

‘Elkaars gezicht kennen leidt tot betere samenwerking’

De samenwerking tussen huisarts, GGZ en sociaal domein is al langere tijd een zorgenkindje. Vandaar dat deze samenwerking, onder de noemer mentale gezondheidscentra, een speerpunt vormt in het Integraal Zorgakkoord (IZA). Maar hoe organiseer je dat en welke rol kunnen de regio-organisaties daarbij spelen? De regio's Midden-Holland en Zuid-Limburg geven het goede voorbeeld.

Vanmorgen nog, tijdens de wekelijkse overlegtafel op dinsdagochtend, een casus van een patiënt die was aangemeld voor psychiatrische diagnostiek. Maar hij dreigde ook zijn woning te worden uitgezet en had geen dagbesteding. “De basis was niet op orde. We hebben toen afgesproken: laten we hem eerst aanmelden bij het Leger des Heils om huisvesting en dagbesteding op orde te brengen. Als dat loopt, is aanmelding bij de GGZ misschien niet meer nodig.”

Het is een willekeurig voorbeeld, stelt José Oostendorp. Zij is coördinator Huisartsenzorg GGZ bij Mediis, de regionale huisartsenorganisatie in de regio Midden-Holland. Het voorbeeld is volgens haar echter wel exemplarisch voor hoe GGZ, sociaal domein en huisartsenzorg soms

‘Voor elke aanmelding, twee à vier per keer, vinden we een oplossing’

onvoldoende op de hoogte zijn van wat de ander te bieden heeft. En daar ook niet altijd tijdig gebruik van maken.

Oplopende wachttijden voor de specialistische GGZ (SGGZ), waardoor te veel patiënten met complexe psychiatrische problemen in zorg bleven bij huisarts en POH-GGZ, was voor Mediis aanleiding om de regionale overlegtafel te starten. “De casuïstiek oversteeg de deskundigheid van de huisarts. Het begon hun werkplezier te ondermijnen. Er móest iets gebeuren, vonden we.”

Oplossing voor elke aanmelding

En met succes. De overlegtafel Midden-Holland draait nu ruim een jaar, iedere week een half uur, verloopt digitaal en werpt zijn vruchten af. “Alle partijen zitten aan tafel; huisarts, POH-GGZ, GGZ-medewerkers, mensen van de gemeente, sociaal domein en de regionale patiëntenorganisatie. Voor elke aanmelding, twee à vier per keer, vinden we een oplossing. Dat kan een zelfzorgadvies zijn, een verwijzing naar de schuldhulpverlening of een SGGZ-intake.”

“We hebben de GGZ-wachttijst hiermee weten terug te brengen”, vult Tjarda Scheltens aan, huisarts en directeur van Mediis. ‘Maar minstens zo belangrijk, we leren elkaar beter kennen. Het klinkt misschien gek, maar dat was niet zo voordat we hiermee begonnen. We zaten allemaal op een eilandje. Nu kennen we elkaars gezicht en dat leidt tot betere samenwerking.”

Betere samenwerking tussen huisarts, GGZ en sociaal domein is een van de doelstellingen van het IZA. Scheltens: “Het IZA spreekt van mentale gezondheidscentra.



‘Hoe beter je elkaar kent, hoe meer je leert te vertrouwen op de deskundigheid van de ander’

Dat concept hebben wij op deze manier georganiseerd, met de overlegtafel als centrale schakel.”

Drie pijlers

Ook de regio Zuid-Limburg geeft op haar eigen manier vorm aan het concept mentale gezondheidscentra, legt Joyce Schiffers uit, manager GGZ bij zorggroep Huisartsen Oostelijk Zuid-Limburg (HOZL). Samen met Rogier Bastiaens, manager GGZ bij zorggroep Meditta, en Nadine Mouchart, programmanager GGZ bij zorggroep Zorg in Ontwikkeling (ZIO) in Maastricht-Heuvelland, werkt ze aan het ontwerp voor een nieuwe patiëntreis voor patiënten die op de GGZ-wachlijst staan en de huisartsenzorg belasten. Schiffers: “De drie regionale huisartsenorganisaties, GGZ, het sociaal domein en zorgverzekeraars CZ en VGZ hebben de handen ineengeslagen om deze patiëntreis te beschrijven. Alleen als je dat samendoet, kun je succesvol zijn.”

De zorg verschuiven van de achter- naar de voorkant, ofwel van GGZ-behandeling naar preventie, is de gezamenlijke insteek van alle betrokken partijen. Schiffers: “We willen allereerst de zelfredzaamheid van patiënten stimuleren. Daarmee kunnen we al veel druk bij de huisarts wegnemen. Daarnaast bestaat de patiëntreis uit drie pijlers: consultatie, huisartsen-mdo en het verkennend gesprek. Zo willen we dat huisartsen laagdrempelig professionals kunnen consulteren over patiënten. Deze kunnen dan in zorg blijven bij huisarts of POH-GGZ. Ondertussen verminderen we de druk op de GGZ-wachlijst.”

Elkaar leren vertrouwen

“Daarnaast willen we op wijkniveau, voor iedere tien tot vijftienduizend inwoners, een gezamenlijk huisartsen-mdo organiseren”, vult Bastiaens aan. “Alle zorgverleners, huisartsen, GGZ, ketenpartners, maar ook sociaal domein en informele zorg, komen in dat multidisciplinair overleg samen om patiënten te bespreken. We vergroten daarmee de kans dat we patiënten voor de juiste zorg naar de juiste plek kunnen verwijzen. En we leren elkaar daardoor beter kennen. En hoe beter je elkaar kent, hoe meer je leert te vertrouwen op de deskundigheid van de ander.”

Het verkennend gesprek met de patiënt, dat vóór de verwijzing plaatsvindt, is de derde pijler van de patiëntreis, legt Mouchart uit. “In dat gesprek gaat het om de vraag van de patiënt. Wat wil hij? Misschien denken wij dat hij behandeling nodig heeft voor zijn verslaving, maar vindt hij zelf versteviging van zijn sociale netwerk belangrijker. Laten we daar dan op inzetten.”

“Met deze aanpak slaan we meerdere vliegen in één klap”, stelt Schiffers. “De patiënt voelt zich gehoord, we verlichten de druk op huisarts en GGZ en we stimuleren de samenwerking tussen huisarts, GGZ en sociaal domein. Iedereen profiteert daarvan.”