STEUNPUNT
WELZIJN
VOLKSGEZONDHEID &
GEZIN

Vlaanderen
is zorgzaam samenleven

Het bevorderen van de toegankelijkheid van de geestelijke gezondheidszorg via (intersectorale) samenwerking in de geestelijke gezondheidsnetwerken voor volwassenen en ouderen

Eva Rens
Nele Van den Cruyce
Kathleen De Cuyper
Koen Hermans

LUCAS KU Leuven

Juli 2025 - Rapport Nr. 49

Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin
Minderbroedersstraat 8 – B-3000 Leuven
Tel 0032 16 37 34 32
E-mail: swvg@kuleuven.be
Website: http://www.steunpuntwvg.be

STEUNPUNT
WELZIJN
VOLKSGEZONDHEID &
GEZIN

Publicatie nr. 2025/15
SWVG-Rapport 49

Titel rapport: Het bevorderen van de toegankelijkheid van de geestelijke gezondheidszorg via (intersectorale) samenwerking in de geestelijke gezondheidsnetwerken voor volwassenen en ouderen

Promotor: prof. dr. Koen Hermans[1]
Copromotor: dr. Kathleen De Cuyper[1]
Onderzoekers: dr. Eva Rens[1], dr. Nele Van den Cruyce[1]

[1] LUCAS KU Leuven

Dit rapport kwam tot stand met de steun van de Vlaamse Overheid. In deze tekst komen onderzoeksresultaten van de auteur(s) naar voor en niet die van de Vlaamse Overheid. De Vlaamse Overheid kan niet aansprakelijk gesteld worden voor het gebruik dat kan worden gemaakt van de meegedeelde gegevens.

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt zonder uitdrukkelijk te verwijzen naar de bron.

No material may be made public without an explicit reference to the source.

Het consortium SWVG

Deelnemende instellingen - Dagelijks bestuur	
KU Leuven	
· LUCAS, Centrum voor zorgonderzoek en consultancy	Prof. dr. Anja Declercq Prof. dr. Koen Hermans
· Instituut voor Sociaal Recht	Prof. dr. Johan Put
· HIVA - Onderzoeksinstituut voor Arbeid en Samenleving	Prof. dr. Tine Van Regenmortel
UGent	
· Vakgroep Bestuurskunde en Publiek Management	Prof. dr. Bram Verschuere
· Vakgroep Volksgezondheid en Eerstelijnszorg	Prof. dr. Katrien Vanthomme
· Vakgroep Volksgezondheid en Eerstelijnszorg	Prof. dr. Jeroen Trybou
Vrije Universiteit Brussel	
· Faculteit Psychologie en Educatiewetenschappen	Prof. dr. Johan Vanderfaeillie
Universiteit Antwerpen	
· Faculteit Sociale Wetenschappen	Prof. dr. Koen Decancq
Partnerinstellingen	
Universiteit Hasselt	
· Faculteit Geneeskunde en Levenswetenschappen	Prof. dr. Wim Pinxten
Thomas More Hogeschool	
· Unit Mens & Welzijn	Dr. Peter De Graef
Arteveldehogeschool	
· Sociaal Werk	
Hogeschool Gent	
· Onderzoekscentrum 360° Zorg en Welzijn	
UC Leuven-Limburg	
· Research & Expertise - Expertisecentrum Health Innovation	
Karel De Grote hogeschool	
· Onderzoek en maatschappelijke dienstverlening	
Hogeschool PXL	
· Expertisecentrum PXL Social Work Research	
Odisee co-hogeschool	
· Studiegebied Sociaal-Agogisch Werk	
KeFor	
· Kenniscentrum Forensisch Psychiatrische Zorg	
Coördinatie en secretariaat	
Coördinator SWVG	Dr. Kathleen De Cuyper
Administratieve ondersteuning	Manuela Schröder Lut Van Hoof

STEUNPUNT
WELZIJN
VOLKSGEZONDHEID &
GEZIN

Steunpunt WVG
Minderbroedersstraat 8
B-3000 Leuven
+32 16 37 34 32
www.steunpuntwvg.be
swvg@kuleuven.be

Vlaanderen
is zorgzaam samenleven

Rapport 49 **Juli 2025**

Het bevorderen van de toegankelijkheid van de geestelijke gezondheidszorg via (intersectorale) samenwerking in de geestelijke gezondheidsnetwerken voor volwassenen en ouderen

Onderzoekers: dr. Eva Rens[1], dr. Nele Van den Cruyce[1]
Promotor: prof. dr. Koen Hermans[1]
Copromotor: dr. Kathleen De Cuyper[1]

[1] LUCAS KU Leuven

Samenvatting

Situering en onderzoeksvragen

Intersectorale samenwerking tussen o.a. geestelijke gezondheidszorg, eerstelijnszorg, welzijnswerk, nulde lijn, en geïntegreerde zorgmodellen, die de coördinatie en continuïteit van zorg verbeteren, worden als essentiële onderdelen van de puzzel beschouwd om de toegankelijkheid van de ggz te verbeteren. De geestelijke gezondheidsnetwerken (gg-netwerken) spelen hierin een centrale rol door versnippering binnen het landschap van de ggz tegen te gaan en in te zetten op initiatieven en samenwerkingsverbanden met partners uit diverse sectoren.

Het onderzoek in dit rapport werd binnen het Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid & Gezin uitgevoerd tussen november 2024 en juni 2025, in opdracht van het Departement Zorg. Concreet richt dit onderzoek zich op het beantwoorden van de volgende onderzoeksvragen:

- Welke modellen of interventies van samenwerking tussen zorg- en welzijnsactoren die bijdragen aan toegankelijkheid van de ggz zijn onderzocht in de wetenschappelijke literatuur?
- Welke modellen en interventies worden op dit moment ingezet binnen de gg-netwerken voor het bevorderen van de toegankelijkheid van de ggz voor volwassenen en ouderen? Hoe realiseren zij momenteel intersectorale samenwerking in het kader van die doelstelling?
- Hoe draagt intersectorale samenwerking in de eerste lijn en met welzijns- en zorgactoren bij aan de toegankelijkheid van de ggz?
- Op welke modellen en interventies - en randvoorwaarden, succesfactoren en hefbomen - zet de overheid best in om de toegankelijkheid van de ggz op netwerkniveau te versterken en duurzaam te verankeren?

Methode

Dit onderzoek combineert een **systematisch literatuuronderzoek** (review van 22 reviews) met een **kwalitatieve studie**. Daartoe zijn drie focusgroepen uitgevoerd met 27 deelnemers waaronder negen gg-netwerkcoördinatoren en 18 professionals met verschillende functies (o.a. directie, ervarings-deskundige, teamcoördinatoren…) uit diverse settings en organisaties in zorg en welzijn (o.a. CAW, CGG, psychiatrische ziekenhuizen, Kruispunten…) met expertise in toegankelijkheid en intersectorale samenwerking in de ggz. De resultaten van de literatuurstudie en de focusgroepen zijn waar mogelijk geïntegreerd, waardoor overeenkomsten en verschillen tussen internationale inzichten en Vlaamse praktijkervaringen zichtbaar worden.

Resultaten

Op basis van de integratie van de systematische literatuurstudie en de focusgroepen vatten we de vier **belangrijkste componenten samen van gedeelde zorg om toegankelijkheid tot ggz te bevorderen**: (1) geïntegreerde ggz met zorgcoördinatie en casemanagement als essentiële elementen, (2) centrale aanmeldpunten met toeleiding en patiëntnavigatie, (3) samenwerking met actoren buiten de zorgsector zoals werk, huisvesting, buurtcentra en sociale diensten, en (4) gedeelde verantwoordelijkheid voor underserved doelgroepen.

Succesfactoren zijn meer generieke voorwaarden van goede (intersectorale) samenwerking om de toegankelijkheid van de ggz te bevorderen *(wat* nodig is voor goede samenwerking). **Hefbomen** verwijzen naar meer concrete acties, veranderingen of beleidsmaatregelen die overheden of netwerken kunnen inzetten, die direct inspelen op drempels van samenwerkingen om de toegankelijkheid van de ggz te verbeteren (*hoe* succesfactoren versterkt kunnen worden). De succesfactoren en bijhorende hefbomen worden weergegeven in onderstaande tabel.

Succesfactor voor samenwerking	Bijhorende hefbomen
Gemeenschappelijke doelen en visie, vertrekkend vanuit cliëntgerichtheid	- Gedeelde doelen rond intersectorale samenwerking opnemen in strategische plannen van netwerken en samenwerkingsverbanden - Samenwerking met lokale besturen en eerstelijnszones - Verankering en ondersteuning van ervaringswerkers, patiënten- en familieverenigingen
Internalisering: wederzijds vertrouwen en bekendheid	- Directe samenwerking in intersectorale en multidisciplinaire teams - Relatieopbouw via netwerkbijeenkomsten - Inzetten op interprofessionele opleiding, intervisie en uitwisseling
Formalisatie van verantwoordelijkheden en processen	- Kader voor intersectorale samenwerkingsverbanden met centralisatie van ggz-hulpvragen - Verhelderen van verhouding tussen Kruispuntwerkingen en GBO - Regelgevend kader voor intersectorale informatiedeling - Faciliteren van gedeelde zorg via (digitale) tools

Bestuur: centralisatie, leiderschap, connectiviteit en innovatie	- Beleidsmatige ondersteuning en verankering van geïntegreerde zorg en coördinatie - Structurele afstemming tussen beleidsniveaus en harmonisatie van zorgzones - Aandacht voor samenwerking in erkenning- en kwaliteitsbeleid
Beschikbaarheid en verdeling van middelen, personeel en capaciteit	- Meerlagig financieringsmodel dat samenwerking stimuleert - Incentives voor participatie in lokale samenwerkingsverbanden - Vergoeding van overleg en afstemming voor zelfstandige zorgverleners

Conclusie en aanbevelingen

De gg-netwerken zetten al sterk in op intersectorale samenwerking om de toegankelijkheid van de ggz te verbeteren. Elk netwerk heeft hierin een eigen traject afgelegd, afgestemd op lokale noden en partners, wat resulteerde in uiteenlopende vormen van samenwerking. Tegelijk toont dit onderzoek dat professionals over netwerken heen gelijkaardige drempels en succesfactoren benoemen. Samenwerkingsverbanden ontstaan vaak op basis van engagement en overtuiging, maar missen structurele verankering en blijven daardoor kwetsbaar.

De overheid dient vooral een rol op te nemen in het verbinden van sectoren en zorgniveaus, en in het creëren van gunstige randvoorwaarden voor effectieve interorganisationele en intersectorale samenwerking en gedeelde zorg binnen de ggz. Hierop kan op diverse manieren worden ingezet:

- Een voorwaardenscheppend kader voor lokale samenwerkingsverbanden met centralisatie van ggz-hulpvragen zoals Kruispuntwerkingen
- Duidelijkheid over de verhouding tussen het GBO en Kruispuntwerkingen, in overleg met betrokken actoren.
- Erkennings- en kwaliteitskaders die intersectorale samenwerking waarderen
- Een regelgevend kader dat meer werkbare informatiedeling overheen sectoren mogelijk maakt
- Voldoende basisfinanciering en financieringsmechanismen die samenwerking ondersteunen en stimuleren, o.a. incentives voor participatie in samenwerkingsverbanden met pooling van opdrachten, en vergoeding van zelfstandige zorgverleners.
- Afstemming tussen overheden en departementen, onder meer over de harmonisatie van zorgzones en netwerken van actoren in zorg en welzijn.
- Verankering en ondersteuning van zorgcoördinatie in de ggz binnen het Interfederaal Plan Geïntegreerde Zorg, met structurele financiering en systematisering van begrippen.
- Een uitbreiding van het vergoede Multidisciplinair Overleg voor personen met complexe gg-noden in de thuissituatie, ter bevordering van afstemming en continuïteit.
- Structurele ondersteuning van ervaringsdeskundigheid en patiënt- en familieverenigingen, via financiering, opleiding en concrete handvaten voor inzet in organisaties.

Daarnaast zijn er verschillende aanbevelingen waaraan ook de gg-netwerken zelf kunnen bijdragen:

- Heldere samenwerkingsafspraken, gedeelde zorgplannen en werkprocessen.
- Relatieopbouw, uitwisseling en inzet op gedeelde doelen via o.a. co-creatie en netwerk-bijeenkomsten.
- Interprofessionele opleidingen en wisselleren die bijdragen aan gedeelde taal en begrip van elkaars werking.
- Verankering van samenwerking via nauwe afstemming met lokale besturen en eerstelijnszones.
- Verder inzetten op goede praktijken zoals:
    - vindplaatsgerichte samenwerking met en presentie van ggz-professionals in de nulde lijn, wijkwerkingen en buurtcentra;
    - linken met (netwerken voor) jeugd-ggz voor jongeren in transitieleeftijd;
    - inzetten van ervaringsdeskundigen en patiënten- en familieverenigingen;
    - herstelgerichte initiatieven en verbinding met andere levensdomeinen zoals wonen, werk en vrije tijd.

Deze studie toont dat wetenschappelijk onderzoek ons tot op zekere hoogte richting geeft over hoe de toegankelijkheid van de ggz op netwerk- of regioniveau kan verbeterd worden. We leerden dat gg-netwerken voor deze doelstelling bottom-up creatieve initiatieven ontwikkelen. Tegelijk maakt het onderzoek duidelijk dat er nog een weg te gaan is, en dat de gezamenlijke inspanning van de gg-netwerken en hun actoren, de overheden en onderzoekers cruciaal zal zijn om verdere voortgang inzake de toegankelijkheid van de ggz voor alle doelgroepen te realiseren.

Inhoud

Hoofdstuk 1 Situering en doelstellingen van het onderzoek 11

1 Onvoldoende integratie en toegankelijkheid van de ggz in België en Vlaanderen 11

2 Toegankelijkheid van zorg als samenspel van vraag en aanbod 12

3 Samenwerkingsmodellen en integratie van ggz 13

4 Geestelijke gezondheidsnetwerken voor volwassenen 16

4.1 Ontwikkelingen op federaal niveau 17

4.2 Ontwikkelingen op Vlaams niveau 18

4.3 Evaluatie samenwerking in gg-netwerken in 2014 21

4.4 Evaluatie tien jaar hervorming van de ggz: situatie in gg-netwerken in 2021 22

4.5 Inspiratietekst door Vlaamse netwerkcoördinatoren in 2020: lokale integrale zorg en ondersteuning voor personen met psychische problemen 23

5 Onderzoeksdoelstellingen 24

Hoofdstuk 2 Onderzoeksmethode 27

1 Review van reviews 27

2 Focusgroepen 28

2.1 Deelnemers 29

2.2 Verloop 29

2.3 Verwerking 30

3 Integratie van de bevindingen uit de literatuurstudie en de focusgroepen 30

Hoofdstuk 3 Resultaten van de systematische review van reviews 31

1 Overzicht van modellen, praktijken en interventies 32

1.1 Integratie van ggz en andere zorgvormen of diensten 32

1.2 Patiëntnavigatie 35

1.3 Centrale aanmelding 36

1.4 Transities tussen zorgniveaus 38

1.5 Transitie naar volwassenen-ggz voor jongeren in de transitieleeftijd 39

1.6 Samenwerking tussen actoren voor personen met een acute psychische zorgnood 39

1.7 Samenwerking tussen actoren voor de doelgroep EPA met middelenstoornis 40

2 Drempels, succesfactoren en hefbomen 41

2.1 Integratie van ggz en andere zorgvormen of diensten 41

2.2 Patiëntnavigatie 42

2.3 Centrale aanmelding 43

2.4 Transities tussen zorgniveaus 43

2.5 Transitie naar volwassenen-ggz voor jongeren in de transitieleeftijd 44

2.6 Samenwerking tussen actoren voor personen met een acute psychische zorgnood 45

2.7 Samenwerking tussen actoren voor doelgroep EPA met middelenstoornis 46

3 Discussie 47
3.1 Reikwijdte en beperkingen van de literatuurstudie 47
3.2 Algemene conclusie van literatuurstudie 48

Hoofdstuk 4 Resultaten van de focusgroepen over de praktijkvoering in Vlaanderen 53

1 Thema 1: Toegankelijkheid als veelzijdig begrip 53
2 Thema 2: Praktijken inzake (intersectorale) samenwerkingen 55
2.1 Centrale modellen voor ggz-hulpvragen 56
2.2 Dedicated teams voor underserved groepen 60
2.3 Gedeelde zorg en casusoverleg 61
2.4 Consult, advies en vorming vanuit de ggz voor de eerste lijn en het welzijnswerk 62
2.5 Buurtgerichte ggz en samenwerking met de nulde lijn 62
2.6 Proeftuinen voor jongeren in transitieleeftijd 63
3 Thema 3: Drempels en hefbomen: wat is er nodig? 64
3.1 Kader voor lokale intersectorale samenwerkingsverbanden voor ggz-hulpvragen 64
3.2 Financieringsmechanismen die samenwerking stimuleren in plaats van belemmeren 68
3.3 Werkbaar regelgevend kader voor informatiedeling 70
3.4 Kader voor zorgcoördinatie 71
3.5 Meer aandacht voor samenwerking en geïntegreerde zorg in erkenning- en kwaliteitsbeleid 72
3.6 Versterkte beleidsmatige (intersectorale) samenwerking en afstemming 73
3.7 Stimuleren en ondersteunen van overkoepelende goede praktijken 73
3.8 Rekening houden met macro tendensen en complexe thema's die meespelen 74
4 Discussie 75
4.1 Sterktes en beperkingen van methode 75
4.2 Algemene conclusie 76

Hoofdstuk 5 Integratie van de reviews en de focusgroepen: praktijken, succesfactoren en hefbomen 79

1 Samenwerkingsprincipes- en praktijken om de toegankelijkheid van de ggz te bevorderen 79
1.1 Geïntegreerde ggz met zorgcoördinatie en casemanagement als essentiële elementen 79
1.2 Centrale aanmeldpunten met toeleiding en patiëntnavigatie 80
1.3 Samenwerking tussen de ggz en actoren buiten de zorgsector 81
1.4 Gedeelde verantwoordelijkheid voor underserved doelgroepen 82
2 Succesfactoren en hefbomen voor het faciliteren van (intersectorale) samenwerking om de toegankelijkheid van de ggz te bevorderen 82
2.1 Succesfactor voor samenwerking: Gemeenschappelijke doelen en visie vertrekkende vanuit cliëntgerichtheid 84
2.2 Succesfactor voor samenwerking: Internalisering: wederzijds vertrouwen en bekendheid 85

2.3 Succesfactor voor samenwerking: Formalisatie van verantwoordelijkheden en processen 86
2.4 Succesfactor voor samenwerking: Bestuur: centralisatie, leiderschap, connectiviteit en ondersteuning van innovatie 87
2.5 Succesfactor voor samenwerking: Beschikbaarheid en goede verdeling van middelen, personeel en capaciteit als randvoorwaarden 88

Hoofdstuk 6 Algemene conclusie en beleidsaanbevelingen van de onderzoeksequipe 91

1 Antwoorden op de onderzoeksvragen en beleids- en praktijkaanbevelingen 91

2 Openstaande vragen 96

Hoofdstuk 7 Referenties 99

Hoofdstuk 8 Appendix 103

Lijst Tabellen

Tabel 1 Functies van de netwerken geestelijke gezondheid vastgelegd in het Vlaams decreet geestelijke gezondheid (2019). 20

Tabel 2 Zoektermen voor de literatuurstudie. 27

Tabel 3 Inclusie- en exclusiecriteria van de literatuurstudie. 28

Tabel 4 Overzicht van de succesfactoren en bijhorende hefbomen 87

Tabel 5 Data-extractie van geïncludeerde reviews. (Appendix) 107

Lijst Figuren

Figuur 1 Toegankelijkheid van zorg volgens Levesque, Harris & Russel (2013). Figuur van: Shea, B., Bailie, J., Dykgraaf, S. H., Fortune, N., Lennox, N., & Bailie, R. (2022). Access to general practice for people with intellectual disability in Australia: a systematic scoping review. BMC primary care, 23(1), 306. 13

Figuur 2 Het vierdimensionaal model van samenwerking (D'Amour et al., 2008) aangevuld met 'middelen' en 'performantie'. Bron: Vancaillie, S. et al. (2022) *Evaluatie van de aanpak van de covid-19 crisis en beleidsaanbevelingen voor de organisatie van het zorglandschap*. 14

Figuur 3 Regenboogmodel van geïntegreerde zorg volgens Valentijn et al. (2013, 2015) 15

Figuur 4 Functies in de huidige gg-netwerken. Van Decoster C. Geestelijke gezondheidszorg in België. Een nieuw model voor de toekomst. Huisarts Nu 2012; 41:10-3. 17

Hoofdstuk 1
Situering en doelstellingen van het onderzoek

Toegankelijkheid van de geestelijke gezondheidszorg (ggz) is een complexe uitdaging voor alle betrokkenen in het zorglandschap. Intersectorale samenwerking en integratie van de ggz met andere diensten en sectoren worden als belangrijke oplossingen gezien om de toegankelijkheid te verbeteren (Bruffaerts et al., 2024; Chantry et al., 2023). Dit onderzoek focust op de toegankelijkheid van de ggz op het niveau van de netwerken geestelijke gezondheid (gg-netwerken) voor volwassenen en ouderen, met bijzondere aandacht voor hoe (intersectorale) samenwerking in de praktijk bijdraagt aan het bevorderen van de toegankelijkheid van de ggz. In wat volgt, worden de probleemstelling, belangrijke concepten en ontwikkelingen en de onderzoeksdoelstellingen toegelicht.

1 Onvoldoende integratie en toegankelijkheid van de ggz in België en Vlaanderen

Uit de cijfers van de Public Mental Health Monitor (PMHM) van 2023 blijkt dat 22% van de volwassenen in de algemene bevolking in Vlaanderen voldoet aan de criteria van een psychische stoornis. Slechts 28% van de Vlamingen met een psychische stoornis zijn in hetzelfde jaar dat de stoornis zich voordoet ook effectief in behandeling. Bovendien is er een aanzienlijke vertraging tussen het ontstaan van de psychische stoornis en de start van de behandeling: twee derde stelt het zoeken van professionele hulp minstens een jaar uit, met een gemiddeld uitstel van maar liefst 10 jaar (Bruffaerts et al., 2024). Deze kloof tussen zorgnood en zorggebruik kan verklaard worden door verschillende drempels die zich kunnen voordoen in verschillende fasen in het traject naar gepaste zorg.

Een eerste drempel is het **(h)erkennen van de zorgnood**. Uit de PMHM blijkt dat maar liefst 78% van de personen die voldoen aan de criteria van een psychische stoornis zelf geen zorgnood ervaart. Eveneens ervaart 78% wel een zorgnood maar verkiest om het probleem zonder professionele hulp aan te pakken. Dit wijst erop dat **attitude-gerelateerde factoren**, vaak gekoppeld aan **zelfstigma**, een belangrijke rol spelen in het uitblijven van hulpverlening. Andere belangrijke barrières zijn zorgen over de **kostprijs** (72%) en **niet weten waar** men zorg voor psychische problemen kan verkrijgen (68%). Tot slot zijn er personen die wel hulp voor psychische problemen zoeken, maar deze niet of onvoldoende ontvangen, bijvoorbeeld door **onjuiste doorverwijzing of door lange wachtlijsten**.

De drempels tot ggz zijn niet gelijk verdeeld in de populatie. '**Underserved' of onderbediende groepen** ervaren meerdere drempels tot zorg – evenals bij toegang tot andere essentiële domeinen zoals werk en huisvesting – wat leidt tot een verhoogde prevalentie van onvervulde psychische zorgnoden (Chatterjee, Srivastava, Prakash, & Dangi, 2023). Deze ongelijkheid wordt in belangrijke mate bepaald door kwetsbaarheidsfactoren zoals armoede, cultuur- en taalbarrières, discriminatie, en de complexiteit van de zorgbehoeften.

Verschillende studies hebben de rol van samenwerking in het verbeteren van de toegankelijkheid tot ggz in België onderzocht. Zo brachten focusgroepen met Antwerpse professionals uit de ggz, eerstelijnszorg en het sociaal werk in kaart welke psychische zorgnoden onvoldoende worden ingevuld en waarom (Rens, Dom, Remmen, Michielsen, & Van den Broeck, 2020). De resultaten tonen aan dat onvervulde psychische noden hoog zijn bij personen in armoede, etnische of culturele minderheids-groepen, kinderen en jongeren, ouderen en personen met langdurige of complexe zorgnoden. De

fragmentatie van het ggz-aanbod draagt hieraan bij. De professionals onderstrepen het **belang van multidisciplinaire en intersectorale samenwerking**. Specifieke doelgroepen vragen een bijkomende vorm van ondersteuning om de toegankelijkheid en continuïteit van zorg intersectoraal te faciliteren (bv. casemanagement).

Een ander Belgisch onderzoek onderzocht toegankelijkheid van de ggz vanuit het perspectief van zorggebruikers met een middelenstoornis (Chantry et al., 2023; De Ruysscher et al., 2024). Hieruit blijkt dat de ggz ervaren wordt als gefragmenteerd. Er wordt geconcludeerd dat een meer intensieve netwerkaanpak met geïntegreerde zorgcircuits nodig is om tegemoet te komen aan de complexiteit en heterogeniteit van de doelgroep. Dit sluit tot slot ook aan bij één van de conclusies in het rapport 'Zorg voor mensen met een langdurige psychische zorgnood' van Zorgnet-Icuro (Wuyts, 2023). Lokale samenwerkingen tussen ggz, eerstelijnszorg en maatschappelijke actoren en een intersectoraal georganiseerd zorgmodel, waarin ondersteuning op diverse levensdomeinen wordt afgestemd, zijn essentieel om de zorgcontinuïteit te waarborgen voor de doelgroep met een ernstige psychiatrische aandoening (EPA).

2 Toegankelijkheid van zorg als samenspel van vraag en aanbod

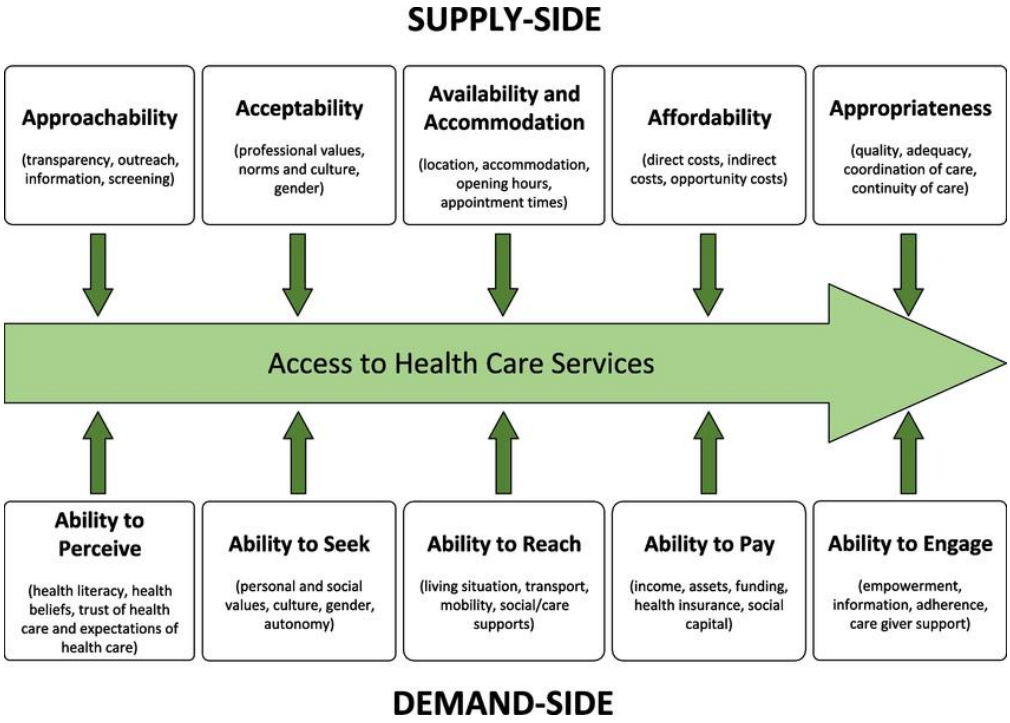
De toegankelijkheid van zorg wordt beïnvloed door factoren op het niveau van het individu en diens context, en op het niveau van de zorg en de zorgorganisatie. Dit sluit aan bij de definitie van toegankelijkheid volgens Levesque et al. waarin vraag- en aanbodfactoren van toegankelijkheid geïntegreerd worden (Levesque, Harris, & Russell, 2013). Er wordt een onderscheid gemaakt tussen vijf **dimensies van toegankelijkheid in het zorgaanbod**:

- Laagdrempeligheid ('*approachability*'), o.a. outreach en transparantie
- Aanvaardbaarheid ('*acceptability*'), o.a. culturele en sociale aspecten
- Beschikbaarheid en bereikbaarheid ('*availability and accomodation*'), o.a. wachttijden en geografische bereikbaarheid
- Betaalbaarheid ('*affordability*'), o.a. kostprijs en terugbetaling
- Gepastheid ('*appropriateness*'), o.a. match met zorgnood, kwaliteit van zorg

Deze dimensies vertalen zich naar vijf corresponderende **dimensies van de mogelijkheden van personen** om noden te herkennen, zorg te zoeken, zorg te bereiken, zorg te betalen en om geëngageerd zorg te kunnen gebruiken (zie Figuur 1).

In lijn hiermee toont een recente conceptanalyse aan dat toegankelijkheid een dynamisch begrip is, waarbij persoonlijke en systemische factoren op een interactieve manier de toegang tot ggz beïnvloeden (Smith-East, Conner, & Neff, 2022). Toegang tot ggz wordt gekenmerkt door antecedenten en gevolgen. Antecenten zijn systemische en persoonlijke factoren die de toegang tot ggz, zoals de diagnose, kennis en attitudes over geestelijke gezondheid, de beschikbaarheid van zorgverleners en socio-economische factoren. De gevolgen van een gebrek aan toegang tot ggz zijn lager zorggebruik, economische verliezen, lagere tevredenheid bij zorggebruikers en zorgverleners, en een verhoogd risico op vrijheidsbeperking (bv. gevangenisstraf of gedwongen opname).

Figuur 1 Toegankelijkheid van zorg volgens Levesque, Harris & Russel (2013). Figuur van: Shea, B., Bailie, J., Dykgraaf, S. H., Fortune, N., Lennox, N., & Bailie, R. (2022). Access to general practice for people with intellectual disability in Australia: a systematic scoping review. BMC primary care, 23(1), 306.



3 Samenwerkingsmodellen en integratie van ggz

Hulpvragen in de ggz raken vaak aan meerdere levensdomeinen. Samenwerking tussen verschillende actoren en sectoren is dus essentieel om de toegankelijkheid van de ggz te verbeteren. Dit geldt op alle zorgniveaus, maar in het bijzonder voor doelgroepen behorend tot zorgniveau 2 (= mensen met ernstige psychische zorgnood die vastlopen op één of meerdere domeinen). **Intersectorale samenwerking** gaat om samenwerking tussen actoren uit andere sectoren (bv. ggz, eerstelijnszorg, welzijn, zorg en ondersteuning voor personen met een handicap). Bij **multidisciplinaire samenwerking** brengt elke professional parallel zijn eigen expertise in, met behoud van de eigen rol. In een **interdisciplinair team** wordt via overleg met de betrokkenen toegewerkt naar gezamenlijke doelen en een gedeeld zorgplan. Bij **transdisciplinaire samenwerking** vervagen de grenzen tussen disciplines: de professionals kennen elkaars expertise goed en nemen, waar nodig en mogelijk, taken van elkaar over (Vyt, 2017).

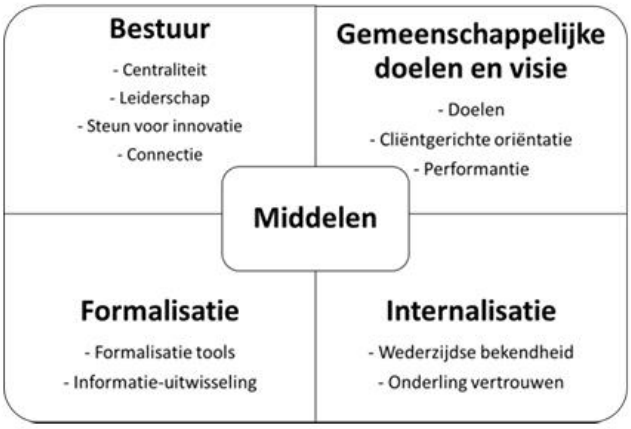
Het **vierdimensionaal model van interprofessionele en interorganisationele samenwerking van D'Amour et al.** biedt een raamwerk om samenwerkingsverbanden in de zorg systematisch te analyseren en te verbeteren (D'Amour, Goulet, Labadie, Martín-Rodriguez, & Pineault, 2008). Het model brengt zowel relationele als structurele componenten van samenwerking in kaart op basis van vier onderling verbonden dimensies:

1. **Gemeenschappelijke doelen en visie**, verwijst naar het bestaan van gezamenlijke doelstellingen binnen het team, en de erkenning van uiteenlopende belangen en verschillende verwachtingen over de samenwerking.

2. **Internalisering**, draait om het bewustzijn bij professionals van hun onderlinge afhankelijkheid. Dit vertaalt zich in wederzijds vertrouwen, kennis van elkaars discipline, en een gevoel van verbondenheid.
3. **Formalisatie**, gaat om het gebruik van duidelijke procedures en afspraken die verantwoordelijkheden afbakenen.
4. **Bestuur**, verwijst naar leiderschap en sturing die samenwerking ondersteunen. Het gaat om richting geven aan samenwerking, innovatie mogelijk maken en professionals begeleiden in de uitvoering ervan.

De dimensies worden beïnvloed door bredere contextuele factoren zoals middelen en beleid. Eerder onderzoek door LUCAS, over de evaluatie eerstelijnszones tijdens COVID), voegde twee thema's toe aan het model. Het thema 'middelen' (financieel, materieel, personeel) werd toegevoegd als centraal thema, en 'performantie' (de mate waarin de samenwerking de doelen haalt en de manier waarop dit gemeten wordt) werd toegevoegd als indicatoren in de dimensie 'gemeenschappelijke doelen en visie' (Figuur 2) (Vancaillie et al., 2022).

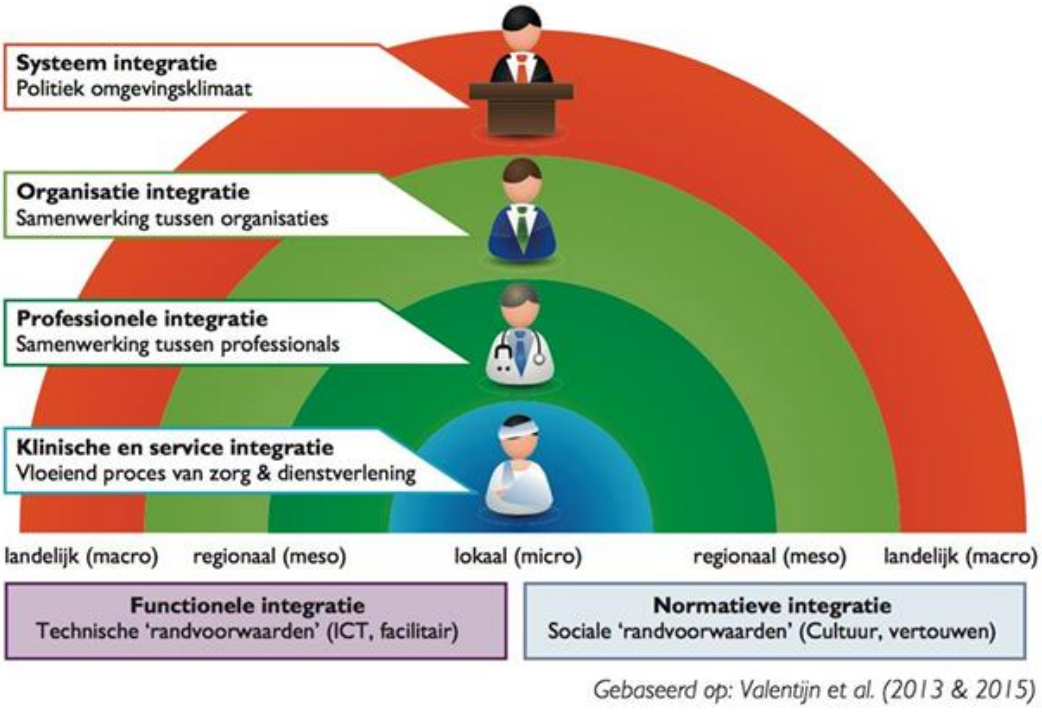
Figuur 2 Het vierdimensionaal model van samenwerking (D'Amour et al., 2008) aangevuld met 'middelen' en 'performantie'. Bron: Vancaillie, S. et al. (2022) *Evaluatie van de aanpak van de covid-19 crisis en beleidsaanbevelingen voor de organisatie van het zorglandschap*.



Geïntegreerde zorg is een sectoroverschrijdende benadering waarbij medische, sociale en andere diensten op elkaar worden afgestemd om persoonsgerichte, samenhangende en continue zorg te realiseren. Inter- of transdisciplinaire en intersectorale samenwerkingen vormen een belangrijke bouwsteen van geïntegreerde zorg. De afstemming tussen ggz en andere diensten richt zich op het **verminderen van de fragmentatie** binnen de zorg en ondersteuning voor personen met psychische problemen en verbetert zowel de toegankelijkheid als de kwaliteit van zorg (Ramanuj, Ferenchik, Docherty, Spaeth-Rublee, & Pincus, 2019). Integratie van ggz kent verschillende factoren die ieder een continuüm van minimale tot volledige integratie vormen. Deze factoren omvatten **structurele factoren** van zorgverlening, zoals de fysieke nabijheid van de zorgverleners en IT-infrastructuur, **procesfactoren** zoals communicatie en coördinatie, en **contextuele factoren** zoals leiderschap en organisatiecultuur. Het **regenboogmodel** van Valentijn et al. ('Rainbow Model of Integrated Care') biedt een conceptueel kader om deze geïntegreerde zorg te begrijpen en structureren, en maakt daarbij onderscheid tussen verschillende niveaus van integratie (Figuur 3) (Valentijn et al., 2015; Valentijn, Schepman, Opheij, & Bruijnzeels, 2013). Op het *microniveau* gaat het om **klinische integratie** van zorg of behandeling. Op het *mesoniveau* staat **professionele en organisatorische integratie** voor samenwerking en coördinatie tussen respectievelijk zorgverleners en organisaties. Het *macroniveau* omvat **systeemintegratie** door

beleid en regelgeving. Over deze drie niveaus heen bevorderen **functionele integratie** (afstemming van administratieve en ondersteunende processen) en **normatieve integratie** (gedeelde waarden en doelen) de samenhang en samenwerking binnen het zorgsysteem.

Figuur 3 Regenboogmodel van geïntegreerde zorg volgens Valentijn et al. (2013, 2015)



Integratie van ggz wordt meestal geïmplementeerd in de eerste lijn. Het **collaborative care model (CCM**) is een van de meest onderzochte en sterkst onderbouwde modellen. Het collaborative care model werd initieel ontwikkeld voor de behandeling van depressie en omvat samenwerking in een team van zorgverleners uit verschillende disciplines binnen de eerstelijnszorg (bv. een huisartsenpraktijk of multidisciplinaire gezondheidspraktijk), met zorgcoördinatie en symptoommonitoring (Reist et al., 2022). Kates et al. bespreken manieren om de samenwerking tussen ggz-actoren en eerstelijnsactoren te verbeteren en presenteren een raamwerk met een drie-stappenaanpak gericht op het verbeteren van toegankelijkheid, communicatie, samenwerking en integratie van ggz-diensten in de eerste lijn (Kates et al., 2019). Deze drie stappen zijn weergegeven in Box 1.

Box 1. Drie-stappenaanpak gericht op het verbeteren van toegankelijkheid, communicatie, samenwerking en integratie van ggz-diensten in de eerste lijn (Kates et al., 2019)

1. **Zorg voor personen met geestelijke gezondheidsbehoeften die de eerstelijnszorgverlener zelf kan bieden, al dan niet met de hulp van een ggz-professional. Dit zijn bijvoorbeeld:**
    - de herkenning en beoordeling van psychische problemen
    - educatie over psychische problemen
    - de start van de behandeling voor psychische problemen
    - eventuele doorverwijzing.
2. **Praktische manieren om de samenwerking tussen ggz en eerstelijnsdiensten te verbeteren.** Eerder dan specifieke modellen zijn er leidende principes op verschillende niveaus om succesvolle samenwerking te realiseren. Succesfactoren zijn onder andere directe persoonlijke communicatie tussen actoren en het werken naar gemeenschappelijke doelen. Enkele concrete voorbeelden die de samenwerking kunnen verbeteren zijn:
    - het verduidelijken van intakeprocessen voor doorverwijzing naar ggz-diensten
    - het werken met een individueel zorgplan met een duidelijke verdeling van verantwoordelijkheden
    - regelmatig overleg en casusbesprekingen
    - het ontwikkelen van duidelijke protocollen om de huisarts te informeren bij de start of beëindiging van een ggz-behandeling.
3. **Bredere systeemwijzigingen die nodig zijn om deze samenwerking te ondersteunen. Dit omvat:**
    - beleidsmatige ondersteuning
    - adequate financiering
    - duidelijke richtlijnen en protocollen
    - opleiding voor zorgverleners.

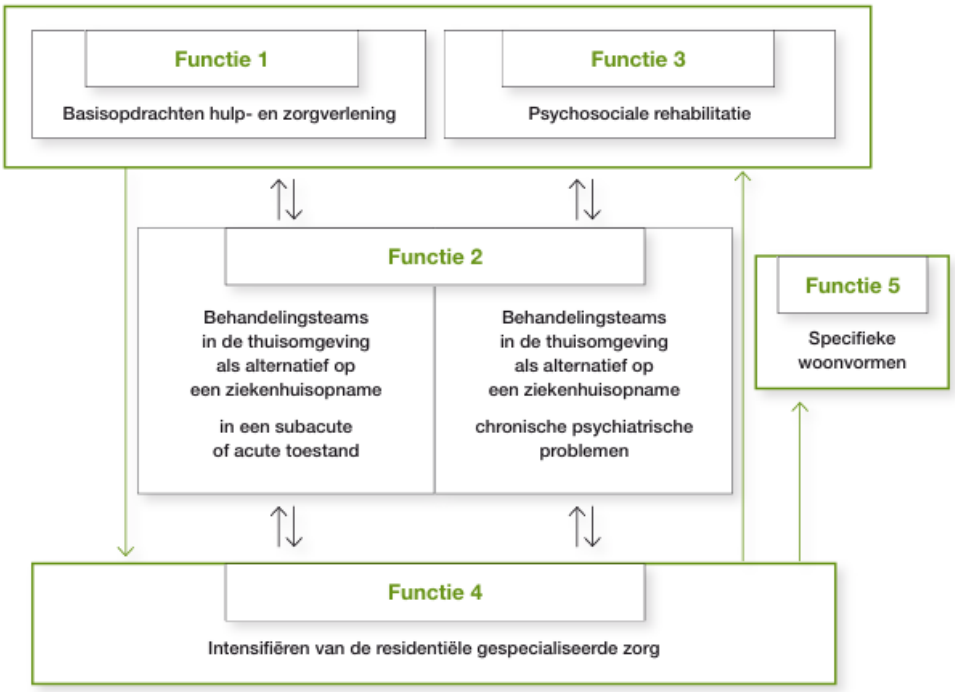
4 Geestelijke gezondheidsnetwerken voor volwassenen

Geestelijke gezondheidsnetwerken (gg-netwerken) voor volwassenen zijn regionale samenwerkingsverbanden tussen verschillende partners over zorgniveaus en domeinen heen die betrokken zijn bij de zorg en ondersteuning van personen met geestelijke gezondheidsbehoeften. Het doel van deze netwerken is om via samenwerking en gedeelde expertise integrale en toegankelijke ggz te bieden die aansluit bij de noden van personen met psychische problemen, versnippering van ggz tegen te gaan, en het lokale zorgaanbod beter af te stemmen op de zorgvraag.

4.1 Ontwikkelingen op federaal niveau

De gg-netwerken zijn ontstaan uit de federale hervormingen van de ggz in België, zoals vastgelegd in de gids naar een betere ggz in 2010[1]. Hierin staat de ontwikkeling van een meer **gebalanceerde, gedifferentieerde en gemeenschapsgerichte ggz** centraal. Dit wordt gerealiseerd door de ggz te herorganiseren in intensief samenwerkende netwerken die een divers zorgaanbod bieden in een afgebakend gebied. Verschillende pilootprojecten en evaluaties later kent België vandaag 20 gg-netwerken voor volwassenen, waarvan twaalf in Vlaanderen en één in Brussel[2]. De gg-netwerken bouwen binnen hun werkingsgebied vijf brede functies uit voor volwassenen met psychische of psychiatrische noden (Figuur 1).

Figuur 4 Functies in de huidige gg-netwerken. Van Decoster C. Geestelijke gezondheidszorg in België. Een nieuw model voor de toekomst. Huisarts Nu 2012; 41:10-3.



Functie 1: activiteiten inzake preventie, promotie van de GGZ, vroegdetectie, screening en diagnosestelling.

Functie 2: ambulante intensieve behandelteams (mobiele teams) voor zowel acute als chronische psychische problemen.

Functie 3: rehabilitatieteams die werken rond herstel en sociale inclusie.

Functie 4: intensieve residentiële behandelunits voor zowel acute als chronische psychische problemen wanneer een opname noodzakelijk is.

Functie 5: specifieke woonvormen waarin zorg kan worden aangeboden indien het thuismilieu of het thuisvervangend milieu hiertoe niet in staat is.

Meer recent zijn er verdere federale inspanningen geleverd om een toegankelijker ggz-aanbod te bieden. Sinds 2019 voorziet de RIZIV-conventie eerstelijnspsychologische zorg (ELP) de terugbetaling van psychologische functies in de eerste lijn, uitgevoerd door geconventioneerde klinisch psychologen en orthopedagogen (i.e. aangesloten bij een gg-netwerk die de overeenkomst met het RIZIV heeft ondertekend). Het aanbod werd sindsdien geleidelijk aan uitgebreid en versterkt, met de meest recente

1 www.psy107.be

2 Het tweetalige gg-netwerk in Brussel (Brumenta) is opgedeeld in verschillende antennes, waarvan drie antennes (ook) Nederlandstalig zijn.

overeenkomst daterend van 1 april 2024[3]. Het aanbod is direct toegankelijk en richt zich op personen van alle leeftijden met een mild tot matig psychisch probleem. Er wordt een onderscheid gemaakt tussen drie functies van ELP, met het oog op zorg afgestemd op de noden, de mogelijkheden en de situatie ('matched care'):

1) **Gemeenschapsgerichte interventies** zijn bedoeld voor personen die al dan niet een expliciete zorgvraag of zorgnood hebben, en richten zich op zelfzorg, veerkracht en psycho-educatie. De sessies vinden in groep plaats.
2) **Eerstelijnspsychologische ondersteuning** richt zich op vraagverheldering, veerkrachtversterking en psycho-educatie. Het is bedoeld voor personen met psychische klachten in een vroeg stadium. Het is een generalistische interventie, welke kan gaan om groepssessies of individuele sessies.
3) **Eerstelijnspsychologische behandeling van lichte tot matige problemen** omvat een vraag-gestuurde beoordeling en doelgerichte aanpak van psychische problemen. Het kan gaan om een groepssessie of individuele sessies, met of zonder de context van de zorggebruiker. Dit aanbod is enkel toegankelijk met een functioneel bilan opgesteld door een geconventioneerde zorgverlener.

Er staat geen limiet op het aantal groepssessies, maar het aantal individuele sessies voor volwassenen is beperkt tot 8 sessies, verlengbaar tot maximaal 20 sessies voor de functie eerstelijnspsychologische behandeling. Er is bijzondere aandacht voor underserved groepen. Om deze doelgroepen beter te bereiken, wordt ook gewerkt met een vindplaatsgerichte aanpak, waarbij de zorgverlener werkt in een setting dicht bij de doelgroep (bv. scholen, buurtcentra, OCMW…). Daarnaast ondersteunen de klinisch psychologen en orthopedagogen andere zorg- en hulpverleners in de nulde en eerste lijn, bijvoorbeeld via adviesverlening en co-consult.

4.2 Ontwikkelingen op Vlaams niveau

Op het Vlaamse niveau weerspiegelt het decreet geestelijke gezondheid van 5 april 2019 (gg-decreet) de ambitie om een Vlaams beleid rond geestelijke gezondheid te voeren, met als doel meer geïntegreerde en vraaggestuurde ggz te realiseren[4] (De Cuyper & Van Audenhove, 2019). Vlaanderen geeft ook de gg-netwerken een centrale rol in de organisatie en ondersteuning van het geestelijke gezondheidsaanbod. Het gg-decreet onderscheidt vijf zorgniveaus, die goed afgestemd zijn op elkaar:

- **Zorgniveau 0: zorg die door niet-professionals wordt aangeboden**
  - Zorgniveau 0a: zelfzorg en zorg of ondersteuning door de eigen context.
  - Zorgniveau 0b: initiatieven van vrijwillige en informele zorg of ondersteuning.
- **Zorgniveau 1: generalistische basiszorg voor geestelijke gezondheid.**

  Dit zorgniveau omvat professionele zorg voor personen met psychische zorgnoden en hun context, die wordt aangeboden in de nabijheid van de leefomgeving van de gebruiker. Op dit zorgniveau worden generieke herstelbevorderende interventies aangeboden.

---

3 https://www.riziv.fgov.be/nl/professionals/individuele-zorgverleners/klinisch-psychologen/eerstelijns-psychologische-zorg-verlenen-via-netwerken-voor-geestelijke-gezondheid

4 Decreet betreffende de organisatie en ondersteuning van het geestelijke gezondheidsaanbod (17/05/2019). https://etaamb.openjustice.be/nl/decreet-van-05-april-2019_n2019012372.html

- **Zorgniveau 2: gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg**
  - Zorgniveau 2a: op regionaal niveau.

    Dit zorgniveau omvat professionele zorg en herstelbevorderende interventies voor personen met ernstige psychische zorgnoden en hun context, aangeboden op regionaal niveau.
  - Zorgniveau 2b: op supra-regionaal niveau.

    Dit zorgniveau omvat professionele zorg voor personen met ernstige psychische zorgnoden en hun context, waarbij de prevalentie van die noden dermate laag ligt dat het zorgaanbod supraregionaal moet worden georganiseerd om de nodige expertise te kunnen opbouwen.

De opdeling van individugerichte zorg in zorgniveaus laat de Vlaamse overheid toe het geestelijke gezondheidsaanbod te organiseren volgens het *subsidiariteitsprincipe*. Dit betekent dat de grootste capaciteit wordt voorzien op de onderste zorgniveaus. Dit model sluit bovendien aan bij het model van passende zorg (matched care), waarbij de zorg wordt afgestemd op de kenmerken van de gebruiker, zoals de ernst van de problematiek, en persoonlijke voorkeuren en behoeften. Dit impliceert dat persoonsgerichte zorg, afhankelijk van de context en noden van de gebruiker, op elk zorgniveau kan starten. Zo wordt zowel onder- als overbehandeling voorkomen.

De netwerken bouwen binnen hun werkingsgebied zeven verschillende functies uit die worden toegewezen aan netwerkpartners uit de verschillende zorgniveaus (Tabel 1)[5]. Naast individugerichte zorg voor personen met geestelijke gezondheidsbehoeften en hun omgeving, geeft het decreet ook een duidelijke plaats aan populatiegerichte acties die tot doel hebben de geestelijke gezondheid van de samenleving te bevorderen.

5 Zorgniveau 0a is hierin niet opgenomen gezien dit geen ggz betreft.

Tabel 1 Functies van de netwerken geestelijke gezondheid vastgelegd in het Vlaams decreet geestelijke gezondheid (2019).

Functie	Acties	Zorgniveaus
Geestelijke gezondheidsbevordering en preventie (o.a. sensibilisering, versterken van kennis over geestelijke gezondheid en vaardigheden met betrekking tot zelfzorg, weerbaarheid en het zoeken van hulp)	Populatiegericht en individugericht	0b 1 2a 2b
Ondersteuning van de context en van ervaringsdeskundigen die actief zijn binnen het geestelijke gezondheidsaanbod.	Populatiegericht en individugericht	0b 1 2a 2b
Detectie en vroegtijdige en kortdurende interventies voor (mogelijke) psychische aandoeningen	Individugericht	1
Gespecialiseerde diagnostiek van psychische aandoeningen.	Individugericht	2a 2b
Gespecialiseerde behandeling van psychische aandoeningen.	Individugericht	2a 2b
Psychosociale rehabilitatie via herstelgericht werken, gericht op inclusie in alle levensdomeinen.	Individugericht	0b 1 2a 2b
Uitwisseling en het samen inzetten van expertise tussen de netwerkpartners, zowel de samenwerking tussen die netwerkpartners als tussen partners uit andere sectoren.	Tussen netwerkpartners	0b 1 2a 2b

Een bijkomende opdracht van de gg-netwerken betreft toeleiden van zorgvragers en hun context naar individugerichte zorg en populatiegerichte acties door toegankelijke **aanspreekpunten** te voorzien waar burgers informatie kunnen verkrijgen betreffende passende zorg en de toegang daartoe. Het decreet bepaalt ook dat elk gg-netwerk een **zorgstrategisch plan** uitwerkt. Het doel hiervan is om een divers zorg- en ondersteuningsaanbod te voorzien in de netwerkregio dat afgestemd is op de geestelijke gezondheidsbehoeften en zorgnoden van de populatie binnen het gg-netwerk. Tot slot faciliteren de gg-netwerken geïntegreerde en continue zorg, onder meer via de inzet van beschikbare vormen van zorgcoördinatie en casemanagement voor zorggebruikers met ernstige en langdurige psychische zorgnoden.

De gg-netwerken geven een eigen invulling en operationalisering van de verschillende opdrachten. Er kan een onderscheid worden gemaakt tussen frontoffice en backoffice diensten. *Frontoffice initiatieven* worden gekenmerkt door direct contact tussen de zorgactor en zorggebruiker, zoals centrale aanmelding en lokale aanspreekpunten voor burgers. *Backoffice initiatieven* omvatten activiteiten zonder rechtstreeks contact met de zorggebruiker, maar vinden eerder 'achter de schermen' plaats, bijvoorbeeld via overleg tussen verschillende actoren of consultfuncties voor verwijzers. Een goede

balans tussen front- en backofficeactiviteiten draagt bij aan efficiënte zorg (Broekhuis, De Blok, & Meijboom, 2009).

In sommige regio's in Vlaanderen zijn '**Kruispunten'** opgericht voor hulpvragen over psychisch en psychosociaal welzijn[6]. Een Kruispuntwerking is een organisatorisch intersectoraal samenwerkingsverband van lokale actoren die de regio goed kennen (bv. uit ggz, welzijn, eerste lijn, VAPH…) en wordt mee gedragen door lokale besturen, eerstelijnszones en gg-netwerken. Er zijn momenteel verschillende Kruispunten in Vlaanderen die elk gebaseerd zijn op de lokale noden, en dus ook hun eigen structuur en werking kennen, maar met de gemeenschappelijke ambitie om een meer toegankelijke ggz te creëren.. Kruispunten kunnen onder meer gericht zijn op onthaal, holistische vraagverheldering, advies, oriëntatie en doorverwijzing in het zorgaanbod, en eventueel kortdurende psychische of psychosociale begeleiding. Het kan verwijzers de mogelijkheid bieden om personen met een onduidelijke psychosociale indicatie door te verwijzen of kan advies bieden over hoe ze de zorgvrager kunnen begeleiden naar gepaste psychische hulp. Kruispunten verstrekken geen langdurige of specialistische ggz, maar vormen wel een brugfunctie naar dit aanbod.

Ook in het Vlaamse eerstelijnszorg – en welzijnslandschap wordt er steeds meer gewerkt in netwerken en samenwerkingsverbanden. In de hervorming van de eerstelijnszorg, opgestart in 2017, stond de oprichting van **eerstelijnszones** (ELZ) centraal: netwerken van eerstelijnsaanbieders in een geografisch afgebakend gebied die hun werking afstemmen met elkaar en op de noden van de lokale bevolking. Er zijn 60 eerstelijnszones, waarvan 59 in Vlaanderen en één in Brussel, voor elk ongeveer 75.000 tot 125.000 inwoners. De eerstelijnszone is ook de geografische afbakening waarin meerdere lokale besturen samen met de kernpartners en de relevante actoren het **Geïntegreerd Breed Onthaal (GBO)** ondersteunen. Het GBO is een samenwerking tussen de CAW, OCMW en DMW (Diensten Maatschappelijk Werk). Dit samenwerkingsverband is sinds 2018 actief om onderbescherming (i.e., het niet opnemen van financiële of sociale rechten) tegen te gaan en om de toegankelijkheid van de dienstverlening te verbeteren. Het doel is om iedereen met welzijnsvragen laagdrempelig toegang te bieden tot hulp en ondersteuning, zonder te fusioneren tot één fysiek toegangspunt. Het is wel de bedoeling dat iedere dienst een breed generalistisch onthaal verzorgt en naar de meest gepaste vorm van hulp zoekt die aansluit bij de vragen en noden van de hulpvrager.

4.3 Evaluatie samenwerking in gg-netwerken in 2014

In 2014 vond een evaluatie plaats van de hervorming van de ggz, waarbij ook de kwaliteit van de samenwerking in de gg-netwerken onderzocht werd aan de hand van een survey (Nicaise, Grard, Leys, Van Audenhove, & Lorant, 2021). Concreet werd the *collaboration assessment scale* gebruikt, welke gebaseerd is op het vierdimensionaal model van samenwerking (D'Amour et al., 2008) en tien indicatoren bevat die zowel interpersoonlijke (item 1 – 4) als interorganisationele (item 5 – 10) dimensies meten:

1. Cliëntgerichtheid
2. Gedeelde doelen
3. Wederzijds vertrouwen
4. Wederzijdse bekendheid

6 Antwerpen: https://www.kruispunten.be/; Limburg: https://ggzlimburg.be/zorgaanbod/kruispunten/; Halle-Vilvoorde: https://kruispunthallevilvoorde.be/

5. Formalisering van samenwerking (formele afspraken, protocollen etc.)
6. Informatie-uitwisseling (bv. gedeelde infrastructuur om te communiceren)
7. Connectiviteit (structuren en gelegenheden voor overleg of afstemming)
8. Centrale sturing met duidelijke richting
9. Gezamenlijk gedragen leiderschap waarbij alle partners meedoen aan besluitvorming
10. Ondersteuning van innovatie (bv. gezamenlijke leerprocessen)

De survey werd ingevuld door 523 diverse diensten (eerstelijnszorg, ggz in de gemeenschap, outreach, herstel, maatschappelijke diensten, woonvormen, zelfhulp, psychiatrische ziekenhuizen, PAAZ) binnen 19 gg-netwerken in België, waarbij de samenwerking per item werd beoordeeld van 0 (afwezig) tot 3 (volledig ontwikkeld). Uit de resultaten bleek dat de algemene kwaliteit van samenwerking in de gg-netwerken matig was (gemiddeld 1,8 op 3) en dat de interpersoonlijke dimensies hoger scoorden dan de interorganisationele dimensies. Vooral cliëntgerichtheid, gedeelde doelen en vertrouwen tussen hulpverleners werden positief beoordeeld. Formalisering van samenwerking, leiderschap, sturing en informatie-uitwisseling scoorden duidelijk lager en waren dus nog onvoldoende ontwikkeld. De auteurs besluiten dat samenwerking in de Belgische gg-netwerken vooral berust op interpersoonlijke relaties tussen professionals, eerder dan op formele afspraken.

4.4 Evaluatie tien jaar hervorming van de ggz: situatie in gg-netwerken in 2021

In 2021 voerde Impact Consulting in opdracht van de FOD Volksgezondheid een studie uit ter evaluatie van tien jaar hervorming van de ggz sinds 2010 (IMPACT Public Sector Advisors, 2021). Het doel was om de balans op te maken van wat er tot dan toe was bereikt, door een analyse van de wijze waarop de netwerken tot stand zijn gekomen en of de netwerken een antwoord hebben geboden op de hoofd-doelstellingen van de hervorming. De studie bestond uit een documentanalyse (activiteitenverslagen, feedbackbrieven) met aanvullende vragenlijsten, waarvan de input werd voorgelegd aan expertpanels en netwerkcoördinatoren. Volgende thema's kwamen aan bod in de panels: intersectoraliteit; samenwerking en transversaliteit; communicatie, informatie en sensibilisering; participatie van de zorggebruikers en naasten; visie op herstel, toegankelijkheid, kwaliteit en continuïteit van zorg. Zowel de netwerken voor volwassenen als de netwerken voor kinderen en jongeren werden geanalyseerd. In wat volgt, bespreken we beknopt de belangrijkste resultaten voor volwassenen per doelstelling.

De eerste doelstelling is het **stimuleren van participatie, netwerking en intersectorale samenwerking**. De netwerken evolueren in de richting van intersectorale samenwerking. Er zijn echter nog meer inspanningen nodig om partners uit het sociaal domein, vertegenwoordigers van zorggebruikers en naasten, en eerstelijnspartners te integreren. Het blijkt moeilijk om een representatieve deelname te realiseren van actoren die minder geïnstitutionaliseerd zijn, zoals huisartsen. Structurele drempels voor samenwerking zijn onder andere het gebrek aan financiering voor samenwerkingsverbanden, het afhaken van partners door het gebrek aan samenhang tussen de overheden en de waargenomen dominantie van bepaalde actoren (bv. financiering door ziekenhuizen). Er werden ook enkele hefbomen geïdentificeerd, waaronder meer coherentie tussen de overheden, en dialoog tussen de netwerken en overheden. Ook waardering van deelname aan de netwerken, financieel of via bestendiging van bepaalde proeftrajecten, wordt naar voren geschoven als een hefboom. De experten raden aan om na te denken over nieuwe benaderingen van samenwerkingen, zonder het aantal vergaderingen te vermenigvuldigen.

De tweede doelstelling is het **teweegbrengen van een culturele verandering onder alle actoren** betrokken bij de hervorming. De panels zijn van mening dat de focus verschoven is van een overwegend psychiatrische en medische visie naar een meer holistische benadering van zorg. De participatie van zorggebruikers en naasten is sinds de oprichting van de netwerken echter weinig veranderd, althans wat betreft de invloed van deze participatie op de werkzaamheden van de netwerken. Verschillende netwerken hebben wel reeds geprobeerd deze participatie te verhogen, bijvoorbeeld door de integratie van ervaringswerkers in de gg-netwerken en via peersupport.

De derde doelstelling betreft **de verbetering van de opvolging van zorggebruikers, de bereikbaarheid, continuïteit en kwaliteit van de zorg**. Ook hier blijkt dat de samenwerking binnen en tussen de netwerken nog sterker kan, met name voor bepaalde doelgroepen zoals de transitieleeftijd en dubbeldiagnose. De overgang tussen het kinderen- en jongerencircuit naar het volwassenencircuit wordt als problematisch beschouwd. De ontwikkeling en het gebruik van gemeenschappelijke instrumenten, zoals het individueel zorgplan (IZP), zou een hefboom kunnen zijn.

4.5 Inspiratietekst door Vlaamse netwerkcoördinatoren in 2020: lokale integrale zorg en ondersteuning voor personen met psychische problemen

Eind 2020 schreven de Vlaamse coördinatoren van de gg-netwerken voor volwassenen een inspiratietekst met doorkijk naar de toekomst over lokaal en intersectoraal georganiseerde en geïntegreerde zorg en ondersteuning voor personen met psychische en psychosociale problemen[7]. De nota ontstond naar aanleiding van de vaststelling dat er binnen de verschillende gg-netwerken los van elkaar lokale sectoroverschrijdende samenwerkingsvormen zich bottom-up ontwikkelden, die zowel opmerkelijke verschillen als gelijkenissen vertonen. Hieruit kwamen enkele inzichten en goede praktijken naar voren. De inspiratietekst vormt het fundament voor een basismodel van lokale samenwerking, waarbij benadrukt wordt dat de invulling hiervan steeds gestuurd wordt door de noden en hiaten in de regio.

De netwerkcoördinatoren maken een analyse van het huidige versnipperde zorglandschap, en stellen daarbij dat het huidige systeem gebouwd is op specialisatie, centralisatie en standaardisatie.

- **Specialisatie (versus generalisatie)**: specialisatie biedt topzorg voor specifieke doelgroepen, maar generalisatie zorgt voor meer holistische en inclusieve zorg voor de algemene populatie.
- **Centralisatie (versus decentralisatie)**: centralisatie zorgt voor de concentratie van expertise op één plek, maar decentralisatie zorgt voor een meer gespreid bereikbaar aanbod.
- **Standaardisatie (versus maatwerk)**: standaardisatie biedt duidelijkheid, maar beperkt de keuzevrijheid en mogelijkheden van hulpvragers- en verleners.

De netwerkcoördinatoren stellen een **model van concentratie en spreiding** voor, om een balans te vinden tussen bovenstaande complementaire principes. Hooggespecialiseerde en (semi-)residentiële zorg voor specifieke doelgroepen kan geconcentreerd worden in goed uitgeruste organisaties die topzorg bieden, zodat personen met complexe zorgnoden de best mogelijke behandeling krijgen. Tegelijk moet acute, planbare en chronische zorg juist breed verspreid en lokaal geïntegreerd worden,

7 Vlaamse netwerkcoördinatoren. 2020. Inspiratietekst met doorkijk naar de toekomst. Over lokaal en intersectoraal georganiseerde, geïntegreerde zorg en ondersteuning voor personen met psychische en psychosociale problemen. https://ggzlimburg.be/app/uploads/2024/06/Inspiratietekst-voor-decentrale-geintegreerde-zorg-en-ondersteuning.pdf

zodat zorg en ondersteuningsactoren kunnen inspelen op de noden in hun regio. Echter bevoordeelt het huidige systeem te veel centralisatie en standaardisatie, wat vooral de ambulante, mobiele en aanklampende zorg op maat belemmert. Dit leidt tot fragmentatie van het aanbod en verdeeldheid in de sector.

De innovatieve samenwerkingen tonen echter aan dat een geïntegreerd, gedecentraliseerd model mogelijk is, waarbij zorg en ondersteuning dichter bij de burger worden georganiseerd. Deze samenwerkingsverbanden worden gedragen door de lokale besturen en zorgraden van eerstelijnszones, waarbij een onthaalfunctie in goede samenwerking met het GBO een meerwaarde betekent. Tegelijk is er vanuit de samenwerkingsverbanden een nauwe verbinding met de derde lijn en specialisten in de ruimere regio, zodat burgers ook vlot kunnen doorstromen naar of uit de specialistische zorg.

Om zulke samenwerkingsverbanden op een gedragen manier te implementeren, is een fasegewijze invoering wenselijk. Alles begint met het creëren van vertrouwen en betrokkenheid tussen lokale actoren. Er kan dan een lokaal geïntegreerd onthaal worden opgezet om mensen met psychische en psychosociale zorgvragen beter te oriënteren en te ondersteunen. Finaal kan zorg en ondersteuning actief worden aangeboden vanuit het samenwerkingsverband. Belangrijk is dat hulpverleners en coördinatoren ondersteund worden in deze taak zodat het engagement behouden blijft. Tot slot is het aan het beleid om de nodige organisatorische, financiële en regelgevende condities te creëren opdat de samenwerkingsverbanden duurzaam kunnen blijven bestaan en zich verder kunnen ontwikkelen. Het onderzoek beschreven in dit rapport tracht hierop antwoorden te bieden.

5 Onderzoeksdoelstellingen

Het onderzoek in dit rapport werd uitgevoerd in opdracht van de Vlaamse overheid binnen het Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid & Gezin. In 2024 stelde het Departement Zorg de vraag naar een verdiepend onderzoek over intersectorale samenwerkingsverbanden in Vlaanderen. Dit kadert ruimer binnen het uitvoeringsbesluit met betrekking tot de erkenning van de gg-netwerken en het ondersteunen van hun opdracht om de toegang tot de ggz te bevorderen. Het onderzoek liep tussen november 2024 en juni 2025.

Het onderzoek richt zich op toegankelijkheid van de ggz op het niveau van de organisatie van de zorg. Dit relateert aan de manier waarop de hulp- en zorgverlening georganiseerd wordt, en hoe er samengewerkt wordt tussen actoren in de ggz. Met *actoren in de ggz* bedoelen we zorg- en welzijnsactoren zoals organisaties, professionals en andere partners die een rol spelen in het bevorderen van de geestelijke gezondheid. De doelstelling is om zowel aan de gg-netwerken als aan de subsidiërende overheid een **kader** aan te bieden dat verduidelijkt welke modellen en interventies van samenwerking de toegankelijkheid van de ggz kunnen verbeteren, wat de succesfactoren en randvoorwaarden zijn voor het bevorderen van toegankelijkheid door (intersectorale) samenwerking in de ggz, en hoe deze in de praktijk kunnen worden gerealiseerd binnen bestaande samenwerkingsverbanden zoals de gg-netwerken.

Concreet tracht dit onderzoek een antwoord te bieden op volgende onderzoeksvragen:

- Welke **modellen of interventies van samenwerking** tussen zorg- en welzijnsactoren die bijdragen aan toegankelijkheid van de ggz zijn onderzocht in de wetenschappelijke literatuur?
- Welke modellen en interventies worden **op dit moment ingezet binnen de gg-netwerken** voor het bevorderen van de toegankelijkheid van de ggz voor volwassenen en ouderen? Hoe realiseren zij momenteel intersectorale samenwerking in het kader van die doelstelling?
- Hoe draagt intersectorale samenwerking in de eerste lijn en met welzijns- en zorgactoren bij aan de toegankelijkheid van de ggz?
- Op welke modellen en interventies - en randvoorwaarden, succesfactoren en hefbomen - zet de overheid best in om de toegankelijkheid van de ggz op netwerkniveau te versterken en duurzaam te verankeren?
- Zijn er voor bovenstaande onderzoeksvragen **specifieke aandachtspunten voor underserved groepen** die momenteel onvoldoende toegang tot de ggz hebben?

Hoofdstuk 2
Onderzoeksmethode

Dit onderzoek maakt gebruik van een combinatie van systematisch literatuuronderzoek en kwalitatieve methoden. De bevindingen van beide onderdelen worden vervolgens met elkaar vergeleken en waar mogelijk geïntegreerd.

1 Review van reviews

Er werd een systematische review van reviews (i.e. 'umbrella review') uitgevoerd met als doel om inzicht te krijgen in (intersectorale) samenwerkingsmodellen- en praktijken die de toegankelijkheid van de ggz voor volwassenen kunnen verbeteren. Volgende elementen werden geëxtraheerd uit de literatuur:

- wat de (vaak) gehanteerde **elementen en de principes** van de modellen/praktijken/interventies van samenwerking zijn (i.e. welke mogelijke actoren werken samen en hoe heeft de samenwerking precies vorm bv. afspraken, informatiedeling, financieringsmechanisme…);
- op welke manier deze een impact hebben op de toegankelijkheid van ggz;
- welke **drempels** tot samenwerking er zijn;
- en wat de **randvoorwaarden**, **succesfactoren en hefbomen** van succesvolle samenwerking zijn.

Er werd gebruikgemaakt van een zoekstring die de concepten geestelijke gezondheid, interventies, toegankelijkheid en review omvat (Tabel 2). De academische databanken Scopus, PubMed en ProQuest (Psychology en Social Sciences Database) werden doorzocht. Alle soorten reviews kwamen in aanmerking, op voorwaarde dat ze minstens de methodologie (i.e. zoekstring en criteria om te komen tot geïncludeerde studies) beschrijven. Alle relevante reviews die zijn verschenen tussen januari 2010 en november 2024 werden gescreend.

Tabel 2 Zoektermen voor de literatuurstudie.

Concept	**Filter**	**Termen**
Mental health	Title	"mental health*" OR "psychiatr*" OR "psychosocial"
Network	Title/Abstract	"network*" OR "system*" OR "organization*" OR "region*" OR "local*" OR "coordinat*" OR "collaborat*" OR "triag*" OR "intersectoral" OR "interprofessional"
Intervention	Title/Abstract	"optim*" OR "improv*" OR "strength*" OR "integrat*" OR "adjust*" OR "effecti*" OR "transform*" OR "intervention*" OR "strateg*" OR "program*" OR "action*" OR "initiative*"
Access	Title/Abstract	"access*" OR "Approachability" OR "Acceptability" OR "Availability" OR "Accommodation" OR "Affordability" OR "Appropriateness"
Review	Title/Abstract	"review*" OR "synthesis"

De zoekstrategie leverde 2661 unieke publicaties op. Alle publicaties werden gescreend op basis van de criteria in Tabel 3. De screening van titels en abstracts vond plaats in twee fasen. Eerst screende één onderzoeker de titels en abstracts, wat leidde tot een selectie van 84 reviews. In de tweede fase werden deze abstracts beoordeeld door een tweede onderzoeker, wat resulteerde in een selectie van 74

publicaties op basis van titel- en abstract screening. Vervolgens screenden de twee onderzoekers apart de volledige tekst. Onenigheden werden opgelost via overleg en, indien nodig, voorgelegd aan een derde onafhankelijke onderzoeker voor een definitieve beslissing. Er werden 21 reviews weerhouden op basis van de systematische search. Bijkomend werd één review toegevoegd die de onderzoekers identificeerden via *handsearch* (Whiteford et al., 2014)[8]. Finaal werden dus 22 reviews geïncludeerd in het literatuuronderzoek.

Volgende data werden geëxtraheerd van de reviews, weergegeven in Tabel 4 (in appendix): Auteur en jaar, Review type, Studies, Populatie, Interventie / praktijk / model van samenwerking, Setting of context, Kwaliteit studies. De kwaliteit van de reviews zelf werd niet beoordeeld.

Tabel 3 Inclusie- en exclusiecriteria van de literatuurstudie.

Inclusiecriteria
- Alle soorten reviews - Focus op zorg voor personen met psychische zorgnoden of geestelijke gezondheidsbehoeften[9], waaronder psychiatrie, GGZ en de integratie van GGZ in eerstelijnszorg - Focus op samenwerkingen tussen diensten en/of professionals - Focus op toegankelijkheid of dimensies van toegankelijkheid (volgens Levesque). Concreet dient de review te verduidelijken op welke manier de samenwerking de toegankelijkheid al dan niet verbetert. - Focus op volwassenen en/of ouderen
Exclusiecriteria
- Focus op interventies voor individuele organisaties of zorgactoren - Focus op kinderen en jongeren, uitgezonderd voor de overgang van kinder- en jeugddiensten naar volwassenendiensten - Focus op de context van de COVID-19 pandemie - Focus op midden- of lage inkomenslanden

2 Focusgroepen

Er vonden in maart 2025 drie focusgroepen plaats met in totaal 27 personen. De onderzoeksvragen die behandeld werden in de focusgroepen gaan zowel over de huidige situatie inzake (intersectorale) samenwerking, als over de drempels, succesfactoren, hefbomen en randvoorwaarden om de toegankelijkheid via samenwerking te verbeteren.

De uitvoering van de focusgroepen werd beoordeeld en goedgekeurd door de Sociaal-Maatschappelijke Ethische Commissie (SMEC) van KU Leuven (goedkeuringsnummer: G-2024-8897).

---

8 De review van Whiteford et al. (2014) die toegevoegd werd op basis van handsearch viel buiten de resultaten van de zoekstring gezien de term 'acces*' niet vermeld stond in de titel of abstract. De review werd wel relevant bevonden en voldoet aan de rest van de criteria, en werd daarom toegevoegd.

9 Definities volgens Decreet betreffende de organisatie en ondersteuning van het geestelijke gezondheidsaanbod:
- Psychische zorgnood: een nood aan zorg op het gebied van cognitieve vaardigheden, de emotieregulatie of het gedrag van een persoon, die een uiting is van een disfunctie in de psychologische, biologische, of ontwikkelingsprocessen die ten grondslag liggen aan het psychische functioneren. Tot de psychische zorgnoden behoren ook zorgnoden die betrekking hebben op verslaving aan psychoactieve middelen, gokken, gaming of andersoortige middelen of activiteiten;
- Geestelijke gezondheidsbehoeften: alle noden met betrekking tot geestelijke gezondheid

2.1 Deelnemers

Een eerste focusgroep richtte zich op alle Nederlandstalige coördinatoren van de gg-netwerken voor volwassenen, waarvan negen van de 13 netwerkcoördinatoren deelnamen (allen uit Vlaanderen). De focusgroep vond fysiek plaats en duurde ongeveer 2.5 uur.

Twee focusgroepen richtten zich op diverse professionals uit verschillende zorg- en welzijnssectoren (organisaties, netwerken, samenwerkingsverbanden, verenigingen…) van de nulde tot derde lijn met een expertise inzake toegankelijkheid en intersectorale samenwerking. Daartoe werden voorstellen van personen verzameld vanuit de netwerkcoördinatoren en de leden van de stuurgroep van het onderzoeksproject. Uit bijna 70 voorstellen werd een groep personen uitgenodigd met het oog op diversiteit inzake regio, setting en functie. Uiteindelijk namen 18 personen deel, welke opgedeeld werden in twee groepen van 7 en 11 personen voor twee gelijktijdige onlinefocusgroepen van ieder ca. 2 uur[10]. Twee personen hadden een vertegenwoordiging voor heel Vlaanderen (het Vlaams Patiëntenplatform en de Diensten Maatschappelijk Werk). Er namen diverse (lokale) coördinatoren deel, o.a. van mobiele teams, Kruispunten, lokale ELP-coördinatie, HerstelAcademie, crisisnetwerk, adviesfuncties in het gg-netwerk, en extramurale zorg in een psychiatrisch ziekenhuis. Sommige deelnemers maakten deel uit van de directie of het bestuur, o.a. van een CGG, CAW en eerstelijnszone. Andere deelnemers betroffen o.a. een huisarts en patiëntvertegenwoordiger betrokken in een gg-netwerk, en een GBO-medewerker.

In totaal zijn acht deelnemers werkzaam in provincie Antwerpen, zes in Vlaams-Brabant, vier in Limburg, vier in West-Vlaanderen en drie in Oost-Vlaanderen. Geen enkele deelnemer is werkzaam in het Brussels-Hoofdstedelijk Gewest, ondanks inspanningen om deelnemers uit de regio te rekruteren.

2.2 Verloop

Iedere focusgroep startte met een introductie over het onderzoeksproject en een toelichting van het multidimensionale concept toegankelijkheid volgens Levesque (Hoofdstuk 1.2)(Levesque et al., 2013). Er werd benadrukt dat de focusgroepen niet bedoeld zijn om een volledig overzicht te verkrijgen van alle goede praktijken en samenwerkingen in Vlaanderen of per regio. Het doel was eerder om te verkennen wat er vandaag gebeurt om via (intersectorale) samenwerking de toegankelijkheid van de ggz te verbeteren. Dit geldt ook voor specifieke samenwerkingsverbanden zoals de Kruispunten: hoewel hier aandacht aan wordt besteed, vormen ze niet het vertrekpunt van het onderzoek. De focus ligt vooral op de onderliggende principes en mechanismen van succesvolle interventies en samenwerkingen. Volgende vragen werden gesteld en vooraf bezorgd aan de deelnemers:

- Wanneer kan een interventie om de toegankelijkheid te verbeteren in gg-netwerken als succesvol beschouwd worden?
- Op welke manier wordt momenteel reeds samengewerkt in het GG-netwerk tussen verschillende voorzieningen, diensten, sectoren of actoren <u>specifiek om de toegankelijkheid tot ggz te verhogen</u>?
    - Hoe verbetert de samenwerking de toegankelijkheid van ggz?
    - Wordt de impact op toegankelijkheid effectief geëvalueerd of gemonitord?

[10] De focusgroepen gingen normaalgezien door in Brussel, maar werden uiteindelijk online georganiseerd vanwege een spoorstaking. Via Teams werden de 18 personen ingedeeld in twee groepen van negen personen via een aparte online vergaderruimte, maar door een technisch issue was er een groepje van 7 en een groepje van 11 personen.

  - Hoe zetten de samenwerkingen in op het faciliteren van overgangen? Bv. tussen verschillende niveaus (bv. van eerste lijn naar gespecialiseerde zorg, of van opname naar ambulante zorg), of in transitiefases (bv. samenwerking met netwerk K&J voor doelgroep transitieleeftijd)
  - Welke samenwerking is bijzonder effectief gebleken voor bepaalde underserved groepen?
  - Zijn er bepaalde voorzieningen, diensten, sectoren of actoren waarmee de samenwerking moeizamer verloopt? Waaraan kan dit liggen?
- Zijn er samenwerkingen die nog missen (i.k.v. toegankelijkheid in het algemeen of voor bepaalde groepen), of die men reeds probeerde op te zetten zonder succes?
- Wat zijn de belangrijkste sterktes van centralisatie van hulpvragen bv. via Kruispunten?
- Wat zijn de grootste uitdagingen van intersectorale samenwerkingsinitiatieven om de toegankelijkheid van de ggz te vergroten?
- Wat zijn kritieke randvoorwaarden voor (intersectorale) samenwerking om de toegankelijkheid van de ggz te vergroten?
- Wat zou een overheid kunnen doen om de toegankelijkheid via samenwerkingen op niveau van netwerken te verbeteren?

2.3 Verwerking

Alle focusgroepen werden volledig getranscribeerd en vervolgens geanalyseerd met een thematische benadering zonder vooraf gedefinieerde codes. De transcripties werden eerst gecodeerd op basis van terugkerende patronen en betekenisvolle uitspraken. Vervolgens werden de codes geclusterd in bredere, overkoepelende thema's om inzicht te krijgen in de belangrijkste bevindingen. Het projectteam interpreteerde en besprak de concepten en thema's.

3 Integratie van de bevindingen uit de literatuurstudie en de focusgroepen

Finaal worden er linken gelegd tussen de bevindingen van de literatuurstudie en de focusgroepen en worden deze waar mogelijk geïntegreerd. Deze integratie laat toe om de inzichten te combineren en de overeenkomsten en verschillen tussen internationale inzichten en Vlaamse praktijkervaringen zichtbaar te maken. De integratie gebeurt met het oog op drie thema's:

1. **Geïdentificeerde principes en goede praktijken** inzake samenwerking en hoe deze de toegankelijkheid van de ggz verbeteren
2. **Generieke onderliggende succesfactoren** die (intersectorale) samenwerking gericht op de verbetering van de toegankelijkheid van de ggz faciliteren
3. **Concreet inzetbare hefbomen of veranderingen** door overheden en netwerken, die inspelen op drempels in Vlaanderen om (intersectorale) samenwerking en de toegankelijkheid van de ggz te verbeteren

De succesfactoren geven dus aan wat maakt dat de samenwerkingen werken, en de hefbomen geven aan hoe hierop concreet kan worden ingezet. Voor de structurering van de succesfactoren wordt het vierdimensionaal samenwerkingsmodel van D'Amour et al. (2008) gebruikt, aangevuld met een vijfde dimensie rond middelen en capaciteit als randvoorwaarde voor duurzame samenwerking. Binnen iedere dimensie worden bijhorende hefbomen toegelicht.

Hoofdstuk 3
Resultaten van de systematische review van reviews

In dit hoofdstuk worden de bevindingen toegelicht van het literatuuronderzoek. Hiervoor werd een *umbrella review* uitgevoerd op basis van 22 reviews. De reviews behandelen verschillende thematische concepten en/of focussen zich op een specifiek doelpubliek binnen de ggz. Op basis van hun specifieke inhoudelijke focus kunnen we de reviews groeperen in 7 onderscheiden thematische clusters:

- Integratie van ggz en andere zorgvormen of diensten (incl. collaborative care)
    - Searby 2024 - Barriers and Facilitators to Mental Health Service Integration: A Scoping Review.
    - Whiteford 2014 - System-level intersectoral linkages between the mental health and non-clinical support sectors: a qualitative systematic review
    - Coates 2020 - Integrated physical and mental healthcare: an overview of models and their evaluation findings.
    - Coates 2022 - Factors supporting the implementation of integrated care between physical and mental health services: an integrative review.
    - Isaacs 2024 - Mental health integrated care models in primary care and factors that contribute to their effective implementation: a scoping review
    - Goodrich 2013 - Mental health collaborative care and its role in primary care settings
    - Wakida 2018 - Barriers and facilitators to the integration of mental health services into primary health care: a systematic review.
    - Hernandez 2024 - Healing the Whole: An International Review of the Collaborative Care Model between Primary Care and Psychiatry.
    - Extra: integratie van ggz is effectief voor het bereiken van etnische minderheden: Lee-Tauler 2018 - A Systematic Review of Interventions to Improve Initiation of Mental Health Care Among Racial-Ethnic Minority Groups.
    - Extra: technologie bij zorgcoördinatie: Falconer 2018 - Use of technology for care coordination initiatives for patients with mental health issues: a systematic literature review.
- Patiëntnavigatie
    - Mullen 2023 - Supporting Individuals with Mental Health and/or Addictions Issues Through Patient Navigation: A Scoping Review.
    - Waid 2021 - Mental health service navigation: a scoping review of programmatic features and research evidence
- Centrale aanmelding
    - Isaacs 2023 - Centralized Intake Models and Recommendations for Their Use in Non-Acute Mental Health Services: A Scoping Review.
    - Roy 2019 - Better care through an optimized mental health services continuum (Eastern Townships, Québec, Canada): A systematic and multisource literature review.
- Transities tussen zorgniveaus
    - Hartveit 2017 - Quality indicators for the referral process from primary to specialised mental health care: an explorative study in accordance with the RAND appropriateness method.

  - Blasi 2021 - Transitioning patients from outpatient mental health services to primary care: A rapid literature review
  - Kim 2023 - Care transitions from the specialty to the primary care setting: A scoping literature review of potential barriers and facilitators with implications for mental health care.
  - Storm 2019 - Coordinating Mental Health Services for People with Serious Mental Illness: A Scoping Review of Transitions from Psychiatric Hospital to Community.
- Transities naar volwassenen-ggz voor jongeren in transitieleeftijd
  - Embrett 2016 - Effectiveness of Health System Services and Programs for Youth to Adult Transitions in Mental Health Care: A Systematic Review of Academic Literature.
  - Markoulakis 2023 - Transitions in mental health and addiction care for youth and their families: a scoping review of needs, barriers, and facilitators.
- Samenwerking tussen (crisis)actoren voor personen met een acute psychische zorgnood
  - Clibbens 2023 - Explanation of context, mechanisms and outcomes in adult community mental health crisis care: the MHCREST realist evidence synthesis
- Samenwerking tussen actoren voor doelgroep EPA met middelenstoornis (dubbeldiagnose)
  - Hughes 2024 - Care models for coexisting serious mental health and alcohol/drug conditions: the RECO realist evidence synthesis and case study evaluation.

Deze thematische clusters zijn niet noodzakelijk exclusief. Overlap tussen clusters bestaat en de praktijken kunnen ook cumulatief ingezet worden of uitgewerkt worden op het terrein. We presenteren de onderzoeksbevindingen in twee grotere delen op basis van de onderzoeksvragen. In een eerste luik bieden we binnen de zeven thematische clusters een overzicht van de concrete modellen/praktijken/interventies van samenwerking en de manier waarop ze een impact hebben op de toegankelijkheid van de ggz. In een tweede deel wordt stilgestaan bij hoe deze samenwerkingsvormen succesvol vorm krijgen, en welke drempels en hefbomen/succesfactoren een succesvolle samenwerking bemoeilijken of bevorderen. Tot slot vatten we de sterktes en tekortkomingen van de gehanteerde methode en de geïncludeerde reviews samen en worden enkele overkoepelende drempels en hefbomen geïdentificeerd.

1 Overzicht van modellen, praktijken en interventies

Binnen de zeven geïdentificeerde thematische clusters komen enkele concrete praktijken en principes van samenwerking naar voren. Deze praktijken en principes worden hieronder omschreven, en waar mogelijk wordt ook de impact op verschillende dimensies van toegankelijkheid van de ggz toegelicht.

1.1 Integratie van ggz en andere zorgvormen of diensten

Een eerste thematische cluster handelt over **de integratie van ggz en andere zorgvormen of diensten**, en met name de eerstelijnszorg. Het merendeel van de weerhouden reviews, namelijk acht, focussen op dit thema (Coates, Coppleson, & Schmied, 2020; Coates, Coppleson, & Travaglia, 2022; Goodrich, Kilbourne, Nord, & Bauer, 2013; Hernandez, Nasser, Do, & Lee, 2024; A. N. Isaacs & Mitchell, 2024; Searby, Burr, Carolin, & Hutchinson, 2024; Wakida et al., 2018; Whiteford et al., 2014). Integratie van ggz in andere zorgvormen of diensten leidt tot *geïntegreerde ggz* (i.e. psychische zorg als onderdeel van bredere zorgtrajecten). In dit rapport worden beide begrippen gebruikt.

Er dient hierbij echter meteen ook te worden opgemerkt dat de meerderheid van de studies inzake geïntegreerde ggz en *collaborative care* in de Verenigde Staten plaatsvonden. Een review rapporteert dat de evidentie in de Verenigde Staten robuuster is dan de evidentie in Europa (Hernandez et al., 2024).

Binnen het thema van integratie, is het **Collaborative Care Model (CCM)** één van de meest onderzochte concretiseringen in de praktijk. Het wordt gebruikt om ggz en medische zorg aan te bieden in de eerste lijn, voornamelijk geïmplementeerd in de Verenigde Staten (Goodrich et al., 2013; Hernandez et al., 2024). Dit model van integratie omvat een multidisciplinair team bestaande uit een of meerdere eerstelijnsprofessionals (gewoonlijk de huisarts), een of meerdere ggz-zorgverleners en meestal een zorgcoördinator die samenwerken aan de behandeling van patiënten met een psychische aandoening. Goodrich et al. (2013) identificeren aan de hand van een literatuurreview zes kerncomponenten van *collaborative care* in de ggz: 1) **organisatorische ondersteuning** van verantwoordelijken van het zorgsysteem voor de verdeling van middelen en herstructurering van de processen; 2) zorgsysteem met **zorgcoördinatie en teamwerking met rolverdeling**; 3) het gebruik van **klinische informatiesystemen** zoals elektronische patiëntendossiers; 4) **ondersteuning bij besluitvorming** voor zorgverleners (o.a. door richtlijnen en consultatie van specialisten); 5) **actieve betrokkenheid en ondersteuning van zelfmanagement voor patiënten**; en 6) het **linken van patiënten aan hulpbronnen in de gemeenschap**.

Samenwerking is een noodzakelijke voorwaarde voor integratie, maar samenwerking op zich betekent nog geen integratie. Volgens Isaacs et al. (2024) verwijst *collaborative care* naar een nauwe samenwerking tussen beroepsgroepen, terwijl geïntegreerde zorg nog een stap verder gaat door de **verschillende diensten onder te brengen in één organisatorisch kader**. Waar *collaborative care* wordt beschouwd als een model van geïntegreerde zorg, is geïntegreerde zorg niet noodzakelijk hetzelfde als *collaborative care* (A. N. Isaacs & Mitchell, 2024).

Er zijn in de literatuur echter verschillende benaderingen, waarbij geïntegreerde zorg ook buiten een gedeeld organisatorisch kader kan plaatsvinden maar waarbij het meer draait om **structurele samenwerking met gemeenschappelijke infrastructuur of elementen** (bv. gezamenlijke teams, gezamenlijke financiering). Een veelgebruikt element van ggz-integratie is **co-locatie**, waarbij ggz-actoren onder hetzelfde dak werken met andere actoren in zorg en welzijn, bijvoorbeeld in gezondheidscentra of gemeenschapscentra (Coates et al., 2020; A. N. Isaacs & Mitchell, 2024). Er kan echter ook sprake zijn van **versnelde verwijzingsmechanismen** zonder dat de geïntegreerde diensten zich op dezelfde locatie bevinden.

Geïntegreerde ggz kan plaatsvinden in verschillende settings, zoals eerstelijnszorg, maatschappelijke diensten, verslavingszorg en fysieke zorg. De meeste en robuustste evidentie bestaat echter voor integratie in de eerstelijnszorg, waarbij klinische en niet-klinische professionals betrokken zijn. De inbedding van ggz in de eerstelijnszorg (o.a. *collaborative care*) maakt de toegang tot ggz laagdrempeliger en toont positieve effecten op de sociale integratie van personen met psychische noden. In het bijzonder in combinatie met zorgcoördinatie bevordert dit de langdurige en systematische zorg voor personen met gg-noden, en versterkt zo de continuïteit van zorg (Goodrich et al., 2013; Hernandez et al., 2024; A. N. Isaacs & Mitchell, 2024).

Coates et al. (2020) beschrijven aan de hand van een scoping review modellen voor de integratie van ggz en fysieke zorg in diverse settings van de eerste tot derde lijn. Belangrijke vaak gerapporteerde kenmerken van deze modellen (niet noodzakelijk allen aanwezig) zijn onder andere **multidisciplinaire teams of multidisciplinair overleg**, **zorgcoördinatie**, **gedeelde zorgplannen** en **gezamenlijke behandeling of gezamenlijke beoordeling**, **overeengekomen verwijscriteria**, het gebruik van een

enkele toegangspoort tot zorg, het gebruik van een **gedeeld IT-systeem** en **financiële integratie**. Isaacs et al. (2024) identificeren enkele specifieke elementen van integratie van ggz in de eerstelijnszorg, namelijk **casemanagement** en **langdurige opvolging van depressie** (typisch elke twee weken in behandelingsfase en maandelijkse opvolging na ca. een jaar).

Whiteford et al. onderzoeken tot slot **intersectorale linken op systeemniveau tussen de ggz en niet-klinische ondersteunende sectoren**, zoals werk, huisvesting of sociale diensten (Whiteford et al., 2014). De auteurs definiëren systemische ('system-level') integratie als het **herstructureren of samenvoegen van organisaties op beleids-, programma- of organisatorisch niveau**. Dit is een continuüm gaande van gedeelde informatiesystemen tussen organisaties tot het samensmelten van diensten met financiering onder dezelfde autoriteit. Dit gaat **verder dan louter 'directe klinische integratie'**, waarbij geïntegreerde zorg aan een individu geleverd wordt zonder de onderliggende systemen of zorg-organisatie te veranderen, zoals individuele zorgcoördinatie. De intersectorale systemische integratie wordt in de studies op uiteenlopende manieren vormgegeven. Op basis van de review werden negen verschillende, maar niet strikt afgebakende mechanismen geïdentificeerd om samenwerking tussen sectoren te realiseren op systeemniveau: **colocatie van diensten** (vaakst gehanteerd, bij 19 van de 40 studies); **gezamenlijke zorgplanning** en **informatiedeling** via coördinatie tussen organisaties en/of intersectorale medewerkers; **gezamenlijke zorgverlening via multidisciplinaire teams van meerdere organisaties**; **training van werknemers**, o.a. gezamenlijke training om gedeelde attitudes en een consistente werking te waarborgen; informatiedeling via een **gemeenschappelijk informatiesysteem of gedeelde dossiers**; **formele samenwerkingsafspraken** of **intentieverklaringen** tussen organisaties; **blended financiering en financiële integratie**; **administratie van diensten** beheerd door één leidende organisatie; en een enkel **gedeeld zorgplan** voor meerdere organisaties.

De reviews tonen aan dat de integratie van ggz en andere settings **de toegang tot ggz verhoogt** doordat **gg-noden beter gedetecteerd worden en sneller behandeld kunnen worden**. De studies tonen verbeteringen op het gebied van **kwaliteit van zorg**, en tonen goede klinische uitkomsten. Verschillende studies tonen een hoge mate van **tevredenheid** bij zowel zorgverleners als zorggebruikers, en er is evidentie dat geïntegreerde ggz de **betrokkenheid van zorggebruikers** verhoogt (Coates et al., 2020; A. N. Isaacs & Mitchell, 2024; Searby et al., 2024).

Geïntegreerde ggz **is daarbij ook effectief bevonden voor het verhogen van de toegang tot ggz voor minderheidsgroepen**, doordat ze meer vertrouwen hebben in de zorgverleners (er is vaak reeds een vertrouwensband met gekende zorgverleners) en dankzij de **colocatie van diensten**, waardoor de acceptatie ten aanzien van ggz verhoogt (Searby et al., 2024). Een review onderzocht specifiek interventies om **de initiatie van ggz te bevorderen bij etnische minderheden** en zo **etnische ongelijkheden te verkleinen**, en vond de sterkste evidentie voor vormen van geïntegreerde ggz in de eerstelijnszorg (o.a. *collaborative care*), in het bijzonder voor colocatie van ggz en eerstelijnszorg (Lee-Tauler, Eun, Corbett, & Collins, 2018). *Collaborative care* is over het algemeen bijzonder **effectief voor populaties met meer beperkte toegang tot ggz** zoals ouderen en personen met een sociaaleconomische kwetsbaarheid (Hernandez et al., 2024).

Systemische intersectorale linken tussen de ggz en niet-klinische sectoren leiden tot positieve uitkomsten op zowel organisatie- als cliëntniveau (Whiteford et al., 2014). Op organisatieniveau zorgen deze linken voor **betere communicatie tussen diensten**, wat het **wederzijds begrip en de empathie** tussen sectoren bevordert en resulteert in een efficiëntere dienstverlening. Het verbetert de **mogelijkheden van niet-klinische actoren om psychische problemen tijdig te signaleren aan te pakken**. Op cliëntniveau zijn er positieve effecten inzake **klinisch functioneren**, maar ook in andere domeinen

zoals **arbeidsparticipatie, stabiliteit van huisvesting en lager recidive**. Anderzijds zijn de resultaten bij het ACCESS-programma meer genuanceerd. Deze interventie zorgde via financiering en technische ondersteuning de integratie tussen organisaties voor personen in dakloosheid wel lokale samenwerking verbeterde, maar bracht geen structurele systeemverandering teweeg.

Er is enige evidentie dat integratie van ggz met andere diensten, en met name de eerstelijnszorg, ook **kosteneffectief** is, ondanks verhoogde kosten voor behandeling door verhoogde toeleiding tot ggz. De evidentie inzake kosteneffectiviteit is echter te zwak om gegronde conclusies te trekken (Hernandez et al., 2024; Searby et al., 2024; Whiteford et al., 2014).

1.2 Patiëntnavigatie

Een tweede thematische cluster omschrijven we als patiëntnavigatie. Patiëntnavigatie is een relatief nieuw en breed concept en omvat ondersteunende diensten gericht op wegwijs in het ggz-zorglandschap met als doel het **verbeteren van de toegang tot en transities binnen de ggz** door **drempels tot zorg van zorgvragers te identificeren en aan te pakken**. Twee scoping reviews onderzoeken programma's, diensten en interventies gericht op de **navigatie van zorgvragers in het ggz-zorgtraject** (Mullen, Levitt, & Markoulakis, 2023; Waid, Halpin, & Donaldson, 2021).

De beschreven navigatieprogramma's zijn erg **divers**, gericht op verschillende populaties (bv. algemene populatie, personen met een EPA, thuisloze personen…), en ook de rol van navigator kan op verschillende manieren worden ingevuld, zoals door een multidisciplinair team, ggz-zorgverleners, maatschappelijk werkers, getrainde ervaringswerkers en apps (Mullen et al., 2023; Waid et al., 2021). Patiëntnavigatie in de geïntegreerde ggz wordt gewoonlijk uitgevoerd door een team van partners met verschillende achtergronden, kennis en expertises waarbij **samenwerking wordt gerealiseerd over structuren heen** (Mullen et al., 2023). Sommige patiëntnavigatieprogramma's zijn opgezet als initiatieven om de lokale samenwerking tussen zorgactoren te bevorderen, en andere programma's zijn gebaseerd binnen of gelinkt aan bestaande organisaties. De meeste programma's worden face-to-face aangeboden, maar patiëntnavigatie kan ook telefonisch of online gebeuren (Waid et al., 2021).

De vorm van navigatie varieert per programma, maar omvat doorgaans begeleiding bij het verkrijgen van toegang tot zorg, informatie over beschikbare opties en het zorgsysteem, en verwijzing naar passende diensten. Sommige navigatieprogramma's bieden educatieve of gedragsmatige interventies, of faciliteren het leggen van linken met zorgverleners door mee op afspraak te gaan, of bieden praktische ondersteuning zoals vervoer. Soms speelt de navigator een rol in de coördinatie van zorg tussen verschillende hulpverleners en diensten (Waid et al., 2021). Een belangrijk thema in patiëntnavigatie is **cliëntgerichte ondersteuning**, met **actieve betrokkenheid** van de zorgvrager en een individuele beoordeling van noden om de zorg optimaal af te stemmen op de behoeften en voorkeur van de patiënt (Mullen et al., 2023).

De effectiviteit van patiëntnavigatie is beperkt onderzocht, vooral door ongecontroleerd onderzoek, maar de bevindingen tonen aan dat dat patiëntnavigatie in de ggz wordt ervaren als **een laagdrempelige dienst**. Het kan de toegang tot ggz verbeteren door **drempels aan te pakken op verschillende niveaus** zoals het gebrek aan kennis over geestelijke gezondheid en beschikbare hulp, communicatie tussen zorgvrager en zorgverleners en zorgverleners onderling, en soms zelfs transportbarrières. Patiëntnavigatie leidt tot overwegend positieve uitkomsten, een **grotere betrokkenheid van de patiënt** en een betere **zorgcontinuïteit** in het zorgtraject (Mullen et al., 2023; Waid et al., 2021).

1.3 Centrale aanmelding

Een derde thematische cluster omvat centrale aanmelding (‘*centralized intake*’, ‘*single entry*’). Dit handelt over praktijken die gericht zijn op de organisatie van **één aanmeldpunt of wachtrij** voor alle zorgvragers waarna deze dan worden doorverwezen naar de juiste dienst of zorgverleners (A. Isaacs, Bonsey, & Couch, 2023; Roy, Dagenais, Pinsonneault, & Déry, 2019). Deze praktijken vormen volgens de literatuur in se een **toegangspoort tot zorgdiensten**. Hoewel er een overlap is met het concept patiëntnavigatie en de modellen samen in de praktijk kunnen worden ingezet, is er een verschil in focus: waar patiëntnavigatie een meer doorlopend proces vormt en zich richt op verschillende mogelijke drempels tijdens het zorgtraject, is centrale aanmelding een eenmalig proces voor alle nieuwe zorgvragers bij de aanmelding. Na aanmelding, op eigen initiatief en/of via professionele verwijzing, volgt op basis van een vraagverheldering en triage een doorverwijzing naar geschikte zorg.

Isaacs et al. (2023) onderzochten via een scoping review de kenmerken, voordelen en uitdagingen van centrale aanmelding in verschillende settings in zorg en welzijn, waarvan de meerderheid in de ggz, en doen op basis hiervan aanbevelingen specifiek voor de ggz. Centrale aanmeldingsmodellen worden vooral geïmplementeerd om de toegang te bevorderen wanneer cliënten zich door **verschillende maar verwante diensten** moeten navigeren. Centrale aanmelding heeft gewoonlijk drie gemeenschappelijke stappen: 1) een **intakeproces met een centraal aanmeldpunt voor gelijkaardige hulpvragen** (bv. emotionele, psychische en psychosociale noden), meestal via telefoon, online of op een fysieke locatie; 2) **beoordeling van noden en indicatiestelling**; en 3) **doorverwijzing naar gepaste zorg**.

Er worden twee soorten centrale aanmeldmodellen onderscheiden in de literatuur: intake met directe doorverwijzing, en intake met uitgebreide screening/beoordeling of diagnostiek voorafgaand aan doorverwijzing (A. Isaacs et al., 2023).

- Een **<u>intake met directe doorverwijzing</u>** is vooral geschikt voor **duidelijk afgebakende diensten**. Dit model biedt voordelen zoals een **eenvoudiger** systeem, **snellere doorverwijzing** en **lagere kosten**. Het is echter minder geschikt voor meer complexe problematieken waarbij een grondige beoordeling nodig is.
- Een <u>intakeproces met screening of beoordeling</u> zorgt voor een meer systematische en gestandaardiseerde aanpak. Dit leidt tot betere triage, vooral voor personen met complexe of meervoudige problemen of wanneer er rekening moet gehouden worden met specifieke triage-criteria. Nadelen van dit model zijn de mogelijk langere wachttijden en vaak een hogere kostprijs.

Aanmelding, vraagverheldering en doorverwijzing/toewijzing kunnen door **verschillende diensten of teams** worden uitgevoerd, waarbij het ene de administratieve aanmelding verzorgt en het andere de vraagverheldering en doorverwijzing uitvoert. Wanneer de aanmelding afzonderlijk wordt uitgevoerd, kunnen de intakewerkers administratief personeel zijn dat standaardgegevens verzamelt en verdere afspraken plant bij zorgverleners. Wanneer aanmelding wordt gecombineerd met de vraagverheldering en doorverwijzing, zijn intakewerkers doorgaans zorgverleners.

Het systeem maakt het voor patiënten en verwijzers **eenvoudiger om hulp te zoeken**, aangezien centrale aanmelding voorkomt dat zij niet weten waar hulp te zoeken of meerdere diensten moeten contacteren om hulp te verkrijgen. De screening bij aanmelding zorgt ervoor dat patiënten zorg ontvangen **die aansluit bij hun specifieke noden**, waardoor **onder- en overbehandeling beperkt** wordt. Dit draagt bij aan gerichtere zorg, maar kan ook **wachttijden in het aanmeldingsproces verminderen** en

voorkomt dat patiënten wachten op de verkeerde hulp, wat de efficiëntie van het zorgsysteem ten goede komt.

Wanneer centrale aanmelding goed wordt geïmplementeerd en ondersteund door een netwerk van samenwerkende diensten, is aangetoond dat het de **toegang tot zorg verbetert** en aldus **zorggebruik verhoogt**. Het is echter **niet aangetoond dat centrale aanmelding de wachttijden tot behandeling later in het zorgproces vermindert.**

1.3.1 Toegangspoort 'GASMA' in Quebec als case study van centrale aanmelding

Roy et al. (2019) focussen in een systematische review met stakeholderconsultatie op elementen en indicatoren van de 'GASMA[11]' toegangspoort voor aanmelding en doorverwijzing voor volwassenen met ggz-vragen in Quebec, Canada. Dit is een **toegangspoort in de eerste lijn tot de ggz** en is **gebaseerd op** interprofessionele samenwerking tussen huisartsen, psychologen, verpleegkundigen, psychiaters en maatschappelijk werkers.

In Canada zijn gezondheid en welzijn provinciale en regionale bevoegdheden. De GASMA wordt **gefinancierd door de provinciale overheid** (Ministerie van Gezondheid en Sociale Diensten) van Quebec en ontstond in de context van de uitvoering van het Actieplan Geestelijke Gezondheid 2005-2010, waarbij richtlijnen werden ontwikkeld voor het eerstelijnstoegangspunt voor ggz. In de provincie Québec zijn er 22 onderliggende regionale structuren. Binnen elk van deze regionale structuren bevinden zich lokale netwerken van samenwerkende diensten voor zorg en welzijn. Ieder lokaal netwerk heeft een eigen GASMA die een gebied van minstens 50.000 inwoners bedienen. De verantwoordelijkheid voor de ontwikkeling en het beheer van de GASMA's binnen elk lokaal netwerk ligt bij de regionale centra voor gezondheid en sociale diensten ('CSSS').

In de GASMA wordt beoordeeld of de zorgvrager doorverwezen wordt naar **eerstelijns-ggz, gespecialiseerde ggz, of generalistische welzijnsdiensten**. De GASMA-doelgroep is divers en omvat volwassenen met één of meerdere mogelijke gg-noden, of hun naasten. De GASMA richt zich ook op volwassenen die ggz-diensten ontvingen en follow-up vereisen.

De vraag om de GASMA's in de 'Eastern Townships' regio te evalueren ontstond in 2014, naar aanleiding van lange wachttijden en gebrekkige continuïteit tussen zorgniveaus. Roy et al. evalueren deze GASMA's en onderzoeken determinanten met betrekking tot de zeven vooropgestelde GASMA-indicatoren: toegankelijkheid, integratie van zorgniveaus, tevredenheid van zorggebruikers, en tijdelijkheid, evaluatietools, professionele samenstelling en interprofessionele samenwerking.

De auteurs formuleren drie kernaanbevelingen: 1) **één enkele regionale geïntegreerde toegangspoort** om hulpvragen te centraliseren en de dienstverlening optimaliseren; 2) een **vraaggestuurd aanbod** aangepast aan noden van zorggebruikers; en 3) testen en implementeren van **nieuwe methodes en modellen** zoals telehealth, monitoringtools en integratie van elektronische patiëntendossiers. Een aangepast zorgaanbod dient ook rekening te houden met de **voorkeur van de patiënt**, dient gericht te zijn op de **sterktes** van personen, dient in te zetten op de **toegang tot zorg voor personen in een kwetsbare positie**, en heeft **co-interventies gebaseerd op samenwerking voor zorgvragers met meerdere noden**.

---

11 GASMA staat voor 'guichet d'accès en santé mentale pour une clientèle adulte'.

Er zijn verschillende **drempels en uitdagingen** verbonden aan de GASMA. Ten eerste ontbreekt de integratie met een centraal toegangssysteem voor algemene psychosociale diensten (die naar de GASMA doorverwijzen bij een positieve screening op psychische problemen), waardoor sociale en psychische problemen vaak **onvoldoende intersectoraal** worden aangepakt. Dit heeft ook als gevolg dat de diensten soms naar elkaar wijzen bij de ondersteuning van personen met een complexe problematiek die nood hebben aan zowel ggz als psychosociale hulp. Daarnaast is een medisch oordeel van een arts nodig voor doorverwijzing van de GASMA naar gespecialiseerde ggz-diensten, wat ook als drempel beschouwd wordt. Andere drempels zijn een **gebrek aan middelen en personeel**, **gebrek aan incentives voor huisartsen, prestatiegerichte vergoeding,** een **gebrek aan kennis over ggz en over de GASMA bij lokale zorgverleners**, het **bestaan van meerdere ingangspoorten tot de GASMA**, en de **administratie** die nodig is bij verwijzingen.

Er zijn ook factoren die de samenwerking en toegang tot zorg faciliteren. Het overstappen van meerdere GASMA's naar **één enkele regionale en geïntegreerde GASMA** zal de hulpvragen centraliseren en de verwijzingen van de gemeenschap naar algemene/specifieke diensten en gespecialiseerde structuren beter coördineren. Het is belangrijk dat er voldoende personeel beschikbaar is, waaronder ten minste één **huisarts**, **administratieve ondersteuning** (o.a. voor doorverwijzingen) en **extra oproepbare zorgverleners** wanneer nodig. Volgens de overheid in Quebec moeten er 22 zorgverleners per 100.000 inwoners werken in de GASMA.

Uiteraard blijkt **multidisciplinaire samenwerking** essentieel voor succes van de GASMA, vooral tussen huisartsen en psychologen. De beschikbaarheid van een **casemanager** faciliteert de samenwerking. Belangrijk is dat de werking van de lokale toegangspoort op eenzelfde manier en met hetzelfde doel begrepen wordt door de betrokkenen. De integratie van zorgniveaus wordt gefaciliteerd door terugkoppelmechanismen naar verwijzers en verduidelijking van rollen. Ook het gebruik van geïntegreerde elektronische dossiers en generalistische screenings- en beoordelingstools en protocollen draagt bij aan de goede werking van de GASMA. De multidisciplinaire samenwerking kan uiteindelijk de druk op de gespecialiseerde ggz verlagen.

1.4 Transities tussen zorgniveaus

Een vierde thematische cluster van praktijken richt zich meer specifiek op transities tussen zorgniveaus. Drie reviews beschrijven de transitie van de ggz naar de eerste lijn of gemeenschap (Blasi et al., 2021; Kim et al., 2023; Storm, Husebø, Thomas, Elwyn, & Zisman-Ilani, 2019). Daarnaast onderzoekt één review de verwijsinformatie bij de transitie van de eerstelijnszorg naar de ggz (Hartveit et al., 2017).

Geïntegreerde zorgplanning bij transities omvat het samenbrengen van ggz-professionals, eerstelijns-zorgverleners, patiënten en familieleden om gezamenlijke zorgdoelen vast te stellen op het gebied van psychisch, sociaal en fysiek welzijn. Dit kan ervoor zorgen dat gestabiliseerde patiënten de transitie kunnen maken naar de eerstelijnszorg en dat **capaciteit** vrijkomt bij de gespecialiseerde ggz. Hierdoor verbetert de **doorstroom van patiënten** naar de ggz (Blasi et al., 2021; Kim et al., 2023; Storm et al., 2019).

Ook Storm et al. (2019) onderzochten manieren om de coördinatie bij de **transitie van het psychiatrisch ziekenhuis naar de gemeenschap** te verbeteren, specifiek voor patiënten met een ernstige psychiatrische aandoening (EPA). De meeste beschreven interventies richten zich op **gedeelde besluitvorming** (bv. gepersonaliseerde zorg- en ontslagplanning), **informatie voor patiënten** (bv. psychoeducatie) en **sociale steun** (bv. peer support). Een specifieke interventie die op verschillende van

deze elementen inzet is de '(brief) critical time intervention (B-CTI)': een intensieve vorm van **casemanagement** om personen tijdens kritieke overgangsperiodes te begeleiden door in te zetten op zelfmanagement en de versterking van het formele en informele netwerk van de patiënt.

Goede verwijzing en informatiedeling bij transities tussen zorgniveaus waarborgen de continuïteit en coördinatie van zorg. Over het algemeen zijn de gerapporteerde uitkomsten gunstig en is de **mate van herval beperkt**, met rehospitalisatie percentages tussen de 2% en 10% na transities van extramurale ggz naar de eerstelijnszorg (Blasi et al., 2021). Voor EPA-patiënten kan zorgcoördinatie tijdens transities leiden tot **verbeterd zorggebruik** (medicatie- en therapietrouw) van EPA-patiënten, **verminderde hospitalisaties**, verbeterde **continuïteit van zorg en zorgkwaliteit**, en uiteindelijk een **betere levenskwaliteit en sociaal functioneren** van EPA-patiënten (Storm et al., 2019).

1.5 Transitie naar volwassenen-ggz voor jongeren in de transitieleeftijd

Een vijfde thematische cluster gaat meer specifiek in op de **transitie van jeugd-ggz naar volwassenen-ggz voor jongeren in de transitieleeftijd**, op basis van twee reviews (Embrett, Randall, Longo, Nguyen, & Mulvale, 2016; Markoulakis et al., 2023).

De literatuur is beperkt maar suggereert dat jongeren in transitieleeftijd baat hebben bij meer **geplande en gestructureerde transitieprocessen** voorafgaand aan de transitie, met samenwerking en informatie-deling tussen jeugd-ggz en volwassenen-ggz. Een succesvolle transitie naar de volwassenen-ggz bevordert de **continuïteit** van zorg tijdens en na de transitie, zodat de jongere in transitieleeftijd toegang heeft tot vergelijkbare zorg in volwassenen-ggz als tijdens jeugd-ggz.

De concrete vorm waarin dit uitgewerkt wordt in de literatuur is divers. Zowel een **dienst specifiek gericht op jongeren in transitieleeftijd** in bestaande structuren, evenals **parallelle zorg** waarbij zorgverleners van zowel de kinder- en jeugd-ggz als de volwassenen-ggz een periode samen zorg blijven bieden komen voor (Markoulakis et al., 2023). De aanstelling van een **transitiewerker of linkwerker**, behorende bij beide zorgsystemen, kan helpen om de brug te slaan tussen de zorgsystemen en de overgang en de samenwerking tussen zorgverleners te bevorderen (Embrett et al., 2016; Markoulakis et al., 2023). Deze rol kan eveneens worden ingevuld door een peerwerker of ervaringsdeskundige. **Proactieve planning en transitiegericht overleg** voorafgaand aan de transitie is bijvoorbeeld essentieel in **'wraparound'-processen**, waarbij een netwerk van zorgverleners voor volwassenen wordt opgebouwd voor de jongere en familie tijdens de transitieperiode (Embrett et al., 2016; Markoulakis et al., 2023).

1.6 Samenwerking tussen actoren voor personen met een acute psychische zorgnood

Een zesde thematische cluster onderzoekt samenwerking in de context van personen met een acute psychisch nood. Dit werd eveneens opgenomen in de review van reviews omdat verschillende gg-netwerken ook inzetten op het bevorderen van de toegankelijkheid van de acute zorg via samenwerkingen en afspraken over gedeelde zorg.

Clibbens et al. (2023) onderzoeken met een *realist evidence synthesis*[12] de kenmerken, mechanismen en uitkomsten in **crisisdiensten voor volwassenen met een acute psychische zorgnood in de gemeenschap** (Clibbens et al., 2023). Eén van de programmatheorieën onderzoekt via een gerichte review met 37 studies **interinstantiële samenwerking** ('inter-agency working'): gezamenlijke diensten en samenwerkingen tussen instanties om de psychische crisiszorg te versterken, waaronder **samenwerkingsverbanden tussen de ggz, gezondheids- en welzijnsdiensten, de sociale en vrijwillige sector en de politie**. Er is hierbij dus ook aandacht voor hoe het crisissysteem samenwerkt met bredere systemen die belangrijk zijn voor het oplossen van crisissituaties, zoals huisvesting, politie, handhaving, lokale overheden en justitie.

Een **succesvol** functionerend geïntegreerd crisissysteem houdt in dat er **geen 'foute toegangspoort'** ('no wrong door') tot ggz is in crisissituaties. Dit houdt in dat iedereen die als eerste in contact komt met de doelgroep de verantwoordelijkheid neemt.

Een nauwe samenwerking tussen instanties verbetert de toegankelijkheid van crisiszorg en de continuïteit van het crisistraject, met soepelere transities tussen diensten. Het bundelen van krachten zorgt voor een beter afgestemd zorgaanbod op de specifieke noden van personen in crisis, en verbetert zo de kwaliteit van de geboden crisiszorg. Een goed gecoördineerd crisiszorgsysteem kan uiteindelijk leiden tot een **afname in spoedopnames en gedwongen opnames**. Een nauwe samenwerking tussen instanties **verbetert de toegankelijkheid van crisiszorg en de continuïteit van het crisistraject**, met soepelere transities tussen diensten. Het bundelen van krachten zorgt voor een **beter afgestemd zorgaanbod** op de specifieke noden van personen in crisis, en verbetert zo de **kwaliteit** van de geboden crisiszorg.

Wanneer instanties goed samenwerken, kunnen ze ervoor zorgen dat personen in crisis opgevangen en begeleid worden tot de juiste zorg, ongeacht waar ze zich melden. Dit **verhoogt de toegang tot crisis-ggz voor minderheidsgroepen die een groter risico lopen om buitengesloten te worden door reguliere zorgdiensten**.

1.7 Samenwerking tussen actoren voor de doelgroep EPA met middelenstoornis

Tot slot onderzoekt een review samenwerkingen die zich specifiek inzetten voor de doelgroep EPA met middelenstoornis, wat de laatste thematische cluster vormt. Hughes et al. (2024) voerden een mapping van de literatuur met *realist evidence synthesis* uit over **diensten voor ggz en/of middelengebruik en samenwerkingsverbanden** gericht op **personen met een dubbeldiagnose ernstige psychiatrische aandoening (EPA) en stoornis in het gebruik van het alcohol of andere middelen**, met als doel om programmatheorieën voor interventies en dienstverleningsmodellen te ontwikkelen (Hughes et al., 2024).

Er zijn drie categorieën dienstverleningsmodellen die zich specifiek richten op de doelgroep om de toegang tot zorg te bevorderen: 1) **multidisciplinaire groepen of netwerken** die de zorgcontacten en zorgpaden coördineren; 2) **gespecialiseerde interne linkwerkers binnen bestaande teams voor ggz of middelenstoornissen**, die zich vooral richten op zorgcoördinatie of casemanagement en als 'bemiddelaar' gedeelde zorgafspraken met andere diensten kan faciliteren; en 3) **gespecialiseerde**

12 In een 'realist evaluation' verwijzen programmatheorieën naar verklarende mechanismen die beschrijven hoe en waarom een interventie werkt in een bepaalde context. Ze geven inzicht in de causale processen die leiden tot specifieke uitkomsten door de interactie tussen context, mechanisme en uitkomst te verklaren.

externe liaisonwerkers die vanuit een apart specialistisch dubbeldiagnose-team tijdelijk diensten of teams voor ggz of middelengebruik kunnen sensibiliseren of ondersteunen.

De zorgpaden voor de doelgroep zijn gebaseerd op de **stapsgewijze aanpak** van het *'US integrated treatment model*': **detectie, betrokkenheid, motivatie, actieve behandeling en terugvalpreventie.** Gedeelde zorg en gezamenlijke besluitvorming tussen ggz- en verslavingszorgteams (en andere betrokken diensten) worden meestal gedocumenteerd in gedeelde protocollen en zorgplannen. De meerderheid van de behandelingen omvat zowel individuele als groepsinterventies, vaak gebaseerd op motiverende gespreksvoering en cognitieve gedragstherapie (CGT). Er blijkt bij alle modellen een **minimale betrokkenheid te zijn van assertieve outreach teams,** ondanks de erkenning van de hoge prevalentie van dubbeldiagnose en de voordelen van een proactieve aanpak.

Een zorgpad met 'no wrong door' systeem voorkomt dat mensen geweigerd worden en door de mazen van het net vallen, en zorgt zo voor meer toegankelijke en snelle hulp. Concreet betekent dit dat iemand met een EPA en een middelenstoornis niet mag worden geweigerd bij de ggz-dienst vanwege verslaving of middelengebruik, en omgekeerd mag de dienst voor middelengebruik geen personen afwijzen vanwege een primaire psychiatrische problematiek. De gecoördineerde samenwerking zorgt voor **continue en consistente zorg met gemeenschappelijke doelen tussen zorgverleners.** Dit heeft een bijzondere meerwaarde inzake toegankelijkheid, gezien de personen met een dubbeldiagnose EPA en middelenstoornis een diverse groep vormen die **moeilijke toegang tot gepaste zorg** ervaren in het reguliere zorgcircuit, onder andere door **exclusiecriteria** bij diensten voor ggz en verslavingszorg.

2 Drempels, succesfactoren en hefbomen

Binnen dit deel gaan we dieper in op wijze waarop of hoe het succes van de praktijken binnen de thematische clusters gerealiseerd kan worden. Hierbij staan we zowel stil bij vermelde drempels als facilitators (i.e., succesfactoren en hefbomen) die de samenwerking of verdere verduurzaming ervan belemmeren of net kunnen faciliteren.

2.1 Integratie van ggz en andere zorgvormen of diensten

2.1.1 Drempels

Searby et al. (2024) beschrijven drie ruime drempels inzake de implementatie van geïntegreerde ggz. Ten eerste is er soms sprake van '**territorialiteit' en het gefragmenteerd werken in aparte silo's**, wat nog meer versterkt wordt door een **aparte financiering van ggz en andere zorg**. Een tweede belemmerende factor die hiermee verbonden is, is een **organisatiecultuur** waarin niet-ggz-professionals de ondersteuning van patiënten met psychische zorgnoden niet als hun taak beschouwen. Dit is vaak te wijten aan een **gebrek aan toegewijde leiders en sleutelfiguren** of 'trekkers' in de organisatie die de ggz-integratie ondersteunen. Ten slotte rapporteren niet-ggz-professionals soms een **gebrek aan zelfvertrouwen** inzake het ondersteunen van patiënten met psychische zorgnoden, of missen ze soms effectief de **kennis en competenties** om deze rol goed op te nemen.

Whiteford et al. (2014) identificeren drempels die het proces van systemische intersectorale integratie bemoeilijken. Een veelgenoemde belemmering is het **gebrek aan middelen**, waaronder onvoldoende financiering, beperkte tijd, hoge werkdruk, tekort aan personeel en middelen voor IT. Een andere drempel gaat over **meningsverschillen tussen organisaties** over **wie waarvoor verantwoordelijk** is. **Privacywetgeving en juridische barrières** vormen eveneens een aanzienlijke hindernis wanneer het gaat om het delen van informatie tussen sectoren. Sommige ggz-actoren uiten ook **bezorgdheid over een**

mogelijke toename van (onjuiste) doorverwijzingen naar ggz als gevolg van intersectorale samenwerking. Tot slot kan **afnemende betrokkenheid of motivatie** bij stakeholders in de loop van de tijd de voortgang en duurzaamheid van intersectorale initiatieven in gevaar brengen.

2.1.2 Succesfactoren en hefbomen

Vanzelfsprekend is **interdisciplinaire samenwerking met effectieve communicatie, idealiter in interdisciplinaire teams**, een bepalende factor voor het succes van ggz-integratie (A. N. Isaacs & Mitchell, 2024; Searby et al., 2024; Wakida et al., 2018). Ook de beschikbaarheid van een **zorgcoördinator** bevordert de samenwerking tussen zorgverleners en disciplines. Een **duidelijke verdeling of keten van rollen en verantwoordelijkheden** is cruciaal. Dit wordt beschreven in een **gedeeld zorgplan**, waarin ggz-actoren en andere zorgverleners samen zorgplannen opstellen en uitvoeren (Coates et al., 2022; A. N. Isaacs & Mitchell, 2024; Wakida et al., 2018; Whiteford et al., 2014). Dit kan ook beschreven zijn in **protocollen of richtlijnen**, bijvoorbeeld een 'stepped-care' protocol voor screening door niet-ggz professionals met een gestandaardiseerde werkflow en zorgpaden, of protocollen die de transitie en overdracht tussen zorgniveaus beschrijven. Een effectieve manier om de communicatie en informatie-deling tussen zorgverleners te faciliteren, is door het gebruik van een gedeelde registratie via een **gemeenschappelijke IT-infrastructuur of elektronisch patiëntendossier** (EPD) (Coates et al., 2022; Falconer, Kho, & Docherty, 2018; A. N. Isaacs & Mitchell, 2024; Wakida et al., 2018; Whiteford et al., 2014).

Ook de **opleiding en training van zorgverleners** inzake geïntegreerde ggz draagt bij aan een grotere acceptatie en succesvollere implementatie van ggz-integratie (Coates et al., 2022; Hernandez et al., 2024; A. N. Isaacs & Mitchell, 2024; Searby et al., 2024; Wakida et al., 2018). Voor niet ggz-zorgverleners is de **mogelijkheid tot consultatie van ggz-professionals** een faciliterende factor (Searby et al., 2024). Enkele andere faciliterende factoren zijn het hebben van **gedeelde waarden, visie en begrip** tussen ggz- en niet-ggz-professionals, sterk **leiderschap dat (intersectorale) integratie ondersteunt**, de **flexibiliteit** van organisaties en de **bereidheid tot systemische verandering** (Coates et al., 2022; A. N. Isaacs & Mitchell, 2024; Wakida et al., 2018; Whiteford et al., 2014). Tot slot zijn de **beschikbaarheid en verdeling van (financiële) middelen en de inzet van voldoende personeel** regelmatig vermeld als cruciale randvoorwaarden voor een succesvolle uitrol van de integratie van ggz en andere diensten (Coates et al., 2022; Hernandez et al., 2024; A. N. Isaacs & Mitchell, 2024; Searby et al., 2024; Wakida et al., 2018). Idealiter is er daarom ook een **geïntegreerd financieringsmodel** voor geïntegreerde ggz. Voor intersectorale integratie op systeemniveau zijn eveneens de aanwezigheid van **een duidelijk strategisch plan of een coördinerend orgaan** en **de monitoring van de gezamenlijke dienstverlening** belangrijke hefbomen (Whiteford et al., 2014).

2.2 Patiëntnavigatie

Succesvolle patiëntnavigatie gaat uit van een gedegen beoordeling van noden en drempels van de zorgvragen die verbonden wordt aan de identificatie van gepaste diensten (ruimer dan het eigen aanbod). Doorgaans is er sprake van zorgcoördinatie, gezamenlijke zorgplanning en monitoring of opvolging na doorverwijzing zodat zorgcontinuïteit gegarandeerd kan worden.

Drempels en facilitators van patiëntnavigatie werden niet expliciet onderzocht in de beschrijvende scoping reviews, maar hefbomen die vermeld worden zijn de **opleiding van navigators** in hun rol (bv. inzake motiverende gespreksvoering, vraagverheldering…) en de **betrokkenheid en erkenning van ervaringsdeskundigen** als 'peer navigators' (Waid et al., 2021).

2.3 Centrale aanmelding

Isaacs et al. (2023) onderzochten via een scoping review de voordelen en uitdagingen van centrale aanmelding in verschillende settings in zorg en welzijn, waarvan de meerderheid in de ggz, en formuleren op basis hiervan aanbevelingen specifiek voor de ggz.

2.3.1 Succesfactoren en hefbomen

Een succesvolle centrale aanmelding **vereist een goed functionerend netwerk van samenwerkende of geïntegreerde diensten**, waarbij alle betrokken partijen zich vanaf het begin **engageren voor duurzame samenwerking**. Dit geldt zowel voor de samenwerking met de intake-dienst als tussen zorgaanbieders onderling. Het gemeenschappelijk doel van het model en ieders rollen en verantwoordelijkheden erin moeten helder zijn. Het is belangrijk dat het gecentraliseerde aanmeldingssysteem aansluit bij de noden en prioriteiten in de regio.

Om dit netwerk te optimaliseren is **sterk leiderschap** nodig om de implementatie en werking van het model te sturen en verder te optimaliseren. Dit omvat ook de inzet van een coördinator bij meerdere intakewerkers en voldoende opleiding en ondersteuning voor de medewerkers.

Financiële toewijding van de overheid of andere financierder(s) is essentieel. Het is bovendien wenselijk om **kwaliteitsindicatoren** op te volgen voor de evaluatie, planning en eventuele optimalisatie van het model. Idealiter hebben de indicatoren betrekking op aspecten inzake toegankelijkheid, aanmelding en doorverwijzing. Het gebruik van cliëntuitkomsten als maatstaf voor succes is niet realistisch, gezien de uiteenlopende ervaringen tussen de aanmelding en afronding van de behandeling. De resultaten dienen transparant gedeeld te worden met de betrokken partners.

Er is nood aan **voldoende capaciteit en middelen bij de beschikbare verwijsmogelijkheden**. Als het aanbod niet aansluit op de (verhoogde) vraag, kan dit leiden tot frustratie en teleurstelling bij zorgvragers en verwijzers. Het is belangrijk dat de vanaf de start helder is wat wel en niet te verwachten van de aanmeldingsdienst.

Drempels inzake centrale aanmelding werden niet in kaart gebracht door de geïncludeerde reviews.

2.4 Transities tussen zorgniveaus

2.4.1 Drempels

Transities tussen zorgniveaus worden vaak gekenmerkt door een gebrek aan continuïteit van zorg. De **informatie tijdens het verwijsproces** van de eerstelijnszorg naar de ggz wordt vaak als **onvoldoende** beschouwd door de ontvangende ggz-actoren (Hartveit et al., 2017).

De gerapporteerde drempels voor de transitie van gespecialiseerde ggz naar eerstelijnszorg zijn een **onduidelijke rolverdeling** tussen de ggz en eerstelijnszorg, **onvoldoende of laattijdige communicatie** tussen de ggz en eerstelijnszorg, **beperkte follow-up** na de transitie, **gebrek aan stabiele sleutelfiguren** (bv. arts) gedurende de transitie, **complexe medicatieregimes, gebrek aan gedeelde besluitvorming en informatie** voor patiënten en hun naasten, **gebrek aan kennis en/of zelfeffectiviteit bij eerstelijns-actoren**, **gebrek aan (eigen vertrouwen in) zelfmanagement van patiënten**, en de **beperkte beschikbaarheid en bereikbaarheid van eerstelijns-ggz of ondersteuning in de gemeenschap** na de transitie (Kim et al., 2023; Storm et al., 2019).

2.4.2 Succesfactoren en hefbomen

Blasi et al. (2021) benadrukken bovenal het **belang van samenwerking tussen de ggz en de eerstelijns-zorg** met een duidelijke **verdeling van rollen en verantwoordelijkheden**. De aanstelling van een zorgcoördinator en de mogelijkheid tot multidisciplinaire casusbesprekingen dragen bij aan geïntegreerde zorgplanning (Blasi et al., 2021).

Er worden zes succesfactoren voor de transitie van extramurale ggz naar de eerstelijnszorg omschreven: 1) voorbereiding van de **patiënt en patiëntbetrokkenheid** in het beslissingsproces en het transitieplan, gebaseerd op hersteldoelen van de patiënt; 2) **gedeelde geïntegreerde zorgplanning** door intensieve samenwerking tussen ggz-actoren, huisartsen en patiënten en familie, met doelen op vlak van psychische, fysieke en sociale gezondheid; 3) **beoordeling van de mate van stabiliteit en herstel** via gestandaardiseerde criteria of tools voor besluitvorming voor transitie; 4) aanstellen van een **zorgcoördinator** om de overgang te begeleiden en continuïteit te voorzien; 5) **systematische opvolging en ondersteuning** na de transitie om terugval te voorkomen (bv. peer support groepen, regelmatige telefonische check-in); en 6) **duidelijke processen en rollen** voor medicatiebeheer en overdracht van medicatiebeheer aan eerstelijnszorgverleners (huisarts of apotheker).

Een **efficiënte informatiedeling** tussen ggz en de eerste lijn is belangrijk, en kan bevorderd worden door **gestandaardiseerde rapportages, bijvoorbeeld via het EPD** (Blasi et al., 2021; Kim et al., 2023). Belangrijke ondersteunende strategieën zijn het **opleiden van zorgverleners in transitieplanning** en het **evalueren van het transitieproces** via regelmatig overleg en feedback door zorgverleners als patiënten (Blasi et al., 2021; Kim et al., 2023).

Duidelijke **structurering van transities** faciliteren het proces, zoals **formele afspraken** over transitie-criteria en een stapsgewijze aanpak van transfers, **casemanagement** en **co-management afspraken** die de verantwoordelijkheden na de transitie verduidelijken. Tot slot spelen **ondersteunende structuren** een rol, met name sterk leiderschap dat transitieplanning aanmoedigt en (financiële) ondersteuning voor de implementatie van transitie-ondersteunende initiatieven (Kim et al., 2023).

2.5 Transitie naar volwassenen-ggz voor jongeren in de transitieleeftijd

2.5.1 Drempels

De gerapporteerde drempels zijn een gebrek aan ervaring met elkaars werkwijze en zorgsysteem tussen zorgverleners van volwassenen-ggz en jeugd-ggz, aparte financiering, onduidelijke klinische verantwoordelijkheden tijdens de transitie, en een andere ‘zorgcultuur’ waarbij jeugd-ggz meer een gezinsaanpak hanteert en volwassenen-ggz vaak meer individueel gericht is (Embrett et al., 2016).

2.5.2 Succesfactoren en hefbomen

Succesfactoren zijn de **proactieve planning en transitiegericht overleg** voorafgaand aan de transitie. Hierbij is een **duidelijke verdeling van rollen en verantwoordelijkheden in het zorgplan** nodig (Embrett et al., 2016; Markoulakis et al., 2023). Daarnaast is het van belang om **holistische ondersteuning** te bieden **op maat van de jongere** en dit met de nodige **flexibiliteit** (Markoulakis et al., 2023). Dit houdt in dat er rekening wordt gehouden met de **unieke ontwikkeling en transitiegereedheid van de jongere**, in plaats van een strikte leeftijdsgrens te hanteren om de overgang naar volwassenenzorg te bepalen. **Continue betrokkenheid van het gezin** tijdens het proces is wenselijk, gezien er in volwassenen-ggz traditioneel minder aandacht is voor de gezinscontext dan in jeugd-ggz.

Tot slot faciliteert **educatie** de transitie, zowel via de opleiding van zorgverleners in transitiegerichte zorg als het versterken van de jongere en familie door middel van educatie over het transitieproces (Embrett et al., 2016; Markoulakis et al., 2023).

2.6 Samenwerking tussen actoren voor personen met een acute psychische zorgnood

2.6.1 Drempels

Drempels inzake samenwerking zijn een hoge werkdruk, het gebruik van andere IT-systemen en het gebrek aan stabiele gezamenlijke financiering.

2.6.2 Succesfactoren en hefbomen

Facilitators van samenwerking zijn efficiënte digitale informatiedeling en communicatie met een gedeeld IT-systeem, gedeelde besluitvorming met de patiënt en diens netwerk, een gemeenschappelijk begrip van wat crisis(zorg) inhoudt en leiderschap dat samenwerking en teamwerking binnen en buiten de organisatie stimuleert.

De manier waarop de samenwerking vorm krijgt in de praktijk kan heel verschillend zijn, doch werden verschillende **strategieën geïdentificeerd om een effectieve samenwerking** tussen crisiszorginstanties vorm te geven:

- **Co-locatie, co-respons en gezamenlijke beoordeling**, i.e. een model waarbij professionals uit verschillende disciplines in hetzelfde gebouw zitten en/of samen reageren op crisissituaties, bv. een agent en een ggz-medewerker die gezamenlijk uitrukken voor een crisisinterventie. Dit kan ter plaatse ('straat triage') of op afstand (bv. via videocall) gebeuren. Gezamenlijke beoordeling omvat een evaluatie en risico-inschatting van de crisissituatie door meerdere professionals, en het gezamenlijk besluiten welke zorg of interventie nodig is.
- **Netwerking, gezamenlijke training, 'job shadowing'** (i.e. waarbij personeel van de crisiszorg-instantie tijdelijk meeloopt met een partnerinstantie);
- **Regelmatige bijeenkomsten** tussen instanties in het crisiszorgsysteem;
- Duidelijke rol- en taakverdeling in het crisiszorgsysteem;
- **Zorgcoördinatoren en 'crisissysteemnavigators'** met kennis van het hele crisiszorgsysteem, om de persoon bij overgangen binnen het crisiszorgsysteem te ondersteunen.

Effectieve samenwerking tussen instanties kan gestroomlijnd worden door de implementatie van **één contactpunt of toegangspoort** ('single point of access') waarbij het **doorverwijsproces van diensten door meerdere instanties gebundeld** wordt, bijvoorbeeld via één telefoonnummer voor crisiszorg van samenwerkende diensten. De effectiviteit van de toegangspoort is afhankelijk van medewerkers met kennis van het gehele crisissysteem, die zorgvragers kunnen verbinden met de geschikte dienst voor hun noden en de crisiszorg kunnen coördineren. Zodra iemand in de zorg is, moet de verdere begeleiding best verlopen via een enkel vertrouwd aanspreekpunt.

Dit model wordt best ondersteund door **triagetools** die voor de verschillende instanties duidelijk zijn en gekoppeld zijn aan de beschikbare diensten (bv. criteria voor indicatiestelling en toegang tot diensten). Het gebruik van beslissingsondersteunende tools zorgt voor een accurate identificatie van de urgentie en de noden, en zorgt voor minder onenigheid over de verdeling van de verantwoordelijkheden.

Coproductie en co-design van samenwerkingen en opleiding in de crisiszorg, samen met zorggebruikers en andere stakeholders, zorgt voor **meer erkenning en waardering van de crisiszorg**. **Co-respons modellen met parallelle beoordeling** zorgen voor een snellere, meer holistische en accurate beoordeling en vermijden dat de zorgvrager verschillende keren hetzelfde verhaal moet vertellen. Daarnaast speelt een **coördinator of systeemnavigator** als vertrouwde sleutelfiguur een belangrijke rol in het verhogen van de tevredenheid en het vertrouwen van zorggebruikers, en faciliteren deze de overgangen tussen diensten

Een **evenwichtige beleidsaanpak** is essentieel: beleid moet de **coördinatie en strategische doelen ondersteunen**, maar tegelijkertijd voldoende **lokale flexibiliteit toelaten** zodat crisisdiensten kunnen inspelen op de specifieke behoeften van de populatie.

Op niveau van interactie met patiënten en zorgverleners is **compassievol reageren** (o.a. erkennen van de urgentie en toelichten van proces) een belangrijke voorspeller van positieve uitkomsten in crisiszorg. Een voorwaarde is dat **zorgverleners zelf ook ondersteund** worden, o.a. door compassievolle leidinggevenden, voldoende inspraak en gedeelde waarden.

2.7 Samenwerking tussen actoren voor doelgroep EPA met middelenstoornis

2.7.1 Succesfactoren en hefbomen

De zorg voor de doelgroep EPA met middelengebruik vereist bovenal een gedeelde verantwoordelijk. Een gecoördineerde samenwerking zorgt immers voor continue en consistente zorg met gemeenschappelijke doelen tussen zorgverleners.

Succesfactoren van deze samenwerking zijn de beschikbaarheid van **een formele leider** of trekker voor de doelgroep dubbeldiagnose die die interprofessionele samenwerking en case-overleg ondersteunt en relaties met externe organisaties onderhoudt; de implementatie van **duidelijke zorgprotocollen** die de zorgcoördinatie en verwijspaden beschrijven; vrijgemaakte tijd in het schema van zorgverleners specifiek om te besteden aan de samenwerking; en **effectieve communicatie met gedeelde IT-systemen en zorgoverleg**.

Deze succesfactoren kunnen samengevat worden in 11 programmatheorieën die ontwikkeld werden:

1. **'No wrong door'**: de dienst die als eerste contact komt met de doelgroep, neemt de verantwoordelijkheid, biedt de eerste ondersteuning en beoordeelt de zorgvraag- en nood;
2. Een **empathische en niet-oordelende houding** van zorg- en hulpverleners tegenover de doelgroep;
3. Samenwerking met heldere processen, coördinatie en casemanagement;
4. **Goede kennis van betrokken zorgverleners** over verslavingen en middelen, al vanaf de opleiding;
5. **Voortdurende professionele ontwikkeling, training** (bv. inzake motiverende gespreksvoering) en supervisie;
6. Sterk leiderschap;
7. **Netwerkmogelijkheden** voor de ontwikkeling van zorgpaden;
8. **Gecoördineerde zorgpaden** tussen verschillende diensten;
9. **GGZ als primaire setting** met simultane zorg voor geestelijke gezondheid en verslaving;
10. Doorlopende evaluatie en kwaliteitsverbetering;
11. **Investeren in personeel** met de juiste vaardigheden en waarden.

Een open houding kan gepromoot worden door **samenwerkingsinitiatieven** op te zetten en in te zetten op **attitudes van werknemers**. Een gemeenschappelijke praktijkvoering kan bevorderd worden door het regelmatig samenkomen van professionals die met de doelgroep in aanraking komen, bijvoorbeeld voor casusbesprekingen en supervisie. De opgedane kennis wordt teruggekoppeld naar de eigen organisaties. Link- en liaisonwerkers bieden eveneens supervisie aan collega's om hen te ondersteunen in de omgang met de doelgroep, maar hebben zelf ook baat bij supervisie nodig van specialisten.

3 Discussie

We bespreken eerst de reikwijdte en beperkingen van de gehanteerde methodologie en de geïncludeerde reviews. Vervolgens vatten we de kernbevindingen samen in een beknopte conclusie, en maken we een overzicht van de overkoepelende drempels en facilitators (i.e., succesfactoren en hefbomen) die (intersectorale) samenwerking voor het bevorderen van de toegankelijkheid van de ggz respectievelijk belemmeren of ondersteunen.

3.1 Reikwijdte en beperkingen van de literatuurstudie

De literatuurstudie beschrijft de bevindingen inzake samenwerking om de toegankelijkheid van ggz te verhogen op basis van een overkoepelde review van 22 reviews ('umbrella review') die diverse concepten behandelen, welke door de onderzoekers werden ondergebracht in zeven thematische clusters. Deze aanpak heeft als voordelen dat het op een efficiënte manier een **breed overzicht en uitgebreide synthese** biedt van bestaande reviews van reeds samengebrachte studies. Dit laat ook toe om overeenkomsten en tegenstrijdigheden tussen reviews te identificeren, waarbij de **evidentie voor overeenkomstige bevindingen robuuster** is.

Er zijn echter ook nadelen verbonden aan de aanpak. Ten eerste gaat er **detail verloren**, vooral inzake de specifieke resultaten en methodologie van de oorspronkelijke studies, gezien de reviews verschillende studies samenvatten. De heterogeniteit tussen de reviews maakt het ook **uitdagend om eenduidige conclusies te trekken**. Een umbrella review is ook **afhankelijk van de kwaliteit van onderliggende reviews**, die op hun beurt afhankelijk zijn van de onderliggende studies. Er werd besloten om de kwaliteit van de reviews niet systematisch te beoordelen. Van de 21 geïncludeerde reviews, beoordeelden 10 reviews de kwaliteit van de primaire studies. De kwaliteit van de primaire studies is over het algemeen gemengd, maar overwegend matig.

De reviews beschrijven studies uit de internationale literatuur, met name in hoge-inkomenslanden. Veel studies vonden plaats de VS, met name de reviews over collaborative care, gezien collaborative care modellen daar ruimer geïmplementeerd zijn. Een **genuanceerde vertaalslag naar de Belgische en Vlaamse context** is nodig.

Wat betreft de inhoud van de reviews, blijken vooral integratie van ggz en collaborative care goed onderzocht. Andere concepten, zoals centrale aanmelding en patiëntnavigatie, zijn relatief recent en minder goed onderzocht, waardoor de evidentie beperkter is. Tot slot zijn sommige **belangrijke concepten in dit onderzoeksproject onderbelicht** gebleven in de literatuurreview. Er is amper onderzoek gevonden over afgebakende regionale of lokale netwerken van ggz-aanbieders en andere relevante actoren in zorg en welzijn, zoals wij deze kennen als gg-netwerken. De meeste reviews doen eveneens geen uitspraken over de impact van de samenwerkingen voor specifieke underserved groepen. Ook de aandacht voor outreach en vindplaatsgericht werken en de samenwerking met welzijnsdiensten en met de informele context is, op enkele uitzonderingen na, vaak beperkt.

Toegankelijkheid is een complex en multidimensionaal concept, waardoor het een uitdaging is om het op een eenduidige manier te meten. Dit draagt bij aan de **beperkte hoeveelheid onderzoek naar de effectiviteit** van samenwerkingsmodellen en -praktijken inzake het verbeteren van de toegankelijkheid van de ggz. Veel van de geïdentificeerde reviews zijn **voornamelijk beschrijvend** en bieden een overzicht van de literatuur en de verschillende elementen en principes van de samenwerkingsmodellen- en praktijken (scoping reviews), maar doen slechts impliciete of beperkte uitspraken over de effectiviteit op het gebied van toegankelijkheid. Daarnaast bevatten geen enkele van de reviews een meta-analyse, waardoor kwantitatieve conclusies niet mogelijk zijn. De auteurs van de reviews concluderen dan ook vaak dat er positieve effecten zijn en de samenwerking veelbelovend is, maar dat meer hoogkwalitatief en gecontroleerd onderzoek nodig is om sterke conclusies te maken over de effectiviteit.

3.2 Algemene conclusie van literatuurstudie

Op basis van de inhoudelijke focus van de onderzochte reviews werden zeven thematische clusters geïdentificeerd om de toegankelijkheid van de ggz via (intersectorale) samenwerking te verbeteren. Hoewel deze clusters afzonderlijk beschreven worden, delen ze gelijkaardige elementen en principes. Beleidsmatig kunnen de verschillende modellen en praktijken complementair worden ingezet.

De grootste cluster betreft de **integratie van de ggz met andere zorgvormen en diensten**, vaak binnen de eerstelijnszorg. Het gaat hierbij om inbedding van ggz-diensten of structurele en nauwe samenwerking onder eenzelfde organisatorisch kader en/of met gemeenschappelijke infrastructuur of elementen, bijvoorbeeld via co-locatie, gedeelde teams, gezamenlijke zorgplannen of gedeelde IT-systemen. Collaborative care is een vaak beschreven vorm hiervan. Geïntegreerde ggz verbetert de toegankelijkheid en kwaliteit van ggz, kan zorgen voor een vroegere detectie van gg-noden en bevordert de communicatie en samenwerking tussen sectoren, ook voor underserved groepen.

Daarnaast is er **patiëntnavigatie**, een ondersteunende praktijk waarbij een navigator (bv. een ggz-professional, ervaringswerker of multidisciplinair team) zorgvragers actief begeleidt om hun weg te vinden binnen het ggz-landschap door drempels aan te pakken. Hoewel de evidentie nog beperkt is, tonen studies aan dat dit als positief ervaren wordt, de betrokkenheid van patiënten verhoogt en bijdraagt aan continuïteit van zorg. Een derde cluster is **centrale aanmelding**, waarbij de aanmelding van zorgvragers (door zichzelf of door een verwijzer) via een enkel fysiek, telefonisch of digitaal punt verloopt. Door middel van vraagverheldering en triage worden ze doorverwezen naar de meest gepaste zorgvorm. Dit model structureert de instroom in de ggz en zorgt ervoor dat zorg beter afgestemd is op de hulpvraag, wat de efficiëntie van ggz ten goede komt. De systemen overlappen deels en kunnen elkaar aanvullen: een centrale aanmelding kan de toegang tot ggz structureren, terwijl patiëntnavigatie de zorgvrager op een persoonsgerichte manier ondersteunt bij het doorlopen van het zorgtraject, ook na de intake.

Een vierde cluster richt zich op **transities tussen zorgniveaus**. Geïntegreerde zorgplanning (het samenbrengen van betrokken ggz-actoren, eerstelijnsactoren en zorgvragers en naasten om gezamenlijke doelen vast te stellen op verschillende domeinen) en goede informatiedeling bevorderen de zorgcontinuïteit tijdens overgangen. Elementen van transitie-gerichte praktijken zijn o.a. gedeelde besluitvorming, zorgcoördinatie en sociale steun. Een vijfde cluster gaat specifiek over **de transitie van jeugd-ggz naar de volwassenen-ggz**. Deze transitie wordt versterkt door samenwerking tussen de jeugd- en volwassenen-ggz, onder meer via proactieve planning en transitiegericht overleg met goede informatiedeling tussen de systemen. Verschillende concrete praktijken zetten hierop in, zoals een periode van parallelle zorg door beide systemen en de inzet van een transitiewerker die mee de brug slaat tussen de zorgsystemen.

Voor personen met **een acute psychische zorgnood** is goed georganiseerde samenwerking tussen ggz, welzijn, spoedzorg, handhaving en andere sectoren van groot belang. Via o.a. colocatie, gedeelde inschatting van en respons crisissituaties, gezamenlijke netwerken en crisissysteemnavigators wordt ingezet op een goed gecoördineerd crisissysteem waarbij personen met acute gg-noden opgevangen en begeleid worden tot de juiste zorg, ongeacht hun profiel of waar ze zich melden ('no wrong door'). Tot slot is er de cluster rond de **doelgroep met een EPA en een comorbide middelenstoornis**. Hier staat samenwerking tussen ggz en verslavingszorg centraal, via multidisciplinaire netwerken of groepen die zorgpaden coördineren, interne linkwerkers en externe liaisonwerkers uit dubbeldiagnoseteams. Belangrijke principes zijn de gedeelde verantwoordelijkheid voor de doelgroep, gezamenlijke besluitvorming, met ook hier het 'no wrong door'-principe als belangrijke afspraak in de samenwerking.

De verschillende reviews tonen aan dat het versterken van de toegankelijkheid en continuïteit van de ggz vraagt om **multidisciplinaire, geïntegreerde, en mensgerichte aanpakken over de schotten van sectoren en zorgniveaus heen**. Het inzetten op structurele verbindingen tussen systemen en actoren, afgestemd op de noden van diverse doelgroepen en met extra aandacht voor de meest kwetsbare groepen, is hierbij essentieel. In wat volgt, worden respectievelijk de overkoepelende drempels en facilitators (i.e., hefbomen en succesfactoren) besproken.

3.2.1 Overkoepelende drempels van samenwerking om de toegankelijkheid van de ggz te verbeteren

Overkoepelende drempels zijn factoren die niet binnen één organisatie of setting liggen, maar eerder de samenwerking of implementatie van samenwerkingspraktijken voor het bevorderen van toegankelijkheid van de ggz belemmeren.

Volgende drempels worden op basis van de literatuurstudie beschouwd als transversale drempels:

- **Gebrek aan tijd en middelen specifiek voor samenwerkingen**

  De beperkte middelen (financiering, personeel, IT…) en hoge druk in veel sectoren maakt dat er weinig ruimte is om te investeren in samenwerkingen. Samenwerking vraagt tijd om elkaar te leren kennen en af te stemmen, maar dit wordt slechts beperkt structureel voorzien in planningen of financiering.

- **Sectorale schotten en 'territorialiteit'**

  De ggz wordt vaak als een aparte wereld gezien, met een andere werking en financierings-mechanismen dan somatische zorg of eerstelijnszorg. Dit leidt tot gevoelens van territorialiteit waarbij organisaties en sectoren hun eigen domein bewaken en waarbij ggz niet als gedeelde verantwoordelijkheid wordt gezien, waardoor er een afschuiving van zorg kan ontstaan.

- **Onvoldoende of laattijdige communicatie tussen actoren of sectoren, met onduidelijke rolverdelingen.**

  De communicatie tussen zorgactoren verloopt vaak moeizaam of vertraagd. Dit zorgt er mede voor dat het onduidelijk is wie welke rol opneemt in de zorg of dat hierin meningsverschillen ontstaan. Dit kan bijvoorbeeld het geval zijn bij overgangen tussen zorgniveaus, bv. bij de verwijzing van of na een psychiatrische opname. Hierdoor kan verwarring ontstaan over de klinische verantwoordelijkheid of kan er een breuk in de zorgcontinuïteit ontstaan.

- **Privacy en juridische obstakels, die leiden tot beperkingen in informatiedeling**

  Vooral bij intersectorale samenwerking tussen organisaties doen zich obstakels voor op het gebied van privacy en juridische kaders, die de mogelijkheden tot uitwisseling van informatie bemoeilijken of beperken.

- **Gebrek aan zelfvertrouwen en/of kennis en competenties bij niet-ggz professionals**

  Niet-ggz professionals, zoals huisartsen en welzijnswerkers, missen soms de kennis, competenties of het zelfvertrouwen om personen met geestelijke gezondheidsnoden goed te ondersteunen en toe te leiden in het versnipperde zorglandschap.

- **Bezorgdheden bij ggz-actoren voor toename in (ongepaste) doorverwijzingen door intersectorale samenwerking**

  Als het gaat om systemische integratie tussen de ggz en non-klinische actoren, zijn er bezorgdheden bij ggz-actoren dat intersectorale samenwerking kan leiden tot een toename van (ongepaste) doorverwijzingen.

- **Capaciteit bij verwijsmogelijkheden**

  Bij verwijzing naar een andere actor botsen zorgverleners vaak op wachtlijsten. Een gebrek aan capaciteit bij andere organisaties belemmert dus de samenwerking en maakt het moeilijk om een tijdig en passend hulpaanbod te organiseren.

- **Specifieke drempels tussen jeugd-ggz en volwassenen-ggz**

  De overgang van jeugd- naar volwassenen-ggz brengt bijkomende uitdagingen met zich mee. De actoren uit beide sectoren zijn vaak onvoldoende vertrouwd met elkaars systeem. Er is sprake van een andere zorgcultuur: waar jeugd-ggz meer een gezinsaanpak heeft, ligt de focus in de volwassenen-ggz meestal op het individu. Ook is er meestal een aparte financiering voor jeugd-ggz en volwassenen-ggz. De overgang is vaak te rigide vanaf 18 jaar. Dit vraagt om samenwerking tussen systemen.

3.2.2 Overkoepelende succesfactoren en hefbomen van samenwerking om toegankelijkheid van ggz te bevorderen

Overkoepelende succesfactoren en hefbomen zijn voorwaarden, mechanismen of acties die bijdragen aan samenwerking om de toegankelijkheid van ggz te bevorderen. Op basis van de literatuurstudie worden de volgende elementen beschouwd als overkoepelende facilitators van samenwerkingen die gericht zijn op het verbeteren van de toegankelijkheid van de ggz:

- **Wederzijdse uitwisseling en vertrouwen**

  Het is belangrijk dat betrokken partners en sectoren elkaar goed leren kennen en zo wederzijds vertrouwen opbouwen. Dit kan via formele of informele netwerkmomenten waar men expertise kan uitwisselen. Een specifiek voorbeeld is wisselleren, waarbij de zorgverleners meelopen bij een andere organisatie om de werking in de praktijk te leren kennen.

- **Opleiding en ondersteuning van zorgverleners**

  De zorgverleners dienen goed opgeleid en getraind te zijn rond samenwerking, gedeelde besluitvorming, enzovoort. Voor eerstelijnszorgverleners is een goede basiskennis van ggz belangrijk om de doelgroep goed te ondersteunen. Daarnaast is het ook essentieel dat de

zorgverleners terecht kunnen voor advies of ondersteuning inzake de zorg voor personen met psychische noden.

- **Inzet en verdeling van (financiële) middelen en personeel**

  Er is nood aan voldoende inzet van (financiële) middelen en personeel door zowel overheden als organisaties. Ook de verdeling van middelen en personeel is cruciaal en dient in verhouding te zijn met de zorgbehoefte in de populatie.

- **Evenwichtig beleid**

  Er is door de overheden een beleidsmatig evenwicht tussen centrale sturing en ondersteuning voor strategische doelstellingen, en lokale autonomie en flexibiliteit voor de invulling van die doelen. Zo kan er rekening worden gehouden met de contextspecifieke uitdagingen en is er ruimte voor innovatie.

- **Sterk en verbindend leiderschap**

  Er is nood aan sterk en verbindend leiderschap en management dat (intersectorale) samenwerking binnen en buiten de organisatie actief motiveert. Dit zorgt voor een organisatiecultuur die samenwerking als onderdeel van goede zorg ziet en pakt institutionele of culturele drempels in organisaties aan.

- **Colocatie**

  Colocatie, waarbij professionals uit verschillende organisaties of sectoren op dezelfde locatie werken, bevordert (intersectorale) samenwerking. De fysieke nabijheid zorgt voor vlottere communicatie en afstemming. Colocatie van ggz-diensten in settings waar personen komen voor niet-ggz-vragen (bv. centra in de eerste lijn of sociale werkingen) verlagen de drempel tot ggz.

- **Zorgcoördinatie en casemanagement**

  Zorgcoördinatie zorgt voor continuïteit in het zorgtraject wanneer meerdere actoren betrokken zijn, in het bijzonder bij personen met meer complexe en langdurige noden in verschillende levensdomeinen. Er is een centrale persoon die het aanspreekpunt is voor de zorgvrager, het zorgtraject mee begeleidt en zorgt voor goede communicatie en afstemming tussen de betrokken actoren en de zorgvrager en naasten. Hoewel er in de literatuur meestal geen of beperkt onderscheid wordt gemaakt met casemanagement, wordt dit vooral ingezet in vastgelopen situaties, waarbij een externe en neutrale casemanager het zorgteam ondersteunt en waar nodig bemiddelt[13].

- **Gedeelde zorgplannen**

  Een duidelijke verdeling van rollen en verantwoordelijkheden die beschreven staat in een gedeeld zorgplan vermijdt dat bepaalde verantwoordelijkheden niet worden opgenomen of dat er een overlap in rollen is.

- **Efficiënte gestandaardiseerde informatiedeling met gedeeld IT-systeem**

  Een gestroomlijnde elektronische informatiedeling, idealiter in de vorm van een gedeeld EPD, zorgt voor transparante informatiedeling en communicatie en beperking van administratie. Zo krijgen zorgverleners een vollediger beeld van de zorgvrager.

---

13 Onderscheid volgens het project geïntegreerde zorg Empact: https://www.eerstelijnszone.be/zorgcoordinatie

- **Financiële integratie bij integratie van ggz en verwante diensten**

  Bij integratie tussen de ggz en andere diensten stimuleert een geïntegreerd budget de gezamenlijke doelstellingen en gedeelde verantwoordelijkheid.

- **Gebruik van protocollen, criteria en ondersteunende tools**

  Kwaliteitsvolle protocollen, duidelijke criteria en beslissingsondersteunende tools bieden duidelijkheid aan zorgverleners en verhogen de standaardisatie van zorg. Dit kan bijvoorbeeld de triage ondersteunen, of kan signaleren wanneer transitie wenselijk is.

- **Permanente evaluatie van de samenwerking en processen**

  Door regelmatig de samenwerking en de processen te evalueren, bijvoorbeeld via overleg of door feedback te verzamelen bij zorgvragers en betrokkenen, kan men de drempels aanpakken en de werking optimaliseren. Dit draagt bij aan transparantie en kwaliteitsverbetering.

- **Bundelen van processen van verwante diensten**

  De bundeling van processen bij verwante diensten kan voor efficiëntie zorgen, bv. één telefoon-nummer voor verwante diensten of verwante hulpvragen. Dit maakt het eenvoudiger voor zorgvragers en verwijzers om gepaste zorg te zoeken, en vermijdt dat men verschillende instanties moet contacteren.

- **Een gedeeld strategisch plan voor systemische (intersectorale) ggz-integratie**

  Een strategisch plan voor intersectorale integratie op systeemniveau zorgt voor een gedeelde visie, wederzijds begrip tussen sectoren en een gestructureerde aanpak van samenwerking. Door gezamenlijke doelstellingen en monitoring van de gezamenlijke dienstverlening wordt de meerwaarde van de samenwerking duidelijk.

- **Gedeelde besluitvorming**

  Het betrekken van zorggebruikers en hun naasten in het besluitvormingsproces bevordert doelgerichte en herstelgerichte zorg, en maakt dat de zorg als meer toegankelijk wordt ervaren.

- **‘No wrong door’ systeem met gedeelde verantwoordelijkheid**

  Een samenwerkingsverband met een ‘no-wrong-door’ principe houdt in dat de dienst waarbij de persoon hulp zoekt, de verantwoordelijkheid neemt om de persoon actief te begeleiden naar een passende dienst. Vooral in acute zorg of voor zorg voor doelgroepen met complexe zorgnoden is het belangrijk dat niemand uit de boot valt en dat diensten personen niet zomaar kunnen weigeren zonder verdere opvolging. In een no-wrong-door systeem coördineren verschillende organisaties hun aanbod zodat er geen ‘gesloten deuren’ zijn.

Hoofdstuk 4
Resultaten van de focusgroepen over de praktijkvoering in Vlaanderen

In maart 2025 werden drie focusgroepen georganiseerd met in totaal 27 deelnemers, waaronder gg-netwerkcoördinatoren en professionals uit diverse zorg- en welzijnssectoren met expertise in toegankelijkheid en intersectorale samenwerking in de ggz. De focus lag op het verkennen van de huidige praktijkvoering, drempels en randvoorwaarden van (intersectorale) samenwerkingen die de toegang tot ggz bevorderen. Dit hoofdstuk beschrijft de resultaten van de thematische analyse.

1 Thema 1: Toegankelijkheid als veelzijdig begrip

Als openingsvraag in de focusgroepen werd aan de deelnemers gevraagd wanneer een interventie ter verbetering van de toegang tot de ggz volgens hen als succesvol kan worden beschouwd. Daarbij kwamen alle dimensies van het model van Levesque et al. (2013) aan bod, maar vooral gepastheid en laagdrempeligheid werden benadrukt. Zowel voor zorggebruikers als verwijzers is het versnipperde zorglandschap een drempel. De deelnemers van de focusgroepen formuleerden verschillende strategische doelstellingen die inzetten op een verbeterde toegankelijkheid van de ggz. Een eerste mogelijke verbetering omvat de **vereenvoudiging van het zoekproces**, en dat zorgvragers niet bij meerdere organisaties hun verhaal moeten doen. Een belangrijke strategische doelstelling van de verbetering van toegankelijkheid volgens de deelnemers is de **gepastheid van de toeleiding**: dat men naar een zorgvorm wordt verwezen die past bij de zorgbehoefte, waarbij deelnemers verwijzen naar 'matched care'.

---

*Ik ga het samenvatten als **'als de mensen beter hun weg vinden naar aanbod dat er is'**. Er is heel veel, maar je moet het maar weten. En dan **sneller en beter** geholpen worden, dus sneller is vooral naar de **wachtlijsten** toe, en het beter is **'de juiste zorg op het juiste moment'**. (ervaringswerker)*

*En ook de **geschiktheid** van de interventie. Nu stellen we vast dat het voor patiënten, burgers, verwijzers ook zoeken is in het algemene landschap en zich dan moeten afvragen 'heb ik een welzijnsvraag, of een ggz-vraag, of een VAPH-vraag?'. En eigenlijk vinden we dat die toegankelijkheid ook betrekking heeft dat er eigenlijk **snel een goede inschatting kan gebeuren en een goede verwijzing**. Dat het niet een model is waar dat iemand **op 25 deuren telkens moet gaan aankloppen en zijn verhaal opnieuw moet doen**. (netwerkcoördinator)*

Het werd eveneens duidelijk dat toegankelijkheid vanuit meerdere perspectieven bekeken kan worden: zorggebruikers en naasten, zorgverleners en verwijzers, en het populatieperspectief. Hoewel bepaalde facetten van toegankelijkheid in het ene perspectief sterker naar voren komen dan in het andere, zijn de drie niet strikt te scheiden. Een eerste perspectief is dat van de **zorggebruikers en hun naasten**. Daarbij werd het belang benadrukt van hun **betrokkenheid** bij het onderzoeken welke zorg het meest

passend is. Sommige mensen hebben niet meteen een heldere ggz-vraag, en dat vraagt om een **zorgzame aanpak** die ruimte biedt om de vraag samen te verkennen. Dit betekent dat het **tempo van de zorgvrager** gerespecteerd wordt, en dat er ook aandacht is voor wat op dat moment wél al helpend kan zijn, eventueel in andere levensdomeinen dan het psychisch functioneren. Dit relateert aan **vraaggestuurde en holistische** hulp.

---

*Je kan natuurlijk aan antwoord bieden op een **vlotte en een snelle manier**, maar als dat antwoord niet **geschikt** is of niet op de **juiste manier** wordt gegeven, niet vanuit een **participatief oogpunt** wordt gebracht, dan gaat dat vermoedelijk ook niet als toegankelijk aanvoelen voor de verwijzer en de burger.*
(netwerkcoördinator)

*Sommige groepen hebben ook nog niet direct een hulpvraag op een bepaald moment. En dan eigenlijk toch wel iemand die dat mee kan blijven vasthouden en dat wat kan faciliteren om die hulpvraag wel toch meer te concretiseren, en dan **op het juiste moment wel de stap te zetten naar die toegankelijke zorg**. Dus het **ritme van de cliënt, de burger, of de patiënt, daarin ook wat volgen**. En niet zeggen van 'die geraakt er niet, het is nochtans bereikbaar genoeg'. Maar eigenlijk ook **temporiseren en wachten, bekijken van 'wat helpt er nu wel al?'**.*
(netwerkcoördinator)

Een tweede perspectief is dat van **zorgverleners en verwijzers**. Voor zorgverleners houdt toegankelijkheid van zorg ook in dat er **goed kan worden samengewerkt en geschakeld** waar nodig, zodat de zorg gedeeld kan worden. Essentieel hierbij is **wederzijds vertrouwen**, **kennis en gelijkwaardigheid** van zorgactoren in de regio. Toegankelijke zorg door gedeelde zorg betekent ook dat men buiten de organisatorische grenzen kan en mag werken, en samen zorg kan bieden die beter aansluit bij de noden van de cliënt. Dit wordt ook verbonden aan het **draagbaar houden van de zorg voor zorgverleners**, in het bijzonder bij complexe casussen waarbij expertise in verschillende domeinen vereist is.

---

*Succesvol is ook als je **lokaal elkaar ook veel beter kent waardoor je veel gemakkelijker kunt schakelen naar elkaa**r. […] Ik denk dat je alleen maar vraaggestuurd kunt werken als je die schakels kent. […] En ik denk dat dat net ook iets heel succesvol is wat, zeker met de complexiteit die alleen maar toeneemt op casusniveau, ook een heel **belangrijke is voor hulpverleners om het te kunnen blijven dragen**. (netwerkcoördinator)*

*Het **'samen doen'** en dat we de schotten die er tussen al de zorgorganisaties zijn, dat we die wat kunnen overstijgen en wat buiten de lijnen kunnen kleuren, maar daardoor eigenlijk de handen in elkaar slaan en **betere zorg creëren**. […] Dat is elementair noodzakelijk, om elkaar **beter te leren kennen**, om dan ook elkaar **beter te kunnen vertrouwen**, om dan heel goede zorg samen te kunnen garanderen of kunnen doorschuiven naar elkaar, en dat ook elke partner vanuit*

*een **gelijkwaardigheid** voldoende moet kunnen betrokken worden. (coördinator extramurale zorg)*

Tot slot is ook het **populatieperspectief** van toegankelijkheid belangrijk. Dit houdt in dat op het niveau van de gehele bevolking de **prevalentie van unmet en overmet needs verlaagt**. Volgens de deelnemers speelt een goede **triage** hierin een cruciale rol: door mensen sneller naar de juiste plek te leiden, wordt de zorg **efficiënter** georganiseerd en kunnen **wachttijden afnemen** op termijn. Bovendien vraagt dit om **gerichte inspanningen om underserved groepen** te bereiken en rekening te houden met hun behoeften, om zo de gezondheidsuitkomsten binnen de populatie ook meer gelijk te maken. Voorbeelden hiervan die in de focusgroepen aan bod kwamen zijn onder meer om meer outreachend te werken en om herinneringen te sturen voor geplande afspraken om no-show te beperken.

*Bij ons in het netwerk, als we kijken naar de ambities op vlak van toegankelijkheid, dan zouden we graag op lange termijn een **daling zien van de unmet need** en een **verkorting of verdwijning van wachttijden** als een beoogd resultaat. En ook een verkorting van de tijd die er overheen gaat vooraleer mensen de stap naar hulpverlening zetten. (netwerkcoördinator)*

*Als we kijken naar de werkzame principes daarin […], dat bijvoorbeeld onze investering in het Kruispunt wel zorgt lokaal voor een **betere triage met een duidelijk meetbaar effect op wachttijden** of alleszins een **betere afstemming rond zorgvragen**, toeleiding, dus dat heeft dan te maken met het thema **zorgcontinuïteit**. (directie CGG)*

Ik denk als je uw populatie in de scope wilt hebben, dat je altijd moet kijken naar de diversiteit in uw populatie, en dat je daar met subgroepen zit die andere interventies vragen dan de standaardpopulatie. (netwerkcoördinator)

2 Thema 2: Praktijken inzake (intersectorale) samenwerkingen

Tijdens de focusgroepen werd gevraagd naar de **huidige praktijken inzake (intersectorale) samenwerking** die specifiek als doel hebben om de toegankelijkheid tot de ggz te verbeteren. Ieder netwerk heeft een uniek aanbod aan samenwerkingsverbanden, maar tegelijk blijken de netwerken gelijkaardige modellen te hanteren om de toegankelijkheid in de regio te versterken, al dan niet met een unieke invulling of samenstelling aan partners. Sommige samenwerkingen zijn gericht op de ruime groep zorggebruikers, terwijl andere zich richten op specifieke doelgroepen. In wat volgt worden de veel gebruikte praktijken toegelicht.

2.1 Centrale modellen voor ggz-hulpvragen

In verschillende regio's is een vorm van centralisatie van ggz-hulpvragen uitgebouwd waarbij een centraal aanspreekpunt gecreëerd wordt voor gg-gerelateerde hulpvragen. Centralisatie van ggz-hulpvragen biedt een **antwoord op de versnippering** van het zorg- en welzijnslandschap door een centraal punt te creëren **waar iedereen met psychische of psychosociale noden terecht kan**. Een belangrijk voordeel is de **eenvoud** die dit model biedt voor zowel zorgvragers, naasten als verwijzers. In de grote meerderheid van de praktijkvoorbeelden is deze centralisatie van ggz-hulpvragen geen strikte 'centrale aanmelding' maar kan er ook rechtstreeks worden aangemeld bij ggz-actoren, en vormen de centrale modellen dus niet de (enige) 'toegangspoort' tot de ggz.

Het belang van **mandaat** werd wel herhaaldelijk benadrukt: in centrale modellen is het een sterkte als de onthaalmedewerkers de bevoegdheid krijgen om rechtstreeks door te verwijzen naar deelnemende partnerorganisaties, zonder dat dan een nieuwe intake nodig is. Dit betekent een winst in **efficiëntie** en voor de zorgvrager is het belangrijk om **garantie op een zorgtraject** te hebben, in plaats van enkel een advies te ontvangen. Deze aanpak vraagt echter veel **vertrouwen** van de deelnemende organisaties, aangezien zij (een deel van) hun instroom uit handen geven. Vaak moet dat vertrouwen groeien in de beginfase van de samenwerking.

*Als je gaat kijken naar die centrale modellen, op welk niveau je die ook installeert, da's wel een belangrijke randvoorwaarde. […] De **garanties naar effectief toeleiding, naar een effectief zorgtraject**, dat het verder gaat dan louter een advies en 'hiermee kan je dan zelf terug op pad gaan'. (netwerkcoördinator)*

*Het belang van het mandaat, van te kunnen doorverwijzen naar elkaar. Dat is ook iets dat we opgenomen hebben met alle ggz-partners om dat **mandaat te kúnnen krijgen bij elkaar. Dat is echt een proces**. […] Maar het is wel **heel belangrijk, ook vanuit patiëntperspectief**. (procesbegeleider gedeelde zorg)*

We onderscheiden op basis van de focusgroepen drie soorten centrale modellen:

- Kruispuntwerkingen, per definitie intersectoraal met medewerkers uit verschillende organisaties;
- Een centraal aanmeldpunt of aanmeldteam voor ggz;
- Het geïntegreerd breed onthaal (GBO).

2.1.1 Kruispuntwerkingen

In verschillende gg-netwerken zijn **Kruispunten** uitgebouwd of zijn deze in volle ontwikkeling. Kruispuntwerkingen zijn lokale intersectoraal georganiseerde samenwerkingsverbanden die de expertise van de gespecialiseerde ggz combineren met de laagdrempeligheid en de brede vraagverheldering in de eerste lijn en het welzijnswerk. Deze worden meestal georganiseerd op het niveau van de eerstelijnszone.

Hoewel de focusgroepen niet als doel hadden om een volledig overzicht per regio te geven, kwamen er toch enkele provinciale verschillen naar voren. De provincies Antwerpen (netwerk *SaRA* en *Emergo*) en Limburg (netwerk *Reling* en *Noolim*) worden beschouwd als pioniers op het vlak van Kruispunt-

werkingen. In deze regio's bestaan er al meerdere Kruispunten met **vrije inloopmomenten**. Er is echter geen uniform Kruispuntmodel; de invulling varieert en is veelal **bottom-up gegroeid** op basis van de specifieke noden binnen een regio. De Kruispunten in Vlaams-Brabantse gg-netwerken zijn in ontwikkeling- en opstartfase. In Oost-Vlaanderen werkte een provinciale werkgroep aan een gedragen samenwerkingsovereenkomst. In West-Vlaanderen was nog geen Kruispunt actief.

Er zijn verschillende mogelijke elementen van Kruispuntwerkingen, waarbij een onderscheid wordt gemaakt tussen de **frontoffice en backoffice**. De frontoffice verwijst naar een fysiek inlooppunt waarbij zorgverleners van verschillende partners een onthaalfunctie opnemen (bv. vraagverheldering, screening, doorverwijzing). De backoffice omvat intersectorale afstemming en casusoverleg. Ook de **samenstelling van de partners varieert** per regio. **CGG** en **CAW** zijn in alle Kruispuntwerkingen kernpartners, en er kunnen ook eerstelijnspsychologen en medewerkers van psychiatrische ziekenhuizen, VAPH-voorzieningen, GBO-teams of andere organisaties betrokken zijn. Hun rollen verschillen: sommigen bemannen het onthaal actief, anderen werken meer achter de schermen of fungeren als doorverwijspartner.

---

*Met de Kruispunten, waar we daar vooral op inzetten is de **laagdrempeligheid** en het **één voordeur principe**. En daar is **iedereen welkom**. […] Of het nu gaat om een crisis bij wijze van spreken, of iets heel recent, lichte tot matige problematieken, dat kan eigenlijk allemaal daar landen. Hoewel **de uitstroom dan heel anders** is, maar dat is **niet iets waar de zorgvrager zich zorgen om moet maken.** (netwerkcoördinator)*

*Het concept van de **backoffice**, dat zijn regelmatige overlegmomenten waar dat de kernpartners van Kruispunten aanwezig zijn, maar ik wou toch even meegeven dat wij dat **openstellen eigenlijk voor iedereen die lokaal actief is**. Dus wij ontvangen daar ook huisartsen, straathoekwerkers, armoedeverenigingen tot psychiatrische ziekenhuizen die ontslagmanagement doen via zo'n backoffice. Dus op die manier proberen wij dat als een eenvoudig platform op te zetten dat lokaal regelmatig samenkomt en **openstaat voor iedereen** die eigenlijk rond **zorgcontinuïteit** zaken wil afspreken met andere lokale partners. (coördinator Kruispunt)*

Doordat zorgverleners uit verschillende sectoren samenwerken, wordt ook een **gedeeld intersectoraal perspectief** gecreëerd en kan er meer **holistische hulp** geboden worden. Dit houdt in dat er niet enkel oog is voor de gg-noden, maar ook voor meer **(psycho)sociale noden** die verbonden zijn met de gg-noden. Dit zorgt er ook voor dat actoren samen kunnen afstemmen wie wat opneemt, en er niet nodeloos wordt doorverwezen naar elkaar bij geval van twijfel of bij complexe casussen. De samenwerking zorgt ervoor dat lokale partners uit verschillende organisaties en sectoren elkaar en elkaars werking beter leren kennen, **expertisedeling**, en **meer vertrouwen en begrip**.

---

*Dat **'ons kent ons' lokaal**, en **'we zijn er voor elkaar'** en we zijn niet allemaal teams apart maar wij zijn **allemaal mensen die eigenlijk met dezelfde mensen werken**, dezelfde uitdagingen tegengekomen, een **iets andere expertise** daarin inzetten. Maar uiteindelijk: iedereen werkt vanuit zijn mens zijn. Voor mij staat dat*

*bijna op de eerste plaats, want **dat is ook wat uw burger voelt**.*
(netwerkcoördinator)

*Je hebt ieders eigen visie, maar doordat je daar een **gezamenlijke bril in creëert**, **ga je elkaar ook begrijpen**. Waar dat vroeger het CAW eerder zoiets had van 'hier is psychiatrische problematiek op de voorgrond dus we sturen naar CGG', en ze komen op de wachtlijst bij CGG, ze zijn aan de beurt en het is toch voor CAW. Gepingpong. Waarbij dat je nu echt wel merkt dat die gezamenlijkheid, en die gezamenlijke bril die je creëert naar casussen, dat je daar wel **openheid** in krijgt.*
(teamcoördinator CAW)

2.1.2 Centraal aanmeldingsteam

In netwerk GGZ Kempen bestaat er sinds de start van het netwerk een voor Vlaanderen vrij uniek centraal model: het centraal aanmeldteam (AMT). Het AMT is een **centraal contactpunt voor professionele verwijzers** (ggz en niet-ggz) die ondersteuning vragen voor volwassen personen met psychische noden. De ondersteuning bestaat uit advies, screening en indicatiestelling, waarna er kan worden toegeleid naar gepaste zorg. De intakemedewerkers zijn psychologen. Er zijn enkele recht-streekse mandaten voor doorverwijzing en er zijn zelfs enkele unieke mandaten (bv. doorverwijzing naar CGG verloopt enkel via het AMT). Echter zijn er geen rechtstreekse mandaten voor residentiële settings gezien dit als een medische verantwoordelijkheid gezien wordt, maar kan er wel een advies geformuleerd worden met een brief die de verwijzer kan gebruiken bij doorverwijzing naar een psychiatrisch ziekenhuis. Er kan eveneens korte ambulante crisishulp geboden worden door het AMT. De deelnemers uit netwerk Kempen vinden de **efficiëntie** van het model een grote meerwaarde. Voor ggz-actoren bieden de mandaten het voordeel dat er tijd en ruimte vrijkomt voor zorg, gezien de intake (deels) wordt opgenomen door het AMT. Een uitdaging is de beperkte keuzevrijheid voor verwijzers en zorgvragers: er wordt toegeleid naar de meest gepaste zorgvorm volgens de indicatie, maar dit strookt niet steeds met wat de zorgvrager voor ogen had (bv. sommige mensen willen zelf liever een residentiële opname wanneer wordt gestart met extramurale zorg). Tot slot zit het AMT op de grens tussen de eerste lijn en de ggz maar is het model **niet direct toegankelijk voor zorgvragers en naasten**. Dit maakt dat de zorgvragers en hun informele context afhankelijk zijn van professionals als verwijzer (bv. hun huisarts), wat een extra drempel kan vormen tot de ggz. We merken daarbij op dat de werking beïnvloed wordt door de beschikbaarheid van het achterliggende zorgaanbod. Bovendien lijkt het voor de deelnemers extra uitdagend wanneer deze werking plaatsvindt in een context met meerdere actoren van hetzelfde type, wat de afstemming en samenwerking complexer maakt.

*Vanuit een populatiebenadering levert dat **poortmodel** wel wat op naar efficiëntie en capaciteit. Maar het beperkt wel de **keuzevrijheid**. […]. Daar zit echt wel efficiëntiewinst op door het feit dat wij met een soort poortmodel daar wel wat werken, dat wil zeggen dat die ggz-partners dat niet meer moeten organiseren, dus naar **permanentie** dat een ggz-partner zelf moet organiseren, de **tijd voor intakes en assessment**. (netwerkcoördinator)*

*We hebben in ons netwerk een aanmeldingsteam en dat bestaat eigenlijk al van het begin van het netwerk. Die zijn geplaatst om enerzijds **advies en coaching** te bieden aan verwijzers, aan professionele context. Ze kunnen ook **screenen** en in de screening wordt telefonisch **contact opgenomen ook met de cliënt** […]. Om dan, als het nodig is, ook wel verder te kunnen **doorverwijzen** naar gerichte zorg. Er zijn een aantal **rechtstreekse mandaten**, onder andere naar CGG, een beetje naar de mobiele teams toe, naar dagbesteding en revalidatiecentrum. Maar er is ook gebleken dat doorverwijzingen naar echt de meer medische settings, residentiële settings, dat dat niet zo evident is om daar mandaat in te krijgen omdat dat toch wel een medische verantwoordelijkheid is. […] Het nadeel van het aanmeldingssysteem is, dat zit echt op de **grens tussen eerste lijn en ggz**, het is **niet toegankelijk voor cliënten en context van de cliënten**. (huisarts verbonden aan gg-netwerk)*

2.1.3 Geïntegreerd breed onthaal (GBO) (o.a. driehoeksgesprek)

Het GBO werd enkele keren vermeld als een **samenwerkingsverband** dat de toegankelijkheid tot de ggz verhoogt. Hoewel het GBO vertrekt van een brede generalistische aanpak en zich niet specifiek richt op ggz-vragen maar eerder het ruime scala aan welzijnsvragen en rechtenverkenning, is **gerichte doorverwijzing** een belangrijke pijler. Naast toeleiding is ook **samenwerking met de ggz** cruciaal: er wordt actief afgestemd en geschakeld tussen de GBO-actoren en de ggz-actoren om te bekijken welke zorgvorm geschikt is en hoe de zorg samen kan worden gedragen.

Tijdens de focusgroepen werd duidelijk dat er lokale verschillen zijn in de mate waarin het GBO samenwerkt met het gg-netwerk, gaande van miniem tot structureel. In een regio wordt er gewerkt met afspraken voor goede doorverwijzing, waarvan het *driehoeksgesprek* (i.e. overleg tussen de cliënt, GBO-actor en de ggz-actor) een goede praktijk vormt. Door ook praktische stappen zoals administratieve voorbereiding op te nemen en af te spreken waarvoor men nog bij het GBO terecht kan, wordt drempelverlagend gewerkt. Tot slot blijkt uit de praktijkvoorbeelden dat het GBO ook een partner is bij personen met zeer complexe noden, zoals bij dakloosheid of zorgmijding. Hier worden soms bestaande overlegstructuren met gespecialiseerde actoren, zoals netwerktafels ggz, geïntegreerd met het GBO-overleg, wat zorgt voor goede afstemming tussen de verschillende zorglijnen.

*Ik denk waar dat wij vooral de link zoeken naar de toegankelijkheid tot de ggz zit in het luik van de **doorverwijzing** waar dat wij eigenlijk drie fundamentele afspraken onderling tussen de partners [de mutualiteiten, het CAW en de lokale besturen binnen de eerstelijnszone] hebben gemaakt. […]. In de eerste plaats willen we dat er, waar mogelijk, een **driehoeksgesprek** plaatsvindt tussen de **instantie die gaat doorverwijzen, de cliënt en de instantie naar wie de patiënt gaat**, maar uiteraard met het akkoord van de patiënt zelf. Dus dat wordt voorgesteld van 'kijk, wij kunnen uw vraag niet meer behandelen, het is te complex en daarom willen wij u doorverwijzen' […]. Een tweede ding dat wij ook dan doen volgens onze principes van goede doorverwijzing, is dat we eventueel al **administratief wat voorbereiden** […]. En een derde aspect is dat er **transparante afspraken** worden gemaakt, ook met de cliënt van 'kijk, stel dat je nog vragen hebt of je hebt nood aan steun, **waarvoor kan je bij ons nog terecht'**. Eventueel, maar dat zou moeten blijken in*

*het driehoeksgesprek, gaat de instantie, bv. CAW, **mee naar een eerste intake**. (GBO-coördinator)*

*Het stukje van de doorverwijzing, dat zit in de methodieken van het GBO, dat is bij ons wel gelijklopend qua doorverwijzing. Maar om bepaalde mensen die geconfronteerd worden met **problematieken**, voornamelijk **dakloosheid**, gaan we daar iets verder in naar de ggz toe waarbij dat we **concrete afspraken** hebben en nog een **concreter overleg** hebben. Bijvoorbeeld, in een van de regio's hebben wij de **netwerktafels vanuit de netwerken samengevoegd met het GBO-overleg** waarbij dat er daar een directe link is in het **overleg rond de zorgmijders**, waarbij dat er wel wat een gezamenlijk overleg is, ook vanuit de eerstelijnspartners, maar met een **link naar de tweedelijnspartners**. (coördinator CAW)*

2.2 Dedicated teams voor underserved groepen

In verschillende gg-netwerken zijn 'dedicated teams' werkzaam: **intersectorale en toegewijde teams** samengesteld door medewerkers van netwerkpartners (bv. ggz, welzijn, VAPH, woonactoren, straat-hoekwerkers…). De teams werken vaak vanuit **outreach** en richten zich gewoonlijk op specifieke **doelgroepen waarbij nood is aan intensieve en aanklampende ondersteuning op verschillende domeinen**, zoals dak- en thuisloze personen, personen die dreigen uit hun woonst te worden gezet, en personen met verslaving en dubbeldiagnose. De toegankelijkheid en continuïteit van zorg wordt vergroot voor deze doelgroepen die dreigen uit de boot te vallen in het reguliere zorgcircuit. Tijdens de focusgroepen werd benadrukt dat het voor deze doelgroepen essentieel is dat hulpverleners de ruimte krijgen om 'buiten de lijnen te kleuren'. Dit betekent dat zij niet beperkt mogen worden tot strikt afgebakende ggz-taken, maar ook ondersteuning kunnen bieden op andere levensdomeinen, zoals bij praktische dagelijkse activiteiten. Een belangrijke sterkte is dat de medewerkers van de teams aan **kruisbestuiving** doen en die opgedane kennis ook inbrengen in de eigen organisatie.

*En da's bij een dedicated team, je werkt in dat team rond dat specifiek onderwerp, maar daarnaast ga je allemaal terug naar de eigen organisatie, en **neem je die info vanuit uw organisatie mee naar kruisbestuiving, en vanuit die kruisbestuiving breng je ook weer nieuwe dingen in**. (netwerkcoördinator)*

*Ik denk dat wij dat doen met het **dedicated team binnen het project van Housing First** waarin dat we echt wel een aantal mensen hebben vanuit het **CAW** aangevuld met iemand vanuit **geestelijke gezondheidszorg**, iemand vanuit **VAPH** en binnenkort terug ook iemand vanuit de **verslavingszorg**. Waardoor dat we eigenlijk mensen in de **chronische dakloosheid** terug aan een huis helpen en van daaruit verder begeleiden. (coördinator crisisnetwerk en Housing First)*

2.3 Gedeelde zorg en casusoverleg

Verschillende gg-netwerken zetten in op de versterking van de principes van gedeelde zorg, waarbij verschillende diensten in afstemming samen de verantwoordelijkheid opnemen voor een casus. In een gg-netwerk wordt gewerkt met een afsprakenkader rond gedeelde zorg, waarbij wordt ingezet op een **gedeeld zorgplan met duidelijke afspraken rond zorgregie**. In meerdere gg-netwerken wordt (**intersectoraal) casusoverleg** georganiseerd, bijvoorbeeld via 'ronde tafels' of 'netwerktafels', gericht op doelgroepen met nood aan ondersteuning in meerdere levensdomeinen. De aanpak verschilt per regio, bijvoorbeeld wat betreft de mate van anonimiteit in de besprekingen of de betrokkenheid van de patiënt. Het **multidisciplinair overleg (MDO)** in de eerste lijn is ook gericht op het verbeteren van gedeelde zorg voor personen in de thuissituatie, waarin een zorgplan opgesteld of bijgestuurd wordt.

Door de zorg samen te dragen wordt verhinderd dat personen met complexe zorgnoden geen toegang tot de zorg vinden of dat slechts één actor betrokken is en de draagkracht hiervan overschreden wordt. **Continuïteit van zorg** wordt versterkt doordat duidelijke afspraken rond gedeelde zorg en zorgregie de kans verkleinen op breuken in het zorgtraject.

---

*Wij hebben een aantal jaren terug op netwerkniveau een **afsprakenkader** gemaakt **'gedeelde zorg'** dat we door de verschillende partners hebben laten ondertekenen. […] Als er een partner, bijvoorbeeld het CAW, een ggz-hulpvraag detecteert, dan komt een andere ggz-partner, loopt die mee met het CAW naar de cliënt toe, op de meest vertrouwde plek spreken zij dan af om de cliënt ook te bezoeken en dan gaan **zij samen ook de vraagverheldering** doen. En dan wordt zo snel ook de zorg opgestart. Indien de zorg niet direct kan worden opgestart, dan wordt er gezocht naar **overbruggingsinterventies** die tijdelijk wel ondersteunend kunnen werken naar de partner in kwestie. En dan wordt er ook zo snel mogelijk een **gedeeld zorgplan** opgesteld waar een aantal minimale vereisten in vervat zitten, en waar telkens ook wordt aangeduid **van wie gaat hier nu de regie vasthouden**. (netwerkcoördinator)*

*Zijn er geen andere mogelijkheden meer en behoort die persoon tot onze doelgroep [zorgmijders], dan wordt die op de **rondetafel** geagendeerd. En daar is echt de vraag van **wie kan nu wat doen, op zeer korte termijn, en minstens twee partners moeten naar voren stappen** omdat we daarin echt dat verhaal van die gedeelde zorg willen bereiken. […] Ik denk dat dat bijna de enige mogelijke optie is om het zowel voor hulpverleners **draaglijk te maken** als om op een of andere manier toch naar **zorgcontinuïteit** over te gaan, dat dat geen eenvoudige is bij die doelgroep. (coördinator advies en coaching)*

2.4 Consult, advies en vorming vanuit de ggz voor de eerste lijn en het welzijnswerk

De gg-netwerken bouwen een **consult- en adviesfunctie uit vanuit de ggz naar de eerste lijn en welzijnssector**. Er wordt ggz-kennis actief ingebracht in de eerste lijn door **vorming en coaching**, bijvoorbeeld in het herkennen van en omgaan met psychische kwetsbaarheid. Hierdoor voelen niet-ggz professionals zich versterkt om **zelf beter om te gaan met personen met psychische noden** binnen hun werking, zonder automatisch door te verwijzen naar de gespecialiseerde ggz. Daarnaast is ook **wegwijs en doorverwijzing in het ggz-landschap** een belangrijke functie die professionals kan ondersteunen.

*Daarom vind ik die backoffice zo heel belangrijk, namelijk die **consultfunctie** die daar door jullie wordt bemand, waardoor dat we **ook als andere partners aan de slag kunnen gaan met die complexe problematieken** en trachten te vermijden dat we uitsluitend mensen naar de ggz toeleiden waar dat mogelijks niet nodig zou kunnen zijn. (directielid CAW)*

*De **inbreng van ggz-kennis in de voorzieningen**, dat doen wij ook. Wij gaan thuiszorgdiensten coachen, echt de verzorgenden coachen. Wij zijn bereikbaar als zij vragen hebben en we merken dat dat ook wel helpt. Mensen hebben soms minder schrik om dingen te benoemen, om toch op een andere manier om te gaan met de problematieken die zich stellen. (coördinator advies en coaching)*

2.5 Buurtgerichte ggz en samenwerking met de nulde lijn

Het belang van vindplaatsgericht werken (o.a. via ELP-conventie) en de ruimere samenwerking tussen de ggz en laagdrempelige initiatieven in de nulde lijn zoals buurtcentra, wijkwerkingen en verenigingen met ervaringswerkers wordt erkend. **Buurtcentra en andere laagdrempelige vindplaatsen** spelen een cruciale rol in het **detecteren en toeleiden van psychische noden bij underserved groepen.** Door de aanwezigheid van ggz-professionals (zoals eerstelijnspsychologen, maar ook andere professionals) in deze vertrouwde settings wordt de drempel naar hulp verlaagd en kunnen de medewerkers van de settings worden ondersteund om met de doelgroep om te gaan. Tegelijkertijd bieden buurtcentra en lokale initiatieven ook kansen voor **herstel en sociale activering** van psychisch kwetsbare personen. De toegankelijkheid tot ggz kan worden verhoogd doordat niet elke hulpvraag meteen de gespecialiseerde ggz belast, maar ook kan opgevangen worden door de nulde lijn. Via de methodiek van **kwartiermaken** wordt actief gewerkt aan het creëren van **inclusieve buurten en settings**, en de koppeling van ggz-expertise aan buurtwerkingen kan ervoor zorgen dat kwetsbare personen laagdrempeliger bereikt en ondersteund worden in hun eigen leefwereld.

*Het topje van de ijsberg, die bevinden zich ook in die buurtcentra. En wat helpend is, is dat **er heel laagdrempelig een ggz-partner daar wekelijks langskomt en present** is. De laagdrempeligheid helpt eigenlijk om bruggetjes te maken tussen de mensen van de buurtcentra en de ggz-partner. Maar om ook mee te kunnen ingrijpen, om mee te kunnen nadenken van 'hoe pak je dat aan'. […] Want die*

kunnen niet afronden *he, een buurtcentra, dat zeiden ze ook gisteren, 'wij kunnen niet afronden'. (procesbegeleider gedeelde zorg)*

We proberen in het lokale samenwerkingsverband van Kruispunten ook ***de brug te leggen naar allerlei initiatieven, eigenlijk buiten welzijn en ggz.*** *Armoedeverenigingen, wijkcentra, gemeentelijke initiatieven. En ik denk dat dat ook maakt dat, als we die meehebben in de lokale samenwerking, dat we ook veel mensen kunnen triëren naar initiatieven buiten ggz waardoor dat mogelijk ook de* ***toegankelijkheid tot ggz net verhoogt omdat er minder druk hopelijk komt te staan daar op wachtlijsten****. (coördinator Kruispunt)*

2.6 Proeftuinen voor jongeren in transitieleeftijd

Een nauwe samenwerking tussen de jeugd-ggz en volwassenen-ggz is ook één van de praktijken van intersectorale samenwerking die genoemd werd. Mede door de soms rigide leeftijdsgrens van 18 jaar functioneren deze nog te vaak als **gescheiden systemen** met elk hun eigen aanpak. In sommige gg-netwerken voor kinderen en jongeren lopen **proeftuinen** gericht op het verbeteren van de (intersectorale) zorg voor jongvolwassenen in transitieleeftijd (16 t.e.m. 24 jaar), en dus ook de afstemming tussen de netwerken voor volwassenen en voor kinderen en jongeren. Een goede praktijk die in dit kader vermeld werd is het inzetten van **transitiecoaches** die jongvolwassenen begeleiden en de brug bouwen tussen de twee systemen.

Toevallig gisteren hadden wij een ***verbindingsdag*** *georganiseerd in samenwerking met het kinderen en jongerennetwerk, en ook met Opgroeien, want wij hebben een provinciale stuurgroep jongvolwassenen. En daar kwam echt wel uit focusgroepen die daar georganiseerd zijn naar voren van '****wij kennen mekaar eigenlijk absoluut niet.*** *Ik hoor hier organisaties die ik nog nooit gehoord, dingen die gedaan worden dat ik niet wist'. (netwerkcoördinator)*

Ik denk dat er heel veel goeie zorg geleverd wordt samen, dat die ***transitiezorg sterk verbeterd*** *is. […] We hebben zeker ervaren dat die* ***transitiecoaches*** *heel goed werk doen. Het is ook belangrijk dat we die* ***brug van de twee kanten kunnen bouwen****. Dat gaat nooit lukken als we echt die overgang behouden zoals hij nu geïnstalleerd is, want vanaf 18 moet daar een nieuw zorgtraject starten. Dus die transitiecoaches zijn essentieel, maar ook daar is het wachten op wat het wordt voor de toekomst, denk ik. (coördinator 2b-team)*

3 Thema 3: Drempels en hefbomen: wat is er nodig?

In wat volgt, worden de verschillende gerapporteerde drempels en bijhorende hefbomen besproken.

3.1 Kader voor lokale intersectorale samenwerkingsverbanden voor ggz-hulpvragen

De voordelen van lokale intersectorale samenwerkingsverbanden waarbij een centraal aanspreek- of aanmeldpunt wordt geïnstalleerd voor (verwijzers van) burgers met vragen over psychische of psychosociale problemen, worden duidelijk in de focusgroepen erkend. Toch zijn er enkele uitdagingen aan verbonden.

Een effect van een centraal punt voor hulpvragen is dat **het zoeken van ggz vereenvoudigd** wordt, waardoor meer mensen hun weg vinden naar hulpverlening – in het bijzonder de personen die eerder moeilijk toegang vonden. Dit kan leiden tot een **stijging van het zorggebruik** in de regio, wat ook maakt dat de **wachtlijsten** in de eerste fase niet zullen dalen en zelfs licht kunnen stijgen. Sommige organisaties zijn daarnaast bezorgd dat de instroom zal verschuiven naar een **meer complexe of kwetsbare doelgroep** die mogelijk een meer langdurig zorgtraject vragen, wat de zorgzwaarte verhoogt en de uitstroom belemmert. De deelnemers benadrukken telkens echter het **langetermijnperspectief** van deze modellen: het streven naar een meer toegankelijke en efficiënte ggz voor de totale populatie, wat op termijn zal zorgen voor vlottere hulp doordat de actoren beter zijn ingespeeld op elkaar en doordat mensen sneller de weg naar gepaste zorg verkrijgen, waardoor de psychische problemen in een vroeg stadium worden aangepakt en minder intensieve zorgvormen nodig zijn.

Om die redenen worden centralisatiemodellen momenteel gezien als samenwerkingsverbanden die een investering en goodwill vragen van partners, maar kwetsbaar zijn als dit niet financieel gestimuleerd wordt. Om de praktijken met centrale modellen duurzaam te verankeren, is er nood aan een kader met werkbare organisatorische, regelgevende en financiële condities. De overheid dient daarbij rekening te houden met verschillende factoren: de unieke structuur als lokaal samenwerkingsverband, de nood aan formalisatie, extra stimulansen (bv. incentives) voor organisaties om te participeren, het uitklaren van de verhouding met het GBO, en het garanderen van flexibiliteit zodoende dat de Kruispuntwerkingen zich kunnen afstemmen op de regionale noden en afspraken met de partners.

---

*Dat gaat over **bezorgdheden over verhoging van toeleiding**, verhoging van de aantallen naar **sectoren die al onder druk staan**. […] Ik begrijp dat tussen de lijnen wel, dat men het niet makkelijk vindt als men **controle moet afgeven of delegeren wat betreft de instroom**. […] En samenwerken **vraagt een investering,** zeker voor nieuwe samenwerkingsverbanden, […] en komt men daar soms ook wat onder druk te staan, zeker als het gaat over samenwerkingen waarin er een **inzet van middelen** gevraagd wordt van partners. Waar dat dat **kwetsbare modellen worden** omwille van de **vrijblijvendheid** en dat **middelen teruggetrokken worden voor de kernopdracht**. (netwerkcoördinator)*

*De grootste uitdaging in het stukje een gezamenlijk aanmeldpunt, en dat is misschien ook wat de vraag van wat loopt er moeilijk in samenwerking, is om **iedereen vanuit eigen reguliere middelen te overtuigen om een engagement te hebben** in zo'n samenwerkingsverband, en een beetje **toekomstgerichte visie** te*

*creëren, dan zozeer in het hier en nu. Want er is zo een **overdruk**, maar het is eigenlijk toekomstperspectief door een samenwerking op te zetten. [...] Nu ga je dat effect misschien nog niet zien, maar **in de toekomst gaat er wel een betere triage zijn** tussen de hulpverlening en de organisaties, wat dat maakt dat je dan wel **efficiëntie** hebt in uw werk. En ik denk dat daarin, in onze regio, de **derde lijn het moeilijkste** mee te krijgen is. (teamcoördinator CAW)*

De governance van Kruispuntwerkingen vraagt een **balans tussen lokale autonomie en bovenlokale ondersteuning en erkenning**. Het is geen nieuwe organisatie maar een lokaal samenwerkingsverband, en vergt een specifieke governance die inzet op goede afspraken en gedeeld eigenaarschap, wat moet bekrachtigd worden door de overheid om duurzaam en structureel ingebed te raken.

Daarnaast leeft bij de betrokken actoren de vraag naar een kader voor lokaal georganiseerde intersectorale samenwerkingsverbanden. Het decretaal vastleggen van enkele kernprincipes en het benoemen van belangrijke sectoren zou toelaten om de mogelijke opdrachten van een Kruispuntwerking duidelijker te definiëren en structureel te financieren. Er is echter niet verder uitgewerkt wat deze elementen minimaal zouden moeten omvatten, noch welke partners basisactoren zijn binnen een Kruispuntwerking of vergelijkbare samenwerkingsverbanden. Gezien de grote diversiteit in invullingen en samenstellingen, die voortkomt uit de lokale behoeften, is het tegelijk belangrijk om voldoende flexibiliteit te behouden. Zo kan per regio worden gekozen op welke specifieke onderdelen in welke fase (bv. onthaal, triage, casusoverleg, zorgcoördinatie, het bieden van zorg door het samenwerkingsverband) de nadruk wordt gelegd.

*Bij mij denk ik dat het vooral ook zit in het erkennen en ondersteunen van het governancemodel van een Kruispunt met daarin het héél belangrijke punt: het is **géén nieuwe organisatie, het is niet dé toegangspoort,** het is niet al die dingen die wij jammer genoeg heel vaak horen. Het is een **lokaal samenwerkingsverband waar een heel specifieke governance op moet gezet worden,** die ondersteund en bekrachtigd moet worden vanuit de overheid dat het duurzaam kan worden en dat het een blijvend gegeven kan zijn. (netwerkcoördinator)*

*Het zou mij voor de Kruispunten wel helder lijken, dat er wat **rode draden geïdentificeerd worden, wat basisactoren geïdentificeerd worden** waarbij dat we zeggen van ja, dit is waar een Kruispunt in de absolute basis uit bestaat. […] Dat dat op een manier misschien in **die hun opdracht ingeschreven wordt, zodat dat in hun basisfinanciering kan zitten**. (coördinator Kruispunt)*

Intersectoraliteit wordt gezien als een sterkte van modellen met een centraal aanspreekpunt. Kruispuntwerkingen zijn per definitie **intersectoraal** georganiseerd, maar in de praktijk ervaren sommige deelnemers moeilijkheden om bepaalde disciplines actief te betrekken en echte **multidisciplinaire** samenwerking te realiseren. In dit verband wordt verwezen naar de **conventie eerstelijnspsychologische zorg**. De deelnemers erkennen dat de conventie kansen biedt op het vlak van middelen. Tegelijk houdt dit ook een valkuil in: partners veronderstellen soms ten onrechte dat de Kruispuntwerking volledig via de conventie gefinancierd kan worden. Het risico is dan wel dat enkel eerstelijns-

psychologen dit werk zouden doen waardoor het intersectorale en multidisciplinaire karakter van een Kruispuntwerking wordt uitgehold. Om dit te vermijden, is het belangrijk dat de overheid organisaties ondersteunt om te participeren in samenwerkingsverbanden en om hierbij ook andere profielen dan enkel psychologen te kunnen inschakelen.

---

*Dat eigenlijk dan ook CAW-partners mee van de conventie gaan gebruik maken om daar medewerkers in te detacheren, maar dat zijn alleen maar psychologen. […] **Naast de intersectoraliteit is het multidisciplinaire ook wel een sterke meerwaarde**, en vinden wij zo **kwartiermakers en maatschappelijk werkers** ook bijzonder relevant om met een Kruispunt te werken. Dus hopen wij eigenlijk ook wel dat die partners ook wel **vanuit de overheden ondersteund worden** om dat soort van profielen ook mee in die samenwerkingsverbanden te kunnen inzetten. (netwerkcoördinator)*

*Er komen **meer en meer opdrachten in een netwerk**, en dat is eigenlijk allemaal wat **gebaseerd op goodwill** en samenwerking, maar er zijn ook grenzen aan. En dat beginnen we nu wel te voelen, dat we echt wel botsen op bepaalde grenzen omdat we daar inderdaad ook geen… eigenlijk kun je bijna niks hard maken, je **kunt niks eisen**, alles is op basis van afspraak en goodwill en dat maakt het soms moeilijker. (huisarts verbonden aan gg-netwerk)*

Het vereist ook duidelijke **aansturing**, gezien er samengewerkt wordt tussen personen met verschillende werkgevers. Wanneer die afstemming ontbreekt, bestaat het risico dat organisaties enkel personeel detacheren zonder blijvende betrokkenheid. Ook de **praktische organisatie** (bv. permanenties, ICT) stelt uitdagingen. Momenteel liggen de verantwoordelijkheden vaak nog sterk binnen de ggz-sector, terwijl ook bv. lokale besturen of eerstelijnszones een (mee) coördinerende rol zouden kunnen hebben. De deelnemers vragen daarom ook (financiële) ondersteuning voor het **operationele luik** van centrale modellen.

Hoewel het **GBO en de Kruispuntwerkingen** elk een eigen maar verwante focus hebben, zijn er duidelijke **raakvlakken** tussen beide modellen. Het GBO is een methodiek gericht op welzijnsvragen ingezet binnen het lokaal sociaal beleid, met drie kernactoren, zonder fysiek centraal punt. Een Kruispuntwerking is een samenwerkingsverband tussen diverse actoren voor personen met psychosociale of psychische zorgnoden, dat vaak ook een fysiek inlooppunt heeft. Beide modellen zetten in op **brede vraagverheldering en intersectorale samenwerking**. Gezien het GBO ook het psychosociale domein capteert (milde psychosociale klachten kunnen ook opgevangen worden door GBO, net daar is de vraagverheldering cruciaal), is er een zekere onvermijdbare overlap, zowel qua partners als inhoud. Als het GBO dan vermoedt dat er sprake is van psychopathologie, is de afstemming met het Kruispunt belangrijk aangezien voor de behandeling van psychopathologie verwijzing naar de ggz zal nodig zijn. Omgekeerd kan het ook zo zijn dat als de Kruispuntwerking vermoedt dat andere welzijns-partners nodig zijn om een antwoord te bieden op de situatie van de persoon (bv. schuldhulpverlening, gezinsbegeleiding) een beroep kan gedaan worden op het GBO.

De manier waarop de relatie tussen GBO en Kruispuntwerkingen in de praktijk vorm krijgt, **verschilt sterk per regio**. In sommige regio's leidt de overlap in opdrachten en doelgroepen tot spanningen en

onduidelijkheden rond verantwoordelijkheden. Dit kan zelfs zover gaan dat een gedragen samenwerkingsovereenkomst voor de ontwikkeling van een Kruispunt uitblijft. In andere regio's verloopt de samenwerking constructief en aanvullend: het GBO verwijst gericht door naar het Kruispunt voor afstemming rond gg-noden, of GBO-medewerkers nemen deel aan de Kruispuntwerking of aan gg-netwerkoverleg. Deze variatie toont aan dat de samenwerking tussen het GBO, Kruispunten en gg-netwerken doorgaans organisch gegroeid is, wat **in sommige gevallen tot versterking leidt, maar soms net tot frictie.** Er is **nood aan verdere verdieping en verduidelijking** van de verhouding tussen GBO en Kruispunten, om tot een goede samenwerking te komen.

*- Die opdracht van GBO, dat moet **verenigbaar** zijn, en daar moet toch ook een beetje een kader van hoe past dit nu hierin. Je zit met een **overlappende opdracht,** en da's niet duidelijk, en die voelen zich bedreigd. Je moet zo daar een beetje een **helder kader** hebben, van wat kunnen jullie betekenen, en wat is dezelfde opdracht, maar wat is ook het verschil.*

*- Of hoe kun je de twee **complementair integreren**?*
(netwerkcoördinatoren)

*Met kernpartners van het geïntegreerd breed onthaal willen wij ijveren voor de vele toegangspoorten zoals dat die er nu zijn, en de generalistische brede vraagverheldering, daar is het belangrijk om heel **goed samen te werken met heel de sector ggz en de netwerken**. Om te zien van 'welke hulpverlening is er nodig?', en van daaruit gemakkelijk te **schakelen**. Dus eigenlijk alle drie kernactoren, die doen allen hele **brede vraagverheldering over verschillende levensdomeinen.** En soms kan het zijn dat bijvoorbeeld een DMW aan bepaalde problematiek kan werken met de cliënt, maar dat er ook expertise nodig is vanuit een andere hulpverlener en dat we dan eigenlijk in **dezelfde situaties samenwerken naar verbetering van die cliëntsituatie**. (vertegenwoordiger DMW)*

*Die **wisselwerking** [met GBO] maakt juist de samenwerking in een Kruispunt zo waardevol. Omdat eigenlijk, je laat een cliënt niet meer los, je spreekt samen af, hoe gaan we ermee aan de slag, wie gaat er mee aan de slag, wie neemt verdere traject op. […] Ik vind het ook wel belangrijk dat **iedereen zijn rol ook kan blijven uitoefenen**. De brede toegangspoort, die zit bij de drie partners: de mutualiteiten, het OCMW, en het CAW. En wanneer we geconfronteerd worden met complexe psychiatrische problematieken kunnen we **samenwerken met het Kruispunt**. We moeten geen nieuwe vierde toegangspoort creëren, maar we creëren samen een nieuwe plek waar dat we met eigenlijk die specifieke doelgroep samen in overleg en in afstemming kunnen werken. (directie CAW)*

Zoals reeds enkele keren vermeld, is het essentieel dat het beleidskader richting geeft maar daarbij voldoende **flexibel** is, zodat netwerken en betrokken actoren hun werking kunnen afstemmen op de **concrete noden in de regio** en de **unieke evoluties** die lokaal al zijn ingezet. De knelpunten en prioriteiten kunnen variëren tussen regio's. Zo kunnen gg-netwerken inspelen op wat lokaal nodig is en reeds opgebouwd werd, en wordt vermeden dat goed werkende samenwerkingen moeten aangepast worden. Er moet ook voldoende tijd zijn om nieuwe samenwerkingen op te bouwen en **vertrouwen te laten groeien** tussen partners.

*Da's een beetje een bezorgdheid, we willen ook **geen eenheidsworst** vanuit de overheid over wat dat dan zou moeten zijn, ofzo. Omdat onze regio's ook wel verschillend zijn, en de ontwikkelingen die wij doen, die houden ook rekening met die lokale noden en met het DNA van de regio. (netwerkcoördinator)*

3.2 Financieringsmechanismen die samenwerking stimuleren in plaats van belemmeren

Deelnemers geven aan dat het huidige financieringssysteem in de zorg samenwerking vaak **belemmert in plaats van stimuleert**. Er worden verschillende factoren naar voren geschoven. Een knelpunt dat herhaaldelijk wordt aangehaald, is de **vele projectmatige en tijdelijke financiering**. Hoewel project-financiering soms innovatie mogelijk maakt, leidt het in de praktijk ook tot **versnippering en kortetermijndenken**. Deelnemers pleiten daarom voor **voldoende structurele basisfinanciering** eerder dan projectfinanciering, zodat samenwerking niet aanvoelt als 'extra opdracht', maar er voldoende ruimte is om samenwerking te integreren in de basis. Een ander knelpunt is dat de **financiering nog steeds vaak bij de ziekenhuizen** vertrekt, die daardoor een machtspositie behouden en wat gelijk-waardige samenwerking kan ondermijnen.

*Als we het op die manier willen doen, dan **moet die voedingsbodem** er wel zijn. Dan denk ik aan een **realistische programmering**, een **invulling van basiszorg**, want het is vanuit die stukken, zorg en welzijn, dat er dan **middelen en tijd** moeten kunnen ingezet worden in samenwerkingsverbanden. […] En, ja, het is nu allemaal héél vrijblijvend, dus ik denk als ze daar echt zouden willen voor gaan en dat met een zekere voortgang zien realiseren, dat het wel heel helpen zou zijn als er een vorm van **financiële incentive** zou zijn voor sectoren en organisaties die zich inzetten en zich engageren naar samenwerkingsverbanden, pooling van middelen, pooling van opdrachten in zo'n intersectoraal gegeven. (netwerkcoördinator)*

*Ik merk ook dat er heel veel projectoproepen worden uitgestuurd die in principe wel intersectoraal uitgebouwd zijn, maar **allemaal rond verschillende doelgroepen** waarvan dat ik ook denk van 'oei, werken we de versnippering niet te zeer in de hand nu?'. Kunnen we niet beter **bepaalde financiële middelen toekennen aan lokale samenwerkingsverbanden en goede data van die regio verzamelen**, om dan dat **lokaal samenwerkingsverband zelf keuzes** te laten maken hoe dat ze dat naar doelgroepen toe ook invullen? (coördinator Kruispunt)*

Ik denk dat er meer nood is aan financiering naar de werkvloer, dan zozeer weer een project dat na een jaar stopt, waarin dat je in een jaar eigenlijk niet heel veel kunt bereiken, allez, deels, kleine stukjes, en dat het vooral als een extra opdracht blijft aanvoelen. Dus zo de ***projectfinanciering is nuttig om iets in gang te trekken, maar eigenlijk is er veel meer nood aan gewoon meer structurele financiering****. (coördinator CAW)*

Die maatschappelijk werkers, die hulpverleners, die willen ook het beste voor de cliënt, en inzetten op tijd nemen om beter samen te werken. Dat willen zij wel. Maar ik denk, als de ***basisfinanciering*** *een stuk zou verhogen, dan hebben we op die manier meer ruimte.* ***Beter dan dat er projectmiddelen*** *ingezet worden. (vertegenwoordiger DMW)*

Ik denk dat toch nog wel een belangrijke is in het in het geheel, het samenwerken, de macht van het getal. Zolang binnen de ggz de hoofdzaak van de financiering, het gewicht bij de ziekenhuizen ligt, gaat dat altijd een moeilijke blijven. Men gebruikt dat nog altijd als een vehikel om te financieren he, ***de B4-overeenkomst*** *van alles wat nieuw is, maar daar zou men structureel een ander systeem voor moeten vinden. […] Men spreekt wel over gelijkwaardigheid, maar uiteindelijk, wie de kaarten schudt en verdeelt, die heeft toch wel* ***wat meer impact op de zaak.*** *(bestuurder ELZ)*

Verschillende deelnemers beargumenteren daarnaast dat **prestatiefinanciering** de samenwerking belemmert, zeker voor doelgroepen met complexe noden. Deze doelgroep heeft vaker nood aan zorg waarbij laagdrempeligheid centraal staat en vertrouwen moet opgebouwd worden. Ook het aantal no-shows (i.e., wanneer zorgvragers niet komen opdagen op afspraak) is hoger bij de doelgroep. Er wordt beargumenteerd dat underserved groepen dan ook meer baat hebben bij een **inloopmodel** in plaats van afsprakenmodel, terwijl organisaties om **efficiëntie-overwegingen** steeds meer een afsprakenmodel hanteren. Er wordt gepleit voor een meer **gelaagd financieringsmodel dat intersectoraal samenwerken honoreert**. Een voorbeeld hiervan is het cappucinomodel. Dit model combineert een **basisfinanciering** met aanvullende lagen van **financiering voor innovatie (o.a. door samenwerking)** en **prestatiegebonden elementen**, wat zowel stabiliteit als flexibiliteit biedt. Er is dus nood aan incentives voor organisaties die investeren in intersectorale samenwerkingen en opdrachtendeling. Het is ook essentieel dat **zelfstandige zorgverleners** zoals huisartsen en psychiaters betrokken kunnen worden, bijvoorbeeld voor overleg. Zonder passende financiële erkenning voor deze bijdrage blijven zij ondervertegenwoordigd in samenwerkingsverbanden.

"Met betrekking tot die financiering, het ***cappucinomodel****, ik hoop dat dat er nu gaat komen. Dat er toch een* ***gelaagdheid*** *in de financiering zou zitten, waarvan er een* ***deel van de middelen meer gaat gaan naar geïntegreerd samenwerken****. Dat lijkt mij ook wel een heel helpende hefboom te zijn in het faciliteren van die intersectorale samenwerkingen. Je wordt meer betaald als je intersectoraal samenwerkt." (netwerkcoördinator)*

*Ik denk dat we inderdaad wat te veel met een **afsprakenmodel** werken, omdat dat voor ons efficiënter is als hulpverlener, omdat we ook meer en meer moeten gaan naar **prestatiefinanciering**, maar waar net deze doelgroep niet valt onder prestatiefinanciering. […] Met prestatiefinanciering gaan die nog meer en meer uit de boot vallen. Want dan kan je niet meer uit uw kadertjes gaan stappen en toch eens meegaan, want er is geen budget voor en je **moet uw targets halen**. (coördinator CAW)*

*Een bekommernis ook is dat we zien dat er een ontwikkeling is naar meer een prestatiefinanciering. Die bezorgdheid is er bij de CGG's, maar ook bij het CAW, en dat een model als dit ook wel vraagt dat er **ook presentie gewoon kan zijn**. Dus ook veel no-show bij die kwetsbare doelgroepen, dus het ís ook wel een **financieel moeilijk model voor organisaties**. […] Maar die **investering zou eigenlijk gevalideerd moeten worden vanuit overheden om het ook een investering te kunnen laten zijn, en niet effectief verlies aan middelen.** (netwerkcoördinator)*

*Er is alleszins in onze uitrol een grote behoefte om **artsen, huisartsen, psychiaters, specialisten** te kunnen betrekken. En daar is toch nog een grote leemte in, op welke manier **kunnen deze mensen gefinancierd** worden opdat ze een engagement en een bijdrage willen leveren. Het heeft dikwijls niet te maken met dat ze dat niet willen, maar natuurlijk ook het **enge financieringssysteem** of het niet bestaan van financiering of toch niet gekend door ons, waardoor het stropt en waardoor dat inderdaad die expertise eigenlijk veel te weinig aan bod kan komen. (coördinator extramurale zorg)*

3.3 Werkbaar regelgevend kader voor informatiedeling

Intersectorale samenwerking wordt volgens de deelnemers aan de focusgroepen vandaag belemmerd door het **beroepsgeheim en de GDPR-wetgeving.** Hoewel er gedeeld beroepsgeheim bestaat, zou dit volgens de praktijk **ontoereikend** zijn, bijvoorbeeld voor proactieve samenwerking, **en tot terug-houdendheid en zelfs wantrouwen** leidt. Organisaties hanteren bovendien **uiteenlopende standaarden**, wat ervoor zorgt dat samenwerking in casusoverleggen moeilijk loopt of zelfs wordt geblokkeerd. Er is een duidelijke vraag naar een **meer werkbaar regelgevend kade**r dat goede informatiedeling stimuleert in plaats van tegenhoudt, uiteraard met blijvende aandacht voor de rechten van de patiënt. Dit kader moet inzetbaar zijn voor samenwerkingen over verschillende sectoren en zorglijnen heen.

---

*Een andere drempel is **GDPR**. Ik hoop dat we naar een regelgevend kader kunnen evalueren die **afstemming en samenwerking bevordert in de plaats van belemmert**. Waar ik zeker niet wil mee zeggen dat we cliëntenrechten niet hoog in het vaandel moeten blijven dragen. Maar op dit moment wordt elke samenwerking en afstemming belemmerd door de GDPR-regelgeving. […] In het kader **van preventie, proactief werken**, maakt dit het niet altijd mogelijk, de huidige regelgeving. En dan ben ik ook blij om te lezen dat er zeker voorbeelden,*

ook al zijn die dan bijvoorbeeld alleen tussen het CAW en het OCMW […] dat daar wel een kader wordt uitgewerkt om daar afspraken rond het delen van cliëntinformatie mogelijk te maken. Ik hoop dat die stappen ook gezet worden tussen de eerste en de tweede lijn. (directie CAW)

*Juridisch, het **beroepsgeheim en intersectorale samenwerking** is op verschillende niveaus. Zolang dat je dat anoniem houdt zit je daar in die grijze zone, maar als je echt over casussen begint te spreken… Tja, probeer een keer een samenwerking met de sociale dienst van de politie op te zetten, dat is onmogelijk he, het mag gewoon niet. En dan beginnen daar vehikels te creëren onder dat **Artikel 458ter** om tóch maar mogelijks een intersectoraal samenwerkingsverband te kunnen opzetten. […]. En dan verliest iedereen heel veel tijd om uit te zoeken 'hoe kunnen we daar een gedeeld dossier van maken?' enzovoort, terwijl dat dat **niet onze taak is als hulpverlener**, denk ik dan. (coördinator advies en coaching)*

3.4 Kader voor zorgcoördinatie

De deelnemers beschouwen **zorgcoördinatie** als een cruciaal element van gedeelde zorg omdat het de **continuïteit en samenwerking verbetert**, zeker voor doelgroepen met complexe of langdurige zorgnoden. Zorgcoördinatie **voorkomt terugval** 'tussen trajecten in' en slaat **bruggen tussen het persoonlijk en professioneel netwerk**. Er is echter een gebrek aan eenduidigheid over wat termen als zorgcoördinatie en casemanagement precies betekenen. Verschillende sectoren en settings blijken verschillende definities te hanteren of geven andere invullingen aan dezelfde begrippen.

---

*Dat is iets dat in een adviesgroep onder andere ook heel hard terugkomt, die zorgcoördinatie, dat **iemand vasthoudt over organisaties en over lijnen heen**. En dat dat inderdaad er wel voor kan zorgen dat een draaideurpatiënt iets minder draaideurpatiënt wordt zo. […] De casemanager, de zorgcoördinator, je kunt er van alle namen aan geven denk ik, maar zo iemand dat het overkoepelend vasthoudt. Ook **tussen trajecten in** soms, er zijn té veel voorbeelden waar dat iemand terug afgeleid terwijl dat ze aan het wachten zijn op het op het vervolg. (ervaringswerker)*

Hoewel het belang van zorgcoördinatie wordt erkend, ontbreekt vaak stabiele financiering om dit vorm te geven. De huidige organisatie van het **multidisciplinair overleg (MDO),** wat één keer per jaar per zorgvrager kan worden terugbetaald, wordt als onvoldoende beschouwd. In het verleden werd het zorgoverleg meermaals terugbetaald, wat als zeer helpend werd ervaren voor zorgcoördinatie, zeker bij kwetsbare doelgroepen.

Ik heb ook heimwee naar die tijd dat er om de zoveel maanden een MDO was, eigenlijk voor de meest kwetsbare mensen van onze doelgroep […]. Dan zaten we samen met het professioneel netwerk en het persoonlijk netwerk om te zien hoe

*dat we mensen eigenlijk toch zo stabiel mogelijk en uit het ziekenhuis konden houden […] Dat is de enige manier denk ik om met die doelgroep om te gaan, is die **goede samenwerking faciliteren tussen persoonlijk en professioneel netwerk**. […] Nu, er bestaat nog de **methodiek van MDO's, maar dat is een keer per jaar en dat is onvoldoende** om de doelstelling te bereiken die we eigenlijk willen bereiken. (coördinator 2b-team)*

Er is een vraag naar beleidsmatige duidelijkheid over de invulling en structurele financiering van zorgcoördinatie. Het **Interfederaal Plan Geïntegreerde Zorg** wordt gezien als een belangrijk beleidskader dat kan bijdragen aan het **structureel verankeren** van zorgcoördinatie. Er is de hoop dat dit plan ook in de ggz zal zorgen voor **duidelijkheid, systematisering en financiering.** Tot slot wordt ook het digitale zorg- en ondersteuningsplatform Alivia vermeld als beloftevol hulpmiddel om de planning, coördinatie en communicatie tussen deze zorg- en hulpverleners vlotter en veiliger te laten verlopen.

*En wat dat **interfederaal plan geïntegreerde zorg** betreft, daar zitten ook een aantal ingrediënten in vervat die de Kruispunten en de intersectorale samenwerkingen heel erg verder helpt […] Ik heb het dan over zorgcoördinatie, casemanagement, hoe dat wordt vormgegeven. Dat ook de ggz daarin wordt meegenomen. En dat dat dan op die manier ook de intersectorale samenwerkingen kan versterken. Omdat, qua **zorgcoördinatie bots je ook vaak tegen de financiering**. En ja, de **semantiek overheen de sectoren**. […] Daarom spreken we gewoon van 'iemand die de zorgregie vasthoudt'. […], in afwachting dat de overheid komt met dat plan geïntegreerde zorg waarin dan hopelijk zorgcoördinatie wel gestructuraliseerd en gesystematiseerd wordt. (netwerkcoördinator)*

3.5 Meer aandacht voor samenwerking en geïntegreerde zorg in erkenning- en kwaliteitsbeleid

De huidige erkennings- en kwaliteitskaders zijn onvoldoende afgestemd op geïntegreerde zorg en intersectorale samenwerking. Ze blijven grotendeels prestatiegericht en gericht op afzonderlijke organisaties en silo's, waardoor ze de toegevoegde waarde van samenwerking onvoldoende vatten. Dit bemoeilijkt de verantwoording van gezamenlijke inspanningen. Een herziening van deze modellen is aangewezen, zodat deze ook voldoende aspecten van intersectorale samenwerking en geïntegreerde zorg erkennen, meten en waarderen.

*Ik denk dat heel veel organisaties toch wel merken dat **evaluatiemodellen** of de manier waarop wij ons nu moeten verantwoorden, **heel erg afgestemd zijn op de kokers of op de organisaties op zich**, en nog niet zo heel erg op geïntegreerde zorg of die samenwerking. Dat is ook soms een lastigheid. (directie CGG)*

*Het **rapporteren is het turven van aantal cliënten,** wat helemaal mist of helemaal niet vat wat de **meerwaarde van samenwerking** is. Dat is wel vervelend als je die meerwaarde daarvan wilt aantonen. Als de manier waarop je verwacht wordt om te rapporteren, niet meet wat dat je wilt vertellen. (coördinator Kruispunt)*

3.6 Versterkte beleidsmatige (intersectorale) samenwerking en afstemming

De **afstemming tussen Vlaamse en federale overheden** en tussen **de verschillende sectoren** heeft structurele knelpunten. In sommige regio's zijn de verschillende zorgzones mede door verschillende bevoegdheden momenteel **onvoldoende geharmoniseerd**, bijvoorbeeld wat betreft de gg-netwerken, zones van de CGG, ziekenhuiszones, eerstelijnszones… Dit zorgt voor **onduidelijkheden en hiaten in samenwerking**. Er is de vraag om intensiever **sectoroverschrijdend samen te werken** en **structureel af te stemmen** op vlak van regelgeving, financiering en personeelsbeleid, en de indeling van zorgregio's te harmoniseren over beleidsniveaus heen.

*Stel dat er iets zou van aanbevelingen komen en de Vlaamse Overheid gaat daarmee aan de slag, waarop wij natuurlijk hopen, maar dat dat ook een kwestie is van dat **samen met de federale overheid te doen landen in de praktijk**. Dat gaat dan over dat intersectoraal samenwerken op overheidsniveau. […] We willen toch zeker die intersectorale samenwerking, **dat die gespecialiseerde ggz daar ook in mee stapt**, […] en rekening wordt gehouden dat eigenlijk alle partners ook meegenomen kunnen worden. (netwerkcoördinator)*

*Ik zou misschien nog willen aanvullen dat het niet alleen zinvol is om de eerste en de tweede lijn op elkaar af te stemmen, maar ook de derde lijn daarin mee te nemen. En als het dan gaat over **werkingsgebied**, is dat zeker denk ik relevant, omdat die toch wel op **verschillende niveaus**, beleidsniveaus bepaald worden en dan zorgt voor **hiaten in samenwerkingen**. (Kruispunt coördinator)*

3.7 Stimuleren en ondersteunen van overkoepelende goede praktijken

Er zijn enkele overkoepelende goede praktijken die de participanten in de focusgroepen als goede praktijken beschouwen: lokale netwerking en uitwisseling tussen zorgactoren, zorgvragers en naasten; ervaringswerk en patiënt- en familieverenigingen; en samenwerking tussen ggz en de nulde lijn en een nauwe band met lokale besturen of eerstelijnszones.

Elkaar echt leren kennen via persoonlijk contact zorgt voor vertrouwdheid en uitwisseling, wat de basis vormt voor goede samenwerking. Laagdrempelige **netwerkmomenten**, zoals infomarkten of events rond innovatieve praktijken, maken waardevolle kennismaking en kennisdeling mogelijk tussen zorgactoren, cliënten, naasten en lokale besturen. Ook **wisselleren** werd vernoemd als een goede praktijk voor uitwisseling specifiek tussen medewerkers van verschillende organisaties, waarbij kort meegewerkt wordt in een andere organisatie en men zo elkaars werking van binnenuit leert kennen.

Ook **ervaringsdeskundigheid** speelt een sleutelrol in het versterken van de toegankelijkheid van ggz. Organisaties en netwerken vragen om structurele ondersteuning vanuit de overheid om ervarings-

werkers te kunnen inzetten, samen te werken met patiënten- en familieverenigingen, en vormingen voor ervaringswerkers te voorzien. Herstelgerichte laagdrempelige initiatieven bereiken een divers publiek en dienen verder ondersteund te worden.

Een toegankelijke en geïntegreerde ggz begint lokaal. Een nauwe verbinding met **lokale besturen** is hierin belangrijk. Verschillende gg-netwerken werken samen met eerstelijnszones en gemeenten, bijvoorbeeld via concrete actieplannen en het opnemen van geestelijke gezondheid in gemeentelijke meerjarenplannen.

---

*Hoe dat wij daar op inzetten in de regio is door de 'verder op weg' **infomarktjes** bijvoorbeeld, wat een samenwerking is met het CGG. […] Om dan toch iets te kunnen **aanreiken aan de mensen die aan het wachten** zijn, maar we stellen die ook ruimer open dan de cliënten van het CGG. Over **lotgenotengroepen**, **herstelacademies**, maar evengoed, welk aanbod is er van het **CGG**, welk aanbod is er **online** terwijl je aan het wachten bent… (ervaringswerker)*

*We zien ook wel een rol voor de overheid in het **samenwerken met ervaringsdeskundigen**, bijvoorbeeld zowel door het **ondersteunen van verenigingen**, maar ook het **ondersteunen van organisaties** bijvoorbeeld en hun ook de mogelijkheden geven om ervaringsdeskundigen in te schakelen. (beleidsmedewerker Vlaams Patiëntenplatform)*

*Daar hebben wij wel een stukje verdere samenwerking rond uitgebouwd, dan specifiek met de eerstelijnszones, om eigenlijk bij iedere gemeente ook langs te gaan, om met de gemeentes eigenlijk een formele samenwerking aan te gaan van "wat zijn jullie noden nu specifiek in die gemeente" en daar **actieplannen** te gaan opstellen en ook **formele samenwerkingsovereenkomsten** te doen. (lokale ELP-coördinator)*

3.8 Rekening houden met macro tendensen en complexe thema's die meespelen

Er spelen bredere maatschappelijke tendensen en structurele verschuivingen mee die een invloed hebben op vraag en aanbod in ggz en waarmee dus rekening moet gehouden worden in het ruimere beleid. Het huidig gezondheidsmodel blijft grotendeels georganiseerd rond de huisarts als centrale poortwachter. In de praktijk botst dit model op zijn grenzen, zeker gezien het **huisartsentekort**. Een tweede bezorgdheid is **overmedicalisering**. Normale menselijke reacties op levensgebeurtenissen worden meer dan vroeger gezien als psychische problemen, waardoor meer mensen hulp zoeken bij ggz. Er moet dus ook goed worden nagedacht over wanneer ggz niet het gepaste antwoord is, maar initiatieven in de nulde lijn, informele netwerken of zelfhulp beter zouden aansluiten. De maatschappij wordt ook steeds meer **cultureel divers**, maar de ggz is nog onvoldoende aangepast aan personen met een migratieachtergrond, een andere cultuur of andere taal. Er kan nog verder worden ingezet op samenwerking met organisaties of settings die deze doelgroepen bereiken. Tot slot, **digitalisering** biedt nieuwe mogelijkheden om de ggz toegankelijker te maken, maar vergroot zonder bijkomende inspanningen ook het risico op uitsluiting van mensen met beperkte digitale vaardigheden of toegang.

*Ons gezondheidsmodel draait ook nog altijd wel rond 'de **huisarts** is de spilfiguur van heel het zorglandschap rond een persoon', ik denk niet dat dat veel langer houdbaar is. Als ik alleen maar denk aan onze mobiele teams acute zorg, enkel de huisarts kan aanmelden. Dat wordt moeilijk he. (coördinator advies en coaching)*

*Ik vind ook dat er heel vaak naar ggz gekeken wordt op momenten dat er eigenlijk heel wat andere zaken eerst mogelijk zijn. En je hoort hier de nulde lijn, maar ook net de individualisering, het verdwijnen van religie en spiritualiteit, het verdwijnen van samenhang in de samenleving, maakt ook wel dat er **veel meer naar ggz gekeken wordt om zaken op te vangen die eigenlijk nog binnen het normale, gewone menselijke proces vallen**. […] Dus er wordt heel erg **gemedicaliseerd**, en we komen nooit toe met ggz-aanbod dat we doen. […] Dus ik denk dat het heel erg juist is om naar **matched care** te gaan, van wat wel, maar ook wat niét. (huisarts verbonden aan gg-netwerk)*

*Geestelijke gezondheidszorg en het **taboe daarrond in andere culturen**. Maar die mensen komen natuurlijk wel tot bij ons, maar er is **weinig kennis over**, er zijn **weinig tools** precies om daarmee aan de slag te gaan. Er zijn ook weinig linken met **organisaties binnen andere culturen** die wel een rol zouden kunnen spelen, dus daar is volgens mij nog veel onontgonnen terrein. (coördinator Kruispunt)*

4 Discussie

4.1 Sterktes en beperkingen van methode

De focusgroepen brachten rijke data op dankzij de **diverse samenstelling** van 27 personen uit verschillende settings (organisaties, netwerken, verenigingen, …) in de eerste tot derde lijn, met verschillende functies binnen coördinatie, zorg en beleid. De deelnemers werden **doelgericht uitgenodigd** op basis van voorstellen vanuit de gg-netwerkcoördinatoren en de stuurgroep van het project, wat betekent dat zij als relevante betrokken actoren met de nodige expertise worden beschouwd. Een beperking was echter de **afwezigheid van deelnemers uit Brussel**. Mogelijk brengt deze grootstedelijke tweetalige context andere drempels en hefbomen met zich mee die niet gecapteerd werden in het onderzoek.

Een belangrijke sterkte van de methode is het **kwalitatieve inzicht** in ervaringen en knelpunten die in de praktijk een rol spelen bij (intersectorale) samenwerkingen, wat moeilijker te vatten is via kwantitatieve methodes. De focusgroepen hadden echter niet als doel om een exhaustief of gedetailleerd overzicht te verkrijgen van de huidige praktijkvoering in alle regio's. Wel werd een **breed overzicht** verkregen van vaak voorkomende praktijken en modellen om de toegang tot ggz te verhogen via (intersectorale) samenwerkingen in Vlaanderen.

Een nodige nuance is dat het niet geheel duidelijk is in hoeverre er over bepaalde zaken consensus bestond, gezien er **geen consensusmethode** toegepast werd en er **geen terugkoppeling** over de resultaten werd voorzien naar de deelnemers. Over het algemeen waren de meningen over drempels en noden tijdens de focusgroepen wel **vrij overeenstemmend**, ook tussen deelnemers uit verschillende

settings of met andere functies. Wanneer er verschillen waren, was dit vooral regionaal (bv. in sommige regio's bleek het moeilijker om bepaalde partners bij samenwerkingen te betrekken dan in andere).

Zoals ook duidelijk werd in de focusgroepen, is toegankelijkheid bevorderen via (intersectorale) samenwerking een **breed thema** met veel facetten. Dit maakt ook dat bepaalde **complexe subthema's** wel aangekaart werden maar niet volledig konden worden geconcretiseerd op basis van drie focusgroepen. Er blijft enige uitdieping nodig voor bepaalde complexe onderwerpen waarbij ook **bijkomende expertise** (bv. juridisch, IT…) noodzakelijk is om dit inhoudelijk verder uit te werken, zoals het regelgevend kader voor de intersectorale uitwisseling van informatie.

4.2 Algemene conclusie

Het **versnipperde zorglandschap** vormt een belangrijke drempel voor toegankelijke ggz. Initiatieven om deze toegankelijkheid te verbeteren worden als succesvol beschouwd wanneer ze inspelen op de behoeften van zorggebruikers en hun naasten, van zorgverleners en verwijzers, en wanneer ze leiden tot positieve effecten op populatieniveau. Voor zorggebruikers en hun naasten betekent dit dat het vinden van hulp **eenvoudiger** is, met een **participatieve en zorgzame toeleiding** naar gepaste zorg. Hierbij staat een **vraaggestuurde** aanpak centraal, met aandacht voor het bredere welzijn en niet enkel de strikt psychische noden. Voor zorgverleners betekent toegankelijke zorg ook dat de zorg **gedeeld** kan worden over actoren heen en dat er vlot kan worden **geschakeld** wanneer nodig. Op populatieniveau impliceert toegankelijkheid dat meer mensen met psychische problemen tijdig worden geholpen en er een **match is tussen de zorgvraag en het zorgaanbod**. Dit betekent ook dat er gerichte inspanningen zijn voor underserved doelgroepen, met als doel de **gezondheidsongelijkheid te verkleinen**.

De focusgroepen tonen aan dat de manier waarop (intersectorale) samenwerkingen vandaag worden vormgegeven om de toegankelijkheid van de ggz te verbeteren, sterk uiteenlopen. Er zijn weliswaar **regionale verschillen**, maar er is ook een **grote diversiteit in de mechanismes en drempels** waarop de samenwerkingen zich baseren. Sommige initiatieven leggen de nadruk op een vlottere doorverwijzing, andere kiezen voor o.a. centrale contactpunten, principes van gedeelde zorg en zorgcoördinatie, en outreach. Ook is er een grote variatie in **doelgroepen**: sommige initiatieven richten zich op de ruime bevolking met beginnende tot ernstige psychische of psychosociale noden, en andere initiatieven richten zich op samenwerking voor personen met complexe noden of die vaak onder de radar blijven. Net deze variatie, zowel in aanpak als in doelgroep, is een **sterkte** van de huidige praktijkvoering en draagt bij aan een **meer toegankelijke en inclusieve ggz voor iedereen**.

Lokale intersectorale samenwerkingen, zoals **centrale aanmelding** en **kruispuntwerkingen**, spelen een belangrijke rol in het verbeteren van de toegankelijkheid door een centraal punt te creëren waar zorgvragers, naasten en verwijzers terecht kunnen. Deze samenwerkingen combineren de expertise van gespecialiseerde ggz met de laagdrempeligheid van de eerste lijn en welzijnswerk. Het **mandaat** om rechtstreeks toe te leiden naar organisaties zorgt voor efficiëntiewinst, maar vraagt veel vertrouwen tussen partners. **Dedicated teams** samengesteld uit medewerkers van verschillende organisaties bieden intersectorale ondersteuning aan doelgroepen met bijzondere of complexe noden, vaak aanklampend en over levensdomeinen heen. **Gedeelde zorg en casusoverleg** zorgen voor continuïteit met duidelijke zorgregie en afspraken tussen betrokken partners. Ook **consult en advies** vanuit de ggz voor eerstelijnswerkers en welzijnsactoren zijn van groot belang. Het zorgt ervoor dat zij zelf gesterkt worden om aan de slag kunnen met de doelgroep, en biedt wegwijs krijgen in het vaak ingewikkelde ggz-landschap. **Buurtgerichte ggz** en samenwerking tussen de ggz en de **nulde lijn**, waaronder kwartier-

makers en buurtcentra, bieden zowel opportuniteiten voor vindplaatsgericht werken als voor toeleiding vanuit de ggz in het kader van herstel en sociale activering. Tot slot is het zorglandschap voor de doelgroep transitieleeftijd in volle beweging, en worden projecten om de brug te slaan tussen jeugd-ggz en volwassenen-ggz (bv. transitiecoaches) als erg beloftevol ervaren.

Hoewel er al waardevolle stappen zijn gezet, blijven er belangrijke drempels en noden bestaan die aangepakt moeten worden om intersectorale samenwerkingen te ondersteunen en verduurzamen. Ten eerste, het huidige prestatiegerichte financieringssysteem in combinatie met de verzadiging van de zorgcapaciteit die in vele sectoren realiteit is, maakt dat goede samenwerkingsverbanden onder druk komen te staan als deze investering niet financieel gestimuleerd wordt. Er is nood aan **financiële prikkels en ondersteuning** voor organisaties die investeren in intersectorale samenwerking, evenals de vergoeding van zelfstandige zorgverleners. Daar bovenop leidt de veelheid van projectmatige en tijdelijke financiering tot versnippering en kortetermijndenken. Daarbij vertrekt financiering vaak vanuit de ziekenhuizen, wat gelijkwaardigheid in de weg staat. Er wordt gepleit voor een **gelaagd financierings-model** dat zowel stabiliteit als flexibiliteit biedt en samenwerken effectief rendabel maakt. Ook **erkennings- en evaluatiemodellen** vragen aanpassing en zouden meer moeten erkennen, meten en waarderen wat samenwerking en geïntegreerde zorg daadwerkelijk betekenen.

De unieke **governance van samenwerkingsverbanden** tussen verschillende organisaties vraagt een balans tussen lokale autonomie en bovenlokale ondersteuning, waarbij de kracht van intersectoraliteit (ggz, welzijn, eerste lijn, nulde lijn, VAPH…) én multidisciplinariteit (psychologen, maatschappelijk werkers, artsen…) duidelijk erkend dient te worden. Ook een n**auwe link met lokale besturen of de eerstelijnszone** is belangrijk, bijvoorbeeld voor de praktische ondersteuning van lokaal georganiseerde intersectorale samenwerkingsverbanden of via concrete actieplannen van gemeenten. De **relatie tussen het GBO en kruispuntwerkingen** moet verder verduidelijkt worden om tot een goede en gedragen samenwerking te komen.

Gedeelde zorg met zorgcoördinatie is essentieel voor het verbeteren van continuïteit en samenwerking, vooral voor doelgroepen met complexere noden, maar hiervoor ontbreekt vooralsnog **beleidsmatige systematisering en financiering**. Er wordt uitgekeken naar het interfederaal plan geïntegreerde zorg, waarbij de hoop is dat dit ook in de ggz verbetering zal brengen op vlak van zorgcoördinatie. Daarnaast staan het beroepsgeheim en de GDPR-wetgeving samenwerking en vertrouwen momenteel vaak in de weg. Er is een vraag naar een duidelijk en **werkbaar regelgevend kader voor (intersectorale) informatiedeling**.

Om structurele knelpunten aan te pakken is **samenwerking** essentieel tussen **Vlaamse en federale overheden en departementen**, en tussen verschillende zorgniveaus en sectoren. Het is ook aangeraden om in de uitwerking van samenwerkingen bredere maatschappelijke evoluties mee te nemen die de toegankelijkheid beïnvloeden, zoals de druk op huisartsen in sommige regio's, de toenemende medicalisering van normale emoties en culturele diversiteit. Tot slot is er nog onontgonnen terrein in de samenwerking tussen overheden en organisaties met **ervaringswerkers en patiënt- en familie-verenigingen.** Deze dienen door overheden verder ondersteund te worden opdat hun waardevolle bijdrage aan een toegankelijke en menselijke ggz ten volle tot zijn recht komt.

Hoofdstuk 5

Integratie van de reviews en de focusgroepen: praktijken, succesfactoren en hefbomen

Dit hoofdstuk biedt een geïntegreerde analyse van de bevindingen uit de review van reviews (Hoofdstuk 3) en de focusgroepen (Hoofdstuk 4). De integratie van internationale inzichten met Vlaamse praktijkervaringen is opgebouwd rond drie thema's:

1. Geïdentificeerde principes en goede praktijken inzake samenwerking en hoe deze de toegankelijkheid van de ggz verbeteren;
2. Generieke onderliggende succesfactoren die (intersectorale) samenwerking gericht op de verbetering van de toegankelijkheid van de ggz faciliteren;
3. Concreet inzetbare hefbomen voor overheden en netwerken, die inspelen op bestaande drempels in Vlaanderen om (intersectorale) samenwerking en de toegankelijkheid van de ggz te verbeteren.

1 Samenwerkingsprincipes- en praktijken om de toegankelijkheid van de ggz te bevorderen

Zowel de internationale literatuur als de Vlaamse praktijk tonen dat samenwerking tussen actoren binnen en buiten de ggz de toegang tot de ggz kan verbeteren. Samenwerking is echter geen doel op zich maar moet gericht zijn op het verlagen van drempels tot zorg, het verbeteren van continuïteit en het creëren van kwaliteitsvolle, holistische hulpverlening.

Op basis van de integratie van de systematische literatuurstudie en de focusgroepen vatten we de vier belangrijkste componenten samen van **gedeelde zorg om toegankelijkheid tot ggz te bevorderen**: (1) geïntegreerde ggz met zorgcoördinatie en casemanagement als essentiële elementen, (2) centrale aanmeldpunten met toeleiding en patiëntnavigatie, (3) samenwerking met actoren buiten de zorgsector, en (4) gedeelde verantwoordelijkheid voor underserved doelgroepen.

1.1 Geïntegreerde ggz met zorgcoördinatie en casemanagement als essentiële elementen

Zorgcoördinatie is een essentieel element voor het realiseren van geïntegreerde ggz en gedeelde zorg, omdat het bijdraagt aan samenhangende ondersteuning over sectoren, disciplines en zorgniveaus heen. Bij zorgcoördinatie staat de persoon met een ondersteuningsnood centraal, met als doel om de zorg zo afgestemd en doelgericht mogelijk te organiseren, met heldere zorgregie en afspraken. Zorgcoördinatie wordt opgenomen binnen het bestaande zorgteam, veelal in complexe of chronische situaties. In vastlopende of escalerende situaties kan zorgcoördinatie bovendien het initiëren van casemanagement omvatten, waarbij een externe en neutrale casemanager het zorgteam ondersteunt en optreedt als neutrale bemiddelaar. Beide rollen zijn essentieel voor het waarborgen van continuïteit en samenhang in de zorg[14].

---

[14] Opdeling volgens project geïntegreerde zorg Empact https://www.eerstelijnszone.be/zorgcoordinatie

De reviews rapporteren dat integratie van ggz met andere diensten (bv. eerstelijnszorg, fysieke zorg, sociale diensten, gemeenschapssettings) de toegankelijkheid tot ggz verbetert. Door nauwe samenwerking worden psychische noden sneller herkend en tijdig behandeld. Dit vertaalt zich in een betere kwaliteit en continuïteit van zorg, goede klinische uitkomsten en een hogere betrokkenheid van zorggebruikers. Er is ook evidentie dat het ongelijkheden kan helpen verkleinen voor underserved groepen zoals etnische minderheden. In de literatuur is de samenwerking tussen ggz en eerstelijnszorg het meest uitgebreid onderzocht. Een specifiek goed onderbouwd model binnen deze context is het *collaborative care model*. Dit model integreert ggz binnen de eerste lijn via multidisciplinaire teams, duidelijke zorgcoördinatie, gedeelde zorgplannen en symptoommonitoring.

Hoewel geïntegreerde zorg en collaborative care vooral zijn ontwikkeld en onderzocht in de Verenigde Staten, zijn de onderliggende principes ook zichtbaar in de Vlaamse context. Zo zijn er ook in de Vlaamse gg-netwerken afspraken rond **gedeelde zorg en verschillende varianten van casusoverleg of netwerktafels**, waarbij professionals uit verschillende disciplines samenwerken rond een zorgvrager, met duidelijke afspraken over zorgregie en opvolging. Ook de uitrol van de **eerstelijnspsychologische functies (ELP)** binnen de conventie met het RIZIV vormt een belangrijke stap richting integratie van de ggz en eerstelijnszorg. Deze integratie komt het sterkst tot uiting wanneer klinisch psychologen of orthopedagogen **vindplaatsgericht** werken in settings zoals huisartsenpraktijken, OCMW, lokale dienstencentra of buurtwerkingen, en hierbij ook afstemmen met de betrokken actoren.

1.2 Centrale aanmeldpunten met toeleiding en patiëntnavigatie

In hoofdstuk 3 worden de concepten van centrale aanmelding en patiëntnavigatie in de internationale literatuur besproken. Centrale aanmelding beoogt een efficiënte en **gestructureerde toegang tot de ggz** door middel van een centraal aanmeldpunt met een mogelijke ingang tot ggz en triage. Patiëntnavigatie verwijst naar een **ondersteunend proces** waarbij een navigator (zoals een hulpverlener, ervaringswerker of multidisciplinair team) zorgvragers actief begeleidt bij het vinden van passende zorg, door drempels te helpen identificeren en wegwerken, en hen te begeleiden in het zorgaanbod. Omdat hierin parallellen zijn en deze complementair ingezet kunnen worden, worden ze hier gezamenlijk besproken.

Zowel in de reviews als in de Vlaamse praktijk wordt erkend dat een **centraal aanmeldpunt** de toegankelijkheid tot gepaste zorg kan verbeteren, zeker wanneer de gepaste zorgvorm onduidelijk is voor de zorgvrager of de verwijzer. Er is in beide modellen aandacht voor samenwerking tussen verschillende actoren, en het belang van goede vraagverheldering en gerichte doorverwijzing. Bovendien wordt in beide contexten benadrukt dat het model moet aansluiten op de specifieke noden van de regio en gedragen worden door de betrokken partners. Op basis van de focusgroepen blijkt ook dat het net de verbinding en het overleg om tot een gemeenschappelijke inschatting te komen van de situatie gewaardeerd worden door alle partners. Centrale punten voor ggz-vragen zijn dus meer dan een schakel in een ketting, maar werken pas als er voor verbinding wordt gezorgd tussen de verschillende partijen (bv door een driehoeksoverleg, gemeenschappelijke bespreking, consult).

De samenwerkingsverbanden met een lokaal aanspreekpunt voor ggz-vragen in Vlaanderen, zoals de Kruispuntwerkingen en centrale aanmelding via het gg-netwerk, zijn gegroeid uit lokale noden en bottom-up initiatieven. De Vlaamse praktijken zijn minder strikt dan de gecentraliseerde intake in de literatuur en vormen **geen exclusieve toegangspoort tot de ggz**, maar bieden een vereenvoudigd zoekproces voor personen met een onduidelijke indicatie met een **laagdrempelige instap tot zorg**. In Vlaanderen verschillen de inhoud en samenstelling van de centrale modellen per regio, maar

gemeenschappelijke kenmerken van de verschillende types van centrale modellen zijn **cliëntgerichtheid, samenwerking en lokale afstemming.** Binnen de Kruispuntwerkingen zijn ook duidelijke parallellen te zien met patiëntnavigatie. Net als in patiëntnavigatie staat bij de Kruispunten het begeleiden van burgers en verwijzers centraal, met aandacht voor vraagverheldering, wegwijs maken in het zorgaanbod, en het gericht toeleiden naar passende zorg of ondersteuning.

Een verschil tussen gecentraliseerde intake in de literatuur en de Kruispuntwerkingen betreft de mate van **intersectoraliteit**. In de internationale literatuur ligt de nadruk bij gecentraliseerde intake vooral op het creëren van één contactpunt of wachtrij, en samenwerking met andere sectoren gebeurt eerder op casusniveau dan op structureel niveau. De Vlaamse Kruispuntwerkingen daarentegen zijn veel explicieter intersectorale initiatieven die actoren uit verschillende sectoren structureel samenbrengen. De Kruispunten zijn bedoeld als laagdrempelig aanspreekpunt, niet enkel voor mensen met een duidelijke psychische zorgnood, maar ook voor mensen met nog niet helder gedefinieerde vragen of psychosociale noden, vaak in meerdere levensdomeinen. Ze werken vraagverhelderend en zijn gericht op doorverwijzing naar passende hulp, niet enkel binnen de ggz. De brede en intersectorale aanpak wordt als een sterkte van de modellen beschouwd door de deelnemers in de focusgroepen. Dit sluit nauw aan bij het **GBO**, dat als samenwerkingsverband inzet op de centralisatie van welzijnsvragen en brede vraagverheldering. Hiermee vertoont het gelijkenissen met de Kruispuntwerkingen, zowel wat betreft doelgroep als opdracht. In de praktijk blijkt dat de wijze waarop de gg-netwerken en Kruispuntwerkingen samenwerken met het GBO varieert tussen regio's. De overlap in doelgroep en opdracht kan aanleiding geven tot complementariteit en constructieve samenwerking. Zo kunnen er afspraken inzake samenwerking en doorverwijzing zijn, kunnen GBO-professionals actief betrokken zijn in een Kruispunt, of kunnen verschillende overlegstructuren worden samengevoegd. Tegelijkertijd kan de overlap ook voor spanning zorgen, bijvoorbeeld door onduidelijkheid over mandaten en de afbakening van opdrachten.

1.3 Samenwerking tussen de ggz en actoren buiten de zorgsector

Zowel de literatuur als de focusgroepen erkennen het belang van samenwerking met andere sectoren, ook buiten de zorgsector, als een belangrijk aspect van toegankelijke ggz. In Vlaanderen zien we deze principes terug in **praktijken van buurtgerichte ggz** en **linken tussen de ggz en vindplaatsen in de nulde lijn** zoals buurtcentra, wijkwerkingen en verenigingen. Deze spelen een belangrijke rol in het detecteren en toeleiden van underserved groepen met psychische noden. Door de aanwezigheid van ggz-professionals in deze vertrouwde settings wordt de drempel naar de ggz verlaagd en kunnen medewerkers van de settings worden ondersteund om met de doelgroep om te gaan.

In de literatuur wordt samenwerking tussen de ggz en 'non-klinische sectoren' vooral besproken in termen van **geïntegreerde zorg en intersectorale samenwerking op systeemniveau**. Buurtgerichte, laagdrempelige samenwerking met de nulde lijn of met lokale initiatieven (zoals wijkcentra of armoede-verenigingen) komt veel minder expliciet aan bod. De literatuur over intersectorale linken op systeemniveau benadrukt wel het belang van samenwerking tussen de ggz en **sectoren buiten de klinische sector zoals werk, huisvesting en sociale diensten** en identificeert mechanismen voor intersectorale samenwerking op systeemniveau, waaronder colocatie van diensten, gezamenlijke zorg-verlening in multidisciplinaire teams, gedeelde informatiesystemen, formele samenwerkingsafspraken, gezamenlijke financiering en het gebruik van gedeelde zorgplannen.

1.4 Gedeelde verantwoordelijkheid voor underserved doelgroepen

Gerichte samenwerking voor **specifieke doelgroepen** verbetert de toegang tot ggz voor personen met meer complexe noden **die vaak moeilijker terecht kunnen in het reguliere zorgcircuit,** zoals mensen met ernstige psychiatrische aandoeningen (EPA), personen met een zorgwekkend zorgmijdend profiel en personen met zowel een psychische stoornis als middelenstoornis. Zowel de literatuur als focusgroepen benadrukken het belang van samenwerking tussen verschillende disciplines (o.a. ggz, sociale diensten, verslavingszorg, eerstelijnszorg…) voor deze doelgroepen.

De reviews bespreken samenwerking tussen instanties voor crisiszorg en samenwerking voor personen met een EPA met middelenstoornis. In de literatuur wordt sterk ingezet op principes zoals *'no wrong door'* (iedereen die in contact komt met de doelgroep **deelt de verantwoordelijkheid** om gepaste zorg te bieden of gericht door te verwijzen, zowel in de eigen werking als wat het samenwerkingsverband betreft), casemanagement en coördinatie, en specifieke gedeelde zorgpaden.

In Vlaanderen zien we samenwerkingen voor diverse doelgroepen met complexe noden in de vorm van intersectorale *dedicated* teams die intensieve en aanklampende ondersteuning bieden, wat de toegankelijkheid en continuïteit van zorg vergroot. Ze versterken niet alleen de toegankelijkheid, maar zorgen ook voor kruisbestuiving tussen organisaties. Ook casusoverleg en een gedeeld zorgplan worden georganiseerd rond complexe casussen, onder meer via netwerk- of rondetafels, met het oog op gedeelde zorgregie en het voorkomen van breuken in het zorgtraject.

2 Succesfactoren en hefbomen voor het faciliteren van (intersectorale) samenwerking om de toegankelijkheid van de ggz te bevorderen

Succesfactoren zijn meer generieke **voorwaarden** van goede (intersectorale) samenwerking om de toegankelijkheid van de ggz te bevorderen. Ze geven inzicht in *wat* samenwerking doet slagen en *waarom* deze samenwerking bijdraagt aan een betere toegang tot de zorg. Deze succesfactoren resulteren vooral uit de literatuurstudie, maar kwamen ook aan bod in de focusgroepen. **Hefbomen** verwijzen naar **meer concrete acties, veranderingen of beleidsmaatregelen** die overheden of netwerken kunnen inzetten, die direct **inspelen op drempels** van samenwerkingen om de toegankelijkheid van de ggz te verbeteren. Waar succesfactoren beschrijven *wat* nodig is voor goede samenwerking, geven hefbomen aan *hoe* dit actief versterkt kan worden. De hefbomen resulteren vooral uit de focusgroepen, maar kwamen ook vaak aan bod in de literatuurstudie.

Om de succesfactoren systematisch te structureren, maken we gebruik van het **vierdimensionaal model van samenwerking binnen de gezondheidszorg van D'Amour et al. (2008**). Dit model bestaat uit de dimensies (1) gemeenschappelijke doelen en visie, (2) internalisering, (3) formalisatie en (4) bestuur. In lijn met eerder onderzoek voegden we een overkoepelende, vijfde dimensie toe: beschikbaarheid van middelen, personeel en capaciteit, als noodzakelijke randvoorwaarde voor elk duurzaam samenwerkingsverband (Vancaillie et al., 2022). Dit model biedt een analytisch kader waarin de generieke succesfactoren, expliciet of impliciet vermeld in de literatuur en/of door deelnemers aan de focusgroepen, ondergebracht worden. Binnen elk van deze dimensies/succesfactoren hebben we enkele ***hefbomen*** gepositioneerd voor het verbeteren van de samenwerking om toegankelijkheid van de ggz te verbeteren. Tabel 4 geeft een overzicht van de succesfactoren en bijhorende hefbomen.

Tabel 4 Overzicht van de succesfactoren en bijhorende hefbomen

Succesfactor voor samenwerking	Bijhorende hefbomen
Gemeenschappelijke doelen en visie, vertrekkend vanuit cliëntgerichtheid	- Gedeelde doelen rond intersectorale samenwerking opnemen in strategische plannen van netwerken en samenwerkingsverbanden - Samenwerking met lokale besturen en eerstelijnszones - Verankering en ondersteuning van ervaringswerkers, patiënten- en familieverenigingen
Internalisering: wederzijds vertrouwen en bekendheid	- Directe samenwerking in intersectorale en multidisciplinaire teams - Relatieopbouw via netwerkbijeenkomsten - Inzetten op interprofessionele opleiding, intervisie en uitwisseling
Formalisatie van verantwoordelijkheden en processen	- Kader voor intersectorale samenwerkingsverbanden met centralisatie van ggz-hulpvragen - Verhelderen van verhouding tussen Kruispuntwerkingen en GBO - Regelgevend kader voor intersectorale informatiedeling - Faciliteren van gedeelde zorg via (digitale) tools
Bestuur: centralisatie, leiderschap, connectiviteit en innovatie	- Beleidsmatige ondersteuning en verankering van geïntegreerde zorg en coördinatie - Structurele afstemming tussen beleidsniveaus en harmonisatie van zorgzones - Aandacht voor samenwerking in erkenning- en kwaliteitsbeleid
Beschikbaarheid en verdeling van middelen, personeel en capaciteit	- Meerlagig financieringsmodel dat samenwerking stimuleert - Incentives voor participatie in lokale samenwerkingsverbanden - Vergoeding van overleg en afstemming voor zelfstandige zorgverleners

2.1 Succesfactor voor samenwerking: Gemeenschappelijke doelen en visie vertrekkende vanuit cliëntgerichtheid

In het vierdimensionaal model van D'Amour omvat de interpersoonlijke dimensie 'gemeenschappelijke doelen en visie' de **indicatoren 'gedeelde doelen' en 'cliëntgerichte oriëntatie'**. Zowel in internationale modellen als in Vlaamse praktijken blijkt dat het werken rond een gedeelde missie of visie een belangrijke succesfactor is van goede en gedragen samenwerking. Dit verwijst naar gezamenlijke doelstellingen die in consensus tot stand komen en meerdere belangen overstijgen. Gedeelde missies kunnen zich op verschillende manieren richten op het verbeteren van toegankelijkheid, o.a. het eenvoudiger maken van het hulpzoekproces, het inzetten op geschiktheid van zorg, het verkorten van wachttijden en het verbeteren van zorgcontinuïteit voor personen met complexe noden. De cliëntgerichtheid, namelijk dat samenwerking primair vertrekt vanuit de noden van de cliënt, is volgens het vierdimensionaal van samenwerking een belangrijke waarde die mede de kwaliteit van de samenwerking bepaalt.

2.1.1 Hefboom: Gedeelde doelen rond intersectorale samenwerking in strategische plannen van netwerken en samenwerkingsverbanden

De gg-netwerken stellen strategische plannen op over de organisatie van de ggz in hun regio. Bij het formuleren van het strategisch plan is het belangrijk om te komen tot gedeelde doelen rond (intersectorale) samenwerking. Dit kan verlopen via co-creatieve methoden, waarbij partners uit verschillende sectoren betrokken worden en er een breed gedragen plan ontstaat dat recht doet aan de belangen en noden van de partners. Ook het evalueren van de samenwerkingsprocessen bevordert transparantie en zorgt ervoor dat de samenwerking tijdig bijgestuurd kan worden wanneer nodig. Dit kan onder meer door het organiseren van regelmatige intersectorale evaluatiesessies, waarin de voortgang en samenwerking besproken worden.

2.1.2 Hefboom: Inzetten op samenwerking met lokale besturen of eerstelijnszones

Lokale besturen en eerstelijnszones zijn cruciale partners om zorg dicht bij burgers te organiseren en een brug te slaan tussen formele en informele netwerken. Samenwerking met lokale actoren laat toe om een gedeelde visie te ontwikkelen die beter is afgestemd op lokale noden, en door concrete doelen inzake ggz op te nemen in meerjarenplannen of actieplannen van de gemeente of ELZ kan de samenwerking structureel ingebed worden in het lokale beleid. Een goede samenwerking tussen het GBO en (partners van) gg-netwerken of andere lokale gg-samenwerkingsverbanden is daarbij essentieel, gezien hun rol in brede vraagverheldering en het vroegtijdig detecteren van ondersteuningsnoden van groepen met een verhoogde kwetsbaarheid.

2.1.3 Hefboom: Ondersteuning en verankering van ervaringswerkers, patiënten- en familieverenigingen

Het actief betrekken van ervaringswerkers en patiënt- en familieverenigingen zorgt ervoor dat de gedeelde visie binnen samenwerkingsverbanden ook effectief aansluit bij wat zorgvragers en hun families ervaren als toegankelijke en warme zorg. Het is ten eerste nodig om voldoende ervaringswerkers op te leiden en te ondersteunen. Daarnaast is er behoefte aan een duidelijk kader met concrete richtlijnen en handvatten om ervaringswerkers en vertegenwoordigers van patiënten en familie structureel te betrekken bij beleid, organisaties en overlegstructuren, zodat ervaringskennis volwaardig naast professionele kennis kan staan.

2.2 Succesfactor voor samenwerking: Internalisering: wederzijds vertrouwen en bekendheid

In het vierdimensionaal model verwijst de dimensie **internalisering** naar het wederzijdse vertrouwen en het 'elkaar kennen' op persoonlijke en professionele manier. In de literatuur wordt **wederzijds vertrouwen** genoemd als een succesfactor voor samenwerking. Ook in de focusgroepen wordt het belang van vertrouwen en gelijkwaardigheid regelmatig benadrukt, bijvoorbeeld in de context van het verkrijgen van mandaat voor directe doorverwijzing.

Kennis van elkaars expertise en werking ontwikkelt zich grotendeels via direct persoonlijk contact. Zo ontstaat er volgens deelnemers in de focusgroepen uitwisseling van ervaringen en een gevoel van verbondenheid wanneer mensen uit verschillende organisaties persoonlijk samenwerken, wat bijdraagt aan het versterken van vertrouwen. Tegelijkertijd werd in de focusgroepen benadrukt dat vertrouwen tijd nodig heeft om te groeien, zeker in de beginfase van samenwerkingen.

2.2.1 Hefboom: Directe samenwerking in intersectorale en multidisciplinaire teams

Zowel de literatuurstudie als de focusgroepen wijzen op de meerwaarde van rechtstreekse samenwerking tussen verschillende organisaties in intersectorale en multidisciplinaire teams. Dit kan bijvoorbeeld door samen het onthaal van een Kruispunt te bemannen of via samenwerking in *dedicated* teams. Door samen te werken rond een persoon en de zorgvraag en aanpak ervan te bespreken ontstaat er een gedeeld perspectief en gedeelde verantwoordelijkheid. Dit versterkt het vertrouwen en begrip tussen partners.

2.2.2 Hefboom: Inzetten op interprofessionele opleiding, intervisie en intersectorale uitwisseling

Vanuit de literatuur blijkt dat gezamenlijke interprofessionele training de samenwerking tussen disciplines bevordert. Gezamenlijke leertrajecten vormen een hefboom voor geïntegreerde zorg omdat ze een gedeelde taal, visie en aanpak stimuleren. Daarnaast dient er ook ruimte te zijn voor advies en consult. In de Vlaamse praktijk wordt dit onder meer gerealiseerd via consultfuncties van ggz-professionals naar de eerste lijn en welzijnssector, zodat o.a. huisartsen op een laagdrempelige manier beroep kunnen doen op gespecialiseerde expertise. Door coaching en vorming worden niet-ggz-professionals versterkt in hun omgang met psychische kwetsbaarheid, waardoor ze zelf betere ondersteuning kunnen verlenen aan de doelgroep en gerichter kunnen verwijzen naar ggz-actoren indien nodig. Ook wisselleren ('job shadowing') wordt zowel in de literatuur als in de focusgroepen als een goede praktijk genoemd.

2.2.3 Hefboom: Relatieopbouw via netwerkbijeenkomsten

Het samenbrengen van verschillende partners en sectoren tijdens bijeenkomsten zorgt voor zowel formele als informele kennismaking. Door in dialoog te gaan groeit het wederzijds begrip en ontstaat er meer inzicht in elkaars aanbod en werkwijze. Partners weten elkaar sneller te vinden, kunnen laagdrempelig afstemmen en gezamenlijk verantwoordelijkheid opnemen.

2.3 Succesfactor voor samenwerking: Formalisatie van verantwoordelijkheden en processen

In het vierdimensionaal model van D'Amour (2008) verwijst de dimensie formalisatie naar de mate waarin afspraken en verantwoordelijkheden binnen samenwerkingen expliciet en structureel worden vastgelegd. Dit omvat ook het gebruik van **formalisatietools** die afspraken en opdrachten vastleggen, zoals samenwerkingsakkoorden en protocollen. Een belangrijk aspect is de mogelijkheid tot **informatiedeling** en het bestaan van goede gedeelde communicatiesystemen tussen professionals.

De internationale literatuur onderstreept voor verschillende samenwerkingsmodellen het belang van een duidelijke rolverdeling in gedeelde zorgplannen, heldere protocollen, gemeenschappelijke informatiesystemen en gestandaardiseerde processen. Ons onderzoek heeft niet geheel duidelijk gemaakt in welke mate de verantwoordelijkheden in de Vlaamse praktijkvoering expliciet vervat zitten en afgebakend zijn in eventuele formele afsprakenkaders en samenwerkingsakkoorden. De bevraagde actoren zijn van mening dat een duidelijk kader voor centrale modellen met intersectorale samenwerking ontbreekt, en dat het bestaande (juridisch) kader voor informatiedeling de samenwerking vaak zelfs belemmert. Dit is een indicatie dat formalisatie momenteel onvoldoende uitgebouwd is in de gg-netwerken, wat in lijn ligt met de resultaten van een survey over samenwerking in de gg-netwerken in 2014 (Nicaise et al., 2021).

2.3.1 Hefboom: Kader voor lokale intersectorale samenwerkingsverbanden voor ggz-hulpvragen

In de Vlaamse praktijk zijn er verschillende vormen van lokale intersectorale samenwerkingsverbanden met centralisatie van ggz-hulpvragen gegroeid en wordt de meerwaarde ervan erkend. Ondanks deze positieve ervaringen, blijkt uit de focusgroepen dat deze modellen vaak kwetsbaar zijn omdat het een investering vraagt van partners die nu gebaseerd is op vrijblijvend engagement. Ook de intersectoraliteit én multidisciplinariteit van zulke modellen dient gegarandeerd te worden. Daarom is er nood aan een **structureel kader** dat de condities creëert om lokale intersectorale samenwerkingsverbanden te verduurzamen:

- **Organisatorisch**: erkennen en ondersteunen van governance van Kruispuntwerkingen als lokaal samenwerkingsverband, erkennen van (basis)actoren uit verschillende sectoren
- **Financieel**: structurele middelen voor het operationele luik, de coördinatie en (basis)actoren, incentives voor participatie van bijkomende lokale partners
- **Regelgevend**: opnemen van intersectorale samenwerking in erkennings- en kwaliteitskaders.

Er is nood aan formele verankering van rollen en opdrachten binnen de lokale intersectorale samenwerkingsverbanden in de gg-netwerken. De deelnemers in de focusgroepen benadrukken dat de efficiëntie van samenwerkingen met centralisatie van hulpvragen versterkt wordt door het mandaat van de medewerkers om effectief door te verwijzen naar gepaste zorg, en van het vertrouwen tussen partners om instroom te delen. Echter wordt in de geïdentificeerde reviews het belang van dit mandaat niet besproken.

In de literatuur worden financiële toewijding, sterk leiderschap en de inzet van een coördinator vermeld als essentieel voor het succes van centralisatiemodellen. Ook het opvolgen van kwaliteitsindicatoren inzake toegankelijkheid, aanmelding en doorverwijzing in het kader van de evaluatie en optimalisatie van centralisatiemodellen werd genoemd als goede praktijk in de literatuur.

2.3.2 Hefboom: Verhelderen van verhouding Kruispuntwerkingen en het GBO

Gezien de gedeeltelijke overlap in doelgroep, actoren en inhoud is het uitklaren van de verhouding tussen Kruispuntwerkingen en het GBO essentieel om tot een samenwerking te komen waarbij de werkingen elkaar kunnen versterken. Een helder kader met duidelijke afspraken over de samenwerking zorgt voor een coherent intersectoraal onthaal van burgers met psychische en psychosociale problemen, en versterkt de toegankelijkheid van de ggz en de sociale diensten.

2.3.3 Hefboom: Werkbaar regelgevend kader voor intersectorale informatiedeling

De deelnemers aan de focusgroepen ervaren het beroepsgeheim en de GDPR eerder als een belemmering dan als een stimulans voor effectieve informatiedeling. Ook in de literatuur wordt vermeld dat goede informatiedeling essentieel is voor samenwerking, maar dat juridische barrières intersectorale samenwerking en integratie vaak in de weg staan. Dit wijst op de nood aan een helder regelgevend kader dat is afgestemd op samenwerking in de zorg en toepasbaar is over verschillende sectoren en contexten heen.

2.3.4 Hefboom: Faciliteren van gedeelde zorg via (digitale) tools

In de literatuur worden gedeelde zorgplannen, protocollen, triage-instrumenten en elektronische patiëntendossiers (EPD's) genoemd als essentiële elementen om samenwerking en geïntegreerde ggz te structureren en ondersteunen. Het digitale platform Alivia werd in een focusgroep genoemd als een beloftevolle digitale tool om samenwerking te ondersteunen. Het biedt een gedeeld zorg- en ondersteuningsplan dat toegankelijk is voor verschillende betrokken zorgverleners.

2.4 Succesfactor voor samenwerking: Bestuur: centralisatie, leiderschap, connectiviteit en ondersteuning van innovatie

De dimensie 'governance' van D'Amour et al. (2008) verwijst naar hoe samenwerking bestuurd en gestuurd wordt. Het omvat vier kernindicatoren: een duidelijke en gedeelde richting en een centrale structuur die de doelgerichtheid faciliteert (**centralisatie**), gedeeld leiderschap waarbij alle partners betrokken zijn bij besluitvorming (**leiderschap**), structurele mogelijkheden voor overleg en afstemming tussen partners (**connectiviteit**), en ruimte en ondersteuning voor leerprocessen en vernieuwing (**ondersteuning van innovatie**).

Deze factoren kwamen duidelijk naar voren in de literatuur, zoals sterk leiderschap en evenwichtig beleid, wat nu in de focusgroepen eerder werd ervaren als versnipperd overheen beleidsniveaus en sectoren.

2.4.1 Hefboom: Beleidsmatige ondersteuning en verankering van geïntegreerde zorg en coördinatie

Zowel de reviews als de bevindingen uit de focusgroepen benadrukken het belang van zorgcoördinatie voor zorgcontinuïteit wanneer meerdere zorg- en welzijnsactoren betrokken zijn. In de Vlaamse praktijk blijkt echter dat een gebrek aan financiering en systematisering (o.a. verschillende invullingen en definities in verschillende settings) voor zorgcoördinatie een drempel vormt. Beleidsmatige ondersteuning en structurele verankering zijn nodig om geïntegreerde zorg mogelijk te maken. Het interfederaal plan geïntegreerde zorg is hiervoor belangrijk en voorziet in een overkoepelend kader waarin verschillende pijlers van geïntegreerde zorg ontwikkeld worden. Uit de focusgroepen komt ook

de vraag naar de uitbreiding van de terugbetaalde multidisciplinaire overleggen (MDO's), gezien één keer per jaar onvoldoende is om continuïteit in de afstemming te garanderen.

2.4.2 Hefboom: Structurele afstemming tussen beleidsniveaus en harmonisatie zorgzones

De implementatie van intersectorale samenwerking vraagt een overkoepelende beleidsregie waarbij federale, Vlaamse en lokale overheden afspraken maken over harmonisatie van regelgeving, financiering en werkingsgebieden. Ook is goede afstemming tussen de verschillende departementen nodig om te komen tot een coherent ggz-beleid waarin alle aangrenzende sectoren worden meegenomen.

2.4.3 Hefboom: Meer aandacht voor samenwerking in erkenning en kwaliteitsbeleid

De huidige erkennings- en kwaliteitskaders zijn veelal gericht op de prestaties van individuele organisaties. Hierdoor blijft de meerwaarde van (intersectorale) samenwerking onderbelicht, zowel in de beoordeling van kwaliteit als in de waardering en financiering van zorg. Door indicatoren rond (intersectorale) samenwerking explicieter op te nemen in de erkenning en evaluatie, wordt het belang ervan meer erkend en gewaardeerd, en worden organisaties gestimuleerd om samen te werken.

2.5 Succesfactor voor samenwerking: Beschikbaarheid en goede verdeling van middelen, personeel en capaciteit als randvoorwaarden

Naast de vier bovenvermelde thema's uit het vierdimensionaal model van D'Amour, benadrukken zowel de literatuur als de focusgroepen sterk de noodzaak aan **voldoende beschikbaarheid van middelen, personeel en capaciteit** als basisvoorwaarden voor succesvolle (intersectorale) samenwerking gericht op het verbeteren van de toegankelijkheid van de ggz. Samenwerking vraagt **tijd en ruimte om relaties op te bouwen**, maar door te hoge werkdruk of tekort aan personeel of middelen bestaat het risico dat samenwerking buiten de eigen organisatie naar de achtergrond verdwijnt. In de focusgroepen werd aangehaald dat goede samenwerkingsverbanden zo onder druk komen te staan wanneer er geen rendement zit in de investering die samenwerkingsverbanden vragen. Daarnaast is ook een evenwichtige en doelgerichte **inzet en verdeling** van middelen, personeel en capaciteit cruciaal. Een ongelijke verdeling van middelen en (personeels)capaciteit tussen sectoren kan leiden tot scheve **machtsverhoudingen**, wat de gelijkwaardigheid van samenwerking ondermijnt. In de focusgroepen werd in dit verband verwezen naar ziekenhuizen, die volgens de deelnemers meer macht hebben vanwege hun relatief grotere aandeel in de beschikbare middelen.

Structurele (financiële) investeringen, personeelsinzet en beschikbare capaciteit zijn daarbij onlosmakelijk met elkaar verbonden**.** Een duurzame samenwerking vereist dus langdurige investeringen die gericht zijn op het versterken van zowel menskracht als werkbare structuren. De **beschikbaarheid en inzetbaarheid van voldoende zorgverleners** heeft een impact op de mogelijkheid om tijd te investeren in overleg. Dit vraagt ten eerste dat er voldoende gekwalificeerde zorgverleners beschikbaar zijn op de arbeidsmarkt. Dit geldt zowel voor personele capaciteit in organisaties, als voor de beschikbaarheid van zelfstandige zorgverleners. Tijdens de focusgroepen werd onder meer het **huisartsentekort** benoemd als een knelpunt dat de samenwerking tussen de ggz en de eerstelijnszorg onder druk zet.

2.5.1 Hefboom: Meer gelaagd financieringsmodel met voldoende basisfinanciering en financiële stimulans voor samenwerking

Traditionele financiering is vaak verkokerd en prestatiegericht, waardoor intersectorale samenwerking en gedeelde verantwoordelijkheid te weinig wordt gewaardeerd. In de literatuur wordt het fee-for-service-model dan ook benoemd als een drempel voor samenwerking. In de literatuur wordt geïntegreerde financiering genoemd als facilitator, met name bij de integratie van ggz met andere diensten en sectoren.

Ook wanneer samenwerking projectmatig wordt georganiseerd, bestaat het risico dat dit door betrokken organisaties wordt ervaren als een bijkomende en tijdelijke opdracht, eerder dan als een geïntegreerd onderdeel van hun werking. Voldoende stabiele financiering creëert een voedingsbodem voor samenwerking en is essentieel om samenwerkingsverbanden te verduurzamen. Stimulerende financieringsmechanismen vormen volgens deelnemers in de focusgroepen een hefboom indien deze samenwerking mogelijk maken, en ook actief faciliteren. Een meer gelaagd financieringsmodel, dat basisfinanciering combineert met aanvullende lagen die samenwerking honoreren, kan hierin een belangrijke rol spelen volgens de betrokken actoren. Zo'n model biedt zowel stabiliteit als flexibiliteit, en erkent en ondersteunt de inspanningen van organisaties die investeren in intersectorale samenwerking.

2.5.2 Hefboom: Incentives voor participatie in lokale samenwerkingsverbanden

Om lokale en intersectorale samenwerking te versterken, kunnen gerichte incentives participatie mogelijk en aantrekkelijk maken volgens deelnemers in de focusgroepen. Dit is in het bijzonder belangrijk voor netwerkpartners en sectoren die vandaag moeilijker blijken om te betrekken, zoals VAPH. In de literatuur kwam de rol van financiële incentives echter niet expliciet aan bod.

2.5.3 Hefboom: Vergoeden van overleg en afstemming voor zelfstandige zorgverleners

Zelfstandige zorgverleners vervullen een belangrijke rol in samenwerking in de ggz, maar het blijkt volgens deelnemers van de focusgroepen geen evidentie om hen te vergoeden voor hun inzet in samenwerkingen en voor overleg vanwege het enge prestatiegerichte financieringssysteem waarin het merendeel werkzaam is. Er is dus nood aan vergoeding van zelfstandige zorgverleners voor casusoverleg en participatie in samenwerkingsverbanden. Hoe deze vergoeding idealiter concreet vorm kan krijgen, verdient nog verdere exploratie in overleg met de nodige stakeholders uit de zelfstandige sector. In de literatuur kwam dit echter niet expliciet aan bod.

Hoofdstuk 6
Algemene conclusie en beleidsaanbevelingen van de onderzoeksequipe

In dit afsluitende hoofdstuk worden eerst de verschillende onderzoeksvragen beantwoord, waarbij ook concrete aanbevelingen van de onderzoekers voor beleid en praktijk worden geformuleerd. Aansluitend volgen de openstaande vragen waarop het onderzoek geen sluitend antwoord kon bieden..

1 Antwoorden op de onderzoeksvragen en beleids- en praktijkaanbevelingen

Welke modellen of interventies van samenwerking tussen zorg- en welzijnsactoren die bijdragen aan toegankelijkheid van de ggz zijn onderzocht in de wetenschappelijke literatuur?

Op basis van de review van reviews blijkt dat het wetenschappelijk onderzoek vooral vormen van integratie van de ggz met andere zorg- en welzijnsdiensten bestudeert. **Integratie tussen ggz en de eerstelijnszorg** wordt het vaakst geïmplementeerd, o.a. via het collaborative care model waarbij ggz-professionals geïntegreerd worden in een team in de eerstelijnszorg. Er bestaat evidentie dat integratie van de ggz in de eerstelijnszorg of andere zorgvormen de toegankelijkheid van de ggz verbetert door meer integrale, laagdrempelige en gecoördineerde zorg te verlenen. **Bij overgangen**, o.a. tussen jeugd- en volwassenenzorg en tussen verschillende zorgniveaus, is een **geplande en gecoördineerde transitie en goede informatiedeling** tussen de actoren cruciaal voor het garanderen van de toegankelijkheid en continuïteit van zorg. Strategieën zoals **patiëntnavigatie** (i.e. wegwijs maken van zorgvragers in het zorglandschap en aanpakken van drempels in het zorgproces) en **centrale aanmelding** kunnen eveneens zorgen voor vlottere en meer gepaste zorg. De verschillende modellen en elementen ervan kunnen complementair worden ingezet. Een **mix van interventies** is essentieel om de toegankelijkheid te verbeteren, waarbij zowel structurele integratie (op netwerk- en macroniveau) als samenwerking op casusniveau belangrijk zijn.

Welke modellen en interventies worden op dit moment ingezet binnen de gg-netwerken voor het bevorderen van de toegankelijkheid van de ggz voor volwassenen en ouderen? Hoe realiseren zij momenteel intersectorale samenwerking in het kader van die doelstelling?

Uit de focusgroepstudie blijkt dat binnen de gg-netwerken uiteenlopende samenwerkingsmodellen en interventies ontwikkeld worden om de toegankelijkheid van de ggz te verbeteren, zowel voor de brede bevolking als voor specifieke doelgroepen. Niettemin is het overzicht (zie hieronder) mogelijk niet volledig en sluiten we niet uit dat er in Vlaanderen nog andere goede (intersectorale) samenwerkingsvormen bestaan die de toegang tot de ggz bevorderen.

Een eerste vorm van samenwerking betreft de creatie van een **onthaal voor verwante zorgvragen**, zoals de Kruispuntwerkingen en het GBO, die als toegankelijke maar niet-exclusieve ingang tot de ggz fungeren, al dan niet in samenwerking met de derde lijn. Deze initiatieven combineren gespecialiseerde ggz-expertise met andere vormen van vraagverheldering en gepaste doorverwijzing. Er bestaan op dit moment diverse Kruispuntwerkingen in Vlaanderen, die verschillen qua samenstelling en partnerschappen, opdrachten, en de wijze waarop het onthaal en de doorverwijzing worden georganiseerd. Dit onderzoek had niet tot doel deze verschillende modellen in detail te evalueren en te vergelijken met

elkaar. Wat wel duidelijk is, is dat de uiteenlopende invullingen elk in hun regio bijdragen aan een betere samenwerking en aan de ontwikkeling van een gedeeld perspectief op het verbeteren van de toegankelijkheid van de ggz tussen verschillende actoren en sectoren.

Een tweede vorm van intersectorale samenwerking die bijdraagt aan de toegankelijkheid zijn **intersectorale *dedicated teams*, netwerktafels, gedeelde zorgafspraken en casusoverleg** waarbij actoren uit verschillende sectoren en disciplines betrokken zijn. Deze zijn gericht op specifieke *underserved* groepen en personen met een complexe problematiek (o.a. personen met een zorgmijdend profiel).

Een derde vorm betreft **buurtgerichte zorginitiatieven en samenwerking met actoren uit de nulde lijn**, in het bijzonder voor moeilijk bereikbare of underserved groepen. Het potentieel van dit type samenwerking werd volgens de deelnemers aan de focusgroepen nog onderbenut.

Een vierde vorm betreft **adviesverlening, vorming en consultfuncties** die vanuit de ggz worden ingezet naar zorg- en welzijnspartners toe, met als doel hen te versterken in het zelf ondersteunen en gepast toeleiden van de doelgroep.

Tot slot zijn er beloftevolle **proeftuinen voor jongeren in transitieleeftijd**, waarbij o.a. transitiecoaches de afstemming verbeteren tussen de gg-netwerken voor volwassenen en voor kinderen en jongeren.

Hoe draagt intersectorale samenwerking in de eerste lijn en met welzijns- en zorgactoren bij aan de toegankelijkheid van de ggz?

Op basis van de review van reviews en de focusgroepstudie kunnen we concluderen dat intersectorale samenwerking in de eerste lijn en met welzijns- en zorgactoren bijdraagt aan de toegankelijkheid van de ggz door verschillende aspecten van toegankelijkheid te verbeteren:

- **Gepastheid**: Intersectorale samenwerking draagt bij aan een betere triage en match met de zorgnood, in het bijzonder wanneer aanmelding voor ggz-hulpvragen gecentraliseerd wordt en er na (intersectorale) vraagverheldering bekeken wordt wat de gepaste zorgvorm is. Er ontstaat een meer holistisch perspectief met niet alleen een focus op psychische, maar ook sociale en andere ondersteuningsnoden. Door samen te werken in plaats van enkel naar elkaar door te verwijzen, wordt ook beter afgestemd, en ontstaat een gedeelde verantwoordelijkheid tussen actoren.
- **Laagdrempeligheid**: Intersectorale samenwerking met de nulde en eerste lijn en het welzijnswerk maakt ggz laagdrempeliger. Door ggz-professionals te integreren in deze settings die vertrouwder zijn voor de burger, of door outreachend te werken en hierbij samen te werken met de actoren die de doelgroep goed kennen, kan de instap naar ggz vergemakkelijkt worden. Ook inloopmodellen kunnen de drempel tot hulp verlagen.
- **Aanvaardbaarheid**: De aanvaardbaarheid van de ggz kan verhoogd worden door inclusief en participatief te werken, o.a. via gedeelde besluitvorming waarbij de zorgvrager en naasten mee het zorgproces sturen. De aanvaardbaarheid van de ggz versterkt ook door vanuit gelijkwaaridgheid samen te werken met o.a. ervaringswerkers, patiënten- en familie-verenigingen en herstelgerichte initiatieven. Dit zorgt voor meer herkenbaarheid en vertrouwen bij personen met psychische problemen.
- **Beschikbaarheid en bereikbaarheid**: Samenwerkingsverbanden tussen lokale actoren (o.a. in zorg, welzijn, de nulde lijn en lokale besturen) zorgen voor een ggz die ingebed is in de buurt en dicht bij de burger wordt georganiseerd. De Kruispuntwerkingen zijn daar één voorbeeld

van. Deze samenwerkingsverbanden tussen lokale actoren zorgen voor vlotter bereikbare zorg en verlagen de drempel tot zorg. Door tijdig gepaste zorg aan te bieden wordt ook voorkomen dat problemen verergeren, waardoor op langere termijn de wachttijden zouden kunnen dalen, wat bijdraagt aan een verhoogde beschikbaarheid van ggz.

Hoewel de positieve impact van intersectorale samenwerkingen op de toegankelijkheid van de ggz wordt bevestigd in zowel de focusgroepen als de wetenschappelijke literatuur, is er meer onderzoek nodig om de effecten van de verschillende intersectorale samenwerkingen te kwantificeren, volledig te begrijpen en te optimaliseren.

Op welke modellen en interventies - en randvoorwaarden, succesfactoren en hefbomen - zet de overheid best in om de toegankelijkheid van de ggz op netwerkniveau te versterken en duurzaam te verankeren?

Om de toegankelijkheid van de ggz te versterken, is het noodzakelijk om te erkennen dat **niet één manier van samenwerken of één model volstaat** om tegemoet te komen aan de noden en kenmerken van de bevolking. Zo vraagt het bereiken van underserved groepen om vindplaatsgericht en outreachend te werken, en hebben personen met ernstige, chronische of complexe problemen nood aan langdurige en intensieve afstemming tussen zorgactoren, met zorgcoördinatie of casemanagement. Voor personen met moeilijk te duiden of beginnende klachten is een vereenvoudigd zoekproces met goede triage essentieel om tijdig de juiste hulp of doorverwijzing te kunnen bieden. Hoewel deze diversiteit in samenwerkingen nodig is, mogen ze niet naast elkaar – als op zichzelf staande sporen of nieuwe silo's – functioneren, maar is ook **onderling afstemming nodig**. Een beleidskader dient dus niet alleen deze variatie aan aanpakken mogelijk te maken, maar ook te stimuleren dat ze onderling samenwerken binnen een gedeelde visie op geïntegreerde en toegankelijke ggz.

Op basis van de integratie van de inzichten uit de literatuur en de focusgroepen onderscheidt deze studie vier cruciale elementen van gedeelde zorg die samen de toegankelijkheid van ggz versterken. Ten eerste vormt **geïntegreerde ggz**, waarbij **zorgcoördinatie en casemanagement** als essentiële onderdelen fungeren, de basis voor een samenhangende en persoonsgerichte aanpak. Daarnaast wordt het belang van **lokaal georganiseerde centrale aanspreek- of aanmeldpunten** benadrukt, die de toegang tot ggz vereenvoudigen, navigatie faciliteren, en waar mogelijk triëren in het zorglandschap. Een derde spoor richt zich op de **samenwerking tussen ggz en actoren zoals werk, huisvesting, buurtcentra en sociale diensten**, om een brede ondersteuning te garanderen. Tot slot wordt het principe van **gedeelde verantwoordelijkheid** en **gerichte samenwerking voor underserved groepen** onderstreept.

Naast de inhoudelijke focus op cruciale elementen onderscheiden we ook de succesfactoren en hefbomen van intersectorale samenwerking om de toegankelijkheid van de ggz te verbeteren. De **overheid** kan beleidsmatig vooral inzetten op het **verbinden van sectoren en zorgniveaus,** en het **faciliteren van voorwaarden voor effectieve interorganisationele, intersectorale initiatieven én gedeelde zorg in de ggz.**

Dit omvat het voorzien van:

- **Een voorwaardenscheppend kader voor intersectorale lokale samenwerkingsverbanden met gedeelde zorg en onthaal van gg-gerelateerde hulpvragen** als kernopdrachten (o.a. 'Kruispuntwerkingen'). Ditbiedt een regelgevende en organisatorische basis om ggz-vragen gecoördineerd op te vangen op lokaal niveau. We pleiten niet voor een exclusieve toegangs-

poort, maar wel voor een verdere ondersteuning van intersectorale samenwerkingsverbanden voor het onthaal van personen met gg-gerelateerde zorgvragen. Om intersectorale samenwerkingsverbanden echt intersectoraal te maken is het belangrijk dat verschillende disciplines (psychologen, maatschappelijk werkers, artsen, ...) hierin participeren. Dit vraagt eveneens om de omschrijving van enkele mogelijke belangrijke opdrachten die in een samenwerkingsverband kunnen ingezet worden. Voorbeelden hiervan zijn onthaal met vraagverheldering en indicatiestelling, preventieactiviteiten, kortdurende hulp, backoffice overleg met nog meer intersectorale partners en zorgcoördinatie. Lokaal maatwerk inzake werkingsgebied, partners, mandaten en opdrachten dient mogelijk te zijn op basis van bestaande partnerschappen, regionale noden, geografische verdeling van betrokken actoren en reeds afgelegde trajecten. Lokaal maatwerk inzake werkingsgebied, partners, mandaten en opdrachten dient mogelijk te zijn op basis van bestaande partnerschappen, regionale noden, geografische verdeling van betrokken actoren en reeds afgelegde trajecten.

- **Verheldering van de verhouding tussen het GBO en lokale intersectorale samenwerkingsverbanden voor het onthaal van ggz-vragen**, zodat er duidelijkheid komt over de overlap en verschillen in opdrachten en verantwoordelijkheden. Veel personen ervaren ook moeilijkheden op andere levensdomeinen dan hun psychische gezondheid. Door welzijnsactoren mee te betrekken in de werking van bv. de Kruispunten, kunnen deze bredere noden beter gedetecteerd worden in de vraagverheldering. Voor hulpvragen zonder een vraag naar psychologische ondersteuning, die enkel domeinen zoals financiën, huisvesting, opvoeding of praktische ondersteuning betreffen, blijft het GBO het meest geschikte aanspreekpunt. Gezien het GBO ook het psychosociale domein capteert (milde psychosociale klachten kunnen ook opgevangen worden door GBO), erkennen we een zekere onvermijdbare overlap, zowel qua partners als inhoud. Als het GBO dan vermoedt dat er sprake is van psychopathologie, is de afstemming met bv. het Kruispunt belangrijk aangezien voor de behandeling van psychopathologie verwijzing naar de ggz zal nodig zijn. We zouden daarom aanraden om de afstemming tussen GBO en bv. Kruispunten niet alleen lokaal te organiseren, maar ook meer te verbinden op Vlaams niveau. Dit dient te gebeuren in nauwe afstemming met de betrokken GBO-actoren en ggz-actoren
- **Erkennings- en kwaliteitskaders voor organisaties, door de overheid, die de meerwaarde van samenwerkingen tussen organisaties en sectoren valideren**. Dit kan bijvoorbeeld door indicatoren inzake samenwerking op te nemen, waardoor zowel organisaties als overheden meer inzicht verkrijgen in de mate waarop reeds wordt samengewerkt en gebieden waarin versterking wenselijk is. Hiervoor kan eerder onderzoek van het Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin worden geraadpleegd waarbij een literatuurstudie is gedaan ter onderbouwing van een referentiekader voor continuïteit in de zorg voor personen met psychische problemen (Hermans, Sevenants, & Van Audenhove, 2020).
- Een duidelijk **regelgevend kader dat goede intersectorale informatiedeling stimuleert**, met een goede balans tussen werkbaarheid voor professionals en privacybescherming van de patiënt. Hoe het gedeeld beroepsgeheim en de GDPR-wetgeving momenteel beperkingen opleggen aan (intersectorale) samenwerkingen tussen zorg- en welzijnsactoren is niet in de diepte besproken en dient verder onderzocht te worden, samen met mogelijke oplossingen hiervoor. Betrokken actoren in gedeelde zorg of een samenwerkingsverband dienen toegang te krijgen tot noodzakelijke informatie, bijvoorbeeld via een veilige digitale tool. We denken hierbij bijvoorbeeld aan de mogelijkheden die Alivia en het Vlaamse Informatie Platform BelRAI hiervoor kunnen bieden. Het is daarbij belangrijk om duidelijk te maken welke

gegevens gedeeld mogen worden, met welke actoren en voor welke doeleinden. Dit is binnen het Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin onderzocht geweest voor het GBO (Menten, Opgenhaffen & Put, 2022). Een uitbreiding van dit onderzoek is aan te bevelen.

- **Financieringsmechanismen die samenwerking stimuleren**. Dit betekent dat er voldoende stabiele structurele financiering is voor organisaties en gg-netwerken, met bijkomende prikkels die een deel financiering koppelen aan participatie in samenwerkingsverbanden en gezamenlijke investeringen. Daarnaast is het belangrijk om ook een systeem te voorzien om zelfstandige zorgverleners correct te kunnen vergoeden voor hun deelname aan overleg, casusbesprekingen en inzet in structurele samenwerkingen.
- **Afstemming tussen overheden en departementen** om tot een meer samenhangend ggz-beleid te komen, zoals het harmoniseren van werkingsgebieden en loonvoorwaarden.
- **Formalisering en ondersteuning van zorgcoördinatie via het interfederaal plan geïntegreerde zorg**. Hierbij is het belangrijk dat ggz en welzijn gelijkwaardig betrokken worden, zodat de aanpak sectoroverschrijdend is en afgestemd is op de zorgvragers met meervoudige noden. Dit betekent ook dat er structurele financiering is voor de zorgcoördinatie voor personen met gg-noden.
- **Uitbreiding van het vergoede Multidisciplinair Overleg (MDO**) voor personen met complexe gg-noden in de thuissituatie. Zo kan ingezet worden op vroegtijdige afstemming, betere zorgcoördinatie en continuïteit in de zorgverlening.
- **Structurele ondersteuning van ervaringsdeskundigen en organisaties en verenigingen voor patiënten en familie**. Dit omvat het voorzien van financiering, ondersteuning en het aanbieden van concrete handvaten voor hun inzetbaarheid. Zo wordt hun meerwaarde, enerzijds, net als die van andere stakeholders erkend en kunnen zij, anderzijds, volwaardig bijdragen aan zowel het beleid als de praktijk om tot een meer toegankelijke en inclusieve ggz te komen.

Daarnaast zijn er nog verschillende meer praktijkgerichte aanbevelingen waarop de **gg-netwerken** nog meer kunnen inzetten:

- Hoewel de randvoorden van structurele samenwerking en integratie tussen sectoren sterk beleidsmatig gestuurd worden, kunnen netwerken hier ook al proactief aan bijdragen door heldere en gedragen **samenwerkingsafspraken** tussen actoren uit het netwerk en het gebruik van **gedeelde zorgplannen en werkprocessen** te stimuleren.
- De netwerken kunnen ook inzetten op **relationele aspecten van samenwerking**. Hierbij is het essentieel om in te zetten op de gelijkwaardigheid van actoren, wederzijds vertrouwen en begrip, en de bereidheid om verantwoordelijkheid te delen als essentiële ingrediënten van gedragen samenwerking. Dit kan door het creëren van ruimte voor uitwisseling en het formuleren van gedeelde doelen, wat onder meer kan versterkt worden via co-creatie van strategische plannen en via netwerkbijeenkomsten waarin goede praktijken gedeeld of gewaardeerd worden.
- Mogelijkheden tot **interprofessionele opleidingen en vormen van wisselleren**. Door professionals uit verschillende sectoren samen te brengen in gezamenlijke leertrajecten, ontstaat er een gedeelde taal, een beter begrip van elkaars werking, en zo ook meer vertrouwdheid en samenwerking in de praktijk.
- De **samenwerking met lokale besturen en eerstelijnszones** is cruciaal om de zorg lokaal te verankeren en beter af te stemmen op de specifieke noden van de inwoners.

- Goede praktijken die verder gestimuleerd kunnen worden zijn:
  - samenwerking met en presentie van ggz-actoren in de nulde lijn (o.a. buurtcentra, wijkwerkingen, verenigingen…);
  - linken met (netwerken voor) jeugd-ggz voor jongeren in transitieleeftijd;
  - samenwerking met en inzet van ervaringsdeskundigen en patiënten- en familie-verenigingen;
  - herstelgerichte initiatieven, en samenwerking met andere levensdomeinen zoals wonen, werk en vrije tijd.

Zijn er voor bovenstaande onderzoeksvragen specifieke aandachtspunten voor underserved groepen die momenteel onvoldoende toegang tot de ggz hebben?

Er zijn enkele praktijken die bijzonder succesvol en drempelverlagend werken inzake intersectorale samenwerking voor underserved groepen, zoals het samenwerken met vertrouwde actoren en settings (bv. buurtcentra, wijkwerkingen, armoedeorganisaties), en het inzetten op integratie van ggz met de eerstelijnszorg en welzijn. **Dedicated teams**, waarin de expertises van verschillende sectoren gebundeld worden in een nieuw samengesteld team dat zich specialiseert in de ondersteuning van doelgroepen met complexe noden, vormen een krachtig voorbeeld van intersectorale samenwerking voor underserved groepen. Voor doelgroepen met complexe noden is het essentieel om ook **samen te werken met sectoren buiten de traditionele zorg en welzijn, zoals wonen, werk en justitie**. Het is eveneens belangrijk om **laagdrempelige inloopmodellen en vindplaatsgerichte interventies** te implementeren die aansluiten bij de noden van deze groepen. Hierbij wordt proactief ingezet op aanwezigheid van ggz-professionals op plekken waar de doelgroep al komt, wat het mogelijk maakt om tijdig noden te detecteren, vraagverheldering te bieden en samen tot gepaste hulp te komen op het tempo van de zorggebruiker. **Gedeelde zorg** is ook belangrijk voor de actoren die met doelgroepen met complexe noden werken en zorgt niet enkel voor integrale zorg, maar ook voor meer draagkracht bij de betrokken zorgverleners.

2 Openstaande vragen

De gg-netwerken zetten reeds sterk in op intersectorale en multidisciplinaire samenwerking met als doel de toegankelijkheid van de ggz te verbeteren. De kracht van het uitgevoerde onderzoek en de gehanteerde methode ligt in de brede en integrale visie, waarbij diverse samenwerkingsvormen en hun sterke punten in kaart zijn gebracht. Tegelijkertijd heeft dit als gevolg dat binnen de onderzoeksperiode van acht maanden niet alle gecapteerde onderwerpen tot in detail konden worden uitgewerkt, en dat sommige thema's buiten de scope van het onderzoek vielen. Hierdoor blijven enkele vragen open en zijn er aspecten waarop het onderzoek met de vooropgestelde methodologie geen sluitend antwoord kan geven. Ten eerste is het belangrijk te benadrukken dat er geen vergelijkende studie is uitgevoerd tussen de verschillende (intersectorale) samenwerkingsverbanden. Binnen de ggz-netwerken bestaan diverse teams, Kruispuntwerkingen, netwerktafels of casusoverleggen en andere samenwerkings-modellen, elk met hun eigen kwaliteiten. Het was echter niet haalbaar – en ook niet de doestelling – om te bepalen welke invulling of samenstelling hiervan beter is.

De verdere eventuele bepaling van opdrachten, rolverdeling (bv. het mandaat van betrokken actoren), governance en eventuele afbakening tussen basisactoren en aanvullende partners binnen lokale

intersectorale samenwerkingsverbanden zoals Kruispuntwerkingen vereist dan ook verdere afstemming met de betrokken partijen. Hierdoor kunnen we ook geen sluitend antwoord geven op vragen rond de concrete financiering van deze samenwerkingen, hoewel de nood hieraan door de deelnemers aan de focusgroepen wel is erkend. De precieze vormgeving van een financieringsmodel dat samenwerking effectief waardeert, evenals de mogelijkheden om financiële incentives voor samenwerking te voorzien, is door het onderzoek nog beperkt geconcretiseerd. Dit geldt ook voor de financiering van zorgcoördinatie, al wordt hierbij gekeken naar het interfederaal plan geïntegreerde zorg om ook binnen de ggz aan deze behoefte tegemoet te komen. Tot slot is er een expliciete vraag naar meer duidelijkheid over de juridische kaders rond intersectorale informatiedeling, wat afstemming met o.a. juristen en ethici vergt.

Deze studie toont dat wetenschappelijk onderzoek ons tot op zekere hoogte richting geeft over hoe de toegankelijkheid van de ggz op netwerk- of regioniveau kan verbeterd worden. We leerden dat gg-netwerken voor deze doelstelling bottom-up creatieve initiatieven ontwikkelen. Tegelijk maakt het onderzoek duidelijk dat er nog een weg te gaan is, en dat de gezamenlijke inspanning van de gg-netwerken en hun actoren, de overheden en onderzoekers cruciaal zal zijn om verdere voortgang inzake de toegankelijkheid van de ggz voor alle doelgroepen te realiseren.

Referenties

Blasi, P. R., Mettert, K. D., Coleman, K., Lewis, C., Wagner, E., Coghill, M. N., . . . Richards, J. E. (2021). Transitioning patients from outpatient mental health services to primary care: A rapid literature review. *Implement Res Pract, 2*, 26334895211041294.

Broekhuis, M., De Blok, C., & Meijboom, B. (2009). Improving client-centred care and services: the role of front/back-office configurations. *Journal of Advanced Nursing, 65*(5), 971-980.

Bruffaerts, R., Leys, M., Portzky, G., Van den Broeck, K., Kaesemans, G., Jansen, L., . . . Bootsma, E. (2024). *De mythes bevraagd. Resultaten van de Public Mental Health Monitor.*: Zorgnet Icuro.

Chantry, M., Magerman, J., Fernandez, K., De Ruysscher, C., Sinclair, D. L., Goethals, I., . . . Nicaise, P. (2023). Substance use and mental health care integration (SUMHIT): a study of service networks in mental health and substance use disorders in Belgium, their accessibility, and users' needs.

Chatterjee, K., Srivastava, K., Prakash, J., & Dangi, A. (2023). Positive mental health for all serving the under-served. *Ind Psychiatry J, 32*(2), 234-239.

Clibbens, N., Booth, A., Sharda, L., Baker, J., Thompson, J., Ashman, M., . . . Kendal, S. (2023). Explaining context, mechanism and outcome in adult community mental health crisis care: A realist evidence synthesis. [Review]. *International Journal of Mental Health Nursing, 32*(6), 1636-1653.

Coates, D., Coppleson, D., & Schmied, V. (2020). Integrated physical and mental healthcare: an overview of models and their evaluation findings. *Int J Evid Based Healthc, 18*(1), 38-57.

Coates, D., Coppleson, D., & Travaglia, J. (2022). Factors supporting the implementation of integrated care between physical and mental health services: an integrative review. *J Interprof Care, 36*(2), 245-258.

D'Amour, D., Goulet, L., Labadie, J. F., Martín-Rodriguez, L. S., & Pineault, R. (2008). A model and typology of collaboration between professionals in healthcare organizations. *BMC Health Serv Res, 8*, 188.

De Cuyper, K., & Van Audenhove, C. (2019). Het nieuwe decreet geestelijke gezondheid : gevolgen voor de praktijk en organisatie van de geestelijke gezondheidszorg. *Tijdschrift Klinische Psychologie, 49*(3).

De Ruysscher, C., Magerman, J., Goethals, I., Chantry, M., Sinclair, D. L., Delespaul, P., . . . Vanderplasschen, W. (2024). Islands in the stream: a qualitative study on the accessibility of mental health care for persons with substance use disorders in Belgium. *Front Psychiatry, 15*, 1344020.

Embrett, M. G., Randall, G. E., Longo, C. J., Nguyen, T., & Mulvale, G. (2016). Effectiveness of Health System Services and Programs for Youth to Adult Transitions in Mental Health Care: A Systematic Review of Academic Literature. *Adm Policy Ment Health, 43*(2), 259-269.

Falconer, E., Kho, D., & Docherty, J. P. (2018). Use of technology for care coordination initiatives for patients with mental health issues: a systematic literature review. *Neuropsychiatr Dis Treat, 14*, 2337-2349.

Goodrich, D. E., Kilbourne, A. M., Nord, K. M., & Bauer, M. S. (2013). Mental health collaborative care and its role in primary care settings. *Current Psychiatry Reports, 15*(8).

Hartveit, M., Vanhaecht, K., Thorsen, O., Biringer, E., Haug, K., & Aslaksen, A. (2017). Quality indicators for the referral process from primary to specialised mental health care: an explorative study in accordance with the RAND appropriateness method. *BMC Health Serv Res, 17*(1), 4.

Hermans, S., Sevenants, A., & Van Audenhove, C. (2020). Referentiekader continuïteit in de zorg voor personen met geestelijke gezondheidsproblemen (Onderzoeksrapport). *Geraadpleegd via de website van het Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin*

Hernandez, V., Nasser, L., Do, C., & Lee, W. C. (2024). Healing the Whole: An International Review of the Collaborative Care Model between Primary Care and Psychiatry. *Healthcare (Basel), 12*(16).

Hughes, E., Harris, J., Ainscough, T., Bate, A., Copello, A., Dalkin, S., . . . Walker, C. (2024). Care models for coexisting serious mental health and alcohol/drug conditions: the RECO realist evidence synthesis and case study evaluation. *Health Technol Assess, 28*(67), 1-100.

IMPACT Public Sector Advisors. (2021). *10 jaar hervorming van de geestelijke gezondheidszorg in België: een voortdurend evoluerend proces.* https://www.psy107.be/images/20200429_-_Rapport_10_jaar_hervorming_-_DefV.pdf

Isaacs, A., Bonsey, A., & Couch, D. (2023). Centralized Intake Models and Recommendations for Their Use in Non-Acute Mental Health Services: A Scoping Review. *Int J Environ Res Public Health, 20*(9).

Isaacs, A. N., & Mitchell, E. K. L. (2024). Mental health integrated care models in primary care and factors that contribute to their effective implementation: a scoping review. *International Journal of Mental Health Systems, 18*(1).

Kates, N., Arroll, B., Currie, E., Hanlon, C., Gask, L., Klasen, H., . . . Williams, M. (2019). Improving collaboration between primary care and mental health services. *World J Biol Psychiatry, 20*(10), 748-765.

Kim, B., Benzer, J. K., Afable, M. K., Fletcher, T. L., Yusuf, Z., & Smith, T. L. (2023). Care transitions from the specialty to the primary care setting: A scoping literature review of potential barriers and facilitators with implications for mental health care. *J Eval Clin Pract, 29*(8), 1338-1353.

Lee-Tauler, S. Y., Eun, J., Corbett, D., & Collins, P. Y. (2018). A Systematic Review of Interventions to Improve Initiation of Mental Health Care Among Racial-Ethnic Minority Groups. *Psychiatr Serv, 69*(6), 628-647.

Levesque, J.-F., Harris, M. F., & Russell, G. (2013). Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations. *International journal for equity in health, 12*(1), 18.

Markoulakis, R., Cader, H., Chan, S., Kodeeswaran, S., Addison, T., Walsh, C., . . . Levitt, A. (2023). Transitions in mental health and addiction care for youth and their families: a scoping review of needs, barriers, and facilitators. *BMC Health Serv Res, 23*(1), 470.

Menten, N., Opgenhaffen, T., Put, J. (2022). *Gegevensverwerking in het kader van het samenwerkingsverband Geïntegreerd Breed Onthaal (GBO)*. Leuven: Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin

Mullen, J. N., Levitt, A., & Markoulakis, R. (2023). Supporting Individuals with Mental Health and/or Addictions Issues Through Patient Navigation: A Scoping Review. *Community Ment Health J, 59*(1), 35-56.

Nicaise, P., Grard, A., Leys, M., Van Audenhove, C., & Lorant, V. (2021). Key dimensions of collaboration quality in mental health care service networks. *J Interprof Care, 35*(1), 28-36.

Ramanuj, P., Ferenchik, E., Docherty, M., Spaeth-Rublee, B., & Pincus, H. A. (2019). Evolving Models of Integrated Behavioral Health and Primary Care. *Current Psychiatry Reports, 21*(1), 4.

Reist, C., Petiwala, I., Latimer, J., Raffaelli, S. B., Chiang, M., Eisenberg, D., & Campbell, S. (2022). Collaborative mental health care: A narrative review. *Medicine (Baltimore), 101*(52), e32554.

Rens, E., Dom, G., Remmen, R., Michielsen, J., & Van den Broeck, K. (2020). Unmet mental health needs in the general population: perspectives of Belgian health and social care professionals. *Int J Equity Health, 19*(1), 169.

Roy, M., Dagenais, P., Pinsonneault, L., & Déry, V. (2019). Better care through an optimized mental health services continuum (Eastern Townships, Québec, Canada): A systematic and multisource literature review. *Int J Health Plann Manage, 34*(1), e111-e130.

Searby, A., Burr, D., Carolin, R., & Hutchinson, A. (2024). Barriers and Facilitators to Mental Health Service Integration: A Scoping Review. *Int J Ment Health Nurs*.

Smith-East, M., Conner, N. E., & Neff, D. F. (2022). Access to Mental Healthcare in the 21st Century: An Evolutionary Concept Analysis. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association, 28*(3), 203-215.

Storm, M., Husebø, A. M. L., Thomas, E. C., Elwyn, G., & Zisman-Ilani, Y. (2019). Coordinating Mental Health Services for People with Serious Mental Illness: A Scoping Review of Transitions from Psychiatric Hospital to Community. *Adm Policy Ment Health, 46*(3), 352-367.

Valentijn, P. P., Boesveld, I. C., van der Klauw, D. M., Ruwaard, D., Struijs, J. N., Molema, J. J., . . . Vrijhoef, H. J. (2015). Towards a taxonomy for integrated care: a mixed-methods study. *Int J Integr Care, 15*, e003.

Valentijn, P. P., Schepman, S. M., Opheij, W., & Bruijnzeels, M. A. (2013). Understanding integrated care: a comprehensive conceptual framework based on the integrative functions of primary care. *Int J Integr Care, 13*, e010.

Vancaillie, S., Duppen, D., Sevenants, A., Verschuere, B., De Graef, P., Raeymaeckers, P., . . . Declercq, A. (2022). *Evaluatie van de aanpak van de covid-19 crisis en beleidsaanbevelingen voor de organisatie van het zorglandschap*.

Vyt, A. (2017). *Interprofessioneel en interdisciplinair samenwerken in gezondheid en welzijn*: Maklu.

Waid, J., Halpin, K., & Donaldson, R. (2021). Mental health service navigation: a scoping review of programmatic features and research evidence. *Social Work in Mental Health, 19*(1), 60-79.

Wakida, E. K., Talib, Z. M., Akena, D., Okello, E. S., Kinengyere, A., Mindra, A., & Obua, C. (2018). Barriers and facilitators to the integration of mental health services into primary health care: a systematic review. *Syst Rev, 7*(1), 211.

Whiteford, H., McKeon, G., Harris, M., Diminic, S., Siskind, D., & Scheurer, R. (2014). System-level intersectoral linkages between the mental health and non-clinical support sectors: a qualitative systematic review. *Aust N Z J Psychiatry, 48*(10), 895-906.

Wuyts, Y. (2023). *Een rugzak voor het leven: wie helpt hem dragen? Zorg voor mensen met een langdurige psychische zorgnood.*: Zorgnet-Icuro.

Appendix

Tabel 5 (Appendix) Data-extractie van geïncludeerde reviews.

Auteur en jaar	Review Type	Studies	Populatie	Interventie / praktijk / model van samen–werking	Setting of context	Kwaliteit studies
Blasi 2021	Rapid literature review	11 studies, gemengde methoden	Volwassenen met psychische problemen	Praktijken (i.e. processen en protocollen) om de transitie van extramurale ggz-diensten naar eerstelijnszorg te faciliteren	Extramurale ggz en eerstelijnszorg Hoge-inkomenslanden	Niet beoordeeld
Clibbens 2023	Realist evidence synthesis: reviews van programma-theorieën met expertconsultaties. [hier focus op één programma-theorie: "community crisis agencies work together"]	37 studies, gemengde methoden	Volwassenen (> 16j) met een geestelijke gezondheidscrisis	"Inter-agency working": samenwerkingen tussen instanties om gg-crisiszorg te verstrekken	'Inter-agency diensten' en samenwerkings-verbanden tussen ggz, gezondheids- en welzijnsdiensten, sociale en vrijwillige sector, en politie Hoge-inkomenslanden	Gemengde kwaliteit
Coates 2020	Scoping review	43 studies, gemengde methoden	Niet gespecifieerd	Geïntegreerde zorg- modellen en initiatieven voor de integratie van ggz en fysieke zorg	Diverse settings, zowel in de gemeenschap en eerstelijnssettings als in gespecialiseerde settings of ziekenhuizen Vooral VS	Matige kwaliteit
Coates 2022	Integrative review	19 studies, gemengde methoden	Niet gespecifieerd	Geïntegreerde zorg- modellen en initiatieven voor de integratie van ggz en fysieke zorg	Diverse settings, zowel in de gemeenschap en eerstelijnssettings als in	Matige kwaliteit

					gespecialiseerde settings of ziekenhuizen Vooral VS	
Embrett 2016	Systematische review	6 studies, gemengde methoden	Jongeren in transitieleeftijd	Gespecialiseerde programma's of zorgsystemen ter ondersteuning van de transitie van jeugd-ggz naar volwassenen ggz	Niet gespecifieerd Enkel VS en VK	Gemengde kwaliteit
Falconer 2018	Systematische review	21 studies, gemengde methoden	Personen met psychische problemen	Zorgcoördinatie-programma's waarbij technologie gebruikt wordt	Alle settings (eerstelijns-zorg vaakst onderzocht)	Niet beoordeeld
Goodrich 2013	Literatuurreview	74 studies, gemengde methoden	Personen met psychische problemen	Collaborative care modellen	Eerstelijnszorg	Niet beoordeeld
Hartveit 2017	Systematische literatuurstudie en focusgroepen	30 studies, diverse methoden	Niet gespecifieerd	Het gebruik van verwijsbrieven voor doorverwijzing naar ggz	Doorverwijzing van eerstelijnszorg naar ggz	Niet beoordeeld
Hernandez 2024	Systematische literatuurstudie	16 studies, gemengde methoden (excl. uitsluitend kwalitatief onderzoek)	Volwassen patiënten met psychische problemen	Collaborative care model	Eerstelijnszorg-settings (vooral primary care clinics) Vooral VS	Matige tot goede kwaliteit
Hughes 2024	Mapping van de literatuur met realist evidence synthesis	23 studies, gemengde methoden	Personen met een comorbide ernstige psychiatrische aandoening (EPA) en alcohol- of middelengebonden stoornis (dubbeldiagnose)	Interventies voor personen met een EPA en alcohol- of middelengebonden stoornis	Alle diensten voor ggz en/of middelengebruik of samenwerkings-verbanden gericht op de doelgroep Hoge-inkomenslanden	Niet beoordeeld

Isaacs 2023	Scoping review	34 artikels (beschrijvingen, evaluaties en richtlijnen), diverse methoden	Diverse populaties	Gecentraliseerde intake modellen (= 'single-entry' modellen waarbij er één wachtrij is voor alle zorgvragers waarna ze worden doorverwezen naar de juiste soort dienst of zorgverlener)	Diverse settings, zowel ggz als andere settings in zorg en welzijn (meerderheid in ggz) Allen in de VS, Australië en Canada	Niet beoordeeld
Isaacs 2024	Scoping review	12 studies, diverse methoden	Personen met psychische problemen	Geïntegreerde ggz (i.e., samenwerking binnen één organisatorisch kader) in de eerstelijnszorg	Eerstelijnszorg-settings (ook ggz in de eerste lijn) Hoge inkomenslanden	Niet beoordeeld
Kim 2023	Scoping review	23 studies, diverse methoden	Personen met psychische problemen	Transitie van (gespecialiseerde) ggz naar eerstelijnszorg	Diverse settings Bijna allen in de VS	Niet beoordeeld
Lee-Tauler 2018	Systematische review	29 studies, diverse methoden	Personen uit een etnische-raciale minderheidsgroep, met of zonder psychische stoornis	Interventies om de initiatie van ggz te verbeteren (incl. psycho-educatie en promoten van een positieve attitude ten aanzien van ggz)	Diverse settings, vooral in eerstelijnssettings en in de gemeenschap Allen in de VS	Gemengde kwaliteit (hoge kwaliteit voor collaborative care, lage kwaliteit voor psychoeducatie)
Markoulakis 2023	Scoping review	66 studies, diverse methoden	Jongeren in transitieleeftijd (12 tot 29 jaar) en hun familie	Transities in de ggz en/of verslavingszorg	Diverse settings	Enkel studies met matige of hoge kwaliteit werden geïncludeerd
Mullen 2023	Scoping review	26 studies (over 13 verschillende programma's), diverse methoden	Diverse populaties met psychische problemen en/of verslaving	Programma's gericht op de navigatie van hulpvragers in de ggz en verslavingszorg	Diverse settings	Niet beoordeeld
Roy 2019	Systematische review (gevolgd door consultaties van stakeholders)	131 studies (waarvan 40 grijze literatuur), diverse methoden	Volwassenen met psychische problemen	Elementen en indicatoren van het Canadese lokale ggz-aanmeldsys-teem voor volwassenen (= 'GASMA'): interprofessionele samenwerking tussen huisartsen,	Structuren die ggz-diensten bieden (o.a. eerstelijns-ggz, gespecialiseerde zorg)	Overwegend goede kwaliteit

				psychologen, verpleegkundigen, psychiaters en maatschappelijk werkers.	Hoge inkomenslanden	
Searby 2024	Scoping review	18 studies, diverse methoden	Niet gespecifieerd	Modellen van integratie tussen ggz-diensten en andere zorgdiensten (o.a. eerstelijnszorg, verslavingszorg, ge-meenschaps-werk)	Diverse settings, vooral eerstelijnszorg Vooral VS	Niet beoordeeld
Storm 2019	Scoping review	16 studies, diverse methoden	Volwassenen met een ernstige psychiatrische aandoening (EPA)	Interventies gericht op zorgcoördi-natie om de transitie van het psychiatrisch ziekenhuis naar de gemeenschap te verbeteren	Transitie van psychia-trisch ziekenhuis naar gemeenschaps-setting (niet eerstelijnszorg)	Onduidelijke en lage kwaliteit voor kwantitatieve studies, hoge kwaliteit voor kwalitatieve studies
Waid 2021	Scoping review	25 studies, diverse methoden	Personen met psychische problemen	Diensten en interventies gericht op navigatie in ggz-diensten	Niet gespecifieerd	Niet beoordeeld
Wakida 2018	Systematische review	20 studies, diverse methoden	Eerstelijnszorg-verleners, zorgmanagers en beleidsmakers betrokken bij de integratie van ggz in eerstelijnszorg	Geïntegreerde ggz (incl. collabora-tive care)	Eerstelijnszorg- en gemeenschaps-settings Helft van de studies in hoge-inkomenslanden	Lage tot matige kwaliteit voor kwantitatieve studies, hoge kwaliteit voor kwalitatieve studies
Whiteford 2014	Systematische review	40 studies, diverse methoden Waarvan 26 studies met volwassenen	Personen met psychische problemen (exclusie van uitsluitend middelenstoornissen)	Intersectorale linken op systeemni-veau (bv. beleid, koppeling van organisaties) tussen klinische diensten en niet-klinische ondersteuning (o.a. sociale diensten)	10 studies over linken tussen ggz en diverse sectoren voor volwassenen, 16 studies over integratie tussen klinische zorg en werk.	Overwegend studies met lage bewijskracht, zonder controle-groep