

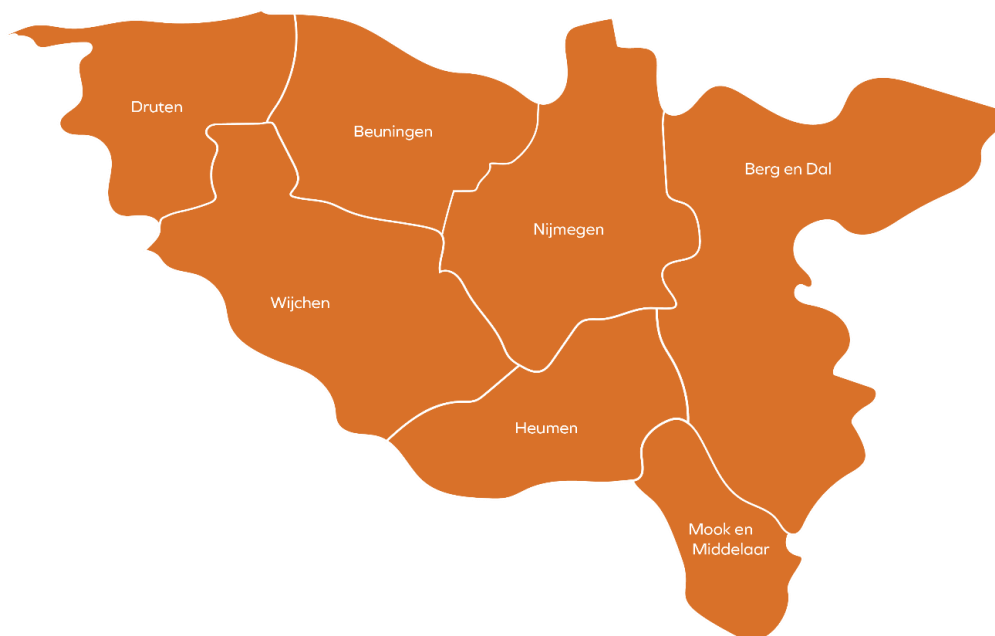
Transformatieplan

Mentale Gezondheidsnetwerk

Rijk van Nijmegen

Aanvraag IZA-middelen t.b.v. basisonderdeel 2: Verkennen van Steunbronnen

Versie 10.1, 25 november 2025



Versiebeheer

Versie	Datum	Omschrijving	Bespreken in
10.1	24-11-2025	Aangepast transformatieplan n.a.v. feedback 1 ^e indiening	
9.3	02-10-2025	Feedback Monitoringsgroep, PO's gemeenten en BO Noodstructuur verwerkt. En tekstuele eindredactie.	
9.2	24-9-2025	Feedback VGZ/CZ en Monitoringsgroep 23-9 verwerkt	PO's gemeenten = 29 sept Monitoringsgroep = 30 sept BO Noodstructuur = 30 sept
9.1	Sept 2025	Eind concept voor Monitoringsgroep.	Monitoringsgroep 23-9 = feedbackbijeenkomst zorg- verzekeraars
9.0	Sept 2025	Hoofdstuk 3 projectplan gevuld + aanscherpingen en redactionele wijzigingen H1+2 + verhouding pilot CTP toegevoegd + leeswijzer uitgebreid	
8.1	Aug-Sep-2025	Aanvullingen versie 8.0 definitief + redactionele wijzigingen ivm nu alleen basisonderdeel 2 indienen.	
8.0	Juli 2025	Verwerking tekstuele input gemeenten RvN, verwerking feedback VGZ met wijzigingen bijhouden	
7.0	Mei 2025	Aanscherping inleiding n.a.v. eerste overleg ronden	Sluitende Aanpak, BO NOEL
6.0	Maart 2025	Nieuwe inleiding, herinrichting onderdelen, nieuwe scopafijth en buca	Kernteam IGGZ, BO IGGZ, BO GGZ/Taskforce, VGZ
5.0	Dec 2024	Werkversie, inleiding transitie en verbinding onderdelen	n.v.t.
4.1	Nov 2024	Werkversie	n.v.t.
4.0	Sep/okt 2024	Werkversie	n.v.t.
3.0	4 juli 2024	Concept (inhoud en globale businesscases)	BO NOEL en BO RSB 11 juli
2.1	29 juni 2024	Concept (inhoud en globale businesscase)	Sluitende Aanpak 3 juli
2.0	13 juni 2024	Concept	Sluitende Aanpak 20 juni
1.0	9 mei 2024	Eerste opzet transformatieplan(nen)	Sluitende Aanpak 15 mei

Format

Lettertype standaard: Open Sans 9pt

Alinea: regelafstand 1,12, voor 6pt, na 0pt

Kleuren: oranje RGB #D9712A, licht oranje RGB #FDF3ED

Consequent taalgebruik

Mentale Gezondheidsnetwerk (Mentale slaat op gezondheid en niet op netwerk, daarom niet Mentaal), GGZ, OGGZ, monodisciplinaire GGZ, multidisciplinaire GGZ, Wmo, Sociaal Domein

Deelnemende partijen

De deelnemende partijen die zich committeren aan dit transformatieplan zijn:

GGZ:

- Pro Persona, vertegenwoordigd door mevr. P. Esveld, voorzitter raad van bestuur
- Iriszorg, vertegenwoordigd door mevr. E. Vedel, raad van bestuur
- RIBW Nijmegen & Rivierenland, vertegenwoordigd door dhr. S. van 't Foort, raad van bestuur

Regionale Huisartsen Organisatie:

- NEO Huisartsenzorg B.V., vertegenwoordigd door mevr. I. te Walvaart, raad van bestuur

Gemeenten:

- Berg en Dal, vertegenwoordigd door mevr. E.M. van de Scheur, wethouder
- Beuningen, vertegenwoordigd door dhr. F. Houben, wethouder
- Druten, vertegenwoordigd door mevr. E.A.M. Huntink, wethouder
- Heumen, vertegenwoordigd door dhr. W. Wink, wethouder
- Mook en Middelaar, vertegenwoordigd door dhr. F.N. Dillerop, wethouder
- Nijmegen, vertegenwoordigd door mevr. C.M.H. Daemen, wethouder
- Wijchen, vertegenwoordigd door mevr. B.E.M. Schouten, wethouder

Vrijgevestigde Psychologen & Psychotherapeuten:

- Prosper Psychotherapie, vertegenwoordigd door dhr. R. van Erp Taalman Kip
- Psychotherapie 024, vertegenwoordigd door mevr. A. Sillen

Andere partijen:

- GGD-Gelderland Zuid, vertegenwoordigd door mevr. dr. M. Pieters, directeur
- Ixta Noa, vertegenwoordigd door dhr. G. de Roos, bestuurder

Dit transformatieplan is tot stand gekomen met medewerking van:

- Bee Improve, vertegenwoordigd door Dirk de Jong en Monique Drenth
- Robuust, vertegenwoordigd door Myrtille Verhagen en Suzanne Kok
- Salus Partner, vertegenwoordigd door Edo de Vries
- The Key Group, vertegenwoordigd door Maaïke Hoekstra en Harm Donkers-Kim

Samenvatting

Dit transformatieplan Mentale Gezondheidsnetwerk t.b.v. basisonderdeel 2 'Verkennen van Steunbronnen' in het Rijk van Nijmegen beschrijft de integrale en systematische aanpak voor het opbouwen en versterken van een Mentale Gezondheidsnetwerk in de regio Rijk van Nijmegen, met als doel de mentale gezondheid van inwoners te verbeteren en de vraag naar formele GGZ te verminderen. De transitie vereist een fundamentele verandering van het zorgstelsel, waarbij samenwerking tussen inwoners, Sociaal Domein, huisartsen/POH en GGZ centraal staat. Het plan is opgesteld door integrale GGZ-partijen en diverse regionale stakeholders en sluit aan bij landelijke initiatieven en het Integraal Zorgakkoord (IZA).

Inleiding en transitieopgave

De kernopgave is het genereren van meer mentale gezondheid met minder formele zorg, door te verschuiven van ziektegericht denken naar positieve gezondheid. Dit vraagt een derde orde verandering, een transitie waarbij het zorgstelsel zelf fundamenteel verandert. Het proces vraagt experimenteren, leren en gedeeld leiderschap op alle niveaus. Mentale Gezondheidsnetwerken zijn een belangrijke oplossingsrichting, waarbij inwoners en hun naasten centraal staan en er nauwe samenwerking is tussen verschillende domeinen. De regio bouwt voort op bestaande initiatieven en streeft naar een toegankelijk GGZ-aanbod voor wie het echt nodig heeft.

Veranderkundige en organisatorische aspecten

De transitie is een langdurig proces, met schoksgewijze verandering waarbij het bestaande systeem deels geoptimaliseerd wordt en nieuwe vormen van samenwerking en zorg ontstaan. De X-curve illustreert dit proces, waarbij GGZ-aanbieders hun aanbod al toegankelijker maken en tegelijkertijd Mentale Gezondheidsnetwerken worden opgebouwd. Dit vraagt een derde orde veranderopgave die diep ingrijpt op organisatorische structuren, financiering, HR-beleid, digitalisering en cultuur. Sommige veranderopgaven vragen landelijke opschaling.

Netwerksamenwerking is cruciaal en vereist gedeeld leiderschap, waarbij betrokkenen op alle niveaus verantwoordelijkheid nemen en vertrouwen bouwen. De sturing wordt georganiseerd via een bestuurlijke coalitie vanuit Sociaal Domein, huisartsenzorg en GGZ, ondersteund door een kleine administratieve organisatie. De sturingscyclus is gebaseerd op actieleren en de transitie managementcyclus met vier fasen: probleemstructurering en visievorming, coalities en agendavorming, mobiliseren en experimenteren, en evaluatie en bijsturing.

Regionale context en opgave

De regio Rijk van Nijmegen kent relatief grote knelpunten in mentale gezondheid, met stijgende GGZ-wachttijden. De regio telt circa 326.000 inwoners verdeeld over zeven gemeenten (Regiobeeld 2023). De gemiddelde GGZ-kosten liggen rond het landelijk gemiddelde, maar wachttijden zijn langer dan gewenst, vooral bij obsessief-compulsief gedrag en verslavingszorg. Inwoners ervaren het huidige zorgsysteem als complex en gefragmenteerd, met meerdere triage- en intakeprocedures, wat leidt tot frustratie en verminderde regie over herstel. Deze ongewenste cirkel wil de regio doorbreken door een samenhangend netwerk van informele en formele steunbronnen te creëren.

IZA Regioplan en doelstellingen

Het IZA regioplan formuleert als doelen het vergroten van mentale weerbaarheid, het verminderen van de vraag naar specialistische GGZ via preventieve, wijkgerichte en herstelondersteunende aanpakken, en het verbeteren van samenwerking tussen domeinen. Speerpunten zijn het terugbrengen van wachttijden, het voorkomen van escalaties en het efficiënter inzetten van GGZ-capaciteit. Het plan richt zich op drie

doelgroepen: de algemene bevolking, inwoners met hulpvragen en inwoners met een ernstig psychische kwetsbaarheid (EPK).

Basisonderdelen van het Mentale Gezondheidsnetwerk Rijk van Nijmegen

Het mentale gezondheidsnetwerk Rijk van Nijmegen bestaat uit drie samenhangende basisonderdelen:

1. Dichtbij Huis

Richt zich op het versterken van mentale veerkracht in wijken en dorpswoonkernen door het verbinden van informele en formele steunbronnen zoals verenigingen, laagdrempelige ontmoetingspunten, peer support en preventie-activiteiten. Het versterkt de samenwerking tussen huisartsen/POH en Sociaal Domein en maakt gebruik van het platform Mental Health Verbindt. Professionalisering van welzijn in relatie tot GGZ is een aandachtspunt. Dit onderdeel draagt bij aan meer eigen regie van inwoners en minder formele zorgvraag.

2. Verkennen van Steunbronnen

Helpt inwoners met een hulpvraag via een verkennend gesprek en een regionaal transfermechanisme naar de juiste informele en formele steunbronnen. Dit onderdeel bouwt voort op een succesvolle pilot van het Centraal Toeleidingspunt (CTP) en omvat vier functies: verkennend gesprek, transfermechanisme, regionaal beheer van GGZ-aanbod en wachttijden, en domeinoverstijgend casusoverleg. Het doel is het voorkomen van onnodige GGZ-verwijzingen en het verkorten van hulpverleningstrajecten.

3. Steun Rndom

Richt zich op inwoners met een ernstig psychische kwetsbaarheid (EPK) en versterkt de inclusie en leefbaarheid in wijken door een netwerk van formele en informele steunbronnen. Dit omvat consultatie, advies, verkennende gesprekken, kortdurende interventies en domeinoverstijgende netwerkzorg zoals resource groups. Het bouwt voort op bestaande WijkGGZ- en WijkGGD-teams en peer supportinitiatieven en streeft naar dekkend netwerk met een kostendekkende financiering. Het doel is het voorkomen van escalaties, netwerkzorg in de buurt en het verbeteren van participatie en leefbaarheid.

Digitalisering

Digitalisering is een belangrijk onderdeel van het transformatieplan. Het plan voorziet in het borgen en afstemmen van ICT/IV-infrastructuur, waaronder veilige gegevensdeling, beeldbellen, mailverkeer, wachttijden dashboards en het platform Mental Health Verbindt. Er wordt ingezet op het benutten van AI om administratieve werkdruk te verminderen. De integratie van digitale systemen ondersteunt de functies van de basisonderdelen en faciliteert samenwerking en informatie-uitwisseling binnen het netwerk.

Binnen het IZA heeft sectoroverstijgende digitale primaire en secundaire databeschikbaarheid een hoge prioriteit. De connectie van digitale systemen ondersteunt de functies van de basisonderdelen en bevordert samenwerking en informatie-uitwisseling binnen het netwerk. Daarvoor nemen we in dit transformatieplan een eenmalige investering op om ofwel vanuit de deelnemende partijen de benodigde stappen te nemen in lijn met Cumuluz¹ ofwel om zoals eerder beoogd in lijn met Cumuluz deel te nemen aan de bredere regionale ontwikkeling van een digitaal platform in Rijk van Nijmegen.

¹ Stichting Cumuluz Zorgdata is opgericht door: NFU (universitaire ziekenhuizen), NVZ (algemene en categorale ziekenhuizen en revalidatiecentra), ActiZ (ouderenzorg), LHV (huisartsen), InEen (eerstelijnszorg), NHG (huisartsen) met medewerking van Santeon, mProve en de Nederlandse GGZ. Hun gezamenlijke doel is om data binnen de geldende wet- en regelgeving toegankelijk te maken voor goede zorg en onderzoek.

Leren en ontwikkelen

Om de transitie duurzaam te maken, wordt geïnvesteerd in training en coaching van professionals via een leerstructuur in de regio Gelderland Zuid. De Samenwerkplaats en leercoalities ondersteunen het ontwikkelen van nieuwe professionele identiteiten, gedeeld leiderschap, netwerkzorg en digitale vaardigheden. De scholingsprogramma's omvatten modules over gedeeld leiderschap, interprofessionele samenwerking en digitalisering. Speciale aandacht is er voor jonge professionals die betrokken worden via een 'young leadership-programma'.

Monitoring en financiering

Monitoring is gericht op het in beeld houden van regionale opgaven en het volgen van de voortgang van de transitie. Er wordt gewerkt met een beperkte set indicatoren, zoals wachttijden, personele tekorten en ervaren gezondheid, die om de twee jaar worden geanalyseerd. Monitoring ondersteunt het lerend vermogen en de PDCA-cyclus. Financiering komt uit verschillende bronnen, waaronder IZA, AZWA, reguliere Wmo-middelen en ZonMw-subsidies, verdeeld over de drie basisonderdelen en digitalisering.

Verwachte resultaten

De uitvoering van het transformatieplan Mentale Gezondheidsnetwerk t.b.v. basisonderdeel 2 'Verkennen van Steunbronnen' kan eraan bijdragen dat de wachtlijst in de GGZ vanaf 2030 tot nul wordt gereduceerd, rekening houdend met de bevolkingsgroei en de huidige trend van een stijgende zorgvraag. Echter, bij een afname van de beschikbare arbeidscapaciteit in de GGZ is het realistisch om te verwachten dat de wachttijden binnen de Treeknorm zullen blijven.

Volgens de resultaten van de maatschappelijke businesscase voor basisonderdeel 2 'Verkennen van Steunbronnen' levert de uitvoering van het transformatieplan de GGZ een besparing op van 1,2 FTE in 2026 tot 15,6 FTE in 2030. Deze besparing is exclusief de verwachte besparingen op personele inzet door de digitalisering van gegevensdeling, die momenteel niet kunnen worden berekend. De bespaarde formatie, indien beschikbaar, kan worden ingezet om de huidige wachtlijstproblematiek op te lossen, in het sociaal domein en om de zorg voor mensen met ernstige psychische problematiek beschikbaar te houden.

Aanvraag en verdeling benodigde financiële middelen

Vanaf 2030 levert dit transformatieplan een positief effect op de zorgkosten ZVW van € 3,6 miljoen. Hierbij gaan we ervanuit dat de interventies blijven doorlopen en het effect en resultaat daarvan blijft. Voor het sociaal domein betekent dit een toename in zorgkosten van € 1,3 miljoen gebaseerd op de afbuiging van de GGZ naar sociaal domein die het transformatieplan realiseert.

Samenvattingstabel Businesscase

Hieronder is een samenvatting van de resultaten van de businesscase te vinden. We zien hierin het effect op de ZVW – met een afname aan ZVW uitgaven als resultaat – en het effect op het sociaal domein – een toename van uitgaven in het sociaal domein als resultaat.

Conclusie		2026	2027	2028	2029	2030
Afname in ZVW	Resultaat ZVW - Verkennd gesprek	€ 226.828	€ 1.075.924	€ 1.980.859	€ 3.052.221	€ 3.371.653
Toename in Sociaal Domein	Resultaat Sociaal domein - Verkennd gesprek	-€ 104.064	-€ 449.959	-€ 764.084	-€ 1.095.805	-€ 1.159.219
Afname in ZVW	Resultaat ZVW - Overlegtafel	€ 28.051	€ 67.649	€ 152.433	€ 246.485	€ 256.253
Toename in Sociaal Domein	Resultaat Sociaal domein - Overlegtafel	-€ 22.074	-€ 38.893	-€ 75.515	-€ 111.870	-€ 115.002
Afname in ZVW	Resultaat ZVW - Wachtlijst	€ 0	€ 214.560	€ 1.843.902	€ 2.597.307	€ 0
Geen resultaat	Resultaat Sociaal domein - Wachtlijst	€ 0	€ 0	€ 0	€ 0	€ 0
Afname in ZVW	Resultaat ZVW - Totaal	€ 254.880	€ 1.358.133	€ 3.977.194	€ 5.896.013	€ 3.627.906
Toename in Sociaal Domein	Resultaat Sociaal domein - Totaal	-€ 126.138	-€ 488.851	-€ 839.598	-€ 1.207.675	-€ 1.274.221
Programma investering	Eénmalige investeringen	€ 1.960.981	€ 2.683.103	€ 1.352.809	€ 0	€ 0

Afname in ZVW	Resultaat ZVW - Totaal					€ 15.114.126
Toename in Sociaal Domein	Resultaat Sociaal domein - Totaal					-€ 3.936.484
Programma investering	Eenmalige investeringen totaal					-€ 5.996.893
	Totaal resultaat business case in 5 jaar					€ 5.180.749

De gevraagde IZA- en SPUK-investering zijn op te delen in het voeren van het programma – het transformatieplan uitvoeren – wat met name betrekking heeft op de éénmalige investering en het uitvoeren van de interventies: verkennend gesprek, overlegtafel en wachttijdmonitoring. In de tabel hieronder is een weergave van deze verdeling van aan te vragen middelen te vinden.

	2026	2027	2028	2029	2030
Gevraagde IZA investering programmakosten	€ 1.663.791	€ 2.272.412	€ 1.096.271	€ 0	€ 0
Gevraagde IZA investering uitvoering interventies	€ 95.589	€ 364.800	€ 595.349	€ 823.036	€ 860.480

Totaal IZA Investering € 1.759.380 € 2.637.212 € 1.691.620 € 823.036 € 860.480

	2026	2027	2028	2029	2030
Gevraagde SPUK transformatie investering programmakosten	€ 297.190	€ 410.691	€ 256.538	€ 0	€ 0
Gevraagde SPUK investering uitvoering interventies	€ 126.138	€ 488.851	€ 839.598	€ 1.207.675	€ 1.274.221

Gevraagde extra middelen toenemende Sociaal Domein € 0 € 0 € 0 € 0 € 0

Totaal SPUK Investering	€ 423.328	€ 899.543	€ 1.096.136	€ 1.207.675	€ 1.274.221
--------------------------------	------------------	------------------	--------------------	--------------------	--------------------

Conclusie

Het transformatieplan Mentale Gezondheidsnetwerk in het Rijk van Nijmegen beschrijft een integraal en systematisch verandertraject gericht op het verbeteren van mentale gezondheid, het verkorten van wachttijden in de GGZ en het versterken van samenwerking tussen domeinen. Door de opbouw en verbinding van drie basisonderdelen, ondersteund door digitalisering, gedeeld leiderschap en een lerend netwerk, wil de regio een duurzaam, toegankelijk en effectief netwerk realiseren dat aansluit bij de behoeften van inwoners en professionals.

Leeswijzer

De transitie naar het Mentale Gezondheidsnetwerk in de regio Rijk van Nijmegen start niet bij nul. De afgelopen jaren hebben we in de regio al diverse initiatieven ontplooid die een stevige basis vormen. In hoofdstuk 1 en 2 worden de achtergrond, aanleiding, urgentie, stand van zaken, regionale visie en doelstellingen voor de transitie naar een regionaal mentale gezondheidsnetwerk beschreven. Ons beoogde mentale gezondheidsnetwerk bevat drie basisonderdelen:

1. Dichtbij Huis (AZWA)
2. Verkennen van Steunbronnen: de juiste zorg op de juiste plek (IZA)
3. Steun Rondom: GGZ in het netwerk van informele en formele steunbronnen

Binnen de gemeenten van Rijk van Nijmegen is de ontwikkeling van laagdrempelige voorzieningen en projecten in lijn met Welzijn op Recept al volop gaande. Deze komen in de kern overeen met de laagdrempelige steunpunten zoals bedoeld in het IZA. Samen met de GGZ en huisartsen zal door de gemeenten de transformatie gemaakt worden naar 'Dichtbij Huis'. Dat wil zeggen domeinoverstijgende verbindingen met elkaar leggen, zodat inwoners optimaal versterkt worden in hun mentale veerkracht. De onderdelen uit het transformatiedeelplan voor Dichtbij Huis worden uitgewerkt zodra de kaders van het AZWA verhelderd zijn.

Dit document bevat de IZA-aanvraag voor basisonderdeel 2 'Verkennen van Steunbronnen'. Basisonderdeel 2 bevat het transformatiedeelplan voor de vier landelijk gedefinieerde functies van het Mentale Gezondheidsnetwerk:

1. verkennend gesprek
2. informatievoorziening aanbod en wachttijden
3. transfermechanisme
4. domeinoverstijgend casuoverleg.

Dit basisonderdeel moet ertoe bijdragen dat inwoners met mentale hulpvragen sneller worden toegeleid naar de juiste steunbronnen in hun eigen sociale netwerk, de sociale basis, het sociaal domein en/of de GGZ, waarbij normaliseren het uitgangspunt is.

Basisonderdeel 3 'Steun rondom' is nog niet uitgewerkt in een transformatieplan, omdat we op dit moment al ervaring opdoen met de WijkGGZ en WijkGGD en we nog bezig zijn om vanuit de verschillende perspectieven (gemeenten, huisartsen en GGZ) een scherper beeld te krijgen van welke transformatie nodig is richting laagdrempelig toegankelijke GGZ-expertise in een breder netwerk van 'Steun rondom'. Op dit moment hebben we meerdaagse bijeenkomsten om te doorgronden wat de impact van basisonderdelen 1 en 2 zal zijn van de transitieopgave richting een doorontwikkeling naar GGZ in het netwerk. Daarom kiezen we in de fasering voor een latere uitwerking van dit transformatie deelplan.

In hoofdstuk 3 is basisonderdeel 2 'Verkennen van Steunbronnen' nader uitgewerkt. Hoofdstuk 4 verwijst naar de businesscase die integraal onderdeel is van dit transformatieplan. Het voorliggende transformatieplan kan niet los worden gezien van de Businesscase inclusief KPI's en mijlpalenplanning in Excel; samen vormen zij de benodigde documenten voor deze aanvraag.

In de ontwikkeling van de transformatieplannen voor Rijk van Nijmegen en Rivierenland zijn beide regio's gezamenlijk opgetrokken binnen Gelderland Zuid. Al is de hoofdlijn hetzelfde, de regio's zijn niet identiek. Daarom zijn er ook accentverschillen tussen de plannen. In de realisatie van de plannen zullen de ontwikkelingen separaat naast elkaar worden uitgevoerd, maar daar waar mogelijk ook verbonden op het niveau Gelderland Zuid.

Inhoudsopgave

1. Inleiding	11
1.1. Onze kijk op de transformatie-opgave.....	11
1.1.1. De opgave.....	11
1.1.2. Het mentale gezondheidsnetwerk als oplossing.....	11
1.1.3. Procesbeschrijving en deelnemende partijen	11
1.2. Transitie en veranderkundige opgaven	12
1.2.1. Transitie.....	12
1.2.2. Veranderkundige opgaven.....	13
1.3. Netwerksamenwerking.....	14
1.3.1. Leiderschapstijl: gedeeld leiderschap	14
1.3.2. Governance: netwerksturing	15
1.3.3. Gelijkgerichtheid.....	16
1.3.4. Sturingscyclus: actieleren en transitie managementcyclus	17
1.4. Positieve beoordeling door zorgverzekeraars	18
2. De regionale transitie: uitdagingen, ambities en oplossingsrichtingen	19
2.1. Regiobeeld	19
2.2. Regioplan	22
2.3. De complexiteit voor inwoners in het huidige systeem.....	22
2.4. Hoe doorbreken we de ongewenste cirkel voor onze inwoners?.....	23
2.5. Voor welke inwoners willen we welke impact maken?	24
2.5.1. Algemene populatie inwoners.....	24
2.5.2. Inwoners met hulpvragen	24
2.5.3. Inwoners met een ernstig psychische kwetsbaarheid (EPK).....	25
2.6. De nieuwe cliëntreis voor inwoners met een hulpvraag	26
2.7. Basisonderdelen Mentale gezondheidsnetwerk	27
2.8. Digitalisering.....	31
2.8.1. Uitgangspunten	32
2.9. Nadere specificatie voor de zorg (huisartsen en GGZ)	32
2.10. Verwachte eenmalige kosten	33
2.11. Leren en ontwikkelen tijdens de transitie	33
2.11.1. Leren en ontwikkelen als onderdeel van de transitie managementcyclus	34
2.11.2. Cultuur- en Scholingsprogramma	34
2.12. Regionale doelstelling en monitoring vanuit NOEL.....	36
2.12.1. Uitgangspunten van kwantitatieve monitoring	37
2.12.2. Indicatoren	37
2.13. Impactanalyse inclusief duurzaamheid	38
3. Subsidieaanvraag voor de eenmalige veranderopgaven	39
3.1. Basisonderdeel 1 - Dichtbij huis (AZWA) (GEEN ONDERDEEL VAN DEZE IZA-AANVRAAG)	39
3.2. Basisonderdeel 2 - Verkennen van steunbronnen: de juiste zorg op tijd op de juiste plek (IZA)	40
3.3. Basisonderdeel 3 - Steun rondom: GGZ in het netwerk van informele en formele steunbronnen (GEEN ONDERDEEL VAN DEZE IZA-AANVRAAG).....	59
4. Businesscase	60
4.1. Businesscase opbouw en scenario's	60
5. Afkortingenlijst	61

1. Inleiding

In dit inleidende hoofdstuk starten we in §1.1 met onze kijk op de transformatie-opgave. Wat we verstaan onder die **transitie en derde orde verandering**² leggen we uit in §1.2. In het transitieproces zelf, zullen we steeds moeten experimenteren, leren en ontwikkelen vanuit een meervoudig perspectief. Dit vraagt **gedeeld leiderschap** op alle niveaus. In §1.3 leggen we uit wat we hiermee bedoelen. Hoe dat **leer- en ontwikkelproces** eruit ziet beschrijven we in §1.4.

1.1. Onze kijk op de transformatie-opgave

1.1.1. De opgave

De maatschappelijke opgave waar we voor staan, is om meer mentale gezondheid te genereren met minder formele zorg. Dit is een aanzienlijke opgave, want de vraag naar GGZ stijgt. Er is een radicale maatschappelijke verandering nodig van denken in ziekte naar denken in positieve gezondheid. Hierdoor kan de vraag naar GGZ dalen en zal vernieuwd aanbod in balans komen met de veranderende vraag. Dit vraagt om een derde orde verandering, of te wel een transitie waarbij ook een fundamentele verandering van het zorgstelsel noodzakelijk is om de doelstelling te bereiken.

1.1.2. Het mentale gezondheidsnetwerk als oplossing

Een belangrijke oplossingsrichting voor de mentale gezondheid die zich in de afgelopen jaren heeft ontvouwd, is het Mentale Gezondheidsnetwerk. Verschillende initiatieven in het land laten zien dat de mentale veerkracht van inwoners stijgt en de vraag naar GGZ daalt als de positie en het bredere perspectief van inwoners en hun naasten meer leidend worden in het ondersteuningsproces; en als er rond hun leef- en hulpvragen dichtbij huis nauwer wordt samengewerkt door het Sociaal Domein, GGD, huisartsen/POH en de GGZ. Hierbij vervullen ervaringsdeskundigen een essentiële rol.

In de regio Rijk van Nijmegen willen we de komende jaren vanuit het meervoudig perspectief het Mentale Gezondheidsnetwerk vormgeven. Dit transformatieplan geeft weer hoe we dit willen aanpakken. Het plan schetst welke middelen we daarbij nodig hebben en welke maatschappelijke opbrengsten we hiervan verwachten.

1.1.3. Procesbeschrijving en deelnemende partijen

Bij het opstellen van dit transformatieplan hebben de integrale GGZ-partijen (Iriszorg, Pro Persona, RIBW Nijmegen-Rivierenland) met draagvlak van de regionale bestuurlijke tafel NOEL (Nijmegen op één Lijn), een coördinatieteam gevormd. Dit team heeft in ontwerpessies door inbreng van alle partijen die het raakt en met expertise uit de Samenwerkplaats Sluitende Aanpak, dit plan opgesteld. Vanuit de bestaande innovaties is beredeneerd hoe we een Mentale Gezondheidsnetwerk kunnen opbouwen dat ervoor zorgt dat de GGZ de komende jaren toegankelijk blijft voor wie dit echt nodig heeft. Hierbij hebben we het regiobeeld en regioplan als input gebruikt. Een groot aantal partijen committeren zich aan dit transformatieplan. Een overzicht van deze partijen is te vinden op pagina 3.

² Bij de eerste-ordevraagstukken gaat het om het veranderen c.q. verbeteren van een bepaald aspect. In de tweede orde worden de structuur, processen en gedrag patronen fundamenteel veranderd. Het organiseren in ketens en netwerken is een derde orde van veranderen. Naast het verbeteren van de eerste orde en de transformatie in de tweede, heeft de derde orde betrekking op systeemverandering (transitie).

GGZ-landschap

De GGZ in het Rijk van Nijmegen omvat zowel ProPersona (als grootste instelling) afdelingen van grotere instellingen elders in het land, kleine lokale instellingen en een grote groep vrijgevestigde aanbieders (zowel groepspraktijken als solo-praktijken). Daarbij zijn in de regio alle echelons van de GGZ vertegenwoordigd. De gespecialiseerde GGZ omvat zowel de multidisciplinaire (Top-) GGZ alsook monodisciplinaire GGZ (instellingen en vrijgevestigd). De generalistische basis GGZ is monodisciplinair en wordt overwegend aangeboden door vrijgevestigde praktijken. GGZ wordt omgebogen naar een minder zware setting en/of naar hulpbronnen uit het Sociaal Domein en/of informele hulpbronnen. Daarmee wordt beoogd de druk op de gespecialiseerde GGZ te verminderen en wachttijden terug te brengen.

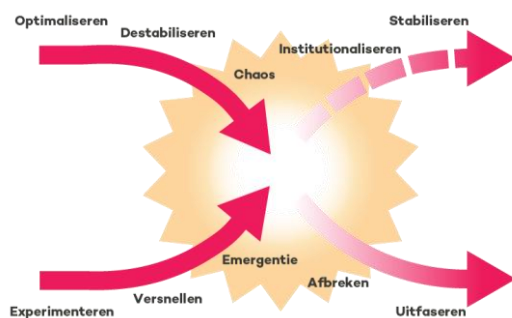
1.2. Transitie en veranderkundige opgaven

1.2.1. Transitie

Het Integraal Zorgakkoord is ontstaan vanuit het besef dat ons huidige zorgstelsel, waaronder de GGZ, niet vol te houden is: stijgende zorgvraag, lange wachtlijsten, toenemend personeelstekort in de GGZ en daaraan verbonden domeinen en onbeheersbare kosten. Het sturen op een transitie of derde orde verandering van het stelsel zelf is noodzakelijk, tenminste als we de problemen duurzaam willen oplossen. Als we ons slechts beperken tot het optimaliseren van het bestaande zorgaanbod, zal het stelsel destabiliseren en de vraag naar zorg het aanbod sterk overstijgen. Op basis van nieuwe inzichten (m.n. positieve gezondheid, herstelondersteuning en netwerkpsychiatrie) en experimenten met nieuwe vormen van samenwerking tussen het Sociaal Domein, de huisartsen/POH en de GGZ is landelijk de keuze gemaakt om Mentale Gezondheidsnetwerken op te bouwen. Daarmee wordt de scheiding tussen de stelsels van het Sociaal Domein, huisartsenzorg/POH en GGZ doorbroken. De bedoeling is om de schaarse capaciteit binnen de drie domeinen toegankelijk te houden voor mensen die dit echt nodig hebben.

Maar hoe ziet dit transitieproces van de huidige stelsels naar een Mentale Gezondheidsnetwerk eruit?

Een transitie duurt volgens de transitiekunde circa twee generaties. De komende jaren geven we met behulp van IZA/AZWA een extra impuls aan een al ingezette en ook langer durende transitie dan de duur van IZA/AZWA. De veranderingen komen schoksgewijs tot stand. Weerstanden moeten onderweg worden overwonnen om bestaande systemen te doorbreken.



Figuur 1: De X-curve, Loorbach et al (2017)

De transitie X-curve (Figuur 1) geeft daarbij twee bewegingen aan. Enerzijds de beweging (van linksboven naar rechtsonder) waarbij onderdelen van het bestaande systeem worden geoptimaliseerd en de niet toekomstbestendige delen worden uit gefaseerd. Anderzijds de beweging (van linksonder naar rechtsboven) waarbij vernieuwing - door baanbrekende experimenten - uitgroeit tot het nieuwe systeem en waarbij dit nieuwe systeem in de structuur (bijv. beleid, wet- en regelgeving, organisatie, financiering etc.), technologie (bijv. digitalisering gegevens-beschikbaarheid) en cultuur verankerd moet worden.

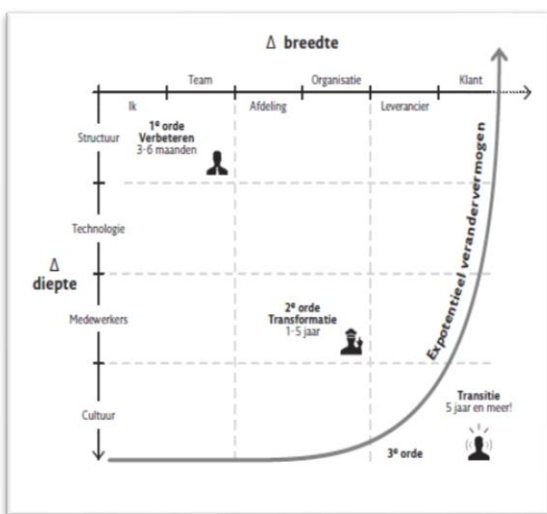
Vertaald naar de GGZ, betekent dit dat GGZ-aanbieders al jaren de eerste beweging maken om hun aanbod toegankelijker te maken door met minder professionals aan meer mensen zorg te bieden. Voorbeelden hiervan zijn de ambulantisering, verhoging van de productiviteit, meer online of hybride behandelingen en meer groepsbehandelingen. Daarmee faseert de GGZ een deel van de klinische, face-to-face en één-op-één behandelingen uit, zodat meer mensen toegang hebben tot GGZ-behandeling. De tweede beweging is de opbouw en gedeeltelijke voortbouw van Mentale Gezondheidsnetwerken met partijen van het Sociaal Domein, de huisartsen/POH en de GGZ. Dit transformatieplan sluit voornamelijk aan op deze tweede beweging.

Het schema hieronder laat de verschillende bouwopgaven zien.



1.2.2. Veranderkundige opgaven

In de veranderkunde wordt een transitieproces (van opbouw naar voortbouw) geduid als een derde orde veranderopgave. Dit is omdat de scope van de verandering diep ingrijpt op organisatorische randvoorwaarden en structuren en deze ook in de breedte veel actoren en verschillende organisaties raakt (zie figuur 2).



Figuur 2: Drie ordes van veranderen

Een experiment of pilot is een eerste orde veranderopgave waarbij in de tijdelijkheid van een aantal maanden een overzichtelijk aantal actoren en organisaties betrokken is. Een experiment kan een verbetering of innovatie binnen de bestaande structuren zijn maar kan zeker ook een niche daarbuiten zijn (bijv. de pilot Centraal Toeleidingspunt). Een pilot vraagt nog geen kanteling van het bestaande regime of diepere borging in nieuwe structuren (bijv. organisatorisch, financieel, juridisch), de technologische ondersteuning, het HR-beleid ten aanzien van medewerkers (bijv. TFO's, competentieprofielen, werving, opleidingsbeleid) en cultuur (bijv. werken vanuit positieve gezondheid).

Naarmate we echter succesvolle experimenten en pilots gaan versnellen, verbinden, institutionaliseren en stabiliseren in het Mentale Gezondheidsnetwerk, zullen de veranderopgaven wel een kanteling vragen dieper in de structuren, die ook in de breedte meer actoren zal raken. Dit betekent ook dat we bij sommige veranderopgaven rekening moeten houden met veranderopgaven die niet lokaal of regionaal op te lossen zijn; omdat ze te diep ingrijpen in de structuur, bijv. digitalisering van netwerksamenwerking en passende betaaltitels voor innovaties. Dergelijke veranderopgaven zullen vanuit dit traject opgeschaald moeten worden naar landelijke tafels.

1.3. Netwerksamenwerking

Het zorgstelsel dat we kennen loopt, zoals gezegd, vast. Om de zorg toegankelijk en betaalbaar te houden, moeten we als samenleving in transitie en bestaande structuren doorbreken. De zorg raakt iedereen en de veranderopgave is zo complex dat niemand de oplossing (alleen) weet en kan organiseren. Een meervoudig perspectief is noodzakelijk waarbij ieders inbreng belangrijk is om tot nieuwe oplossingen te komen. Werken vanuit een meervoudig perspectief gaat hand in hand met netwerksamenwerking. Het IZA/AZWA is hierbij richtinggevend en stelt als oplossingsrichting voor de transitie van de huidige zorg, de inrichting van Mentale Gezondheidsnetwerken. De lokale en regionale invulling daarvan zal echter ter plaatse vorm moeten krijgen afhankelijk van de mensen, organisaties en infrastructuur die het raakt.

Netwerksamenwerking is echter niet eenvoudig. Er is het afgelopen decennium veel onderzoek verricht naar wat netwerksamenwerking effectief maakt en hoe horizontale sturing, waarbij overheden en/of financiers een samenwerkende rol hebben met uitvoeringsorganisaties, het beste vorm gegeven kan worden. Een netwerk ontleent legitimiteit aan gedeelde kernwaarden en een gezamenlijk doel dat zichtbaar is in denken en handelen en dat qua urgentie en belang de individuele organisaties overstijgt. Uit deze doelstelling moet een heldere afbakening van de gezamenlijke opgave door het netwerk zelf volgen, zodat het commitment van de deelnemende partijen een vanzelfsprekende basis is waaraan steeds teruggegrepen kan worden. Dit gedachtengoed is waar bovenstaande partijen zich aan verbinden.

Tot slot hangt de effectiviteit van het netwerk samen met een aantal thema's die we hier willen uitlichten: leiderschapsstijl, governance en sturingscyclus.

1.3.1. Leiderschapsstijl: gedeeld leiderschap

Qua leiderschapsstijl kiezen de bovengenoemde partijen voor gedeeld leiderschap. Betrokkenen in alle lagen – operationeel, tactisch en strategisch – zullen het leiderschap moeten tonen op de gezamenlijke maatschappelijke opgave. De bereidheid is nodig om het eigen leiderschap te delen met anderen en de eigen inzichten en routines ter discussie te stellen. Het bouwen aan vertrouwen en openheid over de eigen belangen heen is hierbij van essentieel belang. De chaos en onzekerheden van het transitieproces zullen we met elkaar moeten durven delen en verdragen om tot radicaal nieuwe en duurzame resultaten te komen.

“Gedeelde zorgen vragen om gedeeld leiderschap. [...] een vorm van leiderschap waarbij met velen wordt samengewerkt aan vraagstukken die verder reiken dan ieders eigen primaire verantwoordelijkheid.”

Wilma van de Scheer, *Gedeeld leiderschap in de zorg.*

Oratie, 2023, Erasmus University Rotterdam

Bij gedeeld leiderschap zijn de volgende richtlijnen helpend:

- Beginnend bij de cliënt/inwoner en handelend vanuit dialoog;
- Bewustzijn van de eigen expertise en waarde die je toevoegt in het netwerk;
- Recht doen aan de inbreng en rol van de ander in het netwerk;
- Dichtbij genoeg staan om de complexiteit te begrijpen;
- Veraf genoeg staan om het geheel van de opgave te zien;
- Het managen van een beweging met ruimte voor verschillende uitkomsten;
- Sturen op commitment in plaats van consensus;
- Sturen op diversiteit door het ondersteunen van afwijkende meningen en het horen van alle stakeholders;
- Besluitvorming op basis van de vier criteria van procesmanagement: openheid, kernwaarden, voortgang, inhoud.

1.3.2. Governance: netwerksturing

Afhankelijk van het aantal betrokken partijen, de mate van vertrouwen en de mate van consensus over het doel van een netwerksamenwerking, zijn er drie basisvormen van netwerksturing effectief³:

1. Gedeelde governance of zelfsturing bij kleine, high trust netwerken,
2. Sturing vanuit een leidende netwerkorganisatie bij gemiddelde, low trust netwerken,
3. Sturing vanuit een administratieve organisatie bij grote, moderate trust netwerken.

Voor de totstandkoming van dit transformatieplan heeft het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) gekozen voor optie 2, sturing door een leidende netwerkorganisatie, te weten de regionale GGZ-kerninstelling Pro Persona. Pro Persona heeft deze leidende rol opgevat als een regisserende rol.

Voor de uitvoering van het transformatieplan zelf zullen we kiezen voor optie 3, die meer passend is bij een grote netwerksamenwerking. Een stuurgroep bestaande uit vertegenwoordiging van het Sociaal Domein, de regionale huisartsorganisatie (RHO), de GGZ en de coördinerend zorgverzekeraar zal met mandaat vanuit het bestuurlijk overleg regio Nijmegen op één Lijn (NOEL), de aansturing van de veranderopgave op zich nemen. De stuurgroep monitort en controleert de voortgang van het transformatieplan, zowel zorginhoudelijk als financieel conform het Verantwoordingskader transformatieplannen zoals opgesteld door de NZa (25 september 2024). In Q3-Q4 2025 zal deze structuur verder worden uitgewerkt en vastgesteld.

Elk van deze vertegenwoordigers zal deelnemen aan deze bestuurlijke coalitie met mandaat van hun achterban. Met de achterban worden partijen vanuit respectievelijk het Sociaal Domein, de RHO en GGZ bedoeld, die betrokken zijn bij de transitie naar het Mentale Gezondheidsnetwerk. Binnen de regio bestaan

³ Provan, K.G. & Kenis, P. (2008). Modes of Network Governance: Structure, Management, and Effectiveness. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 18(2), 229-252.

verschillende netwerken en netwerkoverleggen cq. overlegtafels⁴ waarin deze partijen elkaar ontmoeten, samenwerken en samen leren. Deze netwerken, waaronder de Sluitende Aanpak, zijn ondersteunend aan de transformatie.

Een kleine, wendbare, administratieve organisatie zal worden opgezet om in opdracht van de stuurgroep de tactisch-operationele sturing op het netwerk vorm te geven. Deze administratieve organisatie zal bestaan uit een netwerk leider, projectleiders, business control en secretariële ondersteuning. De netwerk leider rapporteert aan de stuurgroep en de projectleiders rapporteren aan de netwerk leider.

1.3.3. Gelijkgerichtheid

Onder gelijkgericht handelen wordt verstaan dat zorgaanbieders, zorgverzekeraars en gemeenten in hun individuele handelen en in contractafspraken dezelfde beweging nastreven. Dit betekent dat zij gezamenlijk werken aan het realiseren van de doelen van het transformatieplan, zoals het verbeteren van toegankelijkheid, kwaliteit en doelmatigheid van zorg.

Binnen Rijk van Nijmegen wordt gelijkgericht gewerkt. Er zijn een regiobeeld en regioplan opgesteld waarin de belangrijkste knelpunten en opgaven zijn geïdentificeerd. Hierover zijn gezamenlijk met alle betrokken partijen afspraken gemaakt. Verder is afgesproken dat wanneer individuele organisaties in de regio een aanvraag doen voor transformatiemiddelen, dit eerst op de regionale tafels wordt besproken en bekeken of dit passend is binnen de gezamenlijke ambitie, afspraken en kaders. Er is sprake van een aantoonbare en gedeelde urgentie bij de samenwerkende partijen. Door deze samenwerking ontstaat een gedeeld begrip van de problemen en een gezamenlijke verantwoordelijkheid voor de oplossingen. Dit betekent dat partijen zich niet alleen committeren aan de afgesproken doelen, maar ook bereid zijn om hun werkwijzen en belangen af te stemmen op de grotere doelen die het regioplan dienen.

Binnen het mentale gezondheidsnetwerk streven alle betrokken partijen – huisartsen, sociaal domein, GGZ-aanbieders, zorgverzekeraars en gemeenten – naar gelijkgerichtheid door gezamenlijk afspraken te maken over het verkennend gesprek, domeinoverstijgend casusoverleg en het transfermechanisme. Deze afspraken leggen we vast in een regionale samenwerkingsovereenkomst.

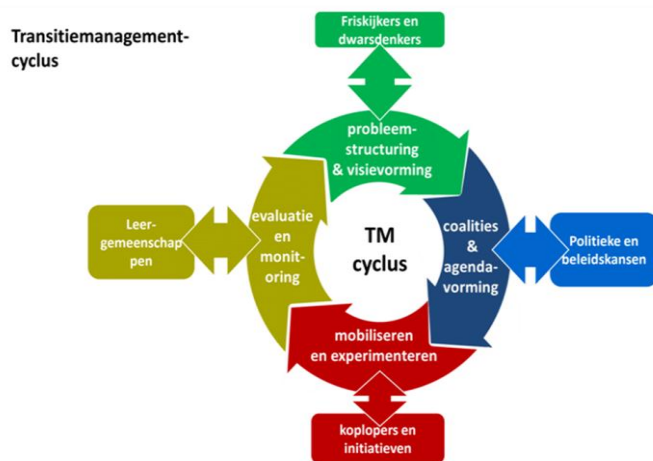
Voor het ten uitvoer brengen van de functies van het mentale gezondheidsnetwerk, zoals het verkennend gesprek, handelen zowel gemeenten als zorgverzekeraars gelijkgericht in de financiering van deze functies. Het tijdelijke rijksbudget SPUK-IZA wordt verstrekt aan gemeenten en aan reeds door gemeenten gesubsidieerde en gecontracteerde organisaties voor de extra inspanningen zoals die zijn voorzien in het transformatieplan mentale gezondheidsnetwerk. De gemeenten hebben getoetst dat de inzet van SPUK-transformatiemiddelen voor deze extra inspanningen van de betreffende partijen voldoen aan de eisen die de betreffende SPUK stelt aan staatsteun.

⁴ In de regio Rijk van Nijmegen bestaan ten tijde van het schrijven van dit transformatieplan ten minste de volgende 17 overlegtafels: 1) Verkennend Gesprek, 2) Transfermechanisme, 3) Regionaal wachttijdenbeheer GGZ, 4) Domeinoverstijgend casusoverleg, 5) WijkGGZ, 6) WijkGGD, 7) Sluitende Aanpak, 8) Regionaal Expertteam Jeugd (RET), 9) Jeugdbeschermingstafel (JBT), 10) TWES 18-/18+, 11) Beschermd Wonen-ketenoverleg, 12) Zorg- en Veiligheidshuis, 13) GGZ-Sociaal Domein overleg, 14) Acute GGZ/ketenoverleg crisiszorg, 15) Verslavingszorg ↔ GGZ ↔ Sociaal domein, 16) LVB/psychische kwetsbaarheid en 17) Regionale bestuurlijke tafel Mentale Gezondheid (NOEL/BO).

1.3.4. Sturingscyclus: actieleren en transitie managementcyclus

Voor de realisatie van de transitie is het noodzakelijk om actieleren centraal te stellen. Actieleren is een leerbenadering waarbij een groep mensen samen werkt aan *real life*, complexe vraagstukken en daarbij voortdurend reflecteert op het eigen handelen. Het idee komt van Reg Revans en draait om: Leren = Doen + Reflectie. We willen dit actieleren op alle niveaus inbedden in een sturingscyclus die past bij een 3^{de} orde opgave zoals het Mentale Gezondheidsnetwerk. De transitie managementcyclus is ontwikkeld door het Dutch Research Institute for Transitions (DRIFT; Erasmus Universiteit) en heeft als doel om niet alleen verandering, maar systemische verandering te bewerkstelligen die duurzaam, rechtvaardig en breed gedragen is. Deze cyclus helpt beleidsmakers en organisaties om richting te geven aan complexe maatschappelijke veranderingen. Actieleren en de transitie managementcyclus versterken elkaar; ze delen namelijk de nadruk op leren door te doen, reflectie en samenwerking.

De transitie managementcyclus (Figuur 3) bestaat uit vier fasen, die elkaar opvolgen en overlappen. De cyclus is echter geen lineair proces, maar eerder een iteratief proces; het herhaalt zich voortdurend, waarbij telkens wordt geleerd en bijgestuurd:



Figuur 3: Transitie managementcyclus

1. Probleemstructurering & visievorming

Met deze fase zijn we gestart toen we het regiobeeld opstelden. Verdere uitwerking van deze fase houdt in dat we steeds de volgende aspecten in relatie tot de werking van het Mentale Gezondheidsnetwerk zullen analyseren:

- Structuur: wetten, regelgeving, financieringskaders, infrastructuur.
- Cultuur: waarden, normen, denkkaders.
- Praktijk: het dagelijkse handelen van mensen, organisaties en instellingen.

Doel van deze fase is inzicht krijgen in waarom het huidige systeem niet langer houdbaar is en waar de kansen voor verandering liggen. Dit inzicht bouwen we op vanuit verschillende invalshoeken en domeinkennis door middel van actieleren, door stakeholders samen te brengen in ontwerpessies en leercoalities, en systematisch hun perspectieven, knelpunten en ervaringen te bespreken.

2. Coalities & agendavorming

Ook deze fase hebben we al enkele keren doorlopen toen we met inbreng van vele betrokkenen het regioplan opstelden en onze ideeën steeds meer vormgeven in het transformatieplan. Een gezamenlijk gedragen lange termijnvisie op mentale gezondheid werd via dit iteratieve en soms hobbelijke proces steeds scherper. Deze visie biedt richting en inspiratie, en vormt de basis voor de transitiepaden die we voor ons zien. In deze fase worden steeds strategieën bedacht om de kloof tussen het heden en de gewenste toekomst te overbruggen. Belangrijk hierbij zijn:

- Participatie van stakeholders.
- Flexibele, lerende benadering.
- Meerdere scenario's verkennen.

Doel van deze fase is co-creatie van gedeelde toekomstbeelden en strategieën. De ambitie om de visie op positieve gezondheid en de cultuur van gedeeld leiderschap zullen we gezamenlijk borgen in de verschillende opleidingsprogramma's van de betrokken organisaties.

3. Mobiliseren & experimenteren

We hebben al enkele transitie-experimenten uitgevoerd en ruimte gegeven aan koplopers. Voorbeelden hiervan zijn de pilot Centraal Toeleidingspunt, WijkGGD en WijkGGZ. Het is belangrijk om kleine, vernieuwende projecten uit te voeren die gaan bijdragen aan de transitie, doordat ze:

- Afwijken van de dominante praktijk.
- Leerzaam zijn, je leert wat werkt en wat niet.
- Opschaalbaar zijn bij succes.

Deze fase draait sterk om learning-by-doing, waarbij actieleren een prominente rol speelt. Het doel van deze fase is directe feedback op actie, snelle leerloops en iteratief verbeteren. Betrokkenen bij deze activiteiten komen samen om actief te leren en ontwikkelen vanuit de experimenten in zogenoemde leercoalities, die bij elkaar gebracht zijn in een zogenoemde Samenwerkplaats (zie ook § 2.11). Het gaat om mensen van de uitvoering, mensen in het (project)management en mensen in de management- en bestuurslagen. Daarbij zullen we gezamenlijk door fases van niet weten, ongemak, maar ook aha-erlebnissen gaan. We leren-al-doende en doen-al-lerende.

4. Evaluatie & bijsturing (reflectiefase)

In deze fase staan vragen centraal zoals: Wat hebben we geleerd uit de experimenten? Dragen ze bij aan de langetermijnvisie? Wordt de langetermijnvisie nog steeds gedeeld en gedragen? Wat moet worden bijgestuurd? Deze fase zorgt ervoor dat de cyclus weer opnieuw kan beginnen, met nieuwe inzichten. Doel van deze fase is lerende organisatie/systemen ontwikkelen die flexibel blijven. Voorbeelden hiervan zijn: een gezamenlijk leerplatform waarin transitie-experimenten uit verschillende regio's worden besproken en vergeleken.

Samenvattend, is het stimuleren van co-creatie in leercoalities dus een belangrijk strategisch onderdeel van ons transformatieplan. Zo brengen we niet alleen eerste orde (oplossen van problemen binnen een systeem), maar ook tweede (veranderen van het systeem) en derde orde leren (veranderen van de manier waarop we leren en veranderen) op gang. Speciale aandacht gaat hierbij uit naar aansluiting bij de waarden, kennis en vaardigheden van jonge professionals die het Mentale Gezondheidsnetwerk in de toekomst zullen dragen.

1.4. Positieve beoordeling door zorgverzekeraars

Tijdens de feedbackbijeenkomst van de Monitoringsgroep op 23 september 2025 hebben de betrokken zorgverzekeraars het transformatieplan positief beoordeeld. Deze positieve beoordeling bevestigt het gezamenlijke vertrouwen in de gekozen aanpak en vormt een belangrijke basis voor de verdere uitvoering van het plan.

2. De regionale transitie: uitdagingen, ambities en oplossingsrichtingen

In het vorige hoofdstuk schetsten we de maatschappelijk opgave waar we voor staan en presenteerden we onze kijk op gezamenlijk transformeren. In dit hoofdstuk zoomen we in op de regio Rijk van Nijmegen. We schetsen een beeld van de regio en regiospecifieke aanpak. Voor welke uitdagingen staan we, welke ambitie hebben we, welke impact streven we na en welke oplossingsrichting zien we. Kortom we presenteren de 'couleur locale' van Rijk van Nijmegen.

2.1. Regiobeeld

Uit het IZA Regiobeeld Rijk van Nijmegen 2023 blijkt dat, vergeleken met de rest van Nederland, mentale gezondheid een relatief groot knelpunt is in Rijk van Nijmegen. Hieronder schetsen we een samenvatting van het regiobeeld met algemene kenmerken van de regio en op het gebied van GGZ en mentale gezondheid. In het regiobeeld zijn de cijfers gepresenteerd op gemeentelijk niveau. Vanzelfsprekend kunnen er binnen de gemeentegrenzen op wijkniveau zowel positieve als negatieve afwijkende cijfers zijn. Deze verschillen zijn niet op te maken uit het regiobeeld.

Algemene kenmerken van de regio Rijk van Nijmegen

- **Samenstelling regio:** De regio Rijk van Nijmegen bestaat uit 7 gemeenten: Berg en Dal, Beuningen, Druten, Heumen, Mook en Middelaar, Nijmegen en Wijchen. Totaal aantal inwoners (2023)⁵: 325.972 (inclusief minderjarigen). De grootste gemeente is Nijmegen (179.100 inwoners). De kleinste gemeente is Mook en Middelaar (7.989 inwoners).
- **Vergrijzing:** De regio vergrijst sterk. In 2015 was 16,9% van de bevolking 65 jaar of ouder; in 2040 wordt verwacht dat dit 25,7% is. Dit leidt tot een veranderende bevolkingssamenstelling en een forse daling van het mantelzorgpotentieel (van 10,4 mantelzorgers per 85-plusser in 2023 naar 3,7 in 2040).
- **Sociaal-economische status:** De regio is relatief iets minder welvarend dan het landelijke gemiddelde. De sociaal-economische status (SES) verschilt sterk per gemeente. Nijmegen heeft een lagere SES-WOA-score dan de andere gemeenten, wat past bij de problematiek van grotere steden. Nijmegen kent ook meer inwoners die moeite hebben met rondkomen en/of schulden hebben.
- **Gezondheid en leefstijl:** De ervaren gezondheid van inwoners laat een dalende trend zien, vergelijkbaar met het landelijke beeld. Het aantal mensen met een chronische aandoening stijgt, onder andere door vergrijzing (vooral dementie). Het percentage inwoners dat wekelijks sport stijgt, maar ook het aantal inwoners met overgewicht neemt toe.
- **Kwetsbare doelgroepen:** In de regio zijn drie doelgroepen die extra aandacht behoeven, omdat zij in toenemende mate gebruik maken van zorg:
 - Inwoners met een laag inkomen
 - Ouderen met een kwetsbare gezondheid
 - Jeugd en mentale gezondheid
- **Milieu:** De concentratie stikstof en fijnstof ligt in alle gemeenten boven de WHO-advieswaarden.

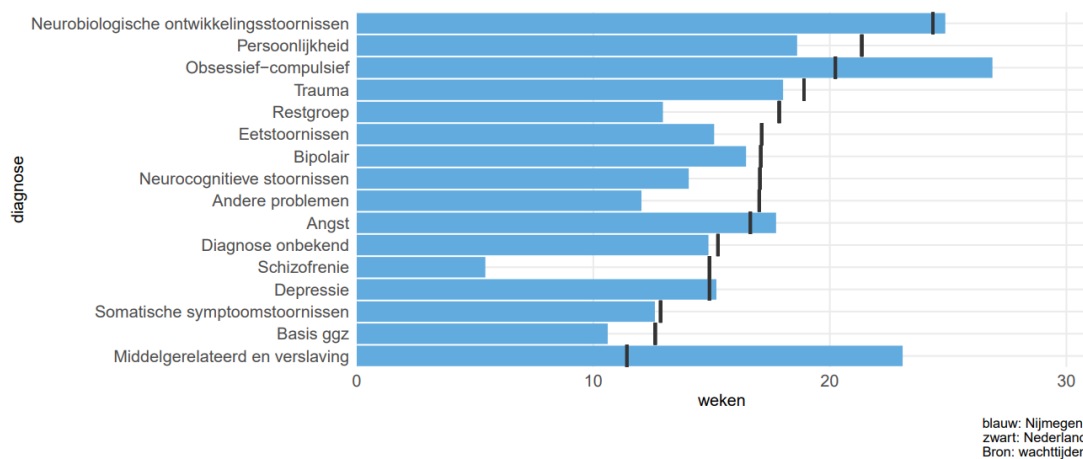
⁵ Het regiobeeld dateert van 2023. In de businesscase hanteren we recentere cijfers van CBS uit 2025. Het totaal aantal inwoners per 2025 is voor de gehele regio 337.861. De grootste gemeente is Nijmegen (189.007 inwoners) en de kleinste is Mook en Middelaar (8102 inwoners).

Algemene trends en knelpunten mentale gezondheid

- **Toename mentale druk:** De mentale druk in het dagelijks leven neemt toe, wat leidt tot meer stress, angst en depressie. Dit geldt voor zowel volwassenen als jongeren.
- **Toename GGZ-zorgvraag:** Psychische problemen worden vaker bespreekbaar gemaakt, wat zorgt voor een toename van de instroom in de GGZ. Vooral onder jeugd is de druk groot door de prestatimaatschappij.
- **Wachlijsten GGZ:** Net als landelijk zijn er wachtlijstproblemen, vooral bij obsessief-compulsief gedrag en verslavingszorg. Wachttijden zijn hier langer dan het landelijke gemiddelde.
- **Arbeidsmarktproblematiek:** Krapte op de arbeidsmarkt zorgt ervoor dat minder patiënten geholpen kunnen worden, ondanks een stijgende zorgvraag. Dit leidt tot langere wachtlijden en hogere werkdruk.
- **Complexiteit casussen:** De vraag naar zorg en de complexiteit van casussen in de jeugd-GGZ (JGGZ) nemen toe.
- **Divers GGZ-zorglandschap:** De regio Rijk van Nijmegen heeft een divers zorglandschap met naast enkele grote GGZ-aanbieders ook veel vrijgevestigden.

Specifieke cijfers en bevindingen

- **Aantal GGZ-cliënten:** Het aantal cliënten in de GGZ daalt minder snel dan landelijk. In 2021 waren er 16.280 volwassen GGZ-cliënten in de regio, waarvan het grootste deel in Nijmegen.
- **Mentale gezondheid jongeren:** Twintig jaar geleden had 1 op de 27 kinderen jeugdhulp, nu is dat 1 op de 7. De toename komt vooral door psychische en psychosociale problemen.
- **Stress en eenzaamheid:** Inwoners met een laag inkomen ervaren meer stress en eenzaamheid, en hebben een hoger risico op angsten en depressies.
- **Ernstige psychiatrische aandoeningen:** Nijmegen scoort het hoogst qua aantal cliënten met ernstige psychiatrische aandoeningen, vooral bij 65-plussers.
- **Wachtlijden:** Wachtlijden voor GGZ zijn in de regio gemiddeld lager dan landelijk, behalve voor neurobiologische ontwikkelingsstoornissen, obsessief-compulsief gedrag, angst, depressie en verslaving (zie Figuur 4).
- **Langdurige GGZ:** Gegevens zijn beperkt, maar er zijn regionale afspraken en initiatieven om wachtlijsten aan te pakken, zoals een Centraal Toeleidingspunt GGZ.



Figuur 4: Wachtlijden per aandoening; let op: data op niveau zorgkantoor Nijmegen i.p.v. subregio Rijk van Nijmegen. Bron: Regiobeeld Rijk van Nijmegen 2023.

Oorzaken en beïnvloedende factoren

- **Eenzaamheid:** Het percentage inwoners met eenzaamheid stijgt, wat een belangrijke risicofactor is voor mentale problemen.

- **Leefstijl en preventie:** Ongezonde leefstijl, armoede en kansenongelijkheid dragen bij aan mentale klachten. Preventieve samenwerking tussen medisch en sociaal domein is noodzakelijk.
- **Arbeidsmarkt:** Grote tekorten aan personeel in de GGZ, vooral in ondersteunende functies, bemoeilijken de toegankelijkheid van zorg.

Regionale bijzonderheden

- **Hoge concentratie GGZ-instellingen:** Door de aanwezigheid van veel GGZ-instellingen en ook veel vrijgevestigde aanbieders is in/rond gemeente Nijmegen het aantal cliënten hoger.
- **Complexe problematiek:** Door de aanwezigheid van academische ziekenhuizen komen er meer complexe casussen aan het licht.
- **Samenwerking:** Er zijn diverse regionale netwerken en samenwerkingsverbanden (zoals NOEL en Stuurgroep Sluitende Aanpak acute GGZ) die zich richten op betere coördinatie en aanpak van GGZ-problematiek.

Jongeren en mentale gezondheid

- **Jongeren en jongvolwassenen zijn extra kwetsbaar:** meer dan 1 op de 5 jongeren ervaart vaak stress, en meer dan 2 op de 5 jongvolwassenen (18-34 jaar) kampt met eenzaamheid.
- **Prestatiemaatschappij:** Opgroeien in een prestatimaatschappij zorgt voor meer stress en afhankelijkheid van zorg bij jongeren.
- **JGGZ verstoort:** Door de stijgende vraag en personeelstekorten zijn er lange wachttijden, meer crisissituaties en cliëntenstops bij aanbieders.
- **Preventie:** Er is extra aandacht nodig voor mentale weerbaarheid, kansengelijkheid in onderwijs, woonomstandigheden, armoede en sociale steun.

Belangrijkste knelpunten GGZ in willekeurige volgorde (longlist, p.175)

- Onvoldoende woonvoorzieningen voor bepaalde groepen.
- Ernstige krapte op de arbeidsmarkt.
- Groeiende wachtlijsten.
- Oneigenlijke druk in het voorveld (huisartsen, buurtteams) door wachtlijsten en arbeidsmarkt.
- Lange aanrijdtijden bij crisisbeoordelingen.
- Toename zorgvraag mentale ondersteuning bij (jong)volwassenen en nieuwkomers.
- Gebrek aan integrale aanpak en versnippering van aanbod.
- Barrières bij informatie-uitwisseling.

Conclusie

De regio Rijk van Nijmegen kent een groeiende zorgvraag op het gebied van mentale gezondheid en GGZ, met name door maatschappelijke druk, armoede, eenzaamheid en een stijgende complexiteit van casussen. Het aantal GGZ-patiënten daalt minder hard en de wachtlijsten groeien, terwijl er een gebrek is aan een integrale aanpak bij mentale ondersteuning. Vooral voor obsessief-compulsief gedrag en verslavingszorg is de wachttijd in de regio langer dan landelijk. De gemiddelde kosten voor de GGZ liggen in de regio Rijk van Nijmegen voor alle leeftijdscategorieën op of rondom het landelijk gemiddelde. De grootste uitdagingen zijn wachttijden, personeelstekorten en de noodzaak tot domeinoverstijgende samenwerking en preventie.

Noot m.b.t. het schaalniveau en regionale data

Bij het regiobeeld is gebleken dat het lastig is gedetailleerde data op te halen specifiek voor het schaalniveau Rijk van Nijmegen (als subregio van bredere zorgkantorregio Nijmegen). Bij de dataverzameling was destijds het uitgangspunt data – waar mogelijk – te specificeren op dit subregionale niveau Rijk van Nijmegen. Indien dat niet mogelijk was, is gebruik gemaakt van data op het niveau van de zorgkantorregio Nijmegen. De duiding van de data is destijds wel gedaan met een bril op van de subregio Rijk van Nijmegen. Als regio Rijk van Nijmegen hebben we de ambitie om afspraken te maken met alle betrokken partijen uit de regio (o.a. de huisartsen, GGZ-partijen en gemeenten) voor commitment dat iedereen zijn cijfers aanlevert om dit de regionale data en daarmee het beeld van de regio meer helder te krijgen.

2.2. Regioplan

In het IZA-Regioplan Rijk van Nijmegen (2023) zijn onderstaande ambitie, doelstellingen en prioriteiten voor de mentale gezondheid op macroniveau beschreven:

Ambitie

- De regio wil de mentale gezondheid van inwoners verbeteren door de vraag naar (specialistische) GGZ te verminderen, wachttijden terug te dringen en mentale veerkracht te vergroten via een preventieve, integrale, herstelondersteunende en wijk-/woonkerngerichte aanpak.

Doelstellingen

- Vergroten van mentale weerbaarheid en veerkracht.
- Verminderen van de vraag naar specialistische GGZ door een preventieve, wijkgerichte en herstelondersteunende aanpak.

Subdoelstellingen en prioriteiten

- Stimuleren van zelf- en samenredzaamheid bij inwoners, regie over eigen mentale gezondheid.
- Inzetten op Mentale Gezondheidsnetwerk om specialistische GGZ naar een minder zware setting te verplaatsen en zo wachttijden te verkorten.
- Vergroten van mentale weerbaarheid bij jongeren en jongvolwassenen en reduceren druk op het dagelijkse leven.
- Bevorderen van een gezonde leefstijl bij kwetsbare groepen, daar is de meeste (psychische) gezondheidswinst te behalen.
- Efficiënter inzetten van GGZ-capaciteit en verbeteren van samenwerking tussen domeinen (GGZ, VVT, MSZ en sociaal domein).

Daaruit volgen de volgende speerpunten

- **Kwaliteit:** Wachttijden terugbrengen (minimaal tot de Treeknorm) en escalaties in de wijk voorkomen: wonen in de wijk mogelijk maken/houden ook voor mensen met een psychische kwetsbaarheid (2de lijn steunt de 1e lijn en het sociaal domein).
- **Toegankelijkheid:** Verbeteren van coördinatie van zorg en ondersteuning en verminderen van onnodige verwijzingen Het Mentale gezondheidsnetwerk voorkomt of verlaagt de zorgvraag en bevordert zorg op de juiste plek. En vermindert de werklust door voorkomen van “verkeerde” verwijzingen.
- **Betaalbaarheid:** 6-10% van de instroom naar behandelingen in de S-GGZ wordt omgebogen naar een minder zware setting en/of naar hulpbronnen uit het Sociaal Domein en/of informele hulpbronnen. We reduceren daarmee de kosten voor de GGZ en brengen de wachttijden terug⁶.

2.3. De complexiteit voor inwoners in het huidige systeem

Met de ontwikkeling dat meer mensen met kwetsbaarheden in de wijk of dorpswoonkern wonen, ontstaat in de leefomgeving een grotere diversiteit. Daarbij biedt iedere gemeente een sociale basis van formele en informele activiteiten en voorzieningen aan haar inwoners zodat zij met eigen regie en een netwerk, elkaar kunnen ontmoeten, ondersteunen, gezond (samen) leven en kunnen meedoen. Voor mensen met (ernstige)

⁶ De business case van dit transformatieplan geeft maximaal 7,1% (2030) aan. Het percentage 7,1% heeft echter alleen betrekking op de afbuiging van GGZ naar een andere voorziening. Er is ook een ombuiging van zware naar minder zware GGZ, dat is niet met expliciete cijfers in de businesscase opgenomen. Wel is die ombuiging bij het transfermechanisme opgenomen.

psychische klachten wordt de GGZ zorg ook meer en meer in de wijk of dorpswoonkern geboden en al langer gebeurt dit in netwerkverband.

Toch blijkt de weg naar herstel voor inwoners die worstelen met (ernstige) psychische klachten i.c.m. uitdagingen op andere levensgebieden, vaak een weg met obstakels. Zo is het geen uitzondering dat zij meerdere triage- of intakeprocedures moeten doorlopen voordat ze de juiste zorg en ondersteuning krijgen. Dit is frustrerend en vaak ook belastend. De veelvuldige en soms onterechte doorverwijzingen leiden tot een stapeling van gesprekken, wat in de praktijk zorgt voor een gebrek aan continuïteit in de zorg die een inwoner nodig heeft. En de tijd die verstrijkt voor er passende hulp wordt geboden, kan de situatie verergeren. Wanneer iemand te maken heeft met ernstige psychische problemen, heeft dit niet alleen impact op henzelf maar ook op hun directe omgeving; soms leidt het tot ontwrichting van de leefbaarheid in een woonomgeving.

De fragmentatie in zorgprocessen en de dubbele inspanningen dragen bij aan langere wachttijden en maken het herstelproces nog uitdagender. We zien als betrokken instellingen, werkzaam in verschillende sectoren, te vaak dat het ons nog niet lukt de cruciale gezamenlijke verantwoordelijkheid te nemen gedurende de verschillende fases van zorg en ondersteuning. De complexiteit van het huidige systeem leidt ertoe dat inwoners die hulp vragen en hun naasten tussen wal en schip vallen. Waar we willen dat zij regie hebben op hun eigen herstelproces, vergroten de ingewikkelde procedures juist de afhankelijkheid van formele zorg of steun.

Inwoners en hun naasten verliezen nu vaak de regie op hun herstelproces door het complexe systeem. Het complexe systeem vraagt nu een inzet van professionals van instellingen en gemeenten die ineffectief is of nog meer drukt op de toch al schaarse capaciteit.

Deze ongewenste cirkel willen we doorbreken en dit vraagt een lange adem. Daarvoor zetten we een eerste belangrijke stap naar een betere, meer toegankelijke en samenhangende ondersteuningsstructuur. Dit betekent dat we samen de verantwoordelijkheid nemen om, op alle niveaus van de gevraagde samenwerking, deze uitdagingen aan te gaan.

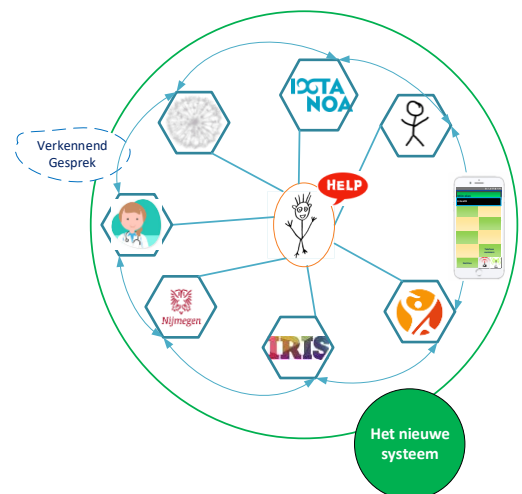
2.4. Hoe doorbreken we de ongewenste cirkel voor onze inwoners?

Vanuit een gezondheidsbevorderende en herstelondersteunende visie zetten we in de regio een volgende stap naar een betere, toegankelijke en samenhangende ondersteuningsstructuur. We doorbreken de ongewenste cirkel en nemen samen de verantwoordelijkheid om op alle niveaus van samenwerking en tussen (partijen in) de domeinen, de noodzakelijke verandering aan te gaan.

We doen dit vanuit een gedeelde ambitie dat mensen zoveel als mogelijk zelf de regie hebben op hun herstelproces. Dit betekent een andere visie op en manier van organiseren van de ondersteuning in situaties waarin meerdere domeinen verbonden moeten zijn. Werkend met het ecosysteem dat in die gebieden reeds aanwezig is.

We willen een coherent werkend netwerk van informele en formele steunbronnen rondom inwoners met een hulpvraag bij mentale gezondheid, dat steun biedt om met de uitdagingen van het leven om te gaan.

Het Mentale Gezondheidsnetwerk Rijk van Nijmegen zien wij als een dergelijk coherent werkend netwerk.



2.5. Voor welke inwoners willen we welke impact maken?

Het Mentale gezondheidsnetwerk Rijk van Nijmegen is een duurzaam, gelijkwaardig samenwerkingsverband met als doel:

- Dat inwoners een betere mentale gezondheid ervaren.
- Dat hulp- en ondersteuningsvragen van inwoners en hun naasten snel en op de juiste plek opgepakt worden.
- Dat de beschikbare capaciteit (GGZ, huisarts/POH en Sociaal Domein) in de regio optimaal wordt benut.
- Dat de wachttijd in de GGZ-zorg voor mensen met complexe problematiek afneemt (binnen Treeknormen).

Met het Mentale Gezondheidsnetwerk willen we de volgende **maatschappelijke impact** maken voor de drie onderscheiden groepen. Het gaat om **zowel een kwalitatieve als kwantitatieve impact**.

In de uitwerking van de deelplannen in hoofdstuk 3 wordt via logic modelling terug geredeneerd hoe we deze impact gaan bereiken door plannen uit te werken met SMART-geformuleerde KPI's. In die uitwerking wordt ook verduidelijkt wat de huidige IST is en naar welke SOLL we toewerken:

2.5.1. Algemene populatie inwoners

We willen alle inwoners ondersteunen in de versterking van hun mentale veerkracht en de preventie van psychopathologie. Wat willen we bereiken?

- Meer eigen regie over de mentale gezondheid en beschikking over informele sociale steun;
- Minder vraag naar formele hulpbronnen uit Sociaal Domein en GGZ.

Voor deze doelgroep zetten we **basisonderdeel 1** in:

Dichtbij huis: mentaal vitale wijken/woonkernen d.m.v. een basis infrastructuur voor iedereen, met extra aandacht voor doelgroepen die moeilijk plek vinden in het huidige preventieve aanbod.

Wat gaan we doen?

- Laagdrempelige steunpunten verder uitbouwen: preventie, (online) zelfhulp modules, peer support;
- Toegankelijkheid steunbronnen vanuit het Sociaal Domein en de GGZ-(preventie) voor inwoners vergroten door deze informatie toe te voegen aan het bestaande portaal Mental Health Verbindt en het versterken en uitbreiden van de samenwerking die ten grondslag ligt aan deze website;
- Verbinding huisartsen/POH en Sociaal Domein versterken door de inzet van verbindende projecten volgens de formule van 'Welzijn op Recept'.

In basisonderdeel 3 (zie verder) borgen we dat er GGZ-expertise verbonden wordt in het netwerk met het sociaal domein.

2.5.2. Inwoners met hulpvragen

We willen inwoners met hulpvragen gecoördineerd vanuit een breder perspectief ondersteunen, begeleiden en behandelen. Wat willen we bereiken?

- Efficiëntere toewijzing naar informele en formele steunbronnen vanuit één samenhangend plan;
- Ontdubbeling van de wachtlijsten en efficiëntere toewijzing;
- Ombuiging van multidisciplinaire GGZ naar GGZ en afbuiging naar het Sociaal Domein. Idealiter wordt omgebogen naar een minder zware setting en/of naar hulpbronnen uit het Sociaal Domein en/of informele hulpbronnen.
- Kortere hulpverleningstrajecten, zowel in Sociaal Domein als GGZ;
- Effectievere hulpverleningstrajecten, zowel in Sociaal Domein als GGZ.

Voor deze doelgroep zetten we **basisonderdeel 2** in:

Verkennen van steunbronnen: juiste zorg op tijd op de juiste plek d.m.v. gezamenlijke toegang en toeleiding en de ontwikkeling en implementatie van domeinoverstijgende samenwerking binnen het mentale gezondheidsnetwerk.

Wat gaan we doen?

- De vier functies van het Mentale Gezondheidsnetwerk zoals vermeld in de [landelijke werkwijze Mentale Gezondheidsnetwerken](#) ontwikkelen en implementeren;
- Ontwikkelen en implementeren van de werkzame elementen van het Centraal Toeleidingspunt (CTP) voor hulp (sociaal domein en welzijnsaanbod) en zorgaanbod n.a.v. de pilot CTP;
- Regionaal beheer GGZ-aanbod en wachttijden organiseren en dit inzichtelijk en toegankelijk maken met een dashboard/Mentaal Schakelpunt en dit tevens in samenhang met basisonderdelen 1 en 3 doen voor het aanbod van sociaal domein en welzijn, o.a. door verbreding van het bestaande portaal Mental Health Verbindt;
- Toeleiden naar de juiste vorm/ aanbieder van steunbronnen waaronder zelfhulp modules, E-Health, peer support, ondersteuning, begeleiding en behandeling.
- Consultatie GGZ en sociaal domein functies uitbreiden in basisonderdelen 1 en 3.

In de businesscase worden bovenstaande onderdelen weergegeven als onderdeel van het overzicht businesscase. Daarin zijn zowel de kosten voor de transformatie als de kosten voor de operationele invulling van de interventies opgenomen.

2.5.3. Inwoners met een ernstig psychische kwetsbaarheid (EPK)

We willen integraal samenwerken om de inclusie van inwoners met een ernstig psychische kwetsbaarheid te faciliteren. Onder ernstige psychische kwetsbaarheid verstaan we: (1) inwoners met EPA, (2) sociaal kwetsbare inwoners die een psychische kwetsbaarheid (dreigen) te ontwikkelen en (3) inwoners met Common Mental Disorders in combinatie met psychosociale kwetsbaarheid, een verstandelijke beperking en/of kwetsbaarheid voor verslaving. Wat willen we bereiken?

Maatschappelijke kwalitatieve impact:

- Minder escalaties in de wijk/woonkern;
- Kortere lijnen tussen GGZ, huisartsen en sociaal domein rondom inwoners met een ernstig psychische kwetsbaarheid;
- Meer continuïteit van betekenisvol leven;
- Betere leefbaarheid in de wijk/woonkern.

Voor deze doelgroep zetten we **basisonderdeel 3** in:

Steun rondom: we integreren specialistische GGZ binnen het mentale gezondheidsnetwerk van informele en formele steunbronnen van basisonderdeel 1. De bedoeling is om inwoners die door versnippering in de samenwerking nu soms zonder behandel noodzaak (chronisch) toch in zorg komen bij de outreachende GGZ en OGGZ (bijv. Meldpunt Bijzondere Zorg) en acute GGZ (bijv. crisisdienst, klinische opnames), terwijl dit voorkomen had kunnen worden door een verbinding van laagdrempelig toegankelijke expertise met de sociale basis en het sociaal domein.

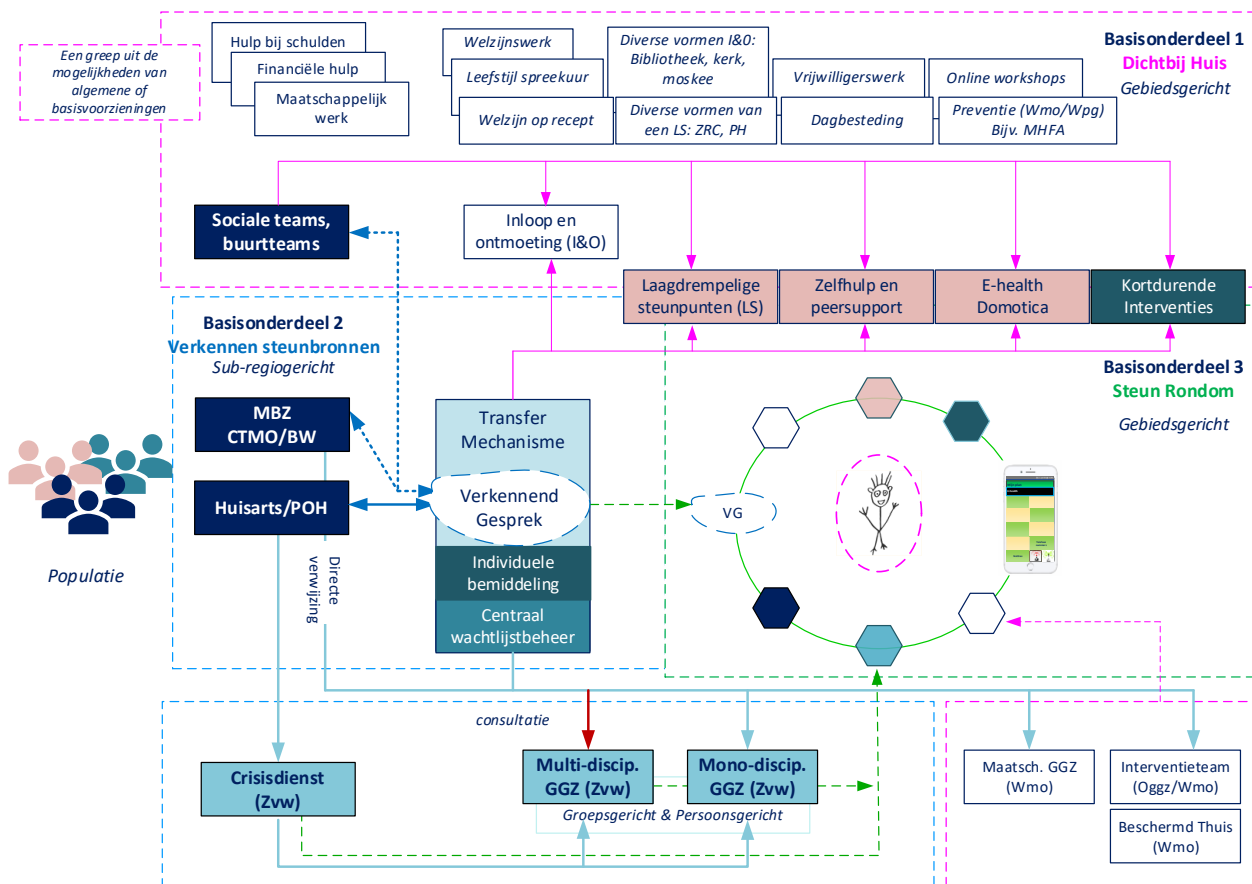
Wat gaan we doen?

- Vanuit de huidige functies van de WijkGGZ en WijkGGD en outreachende GGZ-teams (zoals FACT) komen tot een uitvoerbaar, kostendekkende en duurzame organisatievorm die aansluit op het sociaal domein op basis van de principes van netwerkzorg, onder de noemer GGZ in het netwerk.
- Meer beschikbaarheid van peer support communities en herstelactiviteiten voor inwoners met EPK als onderdeel van deze netwerken. Dit gezamenlijk met basisonderdeel 1 worden opgepakt.

- De huidige vormen van netwerkzorg (WijkGGZ, WijkGGD) en peer support doorontwikkelen door hen te verbinden met op maat ondersteuningsnetwerken rondom mensen met EPK, bijvoorbeeld in de vorm van resource groups⁷ (samenwerkgroepen) of met behulp van iemand die in het netwerk zaken regelt/coördineert; niet alleen ter voorkoming van zorg maar ook ter versoepeling van de uitstroom vanuit zorg.

De Steun Rondom die we inzetten voor inwoners met EPK is nadrukkelijk onderdeel van de brede sociale infrastructuur en de voorzieningen gericht op mentale gezondheid zoals opgenomen in basisonderdeel 1.

2.6. De nieuwe cliëntreis voor inwoners met een hulpvraag



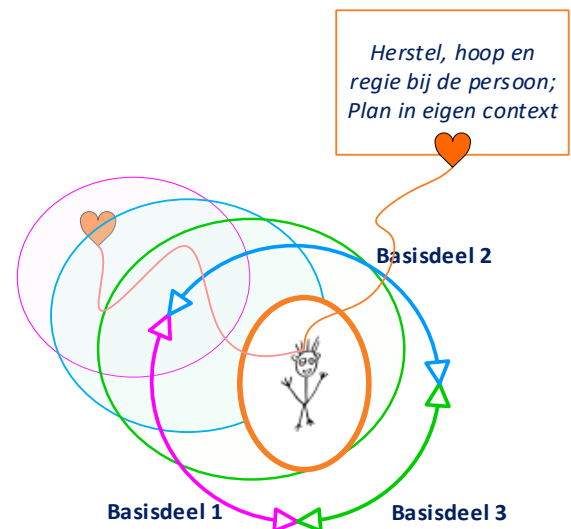
Deze afbeelding toont de nieuwe cliëntreis voor inwoners met een hulpvraag binnen het Mentale Gezondheidsnetwerk Rijk van Nijmegen. Door middel van een verkennend gesprek worden inwoners tijdig naar de juiste informele en formele steunbronnen geleid. De reis is opgebouwd uit drie basisonderdelen: Dichtbij huis (mentale vitaliteit en preventie), Verkennen van steunbronnen (juiste zorg op de juiste plek) en Steun rondom (duurzame ondersteuning bij ernstige psychische kwetsbaarheid). Door deze integrale

⁷ Een resource group is een groep mensen, door de inwoner uitgekozen, die voor de inwoner belangrijk is en die hem of haar helpt persoonlijke, zelfgekozen hersteldoelen te bereiken, zoals persoonlijk herstel (herstel van identiteit), maatschappelijk herstel (zinnvolle participatie) en herstel van gezondheid (behandelen en verbeteren van lichamelijke en geestelijke symptomen). Het eigenaarschap en regie liggen bij de inwoner. Hij of zij is de beoogde regisseur van de groep en wordt uitgedaagd na te denken over wie hij of zij in de groep zou willen ('nomineren'). Dit kunnen familieleden of andere naasten zijn, maar ook (familie-)ervaringsdeskundigen en professionals van binnen of buiten de GGZ en het Sociaal Domein.

aanpak wordt versnippering tegengegaan, krijgen inwoners sneller passende hulp en wordt de druk op de GGZ verminderd. Het netwerk zet in op samenwerking, digitalisering en het versterken van eigen regie en veerkracht van inwoners

Binnen het Mentale Gezondheidsnetwerk Rijk van Nijmegen kijken we op andere manieren naar, én werken we aan het versterken van de mentale gezondheid, waardoor meer bewoners in de regio mentaal vitaal blijven en de toegankelijkheid van de GGZ verbetert. We onderscheiden drie doelgroepen en daarom drie samenhangende en overlappende basisonderdelen die we gaan versterken en met elkaar verbinden.

Met basisonderdeel 1 *dicht bij huis* creëren we een netwerk van verbindingen tussen informele en formele steunbronnen die bijdragen aan de mentale vitaliteit van inwoners. Basisonderdeel 2 *verkennen van steunbronnen* sluit hier nauw op aan als een inwoner om welke reden dan ook een hulpvraag krijgt ten aanzien van diens mentale gezondheid. Via een verkennend gesprek leiden we de inwoner tijdig naar de juiste combinatie van informele en formele steunbronnen op de juiste plek. Aansluitend op de verkenning volgt basisonderdeel 3 *steun rondom voor inwoners die gebaat zijn bij duurzame steun*; waarbij we verder bouwen op verbindingen tussen het Sociaal Domein, huisartsenzorg/POH en GGZ in de wijk/woonkern en doorontwikkelen naar netwerkzorg.



2.7. Basisonderdelen Mentale gezondheidsnetwerk

Transformatieplan Mentale gezondheidsnetwerk

In de aanloop naar het transformatieplan leverden alle betrokken partijen gedurende een periode van anderhalf jaar met elkaar de benodigde inzet. Op bestuurlijk, tactisch en operationeel niveau ontwikkelden zij een gedeelde visie op de transformatie-opgave. Ook een uitwerking van het transformatieplan en de maatschappelijke business case is gerealiseerd. Deze sluiten aan bij de lopende initiatieven en de lokale contexten.

Transitie Management Cyclus		Probleem structurering & visievorming	
		Coalities & agendavorming	
		Mobiliseren & experimenteren	
		Evaluatie & monitoring	
Funcies	Activiteiten	2024	2025
Coördinatie	Agenderen, afstemmen en organiseren	Doorlopend	Doorlopend t/m Q4
	Vorbereiding bestuurlijke overleggen en besluitvorming	Doorlopend	Doorlopend t/m Q4
	Afstemming met landelijk programma MGN	Doorlopend	Doorlopend t/m Q4
	Opstellen transformatieplan	Doorlopend	Doorlopend t/m Q4
Transformatieplan	Ontwerpsessies en verdiepende sessies	Vanaf Q2	Doorlopend t/m Q4
	Uitwerken activiteiten en mijlpalen	Vanaf Q2	Doorlopend t/m Q4
Maatschappelijke business case	Ontwerpsessies SCOPAFIJTH met alle betrokken organisaties	Q2	Doorlopend t/m Q4
	Opstellen en vullen van het rekenmodel	Doorlopend	Doorlopend t/m Q4
	Toetsing op fiscaliteit		Q2

Transitie Management Cyclus		Probleem structurering & visievorming	
		Coalities & agendavorming	
		Mobiliseren & experimenteren	
		Evaluatie & monitoring	
Functies	Activiteiten	2024	2025
Digitale (domeinoverstijgende) gegevensbeschikbaarheid GGZ	IGGZ-partijen hebben met M&I/Partners digitale strategie uitgewerkt tbv gegevensbeschikbaarheid in MGN	Q4	Q2

Basisonderdeel 1 - Dichtbij Huis

We willen de mentale veerkracht van inwoners in wijken of dorpswoonkernen versterken. Daarbij maken we gebruik van de mogelijkheden die de sociale basis van gemeenten al bieden. We verbinden explicieter een aantal steunbronnen die bijdragen aan mentale vitaliteit, zoals verenigingen, laagdrempelige steun/ontmoetingspunten, peer support, preventie-activiteiten vanuit de Wmo en vanuit de publieke gezondheid en zelfhulpmodules. Zo maken we een volgende stap naar een coherent werkend netwerk met een lokale verankering.

Transitie curve	Opbouw ->				
	Voortbouw ->				
Functies	2026	2027	2028	2029	2030
Verbinding informele - formele steun	Leren & ontwikkelen	Leren & ontwikkelen	Leren & ontwikkelen	Leren & ontwikkelen	Leren & ontwikkelen
Verbinding huisarts- Sociaal Domein	Opbouw	Verbreden	Voortbouw		
Toegankelijkheid Zelfhulp en Peersupport	Opbouw	Verbreden	Voortbouw		
	Verbreden	Voortbouw			
Zelfhulp en peersupport	Opbouw	Voortbouw			
Netwerlzorg op gang brengen	Leren & ontwikkelen	Leren & ontwikkelen	Leren & ontwikkelen	Leren & ontwikkelen	Leren & ontwikkelen
Professionalisering welzijn irt GGZ	Opbouw	Verbreden	Voortbouw		
	Opbouw	Verbreden	Voortbouw		
Preventie	Verbreden	Voortbouw			

Middels basisonderdeel 3 borgen we dat er GGZ-expertise beschikbaar is ter ondersteuning van het sociaal domein op deze onderdelen.

Basisonderdeel 2 - Verkennen van steunbronnen

We willen inwoners met een hulpvraag op tijd toeleiden naar de juiste informele en formele steunbronnen op de juiste plek. Het verkennend gesprek, regionaal transfermechanisme, gezamenlijke wachttijdenbeheer en domeinoverstijgend casuoverleg leiden tot een betere en snellere match.

In het tweede kwartaal van 2024 is in de regio Arnhem en Nijmegen een drie maanden durende pilot gestart van het Centraal Toeleidingspunt (CTP)⁸: een centraal punt waar twaalf huisartsen cliënten konden verwijzen bij (vermoeden van) GGZ-problematiek, onduidelijkheid over de aard van de problematiek of wanneer een verkennend gesprek wenselijk was. Het multidisciplinaire team bestond uit medewerkers uit de GGZ, het publiek domein (ervaringsdeskundigen) en het sociaal domein (wijk- en buurtteams).

De pilot heeft aangetoond dat het CTP leidt tot betere triage, hogere tevredenheid en efficiëntere verwijzingen. Daarbij is ervaring opgedaan met vier kernfuncties: het verkennend gesprek, het transfermechanisme, regionaal beheer van GGZ-aanbod en wachttijden, en domeinoverstijgend casuoverleg. Deze functies geven richting aan het opschalen en doorontwikkelen van structuur, techniek en kennis.

Het transformatieplan bouwt voort op deze succesvolle pilot. Wat primair in het CTP is ontwikkeld, de resultaten en ervaringen die zijn opgedaan en de adviezen voor doorontwikkeling worden binnen het Mentale Gezondheidsnetwerk verder uitgewerkt, geïmplementeerd en geborgd. Daarmee sluiten we aan bij de ambitie om een duurzame en integrale werkwijze in de regio te realiseren.

Voor de invulling van de functies Informatievoorziening wachttijden en transfermechanisme implementeren partijen een digitale tool genaamd Mentaal Schakelpunt (MSP), voor aanbodmonitor, vraagverheldering en vraagsturing. De digitale tool wordt landelijk ontwikkeld conform IZA en AZWA-afspraken. Wanneer beschikbaar is gesteld, implementeren partijen de digitale tool en participeert in het ontwikkel- en implementatieproces. Op basis van de mijlpalenplanning (2026-Q2 en 2027-Q4) nemen partijen een bedrag op ter waarde van € 645K om instellingen voor te bereiden op technische aansluiting op het MSP. Deze middelen worden ingezet na besluit door de stuurgroep voor het implementeren van MSP.

Transitie curve	Opbouw ->		Voortbouw ->		
	2026	2027	2028	2029	2030
Verkennend Gesprek	Experimenteren & leren	Verbreden	Institutionaliseren	Stabiliseren	
Transfermechanisme (regionale logistiek m.b.t. aanbod en wachttijden)	Experimenteren & leren	Verbreden	Institutionaliseren	Stabiliseren	
Informatievoorziening GGZ- aanbod en wachttijden	Experimenteren & leren	Verbreden	Institutionaliseren	Stabiliseren	
Informatievoorziening Sociaal Domein aanbod	Experimenteren & leren	Verbreden	Institutionaliseren	Stabiliseren	
Domeinoverstijgend casuoverleg	Experimenteren & leren	Verbreden	Institutionaliseren	Stabiliseren	
Transiticyclus en leerstructuur	Cyclus & leercoalitie VG verbinden	Evalueren, leren en bijsturen	Evalueren, leren en bijsturen	Evalueren, leren en bijsturen	Evalueren, leren en bijsturen
Digitalisering	Analyseren, ontwerpen, inrichten	Verbreden	Aansluiten op digitalisering NOEL	Aansluiten op digitalisering NOEL	Aansluiten op digitalisering NOEL

Dit basisonderdeel werkt in nauwe aansluiting op basisonderdeel 1 en aansluitend of aanvullend op de verkenning kan een voorziening uit basisonderdeel 3 worden ingezet. De doelstellingen uit het regioplan werken uiteraard ook door in de transformatie van het behandelaanbod van de GGZ-partijen zelf, dat buiten de scope valt van dit transformatieplan, maar wel onderdeel is van de totale transitie beweging. Het gaat dan

⁸ De totstandkoming van de pilot van het Centraal Toeleidingspunt (CTP) evenals de evaluatie ervan zijn gerealiseerd dankzij de door ZonMw ter beschikking gestelde subsidies. De pilot, het bemensen van het CTP, is door deelnemende GGZ partijen en zorgverzekeraar Menzis gefinancierd middels een eenmalige bijdrage.

over de toegankelijkheid van de GGZ met minder professionals bijv. door het versterken van methodisch werken, inzet van meer groepsbehandelingen en ontwikkeling van online of hybride behandelingen.

Basisonderdeel 3 – Steun Rndom

We maken gebruik van de basis die er is gelegd, om de inclusie van mensen met een (ernstige) psychische kwetsbaarheid en de leefbaarheid in de wijk/woonkern te versterken. Daarbij worden de goede praktijken van de WijkGGD, WijkGGZ en lokale herstelondersteunende initiatieven benut. We gaan de beschikbare onderdelen ontwikkelen tot een dekkend netwerk en de verbindingen verstevigen tussen initiatieven van inwoners, vrijwilligers, professionals van het Sociaal Domein, de maatschappelijke GGZ (RIBW), de eerste lijn huisartsen/POH en tweede lijn GGZ, verslavingszorg en gehandicaptenzorg. Zodat zij domeinoverstijgende netwerkjes vormen rondom mensen met een (ernstige) psychische kwetsbaarheid. Door consultatie en advies en snel en flexibel inzetbare (lichte) passende ondersteuning vanuit de 2^{de} lijn behouden mensen regie in het leven.

Transitiecurve	Opbouw ->		Voortbouw ->		
	2026	2027	2028	2029	2030
GGZ in het netwerk - Consultatie, overleg en advies - Herstelondersteunende kennismaking - Kortdurende interventies - Netwerk samenwerking	Doorontwikkelen & versnellen	Institutionalisieren	Institutionalisieren	Stabiliseren	
Domeinoverstijgende netwerkzorg (bijv. Resource groups of netwerkregelaar) ter bevordering van inclusie en leefbaarheid in wijk/ woonkern of ter voorkoming van isolatie, ontregeling, crises, incidenten en/of overlast	Experiënteren	Experiënteren	Verbreden & Institutionaliseren	Institutionalisieren	Institutionalisieren
Transitiecycle en leerstructuur	Cyclus & leercoalitie netwerkzorg verbinden	Evaluëren, leren en bijsturen	Evaluëren, leren en bijsturen	Evaluëren, leren en bijsturen	Evaluëren, leren en bijsturen
Digitalisering	Analyseren, ontwerpen, inrichten	Verbreden	Aansluiten op digitalisering NOEL	Aansluiten op digitalisering NOEL	Aansluiten op digitalisering NOEL

De Steun Rndom die we inzetten voor inwoners met EPK is nadrukkelijk onderdeel van de brede sociale infrastructuur en de voorzieningen gericht op mentale gezondheid zoals opgenomen in basisonderdeel 1.

2.8. Digitalisering

De volgende ontwikkelingen hebben we voor ogen:

Te ontwikkelen functies	2026	2027	2028	2029	2030
Digitalisering toegankelijkheid online preventief aanbod, zelfhulp modules, peer support communities, GGZ-aanbod en aanbod sociaal domein	Mental Health Verbindt ⁹ verbreden	Mental Health Verbindt verbreden	Mental Health Verbindt verbinden met Mentaal Schakelpunt		
Digitalisering van wachttijdenbeheer GGZ-aanbod naar Mentaal Schakelpunt	Slim verwijzen ¹⁰ implementeren	Keuze maken voor aanbieder Mentaal Schakelpunt ¹¹	Def. Mentaal Schakelpunt implementeren		
Digitale registratie van onderlinge afspraken en verrichtingen (basisonderdeel 3)	Huidig registratiesysteem Wijk-GGZ breder toegankelijk maken voor netwerk resource group				
Digitalisering gegevensbeschikbaarheid rond hulpvragen van cliënten in zorg/sociaal domein	Specificaties GGZ inbrengen bij de keuze voor het regionaal platform	Pilots met andere use cases regionaal platform meevolgen	Regionaal platform – Pilot MGN	Regionaal platform implementeren	Regionaal platform implementeren (vervolg)
Inzet van AI om de administratieve werkdruk te minimaliseren (bijv. verslaglegging)	Meenemen in alle nieuwe werkprocessen	Meenemen in alle nieuwe werkprocessen			

Om besparingen op personele inzet en de functies van het Mentale Gezondheidsnetwerk te realiseren zullen de betrokken partijen hun basis ICT/IV moeten borgen en afstemmen. Daarnaast zullen er specifieke voorzieningen worden ontwikkeld voor de (gezamenlijke) ondersteuning van centraal georganiseerde onderdelen: zoals gegevensbeschikbaarheid, veilig beeldbellen, veilig mailverkeer, dashboard wachttijden

⁹ **Mental Health Verbindt** is een samenwerking tussen lokale partijen (huisartsen, sociale teams en ervaringsdeskundigen met een netwerk van schakelfunctionarissen en een website. Deze geeft informatie en advies over de verwijzing van volwassenen (18+) met psychische klachten in de gemeente Nijmegen. Zodat inwoners en verwijzers beter de weg weten en sneller hulp vinden voor patiënten/inwoners - binnen of buiten de GGZ. Mental Health Verbindt biedt zelf geen hulp, maar weet waar deze te vinden is en wijst op alternatieven voor GGZ-zorg. Binnen Mental Health Verbindt wordt steeds meer kennis over de sociale kaart verzameld en gepresenteerd op de website. Mental Health verbindt werkt toe naar een verbinding met het dashboard GGZ-wachttijden en op termijn het Mentaal Schakelpunt.

¹⁰ **Slim verwijzen** is een digitaal platform (dashboard) waar huisartsen en GGZ-instellingen eenvoudig en overzichtelijk actuele wachttijden kunnen delen en inzien. In afwachting van de ontwikkelingen rond het Mentaal Schakelpunt, investeert Menzis in dit platform na de positieve ervaringen met de pilot CTP in Arnhem/Nijmegen.

¹¹ VGZ en CZ hebben het initiatief genomen om met zorgaanbieders een *proof of concept* te ontwikkelen voor een digitaal **Mentaal Schakelpunt (MSP)**. Dit MSP ondersteunt huisartsen in het verwijzingsproces door vraagverheldering bij de patiënt en direct inzicht in de best passende hulp, zowel in de zorg als daarbuiten. Daarbij worden tevens de actuele wachttijden van GGZ-aanbieders inzichtelijk gemaakt evenals andere criteria die relevant zijn voor de hulpvraag. Zo stellen de zorgverzekeraars verschillende ict-aanbieders in staat om een MSP te ontwikkelen en aan te bieden in de markt. Indien de producent van het platform Slim verwijzen zal voldoen aan dit proof of concept kan de regio ervoor kiezen om met Slim verwijzen door te gaan.

(Mentaal Schakelpunt), de website Mental Health Verbindt en de benutting van AI om administratieve werkdruk te minimaliseren. De functies van het *Verkennen van steunbronnen* zijn in eerste instantie ingesteld op het juist adresseren van verwijzingen vanuit de huisarts naar GGZ en/of het Sociaal Domein vanuit VIPLive. Gaandeweg de transformatie, zal deze functie waarschijnlijk worden overgenomen door het regionale digitale platform voor gegevensdeling of een andere nader te bepalen oplossing.

In aanloop naar het transformatieplan hebben de Integrale GGZ-partijen (Pro Persona, Iriszorg, RIBW Nijmegen-Rivierenland en RIBW Arnhem Veluwe Vallei), die reeds nauw samenwerken rond inwoners met ernstige psychische kwetsbaarheid, hun zorgprocessen en systemen laten analyseren door M&I/Partners. Het advies uit deze analyse zal input zijn vanuit de GGZ om aan te kunnen sluiten op de regionale digitaliseringsopgaven vanuit het IZA in onder meer Rijk van Nijmegen. Ook de huisartsen en het Sociaal Domein zijn aangesloten op deze digitale ontwikkelingen vanuit NOEL.

2.8.1. Uitgangspunten

Het vastgestelde IZA-uitvoeringsakkoord is een belangrijk uitgangspunt. Voor het bepalen van de uit te voeren activiteiten gaan we uit van de huidige stand van zaken. Dus hetgeen nu nog niet geregeld is moet met de middelen die aangevraagd worden, gefinancierd worden.

- Eenheid van taal is slechts zeer beperkt gerealiseerd. Binnen dit plan gaan we er van uit dat eenheid van taal voor de voorliggende functies gerealiseerd moet worden in trend met de landelijke roadmap.
- Generieke functies zijn nog niet geïmplementeerd. Binnen dit plan gaan we er van uit dat die gerealiseerd moeten worden voor alle betrokken partijen in lijn met de landelijke roadmap.
- De regio waar dit plan voor geldt heeft nog geen regionaal platform conform CumuluZ-concept¹² en kan dus geen nog gebruik maken van een dergelijke infrastructuur. Binnen dit plan gaan we uit van het inrichten van de minimaal noodzakelijke infrastructuur en overgang naar een regio infrastructuur op het moment dat die er is, we schatten in dat dit ultimo 2027 het geval zal zijn.

2.9. Nadere specificatie voor de zorg (huisartsen en GGZ)

1. Deelname aan een regionaal platform

NEO Huisartsenzorg en de GGZ-partijen die betrokken zijn sluiten aan bij één regioplatform.

- Aanname: Landelijke standaardisatie zal ervoor zorgen dat ook met andere partijen, eventueel in andere regio's, samengewerkt kan worden.
- Aanname: Door sturing vanuit het Landelijk Dekkend Netwerk zal de invulling van de regioplatformen globaal gelijk zijn en de kosten daarvoor ook.
- Deelname aan een regioplatform is op basis van omzet in de regio. De verwachte kosten zijn daarop gebaseerd.

2. Per deelnemende organisatie aansluiten

Elke deelnemende organisatie vanuit de zorg (NEO Huisartsenzorg en GGZ) zorgt ervoor – binnen een nader af te spreken tijdspad – dat processen, informatie, applicaties en infrastructuur voldoen aan de generieke functies, voldoen aan de afsprakenstelsels (o.a. Twiin¹³) en informatiestandaarden. En dat de

¹² De CumuluZ Coalitie is een samenwerkingsverband van zorgkoepels om te bouwen aan een publieke data-infrastructuur die databeschikbaarheid mogelijk maakt.

¹³ Het Twiin Afsprakenstelsel is een set samenwerkingsafspraken voor het delen en beschikbaar maken van gezondheidsgegevens; veilig en betrouwbaar, tussen zorgaanbieders, zorgnetwerken en voorzieningen, interoperabel op alle lagen en samen met zorgaanbieders en leveranciers.

bronapplicaties ontsloten kunnen worden conform de standaarden en dat de gegevens binnen de bronnen van goede kwaliteit zijn om digitaal samen te kunnen werken.

3. Toepassingen

Specifiek voor de toepassingen moeten de informatievoorziening en ICT (IV/ICT) ingericht worden gedurende de looptijd van het transformatieplan. Elke deelnemende organisatie uit de zorg (NEO Huisartsenzorg en GGZ) moet in principe de volgende functies (niet limitatief) realiseren: Verzenden notified pull bericht, inzicht in actuele capaciteit en wachtlijsten per zorgproduct digitaal en actueel beschikbaar stellen. Centraal, al dan niet als onderdeel van het regioplatform de volgende functies (niet limitatief) realiseren: kantoorautomatisering, veilig mailen, veilig video consult, viewer functionaliteit, workflow- en afsprakenmanagement, roosteren en plannen. Beschikbaar stellen laptop en telefoon en bijbehorende infrastructuur (GSM, 5G abonnement, Wifi).

4. Leren in pilot setting

Om te leren digitaal samen te werken worden pilots opgezet. Doel is om ervaring op te doen en te leren in het zorgproces en de relatie met de inwoners, cliënten, patiënten. Om zo ook de behoefte aan IV/ICT beter te kunnen definiëren. De kosten worden laag gehouden door het inzetten van bestaande middelen en improvisatie.

2.10. Verwachte eenmalige kosten

De kosten voor implementatie zullen voor een deel vast zijn en voor een deel afhankelijk van het aantal medewerkers (licentiekosten, laptop, telefoon). De vaste kosten zullen onder regie van de ICT-groep van Integrale GGZ-partijen gedeeld worden door vier regio's, indien in al deze regio's het transformatieplan MGN wordt gehonoreerd. Dit betreffen de regio's: Rijk van Nijmegen, Rivierenland, Centraal Gelderland en Gelderse Vallei.

De kosten zijn opgebouwd uit de volgende componenten:

- Kosten voor deelname aan een regionaal dataplatform. Voor de functies zoals gedefinieerd in het Transitieplan Landelijk Dekkend Netwerk (20 februari 2025); data-integratie, data-conformiteit en data-ontsluiting, implementatie van generieke functies, afsprakenstelsels en informatiestandaarden.
- Kosten die per deelnemende organisatie gemaakt moeten worden om aan te sluiten op het regionaal dataplatform, invulling te geven aan de generieke functies, te voldoen aan de afsprakenstelsels en informatiestandaarden.
- Kosten die gemaakt moeten worden om daarnaast invulling te geven aan de specifieke toepassing / use-case.
- Kosten die gemaakt worden om met eenvoudige middelen in pilot setting te leren en ervaring op te doen.

Deze kosten zijn in de businesscase opgenomen als éénmalige kosten, onder investering in 'Deelname aan regionaal digitaal platform gegevensdeling' en 'Implementatie MSP'.

2.11. Leren en ontwikkelen tijdens de transitie

We investeren in de training en coaching van professionals die deelnemen aan de transitie-activiteiten van het MGN. We bedden deze leeractiviteiten in een leerstructuur die we organiseren in de regio Gelderland Zuid. Dit is een samenwerking van het Rijk van Nijmegen en Rivierenland. We scheppen de randvoorwaarden voor de verandering in werkwijze, houding en gedrag. Onze veranderopgave (ons Mentale Gezondheidsnetwerk) vraagt in de praktijk om actief leren en ontwikkelen. Om de verandering in de praktijk ook duurzaam te maken, investeren we in het doorleven van de visie en handelingskader op netwerkzorg, positieve gezondheid en herstelgericht werken, het ontwikkelen van een nieuwe professionele identiteit als

netwerkprofessional, het ontwikkelen van vertrouwen in elkaar en de samenwerking vanuit meervoudig perspectief. En daarnaast in het vergroten van digitale vaardigheden als geïntegreerd onderdeel van de professionele identiteit van medewerkers. Speciale aandacht gaat hierbij uit naar benutten van de kennis en vaardigheden van jonge professionals.

De bestaande Samenwerkplaats met bijbehorende leercoalities is onlosmakelijk verbonden met het scholings- en cultuurprogramma. We werken samen met de kennisinstellingen uit de regio, zoals de afdelingen leren & ontwikkelen van betrokken organisaties (bijv. Pro Persona Academie), Radboud Universiteit, hogeschool (HAN), middelbaar beroepsonderwijs (ROC-Nijmegen), brancheverenigingen (NGGZ, MIND, WZW) en kennisinstituten (bijv. de regionale ROS'en Proscop en Robuust, AKWA GGZ). Opleidingen voeden de werkpraktijken en juist die werkpraktijken voeden ook de opleidingen. Hierdoor wordt het ontwikkelen van leercoalities/leermodules beter toegespitst op wat in het werkveld nodig is en op wat er tijdens de transitie gebeurt. Dit is ook belangrijk omdat het verandertempo in de werkpraktijk, als de transitie versnelt, hoger ligt en het juist dan belangrijk is dat opleidingen dichterbij staan om het tempo te kunnen volgen.

In 2024 zijn we in de regio Gelderland-Zuid (regio Rivierenland en regio Rijk van Nijmegen) gestart met een Samenwerkplaats rond het thema mentale kwetsbaarheid en de verbinding tussen het zorg- en Sociaal Domein. Onder deze Samenwerkplaats zijn inmiddels de volgende leercoalities gestart en is een vierde in opstart: Netwerkgorg, Small Wins, Netwerkintake en Herstel & Peer Support. In deze leercoalities werken we met behulp van bijvoorbeeld actieleren aan het vernieuwen van de bestaande praktijk.

2.11.1. Leren en ontwikkelen als onderdeel van de transitie managementcyclus

1) Inzetten Samenwerkplaats/Leercoalities Sluitende Aanpak gedurende de looptijd van transitie

De financiering voor deze Samenwerkplaats/leercoalities is geborgd tot september 2027. De Samenwerkplaats breiden we uit en wordt verlengd, zodat leercoalities gedurende de hele looptijd van de transitie kunnen worden ingezet. De keuzes voor de invulling van nieuwe leercoalities ontwikkelen we incrementeel gedurende de transitie. Dit betekent dat we stapsgewijs de gewenste vernieuwing doorvoeren maar tegelijkertijd ook de dominante praktijken van de omgeving - die mee moeten veranderen - 'beetpakken' (zoals cultuur en organisatie). Expertise van transformatief leren - die aanwezig is in de Samenwerkplaats - wordt hierbij ingezet. De invulling van nieuwe leercoalities zal gebaseerd zijn op wat de ontwikkelingen op de verschillende onderdelen helpt versterken of versnellen. Zo dragen we zorg voor ruimte voor vernieuwing en voor duurzame verandering in praktijk en beleid. We denken nu bijvoorbeeld aan de volgende onderwerpen: een leercoalitie Verkennend Gesprek, het opzetten van en ondersteunen bij ontwerpsessies en het begeleiden van teams in de opstartfase van een nieuwe werkwijze.

2) Jonge professionals

De nieuwe generatie professionals brengt nieuwe perspectieven op (de uitvoering van) zorg en ondersteuning en heeft vanuit hun opleiding vaak al kennis en vaardigheden meegekregen die van belang zijn voor de transitie. In alle onderdelen van de transitie willen wij nadrukkelijk jonge professionals betrekken. Concreet laten we jaarlijks een groep jonge professionals deelnemen aan een 'young leadership-programma' van waaruit zij aan de slag gaan met transitievraagstukken. Tijdens en aansluitend op dit 'young leadership-programma' vormen de deelnemers een klankbordgroep die gedurende de hele transitie kritisch meedenkt en reflecteert op ontwikkelingen en voortgang.

2.11.2. Cultuur- en Scholingsprogramma

Vanuit de eigen organisaties en beschikbare reguliere of te verwerven scholingsbudgetten zullen we inzetten op zoveel mogelijk regionale samenwerking om het volgende programma te realiseren.

1) Ontwikkelen en inzetten leermodules MGN

We willen voor onze regio leermodules ontwikkelen die ingezet kunnen worden voor het (bij)scholen van onze medewerkers. We richten ons hierbij op zowel werkzame professionals als aankomende professionals (studenten). Het opzetten van deze leermodules is een samenwerking tussen o.a. afdelingen leren & ontwikkelen van betrokken organisaties, de Radboud Universiteit, hogescholen, middelbaar beroepsonderwijs, brancheverenigingen en kennisinstituten.

Wij denken hierbij aan de volgende modules en programma's (gedurende de transitie willen we ruimte behouden om te doen wat nodig is en aangepaste of aanvullende leermodules ontwikkelen):

- Module Gedeeld Leiderschap en Netwerkgang voor (midden)management;
- Module Interprofessionele samenwerking en Netwerkgang voor (sociaal-psychiatrisch) verpleegkundigen;
- Module Netwerkgang, etc. etc.

Deze modules sluiten aan op ontwikkelingen die in onze regio al in gang zijn gezet, bijvoorbeeld de actualisatie van het competentieprofiel voor (midden-)managers in de zorg of de leercoalitie netwerkgang.

Kern van de opzet is dat modules in een samengestelde groep van deelnemers uit het netwerk worden gevolgd. Deze deelnemers zijn de zgn. 'sleutelfiguren' in hun organisatie (per thema wordt bekeken wie dat zijn). Dat wil zeggen dat mensen uit verschillende organisaties bij elkaar worden gebracht. Zo ontwikkelen ze – cross over – naast hun individuele vaardigheden ook interprofessionele samenwerking en een regionaal netwerk.

2) Scholingsprogramma Digitalisering

De digitale vaardigheid onder zorgprofessionals varieert sterk. Verschillende kenniscentra, waaronder Vilans hebben onderzoek gedaan naar de digitale vaardigheid onder zorgprofessionals. Hieruit kwamen verschillende persona's, ook wel digitypes, naar voren: 1. De analoge idealist, 2. De aarzelende technologiegebruiker, 3. De digivaardige professional en 4. De digitale enthousiasteling.

In het MGN willen we met behulp van dergelijke gevalideerde digitypes de toepassing van technologie laten aansluiten bij het niveau, de leerstijl en het voorkeursgedrag van de professionals (inclusief peers en ervaringsdeskundigen). De aanpak bestaat uit vier pijlers:

1. Digitale vaardigheden (digitype) in kaart brengen van professionals werkzaam in het MGN.
2. Strategieën bepalen vanuit het MGN en de individuele organisaties t.a.v.:
 - Het aanpassen van de communicatiestrategie om zorgprofessionals met verschillende digitale vaardigheden te bereiken;
 - Rekening houden met de verschillende digitale vaardigheden van zorgprofessionals bij de implementatie van digitale middelen in het MGN;
 - Het trainings- en scholingsaanbod toespitsen op professionals met verschillende digitypes.
3. Aanbod van deelnemende partijen beschikbaar voor elkaar maken en eventueel aanvullen met modules uit sectoren, zoals ziekenhuizen, langdurige zorg en VVT.
4. Alle deelnemende organisaties nemen digitale vaardigheden op in hun medewerkersprofiel en operationaliseren dit in o.a. hun werving en selectie, jaargesprekken en individuele scholingsplannen.

3) Inbedding uitgangspunten Positieve Gezondheid

De uitgangspunten van positieve gezondheid worden door alle partijen onderschreven. De wijze waarop organisaties deze uitgangspunten borgen en inbedden in hun organisatie, werkwijze en scholing van professionals, verschilt per domein. In de transitie willen we extra aandacht besteden aan het borgen van de uitgangspunten van positieve gezondheid in de behandel-GGZ (psychiatrie en verslavingszorg) en de verbinding tussen behandel-GGZ en maatschappelijke GGZ (RIBW) vanuit positieve gezondheid. In

samenwerking tussen de afdelingen beleid, leren en ontwikkelen, zorgprofessionals uit de wijk en poli(klinieken) van IrisZorg, Pro Persona en RIBW-Nijmegen-Rivierenland starten wij met de ontwikkeling van een handreiking positieve gezondheid. Deze handreiking vormt de basis voor de afstemming van het gezamenlijk zorg- en herstelaanbod.

2.12. Regionale doelstelling en monitoring vanuit NOEL¹⁴

Dit transformatieplan is onderdeel van het regioplan dat valt onder coördinatie van het bestuurlijk overleg Nijmegen op één Lijn (NOEL). De regio staat voor de uitdaging hoe de komende jaren de toegankelijkheid van welzijn en zorg te borgen, in de wetenschap van een stijgende zorgvraag en een krappe arbeidsmarkt. Om deze opgaven aan te pakken werkt de regio vanuit de gezamenlijke visie:

*Wij dragen bij aan ieders gezondheid,
door samen slim te werken aan sterkere zorg en welzijn.*

Kwantitatieve duiding van een set van indicatoren helpt om de regionale opgaven/knelpunten in beeld te brengen en te houden.

Deze KPI's zijn een indicatie voor wat er op populatieniveau gebeurt. Het causale verband met de activiteiten van het Mentale gezondheidsnetwerk zal niet direct aan te tonen zijn, daarom stellen we een zorgvuldig portfolio samen van strategieën en interventies waarbij we steeds zoeken naar de volgende stap en actief blijven leren en evalueren wat wel en niet werkt. We werken daarbij informatiegedreven (tellen en vertellen), monitoren onze eigen proces-KPI's (inspanningen en resultaten), we sturen op impact en durven ook te stoppen met initiatieven als de toegevoegde waarde op de gestelde doelen beperkt blijkt. Uitwerking van de KPI's voor activiteiten binnen het MGN zijn terug te vinden in de businesscase en mijlpalenplanning.

De monitoring vindt op verschillende niveaus plaats. De projectorganisatie registreert en rapporteert op basis daarvan aan de stuurgroep. De stuurgroep bespreekt de rapportage en de opvolging van eventuele maatregelen.

Naast het voorliggend transformatieplan vinden er diverse initiatieven plaats in een brede beweging om de zorg toegankelijk, kwalitatief en betaalbaar te houden. Deze initiatieven kunnen invloed hebben op de inspanningen en resultaten van dit transformatieplan. Het is daarom van essentieel belang dat de inspanningen en resultaten van dit plan altijd worden gezien in de brede context van de totale zorgtransformatie in de regio. Dit vraagt om een integrale blik op alle lopende veranderingen en initiatieven.

Hiervoor geeft de stuurgroep opdracht om een voorstel uit te werken waarin:

1. Alle relevante regionale initiatieven in kaart worden gebracht;
2. De mogelijke impact van deze initiatieven op het transformatieplan wordt geanalyseerd;
3. Een systematiek wordt ontwikkeld om deze impact meetbaar te maken en structureel te monitoren.

Dit voorstel en de uitwerking ervan wordt ter besluitvorming aan de stuurgroep voorgelegd. Deze opdracht vormt mede een referentiekader voor het beoordelen van inspanningen en resultaten.

¹⁴ Bron: (Concept) Kwantitatieve monitor regioplan Rijk van Nijmegen v01042025.

2.12.1. Uitgangspunten van kwantitatieve monitoring

- Transitie is het middel, oplossen van regionale opgaven/knelpunten is het doel.
- Monitoring is een middel om de regionale opgaven/knelpunten in beeld te hebben en daarbij de voortgang van de transformatie te volgen.
- Monitoring draagt bij aan het goede gesprek: doen we nog het goede en doen we het goed genoeg? Waar kunnen/moeten we bijsturen? En monitoren helpt om te blijven leren. Monitoring draagt bij aan de PDCA-cyclus: iteratief, lerend en langdurig.
- Monitoring is een gezamenlijke, integrale opgave. Vanuit de regio wordt een werkgroep data geformeerd.
- We beginnen met een beperkte set aan bestaande/beschikbare data om het haalbaar, overzichtelijk en begrijpelijk te houden. We kunnen de dataset uitbouwen op basis van behoeften, meerwaarde en mogelijkheden.
- Vooralnog is het streven om eenmaal per twee jaar een dataset op te halen.
- We gaan niet aan de voorkant uit van KPI's. Vanuit het beeld dat met de data is opgehaald voeren we het gesprek en geven we met elkaar duiding aan het beeld. En daaropvolgend ook duiding aan het regioplan.

2.12.2. Indicatoren

De regionale opgaven zijn leidend voor de indicatoren die we in beeld brengen:

Regionale opgave	Indicator	Data en eigenaar data
Toegankelijkheid welzijn en zorg	<ul style="list-style-type: none"> - Wachttijden aanmelding tot consult/behandeling/opname (ha/msz/vvt/GGZ/welzijn) - Patientestops ha/msz - Wachtlijst GGZ (aantal wachtenden in de regio) - Afbuiging van multidisciplinaire GGZ naar monodisciplinaire GGZ, naar het Sociaal Domein 	<ul style="list-style-type: none"> - Vektis/zn - Ziekenhuizen/NEO Huisartsenzorg /vvt/welzijn - NEO Huisartsenzorg / CWZ / RUMC /iGGZ - GGZ-partijen
Arbeidsmarkt	<ul style="list-style-type: none"> - Personele tekorten - Instroom - uitstroom personeel - Medewerkerstevredenheid/ ziekteverzuim 	<ul style="list-style-type: none"> - Azw/wzw/czo - Regionale organisaties
Bijdragen aan de gezondheid van inwoners	Ervaren gezondheid specifiek voor: <ul style="list-style-type: none"> - Inwoners met een laag opleidingsniveau - Inwoners die moeite hebben om rond te komen - Ouderen 	Gezondheidsmonitor GGD

Deze KPI's zijn een indicatie voor wat er op populatieniveau gebeurt. Het causale verband met de activiteiten van het Mentale gezondheidsnetwerk zal niet direct aan te tonen zijn, daarom stellen we een zorgvuldig portfolio samen van strategieën en interventies waarbij we steeds zoeken naar de volgende stap en actief blijven leren en evalueren wat wel en niet werkt. We werken daarbij informatiedreven (tellen en

vertellen), monitoren ons eigen proces-KPI's (inspanningen en resultaten), we sturen op impact en durven ook te stoppen met initiatieven als de toegevoegde waarde op de gestelde doelen beperkt blijkt.

2.13. Impactanalyse inclusief duurzaamheid

Dit plan beoogt een substantiële impact op meerdere niveaus: inwoners, zorgprofessionals, partners en de samenleving als geheel. De kern van de impactanalyse is dat inwoners met hulpvragen sneller, passender en met minder medicalisering ondersteuning krijgen, doordat huisartsen, GGZ, sociaal domein en ervaringsdeskundigen integraal samenwerken. Dit leidt tot een afname van de wachttijden in de GGZ, een efficiëntere inzet van schaarse professionals en een betere benutting van het regionale aanbod. Dit vraagt ook om een transitie binnen het sociaal domein en de ontwikkeling van aanvullend, preventief aanbod, zoals peer support, laagdrempelige steunpunten en eHealth (basisonderdelen 1 en 3). Daarmee ontstaat een sluitend geheel van mogelijkheden, waardoor inwoners sneller toegang krijgen tot passende zorg en oplossingen zonder wachtlijsten voor nieuwe oplossingen zoals het verkennend gesprek of het domeinoverstijgend casuoverleg.

De verwachte kwalitatieve impact is dat inwoners meer eigen regie ervaren, sneller op de juiste plek terechtkomen en minder afhankelijk worden van formele zorg. Door de inzet van verkennende gesprekken, een regionaal transfermechanisme en domeinoverstijgend casuoverleg wordt versnippering tegengegaan en ontstaat er een samenhangend netwerk van formele en informele steunbronnen. Dit draagt bij aan duurzame mentale veerkracht, minder escalaties en een hogere participatie van inwoners met een psychische kwetsbaarheid in de samenleving.

Kwantitatief wordt gestuurd op het terugdringen van het aantal verwijzingen naar de GGZ, het verkorten van de wachttijden en het beter verdelen van het aantal benodigde FTE's. KPI's staan beschreven in de mijlpalenplanning.

Duurzaamheid is integraal onderdeel van de transformatie. Het plan zet in op het verminderen van de klimaat- en milieu-impact door digitalisering van processen, het stimuleren van hybride werken en het beperken van reisbewegingen. Daarnaast wordt verspilling van zorgcapaciteit voorkomen door preventie, tijdige ondersteuning en het bundelen van regionale initiatieven. De inzet op duurzame inzetbaarheid van professionals wordt geborgd door scholing, aandacht voor werkplezier en het versterken van regionale samenwerking.

Tot slot wordt expliciet gestuurd op het voorkomen van dubbele financiering en het waarborgen van eenmalige investeringen, zodat de ingezette veranderingen na afloop van de transformatieperiode structureel geborgd zijn binnen reguliere financieringsstromen.

3. Subsidieaanvraag voor de eenmalige veranderopgaven

- 3.1. Basisonderdeel 1 - Dichtbij huis (AZWA) (GEEN ONDERDEEL VAN DEZE IZA-AANVRAAG)

3.2. Basisonderdeel 2 - Verkennen van steunbronnen: de juiste zorg op tijd op de juiste plek (IZA)

	Verkennen van steunbronnen (algemeen)
Ambitie	<p>We streven ernaar dat inwoners met een hulpvraag tijdig worden geleid naar passende informele en formele steunbronnen op de juiste plek. Door het inzetten van vier samenhangende functies — het verkennend gesprek, een regionaal transfermechanisme, gezamenlijk wachttijdenbeheer en domeinoverstijgend casusoverleg — werken we aan een betere en snellere match tussen vraag en aanbod.</p> <p>We bouwen voort op de basis die is gelegd met de pilot CTP in Nijmegen/Arnhem, waarin deze vier functies hun waarde hebben bewezen. De opgedane ervaring biedt richting voor het opschalen of verplaatsen van structuur, techniek en kennis naar de rest van de regio Rijk van Nijmegen.</p> <p>Een belangrijke stap is het realiseren van een up-to-date digitale informatievoorziening over aanbod en wachttijden. Dit vormt een Mentaal Schakelpunt waarin een aanbodmonitor zicht heeft op het actuele aanbod in het sociaal domein en de GGZ in de regio, inclusief wachttijden. Door vraagverheldering en advies wordt de juiste hulp en zorg op de juiste plek geregeld.</p>
Verwachte impact 2030	<p>Meer mensen maken gebruik van informele hulp uit het eigen netwerk, eHealth, zelfhulpmodules, peer-support, hulp uit het Sociaal Domein (ondersteund door GGZ in het Netwerk) in plaats van GGZ-behandeling. Door samen te werken ontstaat kennisoverdracht tussen huisartsen, het Sociaal Domein en de GGZ waardoor de cliëntreis geoptimaliseerd wordt ('niet meerdere keren hetzelfde verhaal') en versnippering wordt tegengegaan. Naast de hieronder geschetste effecten verwachten we ook een tweede order leereffect van het wachttijdenbeheer, door gezamenlijk te monitoren kunnen we ook het regionale aanbod beter afstemmen op de veranderende vraag.</p> <p>Onderstaande afbuigingspercentages vertegenwoordigen onze ambitie – de stip op de horizon – waar we als regio naartoe willen groeien. De KPI's in de business case daarentegen zijn gebaseerd op minimale doelstellingen: het fundament dat we in elk geval willen realiseren. Daarom corresponderen de percentages niet volledig. We streven ernaar om de KPI's te overtreffen en dichterbij onze ambitie te komen. Het is van essentieel belang dat de inspannings- en resultaat-KPI's van dit transformatieplan altijd worden gezien in de brede context van de totale zorgtransformatie in de regio.</p> <p>Afbuiging ná VG, minder cliënten behandeld in de GGZ (circa 20% cliënten komen in aanmerking voor een VG):</p> <p>2026:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Verwijzing naar VG van het aantal SGGZ verwijzingen van de huisarts (op basis van nulmeting): 10% • Doorleiding na VG naar andere steunbronnen: 15% • Ambitie afbuiging van GGZ: 25% <p>2027:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Verwijzing naar VG van het aantal SGGZ verwijzingen van de huisarts (op basis van nulmeting): 15% • Doorleiding na VG naar andere steunbronnen: 20% • Ambitie afbuiging van GGZ: 27,5%

	<p>2028:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Verwijzing naar VG van het aantal SGGZ verwijzingen van de huisarts (op basis van nulmeting): 20% • Doorleiding na VG naar andere steunbronnen: 25% • Ambitie afbuiging van GGZ: 30% <p>2029:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Verwijzing naar VG van het aantal SGGZ verwijzingen van de huisarts (op basis van nulmeting): 20% • Doorleiding na VG naar andere steunbronnen: 25% • Ambitie afbuiging van GGZ: 32,5% <p>2030:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Verwijzing naar VG van het aantal SGGZ verwijzingen van de huisarts (op basis van nulmeting): 20% • Doorleiding na VG naar andere steunbronnen: 25% • Ambitie afbuiging van GGZ: 34% <p>Gemiddelde reductie van cliënten op wachtlijst. Daling van de wachtlijst is de volgende (rekening houdend met een jaarlijkse toename van instroom):</p> <ul style="list-style-type: none"> • 2026 = 10% t.o.v. nulmeting 1 april 2025 • 2027 = 15% t.o.v. nulmeting 1 april 2025 • 2028 = 20% t.o.v. nulmeting 1 april 2025¹⁵ • 2029 = 20% t.o.v. nulmeting 1 april 2025 • 2030 = 20% t.o.v. nulmeting 1 april 2025
Veranderopgave	<p>Dit onderdeel vormt de kern van de subsidieaanvraag en omvat vier functies:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Verkennend gesprek 2. Transfermechanisme 3. Regionaal beheer van GGZ-aanbod en wachttijden 4. Domeinoverstijgend casuoverleg <p>De veranderopgave hier is het realiseren van een gezamenlijke toegangspoort tot zorg en ondersteuning, met als doel:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Minder onnodige GGZ-verwijzingen • Kortere trajecten • Betere inzet van informele steun en sociaal domein

¹⁵ Zie business case KPI's voor financiële en maatschappelijke impact.

Veranderbewe- ging

In dit transitieplan verstaan we onder de veranderbeweging een fundamentele en systemische verandering van het zorgstelsel. Deze verandering is noodzakelijk om de mentale gezondheid van inwoners te verbeteren en de vraag naar formele GGZ te verminderen. De kern van deze transitie ligt in het verschuiven van een ziektegerichte benadering naar een benadering die positieve gezondheid centraal stelt. Dit vraagt om een derde orde verandering, waarbij het zorgstelsel zelf fundamenteel verandert.

Cruciale elementen in deze veranderbeweging zijn:

1. **Netwerksamenwerking:** Het opbouwen van een domeinoverstijgend netwerk tussen GGZ, huisartsen/POH en het Sociaal Domein is essentieel. Dit netwerk moet gebaseerd zijn op gedeeld leiderschap en horizontale sturing, waarbij alle betrokken partijen verantwoordelijkheid nemen en samenwerken om de zorg toegankelijk en betaalbaar te houden.
2. **Digitalisering:** Digitalisering speelt een belangrijke rol in het ondersteunen van de vier functies van het Mentale Gezondheidsnetwerk. Dit omvat onder andere het gebruik van dashboards voor wachttijden, het portaal Mental Health Verbindt, veilige gegevensdeling en beeldbellen, en de inzet van AI om administratieve lasten te verlagen.
3. **Leren en Ontwikkelen:** Om de transitie duurzaam te maken, wordt geïnvesteerd in training en coaching van professionals via leercoalities en een Samenwerkplaats. Dit ondersteunt het ontwikkelen van nieuwe professionele identiteiten, gedeeld leiderschap, netwerkzorg en digitale vaardigheden. Speciale aandacht is er voor jonge professionals en het vergroten van digitale vaardigheden.
4. **Monitoring en Evaluatie:** Er wordt gewerkt met een logic model en een monitoringsysteem om de impact van de transitie te meten op korte, middellange en lange termijn. Dit omvat onder andere de afname van de GGZ-vraag, kortere wachttijden en een hogere ervaren mentale gezondheid.

Door deze elementen te integreren, streven we naar een duurzaam, toegankelijk en effectief netwerk dat aansluit bij de behoeften van inwoners en professionals. Dit transitieplan biedt een routekaart voor de fundamentele verandering van het zorgstelsel, met als doel een betere mentale gezondheid voor iedereen.

Transitie curve	Opbouw ->		Voortbouw ->		
	2026	2027	2028	2029	2030
Verkennd Gesprek	Experimenteren & leren	Verbreden	Institutionaliseren	Stabiliseren	
Transfermechanisme (regionale logistiek m.b.t. aanbod en wachttijden)	Experimenteren & leren	Verbreden	Institutionaliseren	Stabiliseren	
Informatievoorziening GGZ- aanbod en wachttijden	Experimenteren & leren	Verbreden	Institutionaliseren	Stabiliseren	
Informatievoorziening Sociaal Domein aanbod	Experimenteren & leren	Verbreden	Institutionaliseren	Stabiliseren	
Domeinoverstijgend casuoverleg	Experimenteren & leren	Verbreden	Institutionaliseren	Stabiliseren	
Transitiecycclus en leerstructuur	Cyclus & leercoalitie VG verbinden	Evalueren, leren en bijsturen	Evalueren, leren en bijsturen	Evalueren, leren en bijsturen	Evalueren, leren en bijsturen
Digitalisering	Analyseren, ontwerpen, inrichten	Verbreden	Aansluiten op digitalisering NOEL	Aansluiten op digitalisering NOEL	Aansluiten op digitalisering NOEL

Functies	<p>Deze opgave wordt geconcretiseerd in basisonderdeel 2: Verkennen van Steunbronnen, dat vier functies omvat:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Verkennend gesprek 2. Transfermechanisme 3. Domeinoverstijgend casuoverleg 4. Regionaal beheer van GGZ-aanbod en wachttijden via het Mentaal Schakelpunt en Mental Health Verbindt 				
Logic model	<p>Output</p>	<p>Outcome Korte Termijn</p>	<p>Outcome Middellange Termijn</p>	<p>Outcome Lange Termijn</p>	<p>Impact IZA- doelstellingen 2030</p>
1. Verkennend gesprek	Bredere kijken en meer regie inwoner	Minder vraag multidisciplinaire GGZ, Korter hulpverleningstraject	Lagere wachttijd, Lagere werkdruk GGZ	Lagere wachttijden Minder krapte arbeidsmarkt	
2. Transfermechanisme	Efficiëntere verwijzing naar informele en formele steunbronnen	First time right, Lagere werkdruk huisarts/ POH	Juiste zorg op de juiste plek		Hogere ervaren mentale gezondheid
3. Domeinoverstijgend casuoverleg (incl. digitale gegevensbeschikbaarheid)	Eén samenhangende plan vanuit netwerkzorg en steun rondom	Minder versnippering, Korter hulpverleningstraject, Lagere kosten GGZ	Lagere wachttijd, Minder vraag S-GGZ, Hogere clienttevredenheid	Lagere zorgkosten	
4. Aanbod en wachttijden-beheer GGZ (integratie dashboard en Mental Health Verbindt: regionaal portaal inwoners, 0 ^{de} , 1 ^{ste} , 2 ^{de} lijn)	Ontdubbeling wachttijden	Lagere wachttijd, Minder psychisch lijden/ verslechtering	Minder vraag S-GGZ door minder verslechtering in wachttijd Hogere clienttevredenheid		

Stakeholders	Alle betrokken partijen; zie pagina 3 ¹⁶ .
Digitalisering	Om besparingen op personele inzet en de vier functies van <i>Verkennen van steunbronnen</i> te realiseren zullen de betrokken partijen hun basis ICT/IV moeten borgen en afstemmen. Daarnaast zullen er specifieke voorzieningen worden ontwikkeld voor de (gezamenlijke) ondersteuning van centraal georganiseerde onderdelen: zoals gegevensbeschikbaarheid, veilig beeldbellen, veilig mailverkeer, dashboard wachttijden, het portaal Mental Health Verbindt en de benutting van AI om administratieve werkdruk te minimaliseren. De functies van het <i>Verkennen van steunbronnen</i> zijn in eerste instantie ingesteld op het juist adresseren van verwijzingen vanuit de huisarts naar GGZ en/of het Sociaal Domein vanuit VIPLive. De samenwerking binnen de functies van <i>Dichtbij huis</i> en <i>Steun rondom</i> kan in eerste instantie worden ondersteund vanuit het huidige registratiesysteem WijkGGZ.
Leren en ontwikkelen in transitie	In lijn met de pilot CTP worden de clientreizen gemonitord en zullen we halfjaarlijks evalueren wat de cijfers ons vertellen over het functioneren van de functies verkennend gesprek en het transfermechanisme. We willen een eenvoudige monitor laten ontwerpen onder regie van de afdeling Research van Pro Persona in samenwerking met bijvoorbeeld de Academische Werkplaats Eerste Lijns Geneeskunde (o.l.v. Prof. H. Schers) om vanuit de verwijzerskant (HIS) het aantal verwijzingen naar een verkennend gesprek te kunnen monitoren en de afbuigingen naar verschillende steunbronnen. Dit doen we in samenhang met de Samenwerkplaats en de op te richten leercoalitie Verkennend Gesprek, en relateren we aan de 2-jaarlijkse monitor van NOEL.
Organisatorische randvoorwaarden	<p>De pilot CTP is geëvalueerd. Op dit moment wordt een verdiepende analyse uitgevoerd hoe het verkennend gesprek het beste gepositioneerd kan worden in het MGN. De leercoalitie Verkennend Gesprek levert daarnaast een inhoudelijke bijdrage aan de invulling van het VG. Daarnaast moet een aantal organisatorische randvoorwaarden uitgewerkt worden in voorbereiding op de daadwerkelijke implementatie van de vier functies. Hierbij valt te denken aan:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ICT en data Security: beveiligde gegevensdeling, beveiligd beeldbellen, beveiligd e-mailverkeer. • Communicatie: digitale informatiekkanalen en foldermateriaal. • Organisatie: governance, organisatievorm, samenwerkingsovereenkomsten, werkprocessen (aanvraag VG via VIPLive, eenduidige wachtlijstinformatie etc.). • Personeel: HR-voorwaarden, trainingspool van professionals (ervaringsdeskundigen, POH's, GGZ-professionals en Sociaal Domein-professionals). • Administratieve organisatie: registratiesystemen voor declaratie e.d. • Financiën: contractering inkoop VG bij zorgverzekeraars en gemeenten, businessplan.

¹⁶ Gemeente Nijmegen is mandaatgemeente voor de regio Rijk van Nijmegen. Uiterlijk 16-12-2025 is via een collegebesluit de uitrol van het MGN en bijbehorend transformatieplan binnen de overige zes gemeenten, namelijk gemeente Berg en Dal, gemeente Beuningen, gemeente Druten, gemeente Heumen, gemeente Mook en Middelaar en gemeente Wijchen in de regio vastgelegd. Uiterlijk in het tweede kwartaal van 2026 wordt in de stuurgroep van het MGN een aangepaste mijlpalenplanning vastgesteld aangevuld met de zes gemeenten en bijbehorende sociaal domein aanbieders.

	<ul style="list-style-type: none"> • ICT/Informatievoorziening: dashboard met eenduidig actueel inzicht in wachttijden, digitaal beschikbaar maken van evidence-based E-health modules, zelfhulptools, webinars, peer support communities (Mental Health Verbindt), VIPLive, aansluiting op regionale ontwikkelingen digitale gegevensbeschikbaarheid en AI benutten voor de uitwerking van het advies uit een verkennend gesprek aan de huisartsen (op dit moment vraagt 60 minuten verkennend gesprek , 30 minuten administratie, dit willen we gaan beperken). • Juridische borging: bijv. van de behandelverantwoordelijkheid, verantwoordelijkheden/ taakverdeling bij verwijzing, klachtregelingen en doorzettingsmacht. • Technische aspecten: hardware, ICT-systemen afstemmen, licentiekosten. • Huisvesting: afspraken over huren van locaties voor uitvoering VG's etc. <p>Daarnaast wordt voor de implementatieperiode een Transitie management Cyclus ingericht ondersteund door de leerstructuur van de bestaande Samenwerkplaats, die met ZonMw-subsidie is gefinancierd tot 2027.</p>
<p>Projectorganisatie</p>	<p>Om de activiteiten te realiseren gaan we aan de slag met een domeinoverstijgende projectorganisatie:</p> <p>Projectgroep</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bestaat uit de leden van de regionale transfer- en casuïstiektafel. • Alle domeinen vertegenwoordigd. • Komt tweewekelijks bijeen om planning en voortgang van de projectactiviteiten te verdelen en te bewaken. <p>Werkgroepen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Worden ingericht vanuit de projectgroep voor specifieke activiteiten en vraagstukken. • Bestaan uit professionals en ervaringsdeskundigen. • Hebben als doel: uitwerken van vraagstukken en realiseren van activiteiten. <p>Klankbordgroep</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bestaat uit inwoners en ervaringsdeskundigen. • Geeft gevraagd en ongevraagd advies over oplossingsrichtingen. <p>Ondersteuning</p> <ul style="list-style-type: none"> • De projectgroep wordt gefaciliteerd door een projectmanager. • Beleidsmedewerker/secretaris IGGZ-overlegstructuur. • Projectmanager kan expertise inzetten vanuit alle betrokken organisaties op onderwerpen zoals: <ul style="list-style-type: none"> ○ Financiën ○ ICT/IV ○ Juridische zaken ○ Facilitaire ondersteuning ○ Inkoop ○ Administratieve procesinrichting ○ Communicatie

Algemene Mijlpalen			2026	2027	2028
	Inspanning	Het transformatieplan MGN Nijmegen is positief beoordeeld door de zorgverzekeraars	Q1		
	Inspanning	Samenwerkingsovereenkomst getekend door alle betrokken partijen met onderliggend visiedocument en procestekening werkwijze transfer- en casuïstiektafel	Q1		
	Inspanning	De programmaorganisatie is ingericht waarbij een realisatieplan is opgesteld en governancestructuur is opgezet.	Q1		
	Inspanning	Transitiemanagement Cyclus is ingericht, ondersteund door de leerstructuur van de bestaande Samenwerkplaats.	Q4		
	Inspanning	Programmaorganisatie is ingericht en eind 2026 worden realisatieplan en governancestructuur geëvalueerd en waar nodig aangepast.	Q4		
	Inspanning	Evaluatie van de programmaorganisatie in 2 ^e jaar om te beoordelen of minimaal 80% van de activiteiten uit het realisatieplan is uitgevoerd.		Q4	
	Inspanning	Evaluatie van de programmaorganisatie in 3 ^e jaar om te beoordelen of minimaal 80% van de activiteiten uit het realisatieplan is uitgevoerd.			Q4
	Inspanning	Leercyclus rond het MGN is gerealiseerd, waarbij minimaal 12 intervisie- of leercoalitiebijeenkomsten zijn georganiseerd en gedocumenteerd, met deelname minimaal 200 unieke professionals van alle domeinen (GGZ, sociaal domein, huisartsen) gedurende de gehele leercyclus.			Q4
	Inspanning	Samenwerkingsafspraken mbt aanleveren cijfers voor regionale data om het regiobeeld duidelijk te krijgen.			Q4

Onderdeel functie 1	Verkennend gesprek
Wat is er al?	Projectleider is aangesteld: Definition of done: 'wat is er klaar als de opdracht klaar is' • 1) Ontwerpfase: ontwerp voor een verkennend gesprek in de regio Nijmegen wat gedragen is door alle belangrijke netwerkpartijen • 2) Voorbereidingsfase: concreet uitgewerkt implementatieplan voor het verkennend gesprek • 3) Verkenningfase (in de praktijk) – NB: Fase 3 loopt parallel aan fase 1 en 2.
Doelgroep	<ul style="list-style-type: none"> • Mensen die baat hebben bij een brede screening van hun hulpvraag, waarbij gekeken wordt naar informele steun, sociaal domein, zelfhulpmodules, peer support en GGZ-zorg • inwoners met hulpvraag waarbij de huisarts of POH niet direct weet waar inwoner terecht moet komen.
Doelstelling	<p>Het verkennend gesprek wordt gedragen door zowel huisartsen/POH's, GGZ als het sociaal domein. Het sociaal domein is mede-eigenaar van het proces en neemt actief deel aan de governance, uitvoering en monitoring.</p> <p>Doelstelling verkennend gesprek:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inzicht krijgen in de hulpvraag en context • Handvatten bieden om het mentale evenwicht te hervinden • Passende zorg/ondersteuning op het juiste moment en de juiste plek organiseren <p>Het is belangrijk dat de doelstelling in het plan aansluit bij deze uitgangspunten en het kader van het Mentale Gezondheidsnetwerk (MGN). Dit betekent: focus op herstel, regie bij de burger, en samenwerking tussen domeinen</p> <p>Afbugingspercentage: Voor de opschaling is gekozen voor een realistisch stijgend percentage van 25% in 2026, 27,5% in 2027, 30% in 2028, 32,5% in 2029 tot 34% in 2030 dat rekening houdt met:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Afname van enthousiasme buiten de koplopersgroep; • Leercurve bij nieuwe professionals en praktijken; • Opbouw van een nieuw team dat nog in ontwikkeling is; • Versterking via digitale interventies zoals het Mentaal Schakelpunt en zelfhulpmodules. <p>Deze afbugingspercentages vertegenwoordigen onze ambitie – de stip op de horizon – waar we als regio naartoe willen groeien. De KPI's in de business case daarentegen zijn gebaseerd op minimale doelstellingen: het fundament dat we in elk geval willen realiseren. Daarom corresponderen de percentages niet volledig. We streven ernaar om de KPI's te overtreffen en dichterbij onze ambitie te komen. Het is van essentieel belang dat de inspannings- en resultaat-KPI's van dit transformatieplan altijd worden gezien in de brede context van de totale zorgtransformatie in de regio.</p>
IZA doelstelling	<p>Minder zorggebruik in de Zorgverzekeringswet:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Afname van de GGZ-wachttijden • Minder inzet van GGZ (zowel monodisciplinair als multidisciplinair)

	<p>Regionaal herverdelingsvraagstuk:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Juiste zorg op tijd op de juiste plek (informele steunbronnen, Sociaal Domein, GGZ) <p>De inzet van personeel:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Afname werkdruk huisartsen/POH/GGZ-professionals • Minder inzet FTE GGZ-professionals <p>Maatschappelijke baten:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Meer behoud van participatie van mensen met een psychische hulpvraag aan vrijwilligerswerk, dagbesteding en/of arbeid, doordat ze beter en sneller verder geholpen worden.
<p>Uitdaging/probleemstelling</p>	<p>De implementatie van het verkennend gesprek kent meerdere strategische en operationele uitdagingen die in het transformatieplan moeten worden geadresseerd:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Werving van professionals voor het voeren van verkennende gesprekken <ul style="list-style-type: none"> • In plaats van een vaste organisatie wordt gewerkt met een netwerk van professionals uit de 0^{de}, 1^{ste} en 2^{de} lijn. Dit vraagt om een innovatieve benadering van werving, training en borging van kwaliteit. • Er is behoefte aan een opbouwplan voor het gefaseerd uitbreiden van deze pool, afgestemd op de verwachte vraag en complexiteit van casuïstiek. 2. Logistieke en digitale randvoorwaarden <ul style="list-style-type: none"> • De inrichting van logistiek, informatie-uitwisseling en ICT/privacy vraagt om zorgvuldige afstemming tussen betrokken partijen (huisartsen, gemeenten, GGZ, welzijn). • Lessen uit eerdere trajecten zoals het CTP Arnhem/Nijmegen moeten worden meegenomen om fouten te voorkomen en de digitale infrastructuur toekomstbestendig te maken. 3. Gefaseerde opschaling en lerende aanpak <ul style="list-style-type: none"> • Klein beginnen is essentieel om werkbare afspraken te maken, fouten vroegtijdig te signaleren en bij te sturen. • De leercyclus moet expliciet worden ingericht, met monitoring op aantallen, wachttijdreductie, tevredenheid en effectiviteit van afbuiging naar passende steunbronnen. 4. Samenwerking en positionering binnen het medisch en sociaal domein <ul style="list-style-type: none"> • De grootste toestroom naar de GGZ verloopt via huisartsen. Het verkennend gesprek moet daarom stevig geïncorporeerd worden binnen de huisartspraktijken, met duidelijke routing en rolverdeling. • Deelname van het sociaal domein aan gesprekken die via huisartsen binnenkomen vereist heldere afspraken over timing, verantwoordelijkheden en financiering.

Activiteiten met fase-ring	Gefaseerde implementatie van het Verkennend Gesprek in Rijk van Nijmegen				
	De functie verkennend gesprek (VG) wordt gefaseerd geïmplementeerd.				
	<ul style="list-style-type: none"> Een pool van professionals (0^{de}, 1^{ste} en 2^{de} lijn) die getraind zijn in het voeren van verkennende gesprekken wordt opgezet en gefaseerd uitgebreid. Afspraken gemaakt worden over de financiering van het verkennend gesprek. 				
	Fase	Omschrijving	Jaartal		
	Fase 0	Het MGN wil in de periode van Q4 2025 de governance en het programmateam inrichten. Er wordt vastgesteld welk aandeel het sociaal domein levert aan de verkennende gesprekken.	2025		
	Fase 1	We brengen de meest essentiële organisatorische randvoorwaarden op orde en trainen een eerste pool professionals. Afhankelijk van de snelheid waarmee de pool kunnen laten groeien, kunnen we de werkwijze implementeren. Hiervoor zal een opbouwplan worden gemaakt. Intussen bouwen we verder aan de organisatorische randvoorwaarden, met name de digitale randvoorwaarden (zie aparte beschrijving hieronder).	2026		
Fase 2	Alle huisartsenpraktijken werken zich in de werkwijze om te kunnen verwijzen naar het verkennend gesprek. In eerste instantie zal de mogelijkheid tot verwijzing worden beperkt (bijv. tot complexe casuïstiek), zodat de eerste pool professionals de vraag naar verkennende gesprekken binnen de gestelde termijn kan waarmaken. Deelname van het sociaal domein aan het verkennend gesprek vindt plaats bij de casuïstiek die via de huisartsen wordt ingebracht.	2027			
Fase 3	Gefaseerd kunnen de huisartsenpraktijken ook bij minder complexe vragen starten met verwijzen naar het verkennend gesprek. Afhankelijk van het succes van de afbuiging zal worden geëxperimenteerd met bredere verwijzing of juist smallere verwijzingen naar het verkennend gesprek. Ook zullen we hierbij ontwikkelingen in andere regio's nauw volgen.	2028			
Mijlpalen van het verkennend gesprek¹⁷			2026	2027	2028
	Inspanning	Uitvoeren van een nulmeting van het aantal verwijzingen van de Huisarts naar de GGZ over het jaar 2024. Het resultaat van de nulmeting wordt voorgelegd aan de stuurgroep.	Q2		
	Resultaat	Van het aantal SGGZ verwijzingen op basis van nulmeting 2024 van de Huisarts heeft minimaal 10% een Verkennend gesprek gehad in 2026.	Q4		

¹⁷ Zie business case KPI's voor financiële en maatschappelijke impact.

	Resultaat	Minimaal 15 % van het aantal mensen dat in 2026 een verkennend gesprek heeft gevoerd, wordt doorgeleid naar andere steunbronnen waaronder het sociaal domein of omgebogen naar monodisciplinaire ggz.	Q4		
	Resultaat	Van het aantal SGGZ verwijzingen op basis van nulmeting 2024 van de Huisarts heeft minimaal 15% een Verkennend gesprek gehad in 2027.		Q4	
	Resultaat	Minimaal 20 % van het aantal mensen dat in 2027 een verkennend gesprek heeft gevoerd, wordt doorgeleid naar andere steunbronnen waaronder het sociaal domein of omgebogen naar monodisciplinaire ggz.		Q4	
	Resultaat	Van het aantal SGGZ verwijzingen op basis van nulmeting 2024 van de Huisarts heeft minimaal 20% een Verkennend gesprek gehad in 2028.			Q4
	Resultaat	Minimaal 25 % van het aantal mensen dat in 2028 een verkennend gesprek heeft gevoerd, wordt doorgeleid naar andere steunbronnen waaronder het sociaal domein of omgebogen naar monodisciplinaire ggz.			Q4
	Inspanning	Monitoring van de afbuiging, vorm is nader te onderzoeken en bepalen.			Q4

Onderdeel functie 2+3	Transfermechanisme en domeinoverstijgend casusoverleg
Wat is er al?	<p>In de regio is al veel aanwezig op het gebied van domeinoverstijgend casusoverleg, waaronder initiatieven zoals de transfertafel en het transfermechanisme van vrijgevestigden. Deze overlegvormen dragen bij aan betere afstemming en samenwerking tussen partijen uit verschillende domeinen, zoals het sociaal domein, de huisartsenzorg en de GGZ.</p> <p>In de regio vindt ongeveer maandelijks een transfertafel plaats, georganiseerd door Pro Persona. Aan deze tafel nemen vertegenwoordigers deel van vrijgevestigde professionals, kleine instellingen en grotere instellingen. Huisartsen en praktijkondersteuners (POH) brengen hier regelmatig multi-probleem casuïstiek in: complexe situaties waarbij meerdere partijen zich moeten willen verbinden om tot passende zorg en ondersteuning te komen. Ook brengen GGZ-vestigingen zelf casuïstiek in om de doorstroom te bevorderen en/of wordt er buiten de transfertafel om naar elkaar verwezen.</p>
Doelgroep	<ul style="list-style-type: none"> • Inwoners met psychische klachten die ondersteuning nodig hebben, maar waarbij nog niet duidelijk is of dit binnen het sociaal domein, de huisartsenzorg of de GGZ moet plaatsvinden. • Mensen met complexe problematiek op meerdere levensdomeinen (zoals werk, wonen, relaties, financiën), waarbij samenwerking tussen domeinen essentieel is. • Jongvolwassenen en volwassenen met verhoogde kwetsbaarheid, zoals eenzaamheid, stress, middelengebruik of ernstige psychiatrische aandoeningen (EPA).
Doelstelling	<p>Transfermechanisme:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Transparantie in zorgvraag Realiseren van inzicht in de aantallen en typen zorgvragers per aanbieder, zodat er een actueel en gedeeld overzicht is van de regionale zorgvraag. 2. Optimalisatie van doorstroom Gezamenlijk afstemmen van vraag en aanbod tussen aanbieders om daadwerkelijke doorstroom van cliënten te bevorderen en vertragingen te minimaliseren. 3. Efficiënt gebruik van wachtlijsten en systemen Ontdubbelen van wachtlijsten en het optimaal benutten van bestaande en toekomstige systemen (zoals MSP), om dubbelregistratie te voorkomen en efficiëntie te vergroten. 4. Urgentiegestuurde plaatsing Uitbreiden van het transfermechanisme met urgentie-indicatie, zodat cliënten met de grootste zorgnood prioriteit krijgen in de doorplaatsing. <p>Domeinoverstijgend overleg:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Versterken van samenwerking Integreren en doorontwikkelen van de bestaande transfer- en casuïstiektafel naar een domeinoverstijgend casusoverleg met een minder vrijblijvend karakter.

	<p>2. Gezamenlijke verantwoordelijkheid Versterken van de gezamenlijke verantwoordelijkheid van betrokken partijen voor de doorstroom van cliënten door het afspreken van bindende samenwerkingsafspraken.</p> <p>3. Gezamenlijke wachtlijst (Slim Verwijzen) Toewerken naar een gezamenlijke wachtlijst, waarin aanbieders afspraken maken over het overnemen en doorplaatsen van cliënten, resulterend in een meer gestructureerde en effectieve transfer.</p>
<p>IZA doelstelling</p>	<p>Minder zorggebruik in de Zorgverzekeringswet:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Afname van de GGZ-wachttijden • Minder inzet van GGZ (zowel monodisciplinair als multidisciplinair) <p>Regionaal herverdelingsvraagstuk:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Juiste zorg op tijd op de juiste plek (informele steunbronnen, Sociaal Domein, GGZ) <p>De inzet van personeel:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Afname werkdruk huisartsen/POH/GGZ-professionals • Minder inzet FTE GGZ-professionals <p>Maatschappelijke baten:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Meer behoud van participatie van mensen met een psychische hulpvraag aan vrijwilligerswerk, dagbesteding en/of arbeid, doordat ze beter en sneller verder geholpen worden.
<p>Uitdaging</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Data moeten gestandaardiseerd, actueel en voor alle partijen toegankelijk zijn. • Gezamenlijke afstemming vraagt om transparantie, vertrouwen en het overbruggen van verschillende belangen van organisaties. • Ontdubbelen en centraliseren van wachtlijsten vereist gezamenlijke regie en bereidheid om cliënten te delen tussen organisaties. • Ontwikkelen van gezamenlijke criteria en methodiek om urgentie objectief en breed gedragen te bepalen. • Een cultuurverandering richting meer gezamenlijke verantwoordelijkheid, met duidelijke afspraken over wie welke rol heeft in doorplaatsing. • Domeinoverstijgend samenwerken vraagt om het doorbreken van schotten tussen regelgeving en financiering. • Balans vinden tussen gebruik van wat er al is en innovatie/doorontwikkeling naar een domeinoverstijgend systeem.

Activiteiten met fase-ring	Gefaseerde implementatie van het transfermechanisme en het domeinoverstijgend casusoverleg		
	De functies worden gefaseerd geïmplementeerd.		
	Fase	Omschrijving	Jaartal
	Fase 0	<p>Onderzoeks- en voorbereidingsfase</p> <ul style="list-style-type: none"> Inzicht creëren, randvoorwaarden op orde brengen en een basis leggen voor samenwerking. 	2025-2026
	Korte termijn	<ul style="list-style-type: none"> Triage vanuit meervoudig perspectief in domeinoverstijgend casusoverleg (4-wekelijks) en continueren met bespreken complexe casuïstiek. Zorgdragen voor juiste samenstelling vanuit alle domeinen en praktische afspraken (roulerend voorzitter, digitaal/fysiek vergadermogelijkheden, notulering, besluitregistratie, follow-up etc.). Dit overleg biedt huisartsen, GGZ en het sociaal domein de mogelijkheid om anoniem individuele casussen te bespreken met als doel passende zorg en/of ondersteuning te organiseren. Het gaat hierbij om personen die hulp hebben gevraagd maar deze niet (tijdig of volledig) kunnen krijgen bij één van de samenwerkingspartners, of om situaties waarin de huidige zorg of ondersteuning niet meer passend is. Iedere inbreng leidt tot een concrete oplossing: de vervolgstap én de verantwoordelijke worden direct na het overleg vastgesteld. Daarnaast wordt toegewerkt naar een gezamenlijke wachtlijst, waarin afspraken worden gemaakt over het overnemen en doorplaatsen van cliënten. Dit resulteert in een meer gestructureerde en effectieve transfer van cliënten. Starten met toets van huidige proces: Hoe verloopt casusinbreng? Wordt een vervolgstap en verantwoordelijke duidelijk afgesproken? Hoe werken anonieme bespreking en gezamenlijke besluitvorming in de praktijk? Wat gaat goed en wat kan beter? Verbeteren en integreren transfermechanisme en domeinoverstijgend casusoverleg: vaststellen van doel, doelgroep en werkafspraken (o.a. anoniem bespreken, besluitvorming, verantwoordelijkheid) en methodiek die aansluit bij bestaande ontwikkelingen (zoals AVE). Juridische en privacy-afspraken (AVG, gegevensdeling, mandaat). Ontwikkelen van een format voor casus-inbreng en monitoring. Afspraken maken over ont dubbelen, gezamenlijke wachtlijst en wachtenden (definitie, zorgtype, datum aanmelding, beheer). Afspraken maken over criteria voor urgentie, prioritering en overname. 	2025-2026
Middel-lange termijn	<ul style="list-style-type: none"> <u>Testfase horizontaal verschuiven</u>. Cliënten verschuiven van WMO-/ GGZ-partij naar andere WMO-/ GGZ-partij omdat ze daar eerder en beter geholpen zijn. <u>Testfase verticaal verschuiven</u>. Inwoners verschuiven naar andere partijen in plaats van GGZ-partijen. Hierdoor worden inwoners mogelijk op andere plek behandeld dan origineel het plan was. Dit kan o.a. zijn van: multidisciplinair naar monodisciplinair - multidisciplinair naar sociaal domein - monodisciplinair naar sociaal domein. Continu leren en ontwikkelen. Monitoren en evalueren: ervaringen, tevredenheid, knelpunten in instroom, doorstroom, uitstroom signaleren en afspraken maken over oplossingen bijvoorbeeld professionals trainen in gebruik van het overleg, gezamenlijke besluitvorming en omgaan met casuïstiek die "vastloopt". 	2027-2028	

Mijlpalen voor Transfermechanisme en domeinoverstijgend casuoverleg ¹⁸	Lange termijn	<ul style="list-style-type: none"> Toewerken naar één regionale wachtlijst voor GGZ. Na evaluatie: optioneel verbreden naar meer verwijzers en bredere casuïstiek (ook minder complex). Continu doorontwikkelen van de gezamenlijke wachtlijst en digitale koppelingen. Afstemmen met domeinoverstijgende initiatieven (bijv. TCP, Mentaal Schakelpunt). Borging: afspraken over financiering, inzet capaciteit en eigenaarschap op lange termijn. 	Vanaf 2028		
		2026	2027	2028	
Inspanning		Domeinoverstijgend casuoverleg is ingericht inclusief digitale gegevensbeschikbaarheid.	Q2		

¹⁸ Zie business case KPI's voor financiële en maatschappelijke impact.

Onderdeel functie 4	Regionaal beheer van GGZ-aanbod en wachttijden via het Mentaal Schakelpunt en Mental Health Verbindt
Wat is er al?	<p>Het bereikbaar houden van de geestelijke gezondheidszorg is essentieel, zeker gezien de aanhoudend lange wachttijden. Een deel van deze problematiek is te voorkomen door huisartsen beter inzicht te geven in het actuele aanbod van GGZ-aanbieders in de regio, inclusief de wachttijden. Dat dit werkt, bleek vorig jaar tijdens een succesvolle test met het Centraal Toeleidingspunt GGZ Arnhem/Nijmegen. Toen werd gebruikgemaakt van een eenvoudig dashboard.</p> <p>Dit hulpmiddel is inmiddels verder ontwikkeld om het gebruiksgemak te vergroten. De RHO's in Arnhem en Ede gaan starten met SlimVerwijzen.nl, dat inzicht biedt in wachttijden en beschikbaarheid van GGZ-aanbieders. De verwachting is dat wij als Rijk van Nijmegen vanaf november/december 2025 kunnen aansluiten.</p>
Doelgroep	<ul style="list-style-type: none"> • Inwoners met psychische klachten die ondersteuning nodig hebben, maar waarbij nog niet duidelijk is of dit binnen het sociaal domein, de huisartsenzorg of de GGZ moet plaatsvinden. • Mensen met complexe problematiek op meerdere levensdomeinen (zoals werk, wonen, relaties, financiën), waarbij samenwerking tussen domeinen essentieel is. • Jongvolwassenen en volwassenen met verhoogde kwetsbaarheid, zoals eenzaamheid, stress, middelengebruik of ernstige psychiatrische aandoeningen (EPA).
Doelstelling	<ul style="list-style-type: none"> • Het Mentaal Schakelpunt fungeert als digitaal platform/dashboard waar huisartsen en GGZ-instellingen actuele wachttijden kunnen delen en inzien, zodat verwijzers sneller passende zorg kunnen vinden. • Mental Health Verbindt is een regionaal bemenste website die informatie en advies biedt over het aanbod van GGZ en sociaal domein, en verwijzers ondersteunt bij het vinden van alternatieven voor GGZ-zorg.
IZA doelstelling	<p>Minder zorggebruik in de Zorgverzekeringswet:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Afname van de GGZ-wachttijden • Minder inzet van GGZ (zowel monodisciplinair als multidisciplinair) <p>Regionaal herverdelingsvraagstuk:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Juiste zorg op tijd op de juiste plek (informele steunbronnen, Sociaal Domein, GGZ) <p>De inzet van personeel:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Afname werkdruk huisartsen/POH/GGZ-professionals • Minder inzet FTE GGZ-professionals <p>Maatschappelijke baten:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Meer behoud van participatie van mensen met een psychische hulpvraag aan vrijwilligerswerk, dagbesteding en/of arbeid, doordat ze beter en sneller verder geholpen worden.

<p>Urgentie</p>	<p>De urgentie is hoog, omdat wachttijden nog steeds onacceptabel lang zijn en er tegelijkertijd zorgcapaciteit onbenut blijft. In 2024 heeft de pilot CTP gedraaid in Rijk van Nijmegen en Centraal Gelderland. Deze pilot liet zien dat het essentieel is om actuele informatie over aanbod en wachttijden inzichtelijk te maken voor verwijzers. Voor het goed implementeren van de functies van het MGN (verkennend gesprek, transfermechanisme en wachtlijstinformatie) is een systeem nodig waarmee aanbod en wachttijden goed inzichtelijk zijn voor verwijzers. Landelijk wordt gewerkt aan standaarden voor zo'n systeem.</p>
<p>Uitdaging/probleemstelling</p>	<p>De wachttijden in de geestelijke gezondheidszorg zijn nog altijd te hoog, terwijl overzicht in het regionale aanbod vaak ontbreekt. Dit leidt tot mismatches: sommige instellingen zijn overbelast, terwijl andere juist ruimte hebben. Een systeem, zoals SlimVerwijzen.nl, biedt een oplossing door onafhankelijk inzicht te geven in het actuele behandelaanbod én de wachttijden van alle GGZ-aanbieders in de regio —groot én klein— zonder extra administratieve lasten. Het platform is online beschikbaar en toont actuele wachttijden en behandelopties. Hierdoor kunnen verwijzers sneller passende zorg vinden, en aanbieders maken hun capaciteit en aanbod zichtbaar.</p> <p>De grootste uitdaging is om alle aanbieders aan te laten haken. Het systeem moet eenvoudig werken en er mogen zo min mogelijk kosten verbonden zijn aan deelname. Daarnaast is het cruciaal dat wachttijden actueel blijven.</p> <p>In het Rijk van Nijmegen hebben we ook Mental Health Verbindt. Voor hen is SlimVerwijzen.nl een ideaal hulpmiddel om verwijzers beter te kunnen adviseren en door te verwijzen naar passende zorg.</p> <p>Risico's</p> <p>VGZ en CZ zetten nu in op de ontwikkeling van het 'Mentaal Schakelpunt' en doen op dit moment een marktverkenning, waarbij de ontwikkelaars van SlimVerwijzen.nl gesprekspartner zijn. Nu starten met SlimVerwijzen.nl is daarom 'op eigen risico'. Als volgend jaar blijkt dat het niet voldoet aan de landelijke standaarden, zullen we over moeten stappen. Slim Verwijzen houdt ook rekening met de landelijke standaarden dus dat risico schatten we zeer laag in.</p> <p>Een aanvullend financieel- en haalbaarheidsrisico is dat de eerder geplande digitale transformatie binnen NOEL mogelijk vertraagd of niet volledig gerealiseerd kan worden, nu onlangs bekend is geworden dat alle beschikbare IZA-transformatiemiddelen reeds volledig benut zijn. Het is op dit moment nog niet duidelijk wat de consequenties en risico's hiervan zijn voor het voorliggende transformatieplan MGN Rijk van Nijmegen. De initiatieven die vanuit digitale transformatie worden uitgevoerd, dragen immers ook bij aan de andere transformatiethema's van regio.</p>

Activiteiten met fase-ring	Gefaseerde implementatie van het wachttijdbeheer in Rijk van Nijmegen		
	Fase	Omschrijving	Jaartal
	Fase 0	<ul style="list-style-type: none"> Onderzoeksfase: In kaart brengen wat er nodig is om het regionale wachttijdbeheer en verwijssysteem duurzaam te borgen, en bestuurlijke keuzes maken die richting geven aan de implementatie. 	2025
	Korte termijn	<ul style="list-style-type: none"> Starten met Slimverwijzen voor actuele wachttijden en aanbod GGZ en dit uitbreiden naar andere domeinen¹⁹. Samenwerkingsovereenkomsten: Er liggen al overeenkomsten in andere regio's (Arnhem, Rivierenland, Gelderse Vallei). Voor Nijmegen wordt aansluiting voorbereid. Doorontwikkelen van Mental Health Verbindt tot een regionaal bemenste website met overzicht van het aanbod en advies over juiste plek (één digitaal loket voor professionals en inwoners (toekomst)). NEO Huisartsenzorg heeft de intentie bemensing hiervoor te continueren, mits de capaciteit binnen de organisaties het toelaat. Deze regionale ontwikkeling sluit aan op lokale initiatieven van gemeenten, die werken met eigen sociale kaarten om het aanbod in de sociale basis toegankelijk te maken. Organiseren van een gedeeld, regionaal overzicht van GGZ-aanbod en wachttijden: continue en actueel inzicht in wachtlijsten, wachttijden voor zorg en het actuele aanbod van ondersteuning. Uitbreiden met inzicht in aanbod en informatie over sociaal domein en steunbronnen. Gezamenlijke afspraken en verantwoordelijkheid voor beheer. Starten met gebruik van dashboard Slimverwijzen. 	2025-2026
Middel-lange termijn	<ul style="list-style-type: none"> Onderzoeken van koppelingen en doorontwikkeling met systemen zoals Zorgdomein en het toekomstige Mentaal Schakelpunt (MSP) in relatie tot de verschillende systemen die in gebruik zijn zoals OZO Verbindzorg en VIPLive. Vorbereiden van informatieprocessen en aansluiten bij een regionaal digitaal platform voor gegevensdeling. 	2027-2028	
Projectorganisatie	<p>Het is wenselijk om vertegenwoordigers uit alle domeinen te betrekken. Vanuit de GGZ bij voorkeur meerdere vertegenwoordigers: uit kleine, middelgrote en grote organisaties.</p> <p>NEO Huisartsenzorg is bereid de coördinatie op zich te nemen, eventueel met ondersteuning van een (tijdelijke) externe projectleider.</p>		

¹⁹ Binnen het sociaal domein zetten gemeenten in op het versterken van de sociale basis en het verbinden met oplossingen in het netwerk, met als doel ondersteuning dichtbij en in de leefomgeving van mensen te organiseren. Hierbij ligt de nadruk op het vermaatschappelijken van ondersteuning, door samenwerking met informele netwerken en lokale initiatieven. Het inzichtelijk maken van wachttijden bij Wmo-aanbieders in een portal samen met GGZ-aanbieders heeft niet de focus. Het inzichtelijk maken van wachttijden binnen Wmo per aanbieder is de komende jaren binnen het sociaal een ontwikkelopgave op zich.

Mijlpalen voor Regionaal beheer van GGZ-aanbod en wachtlijden via het Mentaa Schakelpunt en Mental Health Verbindt ²⁰			2026	2027	2028
	Inspanning	Digitale gegevensdeling, registratie en dashboard wachttijdenbeheer zijn operationeel en wachttijden worden door alle GGZ-partijen 2 wekelijks geactualiseerd.	Q2		
	Inspanning	Er wordt een nul-meting opgesteld per 1 april 2025 wachtlijst, SGGZ Pro Persona en Iriszorg. Deze nulmeting is gekoppeld aan inspanningsverplichting KPI 19 'Digitale gegevensdeling, registratie en dashboard wachttijden beheer zijn operationeel en wachttijden worden door alle GGZ-partijen 2-wekelijks geactualiseerd'.	Q1		
	Inspanning	Medio 2026 wordt een één-meting gedaan van de wachtlijst, SGGZ Pro Persona en Iriszorg. Op basis van het verschil van de nul-meting en de één-meting wordt een herijking gedaan via SlimVerwijzen van de nul-meting. Indien deze gereed is vervangt deze de nulmeting van 1 april 2025	Q3		
	Inspanning	Er is een operationeel realtime digitaal inzicht in aanbod en wachttijden en leveren alle bij het MGN betrokken organisaties hun data hiervoor aan.	Q4		
	Resultaat	Er is in 2026 een gemiddelde afname 10% wachtenden op de wachtlijst ten opzichte van de nulmeting 1 april 2025.	Q4		
	Resultaat	Er is in 2027 een gemiddelde afname 15% wachtenden op de wachtlijst ten opzichte van de nulmeting 1 april 2025.		Q4	
	Resultaat	Er is in 2028 een gemiddelde afname 20% wachtenden op de wachtlijst ten opzichte van de nulmeting 1 april 2025.			Q4
	Inspanning	Transfertafel, casuïstiekbespreking en VG maken gebruik van regionaal platform gegevensdeling.		Q4	

²⁰ Zie business case KPI's voor financiële en maatschappelijke impact.

3.3. Basisonderdeel 3 - Steun rondom: GGZ in het netwerk van informele en formele steunbronnen (GEEN ONDERDEEL VAN DEZE IZA-AANVRAAG)

4. Businesscase

Voor de businesscase waarin we de benodigde investeringen en baten beschrijven verwijzen we naar het Excelbestand '20251001 Businesscase MGN Rijk van Nijmegen'. Het transformatieplan kan niet los worden gezien van deze Businesscase inclusief KPI's en mijlpalenplanning.

4.1. Businesscase opbouw en scenario's

Voor een goede onderbouwing van de businesscase zijn op voorhand drie scenario's opgesteld. Een progressief scenario waarin de ambitie van het Rijk van Nijmegen duidelijk naar voren komt en wat gebaseerd is op de pilot Centraal Toeleidingspunt. Een neutraal scenario, waarin de lijn gevolgd wordt van andere businesscases en de landelijke standaard en een conservatief scenario wat gezien kan worden als een 'worst case' scenario waarbij inspanningen moeizaam tot resultaat leiden.

Bij de evaluatie van de scenario's werd duidelijk dat de ambitie van het Rijk van Nijmegen groot is, maar ook dat de haalbaarheid van die ambitie vele afhankelijkheden kent. Onder anderen beschikbare capaciteit en de realiteit dat ingerichte interventies tijd nodig hebben om volledig productief te zijn, vragen om een realistische vertaling van de ambitie. De uitkomsten van de pilot Centraal Toeleidingspunt bieden in die zin een te positief beeld vanwege de aandacht, focus en inspanning die hierop gelegen heeft. Het is niet realistisch om deze resultaten direct te extrapoleren naar het gehele Rijk van Nijmegen. Het transformatieplan heeft een bredere horizon dan de pilot Centraal Toeleidingspunt en daarom vraagt dit om een meer gefaseerd scenario. Wat wel de ambitie van Rijk van Nijmegen reflecteert maar ook de realiteit van opschalen en leren meeweegt.

Voor die realistische vertaling is gekozen door het neutrale scenario aan te passen naar een neutraal-realistisch scenario. In dit scenario wordt de ambitie van het Rijk van Nijmegen goed vertegenwoordigd en is ruimte voor het realisme van de transformatie waarbij opschaling naar effectiviteit tijd kost en afhankelijk is van beschikbare capaciteit.

Percentage verwijzingen huisarts/POH naar verkennend gesprek	2026	2027	2028	2029	2030
Neutraal - realistisch	10%	20%	21%	21%	21%
Percentage verwijzingen uit VG naar andere partners dan multidisciplinaire GGZ	2026	2027	2028	2029	2030
Neutraal - realistisch	25%	27,5%	30%	32,5%	34%
Normpraktijken opbouw	2026	2027	2028	2029	2030
Neutraal - realistisch	25%	50%	75%	100%	100%

5. Afkortingenlijst

- AI:** Artificial intelligence
- AKWA GGZ:** Alliantie kwaliteit in de geestelijke gezondheidszorg
- AVE:** Aanpak Voorkomen Escalaties
- AZW:** Arbeidsmarkt Zorg en Welzijn
- AZWA:** Aanvullend Zorg en Welzijn Akkoord
- BO:** Bestuurlijk overleg
- CBS:** Centraal Bureau voor de Statistiek
- CTP:** Centraal Toeleidingspunt
- CWZ:** Canisius Wilhelmina Ziekenhuis
- CZO:** College Zorgopleidingen
- EPA:** Ernstige psychische aandoening
- EPK:** Ernstig psychische kwetsbaarheid
- FACT:** Flexible Assertive Community Treatment
- GBGGZ:** Generalistische basis Geestelijke Gezondheidszorg
- GGD:** Gemeentelijke Gezondheidsdienst
- GGZ:** Geestelijke Gezondheidszorg
- HAN:** Hogeschool van Arnhem en Nijmegen
- ICT:** Informatie- en Communicatietechnologie
- IV:** Informatievoorziening
- IZA:** Integraal Zorgakkoord
- JBT:** Jeugdbeschermingstafel
- KPI:** Key Performance Indicator / Kritieke Prestatie Indicator
- LVB:** Licht Verstandelijke Beperking
- MGN:** Mentale Gezondheidsnetwerk
- MSP:** Mentaal Schakelpunt
- NEO Huisartsenzorg:** Nijmegen En Omgeving Huisartsenzorg
- NGGZ:** Nederlandse GGZ
- NOEL:** Regio Nijmegen op één Lijn
- OGGZ:** Openbare Geestelijke Gezondheidszorg
- PFO:** Portefeuillehouder overleg
- POH:** Praktijkondersteuner Huisartsenzorg
- RET:** Regionaal Expertteam Jeugd
- RHO:** Regionale huisartsenorganisatie
- RIBW:** Regionale Instelling voor Beschermd Wonen
- ROC:** Regionaal Opleidingscentrum
- RUMC:** Radboud Universitair Medisch Centrum
- SES:** Sociaal-economische status
- SGGZ:** Specialistische Geestelijke Gezondheidszorg
- TCP:** Triage-en coördinatiepunt

TWES 18-/18+: Tussen Wal En Schip 18-/18+

VG: Verkennend Gesprek

VVT: Verpleeg- en Verzorgingshuizen en Thuiszorg

VWS: ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Wmo: Wet maatschappelijke ondersteuning

WHO: World Health Organization

WZW: Werkgeversvereniging Zorg en Welzijn

ZonMw: Zorgonderzoek Nederland en Medische Wetenschappen

Zvw: Zorgverzekeringswet