

“BRABANTS INITIATIEF LAAT ZIEN DAT GOEDE NETWERKSAMENWERKING OOK ZONDER IZA-GELDEN KAN”

Het leek zo mooi geregeld in het Integraal Zorgakkoord IZA: een betere samenwerking tussen huisarts, sociaal domein en de geestelijke gezondheidszorg (ggz) zou de zorg in Nederland toegankelijk, betaalbaar en van goede kwaliteit moeten houden. Maar half september was het geld op. Naast de verontwaardigde reacties viel het positieve geluid op van Astrid Dirks, geneesheer-directeur van Novadic-Kentron. Samen met een aantal collega's zette zij in Brabant in no time een netwerksamenwerking op met een gezamenlijk aanmeldloket voor mensen met problematisch alcoholgebruik en cognitieve stoornissen. Zonder subsidies of transitiegelden. “Goede ideeën moeten niet wachten, die begin je gewoon samen.”



In het voorjaar van 2024 werd Astrid Dirks benaderd door een psychiater uit haar netwerk, die haar vroeg om aan te sluiten bij een netwerksamenwerking. Zo ontstond het eerste idee voor het gezamenlijke aanmeldloket voor mensen met problematisch alcoholgebruik en cognitieve klachten. “Met een aantal collega's kwamen we drie keer een uurtje online bij elkaar. We inventariseerden wat we al deden, hoe we zaken aan elkaar konden knopen en wie we daar nog bij nodig hadden. Op een A4'tje schreven we ons idee en een week later zijn we begonnen. Dat dat zo snel lukte, kwam door onze manier van aanpakken. Allemaal vonden we: ‘dit is nodig, dus dat gaan we doen.’ En het hielp natuurlijk dat we ieder afzonderlijk al bezig waren met de problematiek.”

Stroomschema

Binnen drie maanden was de eerste officiële bijeenkomst van het netwerk een feit. Met als deelnemende partijen: Novadic-Kentron (verslavingszorg), Reinier van Arkel (ggz), verpleeghuiszorg Archipel, Vincent van Gogh Korsakov Centrum (derdelijns expertisecentrum), ziekenhuis Jeroen Bosch en sociaal domein. “We maakten een stroomschema, dat aangeeft welke route patiënten doorlopen – afhankelijk van hun situatie – en welke cliënt bij welke zorgverlener past.”

Mensen met problematisch alcoholgebruik en cognitieve klachten, die eerst terechtkwamen bij de huisarts, de ggz of de verslavingszorg, kunnen zich nu aanmelden via één gezamenlijk mailadres. “Tweewekelijks hebben we multidisciplinair overleg (MDO). Dan wisselen we onderlinge expertise uit en bespreken we de complexe zorgvragen. Bij het overleg sluit een huisarts, geriater of een andere specialist aan. Dat werkt goed: er rolt altijd een behandelplan uit.”

Betere doorstroming

Om voor diagnostiek in aanmerking te komen, moeten patiënten eerst ontnuchteren. Die detox gebeurt meestal in het ziekenhuis bij een afdeling van Reinier van Arkel. Novadic-Kentron vult de verslavingsexpertise aan, het expertisecentrum van Vincent van Gogh stelt vast of er een cognitieve stoornis is. "Soms vrijwillig, soms onvrijwillig. Als geneesheer-directeur ben ik verantwoordelijk voor de organisatie van onvrijwillige zorg en kan ik voor het netwerk hierin een belangrijke rol vervullen."

Als de juiste diagnose is gesteld, is duidelijk waar de patiënt naartoe gaat. "In 60% van de gevallen gaat het om mensen met dementie, die komen terecht in het verpleeghuis. De rest krijgt thuiszorg met ondersteuning vanuit sociaal domein vanuit Novadic-Kentron en de cliënten proberen we bij Novadic-Kentron te motiveren tot een behandeling van hun verslaving. Als iemand terug naar huis gaat, krijgt de huisarts praktische tips voor mogelijke vervolgstappen in de toekomst."

Na het eerste half jaar werd de pilot geëvalueerd. Iedereen bleek enthousiast. "We hadden 60% van de cliënten begeleid naar een passende vervolgplek. Er was sprake van een betere doorstroming, minder wachttijden en een verdiepte samenwerking tussen de netwerkpartners. We wisten elkaar veel sneller te vinden. En we konden veel zwaardere problematiek aanpakken die we alléén niet hadden aangedurfd. Juist het samen dragen van het traject maakte dat we dat nu toch deden. Ook voor de cliënten is dat een waardevolle ontwikkeling."

Twee soorten wetgeving

Aandachtspunten waren er ook. "Soms hadden cliënten nog geen diagnose, dan was het onduidelijk wat we konden doen. Daarop hebben we ook gemeenten bij ons netwerk betrokken. Zij kunnen bijvoorbeeld thuiszorg aanbieden via de WMO, zodat we in elk geval de vinger aan de pols houden. Een ander obstakel is, dat we te maken hebben met twee soorten wetgeving voor de ggz (WvGGZ) en de verpleeghuiszorg (WZD/WLZ). Dat maakt het soms lastig om mensen om de juiste plek te laten landen."

Doordat de netwerkpartners geen nieuwe taken erbij kregen, was voor de samenwerking ook geen extra budget nodig. "Het enige wat ons geld kost, is het MDO. Maar die investering verdient zich vanzelf terug, omdat door onze aanpak de doorstroming beter is en er bijvoorbeeld minder verkeerde bedden in verpleeg- of ziekenhuizen bezet blijven."

Niemand eigenaar

Astrid is ervan overtuigd dat de Brabantse werkwijze ook op andere plekken en voor andere doelgroepen kan werken. "Om dat te laten slagen, is het vooral belangrijk dat je je eigen netwerk goed in beeld hebt. Doordat ik de psychiater die mij belde al kende, konden we op inhoudelijke kwaliteit samenwerken. Van onze partners hebben we als het ware een blanco cheque gevraagd en van daaruit zijn we vertrokken."

Het belangrijkste advies van Astrid: "Begin gewoon, maak er geen meerjarenplan van. Van ons netwerk is niemand eigenaar, iedereen doet zijn eigen werk. Budgettair is het slim wat wij doen. We gaan immers heel efficiënt te werk, waardoor we het zorgsysteem minder belasten en de investeringen zichzelf terugbetalen. Ook zijn we in staat om buiten ons eigen straatje te denken. Zo sta je samen veel sterker. De enige voorwaarde is, dat je elkaar niet als concurrent ziet."

Overigens denkt Astrid dat de IZA-gelden wel degelijk een impuls kunnen geven aan een betere samenwerking in de ketenzorg, vooral voor de casuïstiek die net niet past in het al bestaande zorgaanbod. "Het is alleen nog zoeken hoe. Ik zou graag een duidelijker kader zien of een meer praktische handleiding. Die heb ik tot nu toe niet gezien."