Mentale gezondheids-netwerken

Startdocument ontwikkelagenda

Inhoudsopgave

Inleiding 3

1 Doel 4

2 Doelgroepafbakening 5

3 Interventies 10

4 Samenwerkingsafspraken 16

5 Governance en organisatie 19

6 Financiën 21

7 Dataregistratie en -uitwisseling voor de uitvoering en de monitoring 23

8 Kennisdeling 24

9 Regionale uitwerking en aansluiting van de domeinen 26

Bronnen en gerelateerde documenten 28

Meer informatie
Meer startdocumenten voor de ontwikkelagenda en informatie over de onderdelen D5 en D6 van het AZWA vind je op zorgakkoorden.nl/azwa.

Inleiding

Mentale gezondheid is meer dan de afwezigheid van psychische klachten: het gaat om het vermogen van inwoners om met het leven om te gaan, mee te doen en regie te voeren over de eigen situatie. Psychische klachten worden vaak beïnvloed door factoren op andere levensdomeinen, zoals wonen, werk, inkomen, sociale relaties of zingeving. Hierdoor vraagt een groeiende groep inwoners om een aanpak die verder gaat dan de grenzen van afzonderlijke organisaties, financieringsstromen en wettelijke domeinen.

In het Integraal Zorgakkoord (IZA) en het Aanvullende Zorg en Welzijn Akkoord (AZWA) is daarom de ambitie uitgesproken om te komen tot mentale gezondheidsnetwerken: duurzame regionale samenwerkingsverbanden waarin huisartsenzorg, geestelijke gezondheidszorg en het sociaal domein gezamenlijk verantwoordelijkheid nemen voor passende ondersteuning en zorg. Het uitgangspunt daarbij is eenvoudig maar ambitieus: de juiste hulp, op de juiste plek, op het juiste moment. De mentale gezondheidsnetwerken staan op de ontwikkelagenda voor basisfunctionaliteiten. Dit betekent dat het doel is de mentale gezondheidsnetwerken tot een basis-functionaliteit te laten doorgroeien.

Een mentale gezondheidsnetwerk is een regionaal samenwerkingsverband van huisartsenzorg, ggz en sociaal domein dat via vier functies voorzieningen biedt aan inwoners en professionals. Het is meestal geen nieuwe organisatie, maar voor veel regio's wel een nieuwe manier van samenwerken. Het netwerk is geen extra schakel, maar de plek waar kennis en verwijsroutes uit de domeinen samenkomen, zodat professionals gezamenlijk de juiste afwegingen maken. Het is een samenwerkingsverband waarin bestaande partijen hun expertise, capaciteit en verantwoordelijkheid verbinden rondom de inwoner. Daarbij staat niet de (huidige) onderverdeling van domeinen centraal, maar de persoon en zijn of haar mogelijkheden, behoeften en leefomgeving. Door domeinoverstijgend samen te werken ontstaat sneller duidelijkheid over wat nodig is, wordt onnodige instroom in specialistische zorg voorkomen en kunnen inwoners eerder passende ondersteuning ontvangen. Bijkomend voordeel is dat partijen elkaar steeds beter leren kennen en makkelijker kunnen vinden.

Het mentale gezondheidsnetwerk heeft minimaal drie functies: het verkennend gesprek, het transfer-mechanisme en informatievoorziening over aanbod en wachttijden. Waar regionaal gewenst wordt dit aangevuld met een vierde functie: het domeinoverstijgend casusoverleg. De infrastructuur die hierdoor ontstaat, ondersteunt professionals bij het gezamenlijk organiseren van passende zorg en ondersteuning en draagt bij aan een betere benutting van de beschikbare capaciteit in de regio. De inwoner merkt dat zijn hulpvraag integraal benaderd wordt en met alle levensgebieden rekening wordt gehouden. Als zorg of ondersteuning nodig is, is de route naar passend aanbod zo kort mogelijk.

Dit startdocument geeft richting aan de inrichting, organisatie en doorontwikkeling van mentale gezondheids-netwerken als beoogde basisfunctionaliteit. Zij beschrijft de gezamenlijke uitgangspunten, de functies van het netwerk en de randvoorwaarden voor succesvolle samenwerking. Er is ruimte voor regionale verschillen en maatwerk, omdat elke regio haar eigen kenmerken, partners en opgaven kent. De ambitie is overal gelijk: vanuit gezamenlijke verantwoordelijkheid inwoners sneller en beter ondersteunen bij psychische en maatschappelijke vraagstukken, vanuit een integrale en mensgerichte benadering.

Dit startdocument is geschreven voor beleidsmakers, programmaleiders en netwerkbouwers bij gemeenten, zorgverzekeraars, huisartsenorganisaties, ggz-aanbieders en organisaties in het sociaal domein. De vast-gestelde landelijke Werkwijze voor mentale gezondheidsnetwerken (zie Bronnen) is leidend voor de inhoud van dit startdocument en werkt de functies op onderdelen verder uit.

Omdat dit startdocument zich richt op wie het netwerk inricht, beschrijft zij vooral functies, rollen en afspraken. In de uitwerking in de praktijk is het perspectief van de inwoner het vertrekpunt: zijn hulpvraag, zijn leefwereld en de route die hij aflegt. Regio's toetsen hun inrichting daarom steeds aan de vraag wat de inwoner ervan merkt.

Mentale gezondheidsnetwerken vormen daarmee niet alleen een nieuwe manier van domeinoverstijgend samenwerken, maar ook een beweging naar een meer samenhangend, toegankelijk en toekomstbestendig stelsel van mentale gezondheid.

Dit document is een startdocument: het beschrijft de aanpak zoals die nu in de regio's vorm krijgt en vormt de basis voor de verdere ontwikkeling van mentale gezondheidsnetwerken tot basisfunctionaliteit en voor onderzoek naar de effectiviteit van de functies.

1 Doel

Mentale gezondheidsnetwerken hebben als doel om inwoners met psychische klachten die ook problemen op andere levensdomeinen ervaren, tijdig, passend en samenhangend te ondersteunen. Het vertrekpunt is de mentale gezondheid en het dagelijks functioneren van de inwoner, niet het aanbod van zorg. Sociaal domein, huisartsenzorg en ggz werken in een gemeenschappelijke infrastructuur van afspraken en faciliteiten duurzaam samen voor en met de inwoners met psychische problemen. Samen zorgen zij ervoor dat (verergering van) psychische problemen zoveel mogelijk worden voorkomen en dat de hulpvragen van inwoners met psychische problemen zo snel mogelijk en op de juiste plek worden opgepakt. De hulpvraag van de inwoner staat centraal.

De samenwerking in de infrastructuur leidt ertoe dat:

- De hulpvraag van de inwoner wordt verhelderd;
- De inwoner die zorg of ondersteuning nodig heeft, via de kortste route bij de best passende oplossing komt;
- Professionals elkaar makkelijker kunnen vinden;
- Huisartsen meer externe steun ervaren in de zorg voor patiënten met psychische problemen;
- Expertise uit de ggz beschikbaar is voor het sociaal domein, bijvoorbeeld via consultatie;
- De beschikbare capaciteit (sociaal domein, huisartsenzorg, ggz) in de regio optimaal wordt benut;
- Minder inwoners onterecht naar de ggz worden verwezen, zodat wachttijden in de ggz korter worden en zorgkosten dalen.

2 Doelgroepafbakening

2.1 Inleiding

De doelgroep van de gezamenlijke infrastructuur van het mentale gezondheidsnetwerk wordt gevormd door volwassen inwoners (18+) met psychische klachten en een hulpvraag, veelal in combinatie met problemen op andere levensdomeinen. De afbakening tot volwassenen sluit aan bij de landelijke afspraken en de betaaltitel voor het verkennend gesprek, die gelden voor inwoners van 18 jaar en ouder. Regio's kunnen daarnaast afspraken maken over de verbinding met jeugdhulp en een goede overgang van jeugd naar volwassenheid. Voor jongvolwassenen verdient die overgang bijzondere aandacht: bij hen hangen psychische klachten vaak samen met vragen over school, werk, wonen en zelfstandigheid. De overgang van jeugdhulp naar zorg en ondersteuning voor volwassenen is een kwetsbaar moment.

Inwoners uit de doelgroep gaan naar de huisarts, of komen binnen via het sociaal domein of de sociale basis, bijvoorbeeld via het buurthuis. Voor een verkennend gesprek worden zij door de huisarts aangemeld. Het netwerk heeft daarom ook een stevige basis in dit omliggende veld.

Onder het sociaal domein verstaan we in dit startdocument het geheel van gemeentelijke taken bedoeld op het gebied van zorg, welzijn, participatie en ondersteuning, zoals de lokale (sociaal) teams, maatschappelijke ondersteuning, schuldhulpverlening, werk en participatie. De sociale basis is het geheel van voorzieningen en activiteiten in de wijk waarvoor geen indicatie of verwijzing nodig is, zoals welzijnswerk, ontmoeting, vrijwilligerswerk, informele zorg, zelfhulp, lotgenotencontact en laagdrempelige steunpunten. De sociale basis bestaat uit verschillende sferen: een persoonlijke sociale basis, een gemeenschappelijke sociale basis en een institutionele sociale basis. In elke sfeer heeft de overheid een andere rol.

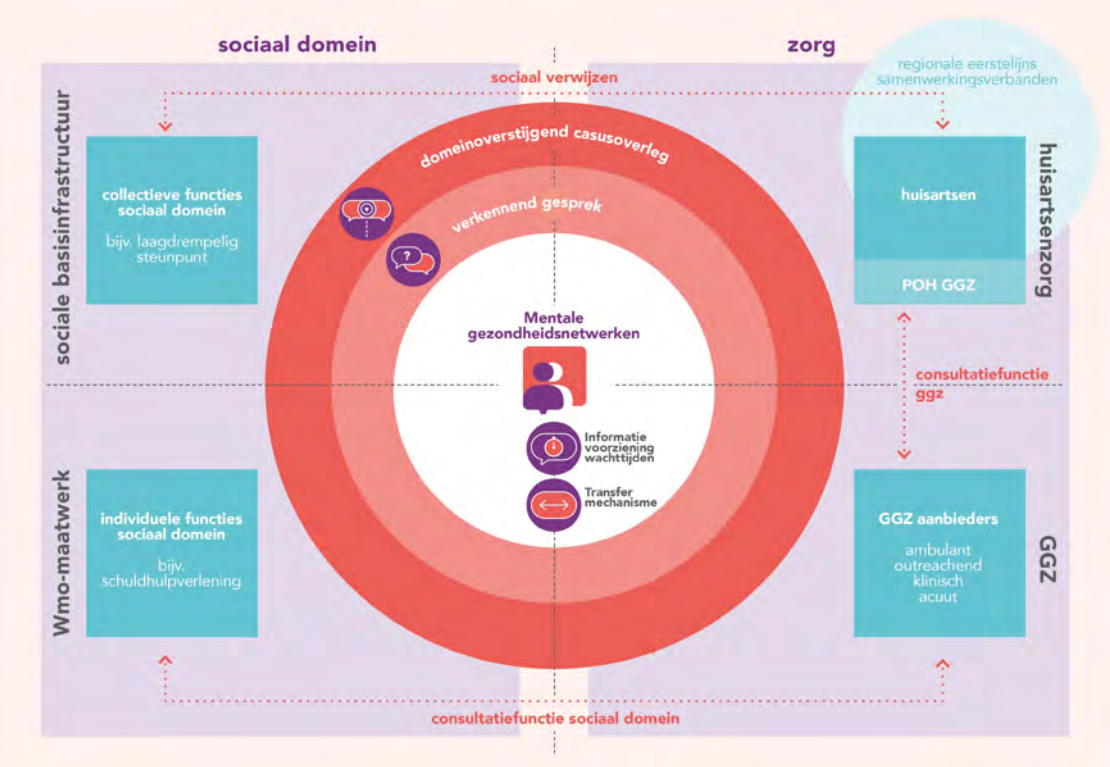
Sociaal domein en sociale basis zijn in het netwerk niet alleen een plek waarnaar wordt verwezen.
Zij signaleren hulpvragen en leiden inwoners toe, voor het verkennend gesprek via de huisarts, nemen deel aan het verkennend gesprek, bieden aanbod in het transfermechanisme en brengen casussen in.
Het sociaal domein heeft daarbij een eigen rol en een eigen verantwoordelijkheid: het is geen verlengstuk van de zorg, maar draagt ook zelfstandig bij aan preventie, participatie en ontmoeting. Het netwerk sluit daarop aan. Huisartsenzorg, ggz en sociaal domein zijn in het netwerk drie gelijkwaardige pijlers.

Het verkennend gesprek is bedoeld voor inwoners met psychische klachten én problemen op andere levensdomeinen, van wie nog niet duidelijk is of en welke soort zorg- en/of ondersteuning nodig is.

De overige drie functies (transfermechanisme, informatievoorziening aanbod en wachttijden en domein-overstijgend casusoverleg) richten zich op inwoners die ggz-zorg en/of ondersteuning in het sociaal domein nodig hebben. Het gaat om dezelfde brede doelgroep; de functies verschillen vooral door het moment waarop ze worden ingezet in de route van de inwoner.

2.2 Afbakening ten opzichte van andere functies en basisfunctionaliteiten

De kortste route naar passende hulp en/of ondersteuning is niet altijd via het mentale gezondheidsnetwerk. Er zijn ook andere functies die de inwoner en zorgprofessional hierbij ondersteunen, zoals bijvoorbeeld verschillende consultatiemogelijkheden en kortdurende hulp in de huisartsenpraktijk door de POH-GGZ of een keukentafelgesprek met het lokale team in het sociaal domein. De route naar hulp begint bovendien niet altijd bij de huisarts: ook het sociaal domein en informele vindplaatsen, zoals een buurthuis, het schulden-loket of activiteiten in de wijk, signaleren hulpvragen. Het is belangrijk om vooraf te bepalen welke route het beste aansluit bij de hulpvraag van de inwoner. Het verkennend gesprek kan worden ingezet bij psychische klachten én problemen in andere levensdomeinen, waarbij nog onvoldoende duidelijk is welke vorm van ondersteuning of zorg het meest passend is. In andere situaties kunnen bestaande voorzieningen of functies beter aansluiten.



Hieronder worden deze andere functies en basisfunctionaliteiten opgesomd.

Zelfhulp, lotgenotencontact en herstelondersteuning via laagdrempelige steunpunten (basisfunctionaliteit)

Voor inwoners met beginnende mentale klachten, behoefte aan herkenning of met behoefte aan ondersteuning bij herstel kunnen laagdrempelige steunpunten passend zijn, zoals herstelacademies, lotgenotencontact en (digitale) zelfhulpinitiatieven. Laagdrempelige steunpunten worden geleid door ervaringsdeskundigen en vormen een eigen basisfunctionaliteit; zie de handreiking Laagdrempelige steunpunten.

Deze voorzieningen richten zich op:

- versterken van eigen regie;
- vergroten van mentale weerbaarheid;
- ontmoeting en onderlinge steun;
- herstel en participatie.

Laagdrempelige steunpunten zijn onderdeel van de sociale basis en functioneren als onderdeel van een breder netwerk van formele en informele ondersteuning. Dit netwerk is niet lineair opgebouwd: bezoek aan of deelname bij het steunpunt kan parallel lopen aan professionele zorg, bijvoorbeeld een ggz-behandeling. Via de MIND Atlas (wijzijnmind.nl/mind-atlas) zijn ruim 700 cliënten- en familie-/naastenorganisaties in het hele land te vinden, waaronder laagdrempelige steunpunten.

Sociaal verwijzen (basisfunctionaliteit)

Als de hulpvraag voornamelijk samenhangt met maatschappelijke of sociale omstandigheden en duidelijk is dat ondersteuning vanuit het sociaal domein passend is, ligt sociaal verwijzen door de huisarts of een andere eerstelijns zorgverlener voor de hand. Sociaal verwijzen is een eigen basisfunctionaliteit: een aanpak waarbij een eerstelijnszorgverlener inwoners met (milde) psychosociale klachten, waaronder lichte psychische klachten, doorverwijst naar een professional in het sociaal domein met een brugfunctie (zie de handreiking Sociaal verwijzen). Sociaal verwijzen is niet de enige route naar het sociaal domein: voor maatwerkondersteuning, bijvoorbeeld bij schulden, (dreigende) dakloosheid of ambulante begeleiding, is verwijzing naar het lokale sociaal team en/of de lokale gemeentelijke toegang een logische route.

Voorbeelden zijn vragen op het gebied van:

- eenzaamheid
- financiën en schulden
- wonen
- participatie
- mantelzorg
- praktische ondersteuning.

De sociaal domein professional en de inwoner maken samen de verbinding naar passende hulp of activiteiten. Op basis van de gemaakte keuzes wordt de inwoner toegeleid naar passend aanbod in de sociale basis of naar (maatwerk)ondersteuning vanuit het sociaal domein. Het kan ook zijn dat de inwoner na de gesprekken, met de opgedane inzichten, zelfstandig verder kan en geen verdere ondersteuning nodig heeft.

Ondersteuning binnen de huisartsenpraktijk

Als de hulpvraag binnen de huisartsenzorg kan worden opgepakt, eventueel met ondersteuning van een POH-GGZ, is verwijzing niet nodig.

Dit betreft bijvoorbeeld:
- lichte psychische klachten
- kortdurende begeleiding
- monitoring
- psycho-educatie
- ondersteuning in combinatie met medicatiebeleid.

De huisarts behoudt hierbij de regie over het traject.

Ggz-consultatiefunctie voor het sociaal domein

De consultatiefunctie is bedoeld voor situaties waarin het sociaal domein de hulpvraag zelf wil blijven begeleiden, maar behoefte heeft aan aanvullende expertise vanuit de ggz. De consultatiefunctie kan worden ingezet voor advies over de juiste plek of aanpak voor de inwoner. Door deze samenwerking zijn professionals beter in staat de juiste ondersteuning en begeleiding te bieden aan inwoners en kunnen terugval en (terug)verwijzing naar de ggz worden voorkomen.

Ggz-consultatiefunctie voor huisartsen

De consultatiefunctie is bedoeld voor situaties waarin de huisarts of POH-GGZ de hulpvraag zelf wil blijven begeleiden, maar behoefte heeft aan aanvullende expertise vanuit de ggz.

De consultatiefunctie kan worden ingezet voor:
- diagnostische vragen
- behandeladviezen
- advies over verwijzing
- beoordeling van risico's of complexiteit.

De verantwoordelijkheid voor de begeleiding blijft bij de huisarts. Er is geen sprake van een gezamenlijke domeinoverstijgende verkenning met de inwoner. Andersom kan ook de ggz het sociaal domein inschakelen wanneer naast de psychische problematiek vragen op andere levensdomeinen spelen.

Verkennend gesprek (binnen het mentale gezondheidsnetwerk)

Het verkennend gesprek wordt ingezet als:
- sprake is van psychische klachten én problemen op andere levensdomeinen
- meerdere oplossingsrichtingen denkbaar zijn
- onduidelijk is welke ondersteuning of zorg passend is
- samenwerking tussen sociaal domein en ggz nodig is om tot een goed advies te komen.

Het verkennend gesprek is een brede domeinoverstijgende verkenning van de hulpvraag, krachten, mogelijkheden en context van de inwoner, die uitmondt in concrete afspraken over vervolgstappen. De gesprekspartners zetten de afgesproken vervolgstappen waar mogelijk direct in gang, organiseren een goede overdracht, gaan na of de ontvangende aanbieder de zorg of ondersteuning daadwerkelijk kan en wil bieden en regelen zo nodig tijdige overbruggingszorg of -ondersteuning. Zij leggen vast wie welke actie uitvoert en wie de opvolging bewaakt (zie paragraaf 3.2).

Domeinoverstijgend casusoverleg (binnen het mentale gezondheidsnetwerk)

Het domeinoverstijgend casusoverleg gaat over inwoners die al zorg of ondersteuning ontvangen, maar waarbij de persoon zelf, de ondersteuning of de zorg vastloopt in de samenwerking, afstemming of toeleiding.

Het overleg richt zich op complexe situaties waarin:
- verwijzingen herhaaldelijk worden afgewezen
- wachttijden een oplossing blokkeren
- bestaande ondersteuning of zorg onvoldoende passend blijkt
- meerdere organisaties betrokken zijn zonder dat een passende oplossing tot stand komt.

Het overleg vindt plaats tussen professionals. De inwoner neemt in principe niet deel aan het overleg.

Directe verwijzing naar de ggz
Als er een voldoende duidelijk vermoeden is van een psychische stoornis waarvoor behandeling noodzakelijk is, kan verwijzing naar de ggz aangewezen zijn. De verwijzing wordt direct gegeven, doorgaans door de huisarts. De inwoner krijgt niet eerst een verkennend gesprek.

Transfermechanisme (binnen het mentale gezondheidsnetwerk)
Het transfermechanisme ondersteunt de afstemming tussen aanbieders van zorg en ondersteuning en helpt bij het vinden van een beter passend of sneller beschikbaar aanbod. Het transfermechanisme is bedoeld voor (groepen) inwoners van wie duidelijk is dat zorg of ondersteuning nodig is, maar voor wie nog geen passend aanbod beschikbaar is of die wachten op een geschikte plek.

Deze functie kan worden ingezet als:
- uit een verkennend gesprek blijkt welke ondersteuning of zorg nodig is, maar plaatsing nog niet mogelijk is (voor ggz-zorg na verwijzing)
- een inwoner op een wachtlijst staat voor ggz-zorg
- een verwijzing wel passend is, maar het aanbod niet direct beschikbaar is
- andere passende of overbruggende ondersteuning wenselijk is tijdens een wachttijd
- vraag en aanbod beter op elkaar afgestemd kunnen worden.

Het transfermechanisme richt zich niet op het verhelderen van de hulpvraag van de inwoner. Die verheldering vindt plaats binnen de huisartsenzorg, het sociaal domein, de ggz of in het verkennend gesprek.
Het transfermechanisme wordt ingezet nadat duidelijk is welke ondersteuning of zorg nodig is. De inwoner beslist zelf of hij gebruik maakt van een aanbod dat via het transfermechanisme tot stand is gekomen.

Acute psychiatrische problematiek
Bij een acute psychiatrische crisis wordt geen gebruik gemaakt van het verkennend gesprek of het domeinoverstijgend casusoverleg. In die situaties wordt gehandeld volgens de regionale crisisroutes en crisisdiensten.

Samengevat

	Situatie	Passende functie
A	Behoefte aan zelfhulp, ontmoeting of herstel	Laagdrempelig steunpunt (basisfunctionaliteit)
B	Overwegend sociale of maatschappelijke problematiek	Sociaal verwijzen (basisfunctionaliteit)
C	Hulpvraag past binnen huisartsenzorg	Huisarts / POH-GGZ
D	Sociaal domein heeft specialistisch advies nodig	Ggz-consultatiefunctie voor het sociaal domein
E	Huisarts heeft specialistisch advies nodig	Ggz-consultatiefunctie voor huisartsen
F	Psychische klachten en problemen op andere levensdomeinen, vraagverheldering en interdisciplinaire benadering noodzakelijk	Verkennend gesprek (onderdeel van basisfunctionaliteit mentale gezondheidsnetwerken)
G	Passende route is bekend, maar aanbod ontbreekt of wachttijd is te lang	Transfermechanisme (onderdeel van basisfunctionaliteit mentale gezondheidsnetwerken)
H	Vastgelopen complexe casus met meerdere professionals, interdisciplinaire benadering noodzakelijk	Domeinoverstijgend casusoverleg (onderdeel van basisfunctionaliteit mentale gezondheidsnetwerken)
I	Behandelindicatie voor psychische stoornis	Ggz
J	Acute psychiatrische problematiek	Acute ggz
K	Behoefte aan preventief aanbod voor risicogroepen (bijvoorbeeld KOPP/KOV)	Preventiegroepen en preventieve interventies

Voor de situaties E t/m H is de functie ‘aanbod en wachttijden’ ondersteunend. Deze is onderdeel van de basisfunctionaliteit mentale gezondheidsnetwerken.

2.3 Relatie met andere samenwerkingsverbanden

Het mentale gezondheidsnetwerk kenmerkt zich doordat het niet alleen samenwerking faciliteert maar ook voorzieningen biedt aan inwoners en professionals, in de vorm van de vier functies. Daarin onderscheidt het zich van andere samenwerkingsverbanden, zoals hechte wijkverbanden en regionale eerstelijns-samenwerkingsverbanden (RESV's). Die richten zich vooral op het verstevigen van de samenwerking tussen professionals. Het stevige lokale team is geen samenwerkingsverband in deze zin: het biedt directe ondersteuning aan inwoners. Juist daarom is de verbinding tussen stevige lokale teams en het mentale gezondheidsnetwerk belangrijk. Hechte wijkverbanden en lokale teams zijn voor het netwerk belangrijke vindplaatsen: daar komen hulpvragen van inwoners vaak het eerst in beeld, en daar landt soms ook de ondersteuning die uit een verkennend gesprek volgt.

Een hecht wijkverband is een samenwerkingsverband met in ieder geval een huisarts, apotheker, wijkverpleegkundige en een medewerker van het lokale team vanuit de gemeente. Afhankelijk van de problematiek in de wijk kan worden gekozen voor een bredere samenstelling, waarbij ook andere professionals aansluiten. Doel van het hechte wijkverband is een verbeterde samenwerking in de wijk in de eerste lijn rondom doelgroepen met meervoudige problematiek en complexe zorgvragen.

Een lokaal team is een gemeentelijk team waar inwoners op een laagdrempelige manier terecht kunnen voor hun hulp- en ondersteuningsvragen in het sociaal domein. Lokale teams kijken integraal en met een brede blik naar de vragen van inwoners. Ze verstrekken laagdrempelige informatie en advies, bieden zelf hulp en schakelen waar nodig aanvullende hulp in. Lokale teams werken samen met andere domeinen, zoals bestaanszekerheid, onderwijs, veiligheid en het medisch domein. Vanuit de AZWA-afspraken (D6) worden de hechte wijkverbanden en de stevige lokale teams, die zich beide in de wijk bevinden, met elkaar verbonden. Het regionale eerstelijnssamenwerkingsverband (RESV) voert organisatorische en coördinerende taken uit om goede samenwerking en ondersteuning in de eerste lijn te faciliteren. Daarbij is het RESV aanspreekpunt voor andere partijen in de regio en helpt het de hechte wijkverbanden om de zorg in de wijk in samenhang te organiseren.

De hechte wijkverbanden en regionale eerstelijnssamenwerkingsverbanden stemmen onderling af hoe zij gezamenlijk de regionale opgave invullen.

2.4 Gezonde en sociale basisinfrastructuur

Om basisfunctionaliteiten te kunnen borgen, is er een basisinfrastructuur nodig in de wijk voor verschillende leefgebieden. Deze basisinfrastructuur is een onderdeel van de brede sociale basis binnen gemeenten. De gezonde en sociale basisinfrastructuur vormt het fundament voor de domeinoverstijgende samenwerking in de basisfunctionaliteiten en aanpakken op de ontwikkelagenda.

In juli 2026 is de handreiking Inloopvoorzieningen sociaal en gezond gepubliceerd. Dit is een uitwerking van één van de afspraken in D6 in het AZWA dat inzet op een gezonde en sociale basisinfrastructuur. De handreiking is tot stand gekomen met werksessies waar relevante partijen uit het veld hun input hebben gegeven en is specifiek bedoeld om gemeenten en partners handvatten te geven om inloopvoorzieningen te versterken. Het stimuleren van ontmoeting en lokale kracht staat centraal in de handreiking. Ontmoeting en sociale netwerken dragen bij aan sociale cohesie en welzijn. Daarnaast spelen ze een cruciale rol in het vroegtijdig signaleren van behoeften, het versterken van de samenkracht van inwoners en het (mogelijk) voorkomen van (zwaardere) zorg.

3 Interventies

3.1 Inleiding

Het mentale gezondheidsnetwerk bestaat uit vier inhoudelijke functies die gezamenlijk bijdragen aan het realiseren van passende zorg en ondersteuning voor inwoners met psychische klachten. Iedere functie heeft een eigen doel, doelgroep en werkwijze. Samen vormen zij een infrastructuur die inwoners sneller naar passende ondersteuning of zorg leidt, samenwerking tussen professionals versterkt en die zorgt dat beschikbare capaciteit binnen huisartsenzorg, ggz en sociaal domein beter kan worden benut.

De functies vullen bestaande voorzieningen en samenwerkingsvormen aan. Zij zijn bedoeld om situaties op te vangen waarin de reguliere routes onvoldoende duidelijkheid bieden, afstemming tussen domeinen nodig is of de toegang tot passende ondersteuning of zorg stagneert. De functies staan niet los van elkaar: het verkennend gesprek verheldert de hulpvraag, de informatievoorziening en het transfermechanisme zorgen dat de inwoner vervolgens op de best passende plek terechtkomt, en het casusoverleg biedt een vangnet wanneer dat niet vanzelf lukt. Dit vraagt om samenwerking en gezamenlijke coördinatie tussen de domeinen.

Het mentale gezondheidsnetwerk kent de volgende functies:

Functie I: Verkennend gesprek
Een brede domeinoverstijgende verkenning van de hulpvraag, mogelijkheden en context van een inwoner als nog onvoldoende duidelijk is welke ondersteuning of zorg passend is.

Functie II: Transfermechanisme
Een regionale functie die vraag en aanbod bij elkaar brengt en, mede op basis van de informatie uit functie III, helpt inwoners sneller toe te leiden naar passende zorg of ondersteuning.

Functie III: Informatievoorziening aanbod en wachttijden
Een infrastructuur voor het verzamelen, delen en benutten van informatie over beschikbaar aanbod, wachttijden en zorgvragen, zodat professionals beter kunnen verwijzen en regio's beter kunnen sturen op toegankelijkheid.

Functie IV: Domeinoverstijgend casusoverleg (waar regionaal gewenst)
Een multidisciplinair overleg voor complexe situaties waarin passende zorg of ondersteuning niet vanzelf tot stand komt en afstemming tussen meerdere professionals noodzakelijk is.

Om het netwerk goed te laten functioneren, is naast deze vier inhoudelijke functies coördinatie noodzakelijk. De coördinatie ondersteunt de samenwerking tussen partners, bewaakt de uitvoering van de functies en faciliteert de ontwikkeling van het netwerk. De coördinatiefunctie wordt daarom beschouwd als een randvoorwaarde voor het functioneren van het mentale gezondheidsnetwerk. Coördinatie is daarbij het minimum: een goed functionerend netwerk vraagt blijvende inzet van alle partners op de ontwikkeling en verdieping van de samenwerking tussen de domeinen.

Per functie worden in dit hoofdstuk achtereenvolgens de volgende onderdelen beschreven:
- definitie van de functie
- doel van de functie
- doelgroep
- beoogde resultaten
- belangrijke uitgangspunten voor uitvoering.

Op deze manier ontstaat een samenhangend overzicht van de bouwstenen waaruit een mentale gezondheidsnetwerk bestaat en de wijze waarop deze elkaar in de praktijk aanvullen.

3.2 Functie I: Verkennend gesprek

Definitie

Een interdisciplinair gesprek tussen de inwoner met een hulpvraag, professionals uit het sociaal domein en de ggz, bij voorkeur een ervaringsdeskundige en, waar de inwoner dat wil, een naaste. Het gesprek wordt gevoerd vanuit een perspectief van herstelbevordering en positieve gezondheid, waarbij de hulpvraag, krachten en context van de persoon centraal staan.

Doel

- Inzicht bieden in de hulpvraag van de inwoner en de context ervan.
- De inwoner ondersteunen bij het hervinden van mentaal evenwicht.
- Passende zorg en/of ondersteuning op het juiste moment en op de juiste plek organiseren.
- Onnodige zorg of ondersteuning en instroom in de ggz voorkomen.

Doelgroep

Inwoners met psychische klachten én problemen op andere levensdomeinen als nog niet duidelijk is of en welke soort zorg- en/of ondersteuning nodig is.

Resultaat

Een gezamenlijk advies aan de huisarts, met een plan van aanpak en concrete afspraken die direct in gang worden gezet. Het plan geeft duidelijkheid over vervolgstappen, verantwoordelijkheden en regie.vermeldt wie welke vervolgstap uitvoert, wanneer dit gebeurt, wie de opvolging bewaakt en waar de inwoner terechtkan met vragen. Ook staat erin wie de regie voert als de inwoner dit zelf niet kan of wil. De gesprekspartners regelen een soepele overgang naar zorg en/of ondersteuning als die nodig is. Omdat het advies in de praktijk een gezamenlijke beslissing is van de inwoner, het sociaal domein en de ggz, met afspraken over de opvolging ervan, kan de uitvoering meestal starten zonder verdere acties van de huisarts. Waar een verwijzing of een besluit over toegang tot ondersteuning nodig is, spreken de betrokkenen af wie dit regelt. De aanmelding voor het verkennend gesprek geldt niet zonder meer als verwijzing naar een ggz-behandeling.

Belangrijk

- Het verkennend gesprek is een open verkenning van behoeften en mogelijkheden van de inwoner. De focus ligt op eigen regie en begrijpelijke, concrete afspraken. Het gesprek is gericht op het samen verkennen van hulpvraag en oplossingsrichtingen, niet op het stellen van een diagnose. De gesprekspartners maken concrete afspraken over de uitvoering en zetten vervolgstappen waar mogelijk direct in gang.
- Zowel sociaal domein als ggz moeten deelnemen aan het verkennend gesprek.
- Alle perspectieven (inwoner, naasten, professionals, ervaringsdeskundigen) zijn gelijkwaardig. De ervaringsdeskundige brengt kennis in over wat helpt bij herstel en over hoe de inwoner het gesprek en de hulpverlening beleeft. Ervaringskennis is een gelijkwaardige bron van kennis naast professionele kennis (zie ook paragraaf 5.2).
- Bij voorkeur sluit ook een ervaringsdeskundige bij het gesprek aan. Dat hoeft geen extra deelnemer te zijn: de ervaringsdeskundige kan bijvoorbeeld ook de professional zijn die het sociaal domein vertegenwoordigt. Waar de inwoner dat wil, sluit ook een naaste aan.
- Betrek specifieke expertise als de hulp- of ondersteuningsvraag van de inwoner daartoe aanleiding geeft, zoals bij schulden, verslaving of een licht verstandelijke beperking (LVB), of als het bijvoorbeeld gaat om zingeving, leefstijl of conflicten.
- Voor de inzet van de ggz-professional in het verkennend gesprek geldt de ‘Veldnorm Beroepen in de GGZ en FZ’.
- Volgens de landelijke Werkwijze meldt de huisarts de inwoner aan voor een verkennend gesprek. Ook vanuit het sociaal domein en de sociale basis kunnen hulpvragen worden gesignaleerd en inwoners via de huisarts worden toegeleid. Deze aanmeldroute staat concrete opvolging door de betrokken professionals niet in de weg.
- Na het gesprek zorgen de gesprekspartners voor een goede overdracht aan de aanbieder van zorg of ondersteuning, zorgen zij ervoor dat deze de zorg of ondersteuning daadwerkelijk kan en wil aanbieden, en zorgen zij zo nodig voor tijdige overbruggingszorg of -ondersteuning. Maak daarbij onderscheid tussen het organiseren van de overdracht en overbrugging en het zelf leveren van die zorg of ondersteuning. Leg met de inwoner en betrokken aanbieders vast wie de overdracht uitvoert, welke aanbieder de eventuele overbrugging levert, wanneer deze start en wie bij stagnatie actie onderneemt. Bij ontbrekend aanbod kan het transfermechanisme worden ingezet.

- Afspraken over aanmelding, opvolging van het advies en de verdeling van professionele verantwoordelijkheid in en na het gesprek zijn uitgewerkt in de landelijke Werkwijze en in de Notitie over verantwoordelijkheden in en na het verkennend gesprek. Iedere professional handelt binnen de eigen rol, bevoegdheden en professionele verantwoordelijkheid. Leg de reikwijdte van de inzet in het verkennend gesprek en de verantwoordelijkheden voor eventuele vervolg- of overbruggingszorg vast, inclusief de afspraken over aanvang, afronding en overdracht. Betrek hierbij de landelijke Werkwijze, de Notitie over verantwoordelijkheden in en na het verkennend gesprek en de toepasselijke overeenkomsten en professionele kaders (zie Bronnen).

3.3 Functie II: Transfermechanisme

Definitie
Een regionale overlegstructuur waar vraag en aanbod worden gematcht. Aanbieders in ggz en sociaal domein geven elkaar inzicht in wachtlijsten (ingedeeld naar soorten zorgvragen) en beschikbare capaciteit en aanbod. Wachtenden worden (sneller) naar passende zorg of ondersteuning toegeleid en vraag en aanbod worden (beter) op elkaar afgestemd. Het transfermechanisme gaat meestal over groepen personen, maar kan ook anonieme individuele casussen betreffen. Op groepsniveau gaat het om wachtenden met vergelijkbare zorgvragen: aanbieders bekijken samen de wachtlijsten per soort zorgvraag en stemmen het aanbod daarop af.

Doel
- Verminderen/voorkomen van onnodige wachttijd
- Inwoners sneller naar passende zorg en/of ondersteuning begeleiden
- Betere sturing op soorten aanbod in ggz en sociaal domein
- Capaciteit in de regio optimaal benutten
- Gezamenlijk knelpunten in aanbod oppakken.

Doelgroep
Inwoners die ggz-zorg en/of ondersteuning in het sociaal domein nodig hebben en voor wie er nog geen (passend) aanbod beschikbaar is. Voor ggz-zorg is een geldige verwijzing de basis.

Resultaat
Inwoners krijgen sneller passende zorg en/of ondersteuning. De gemiddelde wachttijd neemt af. Voorkomen wordt dat inwoners op een verkeerde wachtlijst staan. En vraag en aanbod in de regio zijn beter op elkaar afgestemd.

Belangrijk
- Matching van vraag en aanbod vindt anoniem plaats, op groepsniveau én op het niveau van individuele (geanonimiseerde) casussen.
- Het transfermechanisme neemt de verwijs- en behandelverantwoordelijkheid niet over. Die blijft bij de verwijzer en de aanbieder (zie de Notitie over verantwoordelijkheden in en na het verkennend gesprek). Het kan ook helpen passend overbruggingsaanbod te vinden; de betrokken professionals en aanbieders leggen vast wie de zorg of ondersteuning levert en hoe de overdracht plaatsvindt.
- De inwoner beslist zelf of hij van een ander passend aanbod gebruik maakt. Zelfregie van de inwoner blijft het uitgangspunt.
- Het transfermechanisme is domeinoverstijgend: deelname van zowel de ggz als het sociaal domein is het uitgangspunt. Regio's die zijn gestart vanuit de ggz betrekken het sociaal domein zo snel als in de regionale omstandigheden mogelijk volwaardig bij het transfermechanisme.
- Het transfermechanisme werkt voor een deel op beleidsmatig niveau: het structureel afstemmen van vraag en aanbod in de regio vraagt tijd en levert vooral op langere termijn resultaat op.

3.4 Functie III: Informatievoorziening aanbod en wachttijden

Definitie
Een infrastructurele voorziening die inzicht biedt in het beschikbare aanbod van zorg en ondersteuning in ggz en sociaal domein. Voor de ggz gaat het daarnaast om de wachttijden en om aantallen en soorten wachtenden en hun urgentie. Voor het sociaal domein gaat het vooral om het aanbod en de toegang daartoe, met wachttijden waar die gelden, zoals bij maatwerkvoorzieningen. Collectieve voorzieningen in het sociaal domein kennen geen wachttijden.

Doel

- Professionals en inwoners helpen passende mogelijkheden te vinden: niet alleen waar een wachtlijst is, maar ook welk aanbod in ggz, sociaal domein en sociale basis beschikbaar is.
- Verwijzingen beter laten aansluiten op beschikbaar aanbod, zodat capaciteit efficiënter wordt benut.
- Transparantie over actuele vraag en beschikbaar aanbod, zodat knelpunten in toegankelijkheid van zorg en ondersteuning zichtbaar worden en kunnen worden aangepakt.
- Faciliteren van het sturen op verkorten van wachttijden en verbetering van toegankelijkheid.

Doelgroep

Inwoners die ggz-zorg en/of ondersteuning in het sociaal domein nodig hebben. De informatie is daarnaast gericht op professionals, zodat zij beter kunnen verwijzen, en op regionale partijen ten behoeve van sturing op toegankelijkheid.

Resultaat

Professionals en inwoners zien snel welk aanbod er is en of daarvoor een wachttijd geldt. Actueel inzicht in het beschikbare aanbod van zorg en ondersteuning in ggz en sociaal domein in de regio, en voor de ggz in wachttijden en in aantallen en typen wachtenden en hun urgentie. Betere regionale en landelijke sturingsinformatie die kan worden gebruikt voor beleid en samenwerking.

Belangrijk

- De functie maakt zoveel mogelijk gebruik van bestaande registraties en gegevensbronnen.
- Het netwerk kan daarbij hulpmiddelen inzetten. Een voorbeeld is het Mentaal Schakelpunt, een landelijke oplossing waarvoor doorbraakmiddelen beschikbaar zijn gesteld. Het ondersteunt verwijzers met inzicht in aanbod en wachttijden, het in beeld brengen van de hulpvraag en het koppelen van die vraag aan passend aanbod.
- Informatie moet blijvend actueel, betrouwbaar en toegankelijk worden gehouden door de aanbieders van zorg en ondersteuning.
- De informatievoorziening groeit stapsgewijs. Ggz en sociaal domein worden tegelijk in beeld gebracht, passend bij de gelijkwaardige positie van beide domeinen. Gelijkwaardig betekent hier: gelijk in beeld, niet dezelfde gegevens. Per domein gaat het om de informatie die er is. Daarna volgt het aanbod in de sociale basis en informele ondersteuning.
- Inwoners en aanbieders houden zich niet aan regiogrenzen. Inzicht in aanbod over de regiogrens heen ontstaat niet vanzelf. Waar dit speelt, stemmen aangrenzende regio's daarom actief af hoe zij elkaar inzicht geven in aanbod en wachttijden, ook voor bovenregionaal aanbod.

3.5 Functie IV: Domeinoverstijgend casusoverleg (waar regionaal gewenst)

Definitie

Een multidisciplinair overleg waarin huisartsen, ggz en sociaal domein complexe casussen bespreken waarvoor passende zorg of ondersteuning niet vanzelf tot stand komt. Casussen worden anoniem besproken.

Doel

Complexe problematiek vanuit meerdere perspectieven beoordelen en daarvoor passende zorg of ondersteuning organiseren. Naast individuele casuïstiek draagt het overleg bij aan structureel leren: patronen uit casussen worden benut voor regionale sturing en doorontwikkeling van het aanbod, zodat inwoners vaker in één keer op de juiste plek terechtkomen.

Doelgroep

Inwoners die al zorg of ondersteuning ontvangen, maar waarbij de persoon zelf, de ondersteuning of de zorg vastloopt in de samenwerking, afstemming of toeleiding. Het casusoverleg kan ook parallel aan lopende of nog op te starten zorg of ondersteuning worden ingezet.

Resultaat

Een concrete oplossing of vervolgstap in zorg of ondersteuning voor de inwoner. Duidelijkheid over wie de casus oppakt. Partijen krijgen inzicht in elkaars organisaties en werkwijze. Dit leidt tot snellere doorstroom en betere afstemming tussen domeinen.

Belangrijk

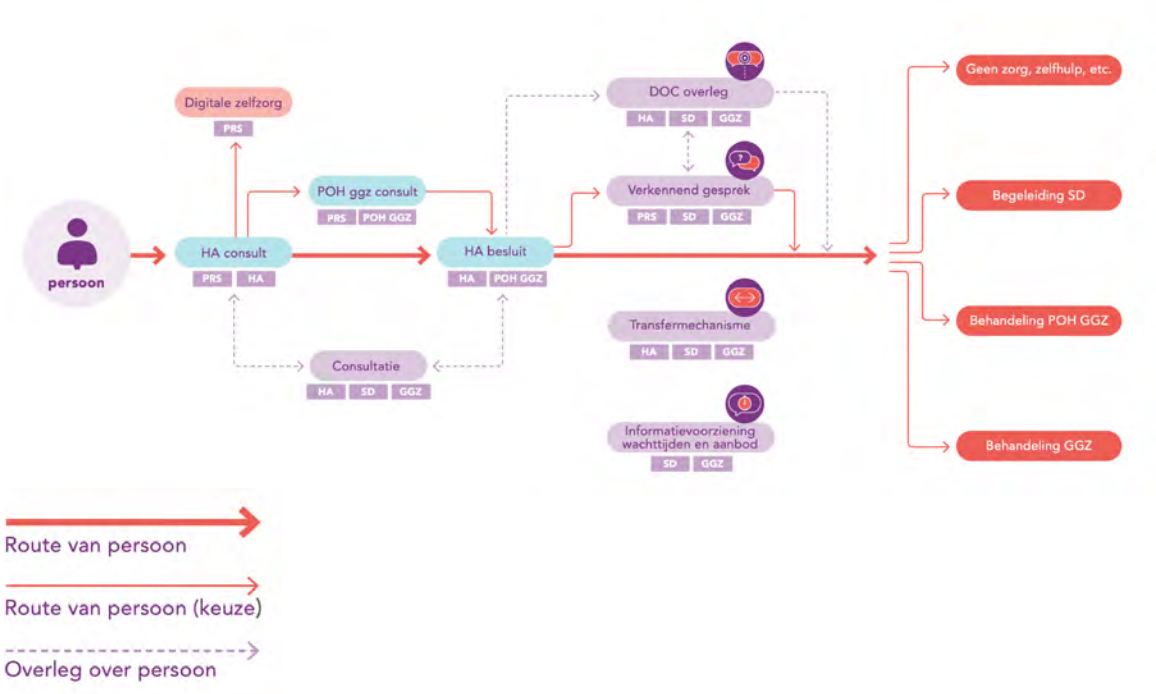
- Eén van de drie domeinen meldt de inwoner aan. Betrek de persoon waar mogelijk bij de aanmelding.
- Het kan ook gaan om een inwoner voor wie bestaande zorg of ondersteuning niet meer passend is, of een inwoner die bemoeizorg ontvangt.
- Niet iedere aanbieder hoeft aan tafel te zitten. Regio's werken bijvoorbeeld met een vaste kern van deelnemers die met mandaat spreken namens hun domein of een groep organisaties, aangevuld met een flexibele schil die per casus wordt uitgenodigd. Elkaar vertegenwoordigen scheelt aanbieders tijd en houdt het overleg slagvaardig.
- Ervaringsdeskundigheid en specialistische expertise worden ingeschakeld wanneer de casus daarom vraagt.
- Sommige regio's combineren het casusoverleg met de transfertafel van het transfermechanisme. Patronen uit de besproken casussen worden teruggekoppeld naar het transfermechanisme en de regionale werkagenda.

3.6 De vier functies in de reis van de inwoner

De huisarts en de POH-GGZ zijn voor veel inwoners het eerste aanspreekpunt bij psychische klachten. In de meeste gevallen kan de huisarts de hulpvraag zelf beoordelen en bepalen welke vorm van ondersteuning of zorg het meest passend is. Daarbij kan gebruik worden gemaakt van bestaande voorzieningen binnen de huisartsenpraktijk, het sociaal domein, de ggz of de sociale basis (zoals zelfhulp en digitale zelfhulp, preventiegroepen, peersupport en laagdrempelige steunpunten).

Een inwoner met psychische klachten zoekt echter niet altijd eerst de huisarts op. Soms komt de hulpvraag in beeld bij het lokale team, bij het schuldenloket, in het buurthuis of via een naaste. Voor de inwoner maakt het weinig uit via welke deur hij binnenkomt: hij wil gehoord worden, begrijpen wat er aan de hand is en weten wat hem kan helpen. Het mentale gezondheidsnetwerk helpt om die route kort en begrijpelijk te houden.

Het schema hieronder laat de route zien zoals die nu landelijk is geregeld, met de huisarts als vertrekpunt. Inwoners kunnen ook via het omliggende veld, zoals het lokale team, welzijn en de sociale basis, in contact komen met de functies van het netwerk (zie ook paragraaf 2.2).



Behandeling binnen de ggz is niet voor iedere inwoner met psychische klachten de oplossing, zeker niet wanneer problemen op meerdere levensdomeinen spelen. Bij veel inwoners spelen naast psychische klachten ook problemen op andere levensdomeinen, zoals werk, wonen, relaties, schulden of zingeving. Daar moet ook een oplossing voor komen. Het zal dan niet altijd direct duidelijk zijn welke ondersteuning of zorg het beste aansluit bij de hulpvraag.

Het mentale gezondheidsnetwerk ondersteunt de huisarts en andere professionals bij deze afweging. De functies van het netwerk vullen het bestaande aanbod aan en bieden extra mogelijkheden wanneer de reguliere routes onvoldoende duidelijkheid of ondersteuning bieden.

Wanneer de huisarts vooral behoefte heeft aan specialistisch advies over diagnostiek, behandeling of verwijzing, kan gebruik worden gemaakt van de ggz-consultatiefunctie voor huisartsen. De huisarts blijft dan zelf verantwoordelijk voor de begeleiding van de inwoner.

Als de huisarts verwacht dat ondersteuning vanuit het sociaal domein passend is, kan gebruik worden gemaakt van bestaande mogelijkheden voor sociaal verwijzen, welzijnsaanbod, herstelacademies, laagdrempelige steunpunten of andere voorzieningen in de sociale basis. Sociaal verwijzen is ook mogelijk bij lichte psychische klachten; dit is de afweging van de huisarts (zie de handreiking Sociaal verwijzen).

Wanneer sprake is van psychische klachten én problemen op meerdere levensdomeinen, en nog onvoldoende duidelijk is welke ondersteuning of zorg nodig is, kan de huisarts de inwoner aanmelden voor een verkennend gesprek. In dit gesprek onderzoeken professionals uit het sociaal domein en de ggz samen met de inwoner welke vervolgstappen het beste aansluiten bij de hulpvraag, mogelijkheden en context van de inwoner. De huisarts ontvangt na het gesprek een gezamenlijk advies met een plan van aanpak. De gesprekspartners zetten de afgesproken vervolgstappen waar mogelijk direct in gang en leggen vast wie de overdracht regelt en de opvolging bewaakt (zie paragraaf 3.2). Voor de inwoner betekent dit een gesprek waarin zijn hele situatie aan bod komt, in plaats van een reeks losse afspraken bij verschillende loketten.

In het verkennend gesprek wordt zoveel mogelijk al rekening gehouden met wachttijden, zodat de inwoner direct naar een passende plek kan worden toegeleid. Wanneer na een verkennend gesprek of verwijzing blijkt dat passende zorg of ondersteuning niet direct beschikbaar is, ondersteunt het transfermechanisme bij het vinden van passend aanbod en het beperken van onnodige wachttijd. De huisarts hoeft dan niet zelf naar ander passend aanbod te zoeken.

De inwoner hoeft minder lang te wachten zonder perspectief en beslist zelf of hij een ander passend aanbod aanneemt. De betrokken professionals organiseren een goede overdracht, gaan na of de ontvangende aanbieder de zorg of ondersteuning daadwerkelijk kan en wil bieden en regelen zo nodig tijdige overbruggingszorg of -ondersteuning. Zij leggen vast wie deze levert en wat de afspraken over verantwoordelijkheid en aanspreekbaarheid zijn.

Bij complexe situaties waarin meerdere organisaties betrokken zijn en passende ondersteuning of zorg niet vanzelf tot stand komt, kan gebruik worden gemaakt van het domeinoverstijgend casusoverleg (waar regionaal ingericht). Hier bespreken professionals gezamenlijk hoe voor de inwoner alsnog een passende oplossing georganiseerd kan worden. De huisarts kan hier zelf een casus inbrengen. Voor de inwoner betekent dit dat professionals samen naar een oplossing zoeken, in plaats van hem van loket naar loket te sturen.

3.7 Gereedschapskist

In het AZWA is afgesproken dat de regio’s gebruik kunnen maken van een gereedschapskist om invulling te geven aan de basisfunctionaliteiten in de regio. De gereedschapskist is een dynamisch overzicht van erkende interventies en activiteiten op het snijvlak van zorg, sociaal domein en publieke gezondheid.
Het uitgangspunt van de inhoud van de gereedschapskist is dat deze dienend en ondersteunend is aan de basisfunctionaliteiten. Een tweede uitgangspunt is dat we voortbouwen op en/of doorontwikkelen aan wat er al bestaat, namelijk de al bestaande databanken met interventies die verschillende kennisinstellingen in beheer hebben. De eerste versie van de gereedschapskist met online overzichten voor de bestaande basisfunctionaliteiten wordt eind 2026 opgeleverd. Na 2026 wordt verkend hoe de gereedschapskist door-ontwikkeld en uitgebreid kan worden, ook voor aanpakken die op de ontwikkelagenda staan. Het is niet nodig dat regio’s met implementatie van het startdocument wachten op de gereedschapskist.

4 Samenwerkingsafspraken

4.1 Inleiding

Een mentale gezondheidsnetwerk is een duurzaam samenwerkingsverband tussen in ieder geval huisartsenzorg, geestelijke gezondheidszorg en het sociaal domein. De partners nemen gezamenlijk verantwoordelijkheid voor het realiseren van passende ondersteuning en zorg voor inwoners met psychische klachten en problemen op andere levensdomeinen. Aan het netwerk kunnen ook andere relevante organisaties deelnemen. Huisartsenzorg, ggz en sociaal domein zijn daarbij gelijkwaardige pijlers, elk met een eigen rol en verantwoordelijkheid.

Om deze gezamenlijke verantwoordelijkheid in de praktijk vorm te geven, maken de betrokken partijen afspraken over rollen, taken, bevoegdheden en onderlinge samenwerking. Deze afspraken worden vastgelegd in een samenwerkingsovereenkomst en vormen de basis voor de uitvoering, financiering en doorontwikkeling van het netwerk.

Dit hoofdstuk beschrijft welke partijen deelnemen aan het netwerk, welke verantwoordelijkheden zij vervullen en welke onderwerpen ten minste in de samenwerkingsovereenkomst moeten worden vastgelegd. Zie voor de uitwerking van organisatie en samenwerking ook de al opgeleverde handreikingen voor andere AZWA-basisfunctionaliteiten, beschikbaar via zorgakkoorden.nl.

4.2 Deelnemende partijen

In ieder mentale gezondheidsnetwerk nemen ten minste deel:
- een regionale huisartsenorganisatie (RHO)
- een ggz-kerninstelling
- één of meer organisaties die toegang geven tot ondersteuning vanuit het sociaal domein of die uitvoeren.

In het mentale gezondheidsnetwerk is de RHO of de ggz-kerninstelling hoofdaannemer. Die hoofdaannemer kan verschillen per functie. De hoofdaannemer neemt het voortouw bij het tot stand brengen van overeenkomsten en het monitoren van de beoogde effecten in de drie domeinen. Niet iedere partij hoeft aan alle functies deel te nemen; in de samenwerkingsovereenkomst wordt per functie vastgelegd wie deelneemt.

Zorgverzekeraars en gemeenten zijn betrokken als financiers van het samenwerkingsverband en bewaken op grond van hun wettelijke taken onder meer de doelmatigheid. De gemeente kan naast financier ook uitvoerder zijn. De zorgverzekeraar die marktleider is en de mandaatgemeente hebben daarbij een bijzondere rol: zij nemen het initiatief voor en coördineren de regionale werkagenda waarin de basisfunctionaliteiten worden uitgewerkt. Daarmee zijn zij ook voor het mentale gezondheidsnetwerk het eerste aanspreekpunt namens de financiers.

Daarnaast kunnen afhankelijk van de regionale situatie andere organisaties deelnemen, zoals:
- overige ggz-aanbieders, waaronder vrijgevestigde praktijken
- welzijnsorganisaties
- organisaties voor maatschappelijke ondersteuning
- ervaringsdeskundige organisaties
- cliënten- en naastenorganisaties
- aanbieders van herstelondersteuning
- organisaties op het gebied van werk en participatie
- woningcorporaties
- levensbeschouwelijke organisaties
- andere relevante maatschappelijke partners.

Niet alle ‘overige’ organisaties hoeven formeel partij te zijn bij de samenwerkingsovereenkomst. Regio’s kunnen ervoor kiezen te werken met kernpartners en netwerkpartners. Kernpartners dragen bestuurlijke verantwoordelijkheid voor het netwerk. Netwerkpartners leveren expertise, aanbod of ondersteuning en worden betrokken wanneer dit nodig is voor inwoners of voor de ontwikkeling van het netwerk.

4.3 Gezamenlijke verantwoordelijkheid

Omdat psychische klachten vaak samenhangen met factoren op andere levensdomeinen, ligt de verantwoordelijkheid voor passende ondersteuning niet uitsluitend binnen één domein. In het mentale gezondheidsnetwerk werken partijen vanuit het principe van gedeelde verantwoordelijkheid. Iedere organisatie blijft verantwoordelijk voor de eigen wettelijke taken en professionele verantwoordelijkheden, maar draagt tegelijkertijd bij aan het gezamenlijke doel: inwoners zo snel mogelijk op de juiste plek passende zorg en ondersteuning bieden. Gezamenlijke netwerkverantwoordelijkheid en individuele professionele verantwoordelijkheid worden daarbij onderscheiden. Partijen leggen expliciet vast wie verantwoordelijk is voor het verkennend gesprek, de opvolging en overdracht en de eventuele vervolg- of overbruggingszorg (zie paragraaf 3.2).

Deze gezamenlijke verantwoordelijkheid komt onder meer tot uiting in:
- gezamenlijke besluitvorming over de inrichting van het netwerk
- gezamenlijke uitvoering van de functies van het netwerk
- gezamenlijke monitoring van resultaten
- gezamenlijke signalering van knelpunten in vraag en aanbod
- gezamenlijke verantwoordelijkheid voor doorontwikkeling.

Deze gezamenlijke verantwoordelijkheden worden geborgd in de samenwerkingsovereenkomst (paragraaf 4.4), zodat partijen elkaar erop kunnen aanspreken.

4.4 Afspraken in de samenwerkingsovereenkomst

De samenwerkingsovereenkomst is geen formaliteit: zij maakt de wederzijdse verwachtingen expliciet en geeft partijen een basis om elkaar aan te spreken. De samenwerkingsovereenkomst bevat ten minste afspraken over:

Doel en reikwijdte:
- de gezamenlijke ambitie van het netwerk
- de doelgroep waarvoor het netwerk actief is
- de functies die binnen het netwerk worden uitgevoerd.

Deelnemers en rollen:
- welke organisaties deelnemen
- welke organisaties kernpartner zijn
- welke rollen en verantwoordelijkheden iedere partij vervult
- welke partij(en) optre(e)d(t)(en) als hoofdaannemer(s).

Governance en besluitvorming:
- de inrichting van de bestuurlijke, tactische en operationele governance, aansluitend op de governance van de regionale werkagenda (geen aparte structuren)
- wijze van besluitvorming
- mandaten en vertegenwoordigingsbevoegdheden, rekening houdend met verschillen in mandaat en besluitvormingstempo tussen gemeenten, zorgpartijen en organisaties in het sociaal domein
- escalatie- en geschillenprocedures
- het jaarlijkse netwerkplan en de bijbehorende begroting.

Werkprocessen:
- wijze van aanmelding van inwoners of casussen bij het netwerk en uitvoering van de vier functies; concrete werkafspraken over verwijzing, opvolging van het advies, overdracht en eventuele overbruggingszorg of -ondersteuning, met per stap een uitvoerder, termijn en aanspreekpunt.
- informatie-uitwisseling tussen partners.
- Inwoners- en ervaringsperspectief:
- betrokkenheid van cliënten, naasten en ervaringsdeskundigen
- wijze waarop inwoners invloed kunnen uitoefenen op de ontwikkeling van het netwerk.

Monitoring en verantwoording:

- relatie met prestatie-indicatoren die zijn afgesproken met financiers
- welke indicatoren worden gevolgd en hoe deze aansluiten op de beoogde doelen (zie ook hoofdstuk 7)
- rapportages
- evaluatiemomenten
- afspraken over leren en verbeteren.

Toetreding en uittreding:

- voorwaarden voor toetreding van nieuwe partners
- procedures voor beëindiging van deelname
- borging van continuïteit van de netwerkfuncties.

Een voorbeeld samenwerkingsovereenkomst waarin al deze afspraken zijn opgenomen, is beschikbaar via de kennisbank op mentalegezondheidsnetwerken.nl.

4.5 Relatie met regionale werkagenda's

Het mentale gezondheidsnetwerk functioneert in verbinding met andere regionale samenwerkingsstructuren. Het netwerk levert inzichten over wachttijden, knelpunten, ontbrekend aanbod en ontwikkelopgaven aan de regionale werkagenda's binnen het IZA/AZWA. Andersom bieden deze regionale agenda's richting voor de verdere ontwikkeling van het netwerk. Hierdoor ontstaat een continue wisselwerking tussen uitvoering, beleid en transformatie van het stelsel van mentale gezondheid. De uitwerking van het mentale gezondheidsnetwerk past daarbij binnen de integrale uitwerking van het leefgebied mentale gezondheid, in samenhang met de afspraken over basisvoorzieningen in wijken en buurten (AZWA-afspraak D6) en de andere aanpakken binnen dit leefgebied, waaronder sociaal verwijzen en laagdrempelige steunpunten.

5 Governance en organisatie

5.1 Organisatie van het netwerk

Een mentale gezondheidsnetwerk is doorgaans geen afzonderlijke rechtspersoon of nieuwe uitvoeringsorganisatie. Het netwerk functioneert als een samenwerkingsstructuur waarin organisaties gezamenlijk uitvoering geven aan de functies van het netwerk. De wijze waarop het netwerk organisatorisch wordt ingericht, zal per regio verschillen. De inrichting sluit aan bij bestaande samenwerkingsstructuren, schaalgrootte en regionale opgaven, en bij de structuren die vanuit de regionale werkagenda worden ingericht (zie de landelijke handvatten voor het opstellen van de regionale werkagenda op zorgakkoorden.nl). Voor een goed functionerend netwerk is het wenselijk dat ten minste de volgende organisatorische functies zijn ingericht:

- Bestuurlijke aansturing. De deelnemende partijen bewaken gezamenlijk de koers, doelstellingen en resultaten van het netwerk. Zij besluiten over de ontwikkeling van het netwerk en de inzet van beschikbare middelen. Dit wordt vaak belegd in een stuurgroep met vertegenwoordiging vanuit de verschillende domeinen.
- Tactische afstemming. Vertegenwoordigers van de partners vertalen de bestuurlijke koers naar afspraken over de uitvoering van de functies, zoals capaciteit, werkprocessen en prioriteiten. Dit gebeurt bijvoorbeeld in een kern- of regiegroep.
- Operationele samenwerking. Professionals uit huisartsenzorg, ggz en sociaal domein werken samen bij de uitvoering van de verschillende netwerkfuncties, waaronder het verkennend gesprek, het transfermechanisme en het domeinoverstijgend casusoverleg.
- Netwerkcoördinatie. De dagelijkse organisatie van het netwerk wordt ondersteund door een netwerkcoördinator of coördinatieteam. Deze functie draagt onder meer zorg voor:
  - afstemming tussen partners
  - ondersteuning van de uitvoerende functies
  - signalering van knelpunten
  - voorbereiding van bestuurlijke besluitvorming
  - monitoring en doorontwikkeling van het netwerk.

Omdat het netwerk doorgaans geen rechtspersoon is, kan het zelf geen overeenkomsten sluiten, middelen ontvangen of aanvragen indienen. Die taken liggen bij de hoofdaannemer, die namens het netwerk optreedt (zie paragraaf 4.2). Partijen leggen in de samenwerkingsovereenkomst vast wat de hoofdaannemer namens het netwerk mag doen en hoe de andere partners daarbij betrokken zijn. Het helpt om de bestuurlijke, tactische en operationele niveaus daarbij goed uit elkaar te houden: wie beslist waarover, en met welk mandaat.

5.2 Betrekken van inwoners, naasten en ervaringsdeskundigheid

Ervaringskennis vormt in het mentale gezondheidsnetwerk een gelijkwaardige bron van kennis naast professionele kennis. Regio's organiseren daarom structurele betrokkenheid van inwoners, naasten en ervaringsdeskundigen bij de ontwikkeling, evaluatie en doorontwikkeling van het netwerk. De wijze waarop dit wordt georganiseerd kan regionaal verschillen, bijvoorbeeld via:

- cliëntenraden
- inwonerspanels
- ervaringsdeskundige adviseurs
- deelname aan projectgroepen
- participatie binnen bestuurlijke of adviserende gremia.

5.3 Verbinding met het zorg- en sociaal domein

Het mentale gezondheidsnetwerk functioneert niet los van bestaande voorzieningen en samenwerkingsverbanden. Het succes van het netwerk hangt mede af van de mate waarin het aansluit op bestaande infrastructuren binnen huisartsenzorg, ggz, sociaal domein en de sociale basis.

Bij de regionale inrichting besteden partijen daarom aandacht aan:
- aansluiting op huisartsenzorg en POH-GGZ
- aansluiting op sociaal verwijzen
- aansluiting op de lokale (sociaal) teams en de lokale gemeentelijke toegang en, waar relevant, het Centrum voor Jeugd en Gezin
- verbinding met welzijnsvoorzieningen
- verbinding met informele ondersteuning en de sociale basis, zowel voor het inzicht in het aanbod als voor de toeleiding
- aansluiting op herstelondersteuning en steunpunten
- verbinding met participatie-, werk- en woonvoorzieningen
- samenwerking met andere relevante maatschappelijke partners.

Waar mogelijk wordt aangesloten bij bestaande overlegstructuren, samenwerkingsafspraken en regionale initiatieven. Denk daarbij ook aan bestaande multidisciplinaire overleggen (MDO's): het domeinoverstijgend casusoverleg wordt bij voorkeur niet gestapeld op deze overleggen, maar daarmee verbonden.

5.4 Regionale inrichting

Hoewel de basisfunctionaliteiten landelijk zijn vastgesteld, bestaat ruimte voor regionale verschillen in de inrichting van het netwerk.

Regio's brengen daarbij eerst de opgave in kaart: wat is de populatie, waar bevindt die zich en wat moet waar worden georganiseerd. Vervolgens maken zij afspraken over:
- de geografische afbakening van het netwerk
- de verhouding tussen lokale en regionale uitvoering
- samenwerking met aangrenzende regio's
- de wijze waarop inwoners toegang krijgen tot de functies van het netwerk
- de aansluiting op regionale gezondheidsdoelen, transformatieopgaven en werkagenda.

Uitgangspunt daarbij is dat de toegang tot de functies de inwoner volgt. Inwoners wonen, werken en gebruiken zorg en ondersteuning niet altijd binnen dezelfde gemeente of regio, en specialistische aanbieders werken vaak bovenregionaal. Regio's maken daarom afspraken over grensgevallen en over samenwerking met aangrenzende regio's, in de samenwerkingsovereenkomst of via de regionale werkagenda. Ook financiële en contractuele afspraken over grensgevallen, zoals de verrekening tussen gemeenten, regio's en financiers, zijn onderdeel van die regionale uitwerking.

Het landelijke startdocument beschrijft de minimale onderdelen van een mentale gezondheidsnetwerk. De concrete inrichting blijft een regionale verantwoordelijkheid.

6 Financiën

In het AZWA is afgesproken dat de middelen voor het sociaal domein en gezondheid aan gemeenten worden uitgekeerd. Voor de jaren 2027-2029 worden de middelen via een specifieke uitkering (SPUK) aan gemeenten verstrekt. In juli 2026 is de regeling van de SPUK AZWA en HLO gepubliceerd. De kern van de nieuwe SPUK is ontschotting. De middelen vormen een integraal budget, middelen zijn dus niet gekoppeld aan een basisfunctionaliteit of aanpak. Dit geeft gemeenten de ruimte en het vertrouwen om het geld zo effectief en zinvol mogelijk in te zetten waar de behoefte in de wijk of regio het grootst is. Er zit wel een schot tussen middelen bedoeld voor lokale activiteiten en middelen bedoeld voor regionale activiteiten.
Dat betekent dat lokale middelen niet voor regionale activiteiten kunnen worden ingezet en andersom.
Het uitwerken van op de ontwikkelagenda geplaatste aanpakken volgens de criteria voor basisfunctionaliteiten valt onder regionale activiteiten (zie Hoofdstuk 2 van de regeling van de SPUK). Voor regionale activiteiten worden de middelen aan de mandaatgemeente van de betreffende IZA regio uitgekeerd.
De mandaatgemeente is verantwoordelijk voor de verdere verdeling van de middelen binnen de regio.

6.1 Financiering

De financiering van mentale gezondheidsnetwerken is primair een gezamenlijke verantwoordelijkheid van zorgverzekeraars en gemeenten. Dit vraagt om samenhangende afspraken over financiering, contractering en verantwoording. Dit geldt eens te meer omdat de functies van het netwerk domeinoverstijgend zijn. In de onderlinge afstemming over financiering en contractering nemen de zorgverzekeraar die marktleider is en de mandaatgemeente het voortouw (zie paragraaf 4.2).

De financiering volgt de gezamenlijke opgave om passende zorg en ondersteuning te organiseren. Gemeenten en zorgverzekeraars werken zoveel mogelijk congruent samen. De administratieve lasten voor professionals en organisaties blijven beperkt. Om toe te werken naar een structurele bekostigingssystematiek, zijn tijdelijke financieringen beschikbaar.

Gemeenten zijn verantwoordelijk voor de financiering van de inzet vanuit het sociaal domein en de ondersteuning die voortkomt uit het verkennend gesprek.

Zorgverzekeraars financieren de onderdelen die vallen onder de Zorgverzekeringswet, waaronder de deelname van ggz-professionals aan het verkennend gesprek en de zorggerelateerde functies van het netwerk. Hiervoor zijn binnen de Zvw betaaltitels vastgesteld. Deze betaaltitels zijn gebaseerd op het NZa-advies over de bekostiging van het verkennend gesprek en de overige functies van het mentale gezondheidsnetwerk. Voor de inzet vanuit het sociaal domein gelden de reguliere gemeentelijke financieringskaders (Wmo) en vanaf 2027 de AZWA-middelen die via de regionale werkagenda worden ingezet. In de leidraad contractering en de praatplaten bekostiging (zie Bronnen) zijn de beschikbare bekostigingsvormen verder uitgewerkt.

6.2 Naar structurele bekostiging

In de opbouwfase maken veel regio's gebruik van transformatiegelden, SPUK-middelen of andere tijdelijke financieringsbronnen. Deze middelen zijn bedoeld als aanjager van de transformatie en niet als structurele oplossing. Er wordt onderzoek gedaan naar de effectiviteit van de samenwerking en de functies. Het is belangrijk dat mentale gezondheidsnetwerken op verzoek meewerken. De verbinding tussen data, aangetoonde effecten en financiering is daarbij cruciaal: inzicht in resultaten, waaronder besparingen in de Zvw en Wlz en de bijdrage aan de transitiedoelen, vormt de onderbouwing voor structurele bekostiging. Resultaten en mijlpalen uit de transformatieplannen worden zoveel mogelijk benut bij het opbouwen van dit bewijs.

In de doorontwikkeling wordt bezien hoe zorgverzekeraars en gemeenten hun opdrachtgeverschap en contractering regionaal verder op elkaar kunnen afstemmen en waar landelijke uniformering mogelijk en wenselijk is. Doel is te voorkomen dat verschillen in financierings- en verantwoordingssystematiek de domeinoverstijgende samenwerking in het netwerk belemmeren.

Het eindperspectief is een structurele bekostiging waarin de functies van het mentale gezondheidsnetwerk bekostigd worden via de reguliere financieringssystematiek van zorg en ondersteuning. Zorgverzekeraars en gemeenten pakken hierin ieder hun aandeel; van beide wordt verwacht dat zij tijdig afspraken maken over de overgang van tijdelijke naar structurele financiering. Dit startdocument draagt daaraan bij door de functies, rollen en randvoorwaarden te beschrijven waarover die afspraken gemaakt moeten worden.
De inpassing in de macrokaders, inclusief de vraag naar budgetneutraliteit, wordt landelijk uitgewerkt en maakt onderdeel uit van de ontwikkelopgave (hoofdstuk 9).

7 Dataregistratie en -uitwisseling voor de uitvoering en de monitoring

7.1 Datastandaardisatie

Goede afspraken over gegevensregistratie, gegevensuitwisseling en datastandaardisatie ondersteunen de uitvoering van de aanpak. Zij zorgen ervoor dat betrokken professionals, waar nodig, gegevens eenduidig kunnen vastleggen en uitwisselen en vormen daarnaast, waar relevant, de basis voor monitoring en andere vormen van informatievoorziening. Uitgangspunt daarbij is eenmalig registreren voor meervoudig gebruik, met zo min mogelijk administratieve lasten.

Voor de bestaande basisfunctionaliteiten wordt momenteel gewerkt aan landelijke afspraken over datastandaardisatie en gegevensuitwisseling. Deze afspraken worden in eerste instantie voor de bestaande basisfunctionaliteiten uitgewerkt en geïmplementeerd. Voor de aanpakken op de ontwikkelagenda wordt in een latere fase bezien of, en zo ja op welke wijze, hierbij kan worden aangesloten. Wanneer deze aanpak verder wordt uitgewerkt, worden waar nodig aanvullende afspraken gemaakt over de gegevens die worden geregistreerd en uitgewisseld.

7.2 Landelijke monitoring

Er bestaat al een landelijke voortgangsrapportage waarin de voortgang van verschillende landelijke aanpakken wordt gevolgd. Daarnaast beschikken sommige aanpakken op de ontwikkelagenda al over een eigen landelijke monitor, evaluatie of andere vorm van informatievoorziening. De komende periode wordt met betrokken partijen verkend wat per aanpak passend is. Daarbij zijn verschillende routes mogelijk.

Uitgangspunt is dat zoveel mogelijk gebruik wordt gemaakt van bestaande monitors, registraties, evaluaties en andere informatiebronnen. Als een aanpak al beschikt over een landelijke monitor, evaluatie of andere vorm van informatievoorziening, wordt nagegaan hoe deze zich verhoudt tot de bredere landelijke informatievoorziening. Afhankelijk van de uitkomst kan de bestaande informatievoorziening zelfstandig blijven bestaan, kan de beschikbare informatie worden benut in de bestaande geïntegreerde landelijke voortgangsrapportage of een andere passende vorm van landelijke informatievoorziening, of kan worden besloten de bestaande informatievoorziening daarin te integreren. Voor aanpakken waarvoor nog geen landelijke monitor, evaluatie of andere vorm van landelijke informatievoorziening bestaat, wordt nagegaan of hierin alsnog moet worden voorzien. Alleen wanneer bestaande informatie ontoereikend is, wordt onderzocht of aanvullende informatie moet worden verzameld.

Meer informatie
De meest recente versie van de geïntegreerde landelijke voortgangsrapportage waarin de voortgang van verschillende landelijke aanpakken wordt samengebracht, is beschikbaar via zorgakkoorden.nl.

8 Kennisdeling

8.1 Inleiding

De ontwikkeling van mentale gezondheidsnetwerken vindt plaats binnen een landelijke leer- en ontwikkelstructuur waarin alle betrokken partijen gezamenlijk werken aan de verdere versterking van de mentale gezondheidszorg en ondersteuning. Kennisdeling vindt daarnaast ook binnen de netwerken zelf plaats: de betrokken partijen leren elkaars werkwijzen, taal en mogelijkheden kennen.

Vanaf eind 2023 is de landelijke ontwikkeling van mentale gezondheidsnetwerken ondersteund vanuit een landelijk programma waarin alle betrokken landelijke partijen vertegenwoordigd waren. Binnen dit programma is gezamenlijk gewerkt aan de ontwikkeling van werkwijzen, hulpmiddelen, implementatieondersteuning en kennisuitwisseling tussen regio's. Na de totstandkoming van het AZWA is dit landelijke programma beëindigd. De samenwerking is voortgezet binnen een landelijke werkgroep Mentale Gezondheidsnetwerken. Deze werkgroep heeft een uitgebreide kennisbank.

8.2 Leren van regionale praktijkervaringen

In de afgelopen jaren hebben de 45 mentale gezondheidsnetwerken veel kennis en ervaring opgebouwd met de inrichting en uitvoering van de verschillende functies. Deze praktijkervaringen vormen een belangrijke bron voor verdere ontwikkeling van de netwerken.

Om kennisuitwisseling tussen regio's te stimuleren zijn diverse instrumenten beschikbaar, waaronder:
- Landelijke werkwijze voor mentale gezondheidsnetwerken
- Leidraad contractering mentale gezondheidsnetwerken
- Voorbeeld samenwerkingsovereenkomst
- Notitie over verantwoordelijkheden in en na het verkennend gesprek
- Businesscase mentale gezondheidsnetwerken
- Praatplaten bekostiging mentale gezondheidsnetwerken
- Informatiefolders voor inwoners en voor huisartsen.

Deze documenten zijn terug te vinden via het hoofdstuk 'Bronnen' aan het eind van dit startdocument.

Deze materialen zijn beschikbaar via de landelijke website. Op deze website staat ook een overzicht van alle mentale gezondheidsnetwerken.

8.3 Landelijke kennisuitwisseling

Een belangrijk onderdeel van de landelijke leerstructuur is het periodieke overleg tussen de netwerkleiders en contactpersonen van de mentale gezondheidsnetwerken. In dit overleg worden ervaringen gedeeld, ontwikkelingen besproken en gezamenlijke vraagstukken geagendeerd.

Daarnaast worden regelmatig thematische bijeenkomsten georganiseerd waarin regio's kennis kunnen uitwisselen over onderwerpen zoals:
- inrichting van het verkennend gesprek
- samenwerking tussen huisartsenzorg, ggz en sociaal domein
- inzet van ervaringsdeskundigheid
- governance en financiering
- transfermechanismen en wachttijden
- monitoring en evaluatie
- regionale implementatievraagstukken.

Door deze structurele uitwisseling kunnen regio's van elkaar leren en gezamenlijk werken aan verdere verbetering van de mentale gezondheidsnetwerken.

Regio's worden gestimuleerd hun eigen producten, zoals samenwerkingsovereenkomsten, begrotingen en trainingen, te delen via de kennisbank en de samenwerkingsomgeving die daarvoor wordt opgezet. Ook het delen van dilemma's en van wat niet werkte, wordt aangemoedigd: juist dat helpt andere regio's verder.

8.4 Monitoring en doorontwikkeling

Om zicht te houden op de voortgang van de landelijke implementatie wordt gebruikgemaakt van een implementatiemonitor. Deze monitor wordt in 2026 uitgevoerd en biedt inzicht in de ontwikkeling van de mentale gezondheidsnetwerken, de mate waarin de verschillende functies zijn ingericht en de ervaringen van regio's met de uitvoering.

De monitor ondersteunt landelijke en regionale partijen bij het identificeren van succesfactoren, ontwikkelpunten en knelpunten. De uitkomsten worden gebruikt voor kennisdeling, beleidsontwikkeling en de verdere versterking van de mentale gezondheidsnetwerken.

De combinatie van landelijke kennisontwikkeling, regionale praktijkervaringen, structurele kennisuitwisseling en monitoring draagt eraan bij dat mentale gezondheidsnetwerken zich blijvend kunnen ontwikkelen en steeds beter aansluiten bij de behoeften van inwoners, professionals en samenwerkingspartners.

Daarnaast monitoren zorgverzekeraars elk kwartaal de geleverde Zvw-prestaties, om in kaart te brengen of de afgesproken transformatie voldoende op gang komt. Verder zijn er diverse verkenningen en onderzoeken naar de werkzame elementen en effectiviteit van de mentale gezondheidsnetwerken en het verkennend gesprek.

Monitoring richt zich nu vooral op implementatie en productie. Dat is nodig, maar niet voldoende. Om te weten of het netwerk doet wat het belooft, is op termijn ook inzicht nodig in effecten: de ervaring van inwoners, hun dagelijks functioneren, de mate waarin zij via een passende route bij de juiste hulp komen, en het lerend vermogen van het netwerk. Dat inzicht komt zoveel mogelijk uit bestaande bronnen en uit het lopende effectiviteitsonderzoek, zonder nieuwe uitvragen of extra administratieve lasten. Een compact monitoringsraamwerk dat implementatie, effecten en leren verbindt, is onderdeel van de ontwikkelopgave (paragraaf 9.3).

9 Regionale uitwerking en aansluiting van de domeinen

9.1 Regionale uitwerking

Dit startdocument beschrijft de hoofdlijnen van de beoogde basisfunctionaliteit. De uitwerking van details en de inbedding zijn per definitie een regionale aangelegenheid. De regio's verschillen immers als het gaat om bijvoorbeeld de infrastructuur die al beschikbaar is, de regionale opgave en populatie en omvang. De onderstaande vragen helpen de partijen in de regio om het gesprek over uitwerking en inbedding te voeren.

- Welke functies zijn in onze regio al ingericht, en hoe en wanneer richten we de functies in die nog ontbreken?
- Hoe komen inwoners die zich melden bij het sociaal domein of in de sociale basis bij de huisarts terecht voor aanmelding voor een verkennend gesprek?
- Wie vervult in het verkennend gesprek de rol van ervaringsdeskundige, en hoe borgen we dat die rol gelijkwaardig is?
- Hoe is de bestuurlijke, tactische en operationele aansturing belegd, en welke partij treedt op als hoofdaannemer?
- Hoe brengen we het aanbod in ggz en sociaal domein, en de wachttijden waar die gelden, tegelijk in beeld, en hoe geven we aangrenzende regio's daarin inzicht?
- Hoe houden we het casusoverleg werkbaar: wie zit in de vaste kern, namens wie en met welk mandaat?
- Hoe borgen we inwonersparticipatie in besluitvorming en uitvoering?
- Welke resultaten leggen we nu al vast om de meerwaarde van het netwerk te kunnen onderbouwen?

9.2 Aansluiting van de domeinen

De functies van het mentale gezondheidsnetwerk moeten niet alleen regionaal worden uitgewerkt en ingebed, ze moeten ook blijven aansluiten bij structuren van de betrokken domeinen, dus de huisartsenzorg, geestelijke gezondheidszorg en sociaal domein. Dit is grotendeels al geborgd doordat alle organisaties die deze domeinen landelijk vertegenwoordigen, actief betrokken zijn geweest bij de ontwikkeling van alle instrumenten, zoals de landelijke Werkwijze. Om de aansluiting van de domeinen op regionaal niveau te versterken, bespreken de regionale partijen de volgende vragen.

- Zijn huisartsenzorg, ggz en sociaal domein als gelijkwaardige pijlers betrokken bij alle functies, en hoe verhoudt hun betrokkenheid zich tot de populatie?
- Weten alle huisartsen dat het verkennend gesprek beschikbaar is, wat het inhoudt en hoe zij een inwoner aanmelden?
- Weten lokale teams, welzijnsorganisaties en andere vindplaatsen in de sociale basis hoe zij inwoners naar de functies van het netwerk kunnen toeleiden?
- Is vanuit alle gemeenten in de regio voldoende en gevarieerd aanbod in het sociaal domein beschikbaar, en is dat zichtbaar in de informatievoorziening?
- Nemen alle echelons en aanbieders van ggz deel, rechtstreeks of via vertegenwoordiging? Hoe betrekken we daarbij vrijgevestigde ggz-professionals en borgen we werkbare afspraken over hun inzet en verantwoordelijkheden?
- Zijn er ongewenste verschillen tussen subregio's, en zijn de functies voor alle inwoners binnen redelijke afstand beschikbaar?

9.3 Ontwikkelopgave

Het mentale gezondheidsnetwerk staat op de ontwikkelagenda van het AZWA en is daarmee een basisfunctionaliteit in wording. De ontwikkelopgave is het verrijken van de aanpak, met name wat betreft de aansluiting van het sociaal domein, voortbouwend op wat met de transformatieplannen wordt geïmplementeerd. Onderdeel van deze opgave zijn in ieder geval:

- volwaardige deelname van het sociaal domein aan alle functies;
- vaste deelname van een ervaringsdeskundige aan het verkennend gesprek;
- het onderbouwen van de maatschappelijke en financiële meerwaarde, waarbij resultaten en mijlpalen uit de transformatieplannen worden benut;
- het ontwikkelen van een compact monitoringsraamwerk, zodat naast implementatie en productie ook effecten, de ervaring van inwoners en het lerend vermogen van netwerken in beeld komen, zonder nieuwe uitvragen (zie paragraaf 8.4);
- het uitwerken van structurele bekostiging, inclusief de inpassing in de macrokaders (zie hoofdstuk 6);
- het voldoen aan de criteria voor basisfunctionaliteiten uit de checklist criteria.

Bronnen en gerelateerde documenten

Voor het opstellen van dit startdocument is gebruik gemaakt van de volgende bronnen:

- Landelijke werkwijze voor mentale gezondheidsnetwerken
- Leidraad contractering mentale gezondheidsnetwerken
- Voorbeeld samenwerkingsovereenkomst
- Notitie over verantwoordelijkheden in en na het verkennend gesprek
- Businesscase mentale gezondheidsnetwerken
- Praatplaten bekostiging mentale gezondheidsnetwerken
- Informatiefolders voor inwoners en voor huisartsen
- NZa-advies bekostiging verkennend gesprek en overige functies mentale gezondheidsnetwerk
- Standpunt Zorginstituut Nederland over Verkennend gesprek
- Integraal Zorgakkoord
- Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord
- Handreikingen basisfunctionaliteiten
- Handreiking inloopvoorzieningen sociaal en gezond

Deze publicatie is een uitgave van:

AZWA-partijen onder regie van de VNG,
ZN en het ministerie van VWS.

Meer informatie is te vinden op
zorgakkoorden.nl/azwa.

Oktober 2026