

# Voorlopige leidende principes

Dit werkdocument geeft de tussenstand weer van de uitgangspunten voor de mentale gezondheidscentra en het verkennend gesprek.

Deze versie, met commitment van het DO, is het uitgangspunt voor de werkgroep Verkennend gesprek/Mentale gezondheidscentra binnen de nieuwe programmastructuur, die vanaf 1 oktober 2023 start. Zie dia 7 voor het verdere proces.

Met 'uitgangspunt' bedoelen wij dat dit het afgesproken fundament is voor het verder invullen van de leidende principes. De fundamentele keuzes die in dit document zijn vastgelegd, staan niet ter discussie. Als in het ontwikkelproces nieuwe feiten of omstandigheden bekend worden waardoor fundamentele keuzes in een ander licht komen te staan, kunnen over een uitgangspunt aanvullende afspraken worden gemaakt. Wij verwachten echter dat het dan zal gaan om voortbouwen op het fundament, niet om het leggen van een nieuw, ander fundament.

In het programma zullen informatieproducten worden ontwikkeld om de achterbannen zo goed mogelijk te informeren en mee te nemen. Als dat nodig is, verhelderen we daarvoor ook de tekst in dit document.

## Voorlopige leidende principes mentale gezondheidscentra en verkennend gesprek 1.0 versie DO 28 september 2023

Wijzigingen t.o.v. versie 0.2 zijn geel gemarkeerd

## Inleiding

In het IZA in onderdeel F zijn afspraken gemaakt over de samenwerking sociaal domein/huisartsen/ggz. Naar aanleiding daarvan zijn er zes actiepunten geformuleerd en werkgroepen gevormd (laagdrempelige steunpunten, e-communities, mentale gezondheidscentra en verkennend gesprek, bekostiging verkennend gesprek, inzicht in regionale wachtlijsten en ANW-bereikbaarheid van niet-acute zorgvragen). Dit document is een eerste deliverable voor het actiepunt en werkgroep mentale gezondheidscentra en verkennend gesprek.

In het IZA is afgesproken dat de regio samenwerkingsafspraken maakt tussen SD, HA en GGz voor mensen met mentale klachten en met problemen op andere levensdomeinen, zodat hulpvrager en naasten ervaren dat ze ze snel de juiste zorg en/of steun op de juiste plek krijgen en niet onnodig de ggz instromen. We noemen deze samenwerking 'mentale gezondheidscentra' (afgekort MGC)<sup>1</sup>. Het verkennend gesprek (afgekort VG) is één van de functies die plaatsvindt in deze samenwerkingsvorm. De samenwerking wordt regionaal vastgelegd in duurzame samenwerkingsafspraken en zo uniform mogelijk vormgegeven (met ruimte voor regionaal maatwerk). Vanuit het IZA is het volgende kader meegegeven over de uniforme werkwijze:

- De werkwijze bouwt voort op de huidige ervaringen in de samenwerking en is zo uniform mogelijk en naar behoefte regionaal ingevuld.
- De werkwijze wordt ontwikkeld door zorgaanbieders, zorgverzekeraars, het sociaal domein, een vertegenwoordiging van patiënten en professionals.
- Het is een groei- en leermodel waarbij we samen ontdekken wat de beste resultaten geeft rekening houdend met de lokale en regionale omstandigheden.
- Het veld beschrijft (in een kwaliteitsstandaard of samenwerkingsafpraak) met NHG en samen met de VNG - een inhoudelijke uniforme werkwijze.

Het IZA gaat uit van ontwikkeling van de MGC en VG in 2023 en 2024 en de invoering in 2025.

De werkgroep mentale gezondheidscentra en verkennend gesprek staat voor de opdracht om een landelijk uniforme werkwijze te ontwikkelen, met ruimte om deze aan te passen aan de regionale situatie. Deze uniforme werkwijze geven we vorm als leidende principes en komen stapsgewijs tot stand en ondersteunen uiteindelijk de regio's bij het vormgeven van het mentale gezondheidscentrum.

Op dia 6 vindt u het proces op hoofdlijnen om tot definitieve leidende principes te komen.

In fase 1 komen we tot voorlopige leidende principes. Deze versie 0.1 is bedoeld voor een eerste schriftelijke ronde tot 14 augustus langs het kernteam (en hun achterban) en kent een vertrouwelijk karakter. De versie 0.2 die hieruit volgt wordt gebruikt voor de achterbanraadpleging in de eerste helft van september, zodat de voorlopige leidende principes vastgesteld kunnen worden in een DO of BO tussen de branchepartijen. We informeren u t.z.t. over de concrete termijnen van de achterbanraadpleging

Het sociaal domein bevat meerdere wetten. Onder de term «sociaal domein» worden alle inspanningen verstaan die gemeenten verrichten rond werk, zorg voor jeugd en participatie en zelfredzaamheid. Deze taken en verantwoordelijkheden zijn vastgelegd in een aantal wetten: de Wmo 2015, Participatiewet, Jeugdwet en de Wet gemeentelijke schuldhulpverlening. Onder sociaal domein in de context van dit document verstaan we alle werkzaamheden die nodig zijn om deze wetten uit te voeren.

[1] Dit is een werktitel, die regionaal kan worden aangepast. Zie onderdeel F van het IZA

[2] Kernteam bestaat uit de IZA-partners deNLggz, InEen, LHV, VNG, V&VN, VWS, ZN en als toegevoegd lid SWN. Daarnaast is een klankbordgroep betrokken met daarin MIND, LvVP, Meerggz, Movisie, NiP, Valente en de Vereniging voor Zelfregie en Herstel.

[3] De regionale opdracht is om in 2023 en 2024 de mentale gezondheidscentra te ontwikkelen en in 2025 in te voeren. We verwijzen naar het projectplan voor een samenvatting van de inhoud en doel van de mentale gezondheidscentra.

## Inhoud

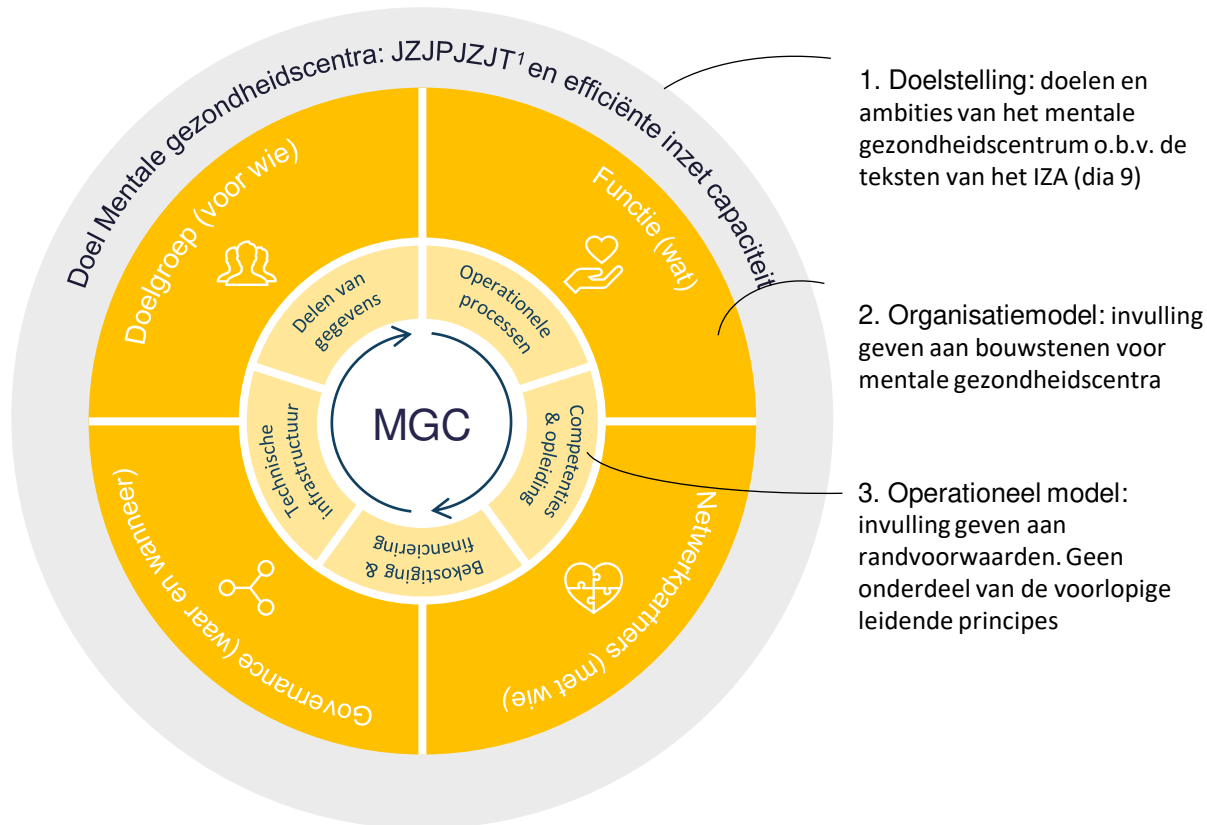
1. Introductie conceptueel model
2. Deliverable en planning
3. Definitie, doelgroep en doelstelling
4. Functies
5. Netwerkpartners
6. Organisatie-inrichting
7. Hoe verder



# Conceptueel model

## Conceptueel model als leidraad voor de leidende principes en randvoorwaarden mentale gezondheidscentra

De voorlopige leidende principes zijn geformuleerd langs de lijnen van onderstaand conceptueel model. In deze voorlopige leidende principes beschrijven we de buitenste en middelste ring. De middelste ring wordt in een latere fase uitgewerkt. Door modelmatig de componenten van het samenwerkingsverband weer te geven, geven we structuur aan de bouwstenen van mentale gezondheidscentra.



1. Doelstelling: doelen en ambities van het mentale gezondheidscentrum o.b.v. de teksten van het IZA (dia 9)

2. Organisatiemodel: invulling geven aan bouwstenen voor mentale gezondheidscentra

3. Operationeel model: invulling geven aan randvoorwaarden. Geen onderdeel van de voorlopige leidende principes

### Verdieping conceptueel model

Om de leidende principes van mentale gezondheidscentra vorm te geven is invulling van de vier pijlers van het organisatiemodel nodig.

### Antwoorden op onderstaande vragen vormen de leidende principes van de mentale gezondheidscentra

**Doelgroep:** voor wie gaan de mentale gezondheidscentra helpen? (dia 9)

**Functies:** wat zijn de functies/activiteiten van mentale gezondheidscentra en hoe worden deze ingevuld? (dia 10-18)

**netwerkpartners:** welke partijen zijn op welke manier betrokken bij het mentale gezondheidscentrum? (dia 19-24)

**Organisatie-inrichting:** op welke schaal/regio, waar en wanneer opereert het mentale gezondheidscentrum? En in welke samenwerkingsvorm? (dia 25-28)

# Deliverable en planning

## In drie stappen naar leidende principes als input voor een (contracterings)leidraad in Q2 2024

Juli - september

september - november

november - januari

### 1 Formuleren voorlopige leidende principes 1.0

In de voorlopige leidende principes wordt beschreven:

- wat een MGC wel of niet is cq. doet langs de lijnen van het conceptueel model
- waar je in de regio aan kunt denken en wat wel/niet handig lijkt
- To-do's en/of tips voor de regio
- Het dient als kapstok voor het externe bureau voor het onderzoek
- Optioneel: Het beschrijft aandachtspunten voor landelijke partijen die ingevuld moeten worden om het van de grond komen van mentale gezondheidscentra mogelijk te maken.

### 2 Onderzoeken regionale praktijk

- Onderbouwen en toetsen van de voorlopige leidende principes op werkzame aspecten bij netwerksamenwerking vanuit wetenschappelijke literatuur.
- Onderzoek naar de praktijk van de leidende principes aan de hand van voorbeelden van (onderdelen van) mentale gezondheidscentra.

### 3 Aanscherpen leidende principes

- Op basis van het onderzoek worden de voorlopige leidende principes aangescherpt en onderbouwd tot definitieve leidende principes die input is voor een nog op te stellen (contracterings)leidraad in het tweede kwartaal van 2024.
- Bij voorkeur inclusief veranderkundige leidende principes.

Het IZA gaat uit van ontwikkeling van de MGC en VG in 2023 en 2024 en de invoering in 2025. In de uniforme werkwijze worden alle IZA-partners betrokken. In het IZA is ook een rol weggelegd voor AKWZ ten behoeve van de ontwikkeling van een uniforme werkwijze voor het verkennend gesprek. Akwa start met acht ggz-instellingen een leernetwerk "Toegankelijke mentale gezondheidszorg" (eerst kwalitatief, vervolgens kwantitatief) en richt zich op werkzame principes van het verkennend gesprek en alle varianten daarop, maar niet op mentale gezondheidscentra (en de varianten). Akwa is bereid om tussenresultaten van dit leernetwerk te verrijken door enkele co-creatiesessies met (regionale) stakeholders. De uitkomsten van het leernetwerk, dat loopt tot eind 2024, kan leiden tot aanpassing van huidige kwaliteitsstandaarden of een nieuwe standaard (generieke module). Dat is een apart proces waarbij belangenorganisaties en beroepsverenigingen worden betrokken. Het tijdpad dat Akwa GGZ doorloopt, de beperking tot het verkennende gesprek en de uitvoering met alleen ggz-aanbieders leidt ertoe dat er IZA-partijen (naast Akwa GGZ) een traject starten om tot een uniforme werkwijze in MG-centra te komen.

# Definitie, doelstelling en doelgroep



## Definitie van het mentale gezondheidscentrum

Het mentale gezondheidscentrum is een duurzaam samenwerkingsverband in een regio tussen sociaal domein, huisartsen en ggz voor mensen met psychische klachten én met problemen op andere levensdomeinen. Partners voelen zich gezamenlijk verantwoordelijk voor het bieden van zorg en ondersteuning van deze doelgroep en het realiseren van de doelstelling van het mentale gezondheidscentrum.

### Doelstelling mentaal gezondheidscentrum

Burger en naasten, ervaren dat een hulp- en ondersteuningsvraag snel en op de juiste plek wordt opgepakt, waardoor:

- escalatie van problemen en onnodige instroom in de ggz wordt voorkomen,
- de beschikbare capaciteit (ggz, huisarts en sociaal domein) in de regio optimaal wordt benut
- en de wachttijd voor ggz-zorg voor mensen met complexe problematiek afneemt.
- zij een betere mentale gezondheid ervaren.

### Doelgroep mentaal gezondheidscentrum

Mensen met psychische klachten én problemen op andere levensdomeinen (en hun naasten), waar huisartsen, sociaal domein en ggz gezamenlijk mee te maken hebben. Waarbij zorg en/of steun vanuit één van die partijen niet volstaat niet. Het betreft dus zowel cliënten die in behandeling zijn, als cliënten die (nog) niet bij de ggz in behandeling zijn.

# Functies

## Functies binnen een MGC

In het IZA zijn bouwstenen genoemd van wat een mentaal gezondheidscentrum met daarbinnen een verkennend gesprek is. In dit hoofdstuk wordt uitgewerkt wat de functies zijn van het mentale gezondheidscentrum. Inclusief de aandachtspunten uitgewerkt en hierbij voor- en nadelen en overwegingen bij gegeven. Sommige functies zijn optioneel uit te voeren door een mentaal gezondheidscentrum, maar andere functie zijn verplicht. Dit is hieronder per functie aangegeven.

Met alleen de uitvoering van deze functies worden de doelstelling van het samenwerkingsverband dat we een mentaal gezondheidscentrum noemen niet behaald. Onderdeel van de samenwerking moet zijn een samenhangende set afspraken over wie welke rol/verantwoordelijkheid heeft in de regio. Dit is verder uitwerkt onder organisatie-inrichting (dia 12 en 13).

Samenwerkingspartners kunnen er zelf regionaal voor kiezen om andere functies in het samenwerkingsverband te plaatsen.



Verkennend gesprek | verplicht (dia 12-13)



Transfermechanisme | verplicht (dia 14-15)



Domeinoverstijgend casusoverleg | optioneel (dia 18)



Informatievoorziening – inzicht in diversiteit aanbod en wachttijden | verplicht (dia 16-17)

# Verkenkend gesprek



Het verkennend gesprek is een gesprek waarin de hulpvraag en de krachten van een burger met psychische klachten én problemen op andere levensdomeinen in de context van die persoon, wordt verkend door professionals uit de ggz en sociaal domein, op verzoek van de huisarts. De burger houdt de regie over de eigen gezondheid. Dit gesprek wordt gevoerd vanuit inzichten over herstelbevordering en positieve gezondheid.

## Doel

- Het heeft als doel om in kaart te brengen wat iemands kracht en kwetsbaarheid is, dit geeft richting aan de zoektocht om het mentale evenwicht te hervinden.
- Draagt bij aan gezondheid en mentale weerbaarheid van de burger
- Zorgt (zo nodig) voor directe inzet van (overbruggings)zorg of ondersteuning zodat escalatie van problemen wordt voorkomen en druk in de keten wordt verlicht.
- Ombuigen van onnodige zorg.

## Uitvoering

- In het verkennend gesprek wordt waar toepasselijk de hulp – en of ondersteuningsvraag vanuit vier perspectieven bekeken: de client en zijn naasten, ervaringsdeskundige expertise, GGZ expertise (inclusief verslavingsexpertise) en Sociaal Domein expertise. N.B. Dit betekent niet dat bij elk gesprek deze vier perspectieven bij een verkennend gesprek zitten, maar wel dat deze expertise in het team zit van de personen die deze verkennende gesprekken uitvoeren.
- De burger wordt door de aanvrager gestimuleerd om een naaste mee te nemen.
- Als het probleem van de burger hiertoe aanleiding geeft, wordt gezorgd voor aanvullende expertise.
- Professionals zijn opgeleid in het voeren van het verkennend gesprek.

## Resultaat

- In het IZA staat dat het resultaat van het verkennend gesprek een advies is aan de huisarts. In elk geval moet het resultaat zijn dat er vanuit gelijkwaardigheid afspraken zijn gemaakt (samen beslissen met de burger) en dat deze afspraken ook opvolging krijgen. De benaming van de 'gezamenlijke afspraken' kan regionaal worden bepaald.
- Afspraken over wat de burger op korte en langere termijn (als er een wachtlijst is) nodig heeft aan steun en welke aanbieder de passende zorg/ondersteuning gaat verlenen.
- De aanbieder voor de best passende zorg/ondersteuning heeft aangegeven de burger in zorg te willen nemen en de verwijzing/ indicatiestelling is een formaliteit. Hiervoor is mogelijk overleg nodig tussen netwerkpartners.

\* het is geen behandelplan zoals omschreven in de Wgbo



# Verkenkend gesprek - vereisten

Aandachtspunten bij de vormgeving van het verkennend gesprek

- Verkennend gesprek is onderdeel van de samenwerking in de driehoek huisarts, sociaal domein en ggz.
- De ambitie is dat de burger binnen 1-2 weken wordt gezien voor het verkennend gesprek.
- Kan ook digitaal plaatsvinden.
- Stem de oplossing af op de leefomgeving van de client en zijn netwerk.
- Maak de opvolging concreet en gebruik voor de burger begrijpelijke taal :
  - Wie doet wat en naar welk loket gaat de hulpvrager wanneer toe (ggz, Wmo, arbeidstoeleiding, etc.).
  - Noem de zorg- en ondersteuningssoort (en behorende zorgaanbieder en ondersteuning)
  - Spreek af wie, indien de burger dit niet zelf kan, wie de regievoerder is. Zodat iemand aankomt op de juiste plek. De naaste speelt daarin een belangrijke rol. En of er een volgend gesprek nodig is eventueel met andere professionals.
- In het team dat de verkennende gesprekken voert moet iemand zitten die een goede verbindingfunctie heeft naar alle sociaal domein functies\*.
- Het moet mogelijk zijn dat het verkennend gesprek bestaat uit meer dan één gesprek. Het lijkt belangrijker dat er een helder beeld is van de situatie en dat in één keer de juiste zorg wordt geboden, dan dat er maar één gesprek plaatsvindt. Kadering van duur, aantal in relatie tot resultaat en doelstelling moeten duidelijk zijn.

\*huisartsen, ggz en sociaal domein inclusief woco's, thuiszorg, herstelinitiatieven, gemeentelijke diensten (schulden, inkomen, arbeidstoeleiding)



## Transfermechanisme: matchen van vraag en aanbod

Om de toegankelijkheid van de ggz en de wachttijden aan te pakken, is het nodig om écht inzicht te krijgen in de hoeveelheid en aard van de zorgvragen van de mensen die in de regio op de wachtlijst voor ggz behandeling staan. Met het transfermechanisme spannen verwijzers, aanbieders en financiers zich optimaal in om cliënten tijdige en passende zorg te bieden.

In het actieplan wachttijden van 2021 zijn afspraken gemaakt over het vormgeven van deze functie. **Verdere implementatie en doorontwikkeling van het transfermechanisme valt onder de verantwoordelijkheid van de stuurgroep wachttijden.** De werkgroep mentale gezondheidscentra en verkennend gesprek stemt hierover intensief af met de stuurgroep wachttijden.

### Doel

- Verbinden van vraag en aanbod
- Wachtijdreductie en de juiste zorg op de juiste plek. Aan mensen die een ggz-verwijzing krijgen wordt zo snel als mogelijk de juiste behandeling geboden in het brede netwerk van mentale gezondheidsorganisaties in de regio. Samenwerking tussen lokale- / regionale partijen is hét middel om dit doel (mede) te bereiken.

### Uitvoering

- De inhoudelijke deskundigen van verschillende aanbieders delen en bespreken de hoeveelheid en aard van de zorgvragen (geanonimiseerd) met elkaar en proberen zo te komen tot het daadwerkelijk transfereren van wachtende cliënten.
- Er wordt actie ondernomen om de cliënt zo snel mogelijk op de juiste plek in behandeling te krijgen.
- Deze aanpak geeft direct inzicht in de knelpunten en de beschikbare capaciteit van de betrokken ggz aanbieders, zodat hier adequaat op kan worden ingespeeld.
- In de screening van wachtlijsten geldt het 'vier ogen principe' (dat wil zeggen dat de screening door een ander wordt uitgevoerd, dan wel dat vanuit een andere organisatie wordt meegekeken).
- Cliënten beslissen zelf of ze gebruik maken van alternatief aanbod of op de wachtlijst blijven van de aanbieder van hun voorkeur.

### Resultaat

- Resultaten zijn o.a.; mensen kunnen sneller of beter passend geholpen worden, of in het sociaal domein. Door nauw samen te werken en de andere schakels zoals het sociaal domein en andere zorgorganisaties beter te betrekken en in te zetten gaat de druk van de sggz af.
- Verkorten wachttijden
- Voorkomen of verbeteren van mismatch tussen vraag en aanbod



## Transfermechanisme - aandachtspunten

### Organisatie:

- Het is belangrijk dat de schaal van het transfermechanisme aansluit een goed functionerende wijk/gemeente structuur is waarin samen gekeken wordt naar herstel en zorgvraag. Dit in plaats van of aanvullende op regionaal niveau, waar mogelijk niet altijd alles bekend is.
- De zorgverzekeraar is actief betrokken in de sturing op het proces en via zorgbemiddeling waar nodig aangehaakt op de concrete 'transfers' van vraag naar ander aanbod (in of buiten de regio of via e-health) en creëert of koopt waar nodig extra zorg in.
- Er is in ieder geval één duidelijk herkenbare eigenaar van het proces als geheel.
- Er is sprake van een duurzame inrichting van het transfermechanisme dat ervoor zorgt dat cliënten tijdig en passende zorg ontvangen met borging van vangnet, perspectief en zelfregie
- Zorgaanbieders (verwijzers en ontvangende zorgaanbieders) maken in hun werkgebied afspraken om het samenwerkingsproces en warme contacten rond de verwijzing voor een goede cliëntreis zo goed mogelijk te laten verlopen.
- Op termijn) zitten ook sociaal domein en andere financiers (gemeenten) aan tafel om het aanbod uit het sociaal domein toegankelijk te helpen maken.

### Toegankelijkheid:

- Voor alle betrokkenen is duidelijk hoe het transfermechanisme benaderd en benut kan worden, ook door onafhankelijke cliëntondersteuners en door zorgbemiddeling en advies van zorgverzekeraars.
- De transfertafel moet ook ruimte bieden om enkelvoudige bemiddelingsvragen als professional (zonder dat er verkennend gesprek is geweest) te kunnen stellen.
- Naast ggz-instellingen nemen vaak al de huisartsenorganisaties deel en is vrijgevestigden de mogelijkheid geboden om via een representant bij te dragen aan het transfermechanisme.

### Uitgangspunten:

- Netwerkpartners wisselen binnen dat transfermechanisme betrouwbare gegevens uit over het (uniek) aantal wachtenden en hun zorgvraag.
- Er is gezorgd voor uitwisseling van patiëntgegevens conform de richtlijnen van de AVG.



# Informatievoorziening – Inzicht in regionale wachtlijsten

Uit het verkennend gesprek volgt een plan. Dit is alleen van toegevoegde waarde als duidelijk is welke wachttijden er zijn voor de best passende zorg en/of ondersteuning alsook voor de overbruggingszorg. Daarom is het een verplicht onderdeel van het MGC om te zorgen voor informatie over wachttijden in de regio of het inzicht te verkrijgen hierin. Het inzicht is van belang om de organisatie van het verkennend gesprek en de andere functies in het mentaal gezondheidscentrum vorm te geven. Het is belangrijk dat er gedifferentieerde wachtlijsten komen die rekening houdt de urgentie van de wachtende.

Het ontwerpen van deze functie valt onder de verantwoordelijkheid van de IZA-werkgroep 'inzicht regionale wachtlijsten'.

## Doel

- Het verbeteren van de toegankelijkheid van de geestelijke gezondheidszorg in Nederland voor cliënten die dit écht nodig hebben. Deze patiënten hebben direct zorg op de juiste plek. Door het verbeteren van inzicht kunnen gerichte (regionale) acties worden uitgevoerd om de capaciteit voor deze patiënten te vergroten, waaronder verbeterde samenwerking tussen sociaal domein, huisartsen en ggz.

## Uitvoering

- Er is een separate opdracht uitgezet in het IZA om inzicht te verkrijgen in de uitvoeringsmodaliteiten van regionale wachtlijsten. De uitkomst hiervan kan gebruikt worden om richting te geven aan het regionale inzicht.
- Instellingen zijn momenteel verplicht om wachttijdgegevens aan te leveren volgens de transparantieregeling van de Nza. In de uitwerking van het MGC wordt uitgewerkt hoe deze informatie op regionaal niveau gebruikt wordt om vraag en aanbod beter op elkaar aan te laten sluiten. De uitkomsten van de separate opdracht regionale wachtlijsten wordt te zijner tijd hierop aangepast.
- Informatie over de wachttijden van zorg en/of ondersteuning en overbruggingszorg is nodig om de optimale verbindingen te leggen (o.a., om het transfermechanisme te kunnen laten werken).
- Het is van belang zicht te krijgen op wie er wacht en waarvoor iemand wacht.

## Resultaat

- Inzicht in vraag en aanbod en knelpunten hierin om te komen tot een optimale allocatie van mensen en middelen.
- Input voor verwijzing binnen de treeknormen.
- Aansluiten van vraag en aanbod.
- Verkorten wachttijden
- Basis stuurinformatie in de regio



## Informatievoorziening - inzicht in (voldoende) passende zorg/ ondersteuning



Binnen het mentale gezondheidscentrum wordt gezorgd voor inzicht in het zorg- en ondersteuningsaanbod in de regio. Tevens wordt inzichtelijk gemaakt welk aanbod ontbreekt. Het MGC moet in verbinding zijn met de regiotafel (regiobeeld en –plan) om afspraken te maken wie actie onderneemt om dat aanbod aan te vullen. Het verkennend gesprek kan immers alleen zorgen voor juiste zorg/ondersteuning op de juiste plek als het zorg- en ondersteuningsaanbod in de regio bekend is bij de professionals van het mentale gezondheidscentrum. Hieronder is weergegeven van welke vormen van zorg- en ondersteuningsaanbod het aanbod inzichtelijk moet zijn.

Voorbeelden	Toelichting	Overwegingen bij de noodzaak van informatie
Wonen	woonzorgprestatie afspraken, urgentie aandachtsgroepen, housing first	Voldoende (veilige) huisvesting (in relatie tot het Een Thuis voor Iedereen en het WoZo) voor kwetsbare burgers met ernstige psychische aandoeningen
Werken	Toeleiding naar betaald werk IPS via arbeidsmarktregio, samenwerking gemeente/UWV, Sociaal ondernemers	Werk is het beste medicijn voor herstel. Samenwerking tussen ggz, arbeidsmarktregio, gemeente, UWV voor toeleiding naar betaald werk voor mensen met mentale problemen.
Laagdrempelige steunpunten	Herstelacademie, zelfregiecentrum, peersupportgroepen, inloophuis, buurtcentrum	Herstelinitiatieven hebben een eigen waarde en zijn niet alleen overbruggend Niet alleen zorg, maar ook het leven vormgeven, sociale contacten Is elke gemeente bereid hierin te investeren? Is het in elke wijk nodig?
E-Health	GZ-plein, wellshop, digitale modules, psychosenet, e-communities	Aanvulling op persoonlijk contact (blended, geen beeldbellen) of e-health waarmee de burger zelfstandig aan de slag gaat. Sluit aan bij kenniscentrum digitale zorg ipv in elke regio het wiel uit te vinden.
Wachtverzachters	Bijv: mensen op wachtlijst steunen elkaar	Wachtverzachters is iets wat we doen omdat het huidige systeem wachttijden kent; in de betere verbinding zou dit in theorie die overbodig zijn.
ggz-behandeling	Ontbrekend aanbod in beeld brengen en actie op ondernemen.	
Wmo-ondersteuning	Doorgaans individuele geïndiceerde hulp	Het team dat het verkennend gesprek voert heeft of de bevoegdheid om de WMO indicatie te stellen of korte lijnen met de indicatiesteller.
Sociaal werk	Sociaal werk is een collectieve voorziening gericht op sociale verbondenheid, armoede en bestaanszekerheid, schuldhulpverlening (sociaal raadslidenwerk), jeugd en opgroeien en vitaal ouder worden.	



## Domeinoverstijgend casusoverleg

Het domeinoverstijgende overleg is een periodiek casuïstiekoverleg, waarbij relevante netwerkpartners in een MGC of over meerdere MGC's heen in gelijkwaardigheid zorgen voor passende zorg/ondersteuning voor een burger, die

- bij één van de netwerkpartners in het samenwerkingsverband om hulp heeft gevraagd waarbij op voorhand duidelijk is dat die netwerkpartner zelf/alleen geen passende zorg/ondersteuning kan bieden of,
- al zorg/ondersteuning van de betreffende partij ontvangt en niet als passend ervaren wordt.

Er zijn verschillende methoden om dit vorm te geven (waaronder de overlegtafel). Van belang is dat er in een regio afspraken zijn over hoe er in het samenwerkingsverband wordt overlegd over casuïstiek tussen de verschillende domeinen.

### Doel

Er is – indien behoefte in de regio - een overlegtafel waar sociaal domein, huisartsenzorg en ggz een casus kunnen inbrengen om te overleggen over de vervolgstap voor een patiënt.

Dit overleg levert concrete oplossingen voor cliënten op. En kan er voor zorgen dat cliënten in een keer op de passende plek terecht komen.

### Uitvoering

- Ingrediënten: alle relevante netwerkpartners aan tafel, periodiek overleg, elkaar kennen, digitaal, gelijkwaardigheid en vertrouwen, van elkaar leren, experimenteren, altijd passende oplossing, gezamenlijke verantwoordelijkheid.
- Zijn de vervolgstappen na de overlegtafel helder: patiënt wordt overgenomen door één van de netwerkpartners, geen verder verkennend gesprek nodig.
- Zijn de vervolgstappen na de overlegtafel nog niet helder: patiënt (met naaste) wordt uitgenodigd voor verkennend gesprek. Door overlegtafel wordt gezamenlijk bepaald wie er aanschuiven bij het verkennend gesprek: sociaal domein en/of ggz.
- Het betreft overleg over de burger. Dit in tegenstelling tot overleg met de burger in de vorm van het verkennend gesprek.

### Resultaat

- Gezamenlijk vormgegeven samenwerking
- Betere doorstroom, soepel op- en afschalen
- Gepaste oplossingen bij complexe problematiek
- Niet twee keer wachten voor een patiënt.

### Aandachtspunten

- Na afloop van het overleg moet er een plek zijn waar de casuïstiek vervolgens wordt opgepakt.
- Er wordt indien mogelijk aangesloten bij bestaande regionale structuren.
- Het besluit tot inzet van een verkennend gesprek kan een van de uitkomsten zijn van een bespreking van een casus.

# Netwerkpartners

Welke partners zijn nodig om de functies van het mentale gezondheidscentrum uit te kunnen voeren

## Netwerkpartners binnen een MGC

Netwerkpartners van mentale gezondheidscentra zijn zorgpartners die in een regio samenwerken om de functies van mentale gezondheidscentra mogelijk te maken en uit te voeren. netwerkpartners kunnen op verschillende manieren betrokken zijn bij een MGC. Er vier rollen onderscheiden te kunnen worden: beleid, informatie, uitvoering, monitoring en inroepbaar. Een ketenpartner vervult ten minste één van deze rollen maar kan ook alle rollen vervullen.

### Rollen in een mentaal gezondheidscentrum

#### Beleid/sturing en evaluatie

- Netwerkpartners die met elkaar voor de regio (niet-vrijblijvende) afspraken maken over het mentale gezondheidscentrum
- De netwerkpartners houden toezicht op (de uitvoering van) die afspraken.
- Zorgen voor faciliteren van de uitvoering en/of bijsturing van het beleid
- Afspraken maken over governance: wie besluit etc.
- Door evaluatie moet onbedoelde bureaucratiesering worden voorkomen. Waarbij telkens de vraag is of deelnemende partijen aan MGC en VG, de toegevoegde waarde nog zien.

#### Informatie

- netwerkpartners die informatie over capaciteit en patiënt beschikbaar hebben en delen voor het MGC, zoals omschreven bij wachtlijstinformatie en makelaar.
- netwerkpartners houden zich aan de afspraken uit het beleid rondom het delen van gegevens

#### Uitvoering functies

- netwerkpartners die uitvoering geven aan het beleid van het regionale MGC
- netwerkpartners organiseren gezamenlijk de praktische zaken rondom de organisatie-inrichting van het mentale gezondheidscentrum

#### Inroepbaar

netwerkpartners die benaderd kunnen worden voor expertise of specifieke hulp/ondersteuning die niet beschikbaar is bij de netwerkpartners die zorg dragen voor het uitvoeren van de functies

#### Monitoring

- netwerkpartners die de interne monitoring en evaluatie van de gemaakte afspraken en gestelde doelen uitvoeren
- netwerkpartners organiseren gezamenlijk de monitoring en mogelijk op verschillende niveaus met verschillende betrokken partners
- Geeft input voor mogelijke bijsturing in beleid



## Netwerkpartners | overwegingen bij betrokkenheid - 1

Netwerkpartner	B	U	I	R	M	Overwegingen bij betrokkenheid
GGZ – kerninstelling	●	●	●	○	●	De ggz-kerninstelling in een regio is regievoerder in het organiseren van het mentale gezondheidscentrum met de andere partijen, in ieder geval huisartsen en sociaal domein. Vanaf het begin werkt de driehoek (ggz, huisartsen, sociaal domein) gelijkwaardig samen. Regionaal kan afgesproken worden het regievoerderschap bij een andere partij te beleggen. Regievoerderschap betekent niet 'eigenaarschap'. Doelen en governance zijn altijd onderdeel van de regionale samenwerkingsafspraken. De regievoerder neemt het voortouw bij het overeenkomen en monitoren van beoogde effecten in de drie domeinen.
GGZ – overige aanbieders*   onderdeel van het samenwerkingsverband	●	●	●	○	●	GGZ-aanbieders kunnen allemaal alle functies uitoefenen. Sommige zullen als kernpartner onderdeel zijn van het samenwerkingsverband (en dus beleid, informatie en uitvoering doen).
GGZ – overige aanbieders   geen onderdeel van het samenwerkingsverband	○	○	●	●	○	Andere ggz-aanbieders zitten in de 'buitenring' en leveren wel informatie aan en/of zijn inroepbaar. In ieder geval moet hun aanbod op de transfertafel liggen
HAZ – huisartsenpraktijken	○	●	●	○	○	Kernpartner Huisarts doet eerste gesprek obv huisartsgeneeskundige, persoonsgerichte zorg, positieve gezondheid, MTVDP. NB dit niet overdoen op overlegtafel of in verkennend gesprek.
HAZ - RHO	●	○	●	○	●	Kernpartner De RHO's zijn wegwijzer voor de aangesloten huisartsen, faciliteren regionale samenwerking, zitten aan tafel bij regionale taskforces, stimuleren het goede gesprek (organiseren scholing samen met kaderhuisartsen).
SD- aanbieders**	●	●	●	○	●	Voor deze partijen geldt het zelfde als voor ggz-aanbieders
Gemeente (als WMO-indicatiesteller en/of aanbieder)	●	●	●	○	●	Om te borgen dat bij een advies in het plan ondersteuning voor thuiszorg/maatwerk/begeleiding adviseert je dan zeker weet dat er een indicatie is of gaat komen. Want anders heb je als burger niets aan het advies vanuit het verkennend gesprek.

\* verslavingszorg, jeugd-ggz, ambulante aanbieders, praktijken, forensische zorg

\*\*wijkteams, sociaal werk, welzijnswerk, herstelinitiatieven, schuldhulpverlening etc.

Legenda: B=beleid; U=uitvoering van de functies; I=informatie; R=inroepbaar; M=monitoring; ● = wel een rol voor de netwerkpartner; ○ = geen rol voor de netwerkpartner

## Netwerkpartners | overwegingen bij betrokkenheid - 2

Netwerkpartner	B	U	I	R	M	Overwegingen bij betrokkenheid
Top ggz			●	●		Als netwerkpartner medeverantwoordelijk voor passende zorg
VG, VVT				●		Omdat hun doelgroep risico heeft op uitvallen op veel levensdomeinen. Omdat zij ook zorg verlenen die in het advies is opgenomen. En bieden van expertise want waarschijnlijk kmo je achter dezelfde voordeur Naar verwachting zal gezien de toename van het aantal ouderen er vanuit deze hoek een vraag zijn naar verkennend gesprek. Omdat zij ook zorg verlenen die in het advies is opgenomen, idem voordeur
Centrum Jeugd & Gezin				●		
arbeidsmarktregio/UWV/gemeente				●		Op specifieke terreinen meedenken over beleid, na signalerende functie van MGC. Voor de doelgroep moeten we apart beleid maken Let op al bestaande situaties > behoudt deze en verbeter deze.
woningcorporatie				●		Op specifieke terrein meedenken over beleid na signalerende functie van MGC
Politie en Justitie				●		
Levensbeschouwelijke instellingen				●		
Onderwijs				●		
Financiers (gemeente en zorgverzekeraars)	●				●	Om te zorgen dat er voldoende middelen beschikbaar zijn/komen voor het mentale gezondheidscentrum en er borging is ten aanzien van de kwaliteit en uitkomsten van zorg dient het samenwerkingsverband de financiers continu te betrekken bij het formuleren van het beleid en te informeren over resultaten. Het is aan de regio om te bepalen of financiers onderdeel zijn van het samenwerkingsverband (en mede de samenwerkingsovereenkomst ondertekenen)

## Gedeelde verantwoordelijkheid van netwerkpartners als factor voor succes

Succesvolle netwerksamenwerking en het behalen van de doelen van het mentale gezondheidscentrum, staat of valt met vertrouwen en een gezamenlijke visie. Die visie is gebaseerd op een gedeelde verantwoordelijkheid van netwerkpartners voor burgers die een hulpvraag hebben, aangevuld met de wil om met elkaar de wachtlijsten en capaciteitsproblemen voor de doelgroep op te lossen. Vanuit die gedeelde verantwoordelijkheid zoeken de netwerkpartners (en hun medewerkers) met elkaar naar oplossingen die de burger helpen en voor elke netwerkpartner werkt.

In het IZA zijn al een aantal zaken omschreven over gedeelde verantwoordelijkheid. Dit is in deze voorlopige leidende principes nog niet voldoende uitgewerkt, maar wordt hieronder wel genoemd. In een volgende versie willen we verder uitgewerkt hebben wat dit betekent en hoe dat in het samenwerkingsverband geconcretiseerd moet worden.

- **IZA:** Huisarts is aanmelder voor het VG en blijft verwijzer voor de ggz.
- **IZA:** Als er alleen ggz zorg nodig of combinatie van GGZ- zorg en hulp uit het sociaal domein dan is het streven dat binnen vier weken de behandelverantwoordelijkheid voor de client door de ontvangende instelling (kerninstelling, andere instelling of vrijevestigde) overgenomen van de huisarts (ook als er nog geen intake heeft plaatsgevonden).
- **IZA:** De behandelende GGZ-organisatie is afhankelijk van de uitkomst van het verkennende gesprek, de hoeveelheid ingekochte zorg voor verzekeraars, de actuele wachtlijsten van aanbieders, de afspraken op transfertafels en de voorkeur voor de patiënt. Uitgangspunt is intake en behandeling binnen de Treek-normen.
- Cherry picking van patiënten werkt contraproductief in een samenwerking. Hier maken de netwerkpartners afspraken over.
- De verantwoordelijkheidsverdeling en overdragen van behandelverantwoordelijkheid van huisarts naar ggz is “de olifant in de kamer”. Het is voor iedereen belangrijk, maar het ontbreekt op dit moment in de werkgroep aan kennis om hier helder beleid op te formuleren. Hoe het zit met de tuchtrechtelijke aansprakelijkheid hebben we nog onvoldoende kunnen beschrijven en volgt in de definitieve leidende principes in februari 2024. Dit lijkt wel belangrijk om de samenwerking goed van de grond te kunnen laten komen.
- En ten slotte: de effectiviteit van de samenwerking is afhankelijk van de persoonlijke relatie tussen (bestuurders en/of medewerkers) van netwerkpartners. Een goede relatie op diverse persoonlijke niveaus is cruciaal, maar kan nooit op landelijk niveau verzorgd worden. Dit is aan de netwerkpartners in de regio.

## Te monitoren zaken door het MGC

Het heeft de voorkeur landelijke KPI's te formuleren, om zo landelijk en regionaal concrete meetbare doelstellingen te formuleren en deze te kunnen monitoren, zodat helder is of de gewenste transitie ook daadwerkelijk plaats vindt. Hiervoor worden bij landelijke en regionale dashboards gemaakt, zoals partijen dat ook doen met de leidraad 'meer tijd voor de patiënt'. In het IZA zijn hiervoor de volgende afspraken gemaakt:

Om de resultaten te volgen per regio en om te bezien of ongewenste effecten optreden spreken we het volgende af. Alle aanbieders rapporteren aan de regionale transfertafel en de transfertafels rapporteren aan de stuurgroep wachttijden op tenminste drie aspecten:

- Omvang van de wachtlijst en de wachttijd en maatregelen die worden genomen de wachttijd te verlagen.
- Aantallen doorverwijzingen naar de verschillende aanbieders in de regio via het mentaal gezondheidscentrum en transfertafel.
- Mate van deelname door de aanbieders in de regio aan de verkennende gesprekken en aan de transfertafel.
- Monitoring van deze afspraken wordt jaarlijks in kaart gebracht, waarbij gekeken wordt of verandering tot stand komt en welk effect wordt ervaren. Deze uitkomsten worden besproken in volgende bestuurlijke ggz-overleggen.

De werkgroep wil hierop aanvullen dat dit gepaard moet gaan met zo min mogelijk administratieve lasten.



# Organisatie-inrichting

## Aandachtspunten bij het mentale gezondheidscentrum

- Het is voor de hand liggend dat de samenwerking tussen huisartsen, ggz en sociaal domein die we het mentale gezondheidscentrum noemen op een bepaalde manier wordt geformaliseerd en dat een minimale set aan afspraken wordt gemaakt. Dit wordt uitgewerkt op de volgende pagina
- Mentale gezondheidscentra zijn zowel domeinoverstijgend als instellingoverstijgend.
- Er wordt niet op voorhand landelijk voorgeschreven welke regio-indeling wordt gehanteerd, maar er moet aangesloten worden bij een logische omvang en vorm en moet een relatie hebben met het IZA-regioplan. Het is mogelijk dat dit punt eind dit jaar nader wordt ingevuld.
- Of en waar het samenwerkingsverband wil kiezen voor fysieke locaties is regionale vrijheid.
- Er moet vrije toetreding zijn tot het samenwerkingsverband conform de regels van de ACM zodat er sprake is juiste marktverdeling/marktwerking.



## Verplicht te maken afspraken binnen een mentaal gezondheidscentrum - 1

De doelstelling van een mentaal gezondheidscentrum kan alleen bereikt worden als in het samenwerkingsverband een aantal randvoorwaardelijk afspraken worden gemaakt. Het zijn geen 'functies' van een mentaal gezondheidscentrum, maar wel heel belangrijk. Deze binnen het samenwerkingsverband te maken afspraken worden op deze en de volgende pagina beschreven. In die situaties waar regionaal deze afspraken al gemaakt zijn, kan daar natuurlijk bij worden aangesloten.

Afspraken	Toelichting voor de noodzaak van deze afspraken
Consultatie en intercollegiaal overleg	<p>Consultatie en overleg betekent raadpleging en afstemming wordt gebruikt als er behoefte is aan expertise om handelingsperspectief te krijgen bij bepaald gedrag of in de behandeling/begeleiding van burgers. Netwerkpartners maken afspraken hoe in de regio in ieder geval vorm wordt gegeven aan onderstaande drie vormen van overleg/consultatie:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Voor huisartsen is intercollegiaal overleg de meest voorkomende vorm van consultatie. Het betreft een 1-op-1 contact tussen twee professionals. Dit kan telefonisch of digitaal.</li> <li>2. Het sociaal domein heeft ook behoefte aan (ggz-)expertise om gedrag van burgers te kunnen duiden zodat hulp in het sociaal domein op een goede manier vorm gegeven kan worden. Dit kan ook binnen teams worden in gezet of tussen teams</li> <li>3. Een MDO is een domeinoverstijgend overleg tussen minimaal twee verschillende soorten professionals die de burger/patiënt in zorg hebben en die met elkaar de behandel- of ondersteuningsplannen op elkaar af willen stemmen.</li> </ol> <p>Netwerkpartners spreken met elkaar af dat overleg/consultatie ook beschikbaar is voor spoed (maar niet crisis).</p>
Samenwerking met preventie-infrastructuur	<p>Er moeten afspraken worden gemaakt tussen MGC en de preventie-infrastructuur in de regio, zodat ze elkaar kunnen versterken in hun taken. In het GALA zijn afspraken gemaakt over het opzetten van een preventie-infrastructuur door gemeenten. Daarom is het niet voor de hand liggend om preventie als zodanig een functie te laten zijn van het mentale gezondheidscentrum. Het maken van samenwerkingsafspraken is echter wel belangrijk, omdat de verwachting is dat in het verkennend gesprek ook zelfhulpgroepen, herstelcentra, laagdrempelige steunpunten, etc. als ondersteuning worden geadviseerd.</p>



## Verplicht te maken afspraken binnen een mentaal gezondheidscentrum -2

Afspraken	Toelichting voor de noodzaak van deze afspraken
<p>Borgen van begeleiding van mensen met (ernstige) psychiatrische aandoeningen, die wel of niet in behandeling zijn</p>	<p>Nu veel epa-patiënten thuis wonen hebben huisartsen en sociaal domein een belangrijke rol in de zorg en begeleiding van deze doelgroep. We signaleren dat er situaties zijn waarbij consultatie niet voldoende is, maar enkele contacten met de ggz handig zijn. Door het organiseren van laagdrempelig kortdurende contacten waarmee iemand snel en eenvoudig geholpen wordt, voorkomen we escalatie van problemen, onnodige instroom in de ggz en worden huisartsen en sociaal domein ontlast. Het MGC moet afspraken maken in de regio over de vormgeving van dit soort snelle en flexibele inzet van kortdurende begeleiding.</p> <p>We signaleren dat dit soort kortdurende contacten niet goed past in de huidige wijze van bekostigen in de ggz en dat het wenselijk is dat de NZA gevraagd wordt om dit mee te nemen als financieringsvraag in de samenwerking tussen huisartsen ggz en sociaal domein.</p>
<p>Borgen van diversiteit van het aanbod</p>	<p>Het mentaal gezondheidscentrum zorgt dat er informatie is welk aanbod er is en welk aanbod ontbreekt op alle hier genoemde terreinen (zie de functies vanaf dia 14). Het is belangrijk om met elkaar af te spreken wat netwerkpartners doen om te voorzien in ontbrekend aanbod.</p> <p>De achterliggende gedachte is dat als er onvoldoende diversiteit is in aanbod van zorg en begeleiding en van sociale steun, dat dit leidt tot onnodige instroom in de zorg. Daarom ondernemen netwerkpartners met elkaar actie als dit wordt geconstateerd. De netwerkpartners monitoren of verbetering van de diversiteit leidt tot minder instroom in de ggz.</p>
<p>Afspraken rondom samenwerking in de ANW-uren</p>	<p>Er zijn betere afspraken nodig over samenwerking rondom zorg in ANW-uren tussen aanbieders die wel en geen crisisdienst hebben.</p>



## Vragen (extern bureau)

Tijdens de sessies zijn onderstaande vragen naar boven gekomen als potentieel nuttig om door het externe bureau te laten adresseren als onderdeel van het onderzoek.

Eigen regie en informatie::

- Als de patiënt een gelijkwaardige partij is moet je hem/haar goed informeren zodat de burger ook zelf kan gaan zoeken. Hoe informeer je de hulpvrager wat er is en welke keuzes er zijn. Wat past bij (cultuur, overtuigingen) van de patiënt. En wat kan iemand zelf: bijv. gz-plein.nl, wellshop.nl.

Het gesprek:

- Hoe verhouden de klassieke SGGZ intakes zich tot het verkennend gesprek?
- Wanneer is het verkennend gesprek succesvol en welke criteria stel je daar dan aan?
- Wat moet er worden besproken in het verkennend gesprek om de vervolghulp en zorg beter te kunnen regelen. Moet tot op zekere hoogte een checklist zijn voor wat je moet doen in het verkennend gesprek zodat je geen willekeur krijgt?
- Maakt de opleiding van de professional uit voor de resultaten van het gesprek?

Het plan/advies/afspraken:

- Wat, en waarom zou belangrijk zijn om vast te leggen en waar?

Transfer:

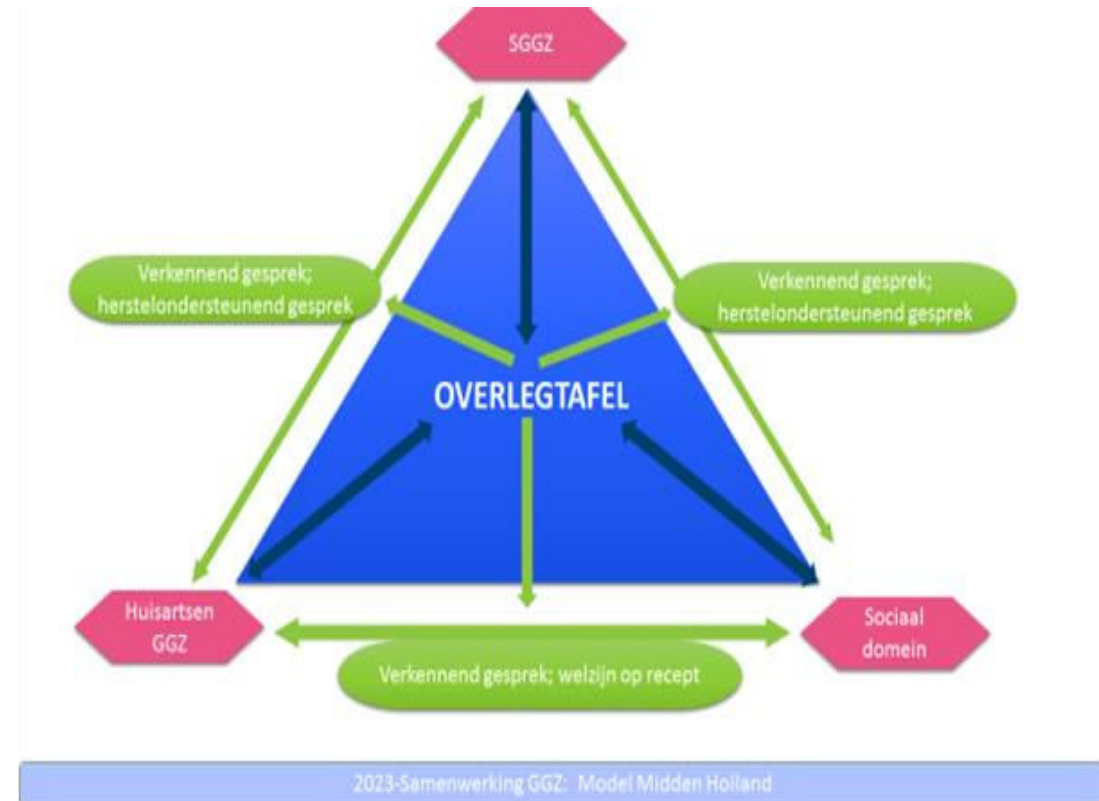
- Hoe kunnen urgente zorgvragen voorrang krijgen? (wordt opgepakt door de stuurgroep wachttijden)
- Welke verplichting heeft een aanbieder van zorg en ondersteuning om zijn vinger op te steken om een burger in zorg te nemen, om cherry-picking te voorkomen. Aandachtspunt: dan zijn er ook betere afspraken nodig over samenwerking rondom zorg in ANW-uren tussen aanbieders die wel en geen crisisdienst hebben.

Opvolging:

- Hoe zorg je ervoor dat het plan realistisch is? Rekening houdend met wachttijden en met gebruikmaking van inzicht in aanbod in de regio. Zodat de begeleiding, ondersteuning in het sociaal domein of ggz-zorg ook echt geboden kan worden?
- Hoe zorgen we ervoor dat de ontvangende partij niet nog een keer gaat kijken of de patiënt wel bij hen hoort?

Organisatie

- Hoe kun je dit proces digitaal kunnen ontwerpen met het oog op personele tekorten?
- Is de plaats van het VG altijd na de huisarts? Of is het efficiënter om het ook los van de huisarts te kunnen organiseren?
- Wanneer start de geneeskundige behandel-overkomst?
- Wat maakt samenwerking gelijkwaardig en effectief?



[Ter inspiratie: Leidende principes voor samenwerking tussen wonen welzijn en zorgpartners](#)