Cubaanse inspiratie

In januari van dit jaar was ik in de gelegenheid verschillende aspecten van de Cubaanse jeugdzorg van dichtbij mee te maken. Mijn partner is huisarts en bezocht samen met collega’s van verschillende disciplines de huisartsen- en ouderenzorg in Havana. Ik participeerde voor een deel in dat programma maar organiseerde daarbij een eigen ‘jeugdzorg-variant’. Ik kreeg uitleg over het systeem, bezocht verschillende locaties die gericht zijn op kind en gezin, en zag collega’s aan het werk.

Het Cubaanse zorgsysteem laat zich niet zomaar vergelijken met Nederland. De jeugdzorg wordt in deze communistische staat centraal aangestuurd en besluitvormingsprocedures zijn voor mij niet inzichtelijk geworden. Het is mij bijvoorbeeld niet duidelijk geworden of en hoe professionele initiatieven leiden tot noodzakelijk geachte verbeteringen. Er bestaan feedbacklussen maar hoe en wat bleef onduidelijk.

Ook is Cuba vergeleken met Nederland straatarm. De boycot van de VS draagt daaraan bij. Het land heeft weinig (geavanceerde) hulpmiddelen. Cubanen lijken minder ambitieus dan wij gewend zijn. De samenleving is easy going. Ik heb de Cubanen leren kennen als bakens van geduld en hartelijkheid. “Eerst komt de muziek, dan de gezondheid”, hoorde ik iemand zeggen.

Juist omdat Cuba veel minder middelen heeft om het zorgsysteem te laten functioneren, wordt massief ingezet op preventie en is er maximale aandacht voor de familie en de gemeenschap. Als we één ding kunnen leren van Cuba dan is het wel de nadruk op preventie. De epidemiologie is op wijkniveau georganiseerd en gegevens over veel voorkomende ziekten en zorgen worden teruggekoppeld naar beleidsfunctionarissen. Statistieken over de stand van zaken in de wijk hangen in de spreekkamer. Daar hangen ook de prijskaarten van de verschillende ingrepen; de zorg is gratis maar kost wel wat en de bevolking wordt daarvan bewust gemaakt.

 De bevolking wordt in vier groepen ingedeeld: gezond, at risk, ziek en gehandicapt. Alle burgers die als gezond geboekt staan worden een keer per jaar door de dokter gezien, de mensen die at risk zijn twee keer en de zieken drie keer. Gehandicapten krijgen speciale zorg en worden daarnaast twee keer per jaar gezien.

De levensverwachting in Cuba is vergelijkbaar met Nederland en dat met veel minder middelen. Dat komt omdat alles en iedereen erop gericht is ziekte te voorkomen. Toch zie ik tegenstrijdigheden, oudjes krijgen intensieve anti-val-training en beweegprogramma’s aangeboden maar de trottoirs van Havanna lijken op gatenkaas.

De ‘medicos de familia’ staan centraal in de geïntegreerde medische en sociale zorg. Deze huisartsen vormen samen met wijkverpleegkundigen praktijken van 1.000-1.500 personen (circa 300 gezinnen), aanzienlijk kleiner dan in Nederland. Meestal wonen de huisartsen en verpleegkundigen boven de praktijk en kennen de buurt dus goed. Huisbezoeken worden te voet afgelegd en onderweg zijn er vaak ontmoetingen tussen de dokter, verpleegkundige en de bewoners (patiënten) uit de buurt. Ongeveer tien praktijken zijn gelieerd aan een wijkpolikliniek, dat zijn multifunctionele praktijken met een vaccinatieafdeling, een laboratorium, soms röntgenapparatuur en veel spreekkamers. Naast een algemeen internist werken er psychologen en maatschappelijk werkers. Eens per week houden specialisten uit het ziekenhuis spreekuur in de polikliniek (de eerste lijn!). De poliklinieken herbergen ook onderwijszaaltjes omdat onderwijs en onderzoek tot het takenpakket van elke professional horen.

De poliklinieken werken interdisciplinair. Dat gaat in Cuba heel gemakkelijk omdat de professionals in een en dezelfde polikliniek werken en ongeveer hetzelfde verdienen. Er is één betalingssysteem en er is per patiënt één dossier. Dat is een verademing vergeleken met Nederland, waar subsidies worden verleend om te onderzoeken hoe je vanuit verschillende disciplines en functies kunt (‘leren’) samenwerken. In Cuba maakt de huisarts een anamnese en werken collega’s uit de verschillende disciplines in hetzelfde dossier verder aan de zorg en bouwen voort op die eerste diagnose. Huisarts en verpleegkundige blijven de spil. Het zijn papieren dossiers; er zijn onvoldoende financiële middelen om het patiëntendossier te digitaliseren. Om privacy wordt niet al te veel gemaald; de dossiers staan in of op de kast in het kantoor van de huisartsenpraktijk of polikliniek. Elke dokter, psycholoog, specialist of sociaal werker kan het pakken en journaal maken.

De verhouding tussen dokter/psycholoog en patiënt is in onze ogen paternalistisch, maar ook warm en dichtbij. Bij de consulten die ik bijwoonde werd uitgebreid met de patiënt gepraat, maar schroomden de professionals niet directief op te treden. Dat is in onze Nederlandse ogen moeilijk te begrijpen; tegelijkertijd waren de Cubaanse dokters volledig gericht op het gezondheids- en welzijnsbelang van hun patiënten. Soms gaat dat verder dan wij ons kunnen voorstellen. De buik van zwangere vrouwen lijkt wel eigendom van de staat. Het geboortecijfer is laag (veel armoede!) en er wordt hoog ingezet op zwangerschapsbegeleiding. Bij het minste medische of sociale probleem worden de checks opgevoerd en er wordt snel besloten tot opname. De perinatale morbiditeit is dan ook heel laag. Maar zwangere vrouwen hebben weinig in te brengen.

Er is in Cuba geen aparte jeugdgezondheidszorg en gespecialiseerde medische zorg: alles is integraal, medisch, sociaal, psychologisch. Jeugdzorg is een onderdeel van de algemene medisch sociale hulp die dicht bij huis wordt geboden. Dat zou in onze ogen kunnen betekenen dat die zorg is gemedicaliseerd, ware het niet dat de sociale disciplines gelijkwaardig zijn aan de medische. De huisartsen zijn samen met de wijkzusters de ogen en oren van de buurt, ook als het om welzijnsproblemen of opvoedingsproblemen gaat.

 Mensen moeten lang wachten totdat ze aan de beurt zijn, maar wachtlijsten van maanden kennen ze in Cuba niet; er zijn genoeg dokters en psychologen.

 Bij de zorg voor kinderen en jongeren wordt, zoals bij de ouderenzorg, maximaal beroep gedaan op families en gemeenschap. Dat is in de meeste gevallen ook goed mogelijk omdat familieleden financieel gecompenseerd worden als zij minder gaan werken omdat zij voor familieleden moeten zorgen. De familie wordt vanuit de wijkpolikliniek door diverse specialisten en diensten ondersteund (zij krijgen bijvoorbeeld training bij het omgaan met autisme, huiselijk geweld, jeugdkanker, fysieke of cognitieve handicap, enz.). De lijntjes blijven kort.

Omdat de problemen in de Nederlandse jeugdzorg de pan uitrijzen, wordt weer gesproken over een stelselherziening. Mocht het zover komen dan lijkt dat mij een uitgelezen kans om ons te laten inspireren door de kleinschalige, integrale en preventieve aanpak in Cuba. Er is mijns inziens veel voor te zeggen een model voor de jeugdzorg te ontwikkelen, waarbij huisarts en verpleegkundige (eventueel sociaal werker) de vroegsignalering, eerste screening en opvang voor hun rekening nemen. Verdere hulpverlening zou dan ook interdisciplinaire en geïntegreerd kunnen worden aangeboden (dus minder doorverwijzen en werken in één dossier). Hoogwaardige professionals vlak bij huis, en geen doublures van diagnostiek. Het Cubaanse model voor de zorg lijkt me een inspiratiebron voor degenen die de jeugdzorg in crisis opnieuw moeten uitvinden. Soms zijn er al opwekkende initiiatieven, zoals wanneer de jeugdprofessional als POH-jeugd bij de huisarts aanschuift.