spil (in de stad in totaal 42 wijkteams samengesteld vanuit 40 verschillende organisaties); casusregie voor jeugd en volwassenen: probleem inventariseren met burger – info & advies – kortdurende ondersteuning en hulp – toegeleiden naar specialistische zorg – samenwerking met wijknetwerk;
- geprobeerd wordt de wijkteams zoveel mogelijk in te richten op basis van populatiegerichte financiering (bijv.: Feijenoord: plm. 25 professionals, Hillegersberg plm. 8);
- insteek: in deze eerste fase nog geen nieuwe aanbieders, maar in toekomst wrsch. de minder goede aanbieders in soort 'nacompetitie' laten concurreren met nieuwe aanbieders;
- een deel van de ambulante specialistische hulp voor de jeugd is nu ondergebracht bij het wijkteam; doel is daar te komen tot zorginnovatie 'over de domeinen heen';
- WMO-arrangementen worden gericht op de verschillende levensgebieden met een verschil in intensiteit van de ondersteuning;
- gemeentelijk toezicht wordt in regionaal verband georganiseerd;
- resultaten na de eerste 8 maanden: ontwikkeling specialistische teams, positieve maatschappelijke kosten-baten-analyse, implementatie vergt tijd (niet alle WMO-aanvragen worden snel genoeg afgewikkeld), de professionalisering naar nieuwe rollen van de professional vraagt veel tijd en energie, er is nog geen nieuwe balans gevonden inzake wat wel en niet op eigen kracht kan;
- sleutelvraag: waar blijven nu de professionals als het gaat om de vakinhoudelijke vernieuwing?
- belangrijke veranderingen in de zorg: ontwikkelingen in 1^e lijn (o.m. samenwerkende huisartsen), scheiding wonen-zorg, extramuralisatie GGZ, schaalvergroting, andere rol zorgverzekeraars;
- aandachtspunten transformatie in de komende jaren: balans eigen kracht-overheid, hoe als overheid bijdragen aan (pedagogische klimaat) civil society, maatwerk versus toename ongelijkheid, voorkomen risicoregelreflex, verbinding verschillende wetten;
- gevolgen voor publieke gezondheid: kansen op gezondheidswinst, maar ook allerlei risico's;

Specifieke aandachtspunten voor de PGZ?

- de pgz lijkt afwezig in het publieke debat over het lokale sociale domein!; waarom ziet de pgz zich niet als deel van het sociale domein?!?, is de PGZ een ketenpartner die een deel van de preventie en zorg kan aanbieden? zou de PGZ zich niet kunnen versterken in een niche van de markt?
- noodzakelijk is betrokkenheid en kennis bij het ontwikkelen en inrichten van het nieuwe systeem; er ligt voor een GGD mogelijk een kans voor een gemeentelijke beleidsrol op het brede terrein van preventie, zorg en welzijn?
- er is een discrepantie tussen het profiel van de arts M&G, de MPH en de praktijk; de praktijk laat vooral uitvoerende werkzaamheden zien; de vraag is inderdaad of de PH-professional een meerwaarde kan bieden vanuit zijn kennis en profiel;
- het sociale domein verandert: er is betrokkenheid en specifieke kennis, maar ook reflectie op de eigen rol nodig;
- beleid, professie en samenwerking veranderen; de uitkomst is niet zeker, wel zeker is dat het niet blijft zoals het was;
- de hamvraag is: kiest de PGZ om deel te zijn van de transformatie die gaande is?!?

Van de Merwe

- stelling: de deskundige professional is 'uit', de zelfredzame burger is 'in'; stelling: kennis was macht, nu geldt 'kennis delen is macht'
- SWOT-benadering PGZ-professional; academisch denkniveau, medisch geschoold, kennis sociale domein, breed inzetbaar; kansen: knelpunten als gevolg van medisch

beroepsgeheim,

Discussie

- waarom is de GGD niet in beeld?; omdat GGD-mensen niet aan tafel zitten bij de relevante bestuurders, omdat ze niet goed kunnen luisteren naar de politiek-maatschappelijke vragen;
- veel van de aanwezigen hebben geen contact met 'het beleid';
- 'niet alleen artsen PGZ maar ook de hoogleraren PGZ zijn onzichtbaar';
- 'PGZ-artsen zijn onvoldoende activistisch';
- 'PGZ-professionals spreken niet de taal van de wethouder';
- 'het vakgebied is teveel opgesplitst kleine deeltjes: er is een transitie nodig binnen de beroepsorganisatie';
- 'ik ervaar veel angst binnen mijn GGD om naar buiten te treden, m'n mening te geven';
- 'er is iets groots gaande met de huidige transitie; dat vergt een lange adem en vasthouden, en het opboksen tegen oude systemen; 'er komt straks vast een Wet Sociaal Domein met WMO, WPG etc.';
- 'als je als PH-professional onwelkome boodschappen brengt wordt je niet gehoord';
- 'er is meer medisch leiderschap nodig';
- 'wat is het unique selling point van de PGZ-professional? is die er eigenlijk nog wel? ik heb daar grote twijfels over!'
- 'de PGZ-professional kan veel betekenen op het vlak van de deskundigheidsbevordering van sociale wijkteams';
- 'we kunnen onze competenties niet meer over het voetlicht brengen';
- 'we moeten individuele gegevens veel meer naar collectief niveau vertalen';
- 'we hebben een goed rolmodel nodig';
- 'welke rol en welke positionering kiezen we?' (vgl. de discussie bij de huisartsen)
- 'ik zie een identiteitscrisis: benoem eerst eens je eigen identiteit!';
- 'de PGZ-arts zou in wijkgezondheidscentra de individuele gegevens moeten vertalen naar het collectief, denk aan de positie van de JGZ-arts';
- 'je kunt als GGD-directeur of wethouder wethouder niet naar iets vragen waarvan je het bestaan niet kent';
- 'meerwaarde van de PGZ-professional ligt besloten in diens positie';
- 'de meerwaarde van een PGZ-professional zit 'm in de onafhankelijke positie, ook t.o.v. de patient/burger';
- 'zouden jullie niet een wit-boek moeten maken met best-practices?';
- 'JGZ-artsen wisten al tig jaarr dat er een alcohol-probleem was bij de jeugd, idem obesitas; maar anderen hebben het op de nationale agenda gezet';
- 'wanneer een gemeenten/GGD-directeur onderhandelt met zorgaanbieders uit bijv. de GGZ, dan heeft hij een arts nodig om kritisch te kunnen onderhandelen;
- 'we kunnen zelf niet goed formuleren wat onze identiteit is; en we kunnen het ook niet goed over het voetlicht brengen wat we doen';
- 'doe waar de burgers behoefte aan hebben';
- 'de PGZ-professional zou een goede rol kunnen vervullen bij het leggen van de link van zorgaanbieders met het sociale domein';
- 'PGZ-professionals opereren teveel als 'gemeente'.

Rotterdam, september 2015

Erik Lieber