Regionale samenwerking mentale gezondheid Zuid-Limburg

Alle partijen aan zet

buro Copine

RTF
wachttijden GGZ
Zuid-Limburg

Regionale
samenwerking
mentale
gezondheid
Zuid-Limburg

Alle partijen aan zet

buro
Copine

RTF
wachttijden GGZ
Zuid-Limburg

Alleen ga je sneller,

Hoe kunnen we de hulpverlening bij mentale problemen zo organiseren dat er zo min mogelijk wachtlijsten zijn? Hoe kunnen huisartsen, professionals in het sociaal domein, ervaringsdeskundigen en ggz-professionals optimaal samenwerken? En als dit moet gebeuren in een specifieke regio, hoe ziet goede regiosamenwerking er dan uit?

samen kom
je verder

De aanleiding voor deze vragen komt voort uit de grote uitdagingen waar de ggz al een tijd voor staat. De toegankelijkheid van de ggz staat onder druk door de wachtlijstproblematiek en een toenemend capaciteitstekort. Het is al lang niet meer vanzelfsprekend dat mensen tijdige en passende zorg of begeleiding kunnen krijgen als ze met psychische problemen kampen. En dat is een (te) groot maatschappelijk probleem. Een probleem dat niet alleen bij de ggz ligt. En de oplossing dus ook niet.

Regionale samenwerking

Waar ligt die oplossing dan wel? Sinds 2020 heeft het ministerie van VWS regionale taskforces (RTF's) in het leven geroepen. Hierin werken verschillende partijen uit de regio samen. Zo ook in Zuid-Limburg. De gezamenlijke doelstelling is het verkorten van de wachtlijsten via betere regionale samenwerking. En daarmee het herorganiseren van de hulpverlening in de regio. De bovenliggende vraag is: hoe voeren we een ander gesprek over veerkracht en zingeving? Hoe dragen we bij aan een maatschappij waarin mensen het vermogen hebben om met fysieke, emotionele en sociale levensuitdagingen om te gaan? Met alle mogelijke kwetsbaarheden die blijvend bestaan.

Voor regiosamenwerking rond mentale gezondheid is de verkokering van het zorgsysteem allerminst helpend. Jarenlang werd de inhoudelijke lijn gepredikt dat de burger, de zorgvrager iets te kiezen moest hebben. Individualisme en onderscheidend vermogen tussen organisaties heeft een optimum bereikt. De omslag maken naar echte samenwerking en organisatiegrenzen loslaten is een moeilijke

opdracht. Dit zal niet van de een op andere dag volbracht zijn. Te meer omdat ‘de regio’ niet bestaat. Niet in financiering. Niet in beleid. Niet in wetgeving. Pragmatische bestuurders en aanpakkers krijgen de vrije hand om een nieuwe werkelijkheid te creëren. Dat klinkt misschien als een lonkend perspectief, maar de praktijk is weerbarstiger. Want ze moeten wel rekeninghouden met landelijk beleid en met wetgeving. Ook al loopt die vaak een paar stappen achter op de praktijk.

Des te meer lovenswaardig is te zien hoe deze regionale taskforce dit moedig probeert vorm te geven. Organisaties bestaan uit mensen. Personen die jarenlang op een bepaalde manier hun werk hebben gedaan. Zij hebben daarmee patronen ontwikkeld die teruggaan tot de oprichting van een organisatie. En soms nog verder. Die patronen leer je niet zomaar af. Het vraagt om veel vertrouwen in elkaar, in het eigen vermogen om nieuwe dingen te leren en de wil om een grootse transformatie aan te gaan om mentale hulp beschikbaar te houden. Juist voor de meest kwetsbare mensen in onze samenleving.

Met trots kijken we terug op het resultaat dat deze groep heeft neergezet. Het vraagt om speciale mensen die steeds blijven werken aan een beter zorgsysteem van morgen. Ook na tegenslag.

Copine | versneller RTF Zuid-Limburg 2023

Leeswijzer

Voor de leesbaarheid zijn keuzes gemaakt in de schrijf-wijzen in deze publicatie. Hieronder de overwegingen.

Cliënten
Thuis heet je Jaap. Bij de gemeente spreekt men over een burger of een inwoner van Maastricht. Bij de huisarts ben je patiënt. Binnen de ggz wordt over cliënten gesproken. In deze publicatie spreken we over cliënten. Bij welke organisatie iemand ook zorg, behandeling of begeleiding ontvangt.

Mentale gezondheid
Er is een ander gesprek nodig over mentale gezondheid. In deze publicatie wordt gesproken over mentale weerbaarheid, mentale klachten, mentale veerkracht. Niet alle vraagstukken rond mentale klachten hoeven tot behandeling via de ggz te leiden. Door mentale gezondheid te benoemen is een breed scala van partijen aan zet om passende begeleiding of behandeling te bieden.

Hulpverlening
Onder hulpverlening kan eHealth, begeleiding en behandeling geschaard worden. Van heel licht tot heel zwaar. Veelal is het in het begin niet duidelijk welke route gekozen moet worden. Of is een mix aan begeleiding en behandeling nodig. Vandaar de verzamelterm hulpverlening.

Er is geprobeerd om zo min mogelijk vakjargon te gebruiken. Dit is meestal gelukt. Sommige woorden hebben extra uitleg nodig:

Horizontale verwijzing
Horizontaal verwijzen betekent dat de partij waarnaar in eerste instantie verwezen is, op indicatie, doorverwijst naar een collega instelling.

CMD
Common mental disorders: angst, stemming, trauma, persoonlijkheid en bijkomende ontwikkelingsproblematiek.

FACT
Flexible Assertive Community Treatment, een intensieve behandeling voor mensen met ernstige psychiatrische aandoeningen, die vastlopen in het dagelijks leven.

Inhouds opgave

Voorwoord 4
Leeswijzer 8

Hoofdstuk 1
Voor wie moet de GGZ er zijn? 13

Hoofdstuk 2
Instroommodel mentale gezondheid 19

Hoofdstuk 3
Kaders voor werkwijze 25

Hoofdstuk 4
Organisatie van zorg 33

Hoofdstuk 5
Implementeren 41

Hoofdstuk 6
Financiering en monitoring 47

Hoofdstuk 7
Vooruitblik 53

Partners 57

Hoofdstuk 1

Voor wie moet de GGZ er zijn?

In 2006 is de Zorgverzekeringswet ingevoerd. Het lijkt daarin niet voldoende gelukt om op kwaliteit én doelmatigheid van de geestelijke gezondheidszorg te sturen. Het werd aantrekkelijker om zogenaamde ‘lichte zorg’ te bieden. Het leveren van complexe zorg werd juist minder aantrekkelijk. In tijden van schaarste rijst de vraag: voor wie is de ggz nu eigenlijk? Voor wie moet deze zorg toegankelijk blijven?

Complexe maatschappij
In een steeds complexere maatschappij lijken steeds meer mensen te lijden onder psychische problemen. Het Trimbos instituut becijferde eerder dit jaar dat 'in de periode tussen Nemesis 2 (2009) en Nemesis 3 (2021) het reële ggz-budget groeide met 11%, terwijl de jaarprevalentie van psychische stoornissen in dezelfde periode met 53% steeg en het zoeken van ggz-hulp daarvoor – ook volgens Nemesis – nog meer'. (Nemesis is een onderzoek naar de psychische gezondheid van de Nederlandse bevolking.) In het rapport GGZ uit de knel stellen onderzoekers dat 'bekend is dat lang niet iedereen met een psychische aandoening ook ggz-behandeling nodig heeft, maar dat de discrepantie wel erg groot is'. Het tekent onze maatschappij, waarin steeds meer mensen met psychische klachten een beroep doen op een krimpende groep (zorg)medewerkers.

Het is wellicht iets te gebruikelijk geworden dat iemand met vragen rond mentale gezondheid naar een huisarts of een ggz-specialist gaat voor een oplossing. De vraag is of daarmee de zorg bij lichte problematiek juist te toegankelijk is geworden. En daarmee het idee dat formele zorg en begeleiding voor iedereen, altijd, toegankelijk moet zijn. Zorgvragers zijn mondig geworden en laten zich niet zomaar wegsturen. De vraag is of de zorgprofessional net zo mondig is geworden om te antwoorden: "U bent niet gebaat bij (nog meer) psychische hulp. U heeft (eerst) iets anders nodig".

TINA het adagium van de werkgroep

Dirk de Wachter, psychiater en hoogleraar, formuleert het nog scherper. Hij vergelijkt de tijdgeest met een speedboot, TINA genaamd: There Is No Alternative. “Die boot vaart heel snel, en vooraan staan blitse jongens en meisjes in dure kleding met hun haren in de wind magnumflessen champagne leeg te spuiten. Maar achteraan vallen mensen uit de boot, omdat het zo snel gaat en er geen relingen zijn. Door het geraas horen de succesboys dat niet.

En achter die speedboot varen wij, de psychiaters en de psychologen, in rubberbootjes. Wij vissen de overboord gevallen sukkelaars op en geven ze droge kleren. Maar onze rubberbootjes kunnen amper volgen, waardoor het heel moeilijk is om die patiënten weer op de speedboot te krijgen.

De overheid zegt nu dat die boot nog harder mag gaan, en dat de rubberbootjes van de psychiaters te duur zijn: ‘Laten we de mensen zwemvesten geven, dan verdrinken ze ook niet.’ Néé, die speedboot moet trager varen, en achteraan moet er een stevige reling komen, een sterke sociale zekerheid, zodat minder mensen in het water vallen. Want vergis u niet: de meesten hebben geen psychiatrische afwijkingen, maar zijn gewone mensen die de ratrace niet meer aankunnen.”

TINA is bij de werkgroep van de taskforce een adagium geworden. Over De Wachter wordt weleens gezegd dat hij de maatschappij op de divan legt. Hij concludeert goed dat er een maatschappelijk probleem rond mentale gezondheid is. Zorgpartijen alleen kunnen dit niet oplossen. Een breder consortium aan partijen moet samen de aanpak rond mentale weerbaarheid anders vormgeven, wil men de expertise beschikbaar houden voor mensen met mentale klachten. Zorg- en welzijnspartijen nemen wel het initiatief om te anticiperen op die veranderende samenleving.

Starten bij het begin
Waar begint de reis van een cliënt? Of nog een stap terug; wanneer is iemand nog gewoon inwoner van Zuid-Limburg en wanneer ineens cliënt of patiënt. Aan wie wordt de eerste vraag gesteld? Wie zet de deur open naar de volgende organisatie of professional? En wie houdt deze deur (nog even) gesloten? Welke hulpvraag werd aan het begin gesteld? En welke wordt uiteindelijk behandeld?

Om de wachttijden te verkorten is een herorganisatie van hulpverlening in de regio nodig. Uitgangspunten en werkwijzen gelden daarmee integraal voor alle partijen. Het wachttijdprobleem is daarmee een systeemprobleem en de oplossing ligt op verschillende lagen in dat systeem. En dus ook bij verschillende partijen. Iedereen wordt daarmee ook even verantwoordelijk om bij te dragen aan de oplossing. Het wordt hierdoor ook ingewikkelder om op te lossen. Daarom is gekozen om de reis van de cliënt op te delen. In deze fase richt de regio zich op het begin: Nog voordat een cliënt een voet zet over de drempel van ggz-specialist.

In die fase moeten partijen beter samenwerken. Hoe kunnen de huisarts, ggz, sociaal domein beter samenwerken om sneller een best passende behandeling of begeleiding te bieden? Waarbij niet behandelen ook altijd een mogelijkheid kan zijn. Of misschien nu nog niet behandelen binnen de ggz, maar eerst aan andere zaken werken. Overkoepelend is de gedachte dat de netwerkaanpak voor mentale gezondheid met een aantal partijen in de keten beter gestroomlijnd moet worden. En dan met name de optimalisatie van het voorliggend veld. Uitgangspunten zijn:
— bijdragen aan passende zorg
— regiosamenwerking versterkend | gedeelde verantwoordelijkheid
— Positieve Gezondheid

Door te focussen op de vraag waardoor een persoon uit evenwicht is geraakt, zal de behandeling of de begeleiding zich daarna meer richten op herstel van evenwicht. Diagnostische inzichten kunnen hierbij helpend zijn. De vraag is: wat heeft iemand nodig om zijn leven weer op te pakken met alle kwetsbaarheden die daarbij kunnen horen?

Positieve gezondheid

Machteld Huber introduceerde het concept in Nederland in 2012. In dit concept wordt gezondheid niet meer gezien als de af- of aanwezigheid van ziekte, maar als het vermogen van mensen om met de fysieke, emotionele en sociale levensuitdagingen om te gaan en zoveel mogelijk eigen regie te voeren. Met alle mogelijke beperkingen die blijvend bestaan.

Positieve Gezondheid doet daarmee recht aan de mens en de kwaliteit van zijn leven. En het helpt voorkomen dat alleen oplossingen worden gezocht in de gespecialiseerde zorg, terwijl de omgeving ook van grote betekenis kan zijn voor herstel. Elementen als veerkracht, zingeving en zelfmanagement staan steeds meer centraal.

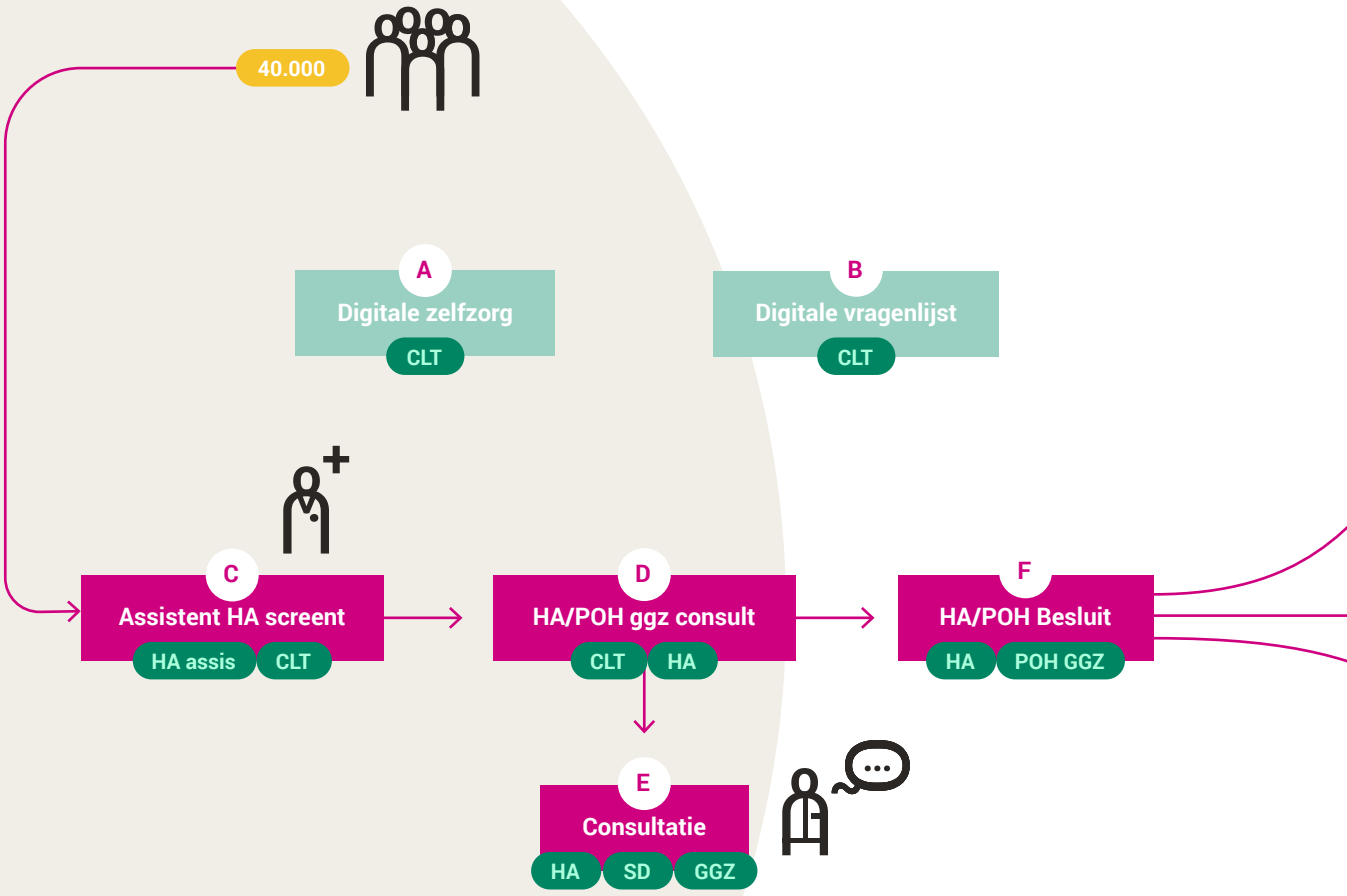
Dit vraagt om mensen vanaf het begin meer bewust maken van het feit dat ze zelf een belangrijk aandeel hebben in hun herstelproces. Ook zorgt het voor ideeën over de acties die ze zelf al kunnen ondernemen tot ze worden opgeroepen voor de intake in de ggz. En tijdens eventuele behandeling of begeleiding.

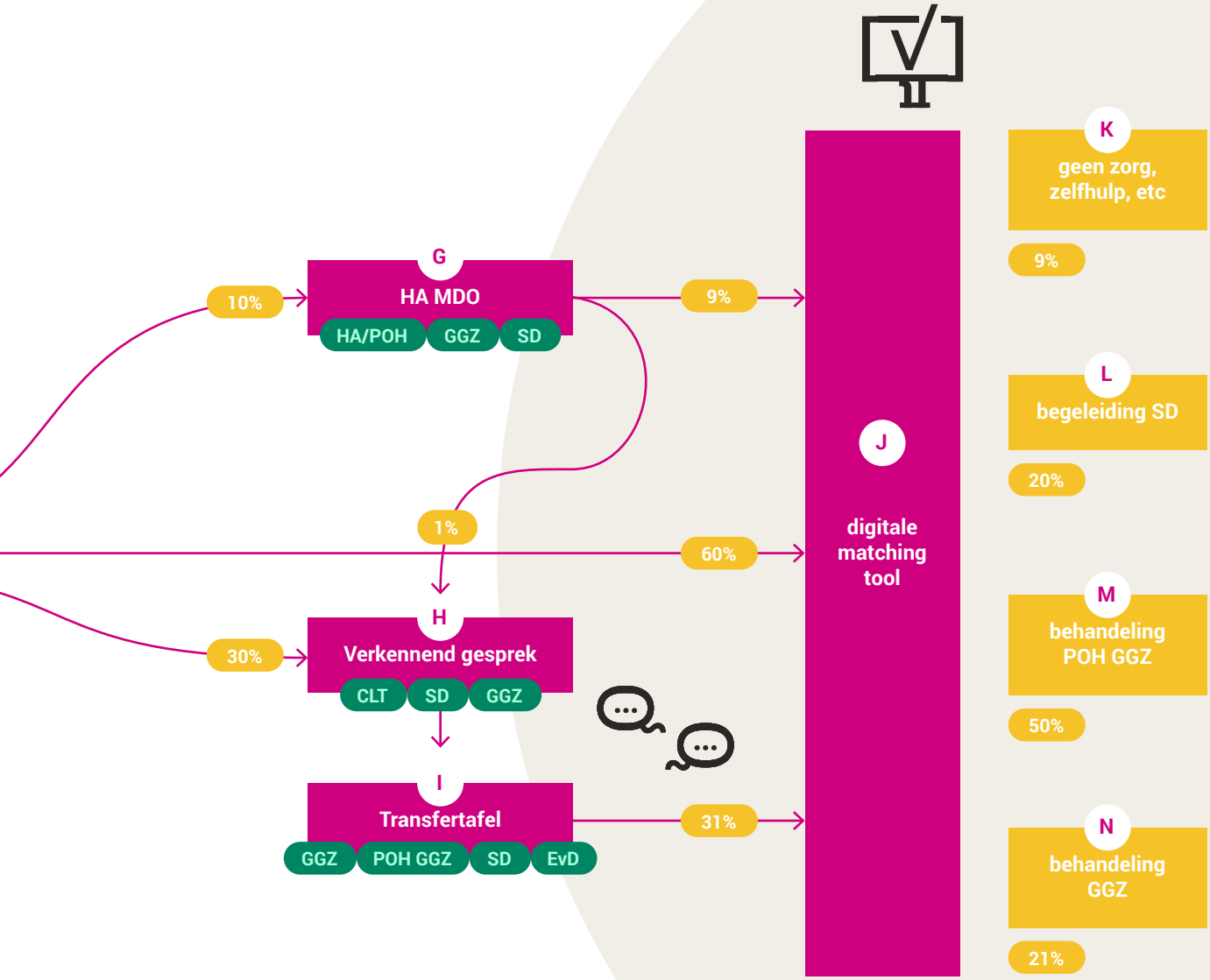
Huber ziet veerkracht als het vermogen om te gaan met de uitdagingen in het leven. Zonder jezelf kwijt te raken en ook om ervan te leren. Positieve Gezondheid vraagt van de professional ook iets van zichzelf te laten zien als mens. Het is daarmee een geheel andere wijze van de start van eventuele begeleiding of behandeling.

Hoofdstuk 2

Instroom-model mentale gezondheid

De werkgroep van de taskforce heeft in co-creatiesessies een nieuw instroom-model ontwikkeld. De verschillende mogelijkheden moeten gezamenlijk leiden tot betere samenwerking. Hierdoor ontvangt de cliënt sneller passende hulpverlening.


40.000
A
Digitale zelfzorg
CLT
B
Digitale vragenlijst
CLT
C
Assistent HA screent
HA assis
CLT
D
HA/POH ggz consult
CLT
HA
F
HA/POH Besluit
HA
POH GGZ
E
Consultatie
HA
SD
GGZ


G
HA MDO
HA/POH
GGZ
SD
10%
9%
1%
60%
30%
H
Verkennend gesprek
CLT
SD
GGZ
I
Transfertafel
GGZ
POH GGZ
SD
EvD
31%
J
digitale matching tool
K
geen zorg, zelfhulp, etc
9%
L
begeleiding SD
20%
M
behandeling POH GGZ
50%
N
behandeling GGZ
21%

A

Digitale zelfzorg

Het moet voor cliënten gewoon worden om eerst zelf een aantal stappen te ondernemen voordat ze contact opnemen met de huisarts. In de eerste fase zal de assistente van de huisarts verwijzen naar de digitale voorbereiding om cliënten hier bewust van te maken. Met digitale voorbereiding worden alle activiteiten bedoeld die de cliënt zelfstandig kan uitvoeren zonder enige interventie van de huisarts of POH. Bijvoorbeeld dat de cliënt op Thuisarts.nl informatie opzoekt. Of zelfstandig een eHealth module (vrij toegankelijk op de website/portaal van de huisartsenpraktijk) kan doorlopen.

B

Digitale vragenlijst

Vragenlijsten die de doktersassistent, POH-GGZ of huisarts kan inzetten voor of na contact met de cliënt. Deze dienen ter ondersteuning van het verkennende gesprek in de huisartsenpraktijk en/of om de cliënt zich goed te kunnen laten voorbereiden op het (vervolg)gesprek en de kwaliteit van de indicatiestelling te vergroten. Wederom een interventie om regie en verantwoordelijkheid bij de cliënt te vergroten.

C

Assistent huisarts

De assistent screent op urgentie. De assistent kan de cliënt wijzen op digitale zelfzorg of een digitale vragenlijst inzetten. En plant vervolgens eventueel een afspraak in bij de POH-GGZ en/of huisarts.

D

Huisarts/POH-GGZ consult

Een gesprek bij de huisarts en/of POH-GGZ om een eerste vraagverheldering te doen, de hulpvraag in kaart te brengen en samen met de cliënt te bepalen wat een goede aanpak is. Uiteraard met inzet van zowel de cliënt als diens netwerk, plus hulpverlening indien nodig. Wanneer er nog geen helder beeld is over de juiste vervolgstap, kan de POH-GGZ of huisarts de cliënt inbrengen in een MDO of een verkennend gesprek voorstellen.

E

Consultatie

Een consultatie betreft een adviesvraag met als doel dat de huisarts/POH-GGZ de zorg zelf verder kan continueren. Dit kan bijvoorbeeld ook een medicatievraagstuk zijn. Huisartsen kunnen zowel expertise uit het sociaal domein als uit de ggz inroepen. Voor deze functie zijn vaste contactpersonen vanuit beide domeinen aangesteld op wijksamenwerkingsverband (wsv). Hun doel is de vertrouwensrelatie sterk te maken en het netwerk bekendheid te geven. Consultatievragen voor eventuele vervolgstappen buiten de huisartsenpraktijk passen beter in het huisarts MDO.

F

Huisarts/POH-GGZ besluit

De huisarts of POH-GGZ voert het met de cliënt gemaakte besluit over de vervolgstap door. Dat kan zijn de casus voorleggen in het MDO, een verkennend gesprek inplannen, een traject bij de POH-GGZ zelf starten of verwijzen naar één van de vormen van (informele) hulpverlening.

G **Huisarts MDO**

Huisarts MDO is een overlegtafel waarin een multidisciplinair team casuïstiek bespreekt. Meedenken vanuit meerdere invalshoeken is hierbij wenselijk. De vaste contactpersonen vanuit sociaal domein, ggz en optioneel een ervaringsdeskundige zitten samen met de huisarts of POH-GGZ aan tafel. Belangrijk doel van het MDO is het verbinden van de huisartsartsen met de rest van het netwerk.

H **Verkennend gesprek**

Het verkennend gesprek is bedoeld om de hulpvraag van de cliënt zo goed mogelijk in kaart te brengen. De cliënt voert dit gesprek met een afgevaardigde vanuit het sociaal domein en de ggz. Het heeft de voorkeur dat hierbij ook een naaste van de cliënt aanwezig is. Samen kijken zij wat de cliënt nodig heeft om het mentale evenwicht te herstellen en welke aanpak daarbij het meest passend is. Hierbij kijken ze naar wat de cliënt zelf kan doen, wat zijn of haar netwerk kan betekenen en of inzet van (informele) hulpverlening nodig is.

I **Transfertafel**

De transfertafel is een overleg tussen sociaal domein, ggz-aanbieders en ervaringsdeskundigheid en facultatief de POH-GGZ. De deelnemers bespreken de uitkomsten van de verschillende verkennende gesprekken multidisciplinair. Het primaire doel is een eerste stap of plaatsing te bepalen met elkaar. De transfertafel dient ook voor het bespreken van horizontale verwijzingen.

J **Digitale matching tool**

Deze tool dient ter ondersteuning voor de transfertafel bij het matchen van de vastgestelde zorgvraag en het beschikbare zorgaanbod. Deze matching tool bundelt informatie over het zorgaanbod. Het gaat dan over wachttijden, inclusie/exclusiecriteria/zorgaanbod, sociale kaart.

Zorg op de juiste plek

K **Geen zorg, zelfhulp, et cetera.**

Wanneer geen verdere interventie van professionele hulpverlening nodig is, maar wel hulp vanuit het informele netwerk nuttig kan zijn, zoals ervaringsdeskundigheid, wijkinitiatieven et cetera.

L **Begeleiding sociaal domein**

Vervolgtraject in het sociaal domein.

M **Behandeling POH-GGZ**

Vervolgtraject in de huisartsenpraktijk bij de POH-GGZ.

N **Behandeling GGZ**

De cliënt wordt na transfertafel gekoppeld en dus verwezen naar een ggz-aanbieder. Dit kan ook een digitaal of groepsaanbod zijn. Wanneer de vraagverkenning door een andere ggz-organisatie is uitgevoerd, wordt de cliënt warm overgedragen aan de uitvoerende organisatie.

Hoofdstuk 3

Kaders voor werkwijze

Om het instroommodel optimaal te laten werken, zijn handelingsperspectieven ontwikkeld. Professionals krijgen hiermee handvaten hoe samen zorg te leveren in de toekomst.

Consultatiefunctie Sociaal domein & GGZ

Doel en uitkomsten
Voor huisartsen en POH-GGZ die een (eenmalige) adviesvraag willen stellen aan vaste contactpersonen uit het sociaal domein en de ggz met als doel om zelf de zorg te kunnen continueren.

- sneller en doelmatiger cliënten helpen in de huisartsenpraktijk
- versterken van de expertise in de eerste lijn
- niet noodzakelijke verwijzing voorkomen

Let op: Een consultatiefunctie is niet bedoeld om tot indicatiestelling voor de vervolgstappen (buiten de eerste lijn) te komen. Daar is een MDO of verkennend gesprek voor.

Succesfactoren en randvoorwaarden
Er wordt zoveel mogelijk gewerkt met vaste contactpersonen vanuit het sociaal domein en de ggz vanwege de relatie en vertrouwensband tussen professionals. In principe dus dezelfde collega's die ook deelnemen aan het huisartsen MDO. Maar bij de noodzaak van specifieke expertise kunnen dit ook andere professionals zijn. En verder:

- Domein overstijgende samenwerkingsafspraken over verslaglegging, reactietermijn en vergoeding
- Het vraagt van professionals laagdrempelige bereikbaarheid en snel beantwoorden van consultatievragen
- Dit gesprek valt onder de huisartsenzorg. Daarbij brengt de huisarts de casus in en houdt de regie over de cliënt. De ggz- en sociaal domein-medewerker zijn verantwoordelijk voor hun advies.

Noodzakelijke verandering bij stakeholders
De huisarts en de POH-GGZ mogen veel meer gebruik maken van de consultatiefunctie. Liever een kort overleg vroeg in het proces dan duurdere vormen van expertise inzetten later. Ofwel de mindset: als het lastig wordt vraag ik hulp. En niet: als het lastig is, verwijs ik
Het lerende effect zorgt voor vergroting van de expertise bij de eerstelijns professionals.

Het vraagt van de professionals uit het sociaal domein en de ggz om goed mee te denken met de huisarts. Daarbij draait het om expertise kunnen overbrengen en snel tot advies kunnen komen.

Uitgangspunt in de consultatie blijft: inspelen op de hulpvraag van de cliënt en regie bij de cliënt houden. Dat betekent dus niet onnodig medicaliseren/verzwaren of overnemen.

Huisarts MDO Mentale Gezondheid

Doel en uitkomsten
Huisarts MDO is een overlegtafel waarin professionals binnen een multidisciplinair team casuïstiek kunnen bespreken en waarbij meedenken vanuit meerdere invalshoeken wenselijk is. Het betreft de bespreking van cliënten met een complexe, domein overstijgende hulpvraag. Hierbij is het helpend om de consultatie-functie meer in te zetten, wanneer er vragen zijn waarbij de huisarts en POH-GGZ ondersteuning kunnen gebruiken. Dit kan gaan over chronisch psychiatrische cliënten die al meerdere verwij-zingen gehad hebben. Het MDO is ruggenspraak houden met een grotere groep. Het heeft als doel om tot een heldere vervolgstap te komen zoals:

- vervolg bij POH-GGZ/huis-arts met eventuele extra ondersteuning
- inplannen vraagverkenning
- indien de cliëntvraag al helder is, verwijzing naar het juiste domein

Succesfactoren en randvoorwaarden
Per werksamenwerkingsverband is het belangrijk een vaste kern van medewerkers uit de verschillende domeinen aan de MDO's te laten deelnemen. Het delen van deze kennis en expertise geeft een brede blik op de mogelijkheden en stimuleert ketensamenwerking.

- De cliënt is niet aanwezig, dat is een risico: praten óver, in plaats van mét de cliënt. Risico is dat het MDO de si-tuatie medicaliseert. Daarom, indien niet helder is wat voor de cliënt zelf belangrijk is, blijft het de voorkeur een verken-nend gesprek in te zetten.
- Uit pilots blijkt dat het bespre-ken van een cliënt gemiddeld tien minuten kost. Een MDO vraagt daarbij wel een goede voorbereiding, stevige verga-derdiscipline en mede daarom een goede voorzitter.
- Domein overstijgende af-spraken zijn nodig over het eventueel vastleggen en delen van informatie in het kader van de AVG.

Noodzakelijke verandering bij stakeholders
Voor alle deelnemers aan het MDO wordt gevraagd te kijken vanuit Positieve Gezondheid. En is de mindset 'wat kan wel'. Verder hebben of bouwen deze professionals aan:

- een brede blik van wat mogelijk is in de eigen achterban. (Denk aan kennis van de sociale kaart, wijki-nitatieven of verschillende behandelrichtingen)
- de skills om goed te verbinden en bruggen te bouwen
- een open, meedenkende houding
- durven feedback te geven

De cliënt is niet bij het MDO aanwezig. Wel dient de cliënt bij voorkeur geïnformeerd te worden en toestemming te geven voor bespreking. Zo niet, dan is het ook mogelijk om de casus anoniem te bespreken.

Verkennend gesprek

Doel en uitkomsten
Het verkennende gesprek met een cliënt is bedoeld om samen te onderzoeken wat nodig is om het mentale evenwicht te herstellen. Daarbij is een rol voor de cliënt zelf weggelegd, voor zijn netwerk en eventueel informele hulp. Kan daarmee nog onvoldoende herstel worden bereikt, dan wordt gekeken naar inzet van professionele hulpverlening. Daarna bespreken de vraagverkenner(s) het voorstel aan de transfertafel. Ze geven hiermee een advies aan de verschillende organisaties waar de uiteindelijke hulpverlening wordt geboden.

Succesfactoren en randvoorwaarden
De cliënt en een naastbetrokkene worden uitgenodigd voor een gesprek van een uur met een professional uit het sociaal domein en uit de ggz. De professional neemt deel vanuit expertise (niet vanuit de eigen organisatie).

- De methodiek voor het verkennend gesprek is de vragenset van psychiater Jim van Os in combinatie met het spinnenweb Positieve Gezondheid.
- De verslaglegging (brief) volgt de bovenstaande methodiek. Na bespreking op de transfertafel wordt hier de conclusie en het advies aan toegevoegd.
- De verkenners brengen naar de transfertafel wat zij en de cliënt gezamenlijk bedacht hebben dat nu nodig is en eventuele vragen aan de collega's.
- Belangrijk hierbij is een functieprofiel met duidelijke criteria en scholing voor de rol van vraagverkenner, vanwege de fundamenteel andere manier van werken door zorgprofessionals.

Noodzakelijke verandering bij stakeholders
De huisarts of POH-GGZ meldt de cliënt aan voor een vraagverkenning en stuurt eventueel een digitale vragenlijst uit, waarmee de cliënt zich kan voorbereiden. Iedereen is zich ervan bewust dat de uitkomst niet per definitie een behandeling of hulp hoeft op te leveren. Het gaat erom uit te zoeken wat de beste manier is om het mentale evenwicht te herstellen. De cliënt en naaste zijn dan ook gelijkwaardige gesprekspartners om dit te bereiken.

De professionals staan naast de cliënt. Samen zoeken ze naar manieren om weer grip te krijgen op het leven. De focus ligt daarbij niet op diagnostiek (classificeren/anamnese) maar op het verhaal van deze persoon. De professional bespreekt zijn overwegingen met de cliënt en niet over de cliënt, volgens het uitgangspunt 'nothing about me without me'.

Transfertafel mentale gezondheid

Doel en uitkomsten
De transfertafel is de nabespreking van verschillende verkennende gesprekken in een breder verband. Het doel is de best passende opties bij de doelen van de cliënt te zoeken. Deze tafel wordt ook gebruikt voor het bespreken van horizontale verwijzingen. Met als effect:

- betere afstemming en samenwerking tussen de verschillende disciplines/ samenwerkafspraken voor co-behandeling
- (onnodige) wachttijd voorkomen door completer overzicht van potentieel passend aanbod
- zorg op de juiste plek
- verbetering van de kwaliteit van zorg
- leereffect bij behandelaren vergroten

Wanneer er wordt gesproken over het leereffect dat gaat dit over de kennis ten aanzien van sociale kaart en de begeleidingingsmogelijkheden.

Succesfactoren en randvoorwaarden
Tijdens dit overleg worden verschillende perspectieven en expertises samengebracht om tot een gezamenlijk advies te komen. Daarbij is afvaardiging van verschillende ggz-aanbieders en expertises, sociaal domein aanbieders, en indien beschikbaar een ervaringsdeskundige aanwezig. Wenselijk is ook de aansluiting van de verschillende POH-GGZ voor het lerende effect.

- De opties worden naderhand met de cliënt besproken. De uitkomst daarvan wordt toegevoegd aan het verslag/ de brief aan de huisarts.
- Indien ggz nodig blijkt, indiceren de vraagverkenners mono-, multidisciplinair of outreachend. Ze beschrijven (indien nodig) tevens de benodigde expertise in het advies.
- Een verwijzing naar een ggz-aanbieder betekent dat de ontvangende partij dit oppakt. Tenzij er grote bezwaren zijn, maar dat brengt die partij dan opnieuw in op de transfertafel (lerend effect).
- Indien nodig organiseren de vraagverkennende organisaties een warme overdracht naar de hulpleverende organisatie.

Noodzakelijke verandering bij stakeholders
Betrokkenen beperken zich in het vaststellen van de aanpak tot dat wat de cliënt aangeeft nodig te hebben. Diagnostische overwegingen dienen slechts om de problematiek begrijpelijk te maken en zijn geen doel op zich. Wel dient er een gezamenlijk aanbod gecreëerd te worden indien dit aanbod ontbreekt.

De transfertafel dient als verbreding van kennis over mogelijkheden voor de cliënt en moet niet gebruikt worden om voor de cliënt te bepalen. De bespreking in de transfertafel levert mogelijk nieuwe perspectieven op die voorgelegd worden aan de cliënt en zijn naasten.

Evelyn

Evelyn (21) heeft al een flinke 'carrière' in de ggz achter de rug zoals ze het zelf noemt. Al vanaf haar veertiende heeft ze meerdere diagnoses en kortdurende therapieën gehad, maar ze blijft stoeien.
Ze zit in het tweede jaar van haar opleiding. Het eerste jaar ging ze erg goed op alle nieuwe contacten, het wonen op kamers. Nu de studielast zwaarder wordt en de vriendschappen serieuzer, merkt ze dat het weer misgaat. Zeker nu het niet zo lekker gaat met haar vriendje, met wie ze bijna een jaar is. Ze heeft weer veel huilbuien, duwt haar vriendinnen van zich weg en het studeren wil ook niet meer echt.
Ze is bang voor de donkere tijd die ze heeft gekend en belt de huisarts.

Hoe zou Evelyn de nieuwe situatie kunnen ervaren?
Evelyn krijgt na een kort gesprek met de huisarts de vraag een verkennend gesprek te doen. Ter voorbereiding vult ze een digitale vragenlijst in en ze neemt haar zus Lola mee. In het gesprek ontrafelen ze samen waar ze het meest op vastloopt, namelijk relaties in haar omgeving. Samen met de professionals besluiten ze om daaraan te werken in groepsverband. En bij eventuele verslechtering individuele behandeling. Zus Lola belooft wat regelmatiger in te checken. De professionals bespreken Evelyn's casus aan de transfertafel. Daaruit komen nog de opties van maatschappelijk werk om haar studie op de rit te houden of inzet van een ervaringsdeskundige.

Hoofdstuk 4

Organisatie van zorg

Het instroommodel beoogt een zo uniform mogelijk proces voor de regio. Toch wordt er altijd gekeken naar wat er het best werkt voor een lokale situatie. Zuid-Limburg bestaat uit drie subregio's en zestien gemeenten. Er kan dus iets van kleurverschil ontstaan in een subregio. Voor de organisatie van zorg is allereerst gekeken naar hoe samenwerken het best verloopt en wat daarin essentieel is. Op dagelijkse basis schakel je niet met een hele sub-regio, maar wel in een wijk.

Daarnaast is gekeken naar de haalbaarheid op grote schaal; ofwel efficiënte inzet van capaciteit. Daarbij is ook rekening gehouden met het 'natuurlijke' werkgebied van zowel het sociaal domein, de ggz en de huisartsen. Want daar waar het sociaal domein vaak heel goed weet wat er in de buurt speelt, is dat een te kleine schaal voor een ggz-instelling om bij aan te haken en vice versa.
De uitgewerkte organisatie van zorg is met het beste inzicht van alle aanbieders opgesteld, maar zal in de loop van de tijd met meerdere aanhakende organisaties nog worden afgestemd. En er zal in de eerste fase van implementatie dan ook nog ruimte zijn om de organisatie al doende steeds beter neer te zetten.

Subregio's Zuid-Limburg

Parkstad Limburg, bestaand uit: Heerlen (kerngemeente), Kerkrade, Landgraaf, Brunssum, Voerendaal, Simpelveld en Beekdaelen

Maastricht Heuvelland, bestaand uit: Maastricht (kerngemeente), Eijsden-Margraten, Gulpen-Wittem, Meerssen, Valkenburg aan de Geul en Vaals

Westelijke Mijnstreek, bestaand uit: Sittard-Geleen(kerngemeente), Beek, en Stein

"Hulpverlening moet gewoon holistisch zijn, over meerdere branches. Want psychologen kijken dan alleen maar naar de psychologie. Dan kom je bij de Wmo met een coach. Maak nou een multidisciplinair team. Je hebt je therapie en daarbuiten gaan we ook werken, aan je persoonlijke leven. Dat je gewoon aan twee kanten die ondersteuning krijgt."

ervaringsdeskundige 27 jaar

Vertrouwen in wijksamenwerkingsverband

Indeling in de regio: Vaste, vertrouwde contactpersonen voeren het MDO en de consultatiefunctie uit. Om dit werkbaar te maken is het prettig meerdere huisartspraktijken te kunnen bedienen vanuit het sociaal domein en de ggz. Daarom is gekeken naar een 'wijksamenwerkingsverband (wsv)' als uitgangspunt. Een wsv is rond de 10-20.000 inwoners. Dat komt in Zuid-Limburg neer op een 35–40-tal gebieden. De grootte zal per verstedelijkt gebied en de dorpen/kleinere kernen bepaald worden. Daarbij zal zorgvuldig een logische verdeling over huisartspraktijken, sociaal domein en ggz-partijen gemaakt worden. Niet overal zijn al wsv's opgericht. Zoveel mogelijk zal op bestaande structuren aangesloten worden, zoals wijkteams of stadsdelen. Dit is in lijn met de ontwikkelingen van het Integraal zorgakkoord (IZA) en Gezond en Actief Leven Akkoord (GALA).

Organisatie

Voor het MDO bestaat een jaarplanning met vaste tijden en plek (ook digitaal). De huisarts kan (digitaal) aansluiten voor zijn cliënt. Gemiddeld kost het bespreken tien minuten per cliënt. De vaste aanspreekpunten zijn, indien mogelijk, fysiek aanwezig (of digitaal, afhankelijk van de ruimte in de praktijk). De vaste aanspreekpunten vervullen een liaisonfunctie naar het netwerk. Kennis van de sociale kaart is dan ook een voorwaarde. Essentieel hierbij is het persoonlijk contact en vertrouwen dat de betrokkenen onderling opbouwen.

Structurele deelnemers aan een WSV zijn minimaal:

- POH-GGZ,
- ggz-professional,
- (Dit kan een breed scala aan ggz-medewerkers betreffen, waaronder met name ook de sociaalpsychiatrisch verpleegkundigen niet enkel de GZ-psychologen, verpleegkundig specialisten, klinisch psychologen of psychiaters.)
- sociaal domein (sociaal wijkteam gemeente) maatschappelijk werk/welzijnsmedewerker en,
- ervaringsdeskundige.

Andere deelnemers die kunnen aansluiten zijn:

- huisartsen voor cliënten die zij willen bespreken in het huisartsen MDO (voorkeur digitaal) ambulant begeleide Wmo consulent wijkverpleegkundige S, POH J of POH-ouderen additionele ggz-specialisten zoals LVB, FACT, et cetera

De deelnemers kunnen per wijk verschillend zijn en idealiter sluiten zoveel mogelijk verschillende partijen aan. Te denken valt ook aan een wijkagent. De bovenstaande opsomming is niet limiterend.

Expertise voorop in de sub-regio's

Indeling in de regio
De vraagverkenning wordt vanwege het lerend vermogen en de efficiënte inzet van capaciteit op grotere schaal (meerdere wsv's) uitgevoerd en daarmee ook op een andere locatie dan in het wsv. De transfertafel worden ook op dit niveau georganiseerd, zodat meerdere sociaal domein partijen en ggz-aanbieders gezamenlijk kunnen kijken naar de vraag. Ook de ervaringsdeskundige sluit aan. De POH-GGZ van de verschillende huisartspraktijken zijn uitgenodigd om het aanbod en de mogelijkheden te leren kennen.
Per sub-regio zal nog gekeken worden naar de beste locatie en schaal.

Organisatie
De groep die het verkennend gesprek doet, is groter dan de deelnemers aan het MDO van de wsv's. Iedereen werkt vanuit zijn kennis en expertise en niet vanuit de eigen organisatie tijdens het verkennende gesprek.
De transfertafel nabespreking van meerdere verkennende gesprekken vinden plaats om gezamenlijk de beste en snelste eerste stap te bepalen. Dit kan ook gaan om tot afstemming te komen over het gezamenlijk oppakken van de vraag en de organisatie daaromtrent. De transfertafel gaat daarbij uit van stevige partnerschappen in de sub-regio. Er ligt een gezamenlijke verantwoordelijkheid om het zorg- en hulpaanbod voldoende af te stemmen op de vraag in de (sub-) regio.

Faciliteren en escaleren in de regio stuurgroep

Indeling in de regio
Op regionaal Zuid-Limburgs niveau wordt gebruikgemaakt van de reeds bestaande regionale taskforce stuurgroep. Deze RTF is verantwoordelijk voor het terugdringen van de wachtlijsten, zowel met korte termijn ingrepen als lange termijn interventies (uniform instroommodel). De RTF-stuurgroep heeft tevens een verantwoordings- en communicatiefunctie naar de landelijke partijen, zoals het ministerie van VWS, de Inspectie voor Gezondheidszorg en Jeugd, de Nederlandse Zorgautoriteit, et cetera.

Monitoren en elkaar ondersteunen
De RTF monitort de wachttijden. Waar nodig kunnen organisaties elkaar ondersteunen bij eventuele capaciteitsproblemen of oplopende wachttijden. Ook delen de verschillende sub-regio's hun kennis over hun voortgang en wat ze leren over de implementatie van het instroommodel.

Rachel

Rachel is 32 en in de bloei van haar leven. Ze beleeft leuke weekenden met haar vrienden, gaat regelmatig naar festivals en heeft een goede baan als HR-medewerker. Toch bekruipt haar regelmatig het gevoel van eenzaamheid. Ze merkt dat ze steeds vaker een soort 'masker' van vrolijkheid opzet, terwijl ze niet vrolijk is. Ze heeft donkere dromen en wordt somberder wakker. Dat heeft weerslag op haar werk. Ze staat niet meer zo zeker in haar schoenen en het gaat haar moeilijk af.

Rachel besluit de huisarts te bellen, want een burn-out of iets dergelijks wil ze voorkomen.

Hoe zou Rachel de nieuwe situatie kunnen ervaren?
De assistente aan de telefoon luistert naar het verhaal van Rachel en stelt vragen die Rachel direct geruststellen. De assistente vraagt of Rachel weet van een aantal zelfhulp mogelijkheden. Aangezien ze nooit eerder last had van mentale klachten had Rachel er niet aan gedacht online te zoeken. De assistente wijst haar op een eHealth module om haar gedachten op een rijtje te krijgen. Ook wordt Rachel gewezen op maatschappelijk werk IPS. Dit kan ze via de site aanvragen om haar goed in werk te houden. Daarnaast spreekt ze af dat Rachel opnieuw belt als de klachten verergeren.

Regionale afspraken om het instroommodel te laten slagen

Om het uniforme instroommodel te laten slagen, is er een aantal aspecten die extra regionale afspraken behoeft. Dit betreft afspraken omtrent:
— personeel
— in- en exclusiecriteria
— contracteren
— behandelverantwoordelijkheid

Gentlemen's agreement omtrent personeel
Een achterliggend probleem van de wachtlijsten is het personeelstekort. Een regionale aanpak en mogelijke verschuivingen in werkzaamheden vraagt dan ook een nobele manier van omgaan met personeel:
— niet actief elkaars personeel ronselen
— digitaal begeleiden en behandelen vergroten, medewerkers kunnen hierdoor flexibel en plaats ongebonden werken.

Tevens is er een suggestie om een flexbureau op zetten voor ggz-personeel in de regio.

In- en exclusiecriteria
Het instroommodel is zo ingericht dat professionals vanuit verschillende expertises een inschatting kunnen maken waar iemand zou passen. Stringente in- en exlcusiecriteria gaan daarbij in de weg zitten. De volgende afspraken zijn dan ook door de deelnemende ggz-afgevaardigden vastgesteld:

1. Een verwijzing naar een ggz-aanbieder betekent dat de ontvangende partij dit oppakt, tenzij er grote bezwaren zijn. Maar dan komt dit opnieuw op de transfertafel voor het lerend effect.
2. Crisisgevoeligheid is bij geen van de partijen een contra-indicatie voor het oppakken van een zorgvraag, tenzij het gaat over direct levensbedreigende situaties.
3. Alle ggz-partijen kunnen stemmingsproblematiek, angst en trauma, ontwikkelingsproblematiek, persoonlijkheidsproblematiek en (bijkomende) middelengebruik integraal oppakken.

4. Cliënten bij wie FACT-zorg geïndiceerd is, worden opgepakt door de geïntegreerde instellingen. Bij de indicatiestelling wordt altijd een beroep gedaan op de expertise van een collega uit het FACT-team. Deels om de indicatiestelling te optimaliseren, en ook om deze kritieke, intensieve en relatief dure zorg voldoende toegankelijk te houden voor de cliënten die het echt nodig hebben.
5. Om onwenselijke horizontale verwijzingen te voorkomen is afgesproken dat deze niet via de huisarts worden gespeeld, maar altijd via de transfertafel. Hier kunnen de zorgaanbieders steeds onderling met elkaar bekijken wat nodig voor de cliënt en of een horizontale verwijzing voorkomen kan worden door advisering en/of samenwerking.

> “En wat ik zeg is stop met naar de DSM te kijken of iemand beter is. Het gaat om personal recovery.”
>
> ervaringsdeskundige 27 jaar

Behandelverantwoordelijkheid

Met het nieuwe instroommodel en andere plannen streeft de taskforce ernaar om de huidige wachtlijsten in de ggz aan te pakken. Hoewel partijen ook realistisch zijn en beseffen dat dit niet op korte termijn gerealiseerd kan worden, blijven ze met elkaar onderzoeken hoe ze in de toekomst kunnen voldoen aan de ambitie van het Integraal Zorgakkoord om binnen vier weken na verwijzing de benodigde zorg te kunnen bieden. In de tussentijd wil men echter wel al profiteren van de vruchten van de intensievere samenwerking. Het nieuwe instroommodel is een vorm van netwerkzorg, waarbij iedereen zijn unieke expertise inzet om de beste resultaten voor cliënten te behalen. Dit vereist het doorbreken van traditionele silo’s als het gaat om behandelverantwoordelijkheid. Nadrukkelijk ligt de verantwoordelijkheid niet bij één partij ligt, maar bij alle partijen: ‘Samen staan we sterker’. Daarom is een blijvend gesprek nodig om te komen tot afspraken over hoe met name de doelgroep, die een groot beroep doet op huisartsen en het sociaal domein en waarbij de huisarts zich overvraagd voelt, kunnen ondersteunen. Daarnaast blijven de ggz-partijen ook intern kritisch kijken naar hoe zij met hetzelfde of minder hulpverleners aan een grote groep cliënten zorg kunnen bieden. Daarbij valt bijvoorbeeld te denken aan meer (kortdurende) groepsbehandelingen.

Hoofdstuk 5

Implementeren

Aandachtspunten tijdens implementatie

We verwachten een aantal uitdagingen om tot het ideale instroommodel te komen. Belangrijk te realiseren is dat hoe mooi het model ook op papier staat, het gaat pas 'stromen' als er ook daadwerkelijk gedrag verandert. We onderscheiden daarin de volgende thema's:

Zelfredzaamheid en zelfregie stimuleren en opschalen
Het nieuwe instroommodel streeft ernaar mensen met een mentaal probleem naar passende hulpverlening te (be)geleiden. Daarbij is het ook noodzaak om bepaald soort 'lijden' weer te normaliseren als horend bij het leven. En te stimuleren dit soort issues op te lossen met zelfzorg of het eigen netwerk. Daarnaast zetten we de cliënt in regie. Hoe zorgen we dat de cliënt in de drivers seat gaat zitten zonder van alles te eisen? Opschalingsdoelen:

- minder huisartsafspraken, eerst zelf testen en zelfhulpmiddelen gebruiken
- meer bekendheid en gebruik van (digitale) zelfhulpmiddelen stimuleren
- de cliënt heeft volledige regie ten tijde van de instroom tot aan de start van de behandeling

Opschalen nieuwe werkwijze huisartspraktijken
Het instroommodel vraagt een flink andere werkwijze van de huisartspraktijken. Zowel van de assistent, de POH-GGZ als de huisarts wordt gevraagd een grotere sensitiviteit op te bouwen om te kunnen bepalen welke cliënten echt hulpverlening nodig hebben en welke niet. Alles draait om het lerend vermogen tijdens de verschillende nieuwe interactiemomenten van het instroommodel. En uiteraard het praktisch en efficiënt inregelen van nieuwe interacties, zoals het MDO. De opschalingsdoelen zijn:

- De huisartsassistent bouwt triage skills op en stimuleert (nog meer) zelfhulp tools.
- De POH-GGZ en de huisarts verbreden de consultatiefunctie en zetten deze vaker in.
- De POH-GGZ en de huisarts weten de juiste cliënten in het MDO of het verkennend gesprek te bespreken en leren door feedback uit de samenwerking dit steeds beter in te zetten.
- De MDO's worden efficiënt ingezet en opgeschaald.

Boris

Het is voor Boris (45) elke ochtend weer een strijd om zijn bed uit te komen. Voorheen lukte het de dagen dat hij moest werken nog wel, maar daar heeft hij zich ondertussen ziekgemeld. Zijn dagen zijn inmiddels omgedraaid. ‘s Nachts gamet hij champions league. En overdag ligt hij met een depressief gevoel in bed. De middag blowt hij vaak weg.
Het begon allemaal toen hij door een bedrijfsongeval minder kon werken. De schulden zijn langzaam opgekropen tot een strop om zijn nek. Dat terwijl hij ook nog alimentatie moet betalen aan zijn ex. Die is gelukkig coulant geweest, maar dat levert hem nog altijd geen zwarte cijfers op zijn rekening op. Zijn ex heeft hem gepusht de huisarts te bellen.

Hoe zou Boris de nieuwe situatie kunnen ervaren?
Boris heeft een uitgebreid gesprek met de POH-GGZ. Zij vraagt goed door waar Boris behoefte aan heeft. Samen concluderen ze dat zijn schulden hem de grootste zorg opleveren en dat daar naar zijn beeld ook de depressie uit is ontstaan. De POH-GGZ stelt voor het met het MDO te bespreken. Daar overlegt ze met sociaal domein en ggz of het mogelijk is om te starten met schulden wegwerken, terwijl zij zelf Boris in de gaten houdt voor zijn depressieklachten. Ze koppelt het positieve antwoord terug aan Boris, die twee weken later al om de tafel zit met een geldcoach in het sociaal domein en een eerste gesprek met haar. Ook heeft het MDO nog een tip opgeleverd voor Boris om in zijn wijk te starten met 7x7 voetbal.

Hervorming ggz-werkwijze
Hoe goed het instroommodel ook ingeregeld kan worden met meer verkennende gesprekken en transfertafels, zolang de ggz niet mee verandert, wijzigt er niet voldoende. Wat dus nodig is, is een omslag van diagnose centraal naar cliëntvraag centraal, ook binnen de ggz-instelling. Opschaaldoelen:

- Een brede, generalistische kijk van ggz-personeel stimuleren; tijden het MDO, de consultatie en de vraagverkenning.
- Via opschoning van de wachtlijsten en digitale middelen komen tot verbetering van de matching bij de verwijzing (en dus de verdeling van cliënten over de regioaanbieders).

Dealen met een breed palet aan mensen in het sociaal domein
Het sociaal domein staat dicht bij de mensen, in de wijk, in de buurt. Dat is enorm waardevol en hoe meer die kennis wordt gedeeld, hoe beter het instroommodel zal werken. In de nieuwe werkwijze vraagt het ook van het sociaal domein een open blik zonder te gaan 'labelen'. Het wordt de kunst om enerzijds mensen met bijvoorbeeld een psychiatrische achtergrond niet direct (terug) te verwijzen naar de zorg, en anderzijds wel rekening te houden met een mogelijk andere houding van de cliënt. Denk daarbij bijvoorbeeld aan moeite met initiatief nemen, op tijd komen en dergelijke. Het MDO en de transfertafel en de vertrouwde banden in het wsv zullen gaan helpen voor het uitwisselen van kennis en voorzieningen. Opschaaldoelen:

- De sociale kaart in beeld brengen. Bij voorkeur digitaal, maar ook afgevaardigden uit het sociaal domein hebben of bouwen aan deze parate kennis.
- Verbetering van de omgang met mensen in de psychiatrie in sociaal domein trajecten.
- De ontwikkelen van een gezamenlijke taal tussen ggz, sociaal domein en POH-GGZ voor het uitwisselen van kennis en voorzieningen.

Implementatie in fasen
Verschillende interventies en acties zijn bedacht om de nieuwe werkwijze te kunnen opschalen. Daarnaast is ook gekeken naar de vraag welke tools of middelen aangepast of ontwikkeld kunnen worden om de opschaling of werkwijze te stimuleren. Niet alles zal vanaf dag één in werking worden gesteld. De volgende pagina laat een grove fasering zien van wat wanneer gedaan zal worden.

sub-regionale implementatie
Met de eerdergenoemde aandachtspunten en fasering als leidraad wordt een doorvertaling gemaakt naar een plan van aanpak per sub-regio. Hiermee erkennen we dat elke sub-regio ergens anders start. Regio Oostelijk Zuid-Limburg heeft bijvoorbeeld al wijksamenwerkingsvebanden, waar de Westelijke Mijnstreek al de ggz in regioteams heeft verdeeld.

Belangrijk is ook dat in de eerste stappen naar implementatie direct nieuwe mensen in de eigen organisatie, maar ook nieuwe organisaties meegenomen worden. Zo wordt de transformatiebeweging verder uitgebouwd.

	Fase 1. Leren en Installeren **Nieuwe werkwijze**	Fase 2. Verspreiden **Nog meer patiënten zelfredzaam**	Fase 3. Verdiepen **Samenwerkrelaties verbeteren**	Fase 4. Optimaliseren **Ervaring cliënt en professional**
Al doende leren en implementeren in de sub-regio's	Opzetten eerste structuur voor wsv's en instroommodel (per sub-regio een plan van aanpak met)	Monitoren en verbeteren gebruik digitale middelen Opschalen implementatie om meer patiënten te bereiken	Vaststellen werkprocessen na leringen uit fase 1 en 2 en samenwerking verder verbeteren. Aanhaken nieuwe regio partijen	Optimaliseren processen en ervaringen.
(additionele) Regio afspraken	Verdiepende gesprekken contractering met zorgverzekeraars	Financiering na eerste jaar vaststellen	Doorstroom GGZ verbeteren (aandachtig afsluiten, behandel limieten, regioteams) 4 weken behandeltijd overdracht	
(digitale) tools en middelen	Start ontwikkeling digitale matchingtool Ontwikkeling digitale vragenlijst Overlegfunctie na verwijzing in Zorgdomein bij partners onder de aandacht brengen ter ondersteuning consultatie in light-vorm	implementeren digitale vragenlijst eHealth module LIV, digitale test en wegwijzer informatie koppelen aan alle huisarts-websites. Digitale sociale kaart onderdeel maken van matchingtool	Implementeren digitale matchingtool MDO format vaststellen SILO HA app: Inzetten voor vaste kern wsv om laagdrempelig vragen te stellen aan elkaar format triage mentale gezondheid in de huisartsenpraktijk ontwikkelen	Duur en overzicht van het proces voor de cliënt inzichtelijk maken middels app selecteren en implementeren instrument om patiënt info te delen (bijv. VIPLive gesprekken) Uniform en centraal telefoniesysteem voor HA triage opzetten
Scholing en communicatie	Eerste scholing ggz afgevaardigden POH-GGZ scholing en intervisie MDO's inregelen	Promotiemateriaal ontwikkelen en verspreiden bij huisartsen (o.a. op wachtkamer schermen) Uniforme scholing over de ggz-instellingen en SD-organisaties heen.	POH-GGZ scholing en intervisie MDO's inregelen scholing doktersassistentes triage mentale gezondheid	

Hoofdstuk 6

Financiering en monitoring

Vertrouwen dat we samen het goede doen

Hoe krijgen de samenwerkende partijen die het nieuwe instroommodel uitvoeren de geleverde zorg vergoed? Hoe kunnen ze gezamenlijk sturen op resultaten? En hoe wordt een bespreekcultuur gecreëerd, die nodig is om te blijven leren en duurzame gedragsverandering mogelijk te maken?

Het kader schetst de ambitie waarmee de Taskforce op regionaal niveau tot inhoudelijke afspraken over een uniform instroommodel is gekomen. Uitgangsprincipe is om echt anders te gaan werken en de regie bij de cliënt te laten. Op basis van dit principe organiseert de RTF vanuit de hulpvraag van de cliënt, zo lokaal mogelijk en vanuit en een domein overstijgende blik.

Op deze werkwijze is inhoudelijk commitment. Om tot definitieve besluitvorming en inrichting te komen, is het noodzakelijk om ook de financiering van deze nieuwe manier van werken vast te stellen. De afspraken rond het nieuwe instroommodel passen nog niet in de huidige bekostigingssystematiek. Idealiter is sprake van een domein overstijgende betaaltitel. Deze is echter nog niet aanwezig. Daarnaast is er de wens het totale budget voor zorg aan personen met mentale problemen niet verder te laten groeien. Idealiter zou dit, na een investering omdat het gaat om een innovatie, gelijk blijft aan de huidige situatie.

Ambitie

In Zuid-Limburg doen we het gewoon: we leveren excellente netwerkzorg aan burgers met mentale klachten. De hulpvraag en zelfregie staan daarbij centraal. We kijken kritisch naar onder- en overbehandeling en zoeken daarom ook naar oplossingen waar begeleiding voldoende is. Wanneer behandeling noodzakelijk is, staan onze ggz-specialisten paraat. We geloven dat tegenslagen bij het leven horen en normaliseren waar dit kan. Wij geloven dat snelle interventies op zelfredzaamheid bijdragen aan kortere wachttijden. En die kortere wachttijden zorgen er weer voor dat zwaardere problematiek niet verergert. Echter, niet op iedere vraag hoeft een antwoord te komen vanuit de ggz. En dat is wennen, voor iedereen. Ook voor de mensen die bij ons aankloppen. En ja, leren doen wij met vallen en opstaan. Dat hoort er ook bij. Dat is nodig om in de actiestand te komen en de wachttijdente verkorten en goede hulpverlening rond mentale klachten te organiseren.
Alleen op deze manier zorgen we dat echt kwetsbare mensen de hulp krijgen waar ze simpelweg niet zonder kunnen.

Monitoring
De hamvraag is natuurlijk of de interventies gaan werken zoals beoogd. Daarom wordt vooraf een onderzoeksdesign opgesteld om de juiste data op te halen, om goed te kunnen sturen. In Nederland is al veel evidence based onderzoek gedaan om de meerwaarde aan te tonen van de verschillende interventies. Het is daarom ook van belang om te starten met een goede baseline meting.
En vervolgens om voldoende massa te maken om te kunnen monitoren of verschuivingen plaatsvinden in de keten. De aanname is bijvoorbeeld dat het verkennende gesprek leidt tot kortere intake periodes binnen een ggz-instelling. Is dat ook zo? Vertonen huisartsen ander gedrag door inzet van consultatie en MDO? Maar ook, welke knelpunten zijn er in de domein overstijgende samenwerking? Zijn er sub-regionale verschillen? Nemen horizontale verwijzingen af (los van effectieve opschaling)?

Het monitoren van uitkomsten is een integraal onderdeel van de activiteiten van de taskforce, met als doel om te voorzien in de volgende informatiebehoeften:

- het meten van effectiviteit van interventies
- het signaleren van kansen voor nieuwe interventies
- het bespreken van (uitblijven van) resultaten
- het goede gesprek blijven voeren over zaken die beter kunnen
- het intern en extern verantwoorden van de uitkomsten

Aangesloten ggz-partijen bij de taskforce wisselen onderstaande gegevens uit
1. wachttijden totaal (ten opzichte van de Treeknorm)
2. wachttijden per diagnosegroep (ten opzichte van de Treeknorm)
3. aantal wachtenden (ten opzichte van de Treeknorm)
4. aantal (horizontale) verwijzingen (verwijzingen afkomstig van een andere ggz-aanbieder)
5. totaal aantal cliënten in zorg (mono- en multidisciplinair en outreachend)
6. totaal aantal cliënten met eerste behandelcontact (maandelijks)
7. totaal aantal cliënten behandeling afgesloten (maandelijks)

Uitgangspunt bij de gegevensverzameling is onnodige administratieve lasten voor deelnemers van de taskforce voorkomen. De monitoring is daarom zoveel mogelijk afgestemd op gegevens die al verzameld werden, met waar nodig aanvullingen om de effecten van verschillende interventies inzichtelijk te maken.

Financiering
Op basis van de aannames en aantallen in het instroommodel is berekend welke middelen er nodig zijn om het instroommodel in de regio te realiseren. Dit vergt in de eerste periode een investering, die zich in de toekomst middels een verminderde toestroom naar en uiteindelijk op langere termijn (na afbouw van de wachtlijst) door een krimp van de GGZ moet terugverdienen.
Als er niets verandert aan wachtlijsten, als er geen korter intakeproces bij instellingen plaatsvindt of als uiteindelijk steeds meer zorg wordt geleverd, dan moet er (tussentijds) bijgestuurd worden. Juist om te kijken hoe de zorg wel toekomstbestendig georganiseerd kan worden.

CET-gelden
Vanwege het ontbreken van domeinoverstijgende financiering is gezocht naar mogelijkheden die morgen al mogelijk zijn om toe te passen. Verzekeraars CZ en VGZ hebben samen gekeken naar de mogelijkheden om het instroommodel via het huisartsenkader te laten bekostigen. Via de POH-GGZ gelden is financiering van consultatie, triage en eHealth mogelijk (CET-gelden). Het verkennend gesprek zou ook op basis van deze financieringsregel bekostigd kunnen worden. Door de invoering van het instroommodel neemt de omvang van de CET-gelden flink toe, om deze reden hebben partijen afgesproken dat (een deel van) deze kosten ten laste komen van het ggz-kader. Hierover worden door de zorgverzekeraars met de ggz-instellingen een meerjarenafspraak gemaakt.

Meerjarenafspraak
Partijen verwachten dat het verkennend gesprek georganiseerd kan worden met de inzet van ggz- en sociaal domein professionals die nu al werkzaam zijn. Dit is ook nodig want er is niet zomaar extra personeel aan te trekken met de krapte op de huidige arbeidsmarkt. Dit betekent voor ggz-instellingen een verschuiving van het budget vanuit activiteiten binnen de instellingen richting activiteiten in het voorliggend veld. Het is nu nog onduidelijk hoe dit voor het totale budget per individuele instelling zal uitvallen. In geen geval is het de bedoeling dat ggz-instellingen financieel nadeel ervaren van deze transformatie. Daarom is met de zorgverzekeraars VGZ en CZ afgesproken om een en ander goed te monitoren en hierover meerjarenafspraken te maken.

Transformatie (plannen)
Met de toekenning van transformatiemiddelen die nodig zijn om de doelen uit het IZA te bewerkstellingen hebben organisaties de mogelijkheid om de frictie- en opleidingskosten die gepaard gaan met de transformatie vergoed te krijgen. Gezamenlijk zullen partijen uit de regio transformatieplannen indienen om het regiomodel (verder) te laten bekostigen.

Regiobekostiging
In de toekomst moet de nieuwe werkwijze de norm worden voor zoveel mogelijk partijen in de regio. Hoe wordt gezorgd voor een gelijk speelveld voor alle gecontracteerde partijen in Zuid-Limburg? Er wordt in elk geval gestreefd naar een constructie waarbij alle regionale partijen naar evenredigheid bijdragen aan de financiering van bijvoorbeeld het instroommodel en iedereen betaald wordt voor geleverde diensten.

Hoofdstuk 7

Vooruitblik

Het nieuwe instroommodel heeft bij de totstandkoming inspiratie gegeven, maar heeft ook tot discussie geleid. Knelpunten zijn het ontbreken van ondersteunende wetgeving en financiering voor regiosamenwerking en domein overstijgend werken. Hierdoor is sprake van een ervaren gebrek aan professionele regelruimte. Zo lijken landelijke partijen nog steeds eerder bestaande kaders te hanteren in plaats van ruimte te maken voor nieuwe oplossingen. Ook de schaarste aan huisartsen en ggz-specialisten wringt, en dus de tijd om nieuwe zaken vorm te geven.

Pluspunt is dat met het nieuwe instroommodel een stevige basis is gecreëerd voor leren en ontwikkelen, om samen met cliënten en naasten persoonsgerichte zorg te kunnen vormgeven. Hierbij is ook in de ggz het uitgangspunt van Positieve Gezondheid toepasbaar.
In het derde kwartaal van 2023 start de invoering van het nieuwe instroommodel in de drie subregio's. Al met al is het aannemelijk dat komende jaren nog een behoorlijke inspanning van alle betrokkenen nodig is om passende zorg mogelijk te maken. En ook om met elkaar steeds het gesprek te blijven voeren, om niet terug te vallen in oud gedrag en problematiek alleen vanuit het eigen organisatieperspectief te benaderen.

Rolf

Rolf (65) is geen onbekende van de huisarts en de ggz. Hij heeft al twee keer een flinke psychose gehad, met alle gevolgen van dien; verlies van baan, vrouw en geld, veel geld. Telkens is het Rolf gelukt om weer de boel goed op de rit te krijgen, maar dat kost veel tijd. Jaren zeg maar. Een half jaar geleden is Rolf met pensioen gegaan. De eerste maanden waren heerlijk, want hij had eindelijk tijd het huis eens flink aan te pakken, maar nu zit hij vaak dagen op de bank of hangt hij in de kroeg op de hoek. Rolf kent zichzelf een beetje. En ondanks dat hij nog behoorlijke euforisch is over de vrije tijd, voelt hij ook de onrust die hij kent van voor zijn psychoses. Hij besluit naar zijn huisarts te gaan voor een verwijzing.

Hoe zou netwerkzorg voor Rolf eruit kunnen zien?
Rolf wil doorverwezen worden naar het FACT-team, maar de huisarts raadt hem een verkennend gesprek aan. Rolf neemt zijn zoon mee en ze bespreken de huidige situatie. Op zich is alles redelijk onder controle, zeker met de medicatie die Rolf neemt. Rolf is alleen heel bang dat het toch weer misloopt. Hij wil dat koste wat kost voorkomen. Hij weet dat er een punt komt dat hij niet meer zelf kan ingrijpen en hij wil dat anderen die voortekenen herkennen. Met zijn vieren maken ze het plan dat hij een buddy uit het sociaal domein krijgt, die regelmatig in zal checken, net als zijn zoon. Daarnaast is een vrijwilligersbaantje bij de tennisvereniging voor Rolf een goede uitkomst om ritme te houden. Na de transfertafel krijgen de zoon en buddy een nummer in geval van nood.

Governance
Zuid-Limburg is een actieve en initiatiefrijke regio als het gaat om samenwerking en transformatie, ook op het gebeid van mentale gezondheid. Vanuit die verschillende initiatieven en partijen werkzaam in de drie subregio's is een behoefte ontstaan om meer in samenhang te doen om goede voorbeelden te kunnen opschalen en aan uitvoeringskracht te winnen. Het verschijnen van de landelijke akkoorden (IZA en GALA) vormt het juiste momentum om de handen ineen te slaan voor het verder aanjagen van een transformatie op Zuid-Limburgs niveau: transformatietafel mentale gezondheid Zuid-Limburg.

Tijdens het ontwerpen van het instroomproces kwam de inrichting van een nieuw governancemodel voorbij als antwoord op de landelijke akkoorden. Een mogelijkheid is dat de regionale taskforce invoegt in de transformatietafel. Het zal in elk geval meer slagvaardig kunnen opereren om de opdracht van het verkorten van de wachttijden, het uitvoeren van IZA en GALA in samenhang te kunnen uitvoeren.

Bij de implementatie van het instroommodel zullen nog tal van vragen langskomen die op Zuid-Limburgs niveau beantwoord moeten worden. Een goed werkend bestuurlijk orgaan is daarbij essentieel om faciliterend te zijn aan de professionals. Een projectmanager en onderzoeker zijn van belang voor dagdagelijkse leiding en monitoring. Die als een onafhankelijke partij steeds op de zere plek kan duwen, om resultaten te verbeteren en een bespreekcultuur te ontwikkelen.

IZA en transformatiemiddelen
De uitgangspunten van het IZA en de bijkomende ondersteunende financiële middelen zullen in de komende jaren de regiosamenwerking verder verstevigen. In de toekomst moet de nieuwe werkwijze de norm worden voor zoveel mogelijk partijen in de regio. Met een solide groep is een eerste basis gelegd om het instroommodel te implementeren. Met de transformatiemiddelen kan gewerkt worden aan duurzame gedragsverandering om de nieuwe werkwijze te borgen.

Partners

Deelnemers co-creatiesessies en mede-auteurs van deze publicatie:

Sonny Burm (Zuyderland), Bert Rademaker (Mondriaan), Irene Stöver (MET ggz), Ingrid Weijnen (Lionarons), Roger Bastiaens (Meditta), Geerke van der Meijden (Mondriaan), Nicole Smeets (CZ), Sasja Spiertz (Zuyderland), Nadine Mouchart (ZIO), Joyce Schiffers (HOZL), Thom van Lierop (PsiZorg), René Bekhuis (CZ).

Niet aanwezig bij fotomoment:

Hilde Heijnen (Lionarons), Maartje Spee (VGZ) en René Fontijn (LEVANTOgroep Novizorg).

De partners in de regionale taskforce Zuid-Limburg zijn al sinds 2020 met elkaar aan de slag om nog beter samen te werken. Verscheidene snelle interventies zijn doorgevoerd. Ook is er een governance model ingericht met een voorzitter, bestuurlijk voorzitter en stuurgroep die namens de gehele taskforce de leiding neemt om regiosamenwerking te verbeteren.

Eind 2022 is met subsidie van ZonMw extra hulp ingeschakeld voor de taskforce: versnellers in de geestelijke gezondheidszorg. Het programma heeft als doel het mogelijk te maken voor regio's om een zogenoemde 'versneller' in te zetten. Een versneller is iemand die helpt met het opzetten of behouden van de samenwerking tussen partijen in de regio. Om zo de toegankelijkheid van de ggz te verbeteren, waardoor wachttijden kunnen worden verkort waar dat kan. De versneller is onafhankelijk en helpt bij het ontwerpen van hulpverlening rond mentale gezondheid. Hij doet dit door alle perspectieven samen te brengen en tot één geheel te smeden. In dit geval een uniform proces ontwerpen voor de instroom in Zuid-Limburg.

De volgende partners hebben een rol en verantwoordelijkheid in de regionale taskforce wachttijden Zuid-Limburg (in alfabetische volgorde):

- CZ: zorgverzekeraar
- Gemeente Sittard-Geleen
- Gemeente Heerlen
- Gemeente Maastricht
- HOZL: huisartsenzorg
- LEVANTOgroep Novizorg: wonen, zorg en meedoen in de wijk
- Lionarons GGZ: geestelijke gezondheidszorg
- Meditta: huisartsenzorg
- MET GGZ: geestelijke gezondheidszorg
- 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

Colofon

Auteur: buro Copine | Floor Borgonjen & Isha Govaarts
Tekstredactie: Frank van Wijck
Vormgeving: Studio Janine Terlouw

Deze publicatie is mede mogelijk gemaakt door:
ZonMw-programma, Versnellers in de geestelijke gezondheidszorg