

Samenwerking bij de zorg voor psychiatrische patiënten in Utrecht Overvecht

De juiste zorg van de juiste
behandelaar op de juiste plek

16 november 2015



In de behandeling en begeleiding van mensen met psychiatrische aandoeningen voltrekt zich een grote verandering. Minder bedden, minder specialistische zorg, meer basiszorg. Specialisten die niet langer alleen patiënten behandelen, maar ook hun collega's in de basiszorg van advies dienen. Ondersteuning en zorg dicht bij huis. Het kan de zorg beter maken, mits specialisten, huisartsen, praktijkondersteuners en buurtteams elkaar weten te vinden en samenwerken. Zo leert de ervaring in de Utrechtse wijk Overvecht.

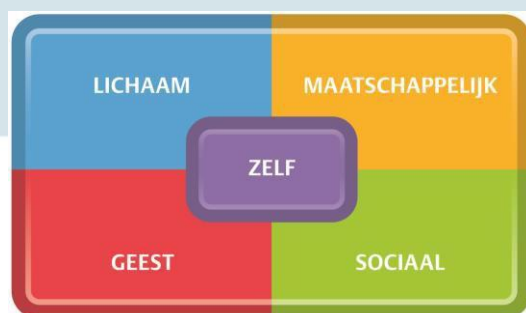
In Overvecht is de afgelopen jaren geëxperimenteerd met nieuwe vormen van samenwerking tussen buurtteams, huisartsenpraktijken en andere medische partners. 'Krachtige basiszorg' heet de nieuwe aanpak, die wordt ontwikkeld onder de vlag van 'Gezonde wijk Overvecht', een netwerk van organisaties in de (eerstelijns) zorg, ziektekostenverzekeraar Zilveren Kruis en de gemeente Utrecht. De spil in de samenwerking zijn de huisartsenpraktijken (verenigd in de Stichting Overvecht Gezond) en de buurtteams. Andere zorgpartners haken aan, als de problematiek van een cliënt of patiënt daarom vraagt. In dit verhaal, waarin psychiatrische aandoeningen centraal staan, gaat het om ggz-partners, zoals psychologen, psychiaters en verslavingsdeskundigen. Het hoofddoel van de samenwerking is dat cliënten de juiste zorg krijgen van de juiste behandelaar op de juiste plek. Zorg wordt steeds meer 'horizontaal georganiseerd'; effectieve zorg is een gedeelde verantwoordelijkheid van alle betrokken zorgpartijen. Korte communicatielijnen en heldere afspraken zijn essentieel. Dit is vooral belangrijk voor kwetsbare cliënten met (soms ernstige) psychiatrische aandoeningen en vaak ook andere lichamelijke en sociale problemen. Daarvan telt Overvecht er veel. Zij zijn vaak niet in staat de zorg die zij nodig hebben, zelf te organiseren door op het goede moment te 'schakelen' tussen verschillende zorgverleners.

Uitgangspunten

In het kader van de aanpak *krachtige basiszorg* hanteren huisartsen en buurtteams de volgende uitgangspunten voor hun samenwerking:

- Professionals in de basiszorg, medisch en sociaal, werken volgens een gezamenlijk kader met een gedeelde visie, één 'taal' (met het *4-Domeinen model* als onderlegger), heldere samenwerkingsafspraken en een gezamenlijk signaleringssysteem.

Het 4-Domeinen model



- Medische professionals en sociale professionals hebben in de uitvoering van de basiszorg ieder een eigen opdracht en eigen expertise in de ondersteuning van bewoners.
- Voor versterking van de basiszorg creëren partijen een ‘lerende omgeving’ en sturen zij op gezamenlijke verantwoordelijkheid, vertrouwen en onderlinge feedback.
- De samenwerking is flexibel en wordt toegesneden op de vraag van de cliënt. De samenwerking varieert van bilateraal afstemmen, elkaar consulteren, een tijdje ‘meelopen’ met de professional die eerstverantwoordelijk is, tot aan het overdragen van de regie aan een andere professional.

Vage klachten? Nee, vage oplossingen!

Hoe verloopt de samenwerking in de praktijk? We stelden de vraag aan een aantal professionals die in de samenwerking voorop gaan. Nikki Makkes is huisarts en kaderhuisarts¹ ggz in opleiding. Zij definieert de uitdaging. Naar schatting 80 procent van haar patiënten kan ze “zo verder helpen”. Maar de resterende 20 procent? Dat zijn de patiënten met veel “interacterende” problemen. Ze hebben fysieke en mentale klachten en problemen in hun sociaal en maatschappelijk functioneren. Ze komen met vermoeidheid, hoofd- of buikpijn bij de huisarts. “Vage klachten” heet dat in de volksmond. “Maar die klachten zijn niet vaag, ze zijn heel reëel. Niet de vraag, maar de oplossing is vaag”, zegt Makkes. Al jaren lang – ze werkt 13 jaar in Overvecht – stelt ze zichzelf de vraag, hoe ze deze groep patiënten beter kan behandelen. “Met medisch denken kom je er niet uit. Mensen worden daar zeker van, als dokter raak je gefrustreerd, je reflex is soms: zoek het uit!”

Casus huisarts (1)

“Er was geen plan, geen communicatie”

Nikki Makkes: “Een patiënt van onze praktijk, een meneer met een ernstige psychiatrische aandoening – het ging om een combinatie van verslaving en persoonlijkheidsstoornis – verbleef een tijd in een instelling. Die wilde de man op zeker moment terug verwijzen naar de basiszorg. De sociaal psychiatrisch verpleegkundige van de instelling droeg de begeleiding over aan het buurtteam, maar informeerde ons (de huisartsenpraktijk) niet. In een casus als deze willen wij graag vooraf overleggen met de meest betrokken professionals. Wat zijn de risico’s van afschaling van de zorg, wat zijn de kansen, maken we een gezamenlijk behandelplan? Zo’n overleg kwam er dus niet; veel mensen in de zorg zijn nog niet gewend zo te werken. Op zekere dag raakt de patiënt in crisis. Hij belt de huisarts. Die weet niet dat het buurtteam betrokken is. Daar komt hij achter, als hij de GGZ-instelling belt. Conclusie: op deze manier wordt een patiënt niet goed geholpen. Er was geen plan, geen communicatie. In een geval als dit moet je vooraf afspraken maken: wie doet wat, wat mag je van elkaar verwachten, hoe vind je elkaar?”

Effectieve behandeling van ‘moeilijke’ patiënten vereist nieuwe vormen van samenwerking. Dit geldt zeker voor de groep patiënten met een ernstige en vaak chronische psychiatrische aandoening, van wie er in Overvecht verhoudingsgewijs veel zijn. Het gaat om samenwerking tussen de huisarts, de praktijkondersteuner ggz (geestelijke gezondheidszorg), de wijk- en praktijkverpleegkundigen, het buurtteam en – bij ernstige psychosociale of psychiatrische problematiek – ook de psychologen en psychiaters die in de basis-ggz en de specialistische ggz werken.

¹ Een kaderhuisarts is o.a. opgeleid is het leggen van verbinding tussen eerste en tweedelijns zorg.

“We vullen elkaar mooi aan”

Ruth Lenstra is praktijkondersteuner ggz in een huisartsenpraktijk in Zuilen. Zij behandelt mensen met breed scala van klachten, van “lichte psychosociale vragen tot zware chronische psychiatrie”. De laatste groep komt bij haar, niet alleen vanwege de afbouw van de specialistische ggz, maar ook omdat sommige cliënten met hun klachten wel bij de huisarts komen, maar niet naar de psychiater willen - of daar niet ‘aankomen’. Lenstra werkt nauw samen met het buurtteam. “Ik spreek cliënten hooguit eens per twee weken. Incidenteel ga ik op huisbezoek. Het buurtteam komt bij de mensen thuis, ziet hoe het daar gesteld is en kan hands on werken. Ik behandel, zij begeleiden. En de huisarts heeft het systeem in zicht; die overziet de problematiek van het gezin. Dat vult elkaar mooi aan. Eens per zes weken hebben we een overleg met mensen van de buurtteams sociaal en jeugd & gezin, de huisarts, de praktijkondersteuner somatiek en ik. Dan bespreken we casuïstiek, maken we beleid voor individuele gevallen en maken we afspraken over onze algemene manier van werken.”

Casus praktijkondersteuner ggz

“Het buurtteam begeleidt, ik behandel”

Ruth Lenstra: “Anderhalf jaar geleden kwam er een meneer op het spreekuur met wie het totaal niet goed ging. Hij was super gestrest en kon niet meer lopen van de stress. Hij at nauwelijks, had veel pijn aan zijn rug en dreigde zijn baan te verliezen. Hij had een straatverleden, was verslaafd geweest en dreigde weer om te kiepen. Hij koesterde wantrouwen jegens bijna alles en iedereen. Maar er waren een paar aanknopingspunten. Hij wilde per se niet terug naar de straat. En hij had veel vertrouwen in de huisarts, die hem goed geholpen had met zijn rugprobleem. Zo was er ruimte voor betrokkenheid van het Buurtteam en van mij. Het Buurtteam ging – en gaat – twee keer in de week bij hem langs. Op zeker moment belandde hij in de ziektewet. Het Buurtteam ging met hem mee naar het UWV en zijn werkgever, het hielp bij de start van een re-integratietraject. Het Buurtteam zorgde ook dat hij zijn rekeningen betaalde en zijn uitkering op de rit kreeg. Tegelijkertijd heb ik met hem gewerkt aan zijn destructieve neigingen. Hij zei altijd: ‘Zo ben ik nou eenmaal, mij verander je niet.’ Ik heb veel gedaan aan bewustwording door hem inzicht te geven in hoe hij denkt over anderen en zichzelf – en hoe hij dat kan veranderen. In deze casus zie je mooi het onderscheid tussen wat de praktijkondersteuner doet en wat het Buurtteam. Het Buurtteam begeleidt, ik behandel. Zonder samenwerking hadden we het in deze casus niet gered. Dat zegt hij zelf ook. Het gaat nu beter met hem. Winst is ook dat we een verwijzing naar dure specialistische zorg hebben voorkómen.”

Zorg uit meerdere mandjes

Ook bij de gevestigde instellingen voor geestelijke gezondheidszorg – de generalistische basis ggz en de specialistische ggz – wordt de noodzaak van samenwerking steeds meer onderkend. Ruud Coenen is bestuurder van Indigo, dat generalistische basiszorg biedt. “Wij komen uit een medisch model. Je bekeek mensen vanuit een specifieke optiek. ‘Hé, daar komt een angststoornis binnen.’ Maar de mens is een sociaal maatschappelijk wezen. Er is meer aandacht nodig voor de sociaal maatschappelijke dimensie: werk, financiën, kinderen, huisvesting. Bij veel cliënten is samenwerking niet nodig, die kunnen wij – of het buurtteam – alleen af. Maar als de zorg uit meerdere mandjes moet komen, moet je bij elkaar gaan zitten. Wij moeten leren de buurtteams op een goede manier in te schakelen. Als een klant bij ons klaar is, kan het nodig zijn dat iemand de vinger aan de pols houdt. Dat kan het buurtteam doen.” Als het aan Coenen ligt, zullen behandelaars van Indigo vaker dan nu al gebeurt deelnemen aan het casuoverleg van buurtteams en huisartsen en soms ook meegaan op huisbezoek naar cliënten van het buurtteam.

Wijkambassadeurs

Barbra Velthuisen, teammanager preventie, veldwerk en basis ggz bij Victas centrum voor verslavingszorg, schetst nog eens de grote lijn van de veranderingen in de ggz. Het begon met het landelijke bestuursakkoord uit 2012, waarin afspraken werden gemaakt over afbouw van bedden en ambulantisering van zorg. Doel is de “beweging naar de voorkant”: van specialistische ggz naar generalistische basis ggz naar eerstelijnszorg, waarin huisarts, praktijkondersteuners, wijkverpleegkundigen en buurtteams hun rol spelen. Dit alles om de zorg betaalbaar te houden en dichterbij de mensen te brengen. Velthuisen is bezig “wijkambassadeurs” te organiseren: medewerkers uit haar team die voor een aantal uren per week in een wijk worden geposteed. In Overvecht is sinds enkele maanden een wijkambassadeur van Victas actief, de andere wijken volgen nog dit jaar. De wijkambassadeurs krijgen de opdracht te investeren in de “driehoek van huisartsenpraktijk, buurtteam en ggz”, zegt Velthuisen. “Buurtteams en huisartsen hebben behoefte aan een vast aanspreekpunt in plaats van vijf verschillende behandelaars.” Via de ambassadeurs wil Victas de deskundigheid op verslavingsgebied in de wijk vergroten en advies geven in individuele cases.

De wijkpsychiater

Ook sommige specialisten verlaten hun institutionele bolwerk en verleggen hun aandacht naar de wijk. Wouter de Meij is sinds begin 2015 zelfstandig gevestigd psychiater. Hij behandelt patiënten én dient andere behandelaars – vooral huisartsen - van advies, vooral in Overvecht maar ook in enkele andere wijken. Goede zorg vereist samenwerking, vindt ook De Meij: “Er is een groep patiënten waarvan zowel de huisarts als de specialist denkt: wat moet ik ermee? Sommige mensen hebben zó veel problemen. Daar is vaak psychiatrie bij. Maar als er ook schulden zijn en ruzie met de burens, kan de stress daarvan zo groot zijn, dat behandeling door mij nauwelijks effect heeft. Je moet voorkomen dat de patiënt op de plek zit, waar hij niet beter wordt. Daar wordt ie alleen maar zieker van.”

“Aan de open deur wordt vaak voorbij gelopen”

In dit verhaal komen de voorlopers op het gebied van samenwerking aan het woord. Wie hen aanhoort, denkt al gauw dat het belang van samenwerking zo voor zichzelf spreekt, dat die samenwerking vanzelf wel zal ontstaan. Maar is dat zo? “Je moet ontmoeting organiseren, elkaar leren kennen”, zegt Ruud Coenen van Indigo. “Ja, dat is een open deur. Maar aan open deuren wordt vaak voorbij gelopen.”

Meerdere factoren compliceren de samenwerking: de attitude en rolopvatting van behandelaars en begeleiders, belemmerende regelgeving en financiële schotten, (nog) ontoereikende competenties, en ontbrekend besef van het belang van samenwerking. Waar schort het aan? Wat is er nodig om obstakels op weg naar samenwerking op te ruimen? En wat is er ondanks die obstakels toch al bereikt?

Het buurtteam in het werkgebied van huisarts Nikki Makkes ging al in 2012 van start. Het was een van de eerste, toen experimentele, buurtteams. Buurtteam en huisartsenpraktijk maakten afspraken over samenwerking. Het buurtteam zou de huisarts informeren over nieuwe cliënten die in begeleiding genomen werden en over beëindiging van begeleidingstrajecten. De praktijkondersteuner ggz en twee ‘aandachtsfunctionarissen’ – zeg maar contactpersonen – van het buurtteam zouden als smeermiddel van de samenwerking fungeren. De poh ging deelnemen aan casusoverleg van het buurtteam; de twee contactpersonen kwamen elke week op de koffie in de huisartsenpraktijk. En – ten derde – men zou samen optrekken in de behandeling en begeleiding van ‘moeilijke’ cliënten, wat inhield: bereikbaar zijn en bereid zijn tot overleg.

“Je moet de afspraken steeds weer afstoffen”

Bij de officiële start van de buurtteams op 1 januari 2015 veranderde de personele samenstelling van buurtteam ingrijpend. De samenwerking ging ineens niet meer vanzelf. De poh en de twee contactfunctionarissen doen wat ze moeten doen. Maar overigens kan het beter, van twee kanten, zegt Makkes. “De implementatie van de werkafspraken vraagt permanente aandacht, je moet ze steeds weer afstoffen.”

Lastig is dat de informatiesystemen van buurtteams en huisartsen moeizaam met elkaar communiceren. Ook verschillen van opvatting over privacy en de positie van de cliënt spelen een rol. De buurtteams willen ‘naast de cliënt’ staan. ‘Eigen kracht’ is het uitgangspunt; de cliënt heeft de regie. Praten met andere behandelaars óver een cliënt zónder die cliënt, dat doe je niet. Een cliënt kan heel goed zelf aan zijn huisarts melden, dat hij voor ondersteuning bij het Buurtteam heeft aangeklopt. “Een mooi principe”, vindt huisarts Makkes, “maar soms werkt het niet. Dan vergeet een cliënt de huisarts te informeren of is hij de boodschap vergeten. Als een cliënt de regie niet kan voeren, moet wij als professionals de regie - tijdelijk of gedeeltelijk - overnemen. Ja, dan kun je in aanvaring komen met begrippen als autonomie en privacy.” In de praktijk van alledag vinden partijen overigens wel weer oplossingen, die de uiteenlopende principes met elkaar verenigen. Buurtteammedewerker en cliënt kunnen samen de huisarts bellen. Dan bewaakt de eerste dat de huisarts goed wordt geïnformeerd, terwijl de cliënt toch de regie houdt.

Casus huisarts (2)

“We hebben beiden onze grenzen verlegd”

Nikki Makkes: “Ik kreeg een mail van een medewerkster van het Buurtteam. Het ging over een patiënt van mij, een hoogopgeleide, gescheiden man van Malinese herkomst. Hij had al jarenlang grote problemen. Hij kon geen werk vinden en had een conflict met zijn vrouw over zijn twee kinderen die alle twee extra aandacht nodig hebben. De Buurtteammedewerkster vroeg om verwijzing naar een psychiater. Mijn reactie was: ‘Dat doe ik niet zomaar’. Ik had de man al eerder naar een psychiater verwezen; dat had geen resultaat opgeleverd. Ik wilde er eerst meer van weten. Het kostte moeite haar ervan te overtuigen dat overleg nodig was. Uiteindelijk maakten we een afspraak met zijn drieën: de patiënt en wij twee. Hij kwam niet opdagen. Zij was onthand, we konden niet verder, vond zij. Over een patiënt praten waar hij niet bij was, druiste volledig in tegen haar gevoel. Uiteindelijk deed ze het toch. Zij bleek een interessante gedachte te hebben over de oorzaak van zijn problemen; ze dacht dat het autisme zou kunnen zijn. Zij zag de man veel vaker dan ik; ze kon best gelijk hebben. Toen hebben we samen de man gebeld, telefoon op de speaker. Hij bleek thuis te zijn. We deden het voorstel hem naar de psychiater te verwijzen, met de vraag of er autisme in het spel kon zijn. Hij stemde daarmee in. Vanuit het oogpunt van samenwerking vind ik dit een interessante casus, omdat wij beiden onze grenzen hebben verlegd. Ik stelde me als dokter kwetsbaar op, door toe te geven dat ik het niet wist. Als Buurtteamprofessional stapte zij af van het adagium dat je niet praat over een patiënt waar hij niet bij is. Het onderzoek door de psychiater loopt nog. De winst is in elk geval al dat ik heb verwezen met een specifieke opdracht voor diagnostiek, waardoor behandeling gericht kan worden ingezet.”

Beroepsattitude en rolopvatting kunnen soepel samenwerken in de weg staan. “Relatieontwikkeling over de linies heen is niet zo gemakkelijk”, heeft psychiater Wouter de Meij ervaren. Huisartsen reageren positief als hij zijn visie op samenwerking geeft. “Maar het is ook nieuw voor ze, en iets wat erbij komt. Het vraagt om een andere manier van werken, multidisciplinair in plaats van solistisch. Vooral de wat oudere huisartsen zijn gewend problemen zelf op te lossen. Het organiseren van samenwerking vergt een investering van jaren.”

Ook bij Indigo en Victas is verandering nodig. “Mijn mensen moeten alerter worden op wat de buurtteams kunnen doen”, zegt Ruud Coenen van Indigo. En Barbra Velthuisen van Victas praat zich bij wijze van spreken “de blaren op haar tong” om haar mensen ervan te overtuigen dat ze de “beweging naar buiten” moet maken. “Onze behandelaars zijn altijd gericht geweest op hun cliënten. Dat moet natuurlijk zo blijven, maar ze moeten nu óók investeren in netwerken en in dienstverlening aan andere professionals.”

Twijfels

De urgentie van samenwerken wordt dus niet door iedereen als iets vanzelfsprekends gevoeld. Daarin speelt ook twijfel over en weer een rol. Wil de andere partij écht samenwerken? En is de ander voldoende competent om mee samen te werken? Het wekt geen verbazing dat gevestigde zorgpartijen hun vragen hebben over de buurtteams. De meeste buurtteams zijn immers nog geen jaar operationeel. Hebben buurtteammedewerkers voldoende deskundigheid in huis om mensen met psychiatrische aandoeningen te kunnen begeleiden?

Meindert de Groot, buurtteammedewerker van het eerste uur (in 2012 toen in Overvecht de eerste buurtteampilot startte), draait er niet om heen: “Wij missen nu nog de kwaliteit om deze groep goed te ondersteunen. Wij moeten leren een goede risico-inschatting te maken en op tijd deskundigen in te schakelen.” Hoe leer je dat? “Door veel casuïstiek met elkaar te bespreken, met de ggz praktijkondersteuner erbij. En verder zouden we vaker bij elkaar in de keuken moeten kijken.” De Groot herkent de twijfel bij andere partijen. “De paar keer per jaar dat ik een huisarts vraag om mee te gaan naar een cliënt, is er écht wat aan de hand. De ene huisarts gaat zo mee, bij een ander moet ik leuren. Toen ik nog in de verslavingszorg werkte bij Centrum Maliebaan (de voorloper van Victas), kreeg ik samenwerking gemakkelijker voor elkaar. Bij het Buurtteam heb je nog geen titel, vooral in het begin werden we minder serieus genomen.”

Casus Buurtteam

“De samenwerking met de huisarts en Altrecht verliep soepel”

Meindert de Groot: “Twee jaar geleden kwam ik op huisbezoek bij een Griekse vrouw. De aanmelding was gedaan door Altrecht, met het verzoek haar thuis te ondersteunen. Haar zoon was namelijk bij Altrecht opgenomen met ernstige psychiatrische –en verslavingsproblematiek. Zij kon haar zoon slecht loslaten, waardoor ze vaak bij Altrecht op de stoep stond, ook wanneer dat voor de behandeling eigenlijk niet wenselijk was. Hij vroeg geld van haar en bedreigde haar. Ik ging bij haar langs om uit te leggen dat het beter was als zij meer afstand hield; ik fungeerde eigenlijk als een soort intermediair tussen Altrecht en de moeder. Maar er waren meer problemen. Ze had schulden vanwege haar zoon. De administratie was een puinhoop en ook dat leverde veel stress op. Daarnaast had ze allerlei lichamelijke klachten, met name hevige rugpijnen. Bij het eerste huisbezoek hebben we gelijk ook de huisarts gebeld. Daar bleek ze vaak langs te komen met allerlei klachten waarvan de huisarts het vermoeden had dat een deel ervan psychosomatisch zou kunnen zijn. Tijdens het begeleidingstraject hebben we meerdere keren bij elkaar gezeten, waarbij haar lichamelijke klachten, haar zorgen over haar zoon en haar financiële situatie aan bod kwamen. Het leverde uiteindelijk een soepele samenwerking tussen klant, huisarts, buurtteam en Altrecht op. Ieder met zijn eigen expertise. Na anderhalf jaar was de financiële situatie weer een beetje op orde, had de vrouw geaccepteerd dat Altrecht het goede voor had met haar zoon en waren de meeste lichamelijke klachten verminderd. Moet wel gezegd dat toen zoon afgekickt en wel thuis kwam, de rugpijn pas echt verdween! Haha, Geweldig toch?”

Een stevig fundament

Maar toch: ondanks de obstakels en de twijfels ligt er in Overvecht intussen een tamelijk stevig fundament onder de samenwerking. Zo is er sinds de zomer van 2015 een richtlijn voor ernstige psychiatrische aandoeningen (EPA). De richtlijn gaat over zowel behandeling als begeleiding en geeft richtlijnen voor ‘warme overdracht’ van patiënten: overdracht naar Victas en Altrecht als specialistische zorg nodig is (opschaling) en overdracht van de specialist naar de eerste lijn of de generalistische basis ggz (afschaling), zodra dit - gelet op de toestand van de patiënt - verantwoord kan. De richtlijn was het resultaat van gezamenlijke casuïstiekbesprekingen. De implementatie van de EPA-richtlijn staat op de agenda voor 2016.

De zorgpartijen in Overvecht – Victas, Altrecht, Indigo, huisartsen, praktijkondersteuners ggz en buurtteams – zijn druk bezig de EPA-populatie op wijkniveau in beeld te brengen. Het is, voor zover bekend, een voor Nederland uniek project. Gezamenlijk inzicht in de populatie en in wie wat doet voor welke patiënt, is een voorwaarde voor goede afstemming van zorg, zodat onderbehandeling, overbehandeling of verkeerde behandeling wordt voorkomen. Zorgmijders komen zo beter in beeld en ook mensen die wel bij de huisarts komen met klachten, maar hun psychiatrische problematiek daar niet ter sprake willen of durven brengen.

In de dagelijkse praktijk zoeken, zoals in het voorafgaande al duidelijk werd, behandelaars en begeleiders elkaar op. De praktijkondersteuner ggz woont casuïstiekbesprekingen bij van de buurtteams. De banden tussen de psychologen van Indigo en de huisartsen en de praktijkondersteuners zijn aangehaald, zodat ‘warme overdracht’ van cliënten kan plaatsvinden. De wijkpsychiater heeft zijn opwachting gemaakt; er zijn samenwerkingsafspraken gemaakt tussen ‘Overvecht Gezond’ en gespecialiseerde psychiaters van Altrecht en Victas. Buurtteams kunnen voor consultatie een beroep doen op praktijkondersteuners, psychologen en (wijk)psychiaters. Volte, het scholingsinstituut dat is voortgekomen uit ‘Overvecht Gezond’, biedt gezamenlijke scholing aan professionals in de wijk. En er is een patiëntenportaal ingericht, dat patiënten en klanten van het buurtteam in staat stelt digitaal verbinding te leggen met hun hulpverleners.

2016

Overvecht Gezond en de buurtteams willen komend jaar verder met intensivering van de samenwerking in de basiszorg. Een eerste actiepoint betreft het maken van afgestemde behandel- en begeleidingsplannen in plaats van de afzonderlijke plannen die huisarts, buurtteam en specialist nu veelal maken. Een tweede actiepoint is het gezamenlijk organiseren van de consultatiefunctie. Het doel is dat kaderhuisarts, praktijkondersteuners, psychiaters en psychologen bereikbaar en beschikbaar zijn voor adviesvragen van buurtteams en huisartsen. Op de agenda voor 2016 staan ook het implementeren van de EPA-richtlijn en het maken van afspraken over op- en afschalen van specialistische en aanvullende zorg. Zo zijn er afspraken in de maak over samenwerking tussen Lister (organisatie voor specialistische individuele begeleiding) en de buurtteams. Wanneer is Lister aan zet, wanneer het buurtteam? En kan het buurtteam Lister ook inschakelen voor advies of ‘even meelopen’, zonder dat de regie meteen overgaat naar specialist. Waar het gaat om de samenwerking tussen huisartsen en psychiaters komt een vergelijkbare vraag aan de orde: Kunnen psychiaters worden ingezet voor medicatiebegeleiding, terwijl de regie en het hoofdbehandelaarschap bij de huisarts blijven?

Winst voor het oprapen

Soms ligt de winst van samenwerking eenvoudig voor het oprapen. Wijkpsychiater Wouter de Meij geeft een voorbeeld. “Als een huisarts mij belt omdat hij twijfelt of hij een psychiatrische patiënt er een pil bij moet geven, kan ik hem zo vertellen of dat zin heeft of niet. Als je zo voorkomt dat de patiënt overbodige medicatie krijgt, levert zo’n telefoontje van twee minuten veel op.”

De professionals die in dit verhaal aan het woord kwamen, zien naast de genoemde obstakels ook grote kansen voor de samenwerking. Barbra Velthuisen van Victas legt uit dat een drank- of drugsverslaafde gemiddeld pas 7 jaar na het begin van de verslaving bij een instelling als Victas terecht komt. De uitdaging is er eerder bij te zijn. “Als het ons lukt stevige netwerken op te bouwen in de wijk rond de cliënt en als meer partijen – huisarts, poh, buurtteam – een bijdrage leveren aan vroegsignalering van verslavingsproblematiek, krijgen wij mensen veel eerder in beeld. Dat maakt de verslavingszorg veel doelmatiger.”

Praktijkondersteuner Ruth Lenstra noemt het ideaal van triple aim: betere en goedkopere zorg, afgestemd op de vraag van de cliënt. Dure tweedelijns psychiatrische zorg? Daarvan is in de toekomst misschien veel minder nodig. Hoe stelt Lenstra zich dat voor?

“Als we echt goed samenwerken – artsen, praktijkondersteuners, fysiotherapeuten, buurtteams, psychologen, wijkpsychiaters – ben ik ervan overtuigd dat we ook voor mensen met chronische psychiatrische problematiek programma’s kunnen inrichten in de wijk. Programma’s die een beroep op de tweede lijn voor een deel overbodig maken. Het ontwikkelen van zulke programma’s zal tijd kosten. En ze zullen alleen succesvol zijn, als de samenwerking met de specialistische GGZ goed geregeld is. Nu lopen we er nog te vaak tegenaan dat een patiënt die acuut zorg nodig heeft, die we in de eerste lijn niet kunnen leveren, lang op die zorg moet wachten. Maar als we dit gat weten te dichten, kunnen we met wijkprogramma’s veel patiënten zorg dicht bij huis bieden. Dat is sneller, beter en goedkoper.”

Deze tekst is in co-creatie met de gemeente Utrecht tot stand gekomen. In het bijzonder danken we Otto van de Vijver voor het optekenen van de praktijk. Voor meer informatie over de samenwerking in de wijk Overvecht kunt u terecht bij:

Ingrid Horstik, ontwikkelaar BTO sociaal, email: i.horstik@buurtteamsutrecht.nl

Petra van Wezel, manager Overvecht Gezond, email: p.vanwezel@overvechtgezond.nl