



# Werkwijze ontwikkeling Mentale gezondheidsnetwerken

Ruimte voor een regionale aanpak

1 maart 2024



Een document van het programma Mentale gezondheidsnetwerken.

Opgesteld door de veldpartijen van het programma:



In samenwerking met:



Met steun van:



# Inhoud

## 1 Inleiding

## 2 Functies van Mentale gezondheidsnetwerken

Functie I: Verkennend gesprek

Functie II: Transfermechanisme

Functie III: Informatievoorziening wachttijden

Functie IV: Domeinoverstijgend casuoverleg

Onderwerpen waarover afspraken worden gemaakt

## 3 Processchema

## 4 Organisatie

### Bijlagen

1 Informatievoorziening

2 Samenwerkingspartners

3 Diversiteit van zorg- en ondersteuningsaanbod



# Inleiding

In het Integraal Zorgakkoord (IZA) staat dat huisartsen, sociaal domein<sup>1</sup> en ggz regionale samenwerkingsafspraken maken over het aanbod van zorg en ondersteuning voor mensen die naast psychische klachten ook problemen op andere levensdomeinen hebben. Dat is nodig omdat de oplossing dan vaak ook in meerdere domeinen ligt. Veel van de elementen van die samenwerking bestaan al in de praktijk. Nieuw is, dat huisartsen, sociaal domein en ggz nu samen de verantwoordelijkheid nemen voor passende zorg en ondersteuning voor deze doelgroep.

Deze regionale samenwerking noemen we **'mentale gezondheidsnetwerk'** (ook: MGN). Een mentale gezondheidsnetwerk is een netwerkorganisatie met meerdere functies, die in deze Werkwijze worden beschreven. De Werkwijze is gebaseerd op de IZA-afspraken, die zijn verder zijn geconcretiseerd en zijn aangevuld met nieuwe inzichten en afspraken.

<sup>1</sup> Met sociaal domein bedoelen we in dit document alle inspanningen van gemeenten rond werk, participatie en zelfredzaamheid en zorg voor jeugd op basis van Wmo 2015, Participatiewet, Jeugdwet en Wet gemeentelijke schuldhulpverlening.

## Uit het Integraal Zorgakkoord

De toenemende vraag in combinatie met een schaarste aan personeel zet de ondersteuning en zorg aan mensen met psychische klachten vanuit het sociaal domein, huisarts en ggz onder hoge druk. De instroom, doorstroom en uitstroom in de specialistische ggz loopt niet soepel. Een van de effecten hiervan is dat er lange wachttijden bestaan voor de specialistische ggz, waardoor huisartsen lang verantwoordelijk zijn voor mensen met een complexe ggz-hulpvraag. Professionals in het sociaal domein ervaren een toename van mensen met complexe problematiek die niet of niet tijdig in behandeling kunnen komen. Dit is niet bevorderlijk voor de hulpvrager, noch voor de kwaliteit van zorg en het werkplezier en de werkdruk van professionals. Tegelijkertijd zien we dat de ggz zich nog te vaak direct richt op behandeling van psychische klachten, die voortkomen uit problemen op andere levensgebieden die (deels) ook buiten de ggz opgepakt kunnen worden. Ook is het in de praktijk vaak moeilijk om – bijvoorbeeld bij de triage – snel de juiste expertise te organiseren. Kortom: er is nog lang niet in alle gevallen sprake van de juiste zorg of ondersteuning op de juiste plek. Een van de oorzaken hiervan is dat de samenwerking in de driehoek sociaal domein – huisarts/POH-ggz – ggz nog niet altijd en overal optimaal verloopt. Op sommige plekken in het land zien we reeds wat een goede samenwerking binnen deze driehoek kan opleveren. We zien echter ook dat deze

samenwerking veel vraagt van partijen en dat het systeem niet altijd stimulerend werkt.

De gezamenlijke opgave is dus om de ondersteuning en zorg voor mensen met psychische klachten anders en beter te organiseren (dichtbij, digitaal waar het kan, via zelfhulpmodules tenzij, zo vroeg mogelijk en in samenhang) zodat we ook in de toekomst kwalitatief goede ondersteuning en zorg kunnen blijven verlenen. Dit vraagt een betere domein- overstijgende samenwerking tussen het sociaal domein, huisartsenzorg en de ggz, en in verbinding met wijkverpleging, ziekenhuizen en UMC's, waardoor mensen eerder passende ondersteuning en zorg kunnen ontvangen. Hierbij moet ook oog zijn voor een stevige 'sociale basis': niet altijd is professionele ondersteuning of zorg immers het meest passende antwoord op een hulpvraag. Bij deze opgave spelen gemeenten – gezien hun brede verantwoordelijkheid in het sociale- en preventieve domein – een belangrijke rol. (...)

We maken in de komende tijd afspraken aan de hand van een groeimodel, over het voeren van verkennende gesprekken door goed opgeleide professionals waarbij er wordt afgewogen of GGZ zorg of inzet van sociaal domein nodig is, het inzetten van consultatie & overleg tussen de domeinen voor individuele cliënten, digitalisering en e-gegevensuitwisseling, het samen begeleiden van burgers met ernstige psychische aandoeningen, voldoende (veilige) huisvesting (in relatie tot het WOZO) voor kwetsbare burgers met ernstige psychische aandoeningen, samenwerking gedurende een traject van een cliënt met een ondersteunings- en/of zorgvraag én het opzetten van regionale duurzame structurele samenwerkingsvormen. Door een betere samenwerking tussen huisarts, ggz en

sociaal domein ervaart de cliënt dat zijn/haar hulpvraag sneller op de juiste plek opgepakt en wordt onnodige instroom in de ggz voorkomen. Professionals ervaren minder werkdruk door een duidelijke verantwoordelijkheidsverdeling en meer werkplezier, omdat zij snel en laagdrempelig de juiste expertise kunnen inschakelen. Ook in zorg- en ondersteuningstrajecten blijft de eigen regie van de inwoner uitgangspunt. In de samenwerkingsafspraken die regionaal worden gemaakt, wordt vastgelegd hoe en wanneer de domeinen elkaar consulteren (ook rondom een individuele client) en van elkaars expertise gebruik kunnen maken. Daarmee is dan o.a. direct contact mogelijk met behandelaren van patiënten door huisartsen. Voorbeelden: mentale gezondheidscentra van Breburg, GEM-initiatieven in Deventer en Doetinchem, netwerkpsychiatrie.

*Integraal Zorgakkoord 2022, pagina 70 e.v.*

## Over dit document

Dit document is opgesteld door het programma Mentale Gezondheidsnetwerken. Het programma werkt de afspraken van het Integraal Zorgakkoord over mentale gezondheidsnetwerken<sup>2</sup> en het verkennend gesprek uit. Het zorgt ervoor dat bij de start van 2025 alles wat landelijk geregeld moet worden voor een regionale implementatie van mentale gezondheidsnetwerken, geregeld is. Het programma gaat die regionale implementatie monitoren, en ondersteunt evaluatie en doorontwikkeling.

Kijk voor meer informatie over het programma op [www.mentalegezondheidsnetwerken.nl](http://www.mentalegezondheidsnetwerken.nl).

Dit document is bedoeld voor de samenwerkingspartners die de regionale mentale gezondheidsnetwerken opzetten of doorontwikkelen.

### Uniforme werkwijze

*Volgens het Integraal Zorgakkoord wordt toegewerkt naar een zo uniform mogelijke en naar behoefte regionaal ingevulde passende werkwijze (en organisatie), gericht op samenwerking tussen huisartsenzorg, ggz zorg en sociaal domein bij triage en samenwerking tijdens en na zorg- en ondersteuningstrajecten.*

De beschrijvingen in dit document 'Werkwijze' hebben als doel die uniformiteit tot stand te brengen. Vast staat, dat in de verplichte functies moet worden voorzien. Ook staat vast wat de doelen en beoogde resultaten van die functies zijn, en welke afspraken moeten worden gemaakt. De landelijke partijen verwachten dat elke regio dit naleeft. De precieze invulling ervan is afhankelijk van regionale omstandigheden en kan dus per regio verschillen.

De Galan Groep heeft in samenwerking met partners de praktische en theoretische onderbouwing van de 'Leidende principes Mentale Gezondheidscentra' (een eerdere versie van deze Werkwijze Mentale Gezondheidsnetwerken) getoetst. De inzichten uit hun rapport 'Iedereen kent Oscar' zijn betrokken bij het opstellen van deze Werkwijze.

De persoon om wie het draait bij het mentale gezondheidsnetwerk, wordt in de verschillende settings anders genoemd. Bij de gemeente ben je burger of inwoner, bij de huisarts patiënt, bij de ggz en in het sociaal domein meestal cliënt. Wij houden in dit document persoon aan.

## Mijlpalen

Mijlpaal	Beschikbaar
Werkwijze Mentale Gezondheidsnetwerken	1 maart 2024
NZa-beleid inclusief bekostiging bekend (concept)	1 april 2024
Leidraad voor zorginkoop gepubliceerd	1 juni 2024
Handreiking implementatie en model-samenwerkingsafspraken gepubliceerd	1 juni 2024
NZa-beleid gepubliceerd	1 juli 2024
Landelijke start Mentale Gezondheidsnetwerken	1 januari 2025

<sup>2</sup> In het IZA wordt gesproken over mentale gezondheidscentra. De programma-partijen kozen voor mentale gezondheidsnetwerk. Dit drukt beter uit dat het gaat om (netwerk)samenwerking en niet per se om een fysieke plek.



## Leidende principes

Leidende principes zijn waardengeladen formuleringen die behulpzaam zijn bij ingrijpende veranderprocessen. Ze zijn voor de betrokkenen niet-onderhandelbaar en inspireren om de nieuwe manier van denken en handelen vorm te geven.

De Galan groep citeert hierover Henri Mintzberg, autoriteit in veranderprocessen.

*“Begin samen met een aantal niet-onderhandelbare uitgangspunten in de vorm van leidende principes vast te stellen. Vervolgens maak je samen een aantrekkelijke schets voor de toekomst, waar veel betrokkenen graag aan mee willen werken en maak tot slot een aantal afspraken over hoe je hierin samenwerkt en al doende leert en bijstuurt. Blijf weg van het blauwdruk denken, allerlei bureaucratie en verantwoordingsdruk. Dit staat een echte innovatie met impact – een verandering die breed gedragen wordt – in de weg. Er is moed voor nodig om zaken écht te veranderen en er is moed voor nodig om weg te blijven bij de klassieke managementreflex van te veel willen beheersen en controleren. Je kunt het beste moed verzamelen op de plek van de essentie, daar waar je samen écht het verschil wilt gaan maken.”*

De opstellers van deze werkwijze verbinden zich aan de leidende principes op deze pagina. En zien het hebben van leidende principes als essentieel en verplicht onderdeel van mentale gezondheidsnetwerken. Regio's stellen hun eigen leidende principes op, die in lijn zijn met de leidende principes hiernaast. Ze doorleven deze en passen ze toe op alle niveaus. Het invullen van het *hoe* is een belangrijke stap in het elkaar leren kennen en begrijpen.

## Leidende principes



- A De persoon is regisseur van zijn eigen proces. Wij helpen hem de uitdagingen van het leven aan te gaan.**
- B We nemen samen verantwoordelijkheid, op alle niveaus van samenwerking.**
- C De persoon en de naasten staan voorop. Wij denken in oplossingen voor de persoon, niet in hokjes.**
- D Wij leren en verbeteren continu.**
- E Een domeinoverstijgende benadering zorgt voor snelle duidelijkheid voor de persoon. Wij dragen bij aan de juiste zorg en ondersteuning op de juiste plek.**

# Functies van Mentale gezondheidsnetwerken

Het mentale gezondheidsnetwerk is een duurzaam gelijkwaardig samenwerkingsverband in een regio tussen sociaal domein, huisartsen en ggz, dat actief is voor, tijdens en na zorg- en ondersteuningstrajecten. Hoe groot de een regio is, bepalen de betrokken partijen. Een regio kan bijvoorbeeld overeenkomen met het werkgebied van een Regionale Huisartsenorganisatie (RHO) of met het gebied waarvoor een IZA-regioplan geldt.

De partners in een MGN nemen samen de verantwoordelijkheid voor passende zorg en ondersteuning voor alle personen met psychische klachten én problemen op andere levensdomeinen én voor het realiseren van de andere doelstellingen van het MGN. Een van de manieren waarop zij die verantwoordelijkheid invullen is door afspraken te maken over wie dat doet in de regio.

## **Doelstelling mentale gezondheidsnetwerk**

Met de mentale gezondheidsnetwerken willen we de volgende doelen bereiken:

- De hulp- en ondersteuningsvraag van personen en hun naasten worden snel en op de juiste plek opgepakt. Zo voorkomen we escalatie van problemen en onnodige instroom in de ggz
- de beschikbare capaciteit (ggz, huisarts en sociaal domein) in de regio optimaal wordt benut
- de wachttijd voor ggz-zorg voor mensen met complexe problematiek neemt af.



Een belangrijke functie van het mentale gezondheidsnetwerk is het aanbieden van het verkennend gesprek. Mentale gezondheidsnetwerken krijgen nog andere functies die bijdragen aan de doelen van het IZA, namelijk het opzetten en onderhouden van een 'transfermechanisme' en van informatievoorziening over wachttijden. Daarnaast maken ze voor specifieke onderwerpen afspraken over de samenwerking in de regio.

Een mentale gezondheidsnetwerk kan (optioneel) Domeinoverstijgend casuoverleg aanbieden, of andere regionaal afgesproken functies hebben.

Dit hoofdstuk beschrijft de functies (pagina 10 e.v.) en de onderwerpen waarover afspraken worden gemaakt (pagina 19).

Functie I: **Verkennend gesprek**



Functie II: **Transfermechanisme**



Functie III: **Informatievoorziening wachttijden**



Functie IV: **Domeinoverstijgend casuoverleg** (optioneel)





# Functie I: Het verkennend gesprek

In het verkennend gesprek komt de persoon<sup>3</sup> met de hulpvraag samen met professionals uit sociaal domein en ggz tot een plan om met de hulpvraag aan de slag te gaan. Het verkennend gesprek wordt gevoerd vanuit inzichten over herstelbevordering en positieve gezondheid. De gespreksvoering draagt bij aan herstel, hoop en regie bij de persoon. De inhoud van het plan is passend voor déze persoon én naasten.

## Doelgroep

Wie kan voor een verkennend gesprek worden aangemeld? Het verkennend gesprek is bedoeld voor personen met psychische klachten én problemen op andere levensdomeinen voor wie een een-dimensionale aanpak met zorg of ondersteuning door alleen de huisarts, sociaal domein of ggz naar verwachting niet volstaat.

Dit vraagt om een nieuwe manier van denken en handelen. Het verkennend gesprek is geen diagnostiek, maar een open gesprek op basis van gelijkwaardigheid. Het gaat over de doelen van de persoon met een hulpvraag, over wat hij of zij daarvoor nodig heeft en over kracht en kwetsbaarheid.

<sup>3</sup> In deze Werkwijze bedoelen wij de persoon van 18 jaar of ouder met een verplichte zorgverzekering. De invoering van het verkennend gesprek ten laste van de Jeugdwet, moet nog worden verkend.

## Definitie

Het verkennend gesprek is een gesprek tussen de persoon om wie het gaat, professionals uit ggz en sociaal domein en (doorgaans ook) naaste(n) van de persoon. Het gesprek wordt gevoerd vanuit inzichten over herstelbevordering en positieve gezondheid. De doelen staan hieronder. De hulpvraag en krachten van de persoon staan centraal: de gesprekspartners verkennen oplossingsrichtingen die werken voor deze persoon en maken afspraken over de uitvoering ervan. Het perspectief van persoon (en naaste(n)), van de professionals en ervaringsdeskundigheid zijn daarbij van gelijke waarde.

## Doel

Het verkennend gesprek (met de opvolging hiervan) heeft als doel dat

- de persoon, naasten en professionals inzicht krijgen in de hulpvraag van de persoon en in de context van de vraag
- de persoon handvatten krijgt om het mentale evenwicht te hervinden
- als zorg en/of ondersteuning nodig zijn, die op het juiste moment en de juiste plek worden georganiseerd.

We voorkomen zo samen onnodige zorg.





### Verschil met bestaand aanbod

Het verkennend gesprek komt naast het al bestaande aanbod van zorg en ondersteuning. Het verschil met dat aanbod zit in het vanaf de start samenwerken en de interdisciplinaire benadering.

Het betrekken van verschillende perspectieven (zorg en sociaal domein, ervaringsdeskundigheid) draagt bij aan het vinden van oplossingen buiten de zorg. De oplossingen zijn vervolgens eenvoudig toegankelijk, door samenwerkingsafspraken die het traject dat de persoon aflegt, vergemakkelijken.

Dit zijn concrete verschillen met bestaand aanbod:

- bij de **POH-ggz** gaat het net als in het verkennend gesprek om sociale, psychische en somatische factoren. De zorg van de POH is echter monodisciplinair: het is huisartsenzorg. Het verkennend gesprek is per definitie interdisciplinair, door de betrokkenheid van sociaal domein, ggz en ervaringsdeskundigheid. Het verkennend gesprek wordt daar ingezet als de brede monodisciplinaire benadering niet toereikend is.
- **Welzijn op recept** is ondersteuning uit het sociaal domein voor mensen die (gezondheids)klachten ervaren door sociaal-maatschappelijke problemen. De ondersteuning is, anders dan het verkennend gesprek, monodisciplinair. Zogenaemde ‘multiproblematiek’ is een contra-indicatie voor Welzijn op recept, maar juist een indicatie voor het verkennend gesprek.
- **Diagnostiek in de geneeskundige ggz**  
Het doel van een diagnostiekconsult is om een diagnose te stellen. Het leidt tot een intakeverslag of diagnostisch rapport, dat input is voor een behandelplan. Het verkennend gesprek gaat niet om een diagnose of een behandelplan, maar om het samen met de persoon interdisciplinair

verkennen van hulpvraag en oplossingsrichtingen. Geneeskundige ggz is maar een van die oplossingsrichtingen. Pas als betrokkenen die oplossingsrichting zouden kiezen, komt diagnostiek in beeld.

- De **consultatie ggz door sociaal domein** is een contact tussen professionals óver een persoon die ondersteuning krijgt in het sociaal domein. De persoon zelf is niet bij het gesprek betrokken. In het verkennend gesprek is de persoon juist wel betrokken, als gelijkwaardige gesprekspartner.

### Resultaat

Het resultaat van het verkennende gesprek is een advies aan de huisarts die het gesprek voor de persoon heeft aangevraagd. Omdat het advies in de praktijk een gezamenlijke beslissing is van de persoon, sociaal domein en ggz, mét afspraken over de opvolging ervan, kan de uitvoering meestal starten zonder verdere acties van de huisarts.<sup>4</sup> Zijn zowel sociaal domein als ggz bij de uitvoering betrokken, dan overleggen de betrokken hulpverleners samen, met de persoon en naaste(n) erbij, (periodiek) om de uitvoering af te stemmen.

### Goed om te weten

- Een huisarts kan nog steeds direct doorverwijzen.
- De persoon voor wie een verkennend gesprek wordt aangevraagd, kan binnen 1 of 2 weken terecht.
- Sommige partijen vinden dat ook anderen dan de huisarts een verkennend gesprek moeten kunnen aanvragen. Dit zal in 2025 nog worden onderzocht en vraagt daarna om gezamenlijke besluitvorming. Voor nu is de aanvrager altijd een huisarts.

<sup>4</sup> Het programma onderzoekt nog of de aanmelding door de huisarts zo nodig ook als verwijzing naar de ggz kan gelden.



## Het verkennend gesprek



- Volgens het IZA is het streven dat als uit het verkennend gesprek een verwijzing naar de ggz volgt, de behandelverantwoordelijkheid voor de persoon binnen vier weken wordt overgenomen door de ontvangende ggz-aanbieder, ook als er nog geen intake heeft plaatsgevonden.<sup>5</sup>
- Bij het verkennend gesprek zijn altijd de ggz én het sociaal domein betrokken. Ze zijn daarbij ook aanwezig, tenzij dat door bijzondere omstandigheden niet kan. Zoveel als mogelijk sluit ook een ervaringsdeskundige uit ggz of sociaal domein aan.
- Bij voorkeur neemt ook een naaste van de persoon deel in het verkennend gesprek. Dit kan een gezins- of familielid zijn, maar bijvoorbeeld ook een vriend(in). Het gaat in ieder geval om iemand die voor de persoon een belangrijke 'hulpbron' is. Zo kan de hulp-/ondersteuningsvraag vanuit meerdere perspectieven worden bekeken: dat van de persoon en naasten en dat van ggz en sociaal domein.
- Doorgaans volstaat één verkennend gesprek. Bij complexe hulpvragen kunnen dit er maximaal twee zijn. Een verkennend gesprek duurt in de regel 1 uur en kan op locatie of online plaatsvinden.
- Hoe het advies aan de huisarts met gezamenlijke afspraken wordt genoemd, kan per regio verschillen.

<sup>5</sup> De behandelende ggz-organisatie is afhankelijk van de uitkomst van het verkennende gesprek, de hoeveelheid ingekochte zorg door verzekeraars, de actuele wachtlijsten van aanbieders, de afspraken op transfertafels en de voorkeur van de persoon. Door de IZA-afspraken werken we toe naar intake en behandeling binnen de Treek-normen. Het verkennend gesprek is geen verkorte route voor verwijzing naar de ggz.

## Belangrijk voor de uitvoering

### Voor de regionale samenwerkingspartners

- Zorg dat de persoon goed is voorbereid op het gesprek. Dat kan bijvoorbeeld door daarbij een ervaringsdeskundige, clientondersteuner of POH te betrekken en door informatie-materiaal over hoe het gesprek verloopt.
- Zorg voor professionals met de juiste vaardigheden en mindset.
- Organiseer regelmatige informatie-/leersessies met alle betrokken partijen in de regio.
- De keuze van methodieken is vrij. Door het regionaal en landelijk leren kunnen hiervoor op termijn kwaliteitskaders ontstaan.
- Het sociaal domein heeft veel aanbieders met een divers aanbod. Stel zo nodig iemand aan, die goed overzicht heeft en houdt van de sociale kaart.
- Voor de uitvoering is het handig als te vertegenwoordiger uit het sociaal domein een mandaat heeft om ondersteuning toe te kennen.

### Voor de aanvrager van het verkennende gesprek

- Stimuleer de persoon om een naaste mee te nemen.
- Vermeld in de aanvraag of specifieke expertise (leefstijl, schulden, verslaving, LVB) nodig is bij het verkennend gesprek.

### Voor de professionals in het verkennende gesprek

- Zorg dat afspraken passen bij de leefomgeving en het netwerk van de persoon. Denk hierbij ook aan ouderschap en of daar een vraag of zorg ligt.
- Betrek specifieke expertise als de hulp- of ondersteuningsvraag van de persoon hiertoe aanleiding geeft, zoals bij schulden, verslaving of LVB. Of als het bijvoorbeeld gaat om zingeving, leefstijl of conflicten.

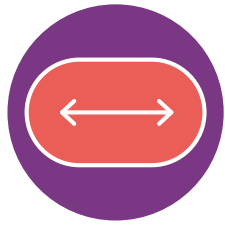


## Het verkennend gesprek



- Werk toe naar regie bij de persoon met de hulpvraag. Bijvoorbeeld door vooraf te vragen 'met wie wilt u dit gesprek voeren?' en door het gesprek te beginnen met 'wat wilt u in dit gesprek bespreken?'
- Maak de opvolging concreet en gebruik en gebruik begrijpelijke taal:  
Wie doet wat? Bij welk loket moet de persoon wanneer zijn? Wie gaat zorg of ondersteuning aanbieden? Hoe heet die zorg of ondersteuning en hoe ziet die eruit? Waar kan de persoon terecht met vragen? Wie heeft de regie als de persoon dit zelf niet kan of wil?
- Zorg voor een goede overdracht aan de aanbieder van zorg of ondersteuning. Zorg dat deze de zorg of ondersteuning daadwerkelijk kan en wil aanbieden.
- Zorg zo nodig voor tijdige overbruggingszorg of -ondersteuning.





## Functie II: Transfermechanisme

In het 'Actieplan wachttijden 2021' zijn afspraken gemaakt over regionale transfermechanismen. Op grond van deze afspraken spannen verwijzers, aanbieders en financiers van geneeskundige ggz zich optimaal in om cliënten tijdige en passende zorg te bieden. 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.

### Definitie

Bij een transfermechanisme geven aanbieders elkaar inzicht in de aantallen en soorten zorgvragers die op hun afzonderlijke wachtlijsten staan. Ook wordt er gezamenlijk bekeken hoe vraag en aanbod beter bij elkaar gebracht kunnen worden om zo te komen tot het daadwerkelijk transfereren van wachtende personen. Door daarbij samen te werken met de verwijzers (veelal huisartsen), komen personen ook sneller op de juiste plek terecht. Ook geeft deze aanpak direct inzicht in de knelpunten en de beschikbare capaciteit van de betrokken ggz aanbieders, zodat hier adequaat op kan worden ingespeeld.

### Doel

Door het matchen van vraag en aanbod onnodig lange wachttijden voorkomen en personen zo snel als mogelijk naar passende zorg en of ondersteuning op de juiste plek te leiden.

### Resultaat

De persoon met een hulpvraag wordt eerder en beter passend geholpen, in de ggz of het sociaal domein. Vraag en aanbod van zorg en ondersteuning sluiten beter aan. De wachttijden worden korter en er is beter inzicht in de capaciteit voor zorg en ondersteuning in de regio. Knelpunten komen sneller in beeld en de druk op de gespecialiseerde ggz neemt af.

### Goed om te weten

- Het transfermechanisme gaat meestal over groepen patiënten, maar kan ook gaan over 'anonieme' individuele personen.
- Of huisartsen deelnemen, kan regionaal worden bepaald.
- Een persoon beslist zelf of hij van een alternatief aanbod gebruik maakt, of bij de voorkeursaanbieder op de wachtlijst blijft. Zelfregie en perspectief moeten gewaarborgd blijven.

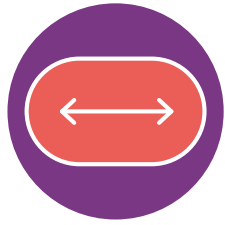
### Belangrijk voor de uitvoering

#### Voor de regionale samenwerkingspartners

- Zorg dat de schaal aansluit bij de bestaande lokale en regionale structuren. Houd bijvoorbeeld rekening met indeling en werkwijze van gemeenten en wijken. Het is niet de bedoeling dat er volledig nieuwe structuren worden opgezet.



## Transfermechanisme



- Het is belangrijk dat het Transfermechanisme ook (benutting van) capaciteit in het sociaal domein inzichtelijk maakt. Bedenk hierbij dat gemeenten onderling doorgaans geen wachtenden van elkaar kunnen overnemen.
- Sluit aan op de reeds bestaande transfermechanismen waar dat kan, of start een transfermechanisme op waar dat nodig is.
- Zorg voor één duidelijke regievoerder van het hele proces.
- Deelname aan het transfermechanisme moet openstaan voor alle zorgaanbieders die kunnen bijdragen aan de doelstellingen. Betrek aan de aanbodkant daarom niet alleen instellingen, maar bijvoorbeeld ook (vertegenwoordigers van) vrijgevestigde ggz-aanbieders.
- Zorg dat de zorgverzekeraar actief betrokken is in de sturing op het proces en waar nodig via de zorgbemiddeling wordt aangehaakt op de concrete 'transfers' van vraag naar ander aanbod (in of buiten de regio of via e-health).
- In de huidige praktijk is het transfermechanisme vooral gericht op het ggz-behandelaanbod. Binnen de samenwerking van het mentale gezondheidsnetwerken is het van belang dat hier ook verbinding gemaakt wordt tussen het aanbod en de ondersteuning van het sociaal domein.
- Zorg dat bereikbaarheid en werking van het transfermechanisme duidelijk zijn. Ook voor bijvoorbeeld zorgbemiddelaars van de zorgverzekeraars en onafhankelijke cliëntondersteuners.
- Zorg voor samenwerkingsafspraken tussen zorgaanbieders in de regio om warme overdracht mogelijk te maken en de cliëntreis zo eenvoudig mogelijk te laten zijn.
- De transfers vinden plaats door een inhoudelijk team van behandelaren van de betrokken zorgaanbieders. Zorg voor een juiste en constante bezetting.

### **Voor de professionals van het transfermechanisme**

- Het matchen van vraag en aanbod gebeurt anoniem. In het transfermechanismen worden geen persoonsgegevens gedeeld, behalve als de zorg of ondersteuning voor een persoon wordt overgedragen. In dat geval worden persoonsgegevens uitgewisseld tussen de betrokken aanbieder.
- Houd bij uitwisseling van persoonsgegevens rekening met AVG-regels.
- Zorg voor een uniforme inrichting van wachtlijsten. Als meerdere deelnemers aan het transfermechanisme twijfelen over de juistheid van wachtlijsten, spreken zij af hoe die steekproefgewijs worden gecontroleerd.





## Functie III: Informatievoorziening wachttijden en aanbod

*'We hebben in het verkennend gesprek afgesproken dat ik me aanmeld voor een wandelgroep. Maar waar vind ik die eigenlijk? Waar moet ik zijn?'*

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. Het is belangrijk dat er op (sub)regionaal niveau inzicht in het aanbod van zorg, en in de wachtlijsten en wachttijden komt. En gedifferentieerde wachtlijsten die rekening houden met de urgentie van de wachtende. Het ontwerp van deze functie wordt momenteel verder uitgewerkt onder de IZA-werkgroep 'Inzicht regionale wachtlijsten'.

Als aanbod ontbreekt, moet er met partijen over worden gesproken wat dat betekent voor de kwaliteit en continuïteit van de zorg en begeleiding. Ook transfermechanismen kunnen alleen succesvol zijn als er inzicht is in de (sub)regionale wachtlijsten en wachttijden. Daarom is het van belang dat elk MGN informatie heeft over wachttijden in de regio, met aantallen wachtenden en hun urgentie en over het beschikbare aanbod in het sociale domein.

### Definitie

De informatie over wachttijden en aanbod is een functie waarmee wachtlijsten en wachttijden voor zorg en ondersteuning in de regio transparant worden gemaakt. Inzicht in de urgentie van de zorgvragen is hier onderdeel van.

### Doel

Efficiënt (flexibel) benutten van de capaciteit en zorgdragen voor zinvolle (door)verwijzing van personen. Goed inzicht hebben in de daadwerkelijke knelpunten van toegankelijkheid en hierop beleid kunnen voeren. Monitoren van de (IZA) interventies op wachttijden, aantallen wachtenden en aantallen verwijzingen in de ggz. Verhogen van de informatie-waarde voor de regio voor zowel aanbieders, verwijzers als financiers.

### Resultaat

Een continue en actueel inzicht in wachtlijsten, wachttijden voor zorg en het actuele aanbod van ondersteuning. Waar nodig: aanpassing van het aanbod van zorg en ondersteuning. De wachttijden nemen af.

### Goed om te weten

- Er is een aparte opdracht uitgezet in het IZA om inzicht te krijgen in de manieren waarop regionale informatie kan worden verzameld en hoe dit (landelijk) technisch kan worden ondersteund.
- In bijlage 1 staan de vormen van zorg en ondersteuning waarvoor het aanbod inzichtelijk moet zijn.







### Belangrijk voor de uitvoering

#### *Voor de regionale samenwerkingspartners*

- Inzicht in wachttijden en wachtlijsten begint met een goed inzicht in het aanbod van zorg en ondersteuning. Breng dit aanbod op hoofdlijnen in kaart.
- Omdat inzicht in het aanbod in het sociaal domein heel divers is, kan het aanstellen van iemand die de sociale kaart goed kent een praktische oplossing zijn. Die houdt dan het overzicht over het aanbod in het sociale domein en de beschikbaarheid daarvan.
- Instellingen zijn volgens de transparantieregeling van de NZa verplicht om wachttijdgegevens voor de geneeskundige ggz aan te leveren bij de NZa. Voorkom dubbel werk door het inzicht hierop af te stemmen.



## Functie IV: Domeinoverstijgend casusoverleg

### Definitie

Het domeinoverstijgend casusoverleg is een overleg over individuele personen. Deze worden anoniem besproken. In dit overleg organiseren de regionale samenwerkingspartners (huisartsen, ggz, sociaal domein) de passende zorg en/of ondersteuning voor de persoon die

- bij één van de samenwerkingspartners om hulp heeft gevraagd, die deze niet, niet tijdig of niet alleen kan leveren (of)
- al zorg of ondersteuning van een samenwerkingspartner ontvangt die niet (meer) passend is.

### Doel

Complexe problematiek wordt vanuit verschillende invalshoeken bekeken, zodat persoon passende zorg en/of ondersteuning op de juiste plek krijgt.

### Resultaat

Het overleg levert een concrete oplossing voor de persoon op. Het is duidelijk wat de vervolgstap is voor deze persoon en wie de casus oppakt. Door afstemming tussen de domeinen stromen personen met een hulpvraag sneller door en kan soepel worden af- of opgeschaald. De samenwerkingspartners krijgen zicht op waar en wanneer het aanbod niet goed werkt of niet toereikend is, zodat zij structurele maatregelen kunnen nemen.

### Goed om te weten

- Het domeinoverstijgend casusoverleg heeft een lerend effect en geeft inzicht in elkaars organisatie en domeinen. Het kan bijdragen aan preventie door inzichten in achterliggende oorzaken van wachtlijsten.

### Belangrijk voor de uitvoering

#### *Voor de regionale samenwerkingspartners*

- Het domeinoverstijgend casusoverleg kan op verschillende manieren vorm krijgen. Het kan bijvoorbeeld onderdeel zijn van het transfermechanisme. Als er al regionale overlegstructuren zijn, kan het casusoverleg daar mogelijk worden ondergebracht. Er moet in ieder geval een plek zijn waar 'individuele' bemiddelingsvragen kunnen worden besproken.
- Betrek als het kan de persoon bij de aanmelding voor het casusoverleg of vraag minimaal toestemming daarvoor.



# Onderwerpen waarover afspraken worden gemaakt

Een mentale gezondheidsnetwerk gaat niet alleen over samenwerken bij de instroom, maar ook over samenwerken tijdens of na zorg- en ondersteuningstrajecten. En vooraf, om zorg te voorkomen. Hierover worden in het samenwerkingsverband ook afspraken gemaakt. Of wordt, als die afspraken er al zijn, verwezen naar afspraken die al op andere plekken met alle samenwerkingspartners zijn gemaakt. In de samenwerkingsafspraken komen (ook) de volgende onderwerpen aan bod.



## Elkaar (kunnen) raadplegen

De samenwerkingspartners spreken af hoe intercollegiaal overleg en consultatie zijn geregeld, en in ieder geval

- 1-op-1 contact tussen huisartsen en ggz-professionals, telefonisch of digitaal.
- Inroepen van ggz-expertise vanuit het sociaal domein, om gedrag van personen te kunnen duiden zodat hulp in het sociaal domein op een goede manier kan worden uitgevoerd.
- Domeinoverstijgend overleg tussen twee of meer professionals die aan dezelfde persoon zorg of ondersteuning leveren, om behandeling of ondersteuning af te stemmen.



## Begeleiding van mensen met psychiatrische problemen in de wijk

De samenwerkingspartners maken afspraken over snelle en flexibele inzet van kortdurende begeleiding voor mensen met (ernstige) psychiatrische problemen in de wijk, ook als er geen zorgtraject loopt. Het doel is escalatie van problemen te

voorkomen, door laagdrempelige, kortdurende contacten waarmee iemand snel en eenvoudig geholpen wordt. Zo verminderen we onnodige instroom in de ggz en worden huisartsen en sociaal domein ontlast.

## Aansluiting op preventie-infrastructuur

In het GALA zijn afspraken gemaakt over het opzetten van een preventie-infrastructuur door gemeenten. Om te zorgen dat deze preventie-infrastructuur en mentale gezondheidsnetwerken elkaar versterken, zijn afspraken nodig.

## Samenwerking in de ANW-uren

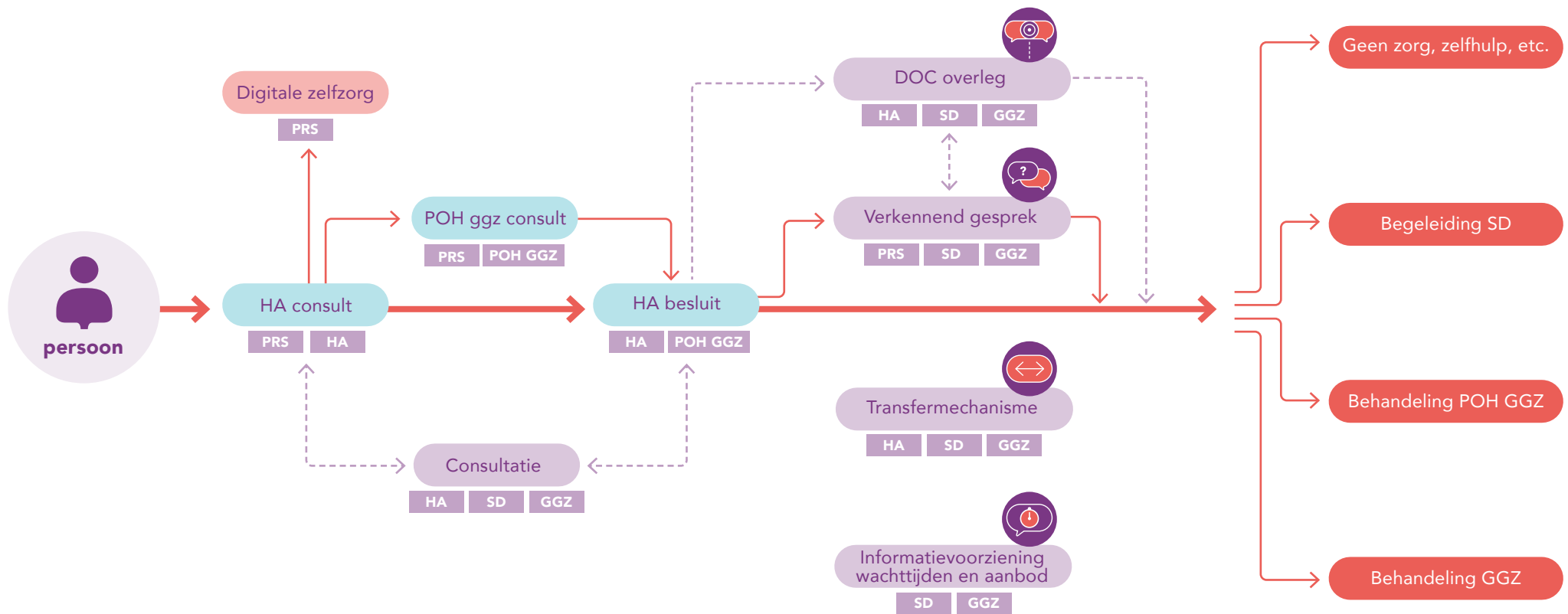
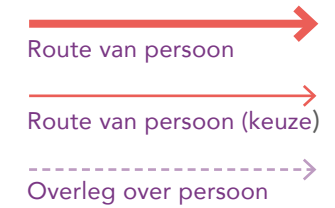
Aanbieders die wel en geen crisisdienst hebben spreken af hoe zij in de avonduren en tijdens het weekend samenwerken. Het doel is om met name psychiaters van de kerninstelling te ontlasten.

## Leidende principes

De mentale gezondheidsnetwerken worden gevormd door samenwerkingspartners met verschillende achtergronden die samen verantwoordelijkheid nemen voor meerdere onderwerpen. Zij moeten vanaf de start gezamenlijke waarden – leidende principes – hebben om steeds weer op terug te kunnen grijpen. Leidende principes zijn een essentieel onderdeel van het regionale transformatieproces.



# Processchema



# Organisatie

## Samenwerkingsverband

Een mentale gezondheidsnetwerk is een duurzaam samenwerkingsverband in een regio tussen huisartsen, ggz en sociaal domein. Dit samenwerkingsverband bestaat uit:

- regionale huisartsenorganisatie(s) (RHO) namens de huisartsen
- Ggz-kerninstelling en andere aanbieders van maatschappelijke en geneeskundige ggz
- uitvoerende organisaties in het sociaal domein

Zorgverzekeraars en gemeenten zijn betrokken als financiers van het samenwerkingsverband en bewaken op grond van hun wettelijke taken onder meer de doelmatigheid. De zorgverzekeraar heeft geen uitvoerende rol maar maakt wel inkoopbeleid voor de samenwerkingsverbanden en contracteert deelnemende zorgorganisaties. De gemeente kan naast financier ook uitvoerder zijn.

Deelname van cliëntorganisaties aan het samenwerkingsverband is optioneel, maar wordt sterk aangeraden.

Het ligt voor de hand om de samenwerking in een overeenkomst vast te leggen. Het programma Mentale Gezondheidsnetwerken zal hier in de loop van 2024 een handreiking voor publiceren. Die wordt gebaseerd op de huidige ervaringen van pilots en laat voldoende ruimte voor regionaal maatwerk.

Naast een samenwerkingsovereenkomst moeten veel andere zaken geregeld worden, zoals een privacyreglement en het vastleggen van rollen en verantwoordelijkheden. Landelijk zullen formats worden aangeboden.

### **Samen verantwoordelijk**

Succesvolle netwerksamenwerking in een mentale gezondheidsnetwerk staat of valt met een gezamenlijke visie en met vertrouwen. De samenwerkingspartners nemen samen de verantwoordelijkheid voor personen met een hulpvraag en maken zich samen sterk om wachtlijsten en capaciteitsproblemen voor de doelgroep op te lossen.

Samen zoeken zij naar oplossingen die de personen met een hulpvraag helpen en die ook voor de samenwerkingspartners werken.

### **Coördinatie/infrastructuur**

De functies van het mentale gezondheidsnetwerk hebben infrastructuur en coördinatie nodig. Afspraken moeten gepland en bevestigd worden en voor sommige functies zoals informatievoorziening over wachttijden is mogelijk ondersteunende ICT nodig. In de bekostiging wordt hier rekening mee gehouden.

Verder moet elk MGN een goede informatie-uitwisseling organiseren met betrokken stakeholders. Over het veilig omgaan met elektronische dossiers moeten afspraken worden gemaakt. Voor de communicatie tussen de aanbieders van zorg en ondersteuning moet een veilig communicatiemiddel beschikbaar zijn.

De Galan Groep noemt wetenschappelijke bronnen waaruit blijkt dat factoren voor een succesvolle samenwerking zijn:

- een gezamenlijke ontmoetings- en vergaderplek voor de professionals van het MGN die een face to face communicatie mogelijk maakt.
- het gezamenlijk werken in één dossier, bij voorkeur beheerd door de persoon zelf.
- goede ICT-ondersteuning.
- een care-coördinator.
- een 'neutrale' procesbegeleider/projectleider met voldoende mandaat.

## De verandering

Ingrijpende veranderingen in en tussen organisaties bestaan uit de transitie (besturing en organisatie) en de transformatie (nieuw denken en handelen). Ze vragen een specifiek soort leiderschap, dat naast verbindend ook vooruitstrevend is en mensen met lef en een pioniersgeest.

### Transitie

Er komen landelijke modeldocumenten voor een aantal governancezaken die bij aanvang van een transitie goed moeten worden geregeld. In ieder geval zijn dat:

- Een model voor professionele rollen en verantwoordelijkheden  
Dit model geeft professionals duidelijkheid over hun verantwoordelijkheden in de nieuwe netwerkorganisatie. Er zijn verschillende wetten van toepassing, o.a. WGBO,

privacywet- en regelgeving, Wvz, Wzd, Wlz en bepalingen uit de Wmo en professionele kaders en richtlijnen.

- Een privacyreglement.  
Een privacyreglement gaat bijvoorbeeld om de verantwoording van datastromen en om goed en veilig beheer van de persoonsgegevens conform de AVG en de professionele richtlijnen.

### Transformatie

Naast de formele aspecten moet er voldoende aandacht zijn voor de menselijke kant, voor wat de verandering met de betrokkenen en hun instituties doet. Denk daarbij aan onzekerheid, spanningen en weerstand.

Verandering in organisaties vraagt vooral begeleiden, ruimte geven en ondersteunen. Hierbij moet er aandacht zijn voor de menselijke kanten; niet alleen voor het optimisme en de mooie toekomstdroom, maar ook voor gevoelens van onzekerheid en weerstanden.

Wat daarbij werkt:

- leidende principes. Ze zijn de verbinding, de lijm tussen mensen en organisaties
- een midden tussen te veel en te weinig regelen
- al doende leren vanuit een gedeeld wervend perspectief
- het inrichten van een 'leerhuiswerkplaats' in die ook na de transformatie blijft bestaan.

### Leerwerkplaats en communicatie

De samenwerking in mentale gezondheidsnetwerken is een continu leerproces. Samen ontdekken de samenwerkingspartners wat de beste resultaten geeft in deze regio. Elk mentale gezondheidsnetwerk heeft daarom een leerwerkplaats, die professionals ondersteunt in de doorontwikkeling van de nieuwe aanpak en de nieuwe mindset.



Een samenwerkingsverband zoals het mentale gezondheidsnetwerk vraagt om een goede externe communicatie. Voor zowel de personen met een hulpvraag als stakeholders moet duidelijk zijn wat de positie is van het MGN en hoe het MGN zich verhoudt tot de deelnemende partijen.

### Netwerksamenwerking

Naast het regelen van de formele kanten van de governance, is het aan te raden om de dynamiek van de eigen organisatie tussen bestuurders te verhelderen, zodat hier rekening mee kan worden gehouden en afgewogen keuzes kunnen worden gemaakt. De mate van deelname en inzet wordt immers niet alleen bepaald door de betrokkenheid van bestuurders en professionals, maar ook door de dynamiek en context van de organisatie, waar ze in dienst zijn

Er sprake van een netwerkorganisatie met een binnenste ring met vaste samenwerkingspartners, bestaande uit de ggz(-kerninstelling), huisartsenorganisatie(s) en uitvoerders in het sociaal domein. Daarom heen zit een ring van overige samenwerkingspartners. De inrichting van het geheel is in hoofdlijnen uniform, maar kent regionale verschillen vanwege de beschikbaarheid en omvang van de verschillende organisaties.

De Governance Code Zorg richtte zich op de klassieke organisatie als entiteit. De herijking van de code in 2022 heeft tot een verbreding van de code geleid. Dit betekent dat de principes van de code ook doorwerken en toepasbaar zijn voor samenwerkingsverbanden en netwerken. De samenwerking moet worden getoetst aan wet- en regelgeving, zoals die van NZa, ACM en op juridische en fiscale risico's.

### Gelijkwaardigheid

Kenmerkend voor een netwerkorganisatie is co-creatie en samenwerking op basis van gelijkwaardigheid met behoud van zelfstandigheid, bevoegdheid en verantwoordelijkheid. Duidelijk hierbij is dat de afzonderlijke organisaties een aantal vraagstukken en problemen niet zelf kunnen oplossen en elkaar daarvoor nodig hebben.

De regievoerder neemt het voortouw bij de overeenkomsten en het monitoren van de beoogde effecten in de drie domeinen. Ondanks dat er een aantal zaken centraal bij één instelling wordt belegd, is het afhankelijk van de houding en de manier van omgang met elkaar of dit als belemmerend binnen het netwerk worden ervaren. Op dit punt zal het gesprek niet zozeer gaan over hoe deze zaken centraal belegd gaan worden, maar vooral of men elkaar hierin vertrouwt en het leiderschap hierin erkent en waardeert. Bij de transformatie, de uitvoering, hoeft dit verschil amper zichtbaar en voelbaar te zijn, omdat op basis van inhoud en expertise gelijkwaardig wordt samengewerkt.



# Bijlagen

- 1 Informatievoorziening
- 2 Samenwerkingspartners
- 3 Diversiteit van zorg- en ondersteuningsaanbod





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

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

Voorbeelden	Toelichting	Overwegingen bij de noodzaak van informatie
<b>Wonen</b>	Woonzorgprestatie afspraken, urgentie aandachtsgroepen, housing first	Voldoende (veilige) huisvesting (in relatie tot het Een Thuis voor Iedereen en het WoZo) voor kwetsbare personen met ernstige psychische aandoeningen.
<b>Werken</b>	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.
<b>Laagdrempelige steunpunten</b>	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?
<b>E-Health</b>	GZ-plein, wellshop, digitale modules, psychosenet, e-communities	Aanvulling op persoonlijk contact (blended, geen beeldbellen) of e-health waarmee de persoon zelfstandig aan de slag gaat. Sluit aan bij kenniscentrum digitale zorg ipv in elke regio het wiel uit te vinden.
<b>Wachtverzachters</b>	Bijv: mensen op wachtlijst steunen elkaar	Wachtverzachten is iets wat we doen omdat het huidige systeem wachttijden kent; in de betere verbinding zou dit in theorie overbodig zijn.
<b>Ggz-behandeling</b>	Ontbrekend aanbod in beeld brengen en actie op ondernemen.	
<b>Wmo-ondersteuning</b>	Doorgaans individuele geïndiceerde hulp, zoals ambulante begeleiding en hulp in huis.	Het team dat het verkennend gesprek voert heeft of de bevoegdheid om een Wmo-beschikking af te geven of korte lijnen met de indicatiesteller.
<b>Sociaal werk</b>	Sociaal werk is een collectieve voorziening gericht op sociale verbondenheid, armoede en bestaanszekerheid, schuldhulpverlening (sociaal raadslidenwerk), jeugd en opgroeien en vitaal ouder worden.	



# Samenwerkingspartners binnen een MGN

Samenwerkingspartners van mentale gezondheidsnetwerken zijn zorgpartners die in een regio samenwerken om de functies van mentale gezondheidsnetwerken mogelijk te maken en uit te voeren. Ze kunnen op verschillende manieren betrokken zijn bij een MGN. Er kunnen vier rollen onderscheiden worden: beleid, informatie, uitvoering en monitoring. Een samenwerkingspartner vervult ten minste één van deze rollen maar kan ook alle rollen vervullen. Daarnaast zijn er netwerkpartners die op afroep beschikbaar zijn.



## Rollen in een mentaal gezondheidsnetwerk

### Beleid/sturing en evaluatie

*Samenwerkingspartners die met elkaar voor de regio (niet-vrijblijvende) afspraken maken over het mentale gezondheidsnetwerk.*

- De samenwerkingspartners 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 bureaucratisering worden voorkomen. Waarbij telkens de vraag is of deelnemende partijen aan MGN en VG, de toegevoegde waarde nog zien.

### Informatie

*Samenwerkingspartners die informatie over capaciteit en persoon beschikbaar hebben en delen voor het MGN, zoals omschreven bij wachtlijstinformatie.*

- Samenwerkingspartners houden zich aan de afspraken uit het beleid rondom het delen van gegevens.

### Uitvoering functies

*Samenwerkingspartners die uitvoering geven aan het beleid van het regionale MGN.*

- Samenwerkingspartners organiseren gezamenlijk de praktische zaken rondom de organisatie-inrichting van het mentale gezondheidsnetwerk.

### Monitoring

*Samenwerkingspartners die de interne monitoring en evaluatie van de gemaakte afspraken en gestelde doelen uitvoeren.*

- Samenwerkingspartners organiseren gezamenlijk de monitoring.
- Mogelijk op verschillende niveaus met verschillende betrokken partners.
- Geeft input voor mogelijke bijsturing in beleid.

### Inroepbaar

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

# Samenwerkingspartners | overwegingen bij betrokkenheid - 1

Samenwerkingspartner	B	U	I	R	M	Overwegingen bij betrokkenheid
GGZ – kerninstelling	●	●	●		●	De ggz-kerninstelling neemt het initiatief voor het samenbrengen van in ieder geval huisartsen, sociaal domein en ggz in een mentaal gezondheidsnetwerk. Vanaf het begin werkt de driehoek (ggz, huisartsen, sociaal domein) gelijkwaardig samen. Regionaal wordt bepaald wie regievoerder is: de ggz-kerninstelling of een andere partij, zoals een RHO. Regievoerderschap betekent niet 'eigenaarschap'. Doelen en governance zijn altijd onderdeel van de regionale samenwerkingsafspraken. De regievoerder neemt ook 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 samenwerkingspartner onderdeel zijn van het samenwerkingsverband (en dus beleid, informatie en uitvoering doen).
GGZ – overige aanbieders <b>geen</b> onderdeel van het samenwerkingsverband			●	●		Andere ggz-aanbieders zijn netwerpartners en zitten in de 'buitenring'. Ze leveren wel informatie aan en/of zijn inroepbaar. In ieder geval moet hun aanbod op de transfertafel liggen.
HAZ – huisartsenpraktijken		●	●			Samenwerkingspartner Huisarts doet eerste gesprek obv huisartsgeneeskundige, persoonsgerichte zorg, positieve gezondheid, MTVDP. NB dit niet overdoen op overlegtafel of in verkennend gesprek.
HAZ - RHO	●		●		●	Samenwerkingspartner 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). Een RHO kan net als een ggz-kerninstelling regievoerder zijn.
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 persoon niets aan het advies vanuit het verkennend gesprek.



## Samenwerkingspartners | overwegingen bij betrokkenheid - 2

Samenwerkingspartner	B	U	I	R	M	Overwegingen bij betrokkenheid
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 MGN. 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 MGN.
Politie en Justitie				●		
Levensbeschouwelijke instellingen				●		
Onderwijs				●		
Financiers (gemeente en zorgverzekeraars)	●				●	Om te zorgen dat er voldoende middelen beschikbaar zijn/komen voor het mentale gezondheidsnetwerk 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).

\* 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; ● = een rol voor de samenwerkingspartner



