

Domeinoverstijgende samenwerking in mentale gezondheidsnetwerken

Psychische en sociale problemen: de juiste zorg op de juiste plek

Domeinoverstijgende samenwerking tussen huisartsen, ggz en het sociaal domein moet ertoe leiden dat mensen met psychische en sociale problemen passende zorg krijgen. Daartoe richten alle regio's in Nederland 'mentale gezondheidsnetwerken' (MGN) in. Wat houdt dit precies in? En hoe wordt de zorg hier beter van?

Tekst Edith Tulp

Beeld Annabel Hofman

Mensen met psychische klachten hebben vaak ook problemen op andere gebieden. Denk aan schulden, huisvestingsproblemen of eenzaamheid. Ze staan op lange wachtlijsten van de ggz, maar daar horen ze niet altijd thuis. Tegelijkertijd ziet het sociale domein een toename van mensen met complexe psychische klachten, deels ook op de ggz-wachtlijsten, die niet of niet op tijd in behandeling kunnen komen. In het IZA is afgesproken dat hulp en ondersteuning voor deze mensen in 2025 anders en beter georganiseerd wordt. Dat betekent ook dat de wachttijden worden teruggedrongen.

Ondersteunende rol

In het landelijke programma MGN werken elf partijen uit de ggz, de huisartsenzorg en het sociaal domein samen aan de kaders en richtlijnen die regio's helpen om de netwerk-samenwerking op hun eigen wijze in te vullen. Zo wordt er onder meer een handleiding voor afspraken met gemeenten en zorgverzekeraars aangeboden, zijn er afspraken over bekostiging en een tool voor het opstellen van een businesscase. Het Zorginstituut speelt hierin een ondersteunende rol.

In verschillende regio's functioneren er al (delen van deze) netwerken. Zoals wordt er in Zuid-Limburg al vijf jaar domeinoverstijgend

samengewerkt. Roger Bastiaens, manager mentale zorg bij de regionale huisartsenorganisatie Meditta, is er sinds het begin bij betrokken: "Ons startpunt was de regionale taskforce wachttijden. Daarin probeerden we met verschillende ggz-aanbieders iets aan de wachtlijsten te doen. Maar er veranderde niet echt iets. Daarop ontwikkelden we een 'uniform instroommodel mentale gezondheid'. We vertelden de programmapartijen MGN over ons model en dat wordt nu in de landelijke kaders meegenomen."

Sneller doorverwijzen

De pijlers van de MGN zijn het verkennend gesprek, het transfermechanisme, informatievoorziening en het domeinoverstijgend casusoverleg (zie kader rechts). Bastiaens: "Met deze manier van werken kunnen we patiënten beter en sneller doorverwijzen. Nu verwijst een huisarts iemand vaak naar de ggz. Die patiënt komt na een lange wachttijd weer terug bij de huisarts omdat de diagnose niet klopt. Maar als aan de voorkant al wordt gekeken wat de zorgvraag is en wat een patiënt - vanuit verschillende invalshoeken - nodig heeft, dan kun je ervan uitgaan dat hij bij de juiste ggz-aanbieder terecht komt, of op een andere plek waar hij de juiste zorg en ondersteuning krijgt."

Bastiaens juicht toe dat het MGN-programma landelijk worden gefaciliteerd en gestimuleerd. "Ons streven is het instroom-

Pijlers van mentale gezondheidsnetwerken:

- Het verkennende gesprek. Daarin gaat de zorgvrager op aanvraag van de huisarts in gesprek met professionals uit de ggz en het sociaal domein. Hierdoor krijgt de hulpvrager inzicht in eigen kracht en kwetsbaarheid, handvatten om weer in mentaal evenwicht te komen en, zo nodig, verdere zorg en ondersteuning te krijgen.
- Het transfermechanisme. Zorgaanbieders stemmen de gezamenlijke capaciteit zo goed mogelijk op elkaar af om zorgvragers zo snel mogelijk te helpen. De ggz is hier al langer mee bezig.
- Informatievoorziening voor aanbieders en verwijzers. Deze moet inzicht verschaffen in de voorzieningen in zorg- en sociaal domein in de regio en de wachttijden.
- Het domeinoverstijgend casusoverleg. In dit overleg bespreken huisartsen, ggz en het sociaal domein individuele zorgvragers anoniem. Onderlinge afstemming zorgt voor de juiste verwijzing naar de juiste plek.

Bastiaens: “Via het domeinoverstijgende overleg bouwen we vanzelf een netwerk op. Dankzij die korte lijntjes weet je ook sneller welke voorzieningen er waar te vinden zijn”

model zodanig op te schalen dat het geen project meer is, maar een beweging waar iedereen aan meedoet. Nu organiseren we de samenwerking vanuit een huisartsenpraktijk. Maar als je het grootschaliger aanpakt kun je dat niet zo blijven doen. De investering van andere partijen wordt dan heel groot. We hebben binnen onze regio 121 huisartsenpraktijken. Stel dat je bij elke praktijk een overleg van één keer per maand doet. Dan zijn mensen van het sociaal domein daar 121 keer een uur aan kwijt.”

Eerste mijlpalen behaald

“Als promotor van passende zorg vinden we het domeinoverstijgend samenwerken heel belangrijk”, zegt Sarah Prins, adviseur van het Zorginstituut en actief in het programmateam MGN. “Daar dragen we zoveel mogelijk aan bij. De eerste mijlpalen zijn al behaald. De inzet van de huisarts en ggz-professionals in het verkennende

gesprek wordt vergoed vanuit het basispakket. De NZa heeft inmiddels ook een prestatie voor het verkennende gesprek vastgesteld en er geldt geen eigen risico.”

De inbreng van het sociaal domein laat zich moeilijker landelijk regelen. Anders dan de zorg die vanuit de Zorgverzekeringswet wordt gefinancierd, maken gemeenten binnen hun budgettaire middelen zelf keuzes over de inzet binnen het sociaal domein. “Hoe dat gaat uitpakken weten we nog niet”, zegt Prins. “In de komende periode brengen we in beeld welke hulp na een verkennend gesprek in het sociaal domein of de ggz wordt ingezet. Daarvoor zijn veel mogelijkheden, van wandelclub tot schuldhulpverlening. Ook werken we, zoals afgesproken in het IZA, aan een landelijk dekkend netwerk van laagdrempelige steunpunten waar mensen hun plek kunnen vinden en die er deels al zijn.”

Korte lijntjes

In het Limburgse instroommodel is de functie van informatievoorziening weggelaten. “Via het domeinoverstijgende overleg bouwen we vanzelf een netwerk op”, vertelt Bastiaens. “De lijntjes zijn kort, je leert elkaar kennen, je ziet vaste gezichten. Voordeel daarvan is dat je ook sneller weet welke voorzieningen er waar te vinden zijn. Er was bijvoorbeeld een patiënt die voor een depressie herhaaldelijk naar de ggz werd gestuurd. Maar hij kwam steeds weer bij de huisarts terug omdat therapie niet hielp. Uiteindelijk bleek dat deze patiënt eenzaam was. De huisarts weet inmiddels vanuit het domeinoverstijgende overleg dat er een goed buurthuis in de buurt van de patiënt is. Daar is hij helemaal opgebloeid.”

Over wat deze aanpak voor de wachttijden in de ggz gaat betekenen is afwachten, zegt Prins: “Het verminderen daarvan is een belangrijke doelstelling. We gaan dit in het landelijke programma natuurlijk volgen.” Bastiaens is optimistisch: “Wij zien minder verwijzingen naar de specialistische ggz. Er zijn aanknopingspunten dat het gaat werken, maar daarvoor moet je het op grotere schaal monitoren. Goed dat dit gaat gebeuren.” |

Mentale gezondheidsnetwerken

