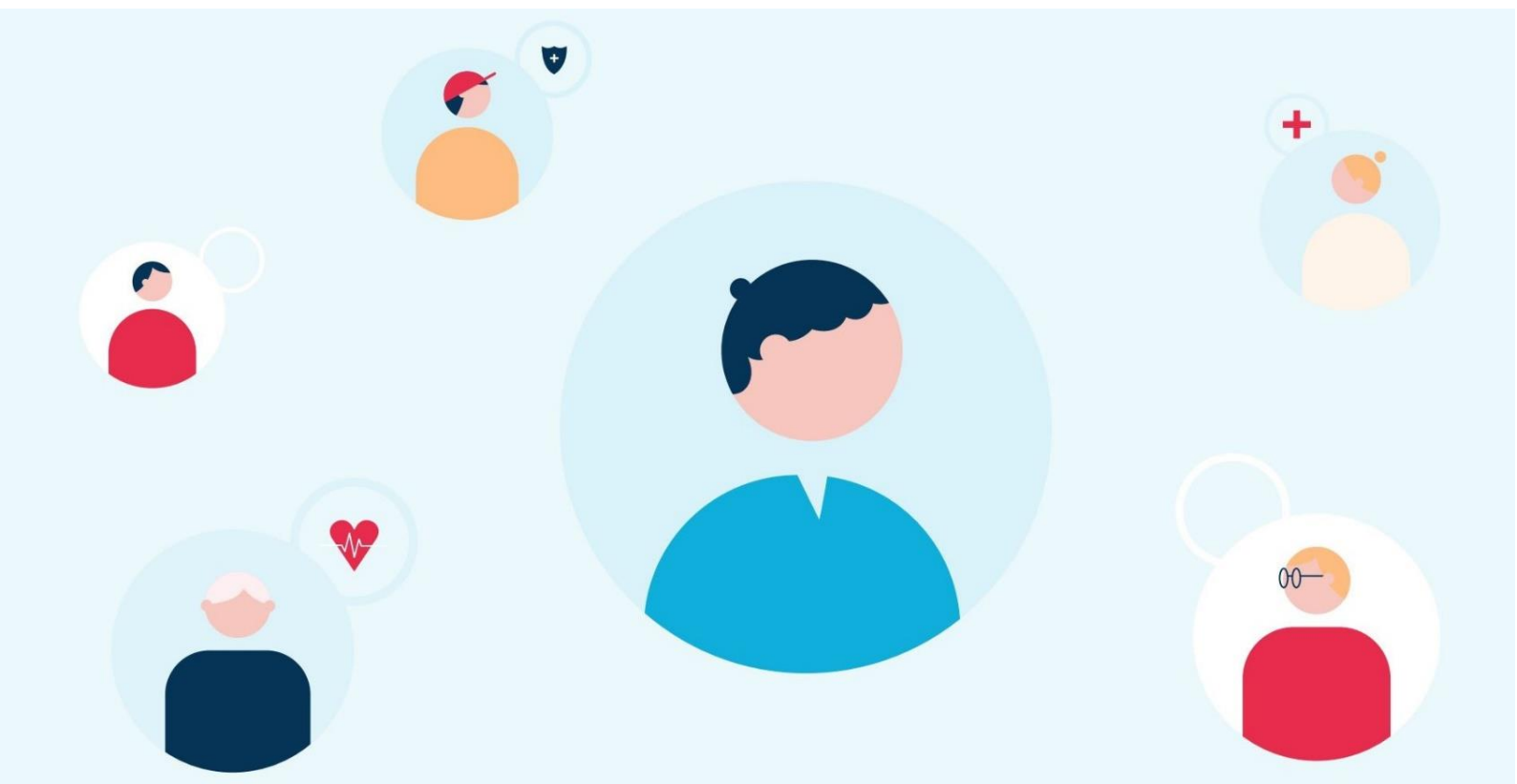


'Iedereen kent Oscar'

HET ADVIESRAPPORT VOOR DE TOETSING EN DE PRAKTISCHE EN THEORETISCHE
ONDERBOUWING VAN DE LEIDENDE PRINCIPES MENTALE GEZONDHEIDSCENTRA IN
OPDRACHT VAN DE IZA-WERKGROEP GEZONDHEIDSCENTRUM/VERKENNEND GESPREK
TEAM (IZA-WERKGROEP MGC/VG)



OPDRACHTNEMER: GALAN GROEP TE BAARN
SAMENWERKINGSPARTNER: UMCG/RUG/EERSTELIJNSGENEESKUNDE EN LANGDURIGE ZORG

29 NOVEMBER 2023, BAARN/GRONINGEN



Voorwoord

Het doel van de beoogde Mentale Gezondheidscentra in het Integraal Zorg Akkoord (hierna IZA) is passende en tijdige zorg of ondersteuning bieden aan mensen met mentale problemen die ook op andere levensgebieden problemen ervaren. Daarnaast wordt het doel gesteld om de instroom in de GGz te verminderen. Om dat te realiseren is een aantal, ingrijpende veranderingen nodig.

Veranderingen in organisaties waarbij sprake is van een transitie en een transformatie zijn complexe opgaven. Bij het samen transformeren om tot een nieuwe organisatievorm te komen, gaat dit dubbelop. Het IZA getuigt dan ook van ambitie en moed om een aantal ingrijpende veranderingen voor te stellen. Het zijn veranderingen die de zorg moeten optimaliseren in termen van organisatie, kwaliteit en kostenbeheersing. De professionals, de individuele zorg- en welzijnsorganisaties en hun financiers, VWS, zorgverzekeraars en gemeenten kunnen dit niet afzonderlijk. De beoogde Mentale Gezondheidscentra brengen deze partijen bij elkaar, waardoor het geheel meer is dan de som der delen.

Al werkend met een collegiaal team aan dit rapport moest ik denken aan Henri Mintzberg, een autoriteit op het gebied van organisatieveranderingen die ik tijdens een onlinecollege mocht beluisteren. Samengevat zei hij het volgende:

“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.”

In de opdrachtverstrekking en bijgeleverde informatie zag ik dit grondpatroon als een wenkend perspectief en beschreven door Mintzberg verschijnen.

Dank voor ieders bijdrage in de vorm van open, leerzame en inspirerende gesprekken tijdens werkbezoeken, interviews en individuele gesprekken met professionals, allerlei klankbordmomenten met betrokken instellingen bij de GGz en informatie die gedeeld werd. Zonder deze medewerking was dit rapport niet tot stand gekomen.



Namens het team dat aan dit rapport heeft gewerkt, wens ik onze opdrachtgever, de werkgroep Verkennend Gesprek/Mentale Gezondheidscentra (IZA-werkgroep MGC/VG) moed en succes toe bij het vervolg.

Prof. dr. Gabriël Anthonio (Galan Groep)

Dr. Danielle Jansen (UMCG)

Prof. dr. Marco Blanker (huisarts)

Dr. Grietje Knol-de Vries (UMCG)

Bas Knaapen, Msc. (Galan Groep)

Drs. Petra de Munck (Galan Groep)

Martine de Munck (Galan Groep)

Augus Lumalessil (LdH, ervaringsdeskundige)

Mr. Kanter Breuker (Trip Advocaten en Notarissen)

David Elzinga, Msc. (OneUpMedia)



Inhoud

Voorwoord	2
Inleiding	5
Samenvatting	7
1. Opdracht en aanpak	13
2. De leidende principes bij Mentale Gezondheidscentra	14
2.1. Leidende principes: wat verstaan we daar onder?	15
2.2. Leidende principes zoals beschreven door de IZA-werkgroep MGC/VG	18
2.3. De kracht van leidende principes optimaal benutten	19
2.4. Leidende principes en een kritische kanttekening	19
2.5. Samenvatting en advies	21
3. Uitkomst literatuuronderzoek	22
3.1. Mentale Gezondheidscentra – organisatievorm	23
3.2. Verkennend gesprek en andere functies	26
3.3. Transitie	27
3.4. Governance	28
3.5. Randvoorwaarden	29
3.6. Samenvatting en advies	31
4. Mentale Gezondheidscentra – organisatievorm en te maken afspraken	33
4.1. Samenvatting en advies	38
5. Verkennende gesprek en de andere functies	39
5.1. Visie op de mens en de behandeling	39
5.2. Praktijk	41
5.3. Mensvisie en implicaties voor het verkennend gesprek	42
5.4. Gelijkwaardigheid	44
5.5. Praktijken en huidige gespreksvormen die het verkennend gesprek of onderdelen daarvan benaderen	45
5.6. Cliëntroute en relaties tussen de verschillende functies	48
5.7. Samenvatting en advies	54
6. Transitie	56
6.1. Samenvatting en advies	72
7. Governance	74
7.1. Samenvatting en advies	83
Slotwoord	84
Bijlage 1: Voorbeelden van ‘krachtige’ leidende principes	85
Bijlage 2: Schets werkbezoeken en andere initiatieven	87
Bijlage 3: Beschrijving verschillende initiatieven	93
Bijlage 4: Relevante andere bronnen	105



Inleiding

'Iedereen kent Oscar'

De titel is een uitspraak die we als onderzoekers hebben opgetekend tijdens één van de interviews over de ontwikkeling van het Mentaal Gezondheidscentrum. Deze titel staat voor de zeer betrokken en kundige hulpverleners, die bij zowel cliënten, naasten als collega's en hun instellingen in een bepaalde wijk bekend zijn. In de uitspraak 'Iedereen kent Oscar' wordt naar het netwerk (iedereen) en de persoon (de professional) zelf verwezen. Tegelijk bedoelen we ook met de titel dat binnen het netwerk iedereen Oscar is. Elkaar kennen als persoon en professional en elkaar vertrouwen en met elkaar samenwerken, komen telkens in alle gesprekken terug.

Het gaat in een netwerkorganisatie niet om systemen en procedures, maar vooral om de mens die zich inzet voor de ander en omgekeerd. We weten dat de sleutel voor een begin van herstel van een cliënt is gelegen in het gezien en gehoord worden. Vanuit deze verbinding kan gekeken worden naar wat men op eigen kracht zelf kan, hoe het sociale netwerk betrokken kan worden en welke zorg of ondersteuning daar verder nog bij nodig is. Precies hier ligt de kracht van het concept Mentaal Gezondheidscentrum: *Iedereen kent Oscar en iedereen is Oscar.*

In dit rapport hebben we een aantal adviezen opgesteld. Een advies is na allerlei afwegingen ook een keuze. Het is een denkrichting die men zou kunnen opvolgen. Andere opties, goed lopende pilots of initiatieven willen we met die keuzes niet tekortdoen. Integendeel, onderdelen van onze adviezen hebben we uit die praktijken opgehaald.

Onze adviezen kunnen voor reeds bestaande en lopende initiatieven behulpzaam zijn bij een verdere aanscherping en doorontwikkeling en bieden vooral nieuwe initiatieven en een aantal bouwstenen om tot een Mentaal Gezondheidscentrum te komen. Wij schrijven in onze adviezen niets voor, maar bieden ze in dit adviesrapport als een wenkend perspectief aan. Hier kan de IZA-werkgroep MGC/VG – onze opdrachtgever en de aangesloten partners – qua invulling en besluitvorming mee verder.

Uiteraard willen we iedereen die ons stukken, rapporten en verslagen heeft toegezonden hartelijk danken. Ook veel dank aan de ervaringsdeskundigen, professionals, projectleiders, kwartiermakers en leidinggevenden die de tijd hebben genomen om ons op locatie of via een online Teams-meeting te ontmoeten en hun kennis en ervaring te delen. Dank ook aan onze samenwerkingspartners, het UMCG en de Huisartsgeneeskunde in het bijzonder, en een aantal externe deskundigen die we hebben geconsulteerd. Samen hebben we vorm en inhoud aan dit adviesrapport gegeven.



umcg



university of
groningen



Galan Groep

Wij hopen hiermee bij te dragen aan de kwaliteit van het leven van een groep kwetsbare mensen in onze samenleving, die tijdelijk of voor een langere periode zorg en ondersteuning behoeven op hun weg naar herstel.

Gabriël Anthonio
Projectleider Galan Groep

Danielle Jansen
Projectleider UMCG/RUG



Samenvatting

In dit rapport vindt u een weergave van het onderzoek naar Mentale Gezondheidscentra, de leidende principes hierbij en de verschillende functies en randvoorwaarden die daarbij een rol spelen. Het onderzoek is opgebouwd uit een theoretisch en een praktijkgericht deel. Telkens is daarin de aanscherping gezocht door middel van dialoogsessies en de toets bij professionals en ervaringsdeskundigen. Vanuit dit meervoudige perspectief zijn we tot een aantal adviezen gekomen. Op basis van de literatuur, gesprekken en werkbezoeken hebben we een 'verzadigingspunt' op de belangrijkste onderdelen en leidende principes bereikt. Los van de enorme hoeveelheid informatie en verschillen blijken er ook overeenkomsten te zijn die richtinggevend en hoopvol zijn. Daarnaast hebben we bij dit rapport steeds het resultaat voor ogen gehouden. Het idee van een Mentaal Gezondheidscentrum op zich staat niet ter discussie. Vanuit een positief kritische insteek hebben we bekeken hoe je daarnaartoe kunt komen.

Ondanks de beperkte tijd kunnen we op basis van deze aanpak stevige adviezen uitbrengen. Onze opdrachtgever, de IZA-werkgroep MGC/VG, kan deze adviezen gebruiken bij het verder uittekenen van het ontwerp van een Mentaal Gezondheidscentrum en de leidende principes. Het kan verstandig zijn om een algemene routemap op te stellen voor regio's die nog moeten beginnen. Deze routemap kan ook behulpzaam zijn bij nieuwe en bestaande initiatieven en draagt bij aan een zekere mate van uniformiteit. Een uniforme werkwijze is geen doel op zich, maar is wel behulpzaam en op sommige onderdelen zelfs noodzakelijk om de verbinding te leggen met formele zaken, zoals de contractering met subsidiënten, privacy, governance en de uitvoering en bekostiging daarvan. Door ons te richten op inhoudelijk goede herstelgerichte zorg, een goede positionering van organisaties en hun professionals en door rekening te houden met kostenbeheersing en verantwoording, hebben we steeds het midden gezocht. Het algemene doel is ervoor te zorgen dat burgers te allen tijde overal passende, tijdige en beschikbare zorg of ondersteuning kunnen krijgen.

In onze adviezen beperken we ons tot de hoofdlijnen van de leidende principes. Niet alleen vanwege de beperkte tijd, maar ook omdat we het gewicht en de context van sommige details – zoals die genoemd worden in versie 1.0 – niet kunnen bepalen.



Samenvatting van de adviezen:

A. Leidende principes

De leidende principes – zoals door de IZA-werkgroep MGC/VG worden gebruikt – zijn vooral beschrijvend; maak meer en beter gebruik van de kracht van leidende principes door er een aantal waardegeladen begrippen van te maken. Wees daarbij waakzaam dat de leidende principes niet als een vorm van opgelegde dwang worden ervaren.

In de theorie en praktijk hebben we goede voorbeelden gevonden van waardegelade begrippen, zoals: Ja, tenzij het echt niet kan, al doende leren wij en samen lossen we dit op! Het is ons advies om deze leidende principes duidelijk terug te laten komen als overkoepelende waarden voor het inrichten van een Mentaal Gezondheidscentrum en alles wat daarbij komt kijken.

Leidende principes kunnen enorm krachtig en behulpzaam zijn bij organisatieveranderingen en werken beter dan blauwdrukken met allerlei regeltjes. Ze zijn niet onderhandelbaar, staan dus niet ter discussie en geven daardoor houvast en helpen bij het dagelijks handelen richting de toekomst.

B. Theorie, wetenschappelijk onderzoek

In de literatuur worden verschillende van de genoemde leidende principes bevestigd. We treffen er uitspraken aan die helpend en belemmerend zijn. Belangrijk is dat de interventie op de patiënt, en naasten, gericht is, met een focus op herstel. De patiënt is onderdeel van de besluitvorming, die bij voorkeur multidisciplinair wordt genomen (shared decision making). De inzet van een vaste professional (care manager) en ervaringsdeskundigen wordt onderschreven, evenals de inzet van naasten. De samenwerking tussen huisartsen, professionals vanuit de GGz en een breed netwerk van sociaal-maatschappelijke instellingen wordt eveneens onderschreven. Tevens wordt er aandacht gevraagd voor bewezen, goed onderbouwde en onderzochte methoden. Laagdrempeligheid met voldoende tijd, een goede bereikbaarheid en aandacht voor stigmatisering, dragen bij aan de kwaliteit, toegankelijkheid en preventie.

Als belemmerend vinden we samengevat de volgende aspecten in de literatuur terug:

- onduidelijke rollen en verantwoordelijkheid van de professionals (1e- en 2e-lijns);
- culturele verschillen tussen de netwerkpartners;
- onvoldoende technologische ondersteuning;
- beperkte, of onduidelijkheid voor wat betreft, financiering;
- het niet fysiek kunnen binnenlopen, gebrek aan gastvrije, laagdrempelige ruimten;
- het ontbreken van een gezamenlijke locatie voor de netwerkpartners.



In de gevonden artikelen wordt relatief veel aandacht geschonken aan de randvoorwaarden competenties en opleiden, financiering, informatiedeling en dossiervorming. Het opleiden en trainen van medewerkers komt vaak terug en wordt als belangrijke bevorderende factor genoemd. Het delen van informatie en het hebben van een gezamenlijk dossier worden als essentieel gezien. Er is weinig onderzoek gedaan naar transities en governance bij (het vormen van) Mentale Gezondheidscentra. Dit betekent dat kennis over transities en governance vanuit de praktijk door de IZA-werkgroep MGC/VG – mede op basis van bestuurskundige en juridische kennis – verder moet worden ontwikkeld.

C. Organisatievorm en te maken afspraken

De organisatievorm is die van een netwerk. Mogelijk dat de naam daarom veranderd zou kunnen worden in Mentaal Gezondheidsnetwerk in plaats van centrum. De beoogde functies en faciliteiten kunnen hierin goed worden ondergebracht of goed binnen de kerninstelling worden benut. De organisatie is vooral faciliterend, ondersteunend aan een aantal functies en domeinoverstijgende werkprocessen met als doel om de wachttijden bij de GGz te beperken en voldoende gebruik te maken van andere vormen van zorg (sociaal domein en zelfhulp).

Om het netwerk goed te laten draaien, is een projectleider/manager belangrijk. Deze kan worden ingezet als spil in het web en kan de verschillende organisaties wijzen op de gezamenlijke verantwoordelijkheid die komt kijken bij een Mentaal Gezondheidsnetwerk.

Als netwerkorganisatie is het Mentaal Gezondheidscentrum een goede manier om het verkennende gesprek en een aantal andere functies en processen onder te brengen: geef professionals de ruimte en steun om te handelen, te leren en samen te ontwikkelen.

D. Verkennend gesprek en andere functies

Bij een verkennend gesprek is het van belang om de mens vanuit een meervoudig perspectief: biologisch, psychologisch, sociaal-maatschappelijk en zingeving (BPSZ) te zien. De cliënt zelf staat centraal, waarbij de vragen 'Ik wil', 'ik kan' en 'ik heb nodig' zoals bij GGz Breburg worden gehanteerd, hierbij helpend zijn. Het zijn vragen die vanuit de herstel- en positieve gezondheidsgedachte geformuleerd zijn. Probeer niet te veel kaders mee te geven aan de vorm van een verkennend gesprek. Locatie, duur en aanwezig zijn ondergeschikt aan de bedoeling. Een verkennend gesprek zal effectiever zijn als dit goed wordt voorbereid vanuit de huisartsenpraktijk door de POH-GGz of een begeleider uit het sociaal domein. Samen met de cliënt maken zij een arrangement van aanwezig zijn (naasten, ervaringsdeskundigen e.d.) en bereiden ze het gesprek inhoudelijk voor. Dit kan ook een digitaal gesprek zijn.

Als er sprake is van een mentaal probleem is een verwijzing van de huisarts de aangewezen route, maar de mogelijkheid om via een andere route bij het verkennend gesprek terecht te komen blijft open, bijvoorbeeld via het sociaal domein. Er moet daarna dan nog wel een verwijzing via de huisarts worden aangevraagd.

De samenhang tussen de functies zit in de aaneenschakeling van meerdere opties binnen het werkproces (routemap). Ook zit het in mensen die elkaar kennen en snel en makkelijk met elkaar kunnen afstemmen en in informatie die tijdig en voldoende beschikbaar is.

Ook adviseren wij de functies leer- en werkplaats en in- en externe communicatie toe te voegen aan het Mentaal Gezondheidscentrum.

Het verkennend gesprek is een belangrijke functie binnen het Mentaal Gezondheidscentrum. Het is een open gesprek dat de mens en niet de problemen centraal stelt. Essentieel hierbij is een goede voorbereiding en de ondersteuning door naasten of een ervaringsdeskundige.

E. Transitie

De transitie is onderdeel van de verandering (bestuur en organisatie) en is een noodzakelijke voorwaarde om tot een transformatie (veranderingen in uitvoering) te komen. Verandering zal niet worden gerealiseerd zonder duidelijkheid over een duurzame contractering van betrokken partijen, het kunnen declareren van inzet en (indirecte) uren en een financiële regeling voor de transitie- en (mogelijke) verlieskosten door VWS, verzekeraars en gemeenten. Dat betekent dat er tijdelijke ondersteuning nodig is tijdens de transitieperiode (transitieplan) en een duurzame ontwikkeling richting de staande Mentale Gezondheidscentra als netwerkorganisatie via inkoop- en declaratieafspraken. Deze tijdelijke en duurzame financiële zekerheid geldt zowel voor de huisartsen en de GGz-instellingen als voor het sociaal domein.

Transities vragen om leiders met moed en verbindende kwaliteiten. Bij deze beoogde verandering moet er niet alleen aandacht zijn voor de formele kant, maar vooral voor de menselijke kant. Ons advies is niet te veel in detail (blauwdruk) het ontwerp te beschrijven, maar vooral de randvoorwaarden (mensen en middelen e.d.) en faciliteiten (regelruimte e.d.) goed te borgen middels de contractering met gemeenten en verzekeraars.

Deze transitie kan niet zonder het inrichten van een beperkte governance structuur. Als handreiking zou er centraal een basisvorm van een samenwerkingsovereenkomst, privacyregeling en kwaliteitsstatuut kunnen worden gemaakt.

De voorgestelde organisatieveranderingen gaan over een transitie én een transformatie. Dit vraagt om bestuurlijke moed en duidelijke afspraken, financiële zekerheid, een kwaliteitskader en een cultuuromslag in denken en handelen. Iedereen – in alle lagen van de organisaties – moet hierin verantwoordelijkheid nemen.

F. Governance

In tegenstelling tot overheidsinstanties is er voor zorg en welzijn (nog) geen (WGR-) regelgeving die samenwerkingsverbanden regelt. Dit betekent dat er veel vrijheid is om dit samen binnen de bestaande kaders en mogelijkheden in te richten. Om tot een staande organisatie te komen, is een duidelijke governance (bestuur en toezicht) structuur noodzakelijk. In een aantal gevallen moet hiervoor een ACM-toets plaatsvinden.

Naast de horizontale netwerksamenwerking, waarin men gezamenlijk de verantwoordelijkheid neemt, is het ook van belang een aantal zaken centraal te regelen. Zaken als informatiedeling en -beheer kunnen niet binnen een netwerk 'zweven' en moeten formeel en veilig worden belegd. De GGz-instelling die het voortouw neemt, is de aangewezen instelling om de centrale, noodzakelijke aspecten in te richten en te beheren. Daar staat dan ook een vergoeding tegenover.

De bestuurlijke inrichting van de staande organisatie (na de transitie) vraagt enerzijds om ruimte bij professionals en samenwerkingspartners en anderzijds om zekerheid rondom bijvoorbeeld financiering, ICT-ondersteuning en informatiebeheer. Hierover moeten door bestuurders goede afspraken worden gemaakt, waarbij verzekeraars en gemeenten via contractering zekerheid bieden. Iedereen moet hierin dus verantwoordelijkheid nemen voor een duurzame toekomst.

Blijvend ontwikkelen

We moeten ons realiseren dat we weliswaar met het resultaat voor ogen, het zicht op een Mentaal Gezondheidscentrum zijn begonnen, maar dat achter die stip op de horizon de wereld verdergaat. Allerlei nieuwe velden worden zichtbaar naarmate het Mentaal Gezondheidscentrum dichterbij die horizon komt. Een Mentaal Gezondheidscentrum is onderdeel van een ontwikkelingsproces dat na de realisatie niet stopt. Het is een ontwikkeling van instituties naar bilaterale samenwerkingsverbanden, dan naar netwerken en wellicht daarna richting community care of ecosystemen? Achter de horizon bevindt zich mogelijk een vorm van integrale bekostiging, waarbij formele en informele zorg en ondersteuning samen zullen gaan, zoals we in de wetenschappelijke literatuur en ontluikende praktijk op een aantal plaatsen zijn tegengekomen. Te denken valt aan een integraal gezondheidscentrum, met één budget voor een bepaalde wijk of regio van waaruit alle betrokken instellingen samenwerken. Men neemt gezamenlijk de verantwoordelijkheid, er is minder bureaucratie en werkt zonder belemmerende domeinen en verschillende betaaltitels.



"We zijn onderweg naar de toekomst, maar werken eerst aan de volgende stap en doen wat er mogelijk is."

Dit is een veelgehoorde uitspraak bij diverse werkbezoeken en interviews. Een Mentaal Gezondheidscentrum lijkt een veel belovende stap, die zowel door theorie en praktijk als de diverse gesprekken wordt gesteund. Een ervaringsdeskundige verwoordde het als volgt:

"Ik zie het wel zitten, dat de huisarts, de GGz en het sociaal domein meer samenwerken. Ik ben een paar keer tussen het wal en het schip geraakt. Dan kwam ik vervolgens op een wachtlijst en was er geen overbruggingszorg. Ik heb de laatste keer maanden moeten wachten op passende hulp."

"Dat deed iets met mijn motivatie; die zakte weg en mijn ziekte (verslaving en depressie) verergerde. Het zit wat mij betreft niet in een nieuw instituut, maar vooral in hoe er met je om wordt gegaan en met je wordt samengewerkt."

Ervaringsdeskundige, Herstelacademie, interview 13 oktober 2023.

"Iedereen bij ons kent Oscar. Hij is een soort spil in het geheel, maar eigenlijk willen en moeten we allemaal zijn zoals hem". Projectleider.

"Ik geloof niet in het individu in ons werk, maar in de kracht van het samenspel en de krachten die daarbij vrijkomen. 'Holding' is daarbij een belangrijk begrip; je gesteund en verbonden weten als collega, maar ook als cliënt". Oscar.

"Iedereen kent Oscar, en iedereen is ook Oscar." Al die Oscars zijn samen een onderdeel van een betrokken en professioneel netwerk rondom burgers met een mentale kwetsbaarheid die ook op andere levensgebieden problemen ervaren. Samen met de burger wordt er in alle lagen van de organisatie gekeken naar wat wèl mogelijk is.



1. Opdracht en aanpak

Hieronder wordt de opdracht weergegeven. Het vormt de rode draad voor dit adviesrapport.

Deel 1:

Toets en onderbouw de leidende principes 1.0 die zijn opgesteld. Wat zegt de wetenschappelijke literatuur over de werkzame elementen in netwerksamenwerking en/of interprofessioneel samenwerken? Hoe haken de verschillende functies die we beschrijven, op elkaar in en hoe doe je zo'n transformatie en neem daarbij de kennis over schaalgrootte en governance hierin mee.

Deel 2: Het uitvoeren van een praktijkonderzoek, waarbij,

- *de regionale praktijken worden beschreven aan de hand van de leidende principes. Daar waar regionale verschillen zijn, worden deze ook beschreven. De IZA-werkgroep MGC/VG draagt uiterlijk 1 september 2023 bij de start van de opdracht, voorbeelden van (onderdelen van) VG/MG-centra aan ten behoeve van het onderzoek;*
- *op basis van beschikbare informatie – behorende bij deze voorbeelden – wordt een kwalitatief en (waar mogelijk) kwantitatief beeld van deze praktijken geschetst met (waar mogelijk) waarom het werkt of juist niet;*
- *keuzes die in die uitvoeringspraktijken zijn gemaakt worden beschreven op financiering, informatiedeling, dossiervorming, privacy, juridische haalbaarheid, organisatievorm en andere randvoorwaarden.*

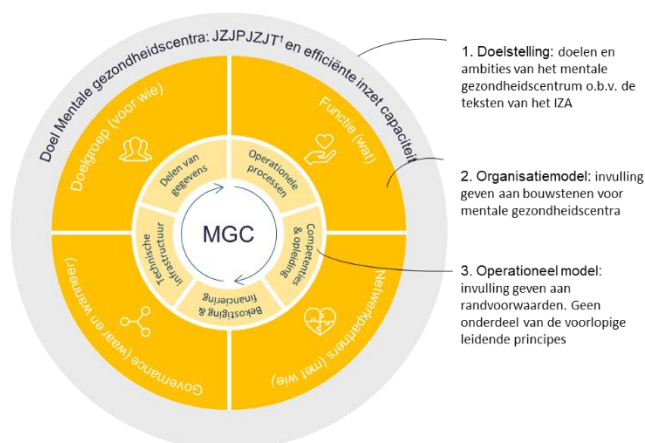
Aan de hand van deze twee zichtlijnen – die van de theorie en die van de praktijk – zullen we het rapport verder opbouwen. Het zijn twee te onderscheiden activiteiten die tegelijk ook samenkomen in de samenvatting, conclusies en adviezen.

2. De leidende principes bij Mentale Gezondheidscentra

Naast de organisatievorm, het verkennende gesprek en de andere functies en randvoorwaarden, valt het ons op dat het begrip 'leidende principes' op veel en verschillende manieren wordt ingevuld. In onze opdracht en ontvangen informatie worden leidende principes als volgt beschreven.¹

Conceptueel model (versie 1.0) 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.



In dit hoofdstuk zullen we nader ingaan op het begrip 'leidend principe'. Wat verstaan we onder leidende principes en hoe kunnen we die optimaal benutten? Het 'leidende principe' is één van de centrale begrippen in de opdracht van de IZA-werkgroep MGC/VG en daarmee ook de opdracht aan ons:

De IZA-werkgroep (MGC/VG) 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 Mentaal Gezondheidscentrum.

¹ Voorlopig leidende principes Mentale Gezondheidscentra en Verkennend Gesprek 1.0 (dia 5).



In de opdracht aan ons, deel 1 (theoretisch onderzoek) en deel 2 (praktijkonderzoek), komen de leidende principes als onderdeel van de vraag terug:

Deel 1 - Toets en onderbouw de leidende principes 1.0 die zijn opgesteld:

- *Wat zegt de wetenschappelijke literatuur over de werkzame elementen in netwerksamenwerking en/of interprofessioneel samenwerken?*

Deel 2 - Het uitvoeren van een praktijkonderzoek, waarbij

- *aan de hand van de leidende principes de regionale praktijken worden beschreven. Daar waar regionale verschillen zijn, worden deze ook beschreven.*

Omdat de 'leidende principes' deel uitmaken van de kern van de opdracht, brengen we hier als eerste een advies op uit.

2.1. Leidende principes: wat verstaan we daar onder?

Leidende principes zijn regels die richting geven aan het handelen van mensen. Dit schept vertrouwen, zodat men de goede dingen op een juiste manier doet. Deze met waarden geladen begrippen zijn behulpzaam bij de richting, inrichting en uitvoering van nieuwe organisatievormen. De deelnemers omarmen deze begrippen, maken ze eigen en passen ze toe. Dit wordt ook wel grondhouding genoemd. Je neemt in een bepaalde context bewust een houding, een manier van denken en handelen aan. Leidende principes zijn daarmee niet alleen regulerende waarden, maar ook de vensters waarmee je naar de werkelijkheid kijkt. Leidende principes worden ook wel gouden regels of vuistregels genoemd.

Steeds meer publieke organisaties en bedrijven ervaren de sturende en verbindende kracht van het werken met leidende principes. Kennisinstituten, zoals het Nederlands Jeugdinstituut (NJI) en Movisie, zijn dan ook een sterke voorstander van het inrichten, werken en doorontwikkelen van organisaties aan de hand van leidende principes.² Leidende principes komen we in diverse branches en typen organisaties tegen, ook in de zorg en het sociaal domein. Er zijn dan ook leidende principes in verschillende soorten en maten. Leidende principes kunnen zowel gaan over identiteit als over de manier van organiseren en uitvoeren.

Leidende principes zijn met waarden geladen formuleringen, die ook wel vuistregels of gouden regels worden genoemd. Leidende principes geven op verschillende niveaus antwoord op de 'hoe'-vraag. Ze zijn hierdoor behulpzaam bij de richting, de inrichting van de organisatie en bij de uitvoering in het werk.

² <https://www.movisie.nl/sites/movisie.nl/files/2020-12/Leidende-principes.pdf>



Vanwege de diversiteit van leidende principes is het belangrijk om helder te zijn over wat er met leidende principes wordt bedoeld. Er moeten binnen een bepaalde context niet te veel leidende principes zijn; een set van vijf tot hooguit acht wordt aanbevolen. Leidende principes maken ook onderdeel uit van de beleidstheorie. Een beleidstheorie is het geheel aan vooronderstellingen over hoe beleid, een organisatievorm of interventie zal uitwerken in de praktijk. Enkele voorbeelden: het leidende principe 'Eenvoudig is beter' komt voort uit het idee om geen onnodige en tijdrovende procedures te volgen of te introduceren. Het principe 'Doen wat werkt' komt voort uit een positieve psychologie, waarbij met een cliënt wordt gekeken naar de eigen kracht, al dan niet samen met naasten en wat daarin mogelijk is in plaats van te kijken naar wat er niet mogelijk is. Leidende principes sluiten – zoals ook uit de voorbeelden blijkt – aan bij universele menselijke behoeften en drijfveren.

Omdat de impact van leidende principes groot is, vraagt het formuleren ervan om een zorgvuldig proces. Het is daarbij van belang dat een team van verantwoordelijken en experts een ontwerp maakt dat vervolgens breder getoetst en – waar nodig – verder wordt aangescherpt. De betrokkenen, zoals professionals, cliënten en hun naasten kunnen hierin meedenken. Uiteindelijk gaat het erom dat de leidende principes helder en duidelijk zijn geformuleerd en als robuust worden ervaren. Ze staan niet (meer) ter discussie. Het is de bedoeling dat alle medewerkers van een organisatie of samenwerkingsverband deze principes kennen en onderschrijven en ernaar handelen. Dit geldt voor leidinggevendenden, professionals en de ondersteuning vanuit de bedrijfsvoering.

Wat in de praktijk bij veel leidende principes in de zorg en het sociaal domein terugkomt, zijn onderliggende begrippen als eigen regie en werkzaamheid, verbondenheid en de (h)erkenning van competenties. Naast de praktijk komen we deze begrippen in de wetenschappelijke en theoretische literatuur tegen bij Positieve Gezondheid³, Appreciative Inquiry (A.I.)⁴ en Oplossingsgericht Werken (O.G.W.)⁵.

Voorbeelden van leidende principes die uit de praktijk en literatuur naar voren komen zijn:

- 'Van klacht naar kracht'
- 'Van zorgen voor naar zorgen dat'
- 'Van aanbod naar vraaggericht werken'
- 'Van probleemgericht naar oplossingsgericht werken'

3 Huber, M., van Vliet, M. & Knottnerus A. (2013) Naar een nieuw begrip van gezondheid: Pijlers voor Positieve Gezondheid. In: Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen, nr. 3/2023 p. 133-134.

4 Cooperrider, D.L. & Whitney, D. (2005) *Appreciative Inquiry, A Positive Revolution in Change*, San Fransisco: Barret-Koehler.

5 Bannink, F. (2013) *Oplossingsgerichte vragen; handboek oplossingsgerichte gespreksvoering*. Amsterdam: Pearson.



Leidende principes hebben een positief karakter. Er wordt dus op een bepaalde manier gekeken (venster) naar mogelijkheden in plaats van naar de onmogelijkheden en belemmeringen.⁶ De grondhouding is positief; er wordt meegedacht en samengewerkt, alternatieven worden verkend en er wordt gericht – samen met de cliënt en naasten – aan oplossingen gewerkt in plaats van problematiseren, medicaliseren en terugvallen op regels en procedures. Iedere deelnemer is deskundig. Naast de professional zijn dat ook de cliënt en de naasten; men heeft een eigen inbreng bij het samenwerken aan oplossingen. Hierbij zien we ook elementen van de herstelgedachte die in de GGz gemeengoed is, sterk terug. In de organisatie zien we de leidende principes ook terugkomen in de missiestatement, zoals verwoord bij een ziekenhuis in de UK:

“Our hospital is based on three guiding principles; we are trusted professionals, focused on collaboration and continuous improvement and provide the best possible care to our patients to improve their quality of life.”

Er zijn leidende principes die – zoals hierboven beschreven – vanuit bepaalde waarden een algemeen appel doen. Er zijn ook leidende principes die meer tot de verbeelding spreken. Een voorbeeld van zo’n leidend principe vinden we terug bij de ‘Nieuwe GGZ’ bij de GEM VeranderAanpak die gericht is op het lokale Ecosysteem Mentale Gezondheid: *“We laten elkaar niet los en nemen de telefoon voor elkaar op”*.

Deze formulering roept meteen een krachtig beeld op: vasthouden en de telefoon opnemen! Dit leidende principe geldt bij GEM, zowel voor uitvoerders en managers als voor de bestuurders van het ecosysteem met en rondom de cliënt.⁷

Bij innovaties wordt vaak gekeken naar het leiderschap en welke visie en leidende principes die daarvan zijn afgeleid, worden gehanteerd. Het zijn de leiders die aan de hand van een beleidstheorie met leidende principes samen een visie uitdragen en die in de besluitvorming richting en kaders erbij aangeven. Het is dus essentieel dat landelijk en ook regionaal de leidende principes voor Mentale Gezondheidscentra door leidinggevendenden consequent worden uitgedragen.⁸

In dit rapport kijken we bij de opgave van de vorming van Mentale Gezondheidscentra naar de leidende principes die bij verschillende organisatievormen, functies en randvoorwaarden een rol spelen. Dit doen we aan de hand van theoretisch, wetenschappelijk onderzoek en praktijkgericht onderzoek. Het doel is de leidende principes te toetsen en – daar waar nodig – aan te scherpen, aan te vullen of te verrijken.

⁶ Becker, H.M. (2006) *De Ja-cultuur als instrument voor de humanisering van de zorg*, SWP.

⁷ Milo, M. (red.) (2023) *tussenrapportage: De GEM VeranderAanpak*, GEM Regio’s & GEM Kernteam, 6 september 2023.

⁸ Freeman, R.E e.a. (2006) *Inspiring Leaders, Leading Through Values and Ethical Principals*, London and New York, Routledge.



2.2. Leidende principes zoals beschreven door de IZA-werkgroep MGC/VG

Voordat we nader ingaan op de leidende principes zoals beschreven en tot een advies hierin komen, willen we de verbinding leggen tussen de hierboven beschreven betekenis die er aan leidende principes wordt gegeven en wat we zien in de ontvangen documenten over de leidende principes. We kijken dus vanuit het perspectief van wat de literatuur en de praktijk ons leert over hoe leidende principes worden omschreven en worden toegepast. Wat in het algemeen opvalt, is dat het begrip 'de leidende principes' op verschillende manieren wordt gebruikt. We nemen hiervoor de laatste versie van het werkdokument 1.0 d.d. 23 september 2023 van de Voorlopig Leidende Principes Mentale Gezondheidscentra en Verkennend Gesprek.⁹

Een eerste uitspraak over hoe leidende principes opgebouwd zijn, vinden we op dia 1: *"Met 'uitgangspunt' bedoelen wij dat dit het afgesproken fundament is voor het verder invullen van de leidende principes"* (dia 1). Vervolgens kent iedere dia (30) een koptekst met het begrip 'Voorlopig Leidende Principes'.

Als we dan verder kijken naar de uitgangspunten komen we op dia 7 het volgende voorbeeld tegen: in de 1.0-versie (dia 7) wordt het proces: *"In drie stappen naar de leidende principes"*, waaronder *"wat het Mentaal Gezondheidscentrum wel en niet doet, waar je aan kunt denken en wat handig of niet handig lijkt en praktische tips voor de regio"*, beschreven.

Als we daarna kijken naar de leidende principes bij de definitie van een Mentaal Gezondheidscentrum zien we (dia 9) naast een doelstelling en een doelgroepomschrijving, een opsomming van vooral procesmatige resultaten; *escalatie voorkomen, onnodige instroom in de GGz voorkomen, beschikbare capaciteit optimaal benutten en de wachttijden doen afnemen. En tot slot dat de doelgroep een betere mentale gezondheid ervaart.*

In versie 1.0 vinden we dus een omschrijving van het Mentaal Gezondheidscentrum; een beschrijving van de doelgroep, de beoogde doelen en resultaten en de impact daarvan op de mentale gezondheid van de cliënt. In deze vorm zijn dit echter geen leidende principes of zoals deze doorgaans bedoeld en ingezet worden.

Deze omschrijving van de organisatie en de uitwerking ervan in de functies en randvoorwaarden kunnen beter een definitie, uitgangspunten, kaders of (verplichte) afspraken en beoogd resultaat worden genoemd. De uitwerking in een beleidstekst is het gevolg van het consequent toepassen van een aantal leidende principes. De omschrijving en de uitwerking op zichzelf zijn geen leidende principes, zoals deze doorgaans bedoeld en gehanteerd worden.

⁹ *Versie 1.0, 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.*

2.3. De kracht van leidende principes optimaal benutten

Leidinggeven aan veranderingen gaat niet alleen over elkaars taal verstaan en verhelderen, maar ook samen taal ontwikkelen die helpend en voor iedereen herkenbaar is. Leidende principes zijn waarde geladen begrippen die behulpzaam zijn bij het richten en inrichten van een organisatie en het uitvoering geven aan nieuwe ontwikkelingen en initiatieven in organisaties. Met dit onderzoek en advies willen we dan ook niets afdoen aan de beschrijvingen van wat leidende principes worden genoemd en de organisatievorm, functies en randvoorwaarden die we in de tekst tegenkomen. Wij adviseren echter wel de kracht en impact van leidende principes beter te benutten door een duidelijke scheiding aan te brengen tussen de leidende principes als vuist- of gouden regels en andere vormen van beleidstekst. Hieronder worden enkele suggesties voor leidende principes gedaan die we in de versie 1.0, de literatuur en de praktijk zijn tegengekomen. Deze kunnen naar onze bescheiden mening behulpzaam zijn bij het vormgeven van de Mentale Gezondheidscentra. De vastgestelde leidende principes door de IZA-werkgroep MGC/VG bij de implementatie kunnen worden aangevuld zoals passend bij de lokale situatie.

We doen hieronder een suggestie voor vijf leidende principes (gouden regels) die behulpzaam zijn bij de richting, inrichting en uitvoering van de nieuwe organisatievorm. Deze hebben we opgehaald uit de literatuur en de praktijk en vervolgens getoetst in gesprekken met ervaringsdeskundigen en professionals. De hieronder beschreven leidende principes zijn op alle niveaus en in elke fase van ontwikkeling toepasbaar. Primair is een leidend principe een grondhouding en het daar elkaar telkens weer op uitdagen en aanspreken. Tevens doen we een aanbeveling waarbij elk leidend principe wordt geborgd. Deze vijf leidende principes kunnen worden aangescherpt of vervangen door de IZA-werkgroep MGC/VG. Beperk dit tot maximaal zeven à acht is ons advies. In de bijlage vindt u een overzicht van opties, mogelijkheden voor leidende principes die voor de beoogde Mentale Gezondheidscentra kunnen worden gehanteerd.

2.4. Leidende principes en een kritische kanttekening

Het gebruik van leidende principes – als onderdeel van de beleidstheorie – wordt vanuit de literatuur en de professionele praktijk onderschreven. Het is een helpende manier bij de richting, inrichting en uitvoering van een nieuwe organisatievorm. In de praktijk zijn we (met name op de werkvloer) ook een aantal kritische kanttekeningen tegengekomen.

***Ervaringsdeskundigen en professionals over leidende principes***

Het idee en de voorbeelden van leidende principes zijn met een groep cliënten, ervaringsdeskundigen van een Herstelacademie besproken. Sommigen hebben ervaring in de GGz, anderen in de verslavingszorg en weer anderen in het sociaal domein of een combinatie daarvan. Alle deelnemers hebben contacten gehad met huisartsen en verwijzingen naar de gespecialiseerde GGz.

De ervaringsdeskundigen onderschrijven het idee van leidende principes vanwege de eenvoud en kracht ervan. Zij hebben inhoudelijk bijgedragen aan de vijf leidende principes. Een belangrijk punt dat de ervaringsdeskundigen inbrachten, is dat als je ergens voor gaat staan je dat ook écht moet waarmaken! Als leidende principes, zoals 'de cliënt staat bij ons centraal' of 'de naasten worden bij de behandeling betrokken' steeds worden geschonden, dan roept dit teleurstelling, irritatie en soms woede op.

"Dan kunnen ze dat maar beter niet zeggen of opschrijven en eerlijk zeggen dat het (even) zo niet werkt!" Ervaringsdeskundige GGz.

Een vergelijkbare kritische kanttekening bij het hanteren van leidende principes is dat leidinggevendenden voortdurend riepen dat het om de cliënt draait: de cliënt staat hier centraal! De morele druk die voortkwam uit dit leidende principe en de wijze waarop er mee werd omgegaan in een tijd van krapte, personeelstekort en een hoog arbeidsverzuim, werd door medewerkers als verstikkend, stress verhogend en daarmee als niet-helpend ervaren. Leidende principes moet men niet alleen waarmaken, maar – waar nodig – dus ook nuanceren of open en eerlijk (tijdelijk) bijstellen als de realiteit daar om vraagt.



2.5. Samenvatting en advies

De leidende principes bij een Mentaal Gezondheidscentrum

Samenvatting

Leidende principes, die ook wel de gouden of de vuistregels worden genoemd, zijn waarde geladen formuleringen die zowel vanuit de theorie als de praktijk behulpzaam zijn gebleken bij (ingrijpende) veranderingsprocessen in de zorg en het sociaal domein. Ze zijn op een inspirerende, uitnodigende en verbindende manier behulpzaam bij de nieuwe manier van het praktische denken en handelen, het elkaar daarop aanspreken en dragen op die manier bij aan de nieuwe manier van organiseren en bij de uitvoering daarvan.

Wat werkt wel?

Zorg voor 5-8 korte, aansprekende en verbindende formuleringen.

Zorg voor draagvlak van de geformuleerde leidende principes onder medewerkers.

Leidende principes worden samen ontworpen en zijn daarna niet meer onderhandelbaar; ze staan vast.

Laat de leidende principes op allerlei manieren terugkomen en herhaald worden in het werk.

Het leiderschap vervult een voorbeeldrol bij het betekenis geven aan leidende principes en zijn daarop aanspreekbaar.

Wat werkt niet?

Top-downontwerpen en opdringen van een aantal leidende principes.

Te veel leidende principes die niet worden gebruikt of onthouden.

Manipuleren, druk zetten op medewerkers door leidende principes verkeerd te gebruiken.

Leidende principes onderschrijven en er niet naar handelen maakt cynisch.

Overige punten

Voorbeelden:

Van klacht naar kracht!

Van zorgen voor, naar zorgen dat!

Wij werken oplossingsgericht in plaats van probleemgericht!

We bieden altijd een herstelgericht perspectief!

Verkeerd gebruik:

Tijdens enorme werkdruk zeggen: "De cliënt staat hier altijd centraal"... en waar blijft de medewerker dan?

Kernadvies

Maak gebruik van de kracht van leidende principes. Formuleer als IZA-partners samen een aantal leidende principes en geef daarbij ruimte aan de regionale transitieplannen om daar de eigen leidende principes aan toe te voegen.



3. Uitkomst literatuuronderzoek

Dit hoofdstuk beschrijft de conclusies van de theoretische onderbouwing voor het bevestigen, aanvullen en/of aanscherpen van de leidende principes. Dit is gedaan op basis van een literatuurreview in PubMed, PsycINFO en Google Scholar. Doordat het een wetenschappelijke en methodische benadering heeft, zal de tekst qua stijl en opbouw iets afwijken van de rest van het rapport.

Hieronder volgt eerst een korte samenvatting van de gevonden wetenschappelijke literatuur:

Het collaborative care model (CoCM), genoemd in Reist et al.¹⁰ focust zich op een geïdentificeerde patiëntenpopulatie die lijdt aan geestelijke gezondheidsproblemen. Het model gaat uit van een 'team-based'-aanpak: de eerstelijnszorgverlener ('primary care provider') verwijst daarbij de patiënt naar het model, waarbij er nauwe coördinatie en communicatie is tussen aanbieders van medische en geestelijke gezondheidszorg. (Het team moet naast de eerstelijnszorgverlener bestaan uit een ('behavioral healthcare'-)manager, een 'consulting' psychiater en een manager middelengebruik.) De care manager voert het initiële gesprek met de patiënt, en bespreekt zijn/haar bevindingen met een psychiater in een casusbespreking en stelt een behandelplan op. Dit behandelplan gaat terug naar de eerstelijnszorgverlener, die het plan beoordeelt en uitvoert.

Het 'Integrated behavioral health care model (IBHC)' is gebaseerd op de samenwerking tussen geestelijke gezondheidszorgdiensten in de eerstelijnszorg (samenwerking tussen interdisciplinaire teams), waarbij personen met een psychische aandoening worden verbonden met een eerstelijnszorgverlener. De focus ligt op de behoeften van de patiënt door middel van een zorgplan op maat. Peer & Koren geven aan dat patiëntgerichte zorg gericht op kwetsbare bevolkingsgroepen, met aandacht voor stigmatisering en culturele verschillen, een succesvolle integratie van collaboratieve zorg bevorderen.¹¹

10 Reist C, Petiwala I, Latimer J, Raffaelli SB, Chiang M, Eisenberg D, Campbell S. Collaborative mental health care: A narrative review. *Medicine* 2022;101:52(e32554). <http://dx.doi.org/10.1097/MD.00000000000032554>.

11 Peer Y, Koren A. Facilitators and barriers for implementing the integrated behavioral health care model in the USA: an integrative review. *Int J Ment Health Nurs*. 2022 Dec; 31(6):1300-1314. doi: 10.1111/inm.13027.



Van Genk et al. beschrijven 12 aandachtsgebieden van 'community-based mental healthcare' gericht op patiënten met ernstige psychische aandoeningen.¹² De auteurs benadrukken hierbij de noodzaak tot continuïteit van de zorg; van de spoedeisende hulp tot de geestelijke gezondheidszorg in de gemeenschap. De gevonden literatuur in de review laat zien dat op dit moment de meeste aandacht wordt besteed aan: multidisciplinaire teams, samenwerking binnen en buiten de organisatie, samenwerking met het sociale netwerk, het ondersteunen van volledig burgerschap, en de aandacht voor meerdere aspecten van gezondheid.

Kates et al. geven aan dat waarden en doelstellingen binnen een centrum voor geestelijke gezondheidszorg zich moeten richten op: persoons- en familiegerichte zorg, gelijkheid, inclusieve en niet-stigmatiserende dienstverlening, bevordering van de gezondheid en het welzijn, het aanpakken van sociale en economische determinanten van de gezondheid, optimale toegang tot diensten, team- en 'measurement-based'-zorg, behandeling op maat, op bewijs gebaseerde behandeling en bevolkingsgerichte zorg.¹³

De artikelen beschrijven op globaal niveau welke aandachtsgebieden nodig zijn voor het functioneren van de modellen en de geboden zorg. Het biedt nuttige handvatten voor de invulling van de leidende principes voor de Mentale Gezondheidscentra.

3.1. Mentale Gezondheidscentra – organisatievorm

In tabel 1 staat de gevonden terminologie uitgewerkt, samen met een naar de Nederlands vertaalde betekenis/definitie. De meest gebruikte termen zijn 'collaborative'-, 'integrated'- en 'community-based'-mental healthcare.

12 Van Genk C, Roeg D, van Vugt M, van Weeghel J & Van Regenmortel T. Current insights of community mental healthcare for people with severe mental illness: A scoping review. *Front. Psychiatry* 2023;14:1156235. doi: 10.3389/fpsy.2023.1156235.

13 Kates N, Sunderji N, Ng V, et al. Collaborative Mental Health Care in Canada: Challenges, Opportunities and New Directions. *The Canadian Journal of Psychiatry*. 2023;68(5):372-398. doi:10.1177/07067437221102201.

Tabel 1: Engelse terminologie met de daarbijhorende betekenis/definitie in het Nederlands

Engelse terminologie	Betekenis/definitie
Collaborative mental healthcare	<ul style="list-style-type: none"> • Gedeelde doelen/doel, actieve patiënten participatie, wederzijdse erkenning en respect, rechtvaardige en effectieve besluitvorming, duidelijke en regelmatige communicatie, op metingen gebaseerde zorg. • Het proces waarbij huisartsen en aanbieders van geestelijke gezondheidszorg (op dezelfde locatie of samenwerkend op afstand) middelen, expertise, kennis en besluitvorming delen om effectieve persoonsgerichte zorg voor patiënten in de gemeenschap te garanderen (juiste aanbieder, handigste locatie, op de meest tijdige en goed gecoördineerde manier).
Integrated (mental health-) care	<ul style="list-style-type: none"> • Verwijst naar de focus van de behandeling op twee of meer aandoeningen. • Verwijst naar de situatie waarin professionals in de geestelijke gezondheidszorg en de eerstelijnszorg (huisarts en andere diensten van eerstelijnszorg-verleners) samenwerken (hoge mate van coördinatie en onderlinge afhankelijkheid).
(Integrated) community-based mental healthcare	<ul style="list-style-type: none"> • Naar een meer bio psychosociaal model met de nadruk op rehabilitatie en herstel, burgerschap, empowerment, autonomie en gedeelde besluitvorming als leidende principes.
'Collaborative care'-model (CoCM)	<ul style="list-style-type: none"> • Richt de middelen op een geïdentificeerde patiëntenpopulatie die lijdt aan geestelijke gezondheidsproblemen; algoritmische, 'stepped care' met systematische follow-up en monitoring; nauwe coördinatie en communicatie tussen aanbieders van medische en geestelijke gezondheidszorg.
Integrated behavioral healthcare (model)	<ul style="list-style-type: none"> • Gebaseerd op de integratie van geestelijke gezondheidszorgdiensten in de eerstelijnszorg (samenwerking tussen interdisciplinaire teams), waarbij personen met een psychische aandoening worden verbonden met een eerstelijnszorgverlener.



Integrated care manager	<ul style="list-style-type: none"> • Iemand die fungeert als spil, voert een initiële evaluatie uit om het huidige probleem vast te stellen en een voorlopige diagnose te stellen; in CoCM: doet de registratie van patiënten; wordt bijgestaan door een psychiater.
Patient-centered care Person-centered care	<ul style="list-style-type: none"> • Focus op de behoeften van de patiënt door middel van een zorgplan op maat.
Intensive outpatient care	<ul style="list-style-type: none"> • Ontwikkeling van '(flexible) assertive community treatment' ((F)ACT)-teams; gebruikt als een gespecialiseerde vorm van poliklinische intensieve behandeling; een programma dat wordt aangeboden aan volwassenen en jongvolwassenen met een ernstige psychische aandoening. Het heeft tot doel hen te helpen herstellen, te integreren in de gemeenschap en hun autonomie te vergroten.

Tabel 1 is gebaseerd op gebaseerd op de artikelen van Reist et al¹⁴, Peer & Koren¹⁵, Van Genk et al¹⁶, en Kates et al¹⁷

Inhoudelijke bevestiging, aanscherping en verrijking leidende principes

Wat zegt de wetenschappelijke literatuur over de werkzame elementen in netwerksamenwerking en/of interprofessioneel samenwerken?

Het hebben van een multi- of interdisciplinair team ('team-based'-aanpak), waarbij de patiënt centraal staat, wordt door alle artikelen genoemd als voorwaarde.

Wie onderdeel moet zijn van het team, verschilt per setting en is afhankelijk van de patiëntengroep op wie de zorg specifiek gericht is. Zo geven Reist et al.¹⁸ aan dat een team moet bestaan uit een eerstelijnszorgverlener, een ('behavioral healthcare'-) manager, een 'consulting' psychiater en een manager middelengebruik (wanneer er sprake is van verslaving).

In Van Genk et al.¹⁹ wordt gesproken over een samenwerking binnen en buiten de organisatie, waarin ook een belangrijke plek is ingeruimd voor de medische zorg, het sociaal domein, de overheid en specifiek voor nurse practitioners, ergotherapeut en 'peer-support'.

14 Reist C, Petiwala I, Latimer J, Raffaelli SB, Chiang M, Eisenberg D, Campbell S. Collaborative mental health care: A narrative review. *Medicine* 2022;101:52(e32554). <http://dx.doi.org/10.1097/MD.00000000000032554>.

15 Peer Y, Koren A. Facilitators and barriers for implementing the integrated behavioral health care model in the USA: An integrative review. *Int J Ment Health Nurs*. 2022 Dec;31(6):1300-1314. doi: 10.1111/inm.13027.

16 Van Genk C, Roeg D, van Vugt M, van Weeghel J & Van Regenmortel T. Current insights of community mental healthcare for people with severe mental illness: A scoping review. *Front. Psychiatry* 2023;14:1156235. doi: 10.3389/fpsy.2023.1156235.

17 Kates N, Sunderji N, Ng V, et al. Collaborative Mental Health Care in Canada: Challenges, Opportunities and New Directions. *The Canadian Journal of Psychiatry*. 2023;68(5):372-398. doi:10.1177/07067437221102201.

18 Reist C, Petiwala I, Latimer J, Raffaelli SB, Chiang M, Eisenberg D, Campbell S. Collaborative mental health care: A narrative review. *Medicine* 2022;101:52(e32554). <http://dx.doi.org/10.1097/MD.00000000000032554>.

19 Van Genk C, Roeg D, van Vugt M, van Weeghel J & Van Regenmortel T. Current insights of community mental healthcare for people with severe mental illness: A scoping review. *Front. Psychiatry* 2023;14:1156235. doi: 10.3389/fpsy.2023.1156235.

Daarnaast spreken zij over FACT-teams bij ernstige psychiatrische aandoeningen. Ook Kates et al.²⁰ beschrijven een breed scala aan partners: huisarts, psychiater, andere professionals in de geestelijke gezondheidszorg, interprofessionele zorgverleners die werkzaam zijn in de eerstelijnszorg, patiënten, familie, administratief en managementpersoneel en personeel van gemeenschapsinstanties.

Het hebben van een spil/coördinator ('case'- of 'care'-manager), die ook bij het eerste gesprek aanwezig is, wordt gezien als een meerwaarde.²¹ Andere werkzame elementen zijn: een nauwe coördinatie, duidelijke en regelmatige communicatie (waarbij face-to-face communicatie specifiek wordt aangegeven als facilitator²²), een goede relatie tussen zorgverleners onderling/netwerkpartners en tussen zorgverlener en patiënt, het werken op dezelfde locatie (co-location)²³ en getraind personeel, waarbij ook aandacht is voor cross-training tussen eerstelijns- en geestelijke gezondheidszorg. Er wordt niet ingegaan op details over hoe verantwoordelijkheid, begeleiding, diversiteit van het aanbod, de samenwerking in de ANW-uren en de functies – zoals genoemd in de huidige leidende principes – worden ingericht.

3.2. Verkennend gesprek en andere functies

Er zijn geen specifieke termen gevonden voor het verkennend gesprek. In het 'collaborative care-model (CoCM) wordt gesproken over een initieel gesprek en eenmalig wordt verwezen naar een artikel waarin een 'Care Planning Meeting' wordt genoemd. 'Case reviews' en 'case discussies' zijn termen gebruikt voor (domein-overstijgend) casusoverleg.

Inhoudelijke bevestiging, aanscherping en verrijking leidende principes

Meerdere artikelen bespreken een vorm van een verkennend gesprek. Hierin komen ook veelal de verschillende perspectieven terug, met vooral aandacht voor cliënt, naasten, GGz-expert, eerstelijnszorg en het sociaal domein. De ervaringsdeskundige (en diens rol) wordt minder uitvoerig besproken, al wordt in het review van Van Genk²⁴ wel gesproken over peer-support. Ter aanvulling; de integratie van peer-support wordt uitgebreid onderzocht in het artikel van Kent.²⁵ Peer-support verwijst daarbij naar een relatie tussen twee mensen met gedeelde ervaringen.

20 Kates N, Sunderji N, Ng V, et al. Collaborative Mental Health Care in Canada: Challenges, Opportunities and New Directions. *The Canadian Journal of Psychiatry*. 2023;68(5):372-398. doi:10.1177/07067437221102201.

21 Reist C, Petiwala I, Latimer J, Raffaelli SB, Chiang M, Eisenberg D, Campbell S. Collaborative mental health care: A narrative review. *Medicine* 2022;101:52(e32554). <http://dx.doi.org/10.1097/MD.00000000000032554>.

22 Van Genk C, Roeg D, van Vugt M, van Weeghel J & Van Regenmortel T. Current insights of community mental healthcare for people with severe mental illness: A scoping review. *Front. Psychiatry* 2023;14:1156235. doi:10.3389/fpsy.2023.1156235.

23 Peer Y, Koren A. Facilitators and barriers for implementing the integrated behavioral health care model in the USA: An integrative review. *Int J Ment Health Nurs*. 2022 Dec;31(6):1300-1314. doi: 10.1111/inm.13027.

24 Van Genk C, Roeg D, van Vugt M, van Weeghel J & Van Regenmortel T. Current insights of community mental healthcare for people with severe mental illness: A scoping review. *Front. Psychiatry* 2023;14:1156235. doi:10.3389/fpsy.2023.1156235.

25 Kent M. Developing a Strategy to Embed Peer Support into Mental Health Systems. *Adm Policy Ment Health*. 2019 May;46(3):271-276. doi: 10.1007/s10488-018-0912-8.



Mirbahaeddin en Chreim bespreken de factoren die de implementatie van peer-support beïnvloeden.²⁶ Hun conclusie is dat in de geestelijke gezondheidszorg peer-support wordt onderbenut, ondanks bewijs van de voordelen ervan.

In het CoCM-model wordt het initiële gesprek geleid door een 'behavioral healthcare'-manager.²⁷ Deze voert een evaluatie uit om het huidige probleem vast te stellen en een voorlopige diagnose te stellen. De 'care manager' bespreekt de patiënt met een psychiater en stelt vervolgens een behandelplan op. Dit behandelplan gaat terug naar de eerstelijnszorgverlener, die het plan beoordeelt en uitvoert. Uniformiteit en het volgen van gestandaardiseerde processen worden genoemd als bevorderende factoren.

Focus op de patiënt en het herstel ('patient- or person-oriented' en 'recovery-oriented care'), waarbij sprake is van 'shared decision making'^{28, 29}, empowerment en autonomie worden benoemd als bevorderende factoren voor implementatie van 'collaborative/ community-based mental healthcare'.

Flexibele planning en beschikbaarheid zijn daarbij belangrijk. Zo moeten late afspraken en walk-ins mogelijk zijn en moet er voldoende tijd per afspraak worden ingeruimd.³⁰

3.3. Transitie

Er zijn geen termen gevonden anders dan transitie dan wel transformatie. Binnen het genoemde collaborative care model (CoCM) blijft de huisarts de verwijzer.³¹

De transitie naar collaboratieve zorg³² vereist: sterk leiderschap en management, de vertaling van innovatieve ideeën in actie, betrokkenheid op alle niveaus van de organisatie en wederzijds respect voor expertise en werkervaring. Een tekort aan goed opgeleid personeel, onduidelijke rollen van het personeel (resultierend in verwarring tussen eerstelijns- en geestelijke gezondheidszorgpersoneel) en onduidelijkheid over verantwoordelijkheden zijn belemmerende factoren.³³

26 Mirbahaeddin E, Chreim S. A Narrative Review of Factors Influencing Peer Support Role Implementation in Mental Health Systems: Implications for Research, Policy and Practice. *Adm Policy Ment Health*. 2022 Jul;49(4):596-612. doi: 10.1007/s10488-021-01186-8.

27 Reist C, Petiwala I, Latimer J, Raffaelli SB, Chiang M, Eisenberg D, Campbell S. Collaborative mental health care: A narrative review. *Medicine* 2022;101:52(e32554). <http://dx.doi.org/10.1097/MD.00000000000032554>.

28 Van Genk C, Roeg D, van Vugt M, van Weeghel J & Van Regenmortel T. Current insights of community mental healthcare for people with severe mental illness: A scoping review. *Front. Psychiatry* 2023;14:1156235. doi: 10.3389/fpsy.2023.1156235.

29 Kates N, Sunderji N, Ng V, et al. Collaborative Mental Health Care in Canada: Challenges, Opportunities and New Directions. *The Canadian Journal of Psychiatry*. 2023;68(5):372-398. doi:10.1177/07067437221102201.

30 Peer Y, Koren A. Facilitators and barriers for implementing the integrated behavioral health care model in the USA: An integrative review. *Int J Ment Health Nurs*. 2022 Dec;31(6):1300-1314. doi: 10.1111/inm.13027.

31 Reist C, Petiwala I, Latimer J, Raffaelli SB, Chiang M, Eisenberg D, Campbell S. Collaborative mental health care: A narrative review. *Medicine* 2022;101:52(e32554). <http://dx.doi.org/10.1097/MD.00000000000032554>.

32 Kates N, Sunderji N, Ng V, et al. Collaborative Mental Health Care in Canada: Challenges, Opportunities and New Directions. *The Canadian Journal of Psychiatry*. 2023;68(5):372-398. doi:10.1177/07067437221102201.

33 Peer Y, Koren A. Facilitators and barriers for implementing the integrated behavioral health care model in the USA: An integrative review. *Int J Ment Health Nurs*. 2022 Dec;31(6):1300-1314. doi: 10.1111/inm.13027.



Omdat er in bovengenoemde artikelen weinig terugkomt over transitie en transformatie, is nog gekeken naar het artikel van Eljiz et al.³⁴ dat specifiek focust op grootschalige herontwikkeling van zorginstellingen. Zij identificeerden vijf sleutelconcepten, die de uitgangspunten vormen voor een succesvolle herontwikkeling:

1. er moet een sterk bestuurskader worden opgezet, waarbij diverse expertises en een wetenschappelijke basis worden geïntegreerd;
2. er moet worden gesproken met interne en externe belanghebbenden om effectieve relaties op te bouwen;
3. er moet overleg plaatsvinden met eindgebruikers, waaronder artsen en patiënten, om de acceptatie van de herontwikkeling te stimuleren en de dynamiek van belanghebbenden, inclusief politieke en machtsonderstromen, actief te beheren;
4. de juiste middelen moeten worden ingezet, waaronder tijd, arbeidskrachten, technologie en financiën, om het succes van de herontwikkeling te garanderen;
5. werkprocessen moeten opnieuw worden ingericht door te overleggen met personeel en patiënten.

3.4. Governance

In de gevonden wetenschappelijke literatuur wordt niet of nauwelijks gesproken over governance. Zoals hierboven besproken bij C Transitie, moet er een sterk bestuurskader ('governance framework') worden opgesteld.³⁵

Echter, hoe formele afspraken over het uitvoeren van beleid, de controle op de uitvoering, verdeling van de macht en de gedragsregels en principes moeten worden gemaakt, wordt niet genoemd. Ondanks de beperkte wetenschappelijke literatuur komen we hier vanuit de 'professionele' wettelijke en bestuurskundige bronnen in Hoofdstuk 7 op terug.

34 Eljiz K, Greenfield D, Vrkleviski L, Derrett A, Ryan D. Large scale healthcare facility redevelopment: A scoping review. *Int J Health Plann Manage.* 2022 Mar;37(2):691-714. doi: 10.1002/hpm.3378.

35 Eljiz K, Greenfield D, Vrkleviski L, Derrett A, Ryan D. Large scale healthcare facility redevelopment: A scoping review. *Int J Health Plann Manage.* 2022 Mar;37(2):691-714. doi: 10.1002/hpm.3378.



3.5. Randvoorwaarden

In de gevonden artikelen wordt relatief veel aandacht geschonken aan de randvoorwaarden 'competenties en opleiden', 'financiering', 'informatiedeling en dossiervorming'.

Getraind personeel, waarbij ook aandacht is voor cross-training tussen eerstelijns- en geestelijke gezondheidszorg, is zeer belangrijk bij een Mentaal Gezondheidscentrum. Personeel moet daarbij opgeleid worden in de gehanteerde modellen en de gebruikte systemen en protocollen. Als resultaat moet men voorbereid zijn op een stijging van de personele en opleidingskosten op korte termijn. Beperkte financiering en het gebrek aan middelen worden genoemd als belangrijke barrières voor het slagen van geïntegreerde mentale gezondheidszorg. Een voortdurende financiering van innovatieve projecten, kennisvertaling en het monitoren van de effecten zijn dan ook van cruciaal belang.

Het delen van informatie en het hebben van een gezamenlijk dossier worden als essentieel gezien. Daarbij is het nodig om investeringen te doen in instrumenten, zoals registratie- en volgsystemen, en het interoperabel maken van systemen voor elektronische medische dossiers. Technologische en digitale ondersteuning zijn nodig voor een goed werkend en betrouwbaar geïntegreerd en gezamenlijk elektronisch dossier.

Colocatie van personeel van de verschillende netwerkpartners wordt genoemd als belangrijke factor voor het verbeteren van het delen van expertise, en gedeelde behandelplannen en dossiers. Het niet fysiek kunnen binnenlopen en geen nabijheid worden door patiënten als belangrijke barrières ervaren. Het gebruik van digitale middelen zou deze barrière mogelijk kunnen verkleinen.^{36, 37, 38, 39}

³⁶ Peer Y, Koren A. Facilitators and barriers for implementing the integrated behavioral health care model in the USA: An integrative review. *Int J Ment Health Nurs.* 2022 Dec;31(6):1300-1314. doi: 10.1111/inm.13027.

³⁷ Kates N, Sunderji N, Ng V, et al. Collaborative Mental Health Care in Canada: Challenges, Opportunities and New Directions. *The Canadian Journal of Psychiatry.* 2023;68(5):372-398. doi:10.1177/07067437221102201.

³⁸ Reist C, Petiwala I, Latimer J, Raffaelli SB, Chiang M, Eisenberg D, Campbell S. Collaborative mental health care: A narrative review. *Medicine* 2022;101:52(e32554). <http://dx.doi.org/10.1097/MD.00000000000032554>.

³⁹ Van Genk C, Roeg D, van Vugt M, van Weeghel J & Van Regenmortel T. Current insights of community mental healthcare for people with severe mental illness: A scoping review. *Front. Psychiatry* 2023;14:1156235. doi: 10.3389/fpsy.2023.1156235.

Tabel 2. Overzicht van de samenvattende bevorderende en belemmerende factoren

Thema	Samenvattende bevorderende factoren:	Samenvattende belemmerende factoren:
Team-/ casuoverleg	<ul style="list-style-type: none"> • 'Team-based approach', multi-/interdisciplinaire teams (inclusief peers/familie) • Het hebben van een spil/coördinator 	
Samenwerking/netwerk	<ul style="list-style-type: none"> • Samenwerking tussen geestelijke gezondheidszorg, medische zorg en het sociaal domein (sociaal netwerk)/of geestelijke gezondheidszorg en overheid • Integratie van geestelijke gezondheidszorgdiensten in de eerstelijnszorg (samenwerking tussen interdisciplinaire teams) • Werken aan groepscohesie en persoonlijke groei door middel van onderwijs • Het werken in een gezamenlijk dossier 	<ul style="list-style-type: none"> • Tekort aan goed opgeleid personeel • Onduidelijke rollen van het personeel (resultierend in verwarring tussen eerstelijns- en geestelijke gezondheidszorg-personeel) • Onduidelijkheid over verantwoordelijkheden
Consultatie/ Overleg	<ul style="list-style-type: none"> • Nauwe coördinatie en communicatie • Face-to-face communicatie • Regelmatig overleg 	<ul style="list-style-type: none"> • Culturele verschillen tussen de verschillende sectoren (netwerkpartners)
Patiëntgerichte aanpak	<ul style="list-style-type: none"> • Zorgplan op maat • 'Shared decision making' • Focus op herstel • Focus op iemands kracht (wat zijn de mogelijkheden) 	
Financiering/middelen		<ul style="list-style-type: none"> • Beperkte financieringsbronnen en onvoldoende middelen
Destigmatisering	<ul style="list-style-type: none"> • Aandacht voor stigmatisering 	
Registratie	<ul style="list-style-type: none"> • Systematische follow-up en monitoring (gebruikmaken van 'measurement based care') 	

Thema	Samenvattende bevorderende factoren:	Samenvattende belemmerende factoren:
Digitale ondersteuning	<ul style="list-style-type: none"> • Investerings in hulpmiddelen en gebruik van digitale technieken (registratie- en volgsystemen, interoperabiliteit met oudere systemen voor elektronische medische dossiers) 	<ul style="list-style-type: none"> • Onvoldoende technologische ondersteuning, onvoldoende geïntegreerd elektronisch patiëntendossier
Bereikbaarheid	<ul style="list-style-type: none"> • Fysieke bereikbaarheid • Flexibele planning en beschikbaarheid van artsen in de geestelijke gezondheidszorg: late afspraken en walk-ins, voldoende tijd per afspraak 	<ul style="list-style-type: none"> • Gebrek aan aangewezen en gastvrije ruimtes • Het ontbreken van een gezamenlijke/gedeelde locatie (co-location)

De samenvatting van de bevorderende en belemmerende factoren is gebaseerd op de artikelen van Reist et al.⁴⁰, Peer & Koren⁴¹, Van Genk et al.⁴², en Kates et al.⁴³.

Voor meer details wordt verwezen naar de data-extractietabel (inhoud opgesteld in het Engels).

3.6. Samenvatting en advies

Theorie & Wetenschap: Mentaal Gezondheidscentrum (MGC)		
<p>Samenvatting</p> <p>In de wetenschappelijke literatuur worden de belangrijkste kaders zoals omschreven in versie 1.0 bevestigd. Het is essentieel dat de cliënt vanuit de herstelbenadering de regie heeft en er vanuit meerdere domeinen samen naar oplossingen wordt gezocht. Er wordt in de literatuur relatief veel aandacht geschonken aan een aantal essentiële, succesbepalende randvoorwaarden. In de literatuur komen het 'samen opleiden', 'stigmatisering' en een vaste 'care professional' als extra aandachtspunten duidelijk naar voren.</p>		
Wat werkt wel?	Wat werkt niet?	Overige punten
De focus is gericht op het herstel, niet op het ziektebeeld of het probleem, en op wat dus wél kan en bijdraagt aan herstel.	<p>Onduidelijkheid in de rollen, taken en bevoegdheden van professionals.</p> <p>Onvoldoende aandacht voor de culturele verschillen (sociale versus medische)</p>	Er worden veel aanbevelingen gedaan op essentiële randvoorwaarden in de literatuur:

⁴⁰ Reist C, Petiwala I, Latimer J, Raffaelli SB, Chiang M, Eisenberg D, Campbell S. Collaborative mental health care: A narrative review. *Medicine* 2022;101:52(e32554). <http://dx.doi.org/10.1097/MD.00000000000032554>.

⁴¹ Peer Y, Koren A. Facilitators and barriers for implementing the integrated behavioral health care model in the USA: An integrative review. *Int J Ment Health Nurs*. 2022 Dec;31(6):1300-1314. doi: 10.1111/inm.13027.

⁴² Van Genk C, Roeg D, van Vugt M, van Weeghel J & Van Regenmortel T. Current insights of community mental healthcare for people with severe mental illness: A scoping review. *Front. Psychiatry* 2023;14:1156235. doi: 10.3389/fpsy.2023.1156235.

⁴³ Kates N, Sunderji N, Ng V, et al. Collaborative Mental Health Care in Canada: Challenges, Opportunities and New Directions. *The Canadian Journal of Psychiatry*. 2023;68(5):372-398. doi:10.1177/07067437221102201.

<p>De cliënt is leidend en onderdeel van de besluitvorming (shared decision making) voor tijdige en passende hulp.</p> <p>De inzet van ervaringsdeskundigen en naasten wordt onderschreven. Een vaste professional (care manager) per cliënt is aan te bevelen.</p> <p>De samenwerking tussen eerste, tweede lijn en sociaal domein in een multidisciplinair team wordt positief bevestigd.</p>	<p>oriëntatie e.d.) tussen professionals en netwerkorganisaties.</p> <p>Onvoldoende of beperkte technologische ICT-middelen.</p> <p>Geen toegankelijke en laagdrempelige, gastvrije, fysieke voorziening.</p> <p>Geen gezamenlijke locatie voor de netwerkpartners om te ontmoeten en overleggen.</p> <p>Onvoldoende aandacht voor stigmatisering van de doelgroep</p>	<p>Gezamenlijk, delen van informatie en kunnen inzien van cliëntendossiers.</p> <p>Het is belangrijk om professionals samen op te leiden in de nieuwe manier van werken.</p> <p>De financiering moet helder zijn en perspectief voor de toekomst bieden.</p> <p>Beperkte informatie: Er is beperkt onderzoek gedaan en informatie bekend op het gebied van transitie en governance.</p>
<p style="text-align: center;">Kernadvies</p> <p>De inhoudelijke beschrijving, functies en onderdelen van het Mentaal Gezondheidscentrum worden in de literatuur bevestigd. Schenk daarbij voldoende aandacht aan een aantal essentiële randvoorwaarden die het welslagen mede zullen bepalen. Wat daarbij extra aandacht behoeft, is het gezamenlijk opleiden en aandacht voor stigmatisering van de doelgroep.</p>		

Het vervolg

Na deze samenvatting en adviezen voor wat wel en niet behulpzaam is, zullen we de verbinding gaan leggen met de praktijk. De bevindingen komen voort uit een aantal werkbezoeken en interviews. Meer informatie en uitwerkingen hiervan zijn te vinden in bijlage 2 en 3. Ook bij het praktijkgerichte gedeelte zullen we gebruikmaken van literatuur. Deze literatuur kent een wetenschappelijke basis, maar is soms ook van professioneel niveau en geschreven op basis van de praktijkervaringen en evaluaties daarvan. Hiermee komen in de vervolghoofdstukken theorie, professionele inzichten, de praktijk en de reflectie daarop, bij elkaar.



4. Mentale Gezondheidscentra – organisatievorm en te maken afspraken

In dit hoofdstuk zullen we nader ingaan op de organisatievorm en de bedoeling daarvan. Het Mentaal Gezondheidscentrum faciliteert vanuit de netwerksamenwerking een aantal functies, waaronder het verkennende gesprek.

Het Mentaal Gezondheidscentrum staat ten dienste van een aantal functies en faciliteiten, die als doel hebben de kwaliteit van het leven van de burger met mentale problemen en problemen op andere levensgebieden te ondersteunen richting herstel.

Over het leidende principe van het Mentaal gezondheidscentrum wordt in versie 1.0 het volgende gezegd:

“Het Mentaal 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 Mentaal Gezondheidscentrum; versie 1.0, dia 9.”

Huidige organisatievormen die het nieuwe organisatie-model of onderdelen daarvan benaderen

De organisatievorm – zoals beschreven in de voorlopige leidende principes – kan worden gedefinieerd als een integratieniveau ergens tussen een netwerk en een federatie. Zoals ook al in de voorlopig leidende principes terug te lezen is, hoeft een Mentaal Gezondheidscentrum zeker geen fysieke plek of gebouw te zijn en heeft het eigenlijk meer weg van een Mentaal Gezondheidsnetwerk.

Volgens de voorlopige leidende principes valt of staat een Mentaal Gezondheidscentrum met de eigenschappen dat de verschillende deelnemende organisaties en domeinen in staat zijn om zowel domein als instelling overstijgend te denken, te handelen en (relatief) autonoom te zijn in hun beslissingen. Bovendien dienen er afspraken te worden gemaakt over:

1. samenwerking met preventie-infrastructuur;
2. borgen van diversiteit van het aanbod;
3. consultatie en intercollegiaal overleg;
4. afspraken rondom samenwerking in de ANW-uren;
5. borgen van begeleiding van mensen met (ernstige) psychiatrische aandoeningen, die wel of niet in behandeling zijn.



Verplicht te maken afspraken in de praktijk

Er zijn verschillende initiatieven die het nieuwe organisatiemodel – of delen daarvan – benaderen. In de praktijk blijkt dat de verplicht te maken afspraken uit de voorlopig leidende principes 1.0, voornamelijk tot stand komen via intentieverklaringen of worden ondersteund door deelname vanuit de verschillende domeinen. Ze zijn dus niet zo strak geformaliseerd. Hieronder behandelen we stapsgewijs de verplichte afspraken, met voorbeelden uit de praktijk. In bijlage 2 en 3 staat meer informatie over de verschillende initiatieven en de inrichting van de organisatie. In dit hoofdstuk beschrijven we onze bevindingen en algehele conclusies over de organisatievorm. Houd er bij het lezen rekening mee dat veel initiatieven nog niet lang bezig zijn en sterk van elkaar verschillen in hun opzet. Het is dus soms lastig om de initiatieven één op één met elkaar te vergelijken.

Samenwerking met de preventie-infrastructuur en borgen van diversiteit in aanbod

De preventie-infrastructuur en de diversiteit in aanbod worden in de praktijk vaak gewaarborgd door de aanwezigheid van een sociale kaart. Dit betekent niet per se dat er een onlineplatform moet zijn om het aanbod te raadplegen. Het kan ook worden uitgevoerd door één of twee personen, die zich bezighouden met het voortdurend veranderende aanbod binnen het sociaal domein. In dit geval kan bijvoorbeeld de POH een rol spelen.

Consultatie en intercollegiaal overleg

In de praktijk worden consultatie en intercollegiaal overleg op drie manieren toegepast. Hierbij is ook een combinatie mogelijk:

1. domeinoverstijgend casuoverleg, waarbij de behandelend huisarts, een afgevaardigde uit het sociaal domein, de GGz en vaak een ervaringsdeskundige periodiek samenkomen om cliënten te bespreken. De huisarts sluit alleen aan bij de eigen cliënten;
2. eenvoudige afspraken om 'de telefoon voor elkaar op te nemen', waardoor tussentijdse, specialistische, consultatie altijd mogelijk is. Ook wel intercollegiaal casuoverleg genoemd;
3. een digitale variant waar hulpvragers informatie kunnen opvragen bij andere hulpverleners op een platform. Deze laatste variant bevindt zich nog in de ontwikkelingsfase. Het is nog moeilijk te beoordelen hoe succesvol deze methode is.

Afspraken over samenwerking in ANW-uren

De besproken initiatieven hebben meestal geen specifieke afspraken met betrekking tot ANW-uren. Deze gaan via de normale crisisdiensten van de GGz en vereisen – volgens onze respondenten – geen aanpassingen voor deze nieuwe manier van werken. Overigens kunnen alle uren en (extra) inzet voor het Mentaal Gezondheidscentrum via contractering met zorgverzekeraars worden geregeld. Datzelfde geldt uiteraard ook voor het sociaal domein, in de contractering met de gemeente(n).



Gezamenlijke verantwoordelijkheid

Het borgen van cliënten met ernstige psychiatrische aandoeningen is geïntegreerd in de nieuwe denkwijze. De initiatieven zijn voornamelijk ontstaan vanuit de intentie om niet langer uitsluitend vanuit de eigen organisatie te denken. Eerder zijn ze ontstaan vanuit het belang van de cliënt en andere leidende principes, die organisaties dwingen om zorgvragen op een andere manier te benaderen dan ze gewend zijn, en te handelen door middel van een gezamenlijke verantwoordelijkheid

Deze manier van denken is alleen mogelijk door een gezamenlijke verantwoordelijkheid voor de cliënt te voelen. Dit wordt vaak bewaakt door een neutrale manager of projectleider, die de verschillende organisaties aan deze principes herinnert. De enige afspraken die in deze context van belang zijn, zijn afspraken zoals 'nee is geen antwoord' of 'samen wordt er gezocht naar oplossingen, totdat deze zijn gevonden'. Formele afspraken zijn volgens de initiatieven vaak niet nuttig en bovendien niet passend binnen een netwerkorganisatie.

Door van tevoren akkoord te gaan met een aantal leidende principes, is het commitment aan de integratie tussen de domeinen bewust aanwezig, zonder dat dit formeel afdwingbaar is. Afdwingbare afspraken stuiten op de bestaande structuren van de deelnemende organisaties, wat de uitvoering complex maakt. Dit komt ook tot uiting in afspraken met betrekking tot de verantwoordelijkheid voor een cliënt.

"We hebben van tevoren afgesproken dat we gezamenlijk verantwoordelijk zijn. We moeten niet denken vanuit 'de sector GGz'. We moeten echt een netwerkorganisatie opzetten waarbij iedereen verantwoordelijk is voor de cliënt. De huisarts blijft altijd betrokken. We moeten niet meer vanuit onze eigen organisaties of hokjes denken, maar vanuit onze expertise", aldus een projectleider van één van de initiatieven.

"Het is belangrijk om dit los te zien van organisaties; het maakt niet uit of het bij het sociaal domein of de GGz terechtkomt. Het belangrijkste is dat de cliënt geholpen wordt", aldus een programmamanager GGz.

Dit geldt niet voor formele afspraken tussen de deelnemende instellingen van het Mentaal Gezondheidscentrum en de opdrachtgevers van het Mentaal Gezondheidscentrum. Een formele samenwerkingsovereenkomst kan hier wel toegevoegde waarde leveren.

De samenwerkingsovereenkomst

Bij een samenwerkingsovereenkomst is er sprake van een opdrachtgever en opdrachtnemer. De gemeente(n) en zorgverzekeraar zijn hier opdrachtgever van de verandering, de transitie en transformatie om te komen tot een Mentaal Gezondheidscentrum (zie hoofdstuk transitie).

De zorginstellingen en welzijnsorganisaties zijn opdrachtnemer, de uitvoerders die op basis van het goedgekeurde transitieplan en te leveren diensten een overeenkomst sluiten.

De opdrachtgevers borgen de toekomst door perspectief te bieden via de contractering over een langere periode. Men moet rekening houden met het feit dat de transitie na goedkeuring van het plan en het beschikbaar stellen van de middelen een periode van 2-3 jaar nodig heeft voordat het over kan gaan tot de nieuwe 'staande' netwerkorganisatie. De duur is mede afhankelijk van de omvang, beschikbare mensen en middelen en regionale factoren.

Een samenwerkingsovereenkomst is dus een contract in opdracht van de gemeenten en verzekeraars tussen de deelnemende partners. Hiermee zijn het opdrachtgeverschap en de opdrachtnemersrol geregeld. Het voordeel hiervan is ook dat de governance van de eigen organisatie hierin wordt meegenomen, zonder dat die hoeft te veranderen. Tegelijk neemt iedere deelnemer in de overeenkomst de verantwoordelijkheid. Beleid, informatie, uitvoering en monitoring en inroepbaar zijn, worden hierbij als belangrijke verantwoordelijkheden genoemd (versie 1.0, dia 20).

In de 1.0-versie wordt terecht gesproken over 'samen de verantwoordelijkheid nemen' (dia 23). Dit kan dus goed via een overeenkomst, die door bestuurders namens de organisaties wordt ondertekend, worden vastgelegd. Hierbij zijn voor het dagelijkse handelen de leidende principes behulpzaam, omdat een overeenkomst medewerkers in de uitvoering weinig zal zeggen. Het is daarbij verstandig om in een netwerkorganisatie uit te gaan van gelijkwaardige partijen, ook als die omvang of aard verschillend zijn. Breng dus geen hiërarchie aan omdat je hiermee door ongelijkheid onnodig spanning organiseert in de onderlinge bestuurlijke verhoudingen en relaties.

Tevens is het van belang een (beperkt) kader te scheppen binnen de overeenkomst voor als een van de partijen zich terug wil of moet trekken. Te denken valt aan een samenwerkingspartner die het benodigde personeel niet meer kan leveren of als de continuïteit van die organisatie in gevaar is. Dit zijn uiteraard uitzonderlijke situaties maar ze vragen wel om een kader als onderdeel van de overeenkomst.

Het mensbeeld binnen een Mentaal Gezondheidscentrum

De organisaties en medewerkers binnen het sociaal domein worden op een andere manier gefinancierd dan de GGz of huisartsen. Bij de GGz en huisartsen wordt er vergoed op basis van verrichtingen. Voor de GGz zijn de Jeugdwet, Wmo, ZvW en Wlz van toepassing. Vanuit deze financiering en functies van de organisatie worden bepaalde mensbeelden versterkt. Die mensbeelden kunnen op dezelfde persoon een verschillende uitwerking hebben.



“Bij de GGz was ik patiënt en bij het UWV een klant en kreeg ik een uitkering waarbij ik mij steeds moest verantwoorden. Men vond bij het UWV dat ik werk moest gaan zoeken en ik moest dit aantonen door te solliciteren en die brieven te laten zien, terwijl ik last had van wisselende stemmingen. Ze zagen mij vooral als het goed met me ging. Als ik niet solliciteerde, liep ik het risico gekort te worden.” Ervaringsdeskundige GGz/sociaal domein.

Deze uitspraak komt overeen met het RvS-rapport over ‘Mensbeelden’ (RvS, 2021).⁴⁴ In dit rapport wordt zichtbaar wat overheidsbeleid en ‘verstarde’ mensbeelden vanuit organisaties met burgers doet. In gesprekken met het sociaal domein wordt het hebben van werk als een belangrijke succesfactor ervaren.

*“Een deel van de UWV-cliënten is ook bekend bij de gz. We hebben een aantal veelbelovende resultaten gezien, waarbij voor er zelfs voor de FACT- en EPA-doelgroep het hebben van een baan een groot verschil maakt, zoals de resultaten bij het project Hoofdzak Werkt. Het hebben van werk raakt het zingevingsdomein en draagt significant bij aan herstel.”*⁴⁵ Interview E. Dannenberg, voorzitter Divosa/Lid RvS.

Het is dus belangrijk dat de mens door het Mentaal Gezondheidscentrum niet vanuit problemen, instituties of een aanbod wordt gezien. Voor de nieuwe manier van denken is een transitie nodig, maar vooral ook een transformatie, een nieuwe andere manier van denken en handelen. Transitie en transformatie komt in hoofdstuk 6 uitgebreid aan bod.

⁴⁴ <https://www.raadrvs.nl/documenten/publicaties/2021/12/13/mensbeelden>

⁴⁵ <https://sterkdoorwerk.nl/themas/project-hoofdzak-werk/>

4.1 Samenvatting en advies

Mentale Gezondheidscentra: de organisatievorm en te maken afspraken

Samenvatting

Het beschreven Mentaal Gezondheidscentrum kan goed als een netwerkorganisatie de genoemde afspraken en functies, processen en ondersteunende zaken faciliteren. Alhoewel de betrokken partijen samen de verantwoordelijkheid nemen, zullen er een aantal zaken centraal bij de kerninstelling moeten worden geregeld, zoals het veilig beheer en op de juiste manier toegankelijk maken van informatie.

Wat werkt wel?

De leidende principes zoals eerder benoemd.

Een deel van de functies zal centraal moeten worden ondergebracht zoals informatievoorziening, veilig beheer dossiers, informatie en communicatie.

Een stevige 'neutrale' projectleider met voldoende mandaat, die innovatief en ontwikkelingsgericht is, wordt dan ook aanbevolen

Wat werkt niet?

Handhaven van formele regels over de verantwoordelijkheden per instelling. Dit staat samenwerken in de weg.

Onvoldoende mandaat bij het verkennend gesprek of bij het domein overstijgend casuoverleg om toezeggingen te doen of afspraken te maken.

Ontbreken van financiering of een verkokerde financiering die perverse prikkels geeft.

Ontbreken van leiderschap, bij bestuur en management (geen steun verlenen en ruimte bieden aan innovatie).

Overige punten

Het MGC is een netwerkorganisatie, maak er geen instituut van in een GGz-gebouw met een naambordje op de voordeur.

Veilige communicatie:

Als goed en veilig communicatiemiddel tussen de eerste en tweede lijn wordt Zorgdomein in de praktijk genoemd.

Naamgeving:

De naamgeving kan worden veranderd van Mentaal Gezondheidscentrum (MGC) naar Mentaal Gezondheidsnetwerk (MGN).

Kernadvies

Het Mentaal Gezondheidscentrum is een ondersteunende netwerkorganisatie. Zorg voor een stevige kern met een netwerk eromheen. Leidende principes zijn de verbindende schakel. Zorgverzekeraars en gemeenten zullen in de contractering zorg moeten dragen voor continuering. De organisatie moet zich blijven ontwikkelen, het samen de verantwoording nemen en blijven leren moeten centraal blijven staan.



5. Verkennende gesprek en de andere functies

In dit hoofdstuk zullen we nader ingaan op het verkennende gesprek en de andere functies die in het beoogde Mentaal Gezondheidscentrum terugkomen. Het leidende principe en de afgeleide beschrijvingen daarvan, die we in dit hoofdstuk zullen toetsen, zijn:

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, op verzoek van de huisarts, worden verkend door professionals uit de GGz en het sociaal domein. De burger houdt de regie over de eigen gezondheid. Dit gesprek wordt gevoerd vanuit inzichten over herstelbevordering en positieve gezondheid (versie 1.0, dia 12).

Bij de beschrijving van het resultaat op dia 1.0 wordt het begrip 'gelijkwaardigheid' genoemd, waar we hieronder ook nader op in zullen gaan.

Het resultaat is dat 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.

In het document (versie 1.0) waarin de leidende principes worden beschreven, worden niet alleen organisatorische en procesmatige zaken genoemd, maar vinden we ook uitspraken over de burger, de cliënt of de hulpvrager. Dit zijn allemaal verschillende begrippen die naar hetzelfde verwijzen, de mens. Voordat we dieper ingaan op het verkennende gesprek is het van belang om stil te staan bij de mensvisie. Die is bepalend voor hoe men zich tot elkaar verhoudt, beslissingen neemt en processen en organisaties inricht.

5.1. Visie op de mens en de behandeling

Wie is de mens, is uiteraard een trage vraag. Een vraag die in de wereld van filosofie, theologie en in een hele range van sociale en biomedische wetenschappen wordt verkend. Het medicaliseren of het daar fel op tegen zijn – waarvan sprake was bij de antipsychiatriebeweging die in de 60'er jaren ontstond – heeft alles te maken met de visie op de mens. Deze beweging werd gevoed door filosofen als Foucault, Laing en Szasz en in Nederland door Jan Foudraine.⁴⁶ Hierbij werd een drietal stellingen betrokken. De eerste is dat diagnostiek nogal willekeurig en weinig wetenschappelijk onderbouwd was.

⁴⁶ <https://foudraine.com>



De tweede was dat veel psychiatrische-medische behandelingen eerder schade dan herstel toebrachten. En mensen die 'anders' waren, werden onderworpen aan onnodige controle en beheer mechanismen en vaak buiten de maatschappij geplaatst. In die periode zien we ook een verschuiving van begrippen van wie de mens bij een zorginstelling is: van de patiënt naar de cliënt, van de bewoner of groepsgenoten naar de medemens en burger. Tegenwoordig worden deze begrippen in dezelfde setting ook wel door elkaar gebruikt.

"Ik vond het eigenlijk wel prettig dat mijn verslaving als een ziekte werd gezien en ik patiënt was. Anders kreeg ik immers ook geen methadon of pammetjes (lachje), maar dat hielp mij natuurlijk maar tijdelijk, dus niet echt. Ik moest weer mens worden, niet afhankelijk van middelen", aldus een ervaringsdeskundige.

Vanuit deze tegenbeweging zijn er diverse organisaties ontstaan, zoals de stichting Pandora (1964-2009). Het opkomen voor mensen met een psychiatrische aandoening en verzet tegen elke vorm van dwang of dominantie van de behandelaren, vormden de kern van het programma van deze stichting.

Vanwege het beëindigen van de subsidies werd Pandora opgeven⁴⁷, dit met droefenis van vrijwilligers en professionals van herstelgerichte en belangenorganisaties. Ondertussen heeft de diagnostiek een steeds stevigere wetenschappelijke basis gekregen; zijn allerlei therapieën, medische behandelingen en methodieken wetenschappelijk onderzocht en opgenomen in zorgstandaarden. Ook is de antipsychiatriebeweging opgegaan in de positief-kritische herstelbeweging met veel ervaringsdeskundigheid, die nauw samenwerkt met en ingezet wordt binnen de GGz.

Grote groepen patiënten en professionals zijn dan ook tevreden over de resultaten van de behandeling, alhoewel er ook nog veel te verbeteren valt. De huisarts en de psycholoog, psychiater of psychotherapeut krijgen een 7,8. Dit blijkt uit het onderzoek Belevingen 2018 van het CBS.⁴⁸ Een psychiatrische-medische behandeling wordt daarom al snel als een vanzelfsprekendheid door verwijzers (huisartsen) gezien.

Het Mentaal Gezondheidscentrum heeft als doel die vanzelfsprekendheid te veranderen in een optie. De zorg of ondersteuning kan dan door de huisarts/POH-GGz, het sociaal domein of de GGz worden gerealiseerd. Dit is een verandering in het denken en handelen die ook wel transformatie wordt genoemd. Hierop komen we in het hoofdstuk over de transformatie nog terug. Het Mentaal Gezondheidscentrum is echter geen losstaand idee.

⁴⁷ <https://www.ypsilon.org/actueel-ypsilon/nieuws/opheffing-pandora-einde-van-een-tijdperk/>

⁴⁸ <https://www.cbs.nl/nl-nl/onze-diensten/methoden/onderzoeksomschrijvingen/korte-onderzoeksomschrijvingen/belevingen>

We vinden dit ook terug in de herstelgedachte, 'eigen kracht'-conferenties, positieve gezondheid en het oplossingsgericht werken als concepten die ook wel onder positieve of humanistische psychologie worden geschaard (Seligman, 2006).⁴⁹

De discussie over de medicalisering heeft ondertussen een andere connotatie gekregen. Dominant hierin zijn begrippen als de toenemende instroom in de GGz, groeiende wachtlijsten en de kosten, die als belangrijkste problemen genoemd. Deze begrippen komen ook in het IZA terug. Tegelijk vinden we ook begrippen als gelijkwaardigheid en de burger (in plaats van patiënt of cliënt) terug in versie 1.0. Ze verwijzen naar elementen van het mensbeeld uit de antipsychiatriebeweging waarin autonomie en de vrije keuze centraal stonden.

We hebben hierboven een korte historische schets gegeven van enkele zichtlijnen, waarbij visies op de mens, het beleid, de inrichting van organisaties en het handelen van professionals worden beïnvloed. Daarbij komen we uit op het punt dat de burger, de mens, meerdere opties heeft om zijn lijden te verlichten of op te heffen. Die opties bevinden zich bij hemzelf, de naasten of de omgeving en in een wijde range aan hulpverleningsvormen en instanties.

De aanname dat er bij psychische problematiek eerst of alleen GGz-hulpverlening nodig is, wordt hiermee losgelaten.

5.2. Praktijk

Bij onze werkbezoeken en in gesprekken met professionals en cliënten wordt medicalisering ook wel 'het oude' denken genoemd.

"Soms betrap ik me ook weer op dat oude denken: eerst medicatie en dan werken aan het verbeteren van de relaties en het opheffen van de eenzaamheid", aldus Spv'er.

"Huisartsen willen snel kunnen verwijzen. Als de hulpvraag niet bij hun praktijk hoort, moet het door andere medische professionals worden opgepakt. In wezen is het oud, institutioneel denken", aldus praktijkhouder huisarts.

Als we de theorie en praktijk hier samenbrengen, komen we op het volgende advies uit: neem deze paradigmashift en het professioneel kijken vanuit een meervoudig perspectief zeer expliciet en nadrukkelijk op in het beleid rondom Mentale Gezondheidscentra, training en scholing en besteed hier op leermomenten (interview e.d.) voor professionals (huisartsen, GGz-medewerkers en sociaal domein) aandacht aan.

⁴⁹ Seligman, M. (2006) *Learned Optimism, How to Change Your Mind and Your Life*. Penguin Books.

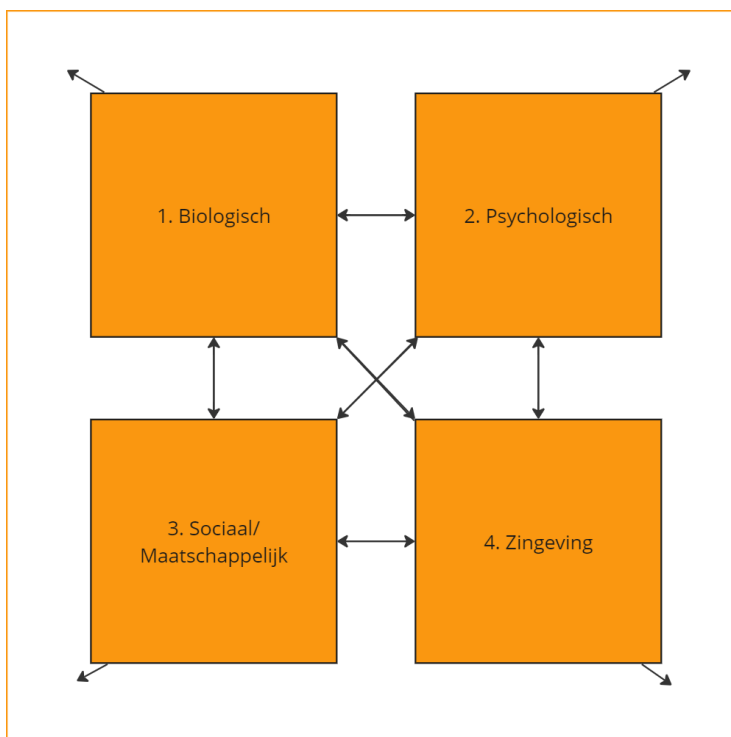
Hierna zullen we kort ingaan op het begrip mensvisie vanuit een meervoudig perspectief en de implicaties hiervan voor het verkennende gesprek. Daarna zullen we dieper ingaan op beschreven leidende principes bij het verkennende gesprek.

5.3. Mensvisie en implicaties voor het verkennend gesprek

'Wie is de mens?' is, zoals gezegd, een trage vraag die we hier onmogelijk volledig kunnen beantwoorden (als dat al mogelijk is). Wat we wel kunnen doen, zijn de velden waarop die discussie en zoektocht plaatsvinden, in beeld brengen. Hiervoor vinden we zowel steun in de literatuur als in de praktijk.

De mens heeft bij zijn ontwikkelingen te maken met een meervoudige opgave. Die strekt zich uit over vier levensdomeinen: biologisch, psychologisch, sociaal-maatschappelijk en zingeving.⁵⁰ Deze opgave vindt plaats in een sociaal-maatschappelijke context die van invloed is op de kansen en mogelijkheden die iemand krijgt om tot zelfontplooiing op die levensgebieden te komen. Een mens is dus, kort gezegd, een biologisch, sociaal, psychologisch en zingend (BPSZ-model) wezen.

Figuur 1



⁵⁰ Blaauw, et al. (2018) *Visie op de mens, visie op verslaving: een meervoudige kijk op problematiek en herstel*. In *Tijdschrift voor psychiatrie*, jrg. 60 p. 774-781.



De visie op de mens is allesbepalend voor hoe we het verkennend gesprek en andere gesprekken invullen. Naast de hierboven genoemde vier samenhangende kwadranten zien we weliswaar anders geordend en beschreven dezelfde onderdelen ook in positieve gezondheid terug: lichaamsfuncties, mentaal welbevinden, zingeving, kwaliteit van leven, meedoen en dagelijks functioneren.⁵¹ Het gaat hierbij uiteraard niet om modellen of schema's maar of we in een gesprek de mens als een ondeelbaar geheel willen zien en of we vanuit een brede, open blik samen willen zoeken naar verandermogelijkheden.

In deze vier levensdomeinen vinden we ook verklaringmodellen voor bepaalde problemen. Een depressie bijvoorbeeld kan vanuit het biologisch, psychologisch, sociaal en zingend domein worden verklaard. De arts, de therapeut, maatschappelijk werker en geestelijk verzorger hebben allemaal gelijk. Zij kunnen terugvallen op theorie, onderzoek en hun praktijkervaring.

"Mijn leven was helemaal stuk, op alle terreinen. Toen ik in Thailand met drugs opgepakt werd en vastzat, kwam ik in de hel terecht. Na een lange weg van detentie en daarna behandeling heb ik God gevonden. Bij het Leger des Heils, de Herstelacademie, kunnen we daar vrij, zonder dwang of schaamte over spreken. Mijn herstel zit in het hele plaatje van het leven; niet alleen dat ik van de dope kan afblijven, ook mijn lage zelfbeeld en somberheid zijn verdwenen. Maar voordat ik aan die zingeving toekwam, moest ik eerst mijn basis op orde hebben. Nu is het ondertussen mijn basis geworden", aldus een coördinator, ervaringsdeskundige, Herstelacademie.

"Weet je hoe erg dat is, als je gevangen zit in onzekerheid en angst en weinig slaapt? Je raakt alle energie en orde in je leven kwijt. Het ergste vond ik dat ik niet meer voor mijn twee kinderen kon zorgen. De motivatie om voor traumabehandeling en medicatie te kiezen, was omdat ik mijn moederrol weer terug wilde", aldus ervaringsdeskundige, lid cliëntenraad, GGZ.

Zoals we vanuit de theorie en de praktijk kunnen optekenen, zijn meerdere levensdomeinen bij psychische problematiek in het geding. Tegelijk kunnen in die verschillende en tegelijk samenhangende levensdomeinen ook de oplossingen voor herstel worden gevonden. In de literatuur hierover en vanuit de praktijk kan worden opgetekend dat het domein van zingeving kan gaan over de waarde en betekenis die we aan ons leven geven in de rol zoals het moeder-zijn, maar ook kan gaan over religie (Frankl, 1978;⁵² Ter Horst, 1999).⁵³

⁵¹ <https://www.iph.nl/positieve-gezondheid/wat-is-het/>

⁵² Frankl, V.E. (1978) *De zin van het bestaan. Een psycholoog beleeft het concentratiekamp & een inleiding tot de logotherapie.* Rotterdam: Ad Donkers.

⁵³ *Orthovisies – Herstel van het gewone leven, een handreiking voor opvoeders, (ouders, onderwijsgeevenden, groepsleiding, gezinsverzorgsters) in problematische opvoedingssituaties.* Houten: Bohn Stafleu van Loghum.



Het gaat er echter niet om van welk domein een behandelaar of begeleider is, maar om in een verkennend gesprek meerdere opties over deze domeinen heen te bespreken die behulpzaam kunnen zijn bij het oplossen van problemen. Opvattingen van professionals – die soms om voorrang dringen bij een cliëntbespreking, zoals ‘wij zijn nu eenmaal ons brein’ (biologisch) of ‘alles wordt bepaald in de opvoeding’ (sociaal) – zijn niet helpend. De mens en zijn opgave worden hierbij slechts vanuit een beperkte mensvisie op deelaspecten beoordeeld, hetgeen de mens niet alleen tekortdoet, maar ook andere oplossingen op voorhand uitsluit.

“Bij ons verkennend gesprek zit een zelfstandig gevestigd behandelaar. Die is er heel duidelijk in waar zij van is. We moeten nog wel eens voorkomen dat bepaalde problemen door de bril van haar aanpak en methodiek worden gezien. Daar kunnen we het samen als professionals goed over hebben”, aldus een projectleider GGz.

Als we de visie van de mens als meervoudig wezen – die een opgave heeft op ten minste vier levensdomeinen – onderschrijven, kunnen we dit ook verbinden aan het verkennende gesprek. We kunnen nagaan op welke velden zich bepaalde problemen voordoen en op welke velden er veranderkracht aanwezig is. Somberheid, die medisch of psychologisch wordt behandeld, zou misschien ook eerst of deels binnen het sociale of zingevende domein kunnen worden opgelost. Dit betekent dat in een verkennend gesprek meerdere opties samen met de cliënt kunnen worden verkend.

5.4. Gelijkwaardigheid

Hoe gelijkwaardig is een dergelijk verkennend gesprek? Gelijkwaardigheid moet zowel ervaren en gevoeld worden door de professionals onderling alsook door de cliënt en naasten. Alle deelnemers willen zich gezien en gehoord voelen, serieus genomen en gerespecteerd worden als mens. Tegelijk zijn er ook verschillen en is er sprake van niet te ontkennen machtsverschillen en ongelijkheid. De arts heeft bijvoorbeeld de mogelijkheid om een recept uit te schrijven of niet. Een maatschappelijke werker kan wel of niet doorverwijzen en anderen inschakelen.

In een hulpverleningsrelatie is altijd sprake van een zekere mate van ongelijkheid, afhankelijkheid en machtsuitoefening. Om die reden is het belangrijk hier als professionals op te reflecteren (intervisie) en met de cliënt geregeld bij stil te staan (evalueren). Macht is niet verkeerd, maar verkeerd gebruik daarvan wel. Vanuit de positieve psychologie gezien, is verkeerd gebruik van macht dat cliënten de regie verliezen, afhankelijk worden, zich gekleineerd of zelfs vernederd voelen door professionals die hen voorschrijven en opleggen wat zogenaamd goed voor ze is.

“Een professional is ook een mens met menselijke reacties. Wat ik heb gezien, is dat sommigen bevriezen. Ze schrokken en vielen stil als ik al mijn problemen op tafel legde. Anderen zag ik vluchten in bla, bla, bla, de professionele taal. Die professionals nemen zichzelf veel te serieus.



En weer anderen vielen samen met mijn problemen en begonnen over zichzelf en hun eigen ervaringen te praten. Dit gaf mij veel ongemak. Ik voelde me niet serieus genomen. Beter gezegd, neem eerst even de tijd om mij als mens te leren kennen”, aldus een ervaringsdeskundige GGz.

Ons advies is om voldoende gelijkwaardigheid te borgen en hier samen met de cliënt, naasten en ook als professionals geregeld op te reflecteren. Een professionele houding, een te snel oordeel of een doorverwijzing kan een onbedoeld negatief effect hebben. Gelijkwaardigheid draait dus om als mens gezien en gehoord te worden en dat alle deelnemers aan een verkennend gesprek – en vooral de cliënt en naasten – zich daarbij professioneel ondersteund en geholpen voelen, waarbij men zijn/haar eigenwaarde behoudt.

5.5. Praktijken en huidige gespreksvormen die het verkennend gesprek of onderdelen daarvan benaderen

Het verkennende gesprek vervult een essentiële rol in een Mentaal Gezondheidscentrum en vormt het kernpunt van de nieuwe aanpak. Hoewel het verkennende gesprek in de praktijk vaak verschillende namen heeft (zoals HOG, HOI, enz.), zijn ze allemaal gebaseerd op hetzelfde principe: de cliënt staat centraal (zie bijlage 2 en 3). Tijdens het verkennende gesprek worden vaak methoden zoals 'positieve gezondheid' en 'de vragenlijst van Jim van Os' toegepast. Hoewel deze methoden enigszins van elkaar kunnen verschillen, hebben ze allemaal als doel om de behoeften, mogelijkheden en wensen van de cliënt daadwerkelijk te verkennen: 'Wat wil ik? Wat kan ik? Wat heb ik nodig?' (Ruwaard). Dit onderscheidt het verkennende gesprek in de kern van een traditioneel intakegesprek in de geestelijke gezondheidszorg, waar gezocht wordt naar een probleem of diagnose en bijbehorende behandeling. Een verkennend gesprek is erop gericht om de cliënt volledig te begrijpen en te ondersteunen op welke manier dan ook passend is. Dit hoeft dus niet per se te resulteren in een behandeling. Sterker nog, een goed verkennend gesprek op zichzelf kan al een vorm van herstel bieden.

De lijst van benoemde benodigde competenties voor het voeren van een verkennend gesprek is zeer lang, maar wat altijd terugkomt, zijn de volgende competenties:

- Inlevingsvermogen;
- oprechte interesse;
- de juiste vragen kunnen stellen (zonder oordeel);
- (stijl) flexibel;
- geduld.



Het is belangrijk dat deze competenties worden aangeleerd door middel van training, intercollegiaal leren (intervisie) en beoordeling/functioneringsgesprekken.

“Ik was blij met een open en mensgericht gesprek zonder dat het om de diagnose draait. Dat was op deze manier nieuw voor mij. Andere leden van de cliëntenraad zijn jaloers, die hebben vaak te veel in het straatje van hun diagnose een behandeling gekregen terwijl er betere en andere opties waren”, aldus de voorzitter cliëntenraad, ervaringsdeskundige.

Daarnaast is het noodzakelijk dat er een gedragswetenschapper of medisch deskundige zoals psycholoog, verpleegkundig specialist, arts of psychiater aanwezig is tijdens het gesprek. Bij voorkeur een professional van de GGz zelf. In een onderzoek over het betrekken van professionals uit de jeugdzorg aan de voorkant (huisarts) komen hoopvolle resultaten dat hiermee veel verwijzingen voorkomen kunnen worden.⁵⁴ Ook een duidelijk beeld van het sociaal domein is essentieel om een goed verkennend gesprek te voeren. Daarom is ons advies om altijd iemand met kennis van het sociaal domein (ervaringsdeskundige of andere professional) aan te laten sluiten als behandelaar.

De uitdaging ligt in het vermijden van een te eenzijdige benadering door behandelaars gericht op indiceren; in plaats daarvan dienen ze hun expertise in te zetten om de behoeften van de cliënt beter te begrijpen. Een vragenlijst in de vorm van een topiclijst, die wij op meerdere plekken zijn tegengekomen (VIGO, Transfertaal Apeldoorn) kan hierbij helpen. Dit moet worden gezien als een instrument om het gesprek te voeren en niet als het uiteindelijke doel. Het is belangrijk om te blijven reflecteren op de inhoud en de manier van samenwerken bij de verkennende gesprekken. Hier komen we later nog op terug.

De rol van het verkennende gesprek in relatie tot andere functies van een centrum voor geestelijke gezondheidszorg staat ter discussie. Binnen de initiatieven die we hebben onderzocht (zie bijlage 2 en 3), zien we de volgende varianten:

1. *Een verkennend gesprek zonder tussenkomst van de huisarts (GEM).* De cliënt kan zelf - zonder tussenkomst van de huisarts een verkennend gesprek aanvragen. Dit gesprek kan op zichzelf al een remedie zijn. Soms is zo'n gesprek voldoende voor een cliënt om zelf met zijn situatie aan de slag te gaan. Aan de andere kant kan het ook gebeuren dat een verkennend gesprek aan het licht brengt dat er een dieperliggend probleem speelt waarvoor het sociaal domein of de geestelijke gezondheidszorg (GGz) kan worden ingeschakeld. In dit voorbeeld is het verkennende gesprek echt een ontdekkingstocht, zonder voorafgaande informatie.

⁵⁴ <https://www.jeugdhulpbijdehuisarts.nl/>



Het voordeel is dat de cliënt met andere verwachtingen binnenkomt dan wanneer hij via de huisarts wordt doorverwezen. Cliënten gaan vaak naar de huisarts met het idee dat de huisarts direct een oplossing heeft. Ervaringsdeskundigen stellen echter dat het vaak makkelijker is om je problemen op tafel te leggen bij een huisarts dan om zelf aan te kloppen bij een onafhankelijke instantie.

2. *Een verkennend gesprek na doorverwijzing door de huisarts (Zuid-Limburg, Breburg, Overlegtafel Nijmegen/Arnhem).* Deze benadering kent verschillende vormen. In deze gevallen is – zoals gebruikelijk – de huisarts het eerste aanspreekpunt voor de cliënt. De huisarts beoordeelt dan of een verkennend gesprek in het belang van de cliënt kan zijn. Tijdens deze beoordeling kan de praktijkondersteuner huisartsenzorg (POH) of zelfs een ervaringsdeskundige worden ingeschakeld om de cliënt voor te bereiden op of te ondersteunen bij het verkennende gesprek. Sommige initiatieven kiezen ervoor om alleen complexe gevallen (met meervoudige of onduidelijke problemen, Zuid-Limburg) door te verwijzen naar het verkennende gesprek, terwijl anderen ervoor kiezen om iedereen met psychische klachten door te verwijzen naar het verkennende gesprek (GGz Breburg). In dit geval wordt het verkennende gesprek gezien als een vervolg op het gesprek met de huisarts, waarbij de huisarts eventuele achtergrondinformatie van de cliënt kan doorgeven aan de behandelaar van het verkennende gesprek. De huisarts is in dit geval de *gatekeeper* van het verkennende gesprek en daarmee van het Mentaal Gezondheidscentrum.
3. *Een verkennend gesprek als gevolg van een casusoverleg dat de domeinen overstijgt (Transfertafel Apeldoorn, Overlegtafel Midden-Holland, Zuid-Limburg).* In deze benadering heeft het verkennende gesprek een andere functie. De cliënt raadpleegt eerst de huisarts en bij eenvoudige kwesties zal de huisarts doorverwijzen naar de GGz of het sociaal domein. Als de situatie ingewikkelder is, vraagt de huisarts om een casusoverleg dat de domeinen overstijgt. Tijdens dit overleg wordt de casus van de cliënt besproken en worden passende maatregelen genomen. Als dit nog steeds geen oplossing biedt, komt de cliënt in aanmerking voor een verkennend gesprek om te bespreken hoe hij zijn problemen zelf zou willen aanpakken.

Op basis van de voorlopige leidende principes lijken de eerste twee opties het meest geschikt voor de nieuwe manier van werken, omdat hierbij de focus vanaf het eerste moment op het cliëntperspectief wordt gelegd. De derde optie wordt vaak voorgesteld vanuit het idee dat professionals, zeker domeinoverstijgend, een goed beeld van de situatie kunnen vormen en dat hier niet altijd een verkennend gesprek voor nodig hoeft te zijn. Het nadeel hiervan is dat dit niet volledig in lijn is met het IZA, waarin duidelijk wordt gesteld dat de cliënt actief bij zijn behandeling wordt betrokken.

Bij deze variant is dit veel minder het geval omdat er al een behandelvoorstel voortkomt uit een kort gesprek met de huisarts of via het casusoverleg, dat pas daarna aan de cliënt wordt voorgelegd.

Wat we vooral veel tegenkomen, is dat de initiatieven erg tevreden zijn met hun eigen opzet. Ook al wordt er overal nog veel aan de opzet geschaafd, je ziet wel bij vrijwel alle initiatieven dat het een positief effect heeft op de wachtlijsten bij de GGz. Ook kunnen er binnen het sociaal domein verkennende gesprekken worden gevoerd waarvoor de GGz wordt uitgenodigd. In diverse wijken sluiten medewerkers van FACT(+)-teams geregeld bij een team- of casusoverleg aan en zou dit met de cliënt erbij, in de vorm van een verkennend gesprek, kunnen worden uitgebreid. Echter, als er sprake is van GGz-problematiek en de wens om de inzet van de GGz zal de route vanwege de verwijzing via de huisarts moeten worden afgelegd. De hoofdroute, het uniforme kernproces verloopt dus altijd via de huisarts/POH en dan naar een verkennend gesprek (GGz + sociaal domein) of rechtstreeks naar de GGz of het sociaal domein (zie figuur 2. Stroommodel).

5.6. Cliëntroute en relaties tussen de verschillende functies

Zoals eerder in dit document vermeld, vertonen de initiatieven variërende verbanden tussen de verschillende functies (zie bijlage 2 en 3). In deze paragraaf beschrijven we een voorbeeld van een cliëntreis met meervoudige problematiek op basis van een combinatie van de meest effectieve benaderingen die we zijn tegengekomen in een Mentaal Gezondheidscentrum, rekening houdend met de ervaringen van (voormalige) cliënten. Vooral die laatste groep vinden we belangrijk om mee te nemen. We adviseren echter om dit niet als de enige juiste aanpak te beschouwen, maar eerder als een goed voorbeeld van een uniforme werkwijze.

De cliënt betreedt de huisartsenpraktijk met een probleem of klacht

We hebben bewust gekozen voor de ingang via de huisarts, aangezien ervaringsdeskundigen aangeven dat het eenvoudiger is om problemen met een huisarts te bespreken (dit zit al decennialang in ons systeem), dan contact op te nemen met een andere instantie. Tijdens het gesprek herkent de huisarts een mentaal/psychisch probleem. Als het mentale probleem ernstig van aard is en direct duidelijk kan worden achterhaald, kan de huisarts ervoor kiezen de cliënt rechtstreeks door te verwijzen naar de GGz (eventueel via een crisisdienst). Als oplossingen duidelijk op het sociaal domein liggen (bijvoorbeeld eenduidige schuldenproblematiek of oplossingen zoals welzijn op recept), dan kan de huisarts ervoor kiezen om door te verwijzen naar het sociaal domein. De POH'er kan eventueel meekijken welke instelling dan de beste optie is. Ook kan een huisarts direct verwijzen naar laagdrempelige vormen van zorg- en welzijnsvoorzieningen. Is de situatie complexer van aard, dan meldt de huisarts de cliënt met een indicatie alvast aan voor een verkennend gesprek.



De POH kan de cliënt dan nog voorbereiden voor het gesprek en mede bepalen wie er aanwezig moeten zijn tijdens het verkennende gesprek. In het verkennende gesprek kan er ook voor worden gekozen om de GGz-indicatie (nog) niet te verzilveren maar andere vormen van (zelf)hulp of ondersteuning in te zetten.

De cliënt wordt voorbereid op het verkennend gesprek door de POH-GGz en indien nodig een ervaringsdeskundige

De POH kijkt samen met de cliënt alvast naar mogelijke (tijdelijke) oplossingen binnen het sociaal domein. Het is dus van belang dat de POH inzicht heeft in het aanbod van het sociaal domein. Dit kan door middel van een sociale kaart/welzijn op recept of door rechtstreeks contact met een welzijnscoach. Daarnaast bereidt de POH de cliënt voor op het verkennend gesprek, mogelijk met hulp van een ervaringsdeskundige of naasten om de cliënt op zijn gemak te stellen. Dit is nodig omdat cliënten het vaak ingewikkeld vinden om direct al hun problemen op tafel te gooien.

“De eerste keer dat je een gesprek voert over jezelf, wie je bent en waar je vandaan komt, is dat heel heftig. Ik vertel nooit meteen mijn hele verhaal, het duurde even voordat ik alles durfde te delen. Ik heb dat later ook bij mijn vriend gezien die ik heb ondersteund voor zijn verkennende gesprek. Ik heb hem veel op z'n gemak moeten stellen en aangegeven dat hij moest vertellen wat er in zijn hoofd opkomt. Dat hielp hem uiteindelijk wel heel erg.” Voormalig cliënt GGz Breburg.

Als de cliënt voorafgaand aan het verkennende gesprek zelf al een oplossingsrichting heeft gevonden via zelfhulp of het sociaal domein en dat zelf voldoende vindt, is dat ook prima. In dat geval kan het verkennende gesprek worden geannuleerd.

Casusoverleg ter voorbereiding van het verkennende gesprek (optioneel)

Dit is een optionele stap omdat het – wat ons betreft – lang niet altijd van toepassing hoeft te zijn. Bij echt ingewikkelde casussen kan het zo zijn dat er van tevoren bepaalde expertise aanwezig moet zijn bij het verkennende gesprek. De POH/huisarts kan in dit geval casuïstiekbesprekingen aanvragen om zo te toetsen wat de best te nemen stap is en eventueel kennis uit te vragen voor het verkennende gesprek. Deze stap is zeker niet altijd nodig. Als alle cliënten al voor een verkennend gesprek worden besproken, ga je (deels) voorbij aan het IZA, waarbij de cliënt zelf in controle is over de te kiezen behandeling/oplossing. Wij adviseren dan ook om niet vanzelfsprekend casuïstiek te bespreken voorafgaand aan een verkennend gesprek, tenzij absoluut noodzakelijk.

Het verkennende gesprek met de cliënt

Tijdens het verkennende gesprek wordt onderzocht wat de cliënt nodig heeft. Dit hoeft niet per se in één enkel gesprek te gebeuren; er kunnen meerdere gesprekken nodig zijn. De belangrijkste uitkomsten worden anoniem genoteerd en door de behandelaar meegenomen naar een eventueel domeinoverstijgend casusoverleg.

Het verkennende gesprek kan ook de laatste stap zijn als de uitkomst ligt bij hulp van naasten, bij eenvoudig toegankelijke vormen van sociaal domein of bij zelfhulp.

Domeinoverstijgend casuoverleg voor toetsing aan wachttijden en expertises

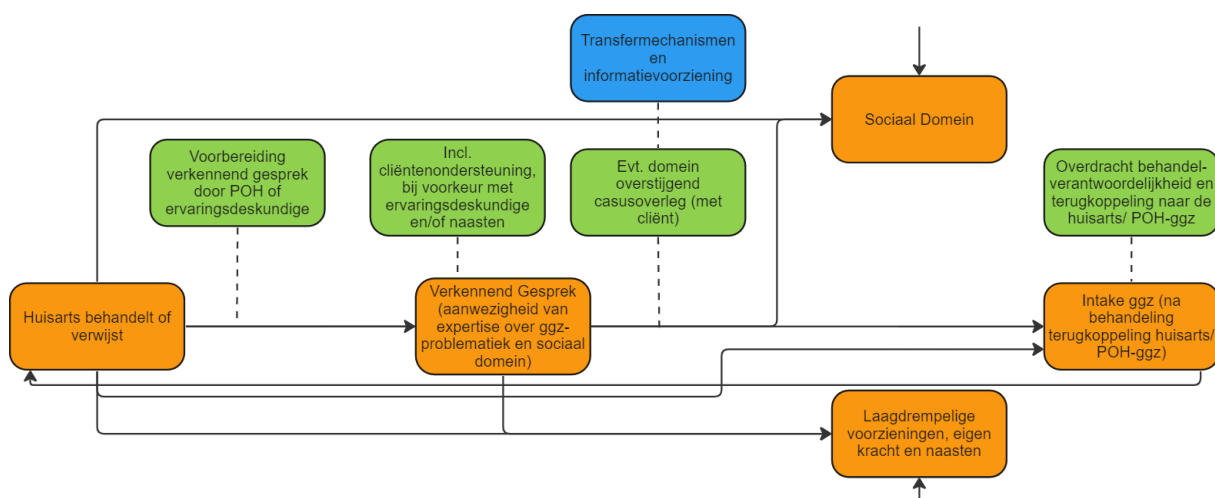
De behandeling waarmee de cliënt heeft ingestemd, wordt hier indien nodig integraal vanuit verschillende invalshoeken getoetst. Het is niet mogelijk om simpelweg nee te zeggen tegen het gestelde plan, maar er wordt wel gekeken of de gekozen benadering – op basis van expertise en wachttijden – de beste optie is. Hier komt dus ook de functies informatievoorziening terug. Tijdens dit overleg is expertise aanwezig met betrekking tot de bestaande wachttijden en de overdrachtsmechanismen. De POH of huisarts en de cliënt zelf zijn ook bij dit overleg aanwezig.

“Als ex-tbs-gestelde heb ik nog een tijd bij de GGz en bij de poli van de verslavingszorg gelopen. Wie mij het meeste stress bezorgde, was UWV, de gemeente en de woningbouwcorporatie. Ik had een stempeltje (stigma,) werd aan alle kanten extra gecontroleerd en moest steeds alles verantwoorden. Tussen de GGz en het sociaal domein was geen contact. Ik was goed bezig, maar mijn behandelaar kon dat nergens delen. Mijn therapietijd ging voor een deel op om hoe ik met die stress om moest gaan. Als die instanties nou eens samen de zaken afstemmen, had ik meer rust gehad.”; ervaringsdeskundige, voorzitter cliëntenraad.

Intake bij GGz en/of sociaal domein – overdracht en behandelverantwoordelijkheid

De laatste stap omvat de intake, waarbij de benodigde informatie (met toestemming van de cliënt) aan de behandelende instelling wordt overgedragen. De verantwoordelijkheid van de POH/huisarts wordt op dat moment ook overgedragen aan de instelling.

Figuur 2: Stroommodel samenhang verschillende functies:





Belangrijke aandachtspunten uit deze aanpak:

- Er hoeft lang niet altijd een keuze te worden gemaakt tussen sociaal domein, naastenhulp of de GGz. Het is juist ook mogelijk om naast een behandeling bij de GGz hulp te krijgen via het sociaal domein of andersom. De pijlen moeten dus worden gezien als en/of.
- Het is nog onduidelijk hoe de verwijzing van de huisarts of de GGz naar het sociaal domein verloopt en wie dit betaalt. Er zijn allerlei verschillende lokale afspraken gemaakt die onder de gemeentelijke verantwoordelijkheid vallen. Hier geldt dat het wenselijk is dat er een integrale financiering (gemeenten en zorgverzekeraars) komt. Het wordt daardoor makkelijker om domeinoverstijgend te werken, het voorkomt onnodige bureaucratie en verschillende vormen van financiering binnen één verkennend gesprek. Dit onderwerp valt verder buiten de scope van dit onderzoek maar wij willen dit toch noemen. Onderzoek naar welzijn op recept (WOR) laat positieve resultaten zien van 5-10% bezuiniging op de GGz-kosten.⁵⁵
- De cliënten worden bij domeinoverstijgende overleggen altijd anoniem behandeld. De huisarts kan de belangrijkste cliëntinformatie opnemen in het patiëntendossier. Persoonlijke informatie over een cliënt is nooit in handen van het Mentaal Gezondheidscentrum, maar blijft in handen van de huisarts tot aan een eventuele overdracht naar een specialistische instelling.
- Uit de praktijk blijkt dat er op dit moment nogal wat ergernis bij huisartsen/POH is over de tijdsperiode die de cliëntreis beslaat. Treeknormen worden geregeld niet behaald. Ze vinden dat het vaak te lang duurt voordat een cliënt een verkennend gesprek krijgt. Het is belangrijk om na te denken over hoe de Treeknormen wel kunnen worden gehaald en/of een overbruggingszorg kan worden geboden door het sociaal domein, laagdrempelige voorzieningen of via netwerk en dergelijke.
- Bovenstaand stroommodel is een voorbeeld van een uniforme route. Bestaande initiatieven die het anders inrichten, moeten niet worden verplicht om deze keuzes ook te maken. Zolang ze voldoen aan de leidende principes waarbij de cliënt de regie houdt en er vanuit herstel wordt gekeken en gehandeld en er tijdig de passende zorg wordt geboden.

Behandelverantwoordelijkheid

De behandelverantwoordelijkheid verdient in het proces extra aandacht. Huisartsen willen – geheel terecht – dat hun patiënten niet te lang hoeven te wachten en binnen de Treeknormen worden geholpen. De Treeknormen worden vaak niet gehaald. In het eerste kwartaal van 2023 werd 42,3% van de Treeknormen in de wachttijden niet gehaald.⁵⁶

⁵⁵ <https://welzijnoprecept.nl/welzijn-op-recept-levert-5-10-besparingen-op-in-de-zorg/>

⁵⁶ <https://www.staatvenz.nl/kerncijfers/wachttijd-gespecialiseerde-GGZ-overschrijding-treeknorm-en-gemiddelde-wachttijd#:~:text=De%20Treeknorm%20beschrijft%20de%20maximaal,weken%20voor%20de%20totale%20wachttijd.>



De wachttijd voor het verkennend gesprek is op veel plaatsen vier weken en de behandelwachttijd bij de GGz tien weken, waarmee de totale duur op veertien weken komt. Dit is voor een patiënt met mentale problemen en problemen op andere levensgebieden relatief lang. Problemen kunnen verergeren en bijkomende problemen kunnen ontstaan, zoals toenemende schulden, verslaving, conflicten in relaties of met burens (overlast) en problemen met werk en huisvesting.

Formeel wordt de behandelverantwoordelijkheid overgedragen bij de intake. Dat is het moment dat de GGz het overneemt van de huisarts/POH. Het centrale punt van aandacht is wanneer de behandelverantwoordelijkheid wordt overgenomen. Dit moet dus ook een bespreekpunt zijn in het verkennend gesprek. Het streven moet blijven om ten minste de Treeknormen te halen. Is dit (tijdelijk) niet mogelijk, dan kan er in het verkennend gesprek met de patiënt worden gekeken naar overbruggingszorg. Deze kan geleverd worden door de huisarts/POH, met bijvoorbeeld medicatie of leefstijl-interventies (bijvoorbeeld schuldhulpverlening). Tevens kan worden overwogen om laagdrempelige voorzieningen aan te bieden, zoals een inloophuis, e-health modules, maatjesproject of gespreksgroepen georganiseerd door ervaringsdeskundigen. Uiteraard zijn hierin ook combinaties mogelijk. Misschien is het begrip 'overbruggingszorg' dat hiervoor veel wordt gebruikt niet juist, omdat men ervan uit gaat dat de GGz-zorg het doel is en de rest 'slechts' ter overbrugging is. Men kan beter spreken van bijvoorbeeld 'beschikbare, passende zorg' die helpend is en voorkomt dat problemen verergeren.

"Je angst, schaamte en weerstand overwinnen om een gesprek te voeren, is al een dingetje. Maar je motivatie vasthouden – zeker als het lang duurt – is ook niet gemakkelijk. Je zit in een wereldje, een manier van doen en dat stopt niet nadat de huisarts zegt dat je naar de GGz kan voor een gesprek. De wachttijd was meer dan zes weken voor een gesprek. Ik heb daarna overbruggingszorg gemist. Daardoor ben ik twee keer afgehaakt. Het duurde te lang. Ik dacht: 'bekijk het maar'.

We werken vanuit de Herstelacademie om die reden aan verschillende vormen van overbruggingszorg. Hiermee kom je al in een andere wereld en die helpt je om je motivatie voor behandeling vast te houden. De GGz moet gaan nadenken over wat wel mogelijk is. Dan moet je niet meer in diagnosebehandeling gaan denken, maar kijken naar wat er nodig is", aldus een ervaringsdeskundige, betrokken bij een Herstelacademie.

Transfermechanismen en informatievoorziening

Het transfermechanisme en bijbehorende informatievoorziening en het matchen van vraag en aanbod worden met name behandeld in het domeinoverstijgend casuoverleg.



In dit overleg is kennis aanwezig over de wachtlijsten, hetzij door een deelnemer aan het overleg die in een database de verschillende wachttijden kan opvragen, hetzij doordat verschillende deelnemers de wachttijden van hun eigen organisatie/domein kennen. De eerste optie heeft de voorkeur vanwege de neutraliteit en het voorkomen van selectieve keuzes, evenals de volledigheid van informatie. Dit vereist echter een systeem waarin de verschillende wachttijden bijgehouden kunnen worden (zie ook resultaten van onderzoek naar wachttijden). Ook is de rol van de neutrale projectleider belangrijk bij het nemen van beslissingen over de prioriteit van een cliënt op een wachtlijst.

Belangrijk om te benadrukken is dat de vrije keuze van de cliënt altijd centraal staat. Als de cliënt graag een bepaalde behandeling wil waarvoor een lange wachtrij bestaat, is het van belang dat in het domeinoverstijgend casuoverleg wordt gezocht naar een soortgelijke oplossing of een ander alternatief dat aan de cliënt kan worden voorgelegd. De cliënt kan vervolgens zelf de keuze maken om langer te wachten of te kiezen voor het alternatieve aanbod.

"Realiseer je wel dat als er een gezinslid op een wachtlijst staat, zoals in het geval van mijn vader die depressief en suïcidaal was, dan staat er een heel gezin op de wachtlijst. Ik zei wel eens tegen mijn broer of wij dit wel overleven als er iets ergs gebeurt. Kan ons leven dan nog wel gewoon doorgaan? Je wilt soms dat er gewoon wat gebeurt, wachten kan dodelijk zijn." Student sociologie, ervaringsdeskundige.

De manier waarop de functies van het Mentaal Gezondheidscentrum met elkaar samenhangen, zijn in alle initiatieven die we hebben onderzocht niet hetzelfde qua proces, vorm en inhoud. Dit komt omdat de ideale variant simpelweg nog niet gevonden is maar men daar zoekende in is. Daarom is er nog een extra functie essentieel in het laten slagen van een Mentaal Gezondheidscentrum: 'een leer- en ontwikkelplaats'. Hieronder zullen we daar nader op ingaan.

Leeratelier als extra functie van een Mentaal Gezondheidscentrum

Zoals eerder vermeld, fungeert het Mentaal Gezondheidscentrum eigenlijk als een netwerk voor geestelijke gezondheid. Een netwerk is een samenwerkingsverband tussen verschillende organisaties die gezamenlijk specifieke problemen of vraagstukken aanpakken. Vanwege de complexiteit van de geestelijke gezondheidszorg zijn deze vraagstukken regelmatig uniek in hun aard. Het is daarom van tevoren lastig om alle regels, afspraken en procedures in beton te gieten; er moet altijd ruimte zijn voor bijsturing of aanpassing. Om dit te waarborgen en om te voorkomen dat het systeem vastloopt, maken veel initiatieven gebruik van een veranderatelier of leeratelier. Hier worden regelmatig (bijvoorbeeld eens per maand of per twee weken) de geleerde lessen besproken en wordt de aanpak indien nodig bijgesteld.

Dit gebeurt in de praktijk meestal kleinschalig (10-15 mensen), maar wordt bij sommige initiatieven ook in groter verband gedaan met 25+ mensen (Ruwaard).

Uit de praktijk blijkt dat zo'n atelier essentieel is voor het succes van dit concept. Dit omdat het een moment biedt om te onderzoeken hoe zaken verbeterd kunnen worden, het laat zien dat er altijd oplossingen zijn voor mogelijke struikelblokken en het houdt deelnemers scherp op het te behalen doel.

In en externe communicatie als extra functie van een Mentaal Gezondheidscentrum

In het processchema zien we dat er met de cliënt, tussen professionals, de organisaties en externe partijen, zoals laagdrempelige voorzieningen, wordt gecommuniceerd. Ook moeten professionals elkaar rondom een cliënt, maar ook qua voorzieningen, wachttijden en alternatieven goed op de hoogte houden. Dit vraagt om een integraal goed georganiseerde in- en externe communicatievoorziening binnen het netwerk en daaromheen.

5.7. Samenvatting en advies

Het verkennende gesprek en andere functies van het Mentaal Gezondheidscentrum

Samenvatting

Het verkennende gesprek, vanuit de herstelgedachte, wordt in de praktijk met ondersteuning vanuit de theorie als zeer positief en helpend ervaren door cliënten en professionals. Het niet langer denken en handelen vanuit een DBC-structuur, maar op een open, gelijkwaardige manier verkennen naar wat nodig en mogelijk is, is zeer behulpzaam gebleken. Het verkennende gesprek wordt door velen als 'overweldigend' ervaren en vraagt om voorbereiding.

Wat werkt wel?

De cliënt ervaart zich als mens gezien en gehoord, die dingen prima zelf en samen met naasten kan en op onderdelen (tijdelijk) zorg of ondersteuning nodig heeft.

Het verkennende gesprek wordt vanuit een positieve mensvisie gevoerd met herstelgerichte aandacht voor het biologische, psychologische, sociaal-maatschappelijke en zingevingsdomein.

Wat werkt niet?

Het denken en handelen vanuit een DBC-constructie: probleem + standaardoplossing.

Wanneer een professional vanuit een bepaalde expertise de vraag te eenzijdig benadert waarmee andere opties uitgesloten worden.

Wachten op de 'juiste' vorm van zorg, zonder overbruggingszorg wordt

Overige punten

Huisartsen ervaren gebrek aan bereikbaarheid, communicatie en afstemming en de wachttijden bij de GGz als problematisch.

Treeknormen

De Treeknormen worden in ruim 40% van de gevallen bij de GGz-instellingen niet gehaald. Vrijgevestigde aanbieders doen het ten aanzien van de Treeknormen (4+10 weken = 4) minder goed.

<p>Bereid cliënten voor op een verkennend gesprek met ondersteuning vanuit de POH-GGz of het sociaal domein., eventueel met ondersteuning van ervaringsdeskundigen en naasten.</p> <p>Belangrijke competenties zijn: Inlevingsvermogen, oprechte interesse, goede en oordeelvrije vragen stellen, flexibiliteit en geduld.</p> <p>We raden aan om de ingang van het MGC via de huisarts te laten lopen. Dat is niet stigmatiserend en een logische vindbare plek om problemen aan te kaarten voor burgers.</p> <p>Voeg in-en externe communicatie en een leeratelier toe als extra functie van het Mentale Gezondheidscentrum</p>	<p>demotiverend en als niet helpend ervaren.</p> <p>Het overdragen van cliënten van de ene naar de andere hulpverlener werkt belemmerend.</p>	<p>Behandelverantwoordelijkheid</p> <p>Het verkennend gesprek is een beperkte interventie, waarbij formele behandelverantwoordelijkheid pas wordt overdragen bij de intake bij de GGz.</p> <p>Stroommodel</p> <p>Zie figuur 2. Stroommodel (cliëntreis) waarin het verkennende gesprek in samenhang met andere functies wordt getoond.</p>
<p style="text-align: center;">Kernadvies</p> <p>Het verkennend gesprek zoals beschreven en in de praktijk vorm krijgt, wordt als positief ervaren. Heb hierbij extra aandacht voor een goede voorbereiding en de competenties van de professionals die het uitvoeren. Gezamenlijke scholing is hierbij behulpzaam.</p>		



6. Transitie

In dit hoofdstuk zullen we nader ingaan op het begrip 'de transitie', dat een cruciale rol speelt bij de realisatie van een Mentaal Gezondheidscentrum. Na de inleiding op het begrip en de context zullen we twee lijnen volgen: die van de menselijke kant en die van de formele zijde, die een rol spelen bij de realisatie van een Mentaal Gezondheidscentrum.

In de offerteaanvraag en bijgaande informatie (versie 1.0) worden diverse verwijzingen gedaan naar de transitie die nodig is om van de huidige praktijk naar een nieuwe praktijk te gaan. De huidige praktijk is dat organisaties nu te vaak los van elkaar werken en er tussen de domeinen, eerste lijn (huisarts), sociaal domein en de specialistische GGz, vaak schotten staan.

Ondanks toenemende samenwerking en eerste hoopvolle initiatieven en voorbeelden mag deze beweging verder worden versterkt.

Uit de opdrachtvestrekking van de IZA-werkgroep MGC/VG:

"Één van de afspraken is dat de regio samenwerkingsafspraken maakt tussen sociaal domein, huisartsen en GGz voor mensen met mentale klachten en met problemen op andere levensdomeinen. Het doel hiervan is dat de hulpvrager en hun naasten ervaren dat 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'."

De transitie om tot Mentale Gezondheidscentra te komen, staat ten dienste van de doelgroep met GGz-problematiek en problemen op andere levensdomeinen, die door de huisarts doorgaans naar de specialistische GGz wordt verwezen. Het is een doelgroep met complexe problematiek, waarbij naast mentale ook sociale en maatschappelijke problemen een rol spelen, zoals schulden, huisvesting of werkloosheid. Vanwege de complexiteit is het vaak zoeken naar wat de bovenliggende (meest actuele) problemen zijn, die moeten worden verholpen en welke zorg/begeleiding (passende en snel beschikbare interventies) daarbij op korte termijn behulpzaam kunnen zijn. Als dat in overeenstemming met de cliënt is vastgesteld, kan er een keuze worden gemaakt welke instelling, (online)methodiek of professional wordt ingeschakeld. Meerdere factoren spelen dus een rol bij het nemen van een (soms ingrijpend) besluit.

Dit is geen lineair proces, maar vraagt om een dialoog met de cliënt, de naasten en de professionals om de beste en beschikbare interventie in te zetten. Hierbij wordt primair uitgegaan van de eigen kracht en de mogelijkheden van de naasten van de cliënt. De herstelgerichte zorg of begeleiding biedt tijdelijke ondersteuning en is gericht op een haalbare vorm van of volledige zelfredzaamheid.



Het gaat om de juiste zorg en ondersteuning op de juiste plek, door de juiste zorgverlener op het juiste tijdstip. (Versie 1.0. Dia 5)

Verandering, transitie en transformatie

Mentale Gezondheidscentra zijn er niet zomaar, maar vragen om een proces van verandering. Verandering hanteren we hier als een algemeen, overkoepelend begrip. Binnen die verandering is sprake van een transitie en transformatie. Zowel transitie als transformatie komen we onder verschillende noemers in de zorg tegen, zoals de 'Landelijke Transitieagenda Jeugdzorg' en bij de overheid, zoals 'Decentralisatie Wmo Transitie & Transformatie'.

Bij de transitie gaat het om de verandering van de bestuurlijke structuur en de gevolgen daarvan voor de organisatie van de uitvoering. Bij de transformatie gaat het om een andere manier van werken, om de zorginhoudelijke vernieuwing.⁵⁷

Bij een transitie draait het dus om een bestuurlijke en organisatorische verandering. Dit kan een licht samenwerkingsverband, een overname of een gefuseerde organisatie betekenen. Bij de transformatie gaat het ook om een andere, nieuwe manier van werken, waar professionals en cliënten in de uitvoering mee te maken krijgen. Een transitie is een belangrijke voorwaarde voor een transformatie. Ook als het een gedeeltelijke verandering of aanpassing in uitvoering betekent, zoals bij een Mentaal Gezondheidscentrum het geval is. Immers, de professionals blijven voor een (groot) deel hun werk als verwijzer, behandelaar of begeleider doen.

"Het Mentaal Gezondheidscentrum is niet alleen een nieuwe organisatievorm, maar vooral een nieuwe manier van werken. De open, herstelgerichte houding moet niet alleen aan de voorkant, maar ook in de opvolging binnen de behandeling plaatsvinden. Professionals blijven hun werk doen, maar worden bij ons bijgeschoold in die nieuwe visie op basis van een aantal leidende principes", aldus Directeur Behandelzaken GGz.

De verandering en het verschil zitten in de samenwerking en afstemming met de cliënt en de naasten daarbij. Als op bestuurlijk niveau en door de organisatie de beoogde (partiële) verandering niet wordt ondersteund, zal de transformatie niet worden gerealiseerd. In de praktijk hebben we in de startfase bij een aantal initiatieven de frustratie kunnen optekenen, die voortkwam uit het optimisme om zonder een transitie alvast maar te beginnen.

Bestuurders: "Beginnen jullie maar vast, jullie hebben de ruimte".

Professionals: "We beginnen alvast, we wachten niet op het bestuur".

57

<https://vng.nl/artikelen/transformatie#:~:text=Bij%20de%20transitie%20gaat%20het,werken%2C%20om%20de%20zorginhoudelijke%20vernieuwing>



Beide uitspraken, die staan voor een verwoede en enthousiaste poging om tussen organisaties op een nieuwe en andere manier te gaan werken, strandden in frustraties en teleurstellingen. Wat we ook hebben gezien, is dat men tegelijk is begonnen met zowel de transitie als de transformatie en die over en weer elkaar laten bevruchten en versterken. Daartoe is een lerend en regulerend mechanisme helpend gebleken, dat bijvoorbeeld bij de Nieuwe GGZ 'het veranderatelier voor professionals en ervaringsdeskundigen', maar ook 'een Bestuurlijk Veranderatelier' wordt genoemd.⁵⁸ In deze ateliers (leer-werkplaatsen) worden zowel organisatorische als inhoudelijke vraagstukken uit de praktijk besproken. Van successen en falen wordt geleerd en de inhoudelijke samenwerking, processen of organisatorische randvoorwaarden worden daarop aangepast (zie hoofdstuk 5). Bestuurders geven enerzijds steun en ruimte aan vernieuwing en krijgen vervolgens ook vragen en veranderwensen uit de praktijk terug die om facilitering en mogelijk ook om stappen in de transitie vragen. Ook professionals moeten samen deze beweging ondersteunen. Soms vormen ervaringen en de huidige praktijk een belemmering om daarvoor op te staan.

"Ik weet niet of we zitten te wachten op een nieuwe organisatievorm en extra overleg. Wat het probleem is, is dat de samenwerking en afstemming met de GGz moeizaam verlopen. Ik ken alle specialisten hier in het streekziekenhuis en omgekeerd. Die samenwerking verloopt soepel. Als ik bel, is er snel contact. Bij de GGz wordt er niet alleen laat, maar soms ook niet gereageerd. Ook de overdracht na behandeling bij de GGz verloopt hier niet goed. Als de GGz beschikbaar is met een vaste persoon en we snel kunnen schakelen, zijn veel van de problemen opgelost, denk ik. Ik wil gewoon snel kunnen verwijzen, goed samenwerken en kunnen afstemmen als het nodig is", aldus praktijk houdend huisarts.

Hier zien we ook het 'oude' institutionele denken terug. Een andere huisarts aan wie we deze uitspraak voorlegde, reageert hierop met:

"Je moet heel duidelijk maken dat je een aantal problemen voor een huisarts oplost. Dan is er al snel meer draagvlak. Als je boven op de problemen iets nieuws probeert te doen, roept dit vooral weerstand op," aldus praktijk houdend huisarts.

"Wat we in onze praktijk steeds beter zien gaan, is de rol van de POH voor de GGz. Het blijft moeizaam, maar er is een begin. De POH kan het netwerk versterken en houdt goed zicht op de sociale kaart. De zorgverzekeraar biedt voor de inzet van de POH ook steeds meer ruimte. Eén van ons heeft ook een POH voor Jeugdzorg gedetacheerd gekregen en dat werkt erg goed. De POH's voor de GGz en jeugd werken ook veel samen, omdat het voor een deel om dezelfde gezinnen gaat. Als een huisartsenpraktijk een POH-GGz, POH-jeugd en iemand van het sociaal domein voor een aantal uren per week krijgt, kan de patiënt en/of kunnen andere gezinsleden sneller worden geholpen", aldus een huisarts.

⁵⁸ De GEM VeranderAanpak, 6 september GEM Regio's & GEM Kernteam, Milo, M. (red.).



De transformatie

Wat allereerst verandert, is dat er een verkennend gesprek zal plaatsvinden waarbij de GGz, huisarts en sociaal domein samen met de cliënt – als gelijkwaardige partner – kijken naar de hulpvraag, de mogelijkheden die er zijn en de meest passende zorg. Cliënten die enkelvoudige problematiek hebben, reeds bekend zijn bij specialisten of met een acute vraag zitten, worden niet naar het verkennend gesprek doorverwezen. Tevens is er een aantal andere functies in het nieuw te vormen Mentaal Gezondheidscentrum belegd. Naast het verkennend gesprek zijn dit: het domeinoverstijgend casuoverleg, transfermechanismen en de informatievoorziening op het gebied van wachtlijst en beschikbare capaciteit. De verandering ten opzichte van de huidige werkwijze is dat er dus geen 'klassieke' GGz-intake plaatsvindt en dat een aantal functies die organisaties los van elkaar doen, samen worden opgepakt. Met klassieke GGz-intake bedoelen we een intake gebaseerd op diagnose-behandel (lineaire oplossing) manier van denken en handelen.

Verandering, transitie en transformatie: theorie en praktijk

In de wetenschappelijke literatuur komen we in relatie tot transitie – zoals hierboven eerder is gezegd – weinig onderzoeken of praktijkvoorbeelden tegen van organisatievormen zoals het beoogd Mentaal Gezondheidscentrum. Er zijn wel een aantal publicaties en autoriteiten die boeken over transitie in het sociaal domein hebben geschreven. Een bekende hoogleraar, auteur en spreker die hier nationaal en internationaal onderzoek naar doet, is Rotmans, hoogleraar Transitie aan de Erasmus Universiteit Rotterdam:

"We hebben verbindende leiders nodig. En iedereen kan een leider zijn," gaat Jan Rotmans verder. *"Iedereen die een ander helpt of inspireert, is in deze tijd een leider voor mij. We hebben mensen nodig die het oude met het nieuwe verbinden. Het oude moeten we voor een deel afbreken. En wat goed is, moeten we koppelen aan het nieuwe. De zorg moet weer meer gaan draaien om mensen; niet om de grote zorgorganisaties. Zorg moet voor een belangrijk deel gericht zijn op preventie. Het voorkomen dat mensen ziek worden. De zorg zou een integraal onderdeel van je leven moeten zijn."*

De basislijn die we in de actuele theorievorming en daaruit voorkomende modellen tegenkomen, is die van Thomas Kuhn. Hij bestudeerde de processen van ingrijpende veranderingen in de wetenschap.⁵⁹

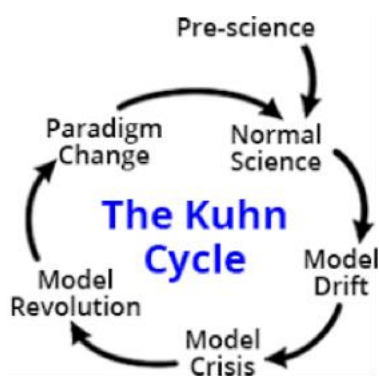
De verandering kent vijf fasen:

1. er is een bestaande situatie, gebaseerd op een heersende opvatting;
2. de bestaande situatie begint te veranderen;
3. de bestaande situatie staat (hevig) ter discussie;
4. de bestaande situatie wordt (ingrijpend) veranderd;
5. de bestaande situatie wordt als het nieuwe normaal beschouwd.

⁵⁹ Kuhn, Th. (1962) *De structuur van wetenschappelijke revoluties*, Amsterdam/Meppel: Boom Uitgeverij.

Bij deze verandering is er volgens Kuhn steeds sprake van een paradigmashift. Een paradigmashift is een verandering in het denken. De heersende opvatting – de oude manier van denken – wordt vervangen door een nieuwe manier van denken. Hierbij speelt macht ('die de waarheid bezit') en bijbehorende instituties, zoals de staat, wetenschap en de kerk een grote rol. Een sprekend voorbeeld uit de geschiedenis van de strijd en de uiteindelijke paradigmawissel is het denken over de vorm van de wereld; de wereld is misschien wel rond en niet plat. Een voorbeeld in onze tijd is dat we er om meerdere redenen van overtuigd zijn geraakt dat zorg thuis beter geregeld kan worden dan het opnemen van iemand in een GGz-instelling. In plaats van aanbodgericht en institutioneel denken en medicalisering, naar ambulantisering en normalisering. Dit soort veranderprocessen verlopen niet vanzelfsprekend en kunnen rekenen op weerstanden, tegenwerpingen en zelfs (heftig) verzet bij diverse belanghebbenden.

Figuur 3: The Kuhn Cycle



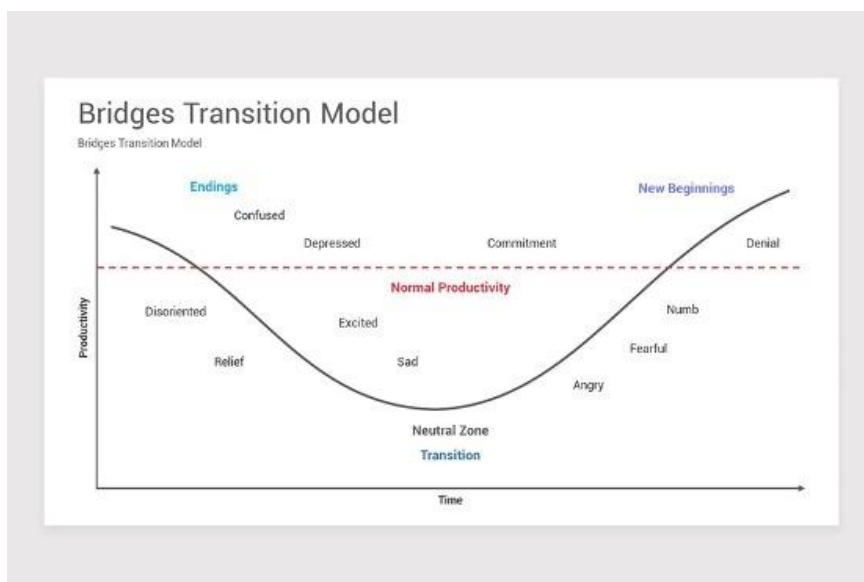
De menselijke kant bij transities

Kuhn laat zien dat bij veranderingen overtuigingen, tradities en voorschriften bij de verschillende deelnemers en hun instituties een belangrijke rol spelen. Hieronder zullen we daar wat dieper op ingaan. Bij het ontwerpen van een nieuwe organisatievorm (transitie) en andere manier van werken (transformatie) is er dus meer nodig dan een routemap, waarin rationele zaken als organisatievorm, procedures, functies, rollen en taken en de resultaten zijn opgenomen. Mintzberg (bekend van zijn baanbrekend onderzoek op het gebied van leiderschap, organisaties en veranderingen) waarschuwt voor het management 'blauwdruk denken' bij veranderingen. Verandering in organisaties kun je volgens hem niet managen (beheersen), maar moet je vooral begeleiden, ruimte geven en ondersteunen.⁶⁰ Hierbij moet er aandacht zijn voor de menselijke kanten; niet alleen het optimisme en de mooie toekomstdroom, maar ook gevoelens van onzekerheid en weerstanden.

⁶⁰ Mintzberg, H., Lampel, J. & Ahlstrand, B. (2012). *Strategie Safari, Uw complete gids door de jungle van strategisch management* Amsterdam: Pearson Benelux.

Bridges (2019) heeft deze weerstanden – de moeite en strijd die gepaard gaan bij veranderingen in meerdere sectoren – onderzocht en in beeld gebracht.⁶¹ In zijn model hieronder zien we de loop van de curve bewegen van het beëindigen van een oude manier van werken richting een nieuwe manier van werken. Naast enthousiasme over het nieuwe perspectief en toewijding in de ‘bovenstroom’ zien we ook verwarring, somberheid, boosheid en gemopper in de ‘onderstroom’. Er zijn per fase verschillende positieve en negatieve emoties te onderscheiden. De vaak verborgen (gehouden) gevoelens van betrokkenen kunnen (zullen) op allerlei niveaus in de uitvoering ontstaan bij verzekeraars, gemeenten, bestuurder en professionals. Dit behoeft aandacht, omdat de onderstroom de curve richting de nieuwe situatie negatief zal afbuigen. Openheid hierover moet worden nagestreefd.

Figuur 4: Bridges Transition Model (2017)



Eén van de dominante reflexen die Kuhn bij het ontstaan van deze (negatieve) emoties constateert, is het rationaliseren ervan door de (machts-)positie inhoudelijk, juridisch en bestuurlijk te formaliseren. Daarnaast trekt men zich terug door zaken te vertragen of af te wijzen en op het bestaande machtsdomein terug te vallen. Deze beweging om zich terug te trekken binnen het eigen bastion, komen we zowel bij financiers, bestuurders als professionals tegen.

In een sociologisch onderzoek naar multidisciplinair samenwerken op wijkniveau zagen we dat bij een nieuwe samenwerking niet alleen emoties als onzekerheid, boosheid en tegenzin in de ‘onderstroom’ een rol speelden. Ook de emoties en de dynamiek van de deelnemende organisatie werkten door in vergaderingen en overlegmomenten.

⁶¹ Bridges, W. & Bridges S. (2019) *Managing Transitions, Making the Most of Change*, Boston: Da Capo Lifelong Books.



Professionals kregen soms instructies vanuit hun organisatie mee zoals; 'goed positie bewaken en vasthouden!', 'niets toezeggen, hoor!' of 'alleen meedoen als ervoor betaald wordt!' Toen één van de organisaties van de deelnemers (jeugdzorg) in het wijkteam door nieuwe aanbestedingsregels van de gemeente financieel onder druk kwam te staan, werd bij de vraag over een duurzame samenwerking hier geen duidelijk antwoord op gegeven. Men zat dus met 'meerderen' aan tafel die alleen niet direct zichtbaar waren. Ook de negatieve invloed en dynamiek – denk aan teruglopende subsidies, personeelstekort, tijdelijke contracten of wisselingen in afvaardiging van de deelnemers vanuit de verschillende organisaties – werkten negatief door in het tempo en de uitwerking van de beoogde verandering.⁶²

Het is ons opgevallen dat in het document Leidende Principes 1.0 geen aandacht wordt besteed aan deze menselijke kant van de verandering bij respectievelijk de transitie (besturing en organisatie) en met name bij de transformatie (professionals en cliënten). Vanwege het belang hiervan voor het welslagen van het Mentaal Gezondheidscentrum zullen wij hier eerst nader op ingaan en er een advies over uitbrengen.

Helpende strategie bij veranderingen

Bij veranderingen is het dus van belang om niet alleen een rationeel ontwerp (blauwdruk) – dus dat we van A (oud) naar B (nieuw) gaan – uit te tekenen, maar ook om aandacht te hebben voor wat dit voor de betrokkenen en hun instituties doet. Het feit dat een groot deel van de transities binnen de overheid niet lukt in termen van doelen, tijd en resultaat, is gelegen in het te simpel denken over veranderingen en innovaties. Volgens de voormalig directeur van het WODC, Frans Leeuw, komt daar ook bij dat transities niet goed of zelfs helemaal niet worden geëvalueerd. Er mist dus kennis waarom iets wel of juist niet werkt.⁶³

Naast de weerstand die voortkomt uit de bestaande structuren en instituties wordt met name de menselijke factor bij transities zwaar onderschat. Rotmans pleit dan ook voor een interdisciplinaire aanpak bij veranderingen, waarbij naast de (rationele) bestuurlijke en procesmatige, vooral de (sociale) menselijke kanten ruime aandacht krijgen.⁶⁴

In de literatuur en praktijk hebben we vormen en instrumenten gevonden, die helpend zijn om deze emoties en weerstanden een plek te geven, samen te bespreken en te overwinnen.

62 Sijtsma, J. (2020) *Samen werken aan de prachtwijk. Een Mix Method Onderzoek naar de relaties tussen individuen die organisaties in de wijk Beijum te Groningen vertegenwoordigen binnen Sterk Netwerk Beijum, afstudeerscriptie (Msc.) Medische Sociologie van Gezondheid en Welzijn, op basis van prof. dr. G.G. Anthonio, dr. M. Mäs en drs. E. Bruinwoud.*

63 Leeuw, F. (2008) *Gedragsmechanismen achter overheidsregels, Oratie op 23 mei 2008, Universiteit van Maastricht.*

64 Rotman, J. (2005) *Maatschappelijke Innovatie, Tussen droom en werkelijkheid staat complexiteit, Oratie, 3 juni 2005, Rotterdam: Drift*



Praktische handreikingen

In een breed opgezet onderzoek naar verschillende innovaties in de zorg in Nederland komen de onderzoekers vanuit de theorie en praktijk tot een aantal helpende aanbevelingen als het gaat om zowel formele (transitie) als menselijke (transformatie) veranderingen.⁶⁵ Uit dit vrij recente onderzoek komt naar voren dat de hieronder genoemde acht richtlijnen behulpzaam zijn bij transitie in de zorg. Samengevat stellen de onderzoekers dat:

“De ontwikkeling naar een duurzaam gezondheids- en welzijnssysteem is complex en tijdrovend. Het succes ervan hangt niet alleen af van de implementatie van alle acht leidende principes, maar wordt ook beïnvloed door het toepassen van de juiste strategieën op het juiste moment in de ontwikkeling.”⁶⁶

Wat in dit artikel (Van Vooren et al, 2019) behulpzame leidende principes worden genoemd, wordt volgens de definitie van NJ/Movisie richtlijnen of omschrijvingen van leidende principes genoemd. De kern van iedere omschrijving is hier nog steeds een waarde geladen formulering. We volgen de auteurs hierin en houden hun begrip van helpende ‘leidende principes’ bij transitie in de zorg aan.

Acht leidende principes die behulpzaam zijn bij transitie

1. Creëer en behoud betrokkenheid tussen organisaties, terwijl je werkt aan een gezondheids- en welzijnssysteem.
2. Zorg voor wederzijds begrip van normen, waarden en rollen, en creëer vertrouwen.
3. Bepaal de voorwaarden voor verantwoording om zowel successen als risico's te kunnen delen.
4. Zorg ervoor dat regionale overeenkomsten gepaard gaan met politieke steun, zodat beleidsontwikkeling kan worden beïnvloed.
5. Zorg ervoor dat de financiële prikkels afgestemd zijn op overkoepelende systeemdoelen.
6. Zorg voor een leercyclus door het ontwikkelen van een data- en kennisinfrastructuur op zowel organisatorisch als regionaal niveau.
7. Maak betrokkenheid van de gemeenschap mogelijk en krijg inzicht in de behoeften van de gemeenschap.
8. Zorg voor een passende vertegenwoordiging van belanghebbenden en passend leiderschap om de ontwikkeling naar een gezondheids- en welzijnssysteem te bevorderen.

65 J.E van Vooren, B.M. Steenkamer, C.A. Baan & H.W. Drewes (2019) Transforming towards sustainable health and wellbeing systems: Eight guiding principles based on the experiences of nine Dutch Population Health Management Initiatives In: *Journal of Health Policy*, 12 november, vol. 124. p. 37-42.; <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31806356/>.

66 J.E van Vooren, B.M. Steenkamer, C.A. Baan & H.W. Drewes (2019) Transforming towards sustainable health and wellbeing systems: Eight guiding principles based on the experiences of nine Dutch Population Health Management Initiatives In: *Journal of Health Policy*, 12 november, vol. 124. p. 37-42.; <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31806356/>.



Wij adviseren hierin het volgende: een transitie heeft een menselijke en formele (governance) kant. Heb voldoende aandacht voor beide en gebruik een aantal eigen of enkele van de hierboven genoemde leidende principes.

Naast betrokkenheid, leiderschap en passende vertegenwoordiging is het samen leren en ontwikkelen op verschillende niveaus – zowel professioneel als bestuurlijk – één van de belangrijkste aspecten om tot een Mentaal Gezondheidscentrum te komen.

De formele, bestuurlijke kant bij veranderingen

Naast het belang van aandacht voor de menselijke kant bij transities is de bestuurlijke, governance net zo belangrijk. Bij een verandering richt de transitie zich op de besturing van een organisatie en de transformatie zich op de nieuwe manier van werken, het denken en handelen. Naast gesprekken met enkele bestuurders, met leidinggevenden en professionals en door werkbezoeken, hebben we een aantal samenwerkingsovereenkomsten en afspraken – die daarbij zijn gemaakt – bestudeerd. Opvallend hierbij is dat er weinig tot niets of slechts een beperkt aantal zaken in de pioniersfase zijn vastgelegd. Ons dringende advies is de governance aspecten bij aanvang – dus aan het begin van de transitieperiode – uiterst serieus te nemen. Onduidelijkheid, onzekerheid en onnodige incidenten of klachten moeten worden voorkomen. Niet alleen bestuurders hebben steun en duidelijkheid nodig. Ook de leidinggevende en professionals in de uitvoering verdienen in de transitieperiode een goede bestuurlijke steun en organisatorische inbedding en randvoorwaarden.

“Wij hebben een aantal leidende principes en kernwaarden: we doen het samen, we zorgen voor onszelf en voor elkaar, we gaan voor zinnig en radicaal simpel en professionals nemen en krijgen de ruimte. Als men een goed idee heeft die de leidende principes versterkt, krijgen initiatiefnemers ruim baan. Als dit ten koste gaat van andere zaken op het vlak van binnen, buiten, beroep of bedrijf, kijken we eerst of het wel verstandig is en passen we het voorstel in een aantal gevallen daarop aan. Onze bestuurder hanteert deze principes net als wij en dat is essentieel om ons verder door te ontwikkelen”, aldus directeur behandelenzaken.

Terwijl we bij zaken als netwerkvorming en het verkennende gesprek vanuit de theorie en praktijk hebben gekeken, gaan we er ook van boven naar beneden naar kijken. Transitie raakt hiermee de governance, waar we in het volgende hoofdstuk uitvoeriger op in zullen gaan.

Bij een transitie is een aantal – zij het voorlopige en beperkte – afspraken noodzakelijk. Dit gaat niet alleen om de zaak vlot te trekken, in beweging te krijgen, maar ook om een aantal risico's zo veel als mogelijk te voorkomen. Hierbij kunnen we denken aan datalekken, gewelds-, suicide-incidenten, kwaliteitsproblemen (Inspectie), financiële problemen in de verantwoording (accountant, banken, belastingdienst) of tekorten of markttechnische problemen (ACM).



Het gaat hier om een aantal voorlopige afspraken die vastgelegd moeten worden omdat er op termijn naar een duurzame, vaste vorm wordt toegewerkt. Het is dus noodzakelijk maar ook beperkt, omdat niet alles meteen aan de voorkant geregeld hoeft te worden. Als we van boven naar beneden kijken, zijn de volgende zaken bij een geslaagde transitie – wat weer een voorwaarde voor een succesvolle transformatie is – noodzakelijk.

1. Er is politiek-bestuurlijke overeenstemming van de betrokken partijen over de koers, de tijdslijn, de inrichting, de facilitering en de extra middelen voor de realisatie van een landelijk dekkend netwerk van Mentale Gezondheidscentra.
2. Op regionaal niveau worden er – door de betrokken organisaties, GGz, huisartsen en sociaal domein – transitieplannen geschreven, die een regionaal of landelijk budget krijgen om deze verandering te bekostigen.
3. Er is op regionaal niveau overeenstemming tussen de zorgverzekeraar(s) en gemeenten. Zorg ervoor dat de bekostiging van het verkennend gesprek, de andere functies en de randvoorwaarden tijdens de transitieperiode worden gegarandeerd. Tevens wordt via inkoop en declaratieregels geïnvesteerd in een duurzame en betaalbare toekomst waarin de GGz, de huisartsen en het sociaal domein in het MGC structureel worden gefinancierd.
4. Een bijzonder punt van aandacht is, dat als het financiële kader niet groter wordt en er – zoals hier en daar voorzichtig wordt gesteld – personeel en middelen van de GGz naar de eerste lijn (POH-GGz) en/of het sociaal domein toe moeten, omzetverlies, afschrijvingen van huisvesting en ICT-investeringen, extra personele kosten en daarmee gepaard gaande financiële risico's voldoende moeten worden gedekt.
5. De punten 1-4 worden vertaald in regionale transitie-transformatieplannen die worden gesteund door alle politiek en bestuurlijk verantwoordelijken: VWS, zorgverzekeraars en de gemeenten.
6. De bestuurders zullen zelf het voortouw moeten nemen en intern langs verschillende gremia moeten gaan om draagvlak te creëren en adviezen en steun op te halen.
7. Intern zijn dit het management-/directieteam, de medezeggenschapsraden van cliënten en naasten (WMCZ) en van medewerkers (WOR)⁶⁷, (medische) vakgroepen en de Raad van Toezicht. Extern zijn dit de banken, samenwerkingspartners en de subsidiënten waarmee een inkooprelatie bestaat.

⁶⁷ Kuhn, Th. (1962) *De structuur van wetenschappelijke revoluties*, Amsterdam/Meppel: Boom Uitgeverij.



8. Partijen zullen in een aantal gevallen van samenwerking een melding bij de ACM⁶⁸ moeten doen. Het ACM heeft een instrument dat toetst wat bestuurlijk gezien wel en niet kan en wat zakelijk gezien, mag worden gedeeld en afgesproken.⁶⁹ De samenwerking, de mate van integratie en eventueel de uitsluiting van partijen, zal in een aantal gevallen door het ACM worden getoetst op verstoring van de marktwerking.
9. Voor de uitvoering zal een tijdelijke samenwerkingsovereenkomst worden opgesteld. Deze zal worden getekend door de bestuurder voor een bepaalde (transitie)periode en hieruit zullen een reglement of statuut en een aantal afspraken volgen.
10. Bestuurlijk reglement of bestuurlijke afspraken: hierin wordt een aantal afspraken, zoals verantwoordelijkheden, rollen en taken, en het beschikbaar stellen van faciliteiten en middelen, geregeld. Ook worden hier termijnen, doelen en momenten van evaluatie benoemd. Men doet er verstandig aan dit juridisch, fiscaal en bestuurlijk goed te laten toetsen.
11. Kwaliteitsstatuut: hierin worden afspraken gemaakt die de professionals – met name de medisch verantwoordelijken – ondersteunen. Ook worden zaken als ‘waar moet ik zijn voor?’ beschreven: de cliënt, de vertrouwenspersoon, het klachtrecht e.d. De GGz heeft een standaard kwaliteit statuut, maar er is (nog) geen model voor de netwerksamenwerking.⁷⁰ Er zijn voor het gezamenlijke kwaliteitsstatuut verschillende wetten van toepassing, onder andere WGBO, privacywet- en -regelgeving, WvGGz, Wzd, Wlz en bepalingen uit de Wmo en professionele kaders en richtlijnen.
12. Privacyreglement: in samenhang met het kwaliteitsstatuut moet er een privacyreglement – al dan niet met verwerkingsafspraken van betrokken partijen – worden gemaakt. Bij diverse GGz-instellingen zijn goede voorbeelden van een standaardprivacyreglement te vinden, maar in de literatuurstudie en praktijk hebben we geen model voor netwerksamenwerking gevonden.⁷¹
13. Afspraken: dan kunnen er aan de samenwerkingsovereenkomst nog een aantal afspraken hangen. Dit zijn afspraken over de bekostiging en inzet van personeel, de toegang tot informatiesystemen, de manier van in- en externe communicatie, de declaratie van onkosten door medewerkers, hoe te handelen bij calamiteiten en buiten kantoortijden, et cetera.

68 Mintzberg, H., Lampel, J. & Ahlstrand, B. (2012). *Strategie Safari, Uw complete gids door de jungle van strategisch management* Amsterdam: Pearson Benelux.

69 <https://www.acm.nl/nl/onderwerpen/zorg/samenwerking-de-zorg/samenwerking-tussen-zorgwerkgevers-op-de-arbeidsmarkt>.

70 Bridges, W. & Bridges S. (2019) *Managing Transitions, Making the Most of Change*, Boston: Da Capo Lifelong Books.

71 Sijtsma, J. (2020) *Samen werken aan de prachtwijk. Een Mix Method Onderzoek naar de relaties tussen individuen die organisaties in de wijk Beijum te Groningen vertegenwoordigen binnen Sterk Netwerk Beijum, afstudeerscriptie (Msc.) Medische Sociologie van Gezondheid en Welzijn op basis van prof. dr. G.G. Anthonio, dr. M. Mäs en drs. E. Bruinwoud.*

14. Afspraken over de communicatie in en rondom het netwerk van de Mentale Gezondheidscentra is een belangrijk punt van aandacht. Het gaat over de voortgang van de transitie en transformatie en daarmee het vasthouden en versterken van de betrokkenheid van in- en externen. In de staande organisatie zouden een communicatieplan en duidelijke taken en rollen moeten worden vastgelegd. Hierover moeten dus duidelijke afspraken worden gemaakt: wie doet wat en wie is waar verantwoordelijk voor? Afspraken over informatie beheren, het beschikbaar stellen van wachtlijsten en doorlooptijden, is hier onderdeel van. Vaak zien we dat er naast de in- en externe communicatie ook een aantal afspraken over de communicatie naar buiten, zoals bij calamiteiten of vragen vanuit de media moeten worden gemaakt.

Wij adviseren hierin het volgende: niet al deze punten hoeven meteen en tegelijk worden geregeld, maar ze kunnen in de transitieperiode ook niet uitblijven. Het gaat hier om proportionaliteit die in verhouding moet staan tot de opgave en de impact. Dit moet getoetst worden aan de minimale wettelijke kaders waarin moet worden voorzien, zodat leidinggevend en professionals zich voldoende gesteund weten om de verandering in gang te zetten. De bestuurders zijn verantwoordelijk om een risico-analyse te (laten) maken en van daaruit een prioritering op te stellen. De Raad van Toezicht (RvT) adviseren wij hier expliciet op toe te zien. Risicobeheersing moet niet leiden tot verkramping over onnodige beheersmaatregelen. Dit zou kunnen leiden tot verstarring en de innovatie- en veranderkracht uitdoven.

Een extra punt van aandacht zijn de WGBO en professionele richtlijnen zoals het suïcideprotocol en de verplichte meldingen, geweld, mishandeling en misbruik. Deze professionele kaders en dwingende wet- en regelgeving zijn voor BIG-geregistreeerden een serieus onderwerp dat om een adequate oplossing vraagt. Een en ander zal dan ook in het kwaliteitsstatuut moeten worden geregeld. Volgens de WGBO is er al sprake van een behandelovereenkomst als een BIG-geregistreeerde hulpverlener een verward persoon op straat aanspreekt, kalmeert en vervolgens telefonisch hulp van een ambulance inroept. Echter, dit is een eenmalige interventie waarna de behandelovereenkomst ook weer verbroken wordt. Tijdens de interventie is de professional verantwoordelijk en aansprakelijk, maar is dat niet voor de behandeling of interventies tijdens de rit in de ambulance daarna. In diezelfde lijn moet ook het verkennend gesprek worden gezien. Het moet dus duidelijk zijn bij de cliënt dat er (nog) geen doorlopende behandelrelatie is, maar een eenmalige interventie waar de WGBO in het moment op van toepassing is. Pas na de intake, die zo spoedig mogelijk en ten minste volgens de treeknormen moet volgen, wordt de behandelverantwoordelijkheid overgedragen op de GGz. Het informeren van de cliënt over het verkennend gesprek als interventie en duur daarvan en ernaar handelen zijn we in de praktijk tegengekomen (GGz Breburg).



Als we deze actiepunten – die onderdeel zijn van een transitie – overzien, ontstaat er ook wat meer begrip voor de complexiteit van de bestuurlijke opgave hierin. In ons praktijkonderzoek hoorden we geregeld bij bestuurders de verzuchting over 'stroperigheid'.

Door dit overzicht kunnen we enig begrip opbrengen voor waar die stroperigheid mogelijk mee te maken heeft. Ook kunnen er andere zaken zijn die meer aandacht vragen van de bestuurder(s) vanwege de urgentie of de continuering van hun organisatie. Bestuurders geven als bijvoorbeeld aan dat ze gemakkelijker kunnen transformeren in een stabiele en financieel gunstige periode.

"Als we er financieel goed voorstaan, is er meer ruimte en draagvlak voor veranderingen. Ik moet het eerst intern op orde hebben, wil ik de stap naar buiten zetten. Dat is ingewikkeld in een onrustige tijd met veel verandering, relatief hoog verzuim, personele krapte en zware onderhandelingen met de financiers", aldus de bestuurder GGz-verslavingszorg.

Professionals zien enerzijds uit naar vernieuwing en verbetering, maar hebben ook hun bedenkingen.

"Ik ben wel een beetje moe van alle verschillende, tijdelijke pilots en experimenten in onze regio. Het kost allemaal tijd. Er blijft vaak weinig van over en cliënten worden er op termijn niet beter van. We moeten geen pilots meer doen, maar ergens aan beginnen om het dan ook af te maken met gegarandeerde subsidies, goede afspraken en een structurele bekostiging daarna. Anders blijft de dreigende wolk van de tijdelijkheid steeds boven ons hoofd hangen", aldus de huisarts

"Wat voor mij nog een echte aanvulling op deze transitie is, is dat als ik een dossier heb, ik niet telkens opnieuw mijn verhaal hoeft te doen. Iedere hulpverlener die ik toegang geef, kan er dan bij. Er wordt nog veel tijd verspild en ik zou het zelf ook makkelijker vinden. Dan hoeft ik bijvoorbeeld niet naar de apotheek te gaan voor een medicatieoverzicht voor de intake bij de GGz."

"Ik heb een tijdelijk contract als ervaringsdeskundige en schuldhulpverlener dat binnenkort afloopt. Ik werk goed samen met de GGz en de Jeugdzorg. Ik heb nu 53 cliënten, waarvan sommigen forse schulden en psychische problemen hebben. Ik zie veel wisselingen, nieuwe initiatieven voor schuldhulpverlening, maar veel is tijdelijk en het verloop is groot. Ik weet nog niet wie dit van mij overneemt", aldus een ervaringsdeskundige/schuldhulpverlener.



Leidinggevenden en medewerkers geven aan dat ze zich soms onvoldoende gesteund voelen omdat een aantal zaken niet of onvoldoende geregeld zijn. Ook zijn ze bang dat ze in de problemen komen, doordat ze bijvoorbeeld privacyregels overtreden door het delen van informatie die mogelijk tot cliënten te herleiden is, zonder dat daar toestemming voor is gegeven. Anderen maken zich zorgen over: de beperkte toegang tot informatiesystemen, discussies over de declaratie van reiskosten als men voor de ander op pad gaat en de verantwoording van uren en de dekking daarvan.

Wat uit de reacties van professionals ook opvalt, is dat de regio of het gebied waar ze werken ook een verschil uitmaakt. Een huisarts merkt op dat de GGz in zijn perifere regio beperkt aanwezig of beschikbaar is en hij of de POH veel behandelingen zelf doet. Hijzelf maakt om die reden meer gebruik van het sociaal domein, waaronder jeugdhulp, maatschappelijk werk en sociale wijkteams.

Wat werkt wel en wat niet?

Wat we hierboven zien, is dat drie principes – 4, 5, en deels 6 – zich richten op de transformatie, de meer formele kanten bij een verandering. De overige vijf principes richten zich vooral op de onderlinge verhoudingen van betrokkenen, waaronder wederzijds begrip en vertrouwen, betrokkenheid, vertrouwen, het delen van successen, samen leren, het erbij betrekken van de doelgroep en naasten, zorg voor een brede vertegenwoordiging en passend leiderschap. Ook hier zien we opnieuw dat leidende principes enorm behulpzaam kunnen zijn om veranderingen tot stand te brengen. Kortom, naast de formele kanten zijn het vooral de betrokkenen die samen de verandering moeten uitvoeren. Leidende principes gericht op een goede samenwerking, samen leren en open onderlinge verhoudingen zijn daarbij enorm behulpzaam.

Theorie en de praktijk

Bij meerdere werkbezoeken en gesprekken zien we verschillende leidende of vergelijkbare principes terugkomen. In het laatste tussenrapport (3 september 2023) van de Nieuwe GGz/GEM-methode lijkt de verandering sterk van onderop en binnenuit te komen. Meerdere van de genoemde principes komen terug; met name het sterke accent op de samenwerking en onderlinge verhoudingen. Wat minder zichtbaar wordt, zijn de bestuurlijke veranderingen, de financiële kaders en samenwerkingsafspraken voor de langere termijn. Hier lijkt de transformatie sneller te gaan dan de transitie. Het risico is dan dat het initiatief straks afgeremd wordt door politieke, bestuurlijke, organisatorische of financiële aspecten. Wat bij het werkbezoek aan GGz Breburg duidelijk werd, is dat de kracht daar ligt in de samenwerking met de huisarts, met een duidelijke rol voor POH. De open, mensgerichte houding (in plaats van probleem- en ziektegericht) wordt niet alleen ingevoerd in het Mentaal Gezondheidscentrum bij GGz Breburg, maar in de hele organisatie. Het betekent een andere houding, nieuwe vaardigheden en een cultuuromslag, ook op het niveau van management en bestuur.



Wat verder opvalt, is dat bij een groot deel van de hierboven genoemde leidende principes de betrokkenen, bestuurders, professionals en cliënten als experts, meedenkers en medewerkers worden gezien. Deze gedachte vinden we ook terug bij de theorie en praktijk van het waarderend veranderen⁷², waarbij alle betrokkenen gewaardeerd worden vanwege hun specifieke kennis, ervaringen en ideeën.

Dit sluit vervolgens ook goed aan bij herstelgerichte zorg⁷³ en wat in het concept van positieve gezondheid⁷⁴ wordt beschreven: ook de cliënt en naasten worden als deskundigen vanuit hun kracht en mogelijkheden betrokken.

Uit de praktijk

Bij werkbezoeken en bij de interviews nemen we twee kanten van dezelfde medaille, bij de uitspraak 'dat doen we al' waar. Soms ervaren initiatiefnemers dit als een excuus van bestuurders en professionals om niet te hoeven veranderen of mee te doen. En soms wordt dit ook terecht opgemerkt en vraagt dit om een waarderende reactie. Echter, het blijven herhalen van 'wat we al doen' zal een aantal dringende vraagstukken niet tot een oplossing brengen. Meer van hetzelfde doen, levert ook meer van hetzelfde, matige en onvoldoende resultaat op.

In het Mentaal Gezondheidscentrum zitten veel bestaande elementen – zoals de herstelgerichte focus – die professionals reeds in uitvoering brengen in hun eigen werk of samenwerking met anderen. Voorbeelden die zijn genoemd: FACT+-teams, herstelgerichte intake, een GGz-medewerker die gedetacheerd is bij een huisarts en het sociaal domein dat daarop aansluit, et cetera. Ook zijn er organisaties, zoals het Leger des Heils, die stellen dat ze alle functies van preventie tot specialistische GGz en de inzet van naasten en vrijwilligers in huis hebben. Tegelijk geven ze ook toe dat dit niet een landelijk dekkend en soepel werkend model is. Alles in huis hebben, is nog geen garantie voor een soepele overgang van preventie naar begeleiding en/of behandeling. Tegelijk geven ook zij in gesprekken aan dat de samenwerking met partijen als de GGz, verslavingszorg en sociaal domein beter kan. Daar zit de vernieuwing en ruimte tot innovatie en verandering.

Het verschil met 'zo doen we het al' is hier echter dat er nadrukkelijker en samen duurzaam wordt gewerkt met meerdere partijen. Leidende principes worden daarbij duidelijker en met omschreven doelen en resultaten uitgevoerd. Een transitie naar Mentale Gezondheidscentra is dan ook een volgende stap. Het is de versterking en verrijking van dat wat al op meerdere plaatsen of methoden wordt gedaan, maar nog een breed verspreide aanpak moet worden.

72 Masselink, R. e.a. (2020) *Veranderen met Appreciative Inquiry, Waarderend Actieonderzoek in de Praktijk*. Amsterdam: Boom Uitgeverij.

73 <https://www.GGZstandaarden.nl/generieke-modules/herstelondersteuning/herstelondersteuning>.

74 <https://www.iph.nl/positieve-gezondheid/wat-is-het/>.

Op een beperkt aantal plaatsen bleek dat leidende principes – die weliswaar goed zijn geformuleerd – niet aansluiten bij de praktijk of leiden tot een verkeerde dwang en aanspreekcultuur. Als een organisatie bijvoorbeeld in financieel zwaar weer komt of wanneer banen op de tocht staan, wordt het investeren in veranderingen als een verkeerde beweging op een verkeerd moment gezien. Leidende, cliëntgerichte principes en zaken als normering van de wachttijden leiden bij een chronisch personeelstekort niet tot motivatie en verbinding, maar tot gevoelens van onmacht. Deze vormen van het niet aansluiten van leidende principes bij de praktijk leiden tot vervreemding, cynisme en weerstand.

Wat enorm behulpzaam is bij het realiseren van de formele, bestuurlijke kant is dat leidinggevende en medewerkers zich door het bestuur gesteund weten en ervaren dat een aantal zaken die nodig is om te transformeren, goed en tijdig geregeld is. Wat enorm belemmerend werkt, is als zaken rondom financiën, declaraties, toegang tot informatiesystemen en dergelijke niet goed geregeld zijn. Dit kan tijdelijk het geval zijn en dan wordt het ook geaccepteerd. Maar als dit voortdurend als een belemmering wordt ervaren, haken medewerkers af. Leidende principes die goed vanuit een breed draagvlak worden geformuleerd en die gepast worden ingezet, verbinden mensen in het heden en bieden met elkaar een wenkend perspectief in de toekomst.

Wij adviseren dan ook de leidende principes ten aanzien van de transitie op een andere, krachtige manier te formuleren en in te zetten dan nu in versie 1.0 wordt gedaan. Daar vinden we omschrijvingen, kaders en afspraken in terug, die herleid kunnen worden tot een aantal krachtige leidende principes. Verder moet een aantal randvoorwaarden en governance zaken (proportioneel) op orde zijn, omdat dan vanuit de transitie (bestuurlijk en organisatorisch) de transformatie (verandering werkwijze en uitvoering) kan worden gerealiseerd.

Na dit hoofdstuk over de verandering, transitie en transformatie zullen we hierna ingaan op de governance aspecten. Een groot aantal aspecten van de formele en dus ook de governance kanten zijn hierboven al besproken. We zullen alleen die zaken noemen die relevant zijn voor de realisatie van de staande organisatievorm van het Mentaal Gezondheidscentrum.

6.1. Samenvatting en advies

De transitie: Mentaal Gezondheidscentrum

Samenvatting

Ingrijpende veranderingen in en met organisaties bestaan uit 1. de transitie (besturing en organisatie) en 2. de transformatie (nieuw denken en handelen). Naast de formele aspecten moet er voldoende aandacht zijn voor de menselijke kant, waarbij zaken als onzekerheid, spanningen en weerstand een rol kunnen spelen. Transitie vragen om een specifiek soort leiderschap, dat naast verbindend ook vooruitstrevend is. Er moeten bij een transitie ook een aantal governance-, formele zaken goed geregeld worden.

Wat werkt wel?	Wat werkt niet?	Overige punten
<p>Leidende principes zo blijkt uit de theorie en praktijk zijn essentieel. Ze zijn de verbinding, de lijm tussen mensen en organisaties.</p> <p>Bij aanvang van een transitie moeten een aantal governancezaken goed geregeld zijn, zoals:</p> <ul style="list-style-type: none"> - samenwerkings-overeenkomst, - kwaliteitsstatuut, - en een privacyreglement, <p>Duurzame financiering door gemeenten en verzekeraars. Zij zouden gezamenlijk de transitieplannen om te komen tot een MGC, moeten beoordelen en steunen. En daarna deze verduurzamen via de contractering en declaratiemogelijkheden.</p>	<p>Blauwdrukdenken en handelen, te veel details regelen en daarmee de innovatieruimte en -kracht inperken. De professional wordt hiermee uit het oog verloren.</p> <p>Te weinig regelen, waardoor er rol-, taak- en verantwoordelijkheden- onduidelijkheid ontstaat.</p> <p>Onduidelijkheid over het gezamenlijke en financiële toekomstperspectief (tijdelijke subsidies).</p> <p>Gedeeld leiderschap, zonder duidelijke sturing zoals door een transitie-manager o.i.d.</p> <p>Spanningen en problemen die vanuit de eigen organisatie doorwerken binnen het samenwerkingsverband.</p>	<p>Er wordt in LP-versie 1.0 (nog) weinig aandacht besteedt aan de verandering, de transitie en transformatie.</p> <p>Kwaliteitsstatuut Er zijn voor het gezamenlijke kwaliteitsstatuut verschillende wetten van toepassing, o.a. WGBO, privacywet- en regelgeving, WvGGz, Wzd, Wlz en bepalingen uit de Wmo en professionele kaders en richtlijnen.</p> <p>Juridische weerstand: <i>"Soms weet ik niet meer wat ik moet doen. Ik hoor van juristen wat allemaal niet kan, maar ik heb in deze fase meedenkers nodig om de netwerksamenwerking in mijn gemeente verder vlot te trekken."</i> Transitie-manager sociaal domein.</p>



Kernadvies

Regel vanaf het begin een aantal governancezaken waaronder een samenwerkingsovereenkomst, professioneel statuut en privacyreglement. VWS, gemeenten en zorgverzekeraars moeten de transitieplannen goedkeuren en verduurzamen. Richt je daarbij niet alleen op 'waarom', 'wat' en 'hoe', maar vooral op 'wie' het gaat doen (medewerkers).

7. Governance

In dit hoofdstuk zullen we nader ingaan op de governance – het bestuur en toezicht – dat noodzakelijkwijs ingericht moet worden als voorwaarde om tot een Mentaal Gezondheidscentrum te komen. Terwijl we in het vorige hoofdstuk hebben gekeken naar de transitie beginnen we hier met het resultaat voor ogen; de governance van de nieuwe staande organisatievorm. Hierover wordt door de IZA-werkgroep MGC/VG als leidend principe het volgende gezegd:

“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 kunnen vijf rollen worden onderscheiden: beleid, informatie, uitvoering, monitoring en inroepbaar. Een ketenpartner vervult ten minste één van deze rollen, maar kan ook alle rollen vervullen.

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

Versie 1.0 Dia 20

Het Mentaal Gezondheidscentrum is een samenwerkingsverband met netwerkpartners: GGz, huisartsen en het sociaal domein. Daaromheen bevinden zich overige netwerkpartners, die geen onderdeel van het formeel samenwerkingsverband zijn, maar wel een rol en contact hebben met het MGC.”

In deze omschrijving worden erop zich geen leidende principes van de governance genoemd. Het is wel een omschrijving van hoe de nieuwe netwerkorganisatie eruit komt te zien; met een aantal kernpartners en een schil er omheen. Daarbij wordt de GGz-instelling als regievoerder aangewezen. Dit betekent dat het zwaartepunt voor het goed inrichten van de governance daar komt te liggen.



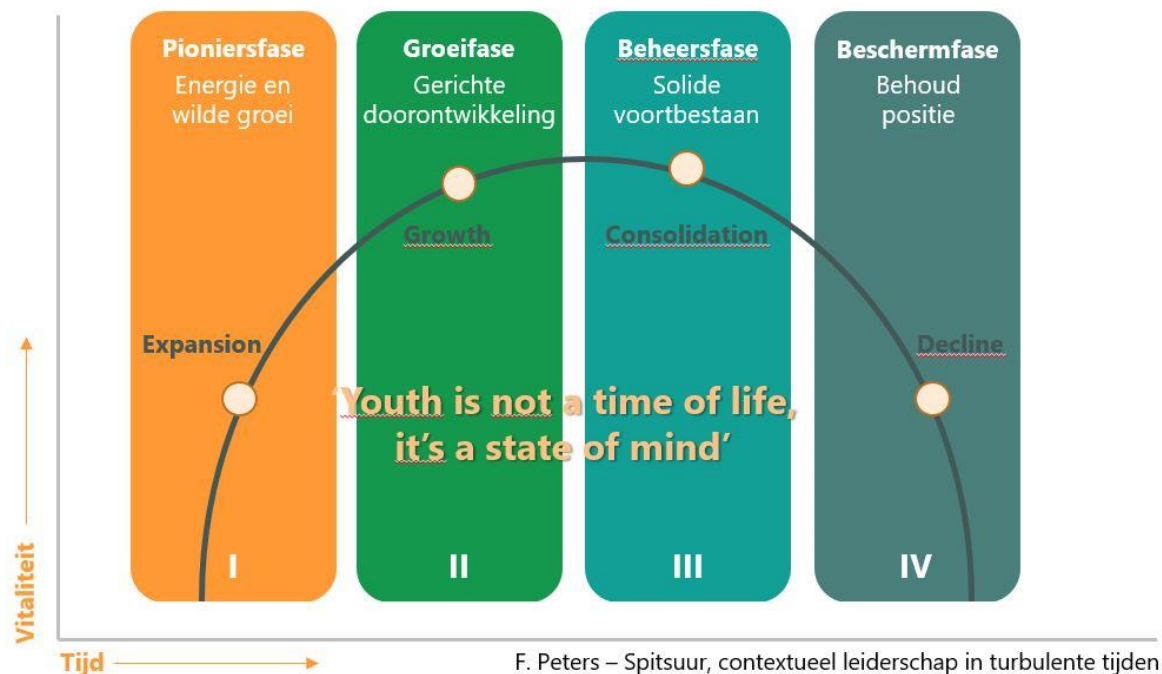
Hieronder zullen we aan de hand van theorie en praktijk dit onderdeel bespreken. We beginnen met de theorie en kijken vervolgens naar handreikingen en de praktijk. Governance kent een aantal formele, wettelijke en bestuurlijke spelregels die – afhankelijk van de opgave en mate van integratie van de deelnemende organisaties – wel of niet aan de orde kunnen zijn. We beginnen bij de context van de deelnemende organisaties en het benodigde leiderschap om een nieuwe organisatievorm te organiseren. Daarna zullen we een aantal governance vraagstukken vanuit de theorie en praktijk – met inbegrip van de wettelijke kaders – aan de orde stellen.

Leiderschap en organisatieontwikkeling

Governance – de besturing en toezicht – heeft een directe relatie met leiderschap. Het zijn ‘leiders’ die de posities bekleden en invulling geven aan hun verantwoordelijkheden. De bestuurlijke opgave en de inrichting daarvan hebben allereerst te maken met de fase van ontwikkeling van de organisatie. Als we een GGz-instelling, de huisartspraktijk en het sociaal domein samenbrengen, zit er niet alleen een groep professionals aan tafel, maar werkt de dynamiek van de organisatie ook door in de houding van de deelnemers. Dit zal merkbaar kunnen zijn bij bijvoorbeeld een verkennend gesprek, een casusbespreking of een domein-overschrijdend gesprek. De dynamiek van de organisatie en de positieve of negatieve invloed die daarvan uitgaat, werkt door naar toezichthouders, bestuurders en professionals. Onzekere tijden met financiële krapte in de organisatie hebben effect op de ruimte die professionals ervaren en de toezeggingen die ze kunnen doen.

In de literatuur vinden we hier verschillende modellen over. Hieronder zien we het vitaliteitsmodel (Galan Groep, 2002), die aangeeft in welke fase een organisatie en soms ook onderdelen ervan, zich bevinden.⁷⁵

⁷⁵ <http://spitsuur.com/reisplanner/vitaliteitsmodel/> De Galan, W., Seifert, C., & Thijse, R. (2022). *De Paradijsvogel, Over implementatie van fusies en acquisities*. Amsterdam Business Bibliotheek.

Figuur 5: Vitaliteitsmodel

Wat we hierboven zien, is in grote lijnen een deel van de cyclus die organisaties doormaken. Van 'geboorte' tot (bijna) sterven, daarna eventueel weer verder groeien en alles wat daar aan ontwikkelingen en opgaven tussenin ligt. Iedere fase heeft een eigen leiderschapsopgave en werkt dus door op de strategie, houding en de mate van commitment van de deelnemende organisaties. Bij een netwerksamenwerking moet de dynamiek van de organisatie worden meegewogen; of en op welke manier een organisatie meedoet. Wat kan de organisatie leveren, waar zit de innovatiekracht en ruimte en is er voldoende bestuurlijke aandacht beschikbaar? Ons eerste advies is om naast de formele kanten van de governance, 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. De veerkracht en energie (youth) is nodig om telkens door naar de volgende fase te gaan en na de 'boog' de cyclus opnieuw te doorlopen vanuit de 'vernieuwing' (fase 1) door naar fase 2, de groei enzovoort.



Het tweede punt gaat om de nieuwe organisatievorm. Dit betekent dat niet iedere (project)leider en professional past in die eerste fase van de geboorte van het Mentaal Gezondheidscentrum; een fase met een enorme expansiedrift en (nog) weinig structuur. Op het moment dat de nieuwe organisatie zich verder ontwikkelt en er meer zaken vastgelegd en geregeld moeten worden, zullen de leiders en professionals van het eerste uur zich mogelijk terugtrekken. Ze zullen de derde fase van stabilisering als beknellend, bureaucratisch en dus als minder aantrekkelijk kunnen ervaren. In die eerste twee fasen zijn mensen met lef en een pioniersgeest behulpzaam, terwijl in de derde fase wat meer formalistische leidinggevers en professionals nodig zijn.

Na de vierde fase (die buiten het model valt) moet er opnieuw gepioneerd worden en is de 'kartrekker'-groep uit de eerste fase weer meer van nut. Ons tweede advies is om bij de ontwikkeling van een nieuwe organisatie doelgericht pioniers aan te trekken of ruimte te geven en aan te stellen. Dit vanuit het idee dat in de transitiefase een deel van hen als inspirator en verbinder (aanjager) op hun best is en tijdens de consolidatiefase minder werkplezier ervaren of zelfs afhaken.

Governance en inrichtingsvraagstuk

In het hoofdstuk over de transitie zijn we reeds uitvoerig ingegaan op een reeks van governance vraagstukken, die om inrichting en borging vragen. In dat hoofdstuk wordt de routemap – waarlangs besluitvorming in het kader van de governance moet plaatsvinden – beschreven. Het grote verschil met wat tijdelijk was, wordt nu geborgd in de staande, nieuwe organisatievorm. In de Wet op de Ondernemingsraden (WOR) zien we dat voor tijdelijke zaken – zoals pilots en experimenten – alleen informatieplicht geldt, maar dat er geen advies of instemming nodig is. Veel bestuurders maken dan ook dankbaar gebruik van die (terechte) ruimte om zaken te onderzoeken en uit te proberen. Het betekent echter ook dat als men vindt dat het experiment geslaagd is en men het doorzet richting een formele en duurzame nieuwe organisatievorm, de route langs de verschillende gremia en medezeggenschap nog wel afgelegd moet worden. Als de innovatie ook gepaard gaat met ingrijpende veranderingen, zoals het overhevelen van budget, personeel en het sluiten of afstoten van locaties en taken naar de eerste lijn of het sociaal domein, zal dit de nodige discussie bij de medezeggenschap en toezichthouders opleveren. Ons derde advies is dan ook om aan het begin van de transitiefase, de route en (mogelijke) impact meteen helder te maken. Dit, zodat die discussie niet aan het einde van de transitieperiode plaatsvindt en dus pas besproken wordt als het tijd is voor het bestendigen van de nieuwe organisatievorm.

Netwerk een complexe bestuurlijke opgave

Er zijn allerlei vormen van netwerkorganisaties die ieder hun eigen kenmerken en bestuurlijke inrichting hebben (Kenis & Cambré, 2022).⁷⁶ De complexiteit van de opgave die door de IZA-werkgroep MGC/VG geformuleerd wordt, zit erin dat er sprake is van een netwerk met een team van vaste en gelijkwaardige partners met daaromheen ook organisaties die aangesloten zijn op basis van behoeften of vragen en die ad hoc kunnen worden ingeschakeld. Dit is een begrijpelijke mix van een formeel en minder formeel verband, die behulpzaam is bij het realiseren van de doelstelling.

Tegelijk worden er ook zaken centraal geregeld, die als leidende principes zijn opgenomen:

- We lezen dat er sprake is van informatieverzameling en deling op bestuurlijk, proces en inhoudelijk niveau (o.a. dia 15, 16, 17) en verantwoording van (wachtlijst)ontwikkelingen en resultaten aan het NZA en het aanleveren voortgangsgegevens in het kader van het IZA in verband met de monitoring (dia 24).
- Er wordt zorginhoudelijke informatie gedeeld en besluiten over cliënten worden vastgelegd bij verkennende gesprekken, de verschillende functies en werkprocessen (onder andere dia 11, 13, 14 en 27).

Deze vorm van het centraal beleggen van een aantal taken en faciliteiten vraagt ook om een bestuurlijke inrichting. Het gaat bijvoorbeeld om de verantwoording en om goed en veilig beheer van de datastromen en de cliëntgegevens conform de AVG en de professionele richtlijnen hierin. Opvallend is dat er verder weinig over personeel, inzet en uren verantwoording, taken en bevoegdheden wordt gezegd in de 1.0-versie.

In de praktijk zien we op deze punten schuurplekken ontstaan op het moment dat het in de governance (nog) niet is geregeld:

“We weten dat we tegen de grens van de AVG zitten en we er – in het belang van de cliënt tijdens onze overleggen – misschien wel eens overheen gaan. We slaan nu gegevens van cliënten tijdelijk op een server van de gemeente op”, aldus de projectleider.

“Het wordt nu wel tijd dat we een aantal zaken gaan vastleggen. Het pionieren is mooi, maar mensen zijn ook onzeker over wat wel en niet kan en wat hun handelingsruimte (mandaat) is”, aldus de gedragswetenschapper.

⁷⁶ Kenis, P., & Cambré, B. (2022) *Organisatie Netwerken. De organisatievorm van de toekomst*. Kalmthout: Pelckmans.

“Ik maak nu veel indirecte tijd. Mijn GGz-organisatie betaalt dat in deze ontwikkelfase, maar ik weet niet hoe dat straks moet”, aldus de gz-psycholoog.

“In ons overleg nemen we besluiten, maar die worden niet altijd door de andere organisaties en die van mij uitgevoerd. Ik ga immers niet over de (crisis)bedden in de kliniek of de capaciteit binnen de ambulante zorg. En ik ga ook niet over de wachtlijst met andere patiënten die regulier bij ons instromen. Dan zou een verkennend gesprek straks een soort versnelde route worden. Daarom is vaak een domeinoverstijgend casusoverleg nodig.” Gedragswetenschapper GGz.

“Het is voor mij een worsteling hoe ik met mijn medische verantwoordelijkheid om moet gaan als er zaken besproken worden, zoals mishandeling, misbruik of suicidaliteit. Als ik er weet van heb, voel ik me ook medeverantwoordelijk. Ik denk zelfs dat ik dan ook formeel verantwoordelijk ben en dus aansprakelijk”, aldus de spv'er, aangesloten bij een wijkteam.

Verder horen we in de gesprekken en zien we in de samenwerkingsovereenkomsten die we hebben bestudeerd, nog weinig terug over zaken als het klachtrecht van de cliënt of de rol van vertrouwenspersoon voor de cliënt en naasten. Er komt een moment dat een belangenvereniging van de cliënten of de Inspectie hiernaar zal vragen. Voordat we hierin een advies uitbrengen, zullen we eerst kijken naar wat behulpzaam is en in hoeverre wettelijke kaders hierin richtinggevend kunnen zijn.

Uitwerking en oplossingsrichting

Er is in de wetenschappelijke en professionele literatuur beperkte informatie te vinden over hoe men een goede besturing- en governance structuur inricht bij netwerkorganisaties of vormen daarvan. Dit is ook een relatief nieuw gebied dat – zoals wij in de theorie en praktijk hebben gezien – zich vaak nog in een pioniersfase bevindt.

Bij het kiezen van de meest passende vorm van besturing en toezicht zijn de wettelijke kaders van belang. De Governance Code Zorg richtte zich echter op de klassieke organisatie als entiteit. De herijking van de code in 2022 heeft tot een verbreding van de code geleid.⁷⁷ Dit betekent dat de principes van de code ook doorwerken en toepasbaar zijn voor samenwerkingsverbanden en netwerken. Bestuurders en toezichthouders van de betrokken organisaties dragen hierin dus een eigen en gezamenlijke verantwoordelijkheid (Minkman et al 2023).⁷⁸

⁷⁷ <https://www.governancecodezorg.nl>.

⁷⁸ Minkman, M. (2023) *Toezen op samenwerken: naar een verantwoord samenspel*. Haarlem: Mediawerf.

Ook in de meest recente publicaties – zoals die hiervoor is genoemd van Minkman et al (2023) – vinden we geen sluitend, passend antwoord op hoe de besturing en het toezicht bij een Mentaal Gezondheidscentrum het beste kunnen worden ingericht. Dit betekent maatwerk waar specialistische ondersteuning en waar mogelijk voorbereidend een aantal landelijk vastgestelde handreikingen gewenst zijn. Wel vinden we in de literatuur en in de versie 1.0 een denkrichting die behulpzaam kan zijn om een aantal zaken formeel en passend binnen de wet te regelen. Bij de leidende principes over de transitieperiode en de inrichting van de nieuwe organisatie vinden we de volgende formulering:

Regievoerder in de regio van MGC

Doelen en de governance zijn altijd onderdeel van regionale samenwerkingsafspraken. De regievoerder, de GGZ Kerninstelling neemt het voortouw bij de overeenkomsten en het monitoren van de beoogde effecten in de drie domeinen (versie 1.0 dia 21).

Dit betekent dat er dus sprake is van een netwerkorganisatie met een binnenste ring met vaste partners, bestaande uit de GGz (kerninstelling), huisarts (partner) en het sociaal domein (partner) en daaromheen een ring van diverse instellingen die deel uitmaken het netwerken als ad-hoc partners. De inrichting van het geheel is in hoofdlijnen uniform, maar kent regionale verschillen vanwege de beschikbaarheid en omvang van de verschillende organisaties. Duidelijk hierbij is dat de afzonderlijke organisaties een aantal vraagstukken en problemen niet zelf kunnen oplossen en elkaar daarvoor nodig hebben. Naast de horizontale, gelijkwaardige samenwerking is er een GGz-instelling die het voortouw neemt en waar een aantal taken en verantwoordelijkheden kunnen worden belegd.

Ontbreken van wettelijke kaders

In tegenstelling tot de overheid die kan terugvallen op de Wet gemeenschappelijke regelingen (Wgr)⁷⁹ – waarin kortgezegd de bevoegdheden van de deelnemers aan een samenwerkingsverband, de bestuurlijke ruimte van de deelnemers, de rollen, taken en verantwoordelijkheden zijn geregeld – kent de zorg geen vergelijkende regeling. Integendeel, het mededingingsregime van de ACM wordt vaak als nodeloos knellend en beperkend ervaren.

Dit wordt bijvoorbeeld zichtbaar in een onlangs genomen besluit van de Wet toetreding zorgaanbieders (Wtza); dit zorgt voor een aangescherpte onafhankelijkheid van interne toezichthouders van verschillende gunning plichtige zorgaanbieders. Hierdoor mogen bestuurders van samenwerkende zorginstellingen niet meer fungeren als toezichthouder van hun gezamenlijke organisatie.

⁷⁹ <https://wetten.overheid.nl/BWBR0003740/2022-07-01>.



Daar komt bij dat de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz)⁸⁰ en de Wet marktordening zorg (Wmz)⁸¹, met extern toezicht door IGJ en de NZa, zich alleen kunnen richten tot de individuele zorgaanbieders en niet tot het netwerk of samenwerkingsverband (Minkman, et al. p.119-120).

Dit betekent dat de governance structuur van een netwerksamenwerking mag en moet handelen binnen de kaders van de op de deelnemende zorg- en welzijnsinstellingen van toepassing zijnde wet- en regelgeving. De kaders voor samenwerkingsverbanden en netwerkorganisaties van welzijns- en zorginstellingen zijn dus nergens door de overheid in een wet- of regelgeving vastgelegd. De tijd lijkt ondertussen wel rijp dat de overheid een handreiking of wet- en regelgeving op dit punt opstelt. Het goede nieuws voor dit moment is dat er relatief veel ruimte is om domeinoverstijgende regionale samenwerkingsverbanden in de zorg en welzijnssector samen in te richten. Uiteraard moet ook dit telkens binnen de bestaande (aanpalende) wettelijke kaders plaatsvinden en in een aantal gevallen door de ACM worden getoetst.

“Soms weet ik niet goed meer wat ik moet doen. Ik hoor van juristen wat allemaal niet kan, maar ik heb in deze fase meedenkers nodig om de netwerksamenwerking in mijn gemeente verder vlot te trekken”, aldus de manager sociaal domein.

“Het is wel fijn dat we nu écht de ruimte krijgen, we mogen in principe binnen onze mogelijkheden alles doen wat goed is voor de cliënt”, aldus de gedragswetenschapper.

Kenmerkend voor een netwerkorganisatie is co-creatie en samenwerking op basis van gelijkwaardigheid met behoud van zelfstandigheid, bevoegdheid en verantwoordelijkheid. Bij een netwerkorganisatie gaat het om een horizontale samenwerking, waarbij er sprake is van nevenschiktelijke posities. In het geval van het Mentaal Gezondheidscentrum gaat dit voor de verschillende functies, de werkprocessen en ieders bijdrage ook op.

In het geval van het Mentaal Gezondheidscentrum heeft een kerninstelling – de GGz-instelling – een leidende en centrale rol tijdens de transitie. Ook zullen er bij deze kerninstelling (GGz-instelling) in de staande nieuwe organisatie een aantal zaken moeten worden belegd. Hierdoor ontstaat er op een aantal onderdelen een andere, dus geen gelijkwaardige verhouding in het netwerk.

⁸⁰ <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/kwaliteit-van-de-zorg/wet-kwaliteit-klachten-en-geschillen-zorg>.

⁸¹ <https://wetten.overheid.nl/BWBR0020078/2023-10-01>.



Deze onderdelen zijn onder andere:

1. initiatiefnemer, voortrekkersrol namens de partners van de regionale transitie naar een Mentaal Gezondheidscentrum;
2. beheerder van sturingsinformatie, zoals wachtlijsten en doorlooptijden;
3. beheerder van cliënteninformatie, conform AVG-code;
4. beheerder en opsteller van het kwaliteitsstatuut, waarin de professionele kaders en klachtrecht en dergelijke worden vastgelegd;
5. levert namens de netwerkpartners monitoringinformatie aan;
6. stelt waar nodig namens de samenwerkingspartners personele kaders rondom projectleiding, inhuur derden, verrekening ureninzet en declaratie regels en dergelijke op.

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. Deze rol en taken van de kerninstelling vragen om een extra inspanning waarvoor middelen en mensen moeten worden vrijgemaakt. De vraag is in hoeverre dit verstorend is voor het gedeelde belang, waarbij in het voorgestelde model van het Mentaal Gezondheidscentrum een aantal zaken centraal belegd en kwalitatief geborgd en beheerd gaan worden. De transitie en bestuurlijke inrichting kennen een aantal centrale taken bij één van de partners. Andere partners nemen ook één of meer taken op zich, zoals beleid, informatie, uitvoering, monitoring en inroepbaar (dia 20). Bij de transformatie, de uitvoering, hoeft dit verschil amper zichtbaar en voelbaar te zijn, omdat op basis van inhoud en expertise gelijkwaardig wordt samengewerkt. In die zin staat de transitie (bestuurlijk, organisatorisch) ten dienste van de transformatie (nieuwe werkwijze en uitvoering).

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.

7.1. Samenvatting en advies

De governance: Mentaal Gezondheidscentrum

Samenvatting

De inrichting van de governance van de staande organisatie is uitgebreider dan die tijdens de transitiefase. Tijdelijke overeenkomsten en afspraken worden omgezet naar vaste, en financiers verduurzamen de tijdelijke fase via de contracteringsrelaties. De bestuurders hebben een forse taak om de medezeggenschap, de inspraak van (medische) vakgroepen en instemming van de Raad van Toezicht naast ACM en de juridische en fiscale toetsing en alle governancezaken geregeld te krijgen.

Wat werkt wel?

Neem de tijd: een transitie kost tijd evenals de inrichting van een nieuwe, netwerk-organisatievorm waar meerdere partijen bij betrokken zijn.

Neem alle medewerkers in de staande organisatie bij de transformatie mee in de nieuwe manier van denken en handelen.

Risico's worden afgedekt door zaken formeel goed te regelen, maar vooral ook doordat men een open en lerende cultuur nastreeft. Handhaaf een 'leer-werkplaats' ook in de nieuwe organisatie op alle niveaus: professionals, managers en bestuur.

Zorg voor een goed in- en extern communicatieplan en verantwoordelijkheden hierin.

Wat werkt niet?

Regel de belangrijkste zaken in de governance, maar wees wel proportioneel.

Als managers en bestuurder niet meegaan in het samenwerken, ervaren en leren zal de innovatie zich vervreemden van het bestuur.

Onduidelijkheid over wie waarover in- en extern communiceert vanuit de netwerkorganisatie, hetgeen zichtbaar wordt bij calamiteiten en als de politiek of media betrokken raakt.

Overige punten

Toetsing

Doe tijdig een aantal cruciale toetsen rondom wet- en regelgeving zoals Nza, ACM en juridische en fiscale risico's

Integratie

Naarmate er sprake is van meer integratie tussen instellingen (bestuurlijke of juridisch samengaan) is er meer eenduidige governance nodig. In samenwerkingsverbanden kan men grotendeels leunen op de bestaande governance.

Basismodel

Het zou behulpzaam zijn als er landelijk een model-samenwerkingsovereenkomst, professioneel statuut en privacyreglement worden opgesteld die regionaal kunnen worden aangepast.

Kernadvies

Regel vanaf het begin een aantal governance zaken waaronder een samenwerkingsovereenkomst, professioneel statuut en privacyreglement. VWS, gemeenten en zorgverzekeraars moeten de transitieplannen goedkeuren en verduurzamen. Richt je daarbij niet alleen op 'waarom', 'wat' en 'hoe', maar vooral op 'wie' het gaat doen (medewerkers).



Slotwoord

In dit slotwoord willen we alle betrokkenen, meedenkers en tegenlezers bedanken. Ook dank voor de klankbordmomenten met diverse betrokken deskundigen. Jullie hebben ons advies aangescherpt en op onderdelen versterkt. Dank vooral aan de professionals en leidinggevenden die – op verschillende manieren – al bezig zijn om de samenwerking tussen de eerste lijn, huisartsen, het sociaal domein en de GGz te vernieuwen. Daar is moed en doorzettingsvermogen voor nodig. En tot slot dank aan de burgers, de cliënten en ervaringsdeskundigen die hun ervaringsverhalen met ons hebben willen delen. Hun verhalen raken en inspireren tegelijk. Het is hun verhaal dat ons in beweging zet richting een Mentaal Gezondheidscentrum, waarbij men snel geholpen wordt en passende zorg krijgt vanuit de herstelgedachte. Vanuit een brede visie op de mens wordt er samen gekeken naar wat nodig, helpend en beschikbaar is. Met dit rapport hopen wij een bescheiden bijdrage te leveren aan die ontwikkeling en beweging naar een betere en geïntegreerde vorm van zorg en ondersteuning voor mensen met mentale problemen en problemen op andere levensgebieden.

Bijlage 1: Voorbeelden van 'krachtige' leidende principes

1. Ja, dat gaan we samen zo doen!

Toelichting: we⁸² gaan in lijn met het IZA en de schets van het Mentaal Gezondheidscentrum samen aan de slag conform de planning. Dit betekent dat bestuurders 100% commitment afgeven. Managers nemen de organisatievorm en facilitering ter hand nemen en de professionals gaan hierin samenwerken. Suggesties van cliënten, hun naasten, ervaringsdeskundigen en professionals richting de leiding, die binnen de doelstelling passen, worden vanuit het principe 'Ja, dat gaan we zo doen' opgepakt. Het is ja, maar er is ook een tenzij. Als het onmogelijk of te risicovol is, wordt het uiteraard niet uitgevoerd! We nemen hiermee afscheid van de 'ja, maar'-houding en verruilen deze voor de 'Ja, dat gaan we zo doen, tenzij!'-houding. 'Tenzij' is geen excuus, maar is ter voorkoming dat er grenzeloos overal 'ja' tegen wordt gezegd. Een voorbeeld hiervan is dat een huisbezoek bij een verward persoon – hoe moedig en ervaren een professional ook is – niet alleen (zonder een collega erbij) zal worden uitgevoerd. Tevens is er binnen het Mentaal Gezondheidscentrum – als de lokale praktijk er om vraagt – maatwerk mogelijk, zoals ook in het IZA is beschreven. Het 'ja, tenzij'-principe wordt geborgd in een samenwerkingsovereenkomst, die tussen de lokale, verantwoordelijke bestuurders, de zorgverzekeraar(s) en gemeente(n) wordt gesloten.

2. Al doende leren wij samen!

Toelichting: we werken samen vanuit de gedeelde visie en kaders. We staan elkaar en onszelf toe, dat als we beginnen en onderweg zijn, we niet alles weten of kunnen. In plaats van blauwdruk(ontwerp)-denken, stellen we ons (procesmatig) lerend op. Dit is een grondhouding van de deelnemers die ook wordt geformaliseerd. Per Mentaal Gezondheidscentrum wordt er een leerplaats (atelier, academie, leerhuis) ingericht om dit principe van 'doen en leren' te borgen.

3. Problemen lossen we in ons netwerk samen op!

Toelichting: we gaan problemen niet uit de weg en verschuiven ze ook niet naar de ander. We zijn gezamenlijk verantwoordelijk voor de uitdagingen en het verzilveren van kansen en mogelijkheden. Problemen binnen het samenwerkingsverband van een Mentaal Gezondheidscentrum worden dus niet naar elkaar doorgeschoven, maar samen opgelost. Dit is een grondhouding, die ook wordt geborgd doordat men in voorkomende gevallen extra overleg pleegt om tot een oplossing te komen of (bij uitzondering) escaleert naar de bestuurders. Als er spanning ontstaat, vermijden we elkaar niet, maar zoeken we elkaar juist op.

⁸² Als hier het woord 'we', 'samen' of 'wij' gebruikt wordt, gaat het om medewerkers van de GGz, huisartsen en professionals uit het sociaal domein.



Deze houding en afspraken over hoe te escaleren, worden in de samenwerkingsovereenkomst vastgelegd. Waar nodig, wordt er training of bijscholing verzorgd tussen professionals en ervaringsdeskundigen waarbij van casuïstiek wordt geleerd. Tevens wordt men getraind in het voeren van het goede gesprek, ook als het spannend is (in de vorm van een open dialoog). Deze training gaat niet zozeer over de inhoud, maar gaat over hoe gaan we het met elkaar aan als het spannend wordt en hoe lossen we het samen op.

4. We denken en handelen vanuit een meervoudig perspectief!

Toelichting: we werken samen en we bekijken vraagstukken vanuit een meervoudig perspectief. We kijken niet zozeer naar het probleem en naar wat niet kan, maar we kijken naar oplossingen en naar wat wel mogelijk is. We gaan daarbij uit van de mogelijkheden van de cliënt en naasten en kijken naar welke organisatie of professional het beste kan bijdragen aan het stabiliseren of herstel van de cliënt. We zorgen er samen voor dat de cliënt tijdig de juiste en meest passende zorg krijgt binnen de mogelijkheden en middelen die beschikbaar zijn.

Dit leidende principe geldt ook bij het oplossen van andere, niet cliëntgebonden vraagstukken en besluitvorming. Iedere betrokkene, professional, ervaringsdeskundige en leidinggevende zien wij als een expert en wordt als zodanig betrokken bij de besluitvorming. Dit wordt ook wel horizontaal organiseren genoemd. Naast een grondhouding wordt dit ook geborgd in de samenstelling van diverse overleggen in het Mentaal Gezondheidscentrum. Uitgangspunt hierbij is dat belangrijke besluiten – zoals een samenwerkingsovereenkomst of jaarplan – door leidinggevendenden stevast worden genomen door de leidinggevendenden met inbreng van professionals en ervaringsdeskundigen.

5. We bieden altijd een herstelgericht perspectief

Toelichting: we zorgen ervoor dat als iemand een vraag heeft men de juiste aandacht krijgt en op een op herstelgerichte wijze wordt geholpen. Dat geldt voor de cliënt, de naasten en samenwerkende professionals. Als er een hulpvraag wordt gesteld, dan laten we diegene dus niet met lege handen vertrekken. We werken samen met de cliënt en naasten aan een herstelgericht perspectief, ook als dat een eerste fase van stabilisering betekent. In een verwijzend, verkennend of intakegesprek verifiëren we altijd bij de cliënt, de naasten en de professional of er in voldoende mate perspectief (uitzicht) is ontstaan. Het gaat erom dat men doet wat werkt, om dat wat op dat moment behulpzaam is en daarmee bijdraagt en perspectief biedt aan het herstel.



Bijlage 2: Schets werkbezoeken en andere initiatieven

Voor dit onderzoek hebben we een drietal werkbezoeken gedaan. Daarnaast hebben we ook nog vier andere initiatieven gesproken via losse interviews. In deze bijlage staat een verslag van onze werkbezoeken. In bijlage 3 staat een uiteenzetting van hoe de verschillende initiatieven er in de praktijk uit zien. Hier hebben we ook de andere initiatieven verwerkt. De resultaten van de werkbezoeken en interviews zijn verwerkt in onze tekst en adviezen in hoofdstuk 4 t/m 7.

Naam Initiatief: GGz Breburg

1. Korte omschrijving

Het werkbezoek vindt plaats in het mentaal gezondheidscentrum 'de Korvelsekerk', het Mentaal Gezondheidscentrum is hier, in tegenstelling tot de andere initiatieven echt een gebouw. In hetzelfde gebouw zitten ook een huisarts en een apotheek. Het spreekt daardoor direct bij binnenkomst tot de verbeelding: een echt gezondheidscentrum met een laagdrempelige uitstraling en toegang.

Tijdens het bezoek hebben we een open gesprek met onder andere:

- De manager bedrijfsvoering;
- Een psychotherapeut;
- Een klinisch psycholoog > onderzoeker;
- Een huidige/voormalige cliënt die tevens zitting heeft in de cliëntenraad;
- Directeur behandelingen GGz Breburg.

Bij GGz Breburg leggen ze duidelijk de focus op het herstelproces, waarbij het verhaal, de context en vraag van de cliënt centraal staan. Wat opvalt, is dat ze dit principe bij GGz Breburg ver doortrekken. "Als we op deze manier willen werken met onze cliënten, moeten we ook op deze manier werken met onze medewerkers".

Opvallend

De cliënt staat centraal; daaromheen staan de '4 B's': binnen, buiten, beroep en bedrijf. Binnen staat voor goed zorgen voor jezelf en een ander. Buiten voor samenwerken met het netwerk zowel in- als extern. Beroep houdt in dat professionals de ruimte nemen en krijgen. En bedrijf staat voor een gezonde instelling waarin we het zinnig en radicaal simpel houden. De afspraak is dat iedereen binnen de organisatie interventies of ideeën mag uitvoeren zolang ze maar waarde toevoegen aan alle vier de b's. Er hoeft dan geen toestemming te worden gevraagd. Dit zorgt ervoor dat medewerkers zelfstandig kunnen werken binnen het netwerk.



Wat werkt wel?

- Waarde gedreven richtlijnen waar medewerkers en burgers zich aan kunnen vasthouden.
- Ondersteuning door POH/naasten/ervaringsdeskundigen ter voorbereiding van een verkennend gesprek.
- Het leeratelier is essentieel om de gewenste gedragsverandering te continueren en stappen te blijven zetten.
- Communicatie (zowel in als extern) om aansluiting te vinden en bekendheid te genereren.
- Inzetten op gelijkwaardigheid.

Wat werkt niet?

- Vragenlijsten voor het verkennend gesprek.
- Tijdsdruk op een gesprek.
- Te vroeg diagnosticeren. Je moet eerst de hele situatie weten (kracht van open, herstelgerichte vragen stellen).
- Telkens opnieuw naar verschillende instellingen verwijzen.
- Verschillende behandelaars in korte tijd.

Wat zijn open vragen, punten van aandacht of ontwikkeling?

- Vragen over toekomstige financiering (nog geen betaaltitel voor volgend jaar).
- Soms nog moeilijk om het sociaal domein aan te haken.
- Huisartsen hebben er soms moeite mee dat ze nog lang behandelverantwoordelijk zijn (soms duurt het even voordat een verkennend gesprek is ingepland).
- Niet altijd eenvoudig om alle huisartsen echt te betrekken door werkdruk aldaar.

Naam initiatief: Proeftuin Ruwaard

1. Korte omschrijving

Het bezoek is een onlinebezoek geworden vanwege de drukke agenda's.

Tijdens het (online)bezoek spreken we:

- Netwerkcoördinator proeftuin Ruwaard
- Programmamanager GGz Oost-Brabant
- GGz-verpleegkundig specialist en kwartiermaker (Oscar)

Opvallend

Opvallend is de wijkgerichte aanpak: gooi het geld voor een bepaald gebied op één hoop en geef professionals zelf de ruimte om het budget juist in te zetten. Focus op doen wat nodig is, met de focus op de burger: 'ik wil, ik kan, ik heb nodig'. Dit geldt overigens ook voor de professional! De focus ligt ook op de bereikbaarheid van professionals voor elkaar. Zo kan de huisarts altijd naar een vast telefoonnummer bellen bij vragen; dit wordt altijd opgepakt.



Wat werkt wel?

- Werken vanuit een netwerksamenwerkingsovereenkomst met daarin een paar standaardafspraken, maar hou het klein. Zo min mogelijk op papier, zoveel mogelijk via het netwerk.
- Verplichte leertrajecten voor wijkteams en constante lussen naar het leerhuis als er nieuwe inzichten zijn.
- Professionals moeten de ruimte krijgen om te doen wat nodig is.
- Gesprekken op basis van positieve gezondheid en netwerkversterkend werken (vanuit de inwoner).
- Het creëren van 'holding' > een bepaald gevoel van veiligheid die een burger nodig heeft om zichzelf te kunnen zijn en in zijn kracht te staan.

Wat werkt niet?

- Bestuurlijke organisatie, een instituut van maken.
- Prestaties afrekenen op individuele organisaties.
- Geen mandaat bij de professional.

Wat zijn open vragen, punten van aandacht of ontwikkeling?

- Toezicht houden op netwerksamenwerking is lastig, hoe doe je dat?
- Subsidie aanvragen bij het IZA/ZonMw is ingewikkeld omdat je dan aan voorwaarden moet voldoen die soms ingaan tegen wat we hier aan het doen zijn.
- Het betrekken van zorgverzekeraars blijkt nog ingewikkeld omdat die eerst willen aankijken hoe het werkt. Ze zijn betrokken, maar verder terughoudend.
- Belangrijk om goed na te denken hoe we privacy blijven borgen.

Naam initiatief: GEM Doetinchem en Transfertafel Apeldoorn

We spreken GEM en Transfertafel Apeldoorn eerst los en daarna samen op locatie bij GGnet in Apeldoorn.

Tijdens het bezoek spreken we:

- projectleider GEM (achtergrond in het sociaal domein);
- projectleider GEM (kwaliteitsmanager en voormalig verpleegkundige);
- Gz-psycholoog;
- communicatieadviseur sociaal domein en vertegenwoordiger van Transfertafel Apeldoorn.

Opvallend

GEM doet het radicaal anders dan wat we hierboven hebben beschreven door het verkennend gesprek open te gooien voor iedereen. Elke burger kan zelf een verkennend gesprek aanvragen zonder tussenkomst van de huisarts. Altijd een open gesprek aangaan met een ervaringsdeskundige erbij, zonder achterliggende bedoelingen om een burger in een hokje te plaatsen. Daardoor kan het gesprek zelfs soms ook al uitkomst bieden. De huisarts is hier dus niet bij betrokken.



Bij Transfertafel Apeldoorn doen ze het juist meer vanuit de professional en wordt een cliënt eerst besproken in een domeinoverstijgend casuoverleg op aanvraag van de huisarts. Daarna kan er eventueel een verkennend gesprek plaatsvinden.

Voor- en nadeel GEM: het is laagdrempelig, toegankelijk en open. De huisarts en andere hulpverleners hebben geen zicht op de gesprekken en uitkomsten, documentatie is daardoor ingewikkeld

Voor- en nadelen transfertafel: er wordt snel passende zorg/ondersteuning gevonden. Men leert elkaar beter kennen, krijgt meer overzicht van de mogelijkheden en het beschikbare aanbod. Het cliëntperspectief mist grotendeels; er wordt over de cliënt gesproken, niet met de cliënt.

Wat werkt wel?

- Veranderateliers om te blijven ontwikkelen en leren van elkaar.
- Experimenteren en gewoon doen.
- Eerst waarde gerichte principes (het draait om vertrouwen), daarna pas samenwerkingsprincipes.
- Onafhankelijke projectleiders.

Wat werkt niet?

- Van het verkennend gesprek meteen een intakegesprek maken.
- Verplichten om vanuit bepaalde systemen, denkkader, zoals de DBC- structuur, te werken terwijl we nog aan het experimenteren zijn.
- Te veel kaders, regels en bureaucratie zodat de experimenteerruimte te krap wordt.

Naast de werkbezoeken hebben we nog meer initiatieven onderzocht door middel van korte gesprekken en interviews. De resultaten van de interviews zijn verwerkt in hoofdstuk 4 t/m 7. Hier volgt kort een overzicht van de onderzochte initiatieven en de belangrijkste overeenkomsten en verschillen. In bijlage 3 staat een uitgebreide omschrijving van de verschillende initiatieven.

Initiatieven:

- VIGO (GZ-plein, GZ-schakel, GZ-kompas, 123Consultatie)
- Regionale Taskforce Zuid-Limburg
- Overlegtafel Midden-Holland
- Overlegtafel Nijmegen-Arnhem

Algemene indruk gesprekken:

Alle initiatieven zetten op hun eigen manier iets moois neer, altijd gericht op de cliënt/burger en domeinoverstijgend.

Belangrijke overeenkomsten:

- Gericht op positieve gezondheid en herstel.
- Focus op de cliënt/burger. De een nog meer dan de ander.
- Er is sprake van domeinoverstijgend werken (altijd minimaal twee domeinen aanwezig).
- Moeite met het rondkrijgen van de financiering, zeker richting de toekomst.
- Waarde gedreven richtlijnen of speerpunten (leidende principes) zijn de basis.
- Er moet altijd GGz-expertise aanwezig zijn bij het verkennend gesprek.
- Onafhankelijke actor in de vorm van een projectleider of pionier.
- De behandelverantwoordelijkheid van huisarts gaat pas over na intake bij de GGz.

Belangrijke verschillen:

- De cliëntenreis is bijna nergens gelijk. Bij de ene komt de cliënt binnen via de huisarts, bij de andere kan de cliënt rechtstreeks naar een verkennend gesprek. Ook zie je verschillen in de betrokkenheid van de POH-GGz tijdens de cliëntenreis en een wisselende betrokkenheid van de huisarts (zie bijlage 3).
- De betrokkenheid van het sociaal domein is erg verschillend per initiatief. Sommige initiatieven kiezen er vooral voor om het sociaal domein aan te laten haken bij het domeinoverstijgende casusoverleg (overlegtafel Midden-Holland bijvoorbeeld), terwijl anderen het essentieel vinden dat er iemand van het sociaal domein aanhaakt bij het verkennend gesprek (Zuid-Limburg).
- Casusoverleg voor of na het verkennend gesprek.

Buiten de initiatieven om hebben we nog meer mensen gesproken (ervaringsdeskundigen, medewerkers uit het sociaal domein en huisartsen) om een duidelijk beeld te krijgen van de behoeften en huidige situatie. In de lijst hieronder volgt een (geanonimiseerd) overzicht van alle gesproken personen.

Gesproken personen (fysiek dan wel via Teams)

- Directeur, GZ Punt
- Directeur Transformatie VIGO
- Klinisch psycholoog bij Mondriaan. Betrokken bij GGz Zuid-Limburg
- Huisarts en kaderarts GGz. Betrokken bij overlegtafel Midden-Holland
- Psychiater en onderzoeker samenwerkingsverbanden binnen de GGz
- Projectleider AKWA GGz en transitiedirecteur MG's
- Projectleider MGC Nijmegen en Arnhem
- Projectleider Regionale Taskforce wachttijden
- Onderzoeker uitvoeringsmodaliteiten inzicht wachtlijsten
- Projectleider GEM (achtergrond in sociaal domein)
- Projectleider GEM (kwaliteitsmanager en voormalig verpleegkundige)
- Gz-psycholoog betrokken bij GEM
- Communicatieadviseur sociaal domein en vertegenwoordiger van Transfertafel Apeldoorn



- Manager bedrijfsvoering GGz Breburg
- Een psychotherapeut betrokken bij GGz Breburg
- Een klinisch psycholoog > onderzoeker betrokken bij GGz Breburg
- Een huidig/voormalig cliënt die tevens zitting heeft in de cliëntenraad GGz Breburg
- Directeur behandelingen GGz Breburg
- Netwerkcoördinator proeftuin Ruwaard
- Programmamanager GGz Oost-Brabant
- GGz-verpleegkundig specialist en kwartiermaker (Oscar)
- Drie ervaringsdeskundigen bij de Herstelacademie
- Coördinator ervaringsdeskundige/de Herstelacademie
- Dubbelinterview ervaringsdeskundigen GGz-sociaal domein
- Interview manager sociaal domein Groningen
- Interview directeur sociaal domein landelijk
- Drie huisartsen/praktijkhouders regio Drenthe
- Huisarts/praktijkhouder/voorzitter regionale huisartsengroep
- Ervaringsdeskundige/schuldhulpverlener⁸³
- Ervaringsdeskundigen/GGz/tbs/sociaal domein (4)
- Ervaringsdeskundige (familie- en naastenraad GGz)
- Ervaringsdeskundigen (2) GGz Groningen
- Directeur behandelingen/psychiater Noord-Nederland

⁸³ Alle ervaringsdeskundigen hebben een opleiding Ervaringsdeskundige gevolgd aan een mbo- of hbo-instelling.

Bijlage 3: Beschrijving verschillende initiatieven

In deze bijlage worden de belangrijkste feiten over de verschillende initiatieven beschreven:

1. GGz Breburg
2. GEM
3. Proeftuin Ruwaard
4. VIGO/Platform ECO-Systeem
5. Regionale Taskforce Zuid-Limburg
6. Overlegtafel Hollands-Midden

Voor dit onderzoek hebben we ook gesproken met mensen van Transfertaal Apeldoorn en MGC Nijmegen Arnhem. Van beiden hebben we (te) weinig informatie beschikbaar om een duidelijk overzicht op te leveren. Bovendien gaat het initiatief in Nijmegen-Arnhem pas in 2024 daadwerkelijk van start.

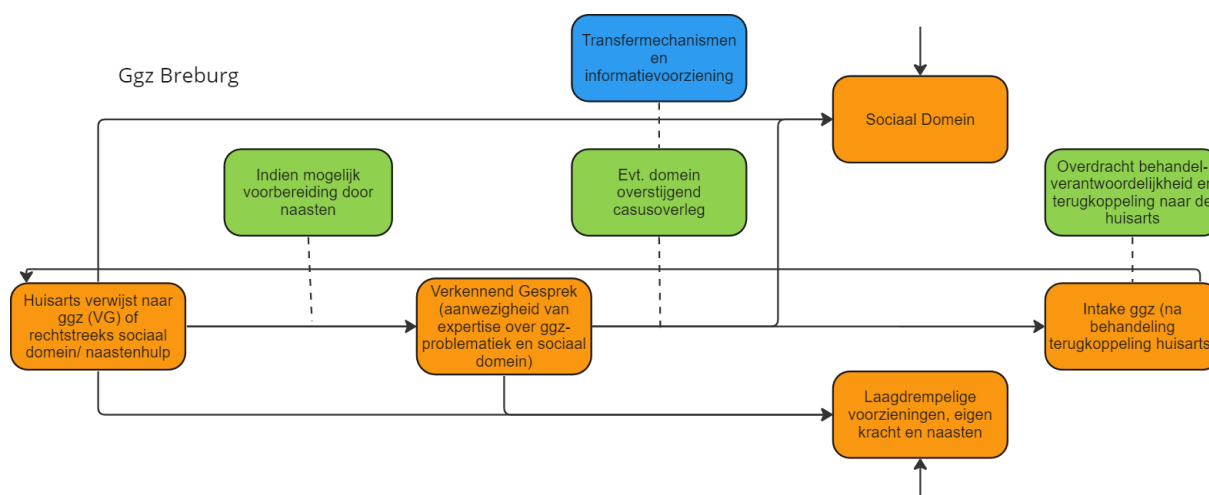
Het is belangrijk om in het achterhoofd te houden dat de volgende omschrijvingen van de initiatieven momentopnamen zijn van hoe het ervoor stond in oktober 2023. Alle initiatieven zijn nog volop in ontwikkeling en veranderen regelmatig qua opzet. Het is een omschrijving van de initiatieven zonder enig waardenoordeel. Het advies dat wij vanuit deze initiatieven geven, is te vinden in de praktijkhoofdstukken (4, 5, 6 en 7) van dit onderzoek.

GGz Breburg

Start pilot	Aanzet begon in augustus 2020, 25 mei 2021 is de eerste MG geopend
Aanwezige functies van MGC uit voorlopig leidende principes	<ul style="list-style-type: none"> • Verkennend gesprek • Domeinoverstijgend casusoverleg
Hoeveelheid cliënten	Meer dan 2500 verkennende gesprekken gevoerd
Overall effect voor zover bekend	<ul style="list-style-type: none"> • Bijna een kwart van cliënten heeft na het verkennende gesprek geen GGz-hulp nodig (sociaal domein, zelfhulp enz.) • 40% stroomt door naar basis-GGz • 15% naar specialistische GGz in het MG • 10% naar s-GGz in een expertisecentrum • De rest no-show of onbekend/niet ingevuld
Hoe groot is de samenwerkingsregio?	1 MGC per 100.000 inwoners, In Oost-Brabant zitten op dit moment zes MGC's
Afspraken (formeel)	<ul style="list-style-type: none"> • Initiatief vanuit GGz Breburg. Sociaal domein en huisartsen aangesloten maar geen formele samenwerkingsovereenkomst; • Afspraken voor voorlopige financiering met CZ (nog geen betaaltitel voor 2024) • Per regio andere afspraken met andere partijen, niet veel formeel vastgelegd

Leidende principes	<ul style="list-style-type: none"> • We geloven in de kracht van vragen stellen • Gelijkwaardigheid richting de burger en binnen de organisatie • Vertrouwen op de professional • Alle nieuwe ideeën moeten helpend zijn voor de 4 b's (binnen, buiten, bedrijf, beroep)
--------------------	--

Stroommodel cliëntenreis GGz Breburg:



Aanwezige functies

Verkennd Gesprek

Het verkennend gesprek is bij GGz Breburg voor alle cliënten die door de huisarts naar de GGz wordt doorverwezen. De behandelverantwoordelijkheid blijft dan nog wel bij de huisarts, omdat het verkennend gesprek nog geen intake is. In het verkennend gesprek wordt gekeken wat de context van de cliënt is en het is expliciet geen indicatie. Vanuit de context wordt gekeken naar het juiste vervolg voor de cliënt. Dit kan bij de GGz zijn, maar ook bij het sociaal domein, laagdrempelige voorzieningen of een combinatie. Het verkennend gesprek wordt gevoerd door maximaal twee professionals, een GGz-behandelaar aangevuld met een sociaalteammedewerker of ervaringsdeskundige en wordt gevoerd langs de methode van positieve gezondheid. Het resultaat van het verkennend gesprek is een persoonlijk plan van de cliënt. Dit wordt waar nodig nog behandeld in het domeinoverstijgend casuoverleg en wordt na afronding schriftelijk en, indien wenselijk, mondeling teruggekoppeld aan de huisarts. De huisarts geeft vervolgens toestemming voor de behandeling/het traject en bij een eventuele intake vindt ook de overdracht van de behandelverantwoordelijkheid plaats.

Domeinoverstijgend casuoverleg

Dit wordt bij GGz Breburg het matchingoverleg genoemd. Hierin wordt de uitkomst van het verkennend gesprek getoetst aan het bestaande aanbod in de verschillende domeinen, rekening houdend met wachttijden. Het komt dus na het verkennend gesprek en wordt niet standaard gevoerd, alleen wanneer nodig. Denk hierbij aan ingewikkelde behandeltrajecten bij verschillende partijen of toetsing van het behandelplan aan wachttijden.

De behandelaar van het verkennend gesprek brengt de casus in. Aan tafel zitten afgevaardigden van de wijkteams, afgevaardigden van de GGz (eventueel ook specialistisch) en ervaringsdeskundigen. De uitkomst van het overleg wordt weer aan de cliënt teruggekoppeld.

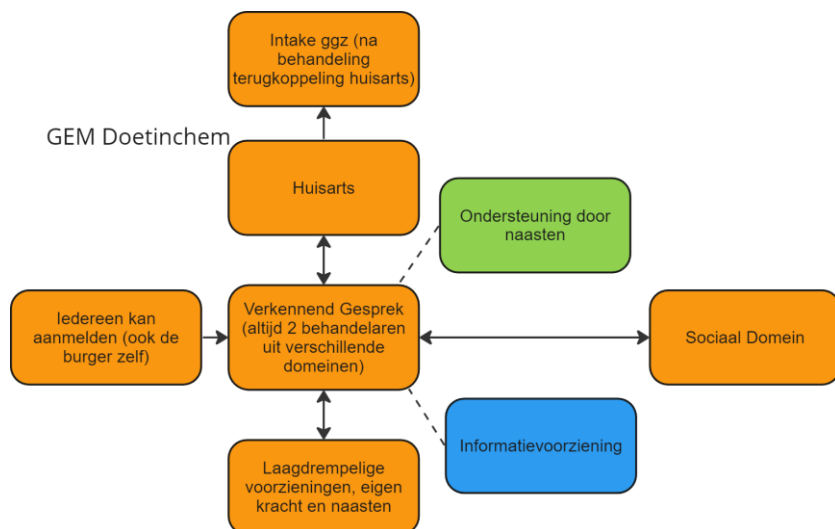
Informatievoorziening en transfermechanismen

Dit is niet onderdeel van het MGC maar de informatie over wachtlijsten en transfermechanismen in de regio is aanwezig in het domeinoverstijgende casusoverleg om daar de juiste afwegingen te kunnen maken voor de cliënt.

GEM

Start pilot	Januari 2022
Aanwezige functies van MGC uit voorlopige leidende principes	<ul style="list-style-type: none"> • Verkennend gesprek (HOG)
Hoeveelheid cliënten	Rond de 30 (info uit zomer 2023)
Overall effect voor zover bekend	Geen harde resultaten. Wel evaluaties bij cliënten (20) die het grotendeels als zeer positief ervaren
Hoe groot is de samenwerkingsregio?	Dit initiatief specifiek gemeente Doetinchem en omgeving (niet gespecificeerd), maar GEM zit breder door Nederland in verschillende regio's
Afspraken (formeel)	<p>Weinig formele afspraken. Kerngroep van die meehelpen aan het opbouwen van het ecosysteem:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Iriszorg • Gemeente Doetinchem • De GGD • Stadskamer • Regionale huisartsen vereniging • Buurtplein (sociaal werk in Doetinchem) • GGNet • Aantal ervaringsdeskundigen <p>Bestuurders van de organisaties hebben hun commitment uitgesproken. Drie voorwaarden: je deelt de waarden (cliëntenperspectief), je deelt het programma, we maken het meetbaar.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Financiering via ZonMw. Moeite om toekomstige financiering rond te krijgen
Leidende principes	<p>Het gaat niet over ziektes maar over kwetsbaarheden</p> <p>Als je meedoet, doe je publiek mee (organisaties)</p> <p>Vertrouwen in elkaar (zowel de cliënt als de professionals)</p>

Stroommodel cliëntenreis GEM:



Verkendend Gesprek

Bij GEM Doetinchem kan iedereen die daar behoefte aan heeft een verkennend gesprek aanvragen (in Doetinchem 'herstel ondersteunend gesprek' of HOG genoemd), dit hoeft dus niet via de huisarts maar dit kan wel, net als via één van de andere domeinen. In het verkennende gesprek gaat de cliënt, afhankelijk van de aanvraag, in gesprek met twee personen uit de volgende groep mensen: sociaalpsychiatrisch verpleegkundige, POH, psycholoog, buurtcoach en/of ervaringsdeskundige. Voor het gesprek wordt de cliënt aangemoedigd om iemand mee te nemen, bijvoorbeeld een naaste. Het verkennend gesprek gaat volgens de methodiek van positieve gezondheid. Hier zijn verschillende varianten van zoals Jim van Os, Phillipe Delespaul en Floortje Scheepers, maar andere varianten zijn ook toegestaan. Zolang de vraag en context van de cliënt maar centraal staan. Het resultaat van het verkennend gesprek is een kort verslag met mogelijke vervolgstappen voor de cliënt. Als de huisarts een verkennend gesprek heeft aangevraagd, dan wordt er na afloop een korte terugkoppeling gegeven.

Domeinoverstijgend casusoverleg?

Niet specifiek aanwezig. Wel intercollegiaal casusoverleg waarbij de onderlinge afspraak is om de telefoon voor elkaar op te nemen.

Transfermechanisme en informatievoorziening:

Niet specifiek aanwezig als functie. Vanuit het verkennend gesprek kan wel een consult worden aangevraagd over informatie over wachttijden bij instellingen.

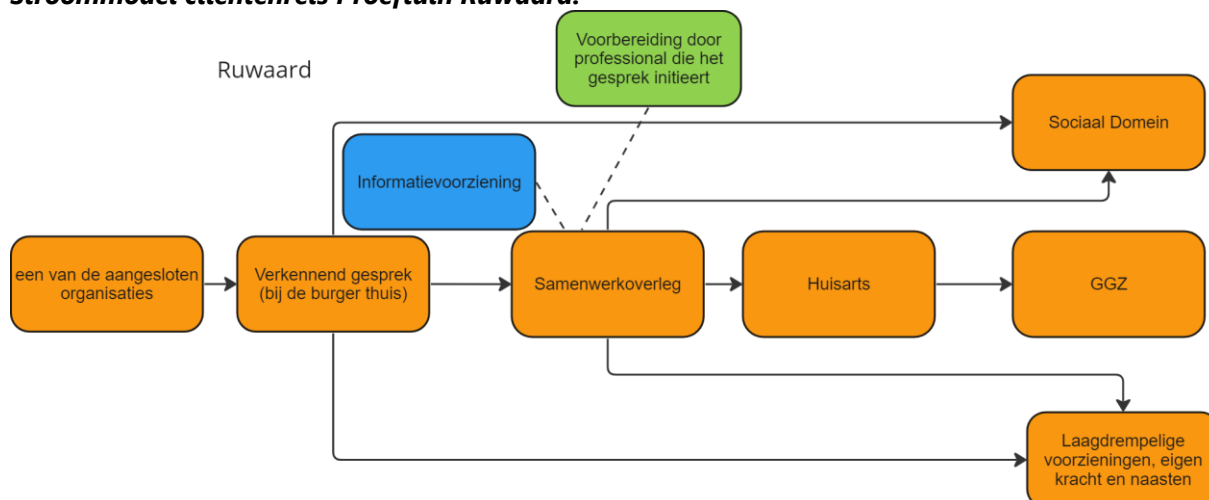
Proeftuin Ruwaard

Start pilot	Idee kwam in 2014/15. Begonnen vanaf 2017
Aanwezige functies van MGC	<ul style="list-style-type: none"> • Verkennend gesprek (keukentafelgesprek) • Domeinoverstijgend casuoverleg (samenwerkoverleg)
Hoeveelheid cliënten	Onduidelijk
Overall effect voor zover bekend	<p>Uit eindevaluatie en resultatenonderzoek in 2019⁸⁴</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hoger individueel welbevinden in de wijk • Hoger collectief welbevinden in de wijk • Meer integrale zorg en ondersteuning aangeboden • Meer mensen geholpen met gelijk gebleven subsidie (sommige organisaties wel zelf bijgelegd) • Hoge waardering voor leerhuis <p>Financiële resultaten zie handboek samenwerkwijze⁸⁵</p>
Hoe groot is de samenwerkingsregio?	Op wijkniveau (Ruwaard is een wijk)
Afspraken (formeel)	<ul style="list-style-type: none"> • Initiatief vanuit sociaal domein + gemeente • Formele netwerkaafspraken vastgelegd in document (niet openbaar maar ingezien door onderzoekers van dit rapport). Deelnemers: <ul style="list-style-type: none"> - Gemeente Oss - Stichting ONS Welzijn - Brabantwonen - Brabantzorg - GGD - GGz Oost Brabant - JIJ - Pantein - Unik - SEC - Muzelinck - Kubus Ondersteuning <p>Hierin staan afspraken over governance en verantwoording + inrichting samenwerking, inclusief bestuur, financiën, toetreding nieuwe partners, privacy, registratie en activering, geschillenregeling en evaluatie</p> <ul style="list-style-type: none"> • Samenwerkwijze met daarin uitleg over de aanpak en de leidende principes
Leidende principes	<ul style="list-style-type: none"> • De inwoner staat centraal • De vraag van de inwoner leidt tot het nieuwe aanbod • We werken vanuit vertrouwen en gezamenlijke verantwoordelijkheid • Begin bij de basis • Het maatschappelijke rendement is wat telt • 'Ik wil, ik kan, ik heb nodig'

⁸⁴ <https://oss.bestuurlijkeinformatie.nl/Document/View/30ad857d-7482-4957-bc23-e41c2fb55a45>

⁸⁵ <https://swwoss.1sociaaldomein.nl/documenten/categorie/870>

Stroommodel cliëntenreis Proeftuin Ruwaard:



Verkennd gesprek/onderdelen van het domein overstijgend casusoverleg/ informatievoorziening

Bij de proeftuin Ruwaard kennen ze twee soorten gesprekken die lijken op het verkennend gesprek: De eerste is het keukentafelgesprek waarbij een professional vanuit een van de deelnemende organisaties in gesprek gaat met de burger met de leidende vragen: ik wil, ik kan en ik heb nodig. Een andere vorm die in de Ruwaard voorkomt, is het samenwerkingsoverleg. Dit is een soort mengelmoes tussen een domeinoverstijgend casusoverleg en een verkennend gesprek. De burger is hier namelijk ook bij aanwezig. In eerste instantie gaat een professional in gesprek met de burger. De uitkomst van dit gesprek kan een laagdrempelige voorziening, eigen kracht of naastenhulp of een laagdrempelige oplossing binnen het sociaal domein zijn. Als de casus ingewikkelder is en er een meervoudig perspectief nodig is, kan de professional een aantal andere professionals bij elkaar roepen voor een samenwerkingsoverleg (inclusief de burger). Het overleg dient uiterlijk twee weken na aanvraag te worden gehouden. In dit overleg wordt domeinoverstijgend gekeken hoe de burger geholpen kan worden. Doordat de burger altijd aanwezig is, blijft hij constant in de lead en is dit ook een soort verkennend gesprek. Als uitkomst volgt er een plan op maat. Dit wordt steeds vaker ook met de huisarts gedeeld maar dat is nog niet altijd het geval. De acties in dit plan dienen binnen zes weken in werking te worden gezet. Als dit op een of andere manier niet lukt, dan volgt er een nieuw samenwerkingsoverleg om te kijken naar een snellere oplossing. Na het samenwerkoverleg wordt één professional aangewezen als casusregisseur. Dit blijft het vaste aanspreekpunt van de burger. In het samenwerkoverleg is, als het goed is, informatie aanwezig over de wachtlijsten binnen het sociaal domein en andere zorgaanbieders.



Het Wmo-budget is wijk gebonden en mag worden ingezet door de wijkprofessionals. De GGz is niet altijd betrokken en aangehaakt. Het idee is om deze samenwerking in de toekomst te intensiveren.

Transfermechanismen

Wordt niet specifiek apart benoemd in dit initiatief. Het idee is dat deze informatie beschikbaar is binnen het netwerk.

Platform Ecosysteem/VIGO (GZ-plein, GZ-punt, GZ-schakel, 123Consultatie)

Start pilot	Precieze datum onbekend
Aanwezige functies van MGC	<ul style="list-style-type: none"> • Verkennend gesprek • Domeinoverstijgend casuoverleg • Informatiemanagement <p>Allemaal online georiënteerd! Noemen zichzelf de digitale variant van een MGC.</p>
Hoeveelheid cliënten	+/- 300 verkennende gesprekken. Andere aantallen onduidelijk.
Overall effect voor zover bekend	• Niet bekend
Hoe groot is de samenwerkingsregio?	Landelijk ingericht, regionaal aanpasbaar.
Afspraken (formeel)	<ul style="list-style-type: none"> • Gericht op community en netwerk • Financiering via VIGO nu. Per regio is het zoeken
Leidende principes	<ul style="list-style-type: none"> • Samen de beweging maken • In co-creatie komen tot nieuwe initiatieven • Maatschappelijke verantwoorde besteding van mens en middelen • Wat we ontwikkelen delen we met elkaar en/of maken we samen beter

Stroommodel cliëntenreis Ecosysteem:

Dit is een hele ingewikkelde voor deze casus. In feite is dit een ecosysteem van onlineplatformen die kunnen worden gebruikt voor hulpvragen. Alles is online en alles loopt door elkaar heen en is afhankelijk van elkaar. Voor meer info zie website VIGO.⁸⁶

Verkennend Gesprek

De doelgroep bij het platform Ecosysteem of VIGO is breed. Iedereen boven de 18 jaar met een hulpvraag kan terecht bij het Ecosysteem. Dit gebeurt wel in eerste instantie online. De burger wordt eerst gestimuleerd om te kijken naar zelfhulp. Als dit niet voldoende is, kan de burger door middel van het invullen van een vragenlijst een verkennend gesprek aanvragen. De vragenlijst is ook meteen het startpunt van het verkennend gesprek dat aan de hand van de ingevulde vragen wordt gevoerd. In de eerste pilot hielden huisartsen de verkennende gesprekken.

⁸⁶ <https://www.vigogroep.nl/actueel/gz-kompas-het-verkennend-gesprek-van-de-toekomst/>

In de doorontwikkeling wordt nu gekeken wie dit gesprek het beste kan voeren. Mogelijk is dat een ervaringsdeskundige met POH-GGz en een GGz-professional met iemand vanuit het sociaal domein. Het verkennend gesprek eindigt met een persoonlijk plan voor de burger en een advies voor de best passende hulp. Als er een verwijzing nodig is, gaat dit altijd via de huisarts

Domeinoverstijgend casuoverleg/informatievoorziening

Ook hier heeft het ecosysteem een platform voor. Dit heet het gz-kompas, waar ook informatie staat over het aanbod in het sociaal domein (sociale kaart). Het is mogelijk om een casus ook te aan te melden bij een bestaande regionale transfertafels. Daarnaast is er op het platform 123Consultatie.nl de mogelijkheid om (anonieme) casussen uit te wisselen.

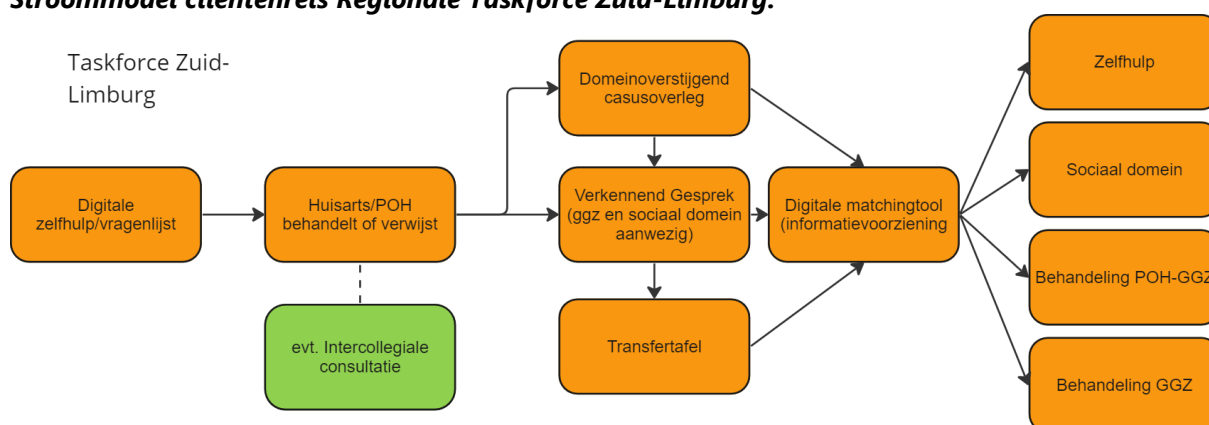
Regionale Taskforce – Zuid-Limburg

Start pilot	Nog niet van start
Aanwezige functies van MGC	<ul style="list-style-type: none"> • Verkennend gesprek • Domeinoverstijgend casuoverleg • Transfermechanisme • Informatievoorziening
Hoeveelheid cliënten	Nog niet begonnen
Overall effect voor zover bekend	Niet van toepassing
Hoe groot is de samenwerkingsregio?	Zuid-Limburg. Daarbinnen weer kleinere regio's
Afspraken (formeel)	<ul style="list-style-type: none"> • Financieringsafspraken met CZ en sociaal domein voor een korte periode <p>Formele afspraken rondom:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Personeel (gentleman's agreement om niet bij elkaar personeel te ronselen) • In- en exclusiecriteria • Contracteren • Behandelverantwoordelijkheid • Verantwoordelijkheid ligt bij <u>alle</u> partijen⁸⁷ <p>Deelnemende partijen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • CZ: zorgverzekeraar • Gemeente Sittard-Geleen • Gemeente Heerlen • Gemeente Maastricht • HOZL: huisartsenzorg • LEVANTOgroep en Novizorg: wonen, zorg en meedoen in de wijk • Lionarons GGZ: geestelijke gezondheidszorg • Meditta: huisartsenzorg • MET GGZ: geestelijke gezondheidszorg

⁸⁷ https://wegvandewachtlijst.nl/wp-content/uploads/2023/09/Publicatie_Regionale-Taskforce-Zuid-Limburg.pdf

	<ul style="list-style-type: none"> • MUMC: onder andere geestelijke gezondheidszorg • Platform Zuid GGZ en OGGZ: netwerkorganisatie voor cliënten- en naastenvertegenwoordiging • PsiZorg Zuid-Limburg: samenwerkingsverband van vrijgevestigde gz-psychologen, klinisch psychologen en psychotherapeuten • Stichting Mondriaan: geestelijke gezondheidszorg • VGZ: zorgverzekeraar • ZIO: huisartsenzorg • Zuyderland GGz: geestelijke gezondheidszorg
Leidende principes	<ul style="list-style-type: none"> • Al doende leren we • Bijdragen aan passende zorg • Gedeelde verantwoordelijkheid • Op basis van positieve verantwoordelijkheid

Stroommodel cliëntenreis Regionale Taskforce Zuid-Limburg:



Verkendend Gesprek

Het verkennend gesprek is bedoeld voor alle cliënten waarbij verwijzing naar de GGz wordt overwogen, tenzij sprake is van eenduidige sociale problematiek of als de huisarts eerst een domeinoverstijgend casusoverleg aanvraagt (voor criteria zie domeinoverstijgend casusoverleg hieronder). De huisarts/POH is in principe de aanmelder voor het verkennend gesprek. Dit kan eventueel rechtstreeks of naar aanleiding van een domeinoverstijgend casusoverleg. Bij het verkennend gesprek zit zowel een afgevaardigde vanuit het sociaal domein als een afgevaardigde vanuit de GGz. Er is voor de cliënt geen specifieke voorbereiding van het verkennend gesprek geregeld. In het gesprek staan de vragen van Jim van Os (positieve gezondheid) centraal. Het vervolg na een verkennend gesprek is ofwel een rechtstreekse verwijzing naar zelfhulp, naasten, sociaal domein of GGz. Bij ingewikkelde gevallen moet de casus soms ook nog worden besproken in de transfertafel. De uitkomst wordt altijd teruggekoppeld aan de huisarts.

**Domeinoverstijgend casusoverleg?**

Het domeinoverstijgend casusoverleg is ingericht voor cliënten waarbij de situatie complex is. De taskforce zelf omschrijft deze doelgroep als chronisch psychiatrische cliënten die al meerdere verwijzingen hebben gehad. De huisarts/POH brengt de casus in bij het overleg. Het domeinoverstijgende overleg vindt dus plaats voor een eventueel verkennend gesprek; dit is op aanvraag en niet op een vast moment. Aan tafel zitten vaste contacten vanuit het sociaal domein, de GGz en optioneel een ervaringsdeskundige. Het resultaat van het domeinoverstijgend casusoverleg is een vervolgtraject bij de POH-GGz, een verkennend gesprek voor verdere verkenning of een verwijzing naar sociaal domein, zelfhulp, GGz of een combinatie van de drie.

Transfermechanisme:

Bij de transfertafel wordt per casus besloten wat de beste weg is voor de verwijzing van een cliënt (best passende oplossing). Aan tafel zitten verschillende GGz-aanbieders, sociaal domein aanbieders, POH en waar mogelijk een ervaringsdeskundige. Er wordt in interviews of teksten geen specifiek mandaat genoemd behalve 'de gezamenlijke verantwoordelijkheid om juist te plaatsen'. De transfertafel is optioneel en vindt plaats na het verkennende gesprek en voor een eventuele verwijzing. Het resultaat van de transfertafel wordt voorgelegd aan de cliënt. Mocht de cliënt het oneens zijn met de verwijzing dan wordt de casus opnieuw behandeld aan de tafel.

Informatievoorziening:

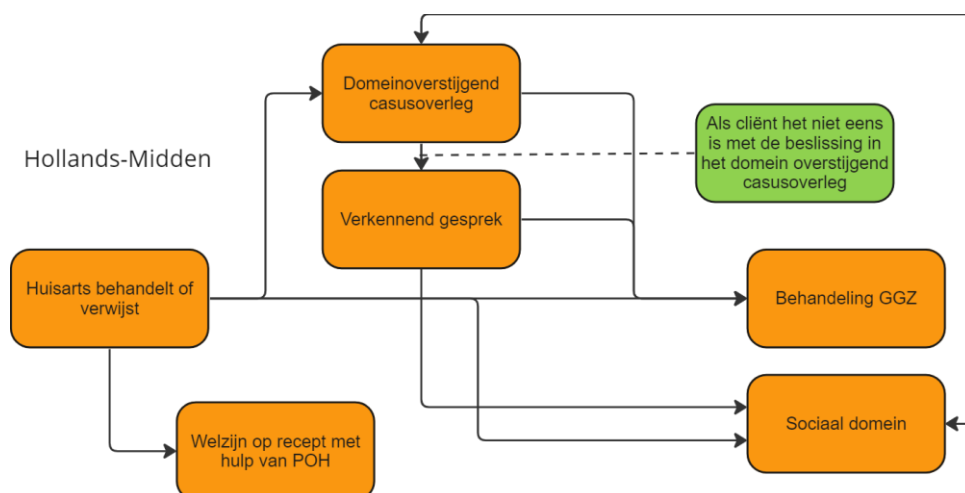
Het initiatief heeft inzicht in wachttijden via een digitale matching tool met daarin informatie over wachttijden, inclusie en exclusie criteria en een sociale kaart. Bij elke verwijzing wordt er een toetsing gedaan aan deze digitale matching. Het inzicht wordt ook gebruikt bij de transfertafel en kan daarmee ook niet los worden gezien van het transfermechanisme.

Overlegtafel Hollands-Midden

Start pilot	Maart 2022
Aanwezige functies van MGC	<ul style="list-style-type: none"> • Domeinoverstijgend casusoverleg • Verkennend gesprek
Hoeveelheid cliënten	114 casussen tot en met 28 maart 2023 (overlegtafel, verkennend gesprek veel minder)
Overall effect voor zover bekend	<ul style="list-style-type: none"> • Positieve reacties van huisartsen en GGz • Veel GGz-verwijzingen voorkomen
Hoe groot is de samenwerkingsregio?	Regionaal (Hollands-Midden)
Afspraken (formeel)	Informele spelregels: <ul style="list-style-type: none"> • Wekelijkse vergadering maximaal 30 minuten op een vast moment • Je zit voorbereid aan tafel • Je hebt mandaat uit je organisatie • Je bent altijd aanwezig (of regelt vervanging)

Leidende principes	<ul style="list-style-type: none"> • Van ziekte naar zorg • Samen kijken naar de hulpvraag • We lossen het op voor we van tafel gaan
--------------------	---

Stroommodel cliëntenreis overlegtafel Hollands-Midden:



Verkennend Gesprek

Bij Hollands-Midden is het verkennend gesprek alleen van toepassing als er geen oplossing wordt gevonden bij de het domeinoverstijgende casusoverleg (overlegtafel) of als de cliënt het niet eens is met de uitkomst van het domeinoverstijgende casusoverleg. De huisarts is in principe de aanmelder voor het verkennend gesprek dat wordt geleid door een GGz-behandelaar. De methodiek van het verkennend gesprek is positieve gezondheid. De uitkomst van het gesprek is een intake bij de GGz of sociaal domein waarbij de huisarts altijd in de lead blijft. De cliënt wordt meegenomen in het besluit maar heeft niet per se het laatste woord over de behandeling.

Domeinoverstijgend casusoverleg?

Dit wordt bij dit initiatief de overlegtafel genoemd en is bedoeld voor de volgende cliënten:

- die nog niet in zorg zijn bij de GGz;
- diagnostiek doorlopen maar niets passends gevonden is;
- blokkades in reguliere verwijsafspraken;
- moet langer wachten dan de Treeknorm;
- gedurende de behandeling blijkt de huidige instelling onvoldoende voor de vraag.

De casus wordt altijd ingebracht door de huisarts die alleen aanwezig is bij zijn/haar eigen cliënten. Het overleg wordt wekelijks gehouden en duurt maximaal 30 minuten. Buiten de huisarts zitten ook afgevaardigden van het sociaal domein en de GGz aan tafel.



Het overleg is de basis van het initiatief en staat meer centraal dan het verkennend gesprek dat alleen wordt ingezet als men er niet uitkomt aan de overlegtafel. Het doel van het overleg is om binnen de mogelijkheden de beste behandeling te vinden voor de cliënt. Het behandelplan wordt naderhand met de cliënt besproken. Mocht de cliënt het niet eens zijn met de behandeling dan is er een mogelijkheid voor een verkennend gesprek.

Transfermechanisme en informatievoorziening:

Zijn verweven in het domeinoverstijgend casuoverleg de informatie over wachttijden en transfermechanismen wordt meegenomen naar de overlegtafel. Ook is er inzicht op welzijn op recept.



Bijlage 4: Relevante bronnen

Voorbeelden/inspiratie Mentale Gezondheidscentra:

Vergelijking verkennende gesprekken

<https://www.movisie.nl/sites/movisie.nl/files/2023-10/Een-verkenning-van-het-verkennend-gesprek.pdf>

Breeburg, Mentaal Gezondheidscentrum (9)

<https://www.GGzbreeburg.nl/centra/mentaal-gezondheidscentrum/>

<https://www.youtube.com/watch?v=29J7ij4fTQI>

Experts Gloria Gribling, GGz Breeburg Directeur behandelzaken

<https://www.youtube.com/watch?v=l-RVZL-w5dw>

De specialist aan de voorkant!

<https://www.ordz.nl/samen-ontregelen-met/juliette-van-eerd-en-gloria-gribling>

De ontregelambitie

<https://samenvoortbeterezorg.nl/2021/10/06/webinar-mentale-gezondheidscentra-door-gloria-gribling/>

Webinar Mentaal Gezondheidscentrum

Parnassia Groep

<https://www.parnassiagroep.nl/mentaal-gezondheidscentrum>

Laagdrempelige zorg

<https://gezondengelukkigdenhaag.nl/inspiratie/samenwerking-staat-voorop/>

Parnassia en de wijkgerichte samenwerking inclusief kerken/maatschappelijke organisaties

<https://gezondengelukkigdenhaag.nl/inspiratie/nieuw-sociaal-contract-krijgt-vorm-in-moerwijk-oost/>

Ruwaard, in Oss Maatschappelijke coalitie

<https://www.denederlandseGGz.nl/nieuws/2022/webinar-in-de-ruwaard>

<https://www.andersdenkendoenorganiseren.nl>

Organisatieprincipes

<https://www.proeftuinruwaard.nl/onze-aanpak/ontwerpprincipes>



Webinar, zo doen wij het!

<https://www.denederlandseGGz.nl/nieuws/2022/webinar-in-de-ruwaard>

<https://vimeo.com/675463499>

Programma proeftuin Ruwaard + contactpersoon

<https://www.proeftuinruwaard.nl/onze-aanpak/programmamateam>

Annemieke Ackermans, a.ackermans@oss.nl

De Proeftuin Ruwaard

<https://www.brabantzorg.eu/over-ons/proeftuin-ruwaard/>

GEM

De GEM Whitepaper (met o.a. de principes en waarden waar we het over hadden)

https://www.psychosenet.nl/assets/2023/10/20231018_GEM_booklet_ontwerp_2-GO-NL.pdf

Samenwerkingsverbanden met elementen van Mentale Gezondheidscentra

Gebiedsgericht werken: FACT+ Sud West Fryslan

<https://www.GGzfriesland.nl/gebiedsteam-gemeente-sdwest-fryslan-en-fact-breiden-samenwerking-uit>

Milo, M. (red.) (2023) Tussenrapportage: De GEM VeranderAanpak, GEM Regio's & GEM Kernteam, 6 september 2023.

<https://public.3.basecamp.com/p/88czqevr3Er78J1efLgxcguL>

Leidende principes: Transforming towards sustainable health and wellbeing systems: Eight guiding principles based on the experiences of nine Dutch Population Health Management initiatives N.J.E. Van Voorena, B.M. Steenkamer, C.A. Baana, H.W. Drewesaa Centre.

Wachtlijsten, Treeknormen

GGz

<https://www.GGznieuws.nl/overheid-verzaakt-handhaving-van-zorgplicht-grijp-in-of-pas-het-stelsel-aan/>



Overheid

<https://www.staatvenz.nl/kerncijfers/wachttijd-gespecialiseerde-GGz-overschrijding-treeknorm-en-gemiddelde-wachttijd>

NZA

https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_716176_22/1/

Voorbeeld regionale versneller wachtlijsten

<https://magazines.nza.nl/nza-magazines/2021/02/regionale-versnellers-dragen-bij-aan-het-verkorten-van-de-wachttijden-in-de-GGz>

Mentale Gezondheidscentra als antwoorden op de wachtlijst?

<https://wegvandewachtlijst.nl/mentale-gezondheidscentra-GGz-inzet-aan-de-voordeur>

IZA en de GGZ

<https://www.denederlandseGGz.nl/thema/integraal-zorgakkoord>

Verantwoordelijkheid Verzekeraars:

Verplichtingen

Bron: <https://magazines.nza.nl/nza-magazines/2021/02/geestelijke-gezondheidszorg-voor-wie-het-echt-nodig-heeft#:~:text=De%20wettelijke%20zorgplicht%20betekent%20dat,gebruik%20van%20zorg%20door%20zorgaanbieders.>

De zorgplicht

<https://www.solopartners.nl/kennisbank/de-zorgverzekeraar-en-zijn-zorgplicht-hoe-zit-het/#:~:text=De%20zorgverzekeraar%20is%20verplicht%20om,aan%20deze%20afspraken%20te%20houden.>

Zorgverzekeringswet

Art 11

<https://wetten.overheid.nl/BWBR0018450/2023-10-05>



Over de Treeknormen en acties:

<https://www.onvz.nl/vergoedingen/maximaal-aanvaardbare-wachttijden>

<https://www.zilverenkruis.nl/zorgaanbieders/zorgsoort/huisartsenzorg/nieuws/oplossingen-GGz-wachttijsten>

Toezicht op verzekeraars (nakomen zorgplicht) NZA

NZA over de GGz: zorgplicht (artikel)

<https://magazines.nza.nl/nza-magazines/2021/02/geestelijke-gezondheidszorg-voor-wie-het-echt-nodig-heeft#:~:text=De%20wettelijke%20zorgplicht%20betekent%20dat,gebruik%20van%20zorg%20door%20zorgaanbieders.>

De beleidsregel voor toezicht kader en verplichtingen zorgverlening

https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_21832_22/1/

Verwachtingen zorgverzekeraars

<https://www.nza.nl/zorgsectoren/zorgverzekeraars/wat-verwachten-we-van-zorgverzekeraars>

De zorgplicht, de handvatten voor verzekeraars

https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_323566_22/1/

Kwaliteitsstandaarden GGz /Akwa

GGz-standaard: herstelgerichte zorg GGz:

<https://www.GGzstandaarden.nl/generieke-modules/herstelondersteuning/organisatie-van-herstelondersteuning>

Kwaliteitsstatuut

<https://www.GGzkwalietsstatuut.nl/Home/About#:~:text=In%20het%20Landelijk%20kwalietsstatuut%20GGz%20staat%20aangegeven%20wat%20zorgaanbieders%20in,de%20Zorgverzekeringwet%20te%20kunnen%20verlenen.>

<https://www.zorginzicht.nl/kwaliteitsinstrumenten/GGz-landelijk-kwalietsstatuut>

3.0 alleen deze is geldig!!!

<https://www.vektis.nl/intelligence/publicaties/kwalietsstatuut-GGz>

<https://www.zorginzicht.nl/ondersteuning/aanleveren-kwalietsgegevens-per-sector/geestelijke-gezondheidszorg-GGz-kwalietsstatuut>



Voorbeeld professioneel statuut

<https://www.beterGGz.nl/informatie/professioneel-statuut/>

GGz-standaard Naasten betrekken GGz:

<https://www.GGzstandaarden.nl/generieke-modules/samenwerking-en-ondersteuning-naasten-van-mensen-met-psychische-problematiek/introductie>

<https://www.GGzstandaarden.nl/generieke-modules/samenwerking-en-ondersteuning-naasten-van-mensen-met-psychische-problematiek/zorg-voor-naasten-samenwerking-en-ondersteuning>

<https://naasteninkracht.nl/nl/gesprekken-met-de-behandelaar-voorbeelden>

Akwa generieke module naasten

<https://www.zorginzicht.nl/binaries/content/assets/zorginzicht/kwaliteitsinstrumenten/implementatieplan-GGz-generieke-module-samenwerking-en-ondersteuning-naasten-van-mensen-met-psychische-problematiek.pdf>

GGz-standaard: Van vrijwillige, naar assertieve en naar verplichte zorg GGz

<https://www.GGzstandaarden.nl/generieke-modules/assertieve-en-verplichte-zorg/inleiding>

GGz-standaard: Triadisch werken (dialogogestuurd gesprek)

https://www.GGzstandaarden.nl/uploads/side_products/669fa3f2923208147a14d1b4dee4c5d0.pdf

GGz-standaard privacy: werkkaart:

https://www.GGzstandaarden.nl/uploads/side_products/d2278291224f38267811b851c612e5ad.pdf

Artikelen/publicaties en rapporten:

https://www.researchgate.net/publication/359982622_Adaptation_to_changing_needs_in_mental_health_care_mental_health_centers

<https://research.tilburguniversity.edu/en/publications/reactie-van-en-antwoord-aan-kleijweg-aanpassing-aan-veranderende->

Interview Rob van Dijk, GGz-Breburg

<https://pointer.kro-ncrv.nl/heeft-brabant-de-oplossing-voor-de-wachlijsten-in-de-GGz>



Gloria Gilbing

<https://therapieland.nl/nieuws/30-minder-wachtenden-in-de-GGz-door-een-andere-manier-van-gespreksvoering-het-verkennend-gesprek-gloria-gilbing/>

ZON-MW over GGz Breburg

<https://projecten.zonmw.nl/nl/project/samen-bouwen-aan-mentale-gezondheidscentra-actieonderzoek-naar-de-doorontwikkeling-en>

Trimbos, Over veranderen en hervormen in de GGz

<https://www.trimbos.nl/wp-content/uploads/2023/01/AF2059-GGz-uit-de-knel.pdf>

NZA, Over privacy in de GGz

<https://www.nza.nl/zorgsectoren/geestelijke-gezondheidszorg-GGz-en-forensische-zorg-fz/privacy-in-de-GGz>

Kerncijfers GGz

<https://www.nza.nl/zorgsectoren/geestelijke-gezondheidszorg-GGz-en-forensische-zorg-fz/kerncijfers-geestelijke-gezondheidszorg-GGz>

Wachttijden in de GGz

<https://www.vzinfo.nl/wachttijden/geestelijke-gezondheidszorg>

Verplichte gegevens aanleveren door GGz-instellingen

<https://www.nza.nl/zorgsectoren/geestelijke-gezondheidszorg-GGz-en-forensische-zorg-fz/gegevens-aanleveren>

Movisie: Rol van gemeente rond kwetsbare mensen

<https://www.movisie.nl/sites/movisie.nl/files/2018-06/preventiewaai-er-rol-gemeenten-rond-kwetsbaarheid.pdf>

NZa Registreren en declareren huisartsenzorg (POH-GGz)

<https://www.nza.nl/zorgsectoren/huisartsenzorg/registreren-en-declareren>

Groei aantal POH-GGz huisartsen

https://www.skipr.nl/nieuws/binnen-tien-jaar-verdubbelde-aantal-praktijkondersteuners-in-dehuisartsenzorg/?daily=1&utm_medium=email&utm_source=20230912+skipr+dailly+nieuwsbrief-daily&utm_campaign=NB_SKIPR&tid=TIDP2318984XAFA8023B0FA447A0A1C6DB33D06D3A17YI4



Zorgplicht en taken Gemeenten

<https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/zorg-en-ondersteuning-thuis/zorg-ondersteuning-thuis-rol-gemeente>

Rol van gemeente rond kwetsbare mensen

<https://www.movisie.nl/sites/movisie.nl/files/2018-06/preventiewaaijer-rol-gemeenten-rond-kwetsbaarheid.pdf>

Inspectie Jeugd en GGz (IGJ)

Algemene info, toezicht op kwaliteit en naleving

<https://www.igj.nl>

Inspectie en de GGz

<https://www.werkenvoornederland.nl/organisatie/ministerie-van-volksgezondheid-welzijn-en-sport/inspectie-gezondheidszorg-en-jeugd/igj-neemt-GGz-instellingen-onder-de-loep>

Rapporten toezicht:

<https://toezichtdocumenten.igj.nl>

<https://www.igj.nl/zorgsectoren/jeugd/publicaties>

<https://www.skipr.nl/nieuws/igj-samenwerking-binnen-GGz-zou-wachlijst-bekorten/>

ACM (Marktwerking en Schaalgrootte)

Kaders samenwerking in de zorg ACM

<https://www.acm.nl/nl/onderwerpen/zorg/samenwerking-in-de-zorg/samenwerking-in-de-zorg>

<https://www.acm.nl/sites/default/files/documents/2018-10/brief-minister-vws-fusietoezicht-in-de-zorg.pdf>

<https://www.acm.nl/nl/onderwerpen/zorg/fusies-in-de-zorg/fusies-in-de-zorg>



Governance

<https://www.acm.nl/nl/onderwerpen/zorg/samenwerking-de-zorg/samenwerking-tussen-zorgwerkgevers-op-de-arbeidsmarkt>

Zorgstandaarden: Huisartsen POH-GGz psychische klachten

<https://www.GGzstandaarden.nl/generieke-modules/psychische-klachten-in-de-huisartsenpraktijk/introductie>

<https://www.GGzstandaarden.nl/generieke-modules/psychische-klachten-in-de-huisartsenpraktijk/zorg-bij-psychische-klachten-in-de-huisartsenpraktijk/behandeling-begeleiding-en-terugvalpreventie>

Patiëntenvereniging/belangenorganisaties

<https://www.regelhulp.nl/onderwerpen/patientenorganisaties>

<https://www.zorgbelang-nederland.nl/contact>

<https://mindplatform.nl>

<https://akwaGGz.nl/patienten/>

<https://www.psychiatrienet.nl/categories/2273>

Netwerkoplossingen/voorbeelden

Landelijke samenwerkingsafspraken GGz en huisartsen

<https://www.GGzstandaarden.nl/generieke-modules/landelijke-samenwerkingsafspraken-tussen-huisarts-generalistische-basis-GGz-en-gespecialiseerde-GGz-lga/introductie>

<https://www.GGzstandaarden.nl/generieke-modules/landelijke-samenwerkingsafspraken-tussen-huisarts-generalistische-basis-GGz-en-gespecialiseerde-GGz-lga/afspraken>

<https://www.GGzstandaarden.nl/generieke-modules/landelijke-samenwerkingsafspraken-tussen-huisarts-generalistische-basis-GGz-en-gespecialiseerde-GGz-lga/afspraken/gedeelde-begeleiding-regionale-en-lokale-zorgafstemming>



POH en huisartsenpraktijk

<https://www.GGzstandaarden.nl/generieke-modules/psychische-klachten-in-de-huisartsenpraktijk/zorg-bij-psychische-klachten-in-de-huisartsenpraktijk>

Landelijk schakelpunt/koppeling dossier huisarts: <https://www.volggezorg.nl>
<https://www.volggezorg.nl/uitwisseling/welke-zorgaanbieders-doen-mee>

Volgen, beloop van klachten de 4DKL-lijst

<https://www.GGzstandaarden.nl/generieke-modules/psychische-klachten-in-de-huisartsenpraktijk/achtergronddocumenten/verdieping/4dkl>

Validiteit 4DKL-lijst NJI

<https://www.nji.nl/instrumenten/vierdimensionale-klachtenlijst-4dkl#:~:text=De%204DKL%20is%20een%20begeleidingsinstrument,van%20depressie%20en%20angst%20en%20somatisatie.>

Governance in de zorg, ketens en netwerken

Publicatie en handleiding samenwerken in de zorg, beleid + pp +downloads

Kennisorganisatie Vilans

<https://www.vilans.nl/kennis/de-governance-van-netwerkzorg-ontrafeld>

Stappenplan samenwerking in de zorg

<https://www.eldermans-geerts.nl/expertise/samenwerken-in-de-zorg/de-6-stappen-bij-samenwerking-in-de-zorg/>

Wet WGBO (rollen, taken bevoegdheden e.d. zorgprofessionals) en kwaliteitskaders

<https://www.knmg.nl/advies-richtlijnen/ethische-toolkit/snel-wat-weten-1/medisch-ethische-vraagstukken-in-het-kort-1/wet-wgbo>

<https://www.GGzkwakeitsstatuut.nl>

<https://www.zorginzicht.nl/kwaliteitsinstrumenten/GGz-landelijk-kwaliteitsstatuut>

Trusted Networks, Alex Jadad

Netwerken, de kracht van samenwerking over grenzen heen

<https://www.youtube.com/watch?v=nLMcihohbtM>



<https://www.allesisgezondheid.nl/knowledgebase/livecast-trusted-networks-met-alex-jadad-machteld-huber-daan-bultje-peter-bennemeer/>

<https://www.tutorialspoint.com/what-are-trusted-networks-in-information-security>

<https://www.amazon.com/Trusted-networks-world-class-outcomes-shoestring-ebook/dp/B07LB6QLGP>

<https://www.managementboek.nl/boek/9780997792737/trusted-networks-alejandro-jadad>

Trusted Network

<https://www.youtube.com/watch?v=nLMcihohbtM>

Positieve gezondheid (Machteld Huber

<https://www.iph.nl>

<https://www.linkedin.com/in/machteld-huber-53b62a14/?originalSubdomain=nl>