

Transformatieplan

Mentale Gezondheidsnetwerk

Rivierenland

Aanvraag IZA-middelen t.b.v.

basisonderdeel 2: Verkennen van Steunbronnen

Versie 11.0, 18 december 2025



Versiebeheer

Versie	Datum	Omschrijving	Bespreken in
11.0	December 2025	Aanpassingen op KPI's na input VGZ en Menzis	-
10.0	November 2025	verwerkte feedback nav beoordeling VGZ en Menzis	-
9.0	30 september 2025	ontvangen feedback Menzis en VGZ, PFO's, Platform GGZ, BO noodstructuur verwerkt	-
8.0	September 2025	Feedback gemeentes, GGZ, huisartsen, Menzis, VGZ, verwerkt. Basisonderdeel 2 is aangescherpt, met toevoeging van VG en inzicht in het aanbod van gemeenten (voorheen uit basisonderdeel 1). Basisonderdeel 1 en 3 geen onderdeel meer van deze subsidieaanvraag.	Monitoringsoverleg PFO RSB, BO Mentale Gezondheid Platform GGZ
7.0	Mei 2025	Aanscherping inleiding n.a.v. eerste overleg ronden	Sluitende Aanpak, BO RSB
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 GGZ¹, multidisciplinaire GGZ², Wmo, Sociaal Domein

¹ Ook wel bekend als BGGZ

² Ook wel bekend als SGGZ

Samenvatting

Dit transformatieplan beschrijft de aanpak voor het opbouwen en versterken van een Mentale Gezondheidsnetwerk in de regio Rivierenland, met als doel de mentale gezondheid van inwoners te verbeteren en de vraag naar GGZ te verminderen. De transitie vereist een fundamentele verandering van het zorgstelsel, waarbij samenwerking tussen Sociaal Domein, huisartsen/POH en GGZ centraal staat. Het plan is opgesteld door GGZ-partijen, huisartsen coöperatie, gemeenten 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. GGZ-aanbieders maken hun aanbod al toegankelijker en tegelijkertijd worden Mentale Gezondheidsnetwerken gebouwd. 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 Rivierenland kent knelpunten in mentale gezondheid, met stijgende GGZ-wachttijsten en een afnemend arbeidsmarktpotentieel. De regio telt ruim 200.000 inwoners verdeeld over zes gemeenten. Sinds 2019 neemt het aantal inwoners met GGZ-cliënten in Rivierenland af, mogelijk beïnvloed door COVID, met een stabiel aandeel langdurige GGZ-cliënten. Het aantal bedden is laag, en de meeste cliënten wonen in stedelijke gebieden zoals Culemborg en Tiel. Het aandeel inwoners met ernstige psychiatrische aandoeningen is relatief laag, terwijl de kosten rond het landelijk gemiddelde liggen. Wachttijden voor GGZ liggen echter vaak boven de treeknorm, in lijn met het landelijke beeld.

Regioplan en ambitie

De ambitie is om de mentale gezondheid te versterken door snelle en passende ondersteuning te bieden, gezondheidsrisico's bij kwetsbare groepen te verminderen en domeinoverstijgende samenwerking en duurzame financiering te realiseren. Daarbij wordt ingezet op hybride zorg, technologie, preventie en het terugdringen van gezondheidsverschillen. Belangrijke doelen zijn onder meer het verkorten van wachttijden in de GGZ, toekomstbestendig vastgoed, versterking van crisiszorg, vermindering van zorgconsumptie bij chronisch zieken, vroegsignalering van kwetsbaarheid en het voorkomen van zwaardere zorg, met nadruk op de rol van leefomgeving en sleutelpersonen.

Basisonderdelen van het Mentale Gezondheidsnetwerk

Het netwerk bestaat uit drie samenhangende basisonderdelen waarbij dit plan wordt ingediend voor de aanvraag van IZA transformatiemiddelen van basisonderdeel 2. Verkennen van Steunbronnen.

1. Dichtbij Huis

We versterken de mentale veerkracht van inwoners door gebruik te maken van de bestaande sociale basis en door, waar nodig, steunbronnen te ontwikkelen en te verbinden. Met laagdrempelige steunpunten en initiatieven zoals Welzijn op Recept bouwen we aan een samenhangend en lokaal verankerd netwerk

2. Verkennen van Steunbronnen

Helpt inwoners met een hulpvraag via een verkennend gesprek, domeinoverstijgend casuoverleg of een regionaal transfermechanisme naar de juiste informele en formele steunbronnen met behulp van gezamenlijke actuele informatie over aanbod en wachttijden. Dit moet leiden tot efficiëntere toewijzing, het voorkomen van onnodige of te snelle verwijzingen naar GGZ, kortere en effectievere trajecten en een betere afstemming van zorgvraag en -aanbod.

3. Steun Rndom

Op basis van bestaande initiatieven wordt de inclusie van inwoners met een (ernstige) psychische kwetsbaarheid en de leefbaarheid in wijken versterkt. Met inzet van goede praktijken en samenwerking in een domeinoverstijgend netwerk van inwoners, vrijwilligers en professionals ontstaat sneller passende ondersteuning, waardoor inwoners meer regie behouden. Dit sluit aan bij andere basisonderdelen en draagt bij aan de bredere transitie van de GGZ, met aandacht voor toegankelijkheid, efficiëntie en innovatieve behandelvormen

Digitalisering

Digitalisering is een belangrijk onderdeel van het transformatieplan. Het plan voorziet in het verkennen verbeteren en afstemmen van ICT/IV-processen, waaronder veilige gegevensdeling, beeldbellen, mailverkeer, wachttijden dashboards (eerst de implementatie van Slimverwijzen en vervolgens de doorontwikkeling naar een Mentaal Schakelpunt voor aanbodmonitor (prospectieve wachtlijstinformatie) en tool voor vraagverheldering en vraagsturing) en het platform Mental Health Verbindt. Daarnaast wordt onderzocht hoe AI kan worden ingezet om administratieve werkdruk te verlagen.

Binnen het Integraal Zorgakkoord (IZA) heeft sectoroverstijgende digitale gegevensuitwisseling een hoge prioriteit. In de regio bestaat nog geen volwaardige, gedeelde infrastructuur waarin deze gegevensuitwisseling kan plaatsvinden. De aangesloten zorg- en welzijnsorganisaties beogen toe te werken naar aansluiting bij landelijke en (boven)-regionale ontwikkelingen van een gezamenlijke IT-infrastructuur voor primaire en secundaire databeschikbaarheid. Daarvoor nemen we in dit transformatieplan een eenmalig investering op.

De in dit transformatieplan opgenomen middelen worden niet gebruikt om een eigen platform te ontwikkelen, maar om:

1. de deelnemende organisaties *aansluit gereed* te maken op het toekomstige regionale platform (technisch, organisatorisch en qua informatiestandaarden);
2. te voldoen aan landelijke afsprakenstelsels, informatiestandaarden en generieke functies zoals vereist in het Landelijk Dekkend Netwerk (LDN);
3. tijdelijk te voorzien in minimaal noodzakelijke infrastructuur en tooling tot het regionale platform operationeel is;
4. te kunnen leren en testen, zodat de regio voorbereid is op structurele implementatie zodra de gezamenlijke infrastructuur beschikbaar komt.

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.

Monitoring en financiering

Dit transformatieplan maakt deel uit van het regioplan en richt zich op het waarborgen van toegankelijke zorg en welzijn ondanks stijgende zorgvraag en arbeidskrapte. Met behulp van KPI's wordt de regionale situatie gevolgd, terwijl een portfolio van strategieën en interventies flexibel wordt ingezet en geëvalueerd. Het Mentale Gezondheidsnetwerk werkt informatiegedreven, stuurt op impact en stopt met initiatieven die onvoldoende bijdragen. De uitwerking van KPI's en mijlpalenplanning is opgenomen in hoofdstuk 4 en de businesscase MGN Rivierenland. Financiering komt uit verschillende bronnen, waaronder IZA, AZWA, reguliere Wmo-middelen en ZonMW-subsidies, verdeeld over de drie basisonderdelen en digitalisering.

De uitvoering van het transformatieplan kan eraan bijdragen dat de wachttijst 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 businesscase levert de uitvoering van het transformatieplan een besparing van 9,7 fte in de GGZ op. 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 wachttijstproblematiek op te lossen, inzet in het sociaal domein, en de zorg voor mensen met ernstige psychische problematiek beschikbaar te houden.

Aanvraag en verdeling benodigde financiële middelen

De besparingen en extra inzet per jaar vanaf 2026 staan hieronder weergegeven. Vanaf 2030 levert dit transformatieplan een besparing van structureel € 2.684.741 per jaar op voor de zorgverzekeraars en een extra inzet in het sociaal domein van € 940.038 per jaar.

	2026	2027	2028	2029	2030	TOTAAL
Resultaat ZVW - Verkennd gesprek	€ 28.765	€299.392	€ 590.444	€959.785	€1.434.115	€ 3.312.501
Resultaat Sociaal domein - Verkennd gesprek*	-€ 28.965	-€250.873	-€ 426.900	-€613.799	-€ 825.891	-€ 2.146.428
Resultaat ZVW - Overlegtafel	€ 26.569	€ 65.616	€ 149.821	€ 243.800	€ 253.493	€ 739.299
Resultaat Sociaal domein - Overlegtafel*	-€ 21.500	-€ 38.303	-€ 74.706	-€ 111.038	-€ 114.147	-€ 359.694
Resultaat ZVW - Wachttijst	€ 0	-€ 39.767	€ 713.328	€ 453.112	€ 997.133	€ 2.123.806
Resultaat Sociaal domein - Wachttijst	€ 0	€ 0	€ 0	€ 0	€ 0	€ 0

Resultaat ZVW - Totaal	€ 55.333	€ 325.241	€1.453.593	€ 1.656.698	€ 2.684.741	€ 6.175.606
Resultaat Sociaal domein - Totaal*	-€ 50.465	-€ 289.175	-€ 501.606	-€ 724.837	-€ 940.038	-€ 2.506.121
Enmalige investeringen per jaar**	€ 1.581.895	€ 1.559.664	€ 0	€ 0	€ 0	-€ 3.141.559
Totaal resultaat business case in 5 jaar						€ 527.925

Subsidiebronnen:

* SPUK transformatie-middelen 2026-2027 daarna AZWA

** IZA

Om dit te bereiken, zijn de volgende IZA transformatiemiddelen nodig. De benodigde middelen kunnen worden onderverdeeld in twee hoofdgroepen:

1. Investeringsbegroting: incidentele IZA transformatiemiddelen, dit omvat alle (incidentele, eenmalige) programmakosten gedurende de transformatieperiode van 2025 t/m 2027.

Enmalige investeringen zorgpartijen (incl. overige)	€ 2.295.456
Enmalige investeringen gemeenten	€ 846.104
Totale begroting eenmalige investeringen	€ 3.141.559

2. Structurele inzet van het sociaal domein:

	SPUK IZA transformatie-middelen (2026,2027)	AZWA (2028-2030 e.v.)	
Structurele kosten Sociaal domein verkennend gesprek incl. extra inzet Sociaal domein a.g.v. afbuiging zorgvraag	€ -279.837,71	€ -1.866.590	€ -2.146.427,61
Structurele kosten Sociaal domein deelname overlegtafel	€ -59.802,71	€ -299.891,07	€ -359.693,78
Totaal			€ -2.506.121,39

De SPUK Transformatiemiddelen IZA 2024-2027 wordt verstrekt aan gemeenten en mede voor door gemeenten gesubsidieerde en gecontracteerde organisaties voor de extra inspanningen zoals die zijn voorzien in het transformatieplan. De gemeenten hebben getoetst dat de inzet van de SPUK Transformatiemiddelen IZA 2024-2027 voor deze extra inspanningen van de betreffende partijen voldoen aan de eisen die de betreffende SPUK stelt aan staatssteun.

Leeswijzer

In hoofdstuk 1 en 2 worden de regionale visie en doelstellingen voor de transitie naar een regionaal mentaal 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 Rivierenland 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 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.

Basonderdeel 3 Steun rondom, is nog niet uitgewerkt in een transformatieplan, omdat we op dit moment al ervaring opdoen met de WijkGGZ en we nog bezig zijn om vanuit de verschillende perspectieven (gemeenten, huisartsen en ggz) een scherper beeld te krijgen van welke transformatie de WijkGGZ moet doormaken 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 2 en 1 zullen zijn op de huidige WijkGGZ. Daarom kiezen we in de fasering voor een latere uitwerking van dit transformatie deelplan, In hoofdstuk 3 is basisonderdeel 2 nader uitgewerkt. Hoofdstuk 4 verwijst naar de businesscase die integraal onderdeel is van dit transformatieplan. Het voorliggende transformatieplan kan niet los worden gezien van het Excelbestand *20251127 Businesscase MGN Rivierenland* inclusief KPI's en mijlpalenplanning; samen vormen zij de benodigde documenten voor deze aanvraag.

Inhoudsopgave

1. Inleiding.....	10
1.1. Onze kijk op de transformatie-opgave	10
1.2. Transitie en veranderkundige opgaven.....	12
1.2.1. Transitie.....	12
1.2.2. Veranderkundige opgaven.....	14
1.3. Netwerksamenwerking	15
1.3.1. Leiderschapsstijl: gedeeld leiderschap.....	15
1.3.2. Governance: netwerksturing	16
1.3.3. Gelijkgerichtheid.....	17
1.3.4. Sturingscyclus: actieleren en transitie managementcyclus	17
2. Regionale opgave.....	20
2.1. Regiobeeld	20
2.2. Regioplan	21
2.3. Voor wie willen we welke impact maken?	21
2.3.1. Algemene populatie inwoners.....	21
2.3.2. Inwoners met hulpvragen.....	22
2.3.3. Inwoners met een ernstig psychische kwetsbaarheid (EPK).....	23
2.4. De complexiteit voor inwoners in het huidige systeem	24
2.5. De cirkel doorbreken van het huidige systeem.....	24
2.6. De nieuwe cliëntreis voor inwoners met een hulpvraag	25
2.7. Basisonderdelen Mentale gezondheidsnetwerk.....	26
2.8. Digitalisering.....	28
2.9. Leren en ontwikkelen tijdens de transitie.....	31
2.10. Doelstelling en monitoring	33
2.11. Voorkomen van dubbele financiering en verankeren financieringsstromen.....	33
2.12. Impactanalyse inclusief duurzaamheid.....	34
3. Subsidieaanvraag voor de eenmalige veranderopgaven	36

3.1.Basisonderdeel 1 – Dichtbij huis (AZWA) (GEEN ONDERDEEL VAN DEZE IZA-AANVRAAG)	36
Basisonderdeel 2 - Verkennen van steunbronnen: de juiste zorg op tijd op de juiste plek (IZA)	37
Basisonderdeel 3 - Steun rondom: GGZ in het netwerk van informele en formele steunbronnen (GEEN ONDERDEEL VAN DEZE IZA-AANVRAAG).....	46
4. Businesscase.....	47
KPI's en mijlpalenplanning	49
5. Afkortingenlijst.....	54

1. Inleiding

1.1. Onze kijk op de transformatie-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 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. Wat we verstaan onder die **transitie en derde orde verandering** 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 §1.3.1. leggen we uit wat we hiermee bedoelen. Hoe dat **leer- en ontwikkelproces** eruit ziet beschrijven we in §1.3.3. en §2.9.

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 hulpverleningsproces; en als er rond hun leef- en zorgvragen dichtbij huis nauwer wordt samengewerkt door het Sociaal Domein, GGD, huisartsen/POH en de GGZ. Hierbij vervullen ervaringsdeskundigen een essentiële rol.

In deze regio willen we de komende jaren vanuit het meervoudig perspectief vorm geven aan het Mentale Gezondheidsnetwerk. 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.

Bij het opstellen van dit transformatieplan hebben de integrale GGZ-partijen (Iriszorg, Pro Persona, RIBW Nijmegen-Rivierenland) met draagvlak van de regionale bestuurlijke tafel Rivierenland Samen Beter (RSB) en BO Mentale gezondheid 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 nodig heeft. Hierbij hebben we het regiobeeld en regioplan als input gebruikt. De transformatie beïnvloedt de reguliere bedrijfsvoering en kan worden bemoeilijkt door bilaterale contracten en uiteenlopende financiële belangen. Het is daarom belangrijk dat afspraken met zorgverzekeraars en gemeenten buiten het IZA om aansluiten bij de voorgestelde transformatie. Gezamenlijke betrokkenheid van verzekeraars is essentieel voor de uitvoering van het plan; daarom zijn de grootste verzekeraars in de regio actief betrokken bij de planvorming.

Een van de centrale uitgangspunten in het regioplan is de focus op leefvragen: een verschuiving van traditionele zorg naar gezondheid, waarbij preventie en welzijn centraal staan. Het betekenisvolle leven van mensen – hun leefvraag – staat hierbij centraal. Het gaat om wat mensen zelf belangrijk vinden in het leven en tot welke inzichten zij komen. Het netwerk voelt zich medeverantwoordelijk om ondersteuning te bieden bij het verkrijgen van deze inzichten. Daarnaast is er aandacht voor zelf- en samenredzaamheid (reablement), vanuit het besef dat niet alle ondersteuning en zorg zoals die voorheen werd geleverd, blijvend door professionals kan worden geboden.

In lijn met deze inhoudelijke ambitie is het doel om duurzame inwonersparticipatie te realiseren. Inwoners worden actief betrokken bij het vormgeven van zorg- en welzijnsinitiatieven, zodat de beschikbare ondersteuning tijdens het zorginfarct gericht is op datgene wat inwoners zelf of samen niet kunnen organiseren. Zorgbelang Inclusief is onderdeel van het coördinatieteam Regioplan en voert, in samenwerking met het netwerk, de regio op inwonersparticipatie in regio Rivierenland.

Onze transitie start niet bij nul. De afgelopen jaren hebben we in de regio al diverse initiatieven ontplooid die een stevige basis vormen voor de transitie. Waar we nu staan in de transitie en hoe we het Mentale Gezondheidsnetwerk voor ons zien, beschrijven we in hoofdstuk 2. In hoofdstuk 3 volgt dan het transitieplan uitgewerkt in deelplannen (in dit document alleen basisonderdeel 2: Verkennen van Steunbronnen) en in hoofdstuk 4 een samenvatting van de maatschappelijke businesscase voor basisonderdeel 2: Verkennen van Steunbronnen).

Een aantal partijen ondertekent dit transformatieplan, dan wel de hieruit voortvloeiende transformatieovereenkomst met zorgverzekeraars. Deze partijen zijn schuingearceerd weergegeven. De gemeente Tiel is gemandateerd om dit namens de andere betrokken gemeenten te doen.

Daarnaast geven enkele andere partijen hun betrokkenheid bij het transformatieplan aan door middel van hun steunbetuiging. Pro Persona treedt op als kassier voor de middelen voor RHO en voor de GGZ-partijen. De gemeente Tiel is kassier voor de middelen van de gemeenten, de GGD en Ixta Noa.

De volledige lijst van betrokken partijen die zich committeren aan dit transformatieplan luidt als volgt:

Regionale huisartsen organisatie (RHO):

Coöperatieve Huisartsen Gelders Rivierenland, vertegenwoordigd door T. van der Wösten, huisarts/secretaris

Gemeenten:

- Buren, vertegenwoordigd door mevr. W. Alink, wethouder
- Culemborg, vertegenwoordigd door mevr. M. Peters, wethouder
- Neder-Betuwe, vertegenwoordigd door mevr. H. van Dijkhuizen, wethouder
- Tiel, vertegenwoordigd door mevr. C. Kreuk, wethouder
- West Betuwe, vertegenwoordigd door dhr. J. de Geus, wethouder
- West Maas en Waal, vertegenwoordigd door dhr. R. Reuvers, wethouder

GGZ³:

- *Pro Persona, vertegenwoordigd door mevr. P. Esveld, voorzitter raad van bestuur*
 - *Iriszorg, vertegenwoordigd door mevr. E. Vedel, raad van bestuur*
 - *Aalsterveld Psychologen, vertegenwoordigd door mevr. M. Gransbergen, directeur-bestuurder*
 - *GGZ voor jou, vertegenwoordigd door mevr. D. van der Stoep, arts en algemeen directeur*
 - *Mentaal Beter, vertegenwoordigd door mevr. Z. Roelandschap, regiomanager*
 - *Mondium, vertegenwoordigd door mevr. G. Bakker, praktijkmanager*
 - *Psychiatrie Rivierenland vertegenwoordigd door mevr. Z. Anson, manager*
 - *Psychologenpraktijk Perspectief vertegenwoordigd door mevr. C. Duinmeijer, manager, GZ-psycholoog*
 - *'s Heeren Loo vertegenwoordigd door mevr. C. te Lintelo, manager*
 - *SCIO Positieve Psychologie vertegenwoordigd door mevr. S. Mulder, directeur, GZ-psycholoog*
-
- *RIBW Nijmegen Rivierenland, vertegenwoordigd door dhr. S. van 't Foort, bestuurder*

³ Met deze partijen worden in de BC de negen GGZ-partijen bedoeld. RIBW valt hier niet onder, aangezien deze partij onder de WLZ of het sociaal domein valt.

Andere partijen uit het bestuurlijk overleg coalitie Mentale gezondheid die steunbetuigen aan dit transformatieplan

- Ziekenhuis Rivierenland, vertegenwoordigd door mevr. W. Bosboom, voorzitter Raad van Bestuur
- Regiotafel VVT Rivierenland, vertegenwoordigd door dhr. M. Bruggeman, regiodirecteur
- Coöperatie Medische Staf Rivierenland, vertegenwoordigd door dhr. S. Levering, voorzitter
- We(l) Rivierenland, vertegenwoordigd door mevr. S. van Rijkom, directeur/bestuurder

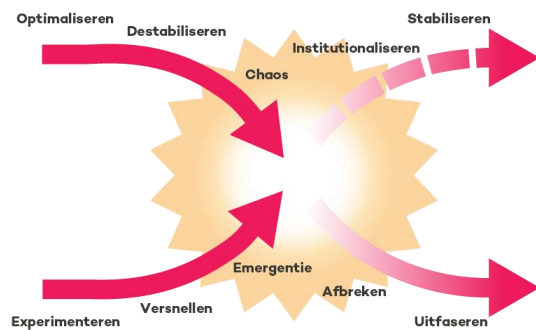
Welzijns- en sociaal domein aanbieders:

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

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, personele te korten 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. Een toenemende chaos zal er dan ontstaan omdat de vraag naar zorg het aanbod sterk zal 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 GGZ-capaciteit vooral toegankelijk te houden voor inwoners 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, waarmee bedoeld wordt dat we de komende jaren met behulp van IZA/AZWA een extra impuls geven aan een al ingezette en ook langer durende transitie dan de duur van IZA/AZWA. De veranderingen komen schoksgewijs tot stand. Weerstand moet onderweg worden overwonnen om bestaande systemen te doorbreken. De X-curve hieronder geeft daarbij twee bewegingen aan. Enerzijds de beweging waarbij onderdelen van het bestaande systeem worden geoptimaliseerd en de niet toekomstbestendige delen worden uitgefaseerd.

Anderzijds de beweging waarbij vernieuwing - door baanbrekende experimenten - uitgroeit tot het nieuwe systeem; waarbij dit nieuwe systeem in de structuur (bijv. beleid, wet- en regelgeving, financiering etc.), technologie (bijv. digitalisering gegevens-beschikbaarheid) en cultuur verankerd moet worden.

Vertaald naar de GGZ, betekent dit dat GGZ-aanbieders al jaren de beweging maken om hun aanbod toegankelijker te maken door met minder professionals meer inwoners 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 inwoners 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.

De figuren hieronder laat de verschillende bouwopgaven zien die we in het transformatieplan hebben uitgewerkt.

OMBOUW (buiten de scope van transformatieplan)
GGZ-aanbod toegankelijker maken door meer behandeling met minder inwoners (bijv. online/hybride behandeling, groepsbehandeling, gebruik van wearables)

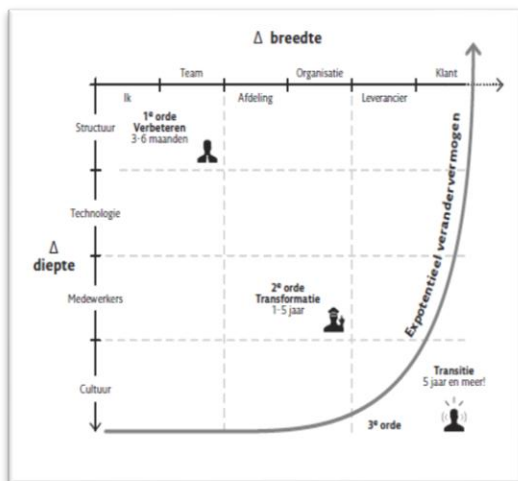
VOORTBOUW
Borgen in structuren, technologie en cultuur (bijv. structurele financiering, juridische borging netwerkzorg, digitale gegevensbeschikbaarheid)

OPBOUW
Pilots starten, versnellen, verbinden en verdiepen. Implementatie van een domeinoverstijgende netwerksamenwerking voor mentale klachten, in de vorm van een mentale gezondheidsnetwerk met vier functies (verkennend gesprek, en informatievoorziening aanbod en wachttijden beheer, transfermechanisme, domeinoverstijgend casusoverleg) in verbinding met toereikend aanbod op gebied van zelfhulp, zelfregie, laagdrempelige steunpunten, peer support en herstel.

AFBOUW
1. GGZ inzet voor anderszins op te lossen hulpvragen
2. GGZ inzet als gevolg van escalatie of versnipperde informele en formele hulpbronnen

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 de figuur).



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, CTP). 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. 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 moeten worden opgeschaald 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. 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 door o.a., de inrichting van Mentale Gezondheidsnetwerken in samenhang met de sociale basisinfrastructuren. 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 het netwerk zelf volgen, zodat het commitment van de deelnemende partijen een vanzelfsprekende basis is waaraan steeds teruggegrepen kan worden. Dit gedachtegoed 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 we 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 tijdelijke 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 ver-
len wordt samengewerkt aan vraagstukken die verder reiken dan ieders eigen primaire verant-
woordelijkheid.”*

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 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 stemmen;
- Besluitvorming op basis van de vier criteria van procesmanagement: openheid, kernwaarden, voortgang, inhoud.

1.3.2. Governance: netwerksturing

Het Netwerk Rivierenland Zorg & Welzijn (NRZW) is een samenwerkingsverband van aanbieders uit zorg en welzijn, zorgverzekeraar/zorgkantoor, gemeenten, onderwijsinstellingen en woningcorporaties. Binnen dit netwerk komen de drie bestuurlijke tafels in de regio samen: Rivierenland Samen Beter, Sociaal Domein Rivierenland en de Regiotafel VVT Rivierenland. Gezamenlijk wordt gewerkt aan maatschappelijke opgaven zoals geformuleerd in het regioplan Rivierenland. Een coördinatieteam Regioplan houdt hier zicht op.

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 effectief⁴:

- a) Gedeelde governance of zelfsturing bij kleine, high trust netwerken,
- b) Sturing vanuit een leidende netwerkorganisatie bij gemiddelde, low trust netwerken, of
- c) Sturing vanuit een administratieve organisatie bij grote, moderate trust netwerken.

Voor de totstandkoming van dit transformatieplan heeft het ministerie van 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.

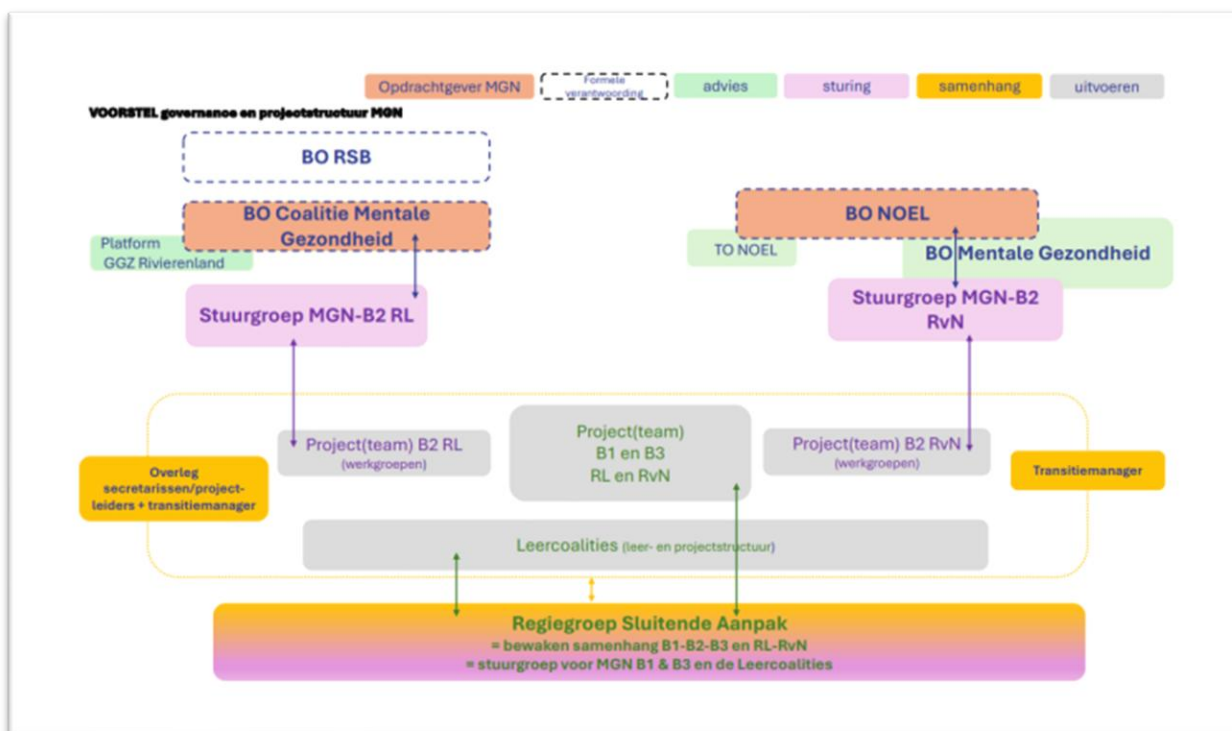
Voor de uitvoering van het transformatieplan zelf zullen we kiezen voor optie 3, die meer passend is bij een grote netwerksamenwerking. Een stuurgroep bestaande uit vertegenwoordiging van het Sociaal Domein, de regionale huisartsorganisatie (RHO), de GGZ en de coördinerend zorgverzekeraar zal met mandaat vanuit het bestuurlijk overleg Coalitie Mentale Gezondheid Rivierenland Samen Beter (RSB), 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).

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 verschillende netwerken en netwerk-overleggen 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 in opdracht van de stuurgroep de tactisch-operationele sturing op het netwerk vorm te geven. Deze administratieve organisatie zal bestaan uit een netwerkleider, projectleiders, business control en secretariële ondersteuning. De netwerkleider rapporteert aan de stuurgroep en de projectleiders rapporteren aan de netwerkleider.

Onderstaande figuur geeft een beeld van het in ontwikkeling zijnde governancevoorstel voor MGN Rivierenland.

⁴ Provan, K.G. & Kennis, P. (2008). Modes of Network Governance: Structure, Management, and Effectiveness. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 18(2), 229-252.



1.3.3. Gelijkerichtheid

Binnen Rivierenland 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. 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.

1.3.4. Sturingscyclus: actieleren en transitiemanagementcyclus

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 derde orde opgave zoals het Mentale Gezondheidsnetwerk. De transitiemanagementcyclus 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 transitiemanagementcyclus versterken elkaar; ze delen namelijk de nadruk op leren door te doen, reflectie en samenwerking.

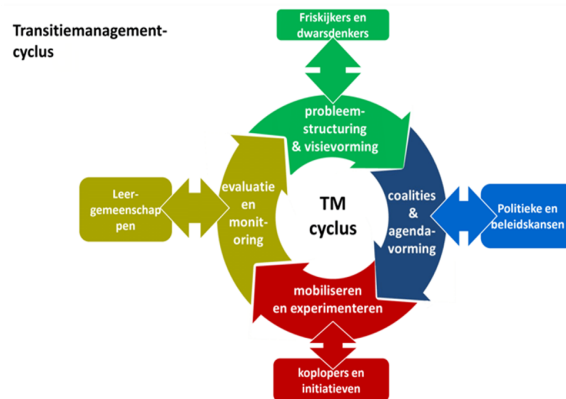
De transitie managementcyclus bestaat uit vier fasen, die elkaar opvolgen en overlappen. De cyclus is echter geen lineair proces, maar eerder een iteratief proces; het herhaalt zich voortdurend, waarbij telkens wordt geleerd en bijgestuurd:

Fase 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:

1. Structuur: wetten, regelgeving, financieringskaders, infrastructuur.
2. Cultuur: waarden, normen, denkkaders.
3. 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 ontwerp sessies en leercoalities, en systematisch hun perspectieven, knelpunten en ervaringen te bespreken.



Fase 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 vorm gaven in het transformatieplan. Een gezamenlijk gedragen lange termijnvisie op mentale gezondheid werd via dit iteratieve en soms hobbelige 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.

Fase 3. Mobiliseren & experimenteren

We hebben al enkele transitie-experimenten uitgevoerd en ruimte gegeven aan koplopers. Voorbeelden hiervan zijn de pilot Centraal Toeleidingspunt (in de regio's Rijk van Nijmegen en Centraal-Gelderland) en de 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 §2.9). 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.

Fase 4. Evaluatie en 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, maar ook tweede en derde orde leren 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.

2. Regionale opgave

2.1. Regiobeeld

Huidige situatie	2025
Aantal inwoners regio Rivierenland	200.462
Aantal gemeentes regio Rivierenland	6 (Buren, Culemborg, Neder-Betuwe, Tiel, West-Betuwe, West Maas en Waal)

Het aantal cliënten in de GGZ in Rivierenland vertoont vanaf 2019 een afname. De afname van aantal cliënten in zorg na 2019 kan beïnvloed zijn door COVID. Landelijk is deze afname iets sterker. Het aantal cliënten in de langdurige GGZ blijft stabiel in Rivierenland, terwijl dit landelijk daalt. Het aantal GGZ-bedden in regio Rivierenland is laag. Het aantal cliënten in de GGZ in Rivierenland is relatief het grootst in Culemborg, gevolgd door Tiel. Dit sluit aan bij het landelijke beeld dat de vraag naar GGZ in steden groter is dan in rurale gebieden. Het aantal cliënten met ernstige psychiatrische aandoeningen per 10.000 inwoners ligt relatief laag in Rivierenland. De gemiddelde kosten voor GGZ liggen in 2021 in de regio Rivierenland voor de leeftijdsklassen 18 t/m 64 jaar en 65 jaar en ouder op of rondom het landelijk gemiddelde.

De gemiddelde wachttijden voor GGZ liggen in de regio Rivierenland voor de meeste vormen van zorg boven de treeknorm. Dit sluit aan bij het landelijke beeld. De wachttijden bij de overige GGZ-aanbieders in Rivierenland moeten worden uitgevraagd voor een vollediger beeld.

Instelling	Aanbod	Wachttijd van aanmelding tot intake	Wachttijd van intake tot start	Wachttijd van aanmelding tot start
Pro Persona	Acute dienst	2 weken	0 weken	2 weken
	Spoedzorg	5 weken	10 weken	15 weken
	Ambulant, volwassenen	13 weken	8 weken	21 weken
	Ambulant, ouderen	5 weken	1 week	6 weken
	FACT (multidisciplinair)	11 weken	2 weken	13 weken
Iriszorg	Ambulant 18 + monodiscipl.	1 week	6 weken	7 weken
	Ambulant 18 + multidiscipl.	1 week	24 weken	25 weken
	FACT (verslaving)	1 week	36 weken	37 weken
Psychiatrie Rivierenland	Ambulant 18 +	22 weken	5 weken	27 weken
Overig	Ambulant 18+		Nog uit te vragen	

Treknormen:

Maximaal 4 weken vanaf aanmelding tot intake
 Maximaal 10 weken vanaf intake tot start behandeling

Binnen treeknorm Buiten treeknorm

Bronnen en legenda:

Websites aanbieders (aug. 2025) (schuingedrukt)
 Uitvraag bij partijen (Iriszorg, nov 2024, Pro Persona, aug 2025)

2.2. Regioplan

Ambitie:

- Samen voor het versterken van de mentale gezondheid: Inwoners met mentale problematiek zo snel mogelijk passende ondersteuning en zorg bieden, over de domeinen heen. Daarmee voorkomen we (meerdere) verwijzingen.

- Samen voor inwoners met een kwetsbare gezondheid & multi-problematiek: er ligt een opgave om passende preventie & zorg in te zetten om de gezondheidsrisico's van specifieke doelgroepen te verminderen. Inzetten op verbeteren van de gezonde leefomgeving en verbeteren van de keten tussen zorg en het sociale domein zijn hierin een belangrijke opgaven.
- Samen zorg voor duurzame domeinoverstijgende samenwerking & financiering.
- Samen inzetten op passende hybride zorg, technologie en elektronische gegevensuitwisseling.
- Samen zetten we in op preventie en terugdringen van gezondheidsverschillen.
- Samen bewerkstelligen dat inwoners op de juiste plek en in de juiste leefomgeving zijn.

Uitgangspunten gezondheidsdoelen:

- Wachttijden GGZ terugdringen.
- Duurzame financiering mentale gezondheid.
- Vastgoed toekomstbestendig.
- Versterken van de crisiszorg GGZ.
- De zorgconsumptie van chronisch zieken verminderen.
- Inwoners met kwetsbaarheid zijn in beeld.
- We voorkomen dat inwoners doorschuiven naar zwaardere zorg.
- We richten ons niet alleen op de inwoner, maar betrekken naasten, leefomgeving en sleutelpersonen uit de omgeving.

2.3. Voor wie willen we welke impact maken?

Het Mentale gezondheidsnetwerk 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.
- Versterken verbinding huisartsen/POH en Sociaal Domein door de inzet van verbindende projecten in lijn met Welzijn op recept.
- Dat de wachttijd in de GGZ-zorg voor inwoners met complexe problematiek afneemt (binnen treeknormen).
- Dat de GGZ-expertise in het netwerk laagdrempelig verbonden voorliggende, alternatieve voorzieningen.

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

2.3.1. 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 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;
- Verbinding huisartsen/POH en Sociaal Domein versterken door de inzet van verbindende projecten in lijn met Welzijn op Recept.

2.3.2. 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;
- Ontdubbeling⁵ van de wachtlijsten en efficiëntere toewijzing;
- Minder vraag naar monodisciplinaire en multidisciplinaire -GGZ en formele hulpbronnen vanuit Sociaal domein;
- 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 een betere samenwerking in het vervolgtraject. We willen samen de hiaten in het regionale zorgaanbod oplossen en met dezelfde visie, gelijkgericht aan tafel zitten. We doen dit voor (1) inwoners met (dreigende) hulpvragen ter voorkoming van zorg, (2) ook op inwoners met complexe hulpvragen, waarbij een vermoeden bestaat van de noodzaak tot gecoördineerde domeinoverstijgende zorg en ondersteuning (3) het gezamenlijk afstemmen van zorgvraag en -aanbod (m.n. voor verslaving, LVB en autisme). In termen van de zorg gaat het om inwoners die nu te snel of onnodig verwezen worden naar planbare, ambulante monodisciplinaire GGZ en multidisciplinaire GGZ, inwoners waarvoor er nu geen passend aanbod is en ook over inwoners die nu soms te lang in de GGZ worden doorbehandeld, omdat de zorg versnipperd is.

Wat gaan we doen?

- Inrichten van het verkennend gesprek (VG).
- Inzicht vergroten door het organiseren van gezamenlijk, regionaal inzicht en beheer van en gezamenlijke verantwoordelijkheid voor het GGZ-aanbod en de wachttijden.
- Transfermechanisme waarin we elkaar inzicht geven in aantallen en soorten zorgvragers die op de afzonderlijke wachtlijsten staan. Ook wordt er gezamenlijk bekeken hoe vraag en aanbod beter bij elkaar gebracht kunnen worden om zo te komen tot het daadwerkelijk transfereren van wachtende personen⁶.
- Samen de bestaande regionale transfer- en casuïstiektafel doorontwikkelen tot een domeinoverstijgend casusoverleg die minder vrijblijvend wordt ingericht.

⁵ Uit het onderzoek van BDO over dubbelwachtenden blijkt 21% op meer dan één wachtlijst te staan voor dezelfde problematiek (bron: https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_716178_22/1/).

⁶ Definitie volgens Landelijke werkwijze MGN, [20240301-Werkwijze-Mentale-gezondheidsnetwerken.pdf](#)

- Zorgen dat informatie en ondersteuning toegankelijk, vindbaar en zichtbaar zijn én blijven, zodat inwoners gemakkelijker hun weg vinden naar de juiste steunbronnen, zoals zelfhulpmodules, e-health, peer support, ondersteuning, begeleiding en behandeling;

2.3.3. 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?

- Minder escalaties in de wijk/woonkern;
- In beperkte mate minder heropnames na (acute) opname;
- Kortere lijnen tussen GGZ, huisartsen en sociaal domein rond inwoners met ernstig psychische kwetsbaarheid;
- Minder noodzaak tot de inzet van outreachende of acute zorg uit de witte kolom (SEH, multidisciplinaire -GGZ);
- 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 een netwerk van informele en formele steunbronnen in basisonderdeel 1 en 3. Netwerksamenwerking vanuit de specialistische maatschappelijke en behandel-GGZ, verslavingszorg en LVB-gehandicaptenzorg ter ondersteuning van lokale/regionale basisinfrastructuur. In termen van de zorg gaat het om inwoners die door versnippering in de samenwerking nu soms zonder behandel noodzaak (chronisch) afhankelijk worden van niet-planbare, intensieve vormen van ambulante GGZ (bijv. FACT), OGGZ (bijv. Meldpunt Bijzondere Zorg) en acute GGZ (bijv. crisisdienst, klinische opnames).

Wat gaan we doen?

- De huidige functies van de WijkGGZ institutionaliseren en stabiliseren, dat wil zeggen geleerde lessen verwerken in een uitvoerbaar en kostendekkende duurzame organisatievorm.
- Meer beschikbaarheid van peer support communities en herstelactiviteiten voor inwoners met EPK als onderdeel van deze netwerken.
- De huidige vormen van netwerkzorg (WijkGGZ, WijkGGD) en peer support doorontwikkelen door hen te verbinden met op maat ondersteuningsnetwerken rondom inwoners met EPK, bijvoorbeeld in de vorm van resource groups⁷ (samenwerkgroepen) of met behulp iemand die in het netwerk zaken regelt/coördineert; niet alleen ter voorkoming van zorg maar ook ter versoepeling van de uitstroom vanuit zorg.
- Deze ontwikkeling vraagt een brede samenhang met basisonderdeel 3 en 1.

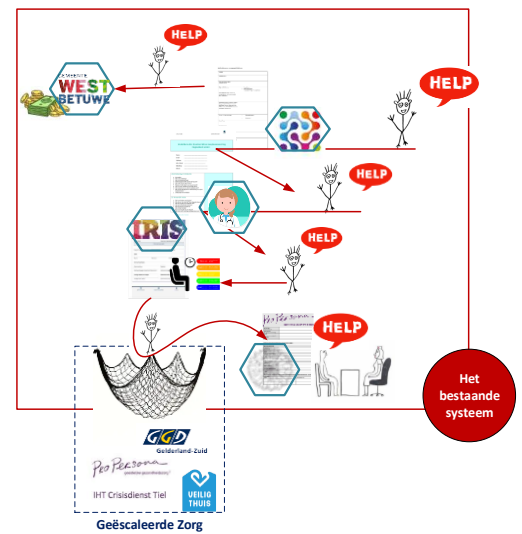
⁷ Een resource group is een groep mensen, door de inwoner uitgekozen, die voor de inwoner belangrijk is en die hem of haar helpt persoonlijke, zelfgekozen hersteldoelen te bereiken, zoals persoonlijk herstel (herstel van identiteit), maatschappelijk herstel (zinnvolle participatie) en herstel van gezondheid (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.

2.4. De complexiteit voor inwoners in het huidige systeem

Met de ontwikkeling dat meer inwoners 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 inwoners met (ernstige) 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, nog te vaak dat het ons nog niet lukt de cruciale gezamenlijke verantwoordelijkheid te nemen. De complexiteit van het huidige systeem leidt er dan toe dat inwoners die hulp vragen en hun naasten tussen wal en schip vallen. En waar we willen dat zij regie hebben op hun eigen herstelproces, vergroten de ingewikkelde procedures juist de afhankelijkheid van formele zorg of steun.



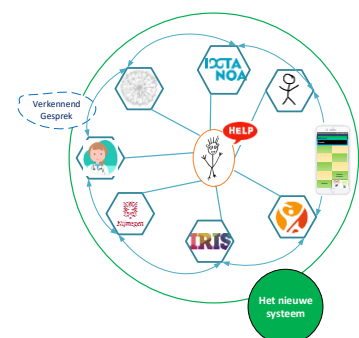
Inwoners en hun naasten verliezen nu vaak de regie op hun herstelproces door het complexe systeem.

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 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.

2.5. De cirkel doorbreken van het huidige systeem

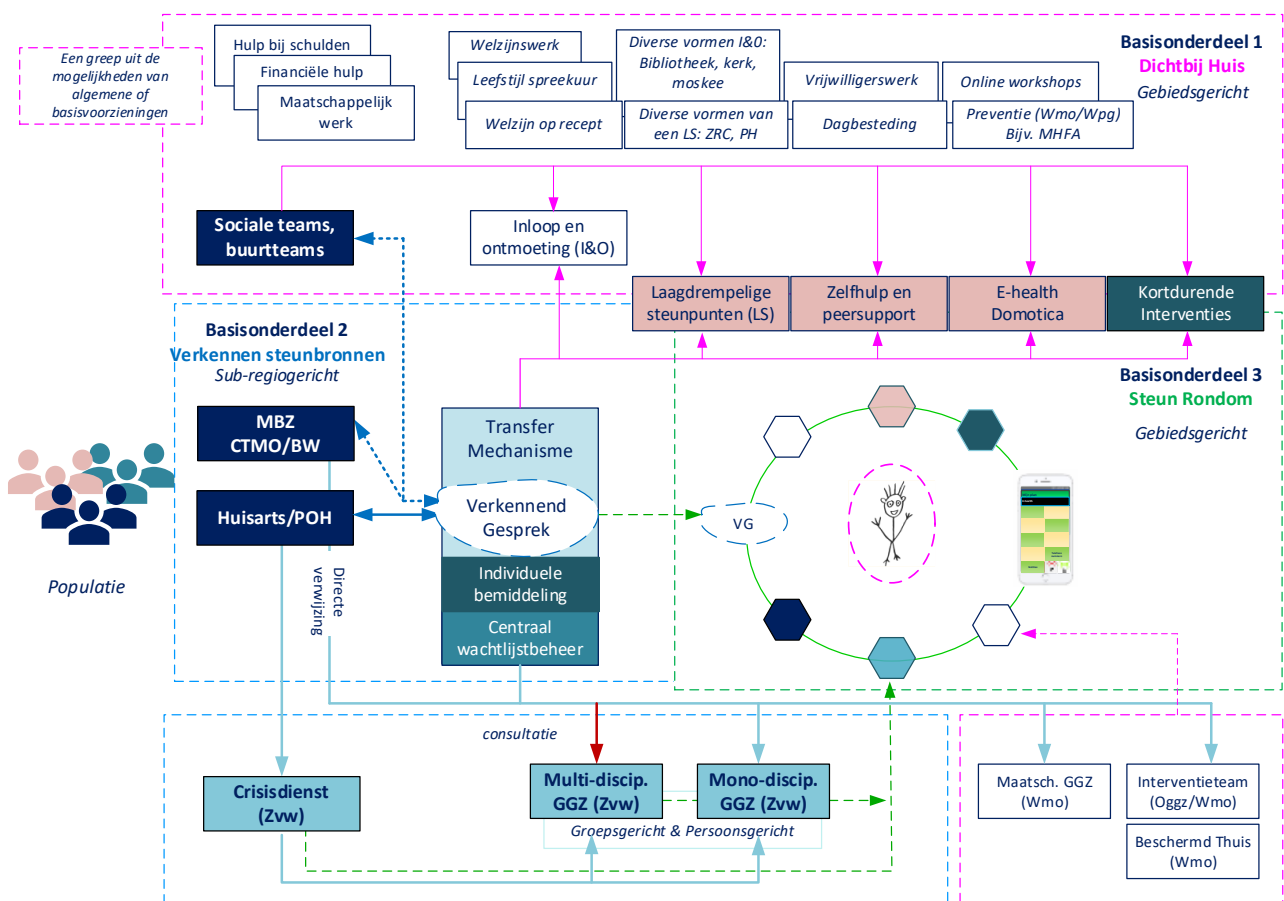
Vanuit een gezondheidsbevorderende en herstelondersteunende visie zetten we een volgende stap naar een betere, toegankelijke en samenhangende ondersteuningsstructuur. We doorbreken de ongewenste cirkel en nemen samen de verantwoordelijkheid om op alle niveaus van samenwerking en tussen (partijen in)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

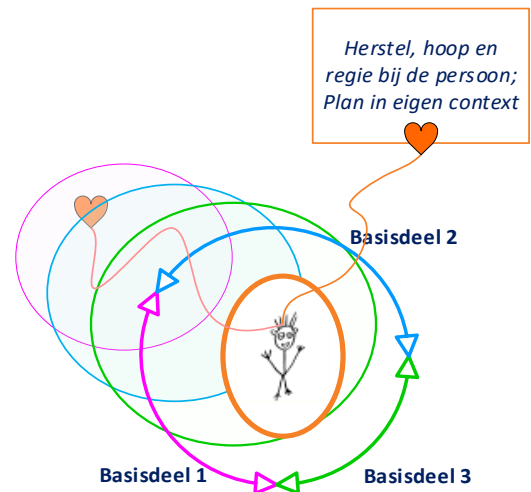
We willen een coherent werkend netwerk van informele en formele steunbronnen; rondom inwoners met een hulpvraag bij mentale gezondheid, dat steun biedt om met de uitdagingen van het leven om te gaan.

2.6. De nieuwe cliëntreis voor inwoners met een hulpvraag



Binnen ons Mentale Gezondheidsnetwerk 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 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

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 businesscase 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	
Functies	Activiteiten	Jaar 0 (2024)	Jaar 1 (2025)
Coördinatie	Agenderen, afstemmen en organiseren	Doorlopend	Doorlopend
	Vorbereiding bestuurlijke overleggen en besluitvorming	Doorlopend	Doorlopend
	Afstemming met landelijk programma MGN	Doorlopend	Doorlopend
	Opstellen transformatieplan	Doorlopend	Doorlopend t/m september
Transformatieplan	Ontwerpsessies en verdiepende sessies	Vanaf Q2	Doorlopend
	Uitwerken activiteiten en mijlpalen	Vanaf Q2	Doorlopend
Maatschappelijke businesscase	Ontwerpsessies SCOPAFIJTH met alle betrokken organisaties	Q2	Doorlopend t/m goedkeuring transformatieplan
	Opstellen en vullen van het rekenmodel	Doorlopend	Doorlopend t/m september
	Toetsing op fiscaliteit		Q4
Digitale (domeinoverstijgende) gegevensbeschikbaarheid GGZ	IGGZ-partijen hebben met M&I/Partners digitale strategie uitgewerkt tbv gegevensbeschikbaarheid in MGN	Q4	Q1

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 in gemeenten al bieden. We ontwikkelen en verbinden een aantal steunbronnen die bijdragen aan mentale vitaliteit, zoals laagdrempelige steunpunten en projecten in lijn met Welzijn op Recept in lijn met de basisfunctionaliteiten en basisinfrastructuur zoals beschreven in het AZWA. Zo maken we een volgende stap naar een coherent werkend netwerk met een lokale verankering.

Vanuit het plan Rivierenland Samen Beter werken alle gemeenten in Rivierenland gezamenlijk aan een gezonde regio en de verantwoordelijkheden binnen o.a. IZA en GALA. Zo ook voor de onderdelen uit dit transformatieplan. Er wordt in kaart gebracht wat er al is en wat er nodig is om te voldoen aan:

- Laagdrempelige steunpunten
- Toegankelijkheid steunbronnen
- Verbinding huisartsen/POH en sociaal domein.

Er is al veel beschikbaar in lijn met de opdrachten. De taak ligt vooral bij het controleren op wat er al is en doorontwikkelen waar nodig. Met betrekking tot Mental Health Verbindt (toegankelijkheid steunbronnen) staan gemeenten nog aan de start. Uitwerking van de onderdelen doen we vanuit de bestaande samenwerkingsafspraken die er nu al zijn tussen de 6 gemeenten. De opdracht voor de uitwerking van het IZA en AZWA maakt onderdeel uit van de regionale samenwerkingsafspraken Sociaal Domein Rivierenland.

Basisonderdeel 2 - Verkennen van steunbronnen

We willen inwoners met een hulpvraag op tijd leiden naar de juiste informele en formele steunbronnen op de juiste plek. Het verkennend gesprek, informatievoorziening aanbod en wachttijden beheer, transfermechanisme, domeinoverstijgend casuoverleg leiden tot een betere en snellere match. Daarbij beschikken we over een up-to-date digitale informatievoorziening van aanbod en wachttijden. We maken gebruik van de basis die met de mentale gezondheidscentra (GGZ Breburg) en de pilot CTP in Nijmegen/Arnhem is gelegd. De invulling is mede afhankelijk van de uitwerkingen in basisonderdeel 1 en 3.

Transitie curve	Opbouw ->		Voortbouw ->		
	Jaar 1	Jaar 2	Jaar 3	Jaar 4	Jaar 5
Verkennd Gesprek	Experimenteren & leren	Verbreden	Institutionaliseren	Stabiliseren	
Informatievoorziening GGZ- aanbod en wachttijden	Experimenteren & leren	Verbreden	Institutionaliseren	Stabiliseren	
Informatievoorziening aanbod Sociaal Domein, peersupport, eHealth	Experimenteren & leren	Verbreden	Institutionaliseren	Stabiliseren	
Transfermechanisme (regionale logistiek m.b.t. aanbod en wachttijden)	Experimenteren & leren	Verbreden	Institutionaliseren	Stabiliseren	
Domeinoverstijgend casuoverleg > doorontwikkelen bestaande transfer-en casuïstiektafel	Experimenteren & leren	Verbreden	Institutionaliseren	Stabiliseren	
Transitiecycle 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	Experimenteren en leren	Verbreden	Verbreden	

Basisonderdeel 3 – Steun Rndom

We maken gebruik van de basis die er is gelegd, om de inclusie van inwoners met een (ernstige) psychische kwetsbaarheid en de leefbaarheid in de wijk/woonkern te versterken. Daarbij worden de goede praktijken van de WijkGGZ, lokale herstelondersteunende initiatieven en de ervaringen met de WijkGGD in Rijk van Nijmegen benut. Inwoners, vrijwilligers en professionals van het Sociaal Domein, de maatschappelijke GGZ (RIBW-N&R), de eerste lijn huisartsen/POH en tweede lijn GGZ, verslavingszorg en gehandicaptenzorg vormen een domeinoverstijgend netwerk rondom inwoners met een (ernstige) psychische kwetsbaarheid. Door consultatie en advies en snel en flexibel inzetbare (lichte) passende ondersteuning vanuit de 2^{de} lijn behouden inwoners regie in het leven.

De regioplandoelstellingen werken door in de transformatie van het GGZ-aanbod (o.a. toegankelijkheid GGZ met minder professionals, versterken methodisch werken, groeps- en online/hybride behandelingen), dat buiten de scope valt van dit transformatieplan, maar wel onderdeel is van de totale transitie beweging.

2.8. Digitalisering

De volgende ontwikkelingen hebben we voor ogen:

Te ontwikkelen functies	Jaar 1	Jaar 2	Jaar 3	Jaar 4	Jaar 5
Digitalisering toegankelijkheid online preventief aanbod, zelfhulp modules, peer support communities, ggz-aanbod en aanbod sociaal domein	Mental Health Verbindt ⁸ invullen voor Rivierenland, incl. online aanbod en peer support	Mental Health Verbindt invullen voor Rivierenland, incl. online aanbod en peer support	Mental Health Verbindt verbinden met Mentaal Schakelpunt ⁹		
Digitalisering van wachttijden beheer ggz-aanbod naar Mentaal Schakelpunt	Slim verwijzen ¹⁰ implementeren	Doorontwikkelen naar Mentaal schakelpunt	Mentaal Schakelpunt implementeren		
Digitale registratie van onderlinge afspraken en verrichtingen (basisonderdeel 3)	Huidig registratiesysteem WijkGGZ breder toegankelijk maken dan WijkGGZ				

⁸ **Mental health Verbindt** is een bemenste website. Het geeft informatie en advies over de verwijzing van volwassenen (18+) met psychische klachten in de regio Nijmegen. Zodat verwijzers beter de weg weten en sneller hulp vinden voor 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 aanbod en op termijn het Mentaal Schakelpunt.

⁹ 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 inwoner en direct inzicht in de best passende hulp, zowel in de zorg als daarbuiten (Sociaal Domein). 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.

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.

Te ontwikkelen functies	Jaar 1	Jaar 2	Jaar 3	Jaar 4	Jaar 5
Digitalisering gegevensbeschikbaarheid rond hulpvragen van inwoners in zorg/sociaal domein	Plan ontwikkelen o.b.v te verwachten landelijke en (boven)-regionale ontwikkelingen en regionale mijlpalen afspreken.	Mijlpalen realiseren t.a.v. harmoniseren taal en techniek	Mijlpalen realiseren t.a.v. pilots en experimenten	Mijlpalen realiseren t.a.v. pilots en experimenten	Mijlpalen realiseren t.a.v. data-ontsluiting
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 (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 met inzet van VIPLive.

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 Rivierenland. Ook de huisartsen en het Sociaal Domein zijn aangesloten op de digitale ontwikkelingen van RSB en werken toe naar een regionaal platform.

Uitgangspunten

Het vastgestelde IZA uitvoeringsakkoord gegevensuitwisseling 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 en kan dus geen 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.

Nadere specificatie

1) Deelname aan regionale gegevensbeschikbaarheid

De huisartsen (CHV) en de GGZ-partijen die betrokken zijn sluiten aan bij de regionale ontwikkeling op het gebied van gegevensbeschikbaarheid.

Aanname: Landelijke standaardisatie zal er voor 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 regionale gegevensbeschikbaarheid globaal gelijk zijn en de kosten daarvoor ook.

Deelname aan regionale samenwerking op het gebied van digitale gegevensbeschikbaarheid is op basis van omzet in de regio. De verwachte kosten die we in dit plan opnemen zijn daarop gebaseerd.

2) Per deelnemende organisatie aansluiten

Elke deelnemende organisatie zorgt ervoor - binnen een nader af te spreken tijdsplan - dat processen, informatie, applicaties en infrastructuur voldoen aan de generieke functies, voldoen aan de afsprakenstelsels (o.a. Twiin¹¹) en informatiestandaarden. En dat de 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) ingericht worden gedurende de looptijd van het transformatieplan. Elke deelnemende organisatie 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 gegevensdeling in de regio, uit de eigen exploitatie, de volgende functies (niet limitatief) realiseren: Kantoorautomatisering, veilig mailen, veilig video consult, vaker 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. 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.

Verwachte eenmalige kosten

De kosten voor implementatie zullen voor een deel vast zijn en voor een deel variabel, afhankelijk van het aantal medewerkers (licentiekosten, laptop, telefoon). De variabele kosten worden gefinancierd vanuit de exploitatie van de betrokken organisaties. De vaste kosten zullen onder regie van de ICT-groep van Integrale GGZ-partijen gedeeld worden door vier regio's, als 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 middelen zullen uitsluitend worden ingezet voor aansluiting, implementatie en voorbereidingskosten van de functies zoals beschreven in dit transformatieplan en niet voor de ontwikkeling van een dataplatform. De kosten zijn opgebouwd uit de volgende componenten:

¹¹ 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.

- Landelijk Dekkend Netwerk; 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 de regionale ontwikkeling digitale gegevensbeschikbaarheid, 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.

2.9. 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 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 netwerkwzorg, 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 en het borgen van de veranderende manier van werken.

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. Proscop, AKWA). 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: Netwerkwzorg, Small Wins, Netwerkwzorg en Herstel & Peer Support. In deze leercoalities werken we met behulp van bijvoorbeeld actieleren aan het vernieuwen van de bestaande praktijk.

Leren en ontwikkelen als onderdeel van de transitie management cyclus

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 ontwerpessies en het begeleiden van teams in de opstartfase van een nieuwe werkwijze.

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, kennisinstituten en de Samenwerkplaats Sluitende Aanpak.

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 Netwerkgroep voor (midden)management;
- Module Interprofessionele samenwerking en Netwerkgroep voor (sociaalpsychiatrisch) verpleegkundigen;
- Module Netwerkgroep, 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 netwerkgroep.

Kern van de opzet is dat modules in een samengestelde groep van deelnemers uit het netwerk worden gevolgd.

Deze deelnemers zijn de '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.

2.10. Doelstelling en monitoring

Dit transformatieplan is onderdeel van het regioplan dat valt onder verantwoordelijkheid van het bestuurlijk overleg Rivierenland Samen Beter (RSB). 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. 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 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 (zie hoofdstuk 4 en bijgevoegde Excel). Voor de resultaat KPI's voeren we een 0-meting uit.

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.

2.11. Voorkomen van dubbele financiering en verankeren financieringsstromen

Tot slot wordt expliciet gestuurd op het voorkomen van dubbele financiering en het waarborgen van eenmalige investeringen, zodat de veranderingen die tijdens de transformatieperiode worden ingezet, na afloop structureel verankerd zijn binnen de reguliere financieringsstromen. Het is cruciaal dat de in dit transformatieplan opgevoerde kosten niet al vanuit andere middelen worden bekostigd, zoals reguliere bekostiging of andere financieringsbronnen. Tegelijkertijd streven we ernaar zo min mogelijk administratieve last voor betrokken partijen te creëren. Hiervoor verkennen we een aanpak die voldoet aan de gestelde eisen Verantwoordingskader NZa en bijdraagt aan een transparante en verantwoorde uitvoering van het plan.

Om te voldoen aan de eisen van het NZa Verantwoordingskader transformatieplannen, heeft Pro Persona in het jaar 2024, als kerninstelling GGZ die verantwoordelijk is voor de totstandkoming van de transformatieplannen MGN in haar regio's, voor mijlpaal 1 (realisatie van een goedgekeurd transformatieplan) reeds een projectadministratie in AFAS ingericht waarop betrokken functionarissen hun uren hebben geregistreerd en facturen van externen geboekt zijn (bijv. Key Groep). Voor de uitvoering van het transformatieplan zullen we een bredere afspraken maken hoe de betrokken partijen hun projectadministraties gaan inrichten en hoe we die registraties bij elkaar brengen als onderbouwing voor declaraties via de kassiersfunctie van Pro Persona. De administratie wordt zo ingericht dat extra bureaucratische belasting voor medewerkers en deelnemende organisaties tot een minimum wordt beperkt, met name door gebruik van bestaande registratiesystemen en digitale monitoringtools.

Wij erkennen de noodzaak om duidelijk te maken dat de opgevoerde kosten voor intern personeel betrekking hebben op daadwerkelijk extra uren die specifiek zijn ingezet voor dit transformatieplan. Conform het NZa

Verantwoordingskader dienen kosten transparant en inzichtelijk te worden geregistreerd, zodat achteraf duidelijk is waaraan de middelen zijn besteed.

In onze projectadministratie worden per medewerker gespecificeerd:

- Het aantal daadwerkelijk gemaakte uren.
- De specifieke activiteiten waaraan deze uren zijn besteed.
- Het bijbehorende uurtarief per activiteit.

Deze gegevens worden periodiek besproken in de stuurgroep om de voortgang en de rechtmatigheid van de bestedingen te waarborgen. De stuurgroep analyseert regelmatig de begroting ten opzichte van de realisatie en neemt bij afwijkingen passende maatregelen.

Financieringsbronnen

We hebben in de hoofdstukken 1 en 2 een integrale schets gemaakt van de gezamenlijke ambitie die we als betrokken partijen vanuit alle domeinen hebben om de zorg voor mentale gezondheid te transformeren naar een duurzaam, toegankelijk geheel van netwerkzorg.

Hiervoor willen we verschillende financieringsbronnen benutten (zie onderstaande tabel) waarbij dit plan zich richt op de aanvraag voor basisonderdeel 2.

	Basisonderdeel 1 Dichtbij huis	Basisonderdeel 2 Verkennen van steunbronnen	Basisonderdeel 3 Steun rondom
Transitie-activiteiten	SPUK IZA, AZWA, Reguliere middelen Wmo	IZA, Reguliere middelen Wmo, Zvw	IZA, AZWA, Reguliere middelen Wmo, Zvw
Digitalisering	IZA (aansluitend bij landelijke en (boven)- regionale ontwikkelingen van een gezamenlijke IT- infrastructuur voor primaire en secundaire databeschikbaarheid)	IZA (aansluitend bij landelijke en (boven)- regionale ontwikkelingen van een gezamenlijke IT- infrastructuur voor primaire en secundaire databeschikbaarheid)	IZA (aansluitend bij landelijke en (boven)- regionale ontwikkelingen van een gezamenlijke IT- infrastructuur voor primaire en secundaire databeschikbaarheid)
Leercoalities als onderdeel van de transitiemanagement cyclus	ZonMW, AZWA	ZonMW	ZonMW, AZWA

2.12. 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 casusoverleg.

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 casusoverleg 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 (zie hoofdstuk 4).

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.

3. Subsidieaanvraag voor de eenmalige veranderopgaven

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

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

Doelgroep	Inwoners met hulpvragen. De focus ligt hier op (1) inwoners met (dreigende) hulpvragen ter voorkoming van zorg, (2) ook op inwoners met complexe hulpvragen, waarbij een vermoeden bestaat van de noodzaak tot gecoördineerde domeinoverstijgende zorg en (3) het de noodzaak tot gezamenlijk afstemmen van zorgvraag en -aanbod (m.n. voor verslaving, LVB en autisme).
Doelstelling	Realisatie van het samenwerkingsverband tussen huisartsen/POH's, het Sociaal Domein en de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) (het Mentale Gezondheidsnetwerk) in de regio zodat inwoners met hulpvragen snel, passend en zonder onnodige medicalisering ondersteuning krijgen in diverse vormen van informele en formele steunbronnen, waaronder zelfhulp modules, peersupport, Wmo-zorg of 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 inwoners met een psychische hulpvraag aan vrijwilligerswerk, dagbesteding en/of arbeid, doordat ze beter en sneller verder geholpen worden.
Resultaten	<p>1. Verkennend gesprek</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ (Lokale) opstart in 2^e helft 2026 met het verkennend gesprek. Doorgaans online, maar live als de situatie daarom vraagt. ○ Vaststellen van positionering, routing en randvoorwaarden voor regionale implementatie en borging. ○ Leren van ervaringen uit andere regio's (o.a. GGZ Breburg, CTP Arnhem/Nijmegen, TCP Gelderse Vallei). ○ Regionale implementatie waarbij ongeveer 70 huisartsenpraktijken aanmelden en borging. <p>2. Informatievoorziening aanbod en wachttijden GGZ, Sociaal domein en steunbronnen; regionaal inzicht en beheer</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Organiseren van een gedeeld, regionaal overzicht van GGZ-aanbod en wachttijden. Een 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 en onderzoek naar koppeling en doorontwikkeling met systemen zoals Zorgdomein en Mentaal Schakelpunt. ○ Mental Health Verbindt, bemenste website, ontwikkelen voor Rivierenland.

3. Transfermechanisme

- Inzicht in aantallen en typen zorgvragers per aanbieder.
- Gezamenlijke afstemming van vraag en aanbod om daadwerkelijke doorstroom te realiseren.
- Ontdubbelen van wachtlijsten en betere benutting en verbinden met bestaande en toekomstige systemen (waaronder MSP).
- Uitbreiden met urgentie van zorgvragers.

4. Doorontwikkeling domeinoverstijgend casusoverleg

- Integratie en doortonwikkeling van bestaande transfer-en casuïstiektafel tot een domeinoverstijgend casusoverleg die minder vrijblijvend wordt ingericht.
- Minder vrijblijvend karakter en sterkere gezamenlijke verantwoordelijkheid.
- Toewerken 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.

5. Samenhang met bredere ontwikkelingen

- Aansluiten op landelijke en/of (boven)-regionale ontwikkelingen t.a.v. digitale gegevensbeschikbaarheid.
- Afstemming en borging binnen de bredere programmaonderdelen (basisonderdeel 1 en 3), zoals toegankelijk en vindbaar maken van zelfhulpmodules, E-health, peer support, begeleiding en behandeling.
- Verbeterde toeleiding naar passende hulp en ondersteuning.

Waar passend of noodzakelijk sluiten we aan bij de landelijke standaarden en kaders, de ervaringen vanuit GGZ Breburg en pilot CTP Arnhem/Nijmegen en TCP Gelderse Vallei. Tijdens de experimenteerfase ontwikkelen we – in samenspraak met huisartsen, POH's-GGZ, GGZ-aanbieders en gemeenten – regionale en lokale aanpassingen op de functies.

Verwachte impact 2030

De samenwerking tussen huisartsen/POH's, GGZ, Sociaal Domein, peersupport en informeel netwerk leidt tot kennisoverdracht en betere afstemming, waardoor de cliëntreis eenvoudiger en efficiënter wordt: inwoners hoeven hun verhaal niet steeds opnieuw te vertellen en versnippering wordt tegengegaan.

Door de beweging naar de voorkant en betere samenwerking kunnen we vaker sneller een passende oplossing vinden. Dit betekent dat er, afhankelijk van de behoefte, meer gebruik wordt gemaakt van informele hulp uit het eigen netwerk, eHealth, zelfhulpmodules, peer-support, ondersteuning vanuit het Sociaal Domein en de GGZ. Op deze manier wordt laagdrempelige en passende ondersteuning geboden, waarbij steeds wordt gekeken welke vorm van hulp het beste aansluit, zowel binnen als buiten de GGZ.

Inwoners leren hun mentale gezondheid beter begrijpen en onderhouden, waardoor zij zich mentaal sterker voelen en vitaler omgaan met dagelijkse stress en onverwachte tegenslagen. Tegelijkertijd ontwikkelen zij het vermogen om signalen van mogelijke problemen sneller te herkennen en weten zij eenvoudig hun weg te vinden naar passende ondersteuning binnen de sociale basis en het Sociaal Domein dichtbij huis.

Daarnaast ontstaat een tweede-orde leereffect: door gezamenlijke monitoring van wachttijden, knelpunten en kansen kunnen we het regionale zorg- en ondersteuningsaanbod beter laten aansluiten op de veranderende vraag.

Indicatoren (KPI's) en mijlpalenplanning zijn beschreven in hoofdstuk 4 en bijgevoegde businesscase/rekenmodel. Recente resultaten van GGZ Breburg laten zien dat ongeveer 20% van de hulpvragen op een andere manier dan GGZ kon worden opgelost. De CTP-pilot in Arnhem/Nijmegen liet dalende wachttijden zien en een meer gespreide verdeling van verwijzingen. Minder multidisciplinaire GGZ was nodig, maar voorzichtigheid is geboden bij deze eerste inzichten. De pilot vereiste aanzienlijke inzet van verschillende professionals en buurtteams.

Logic Model

Output	Outcome Korte Termijn	Outcome Middellange Termijn	Outcome Lange Termijn	Impact IZA-doelstellingen 2030
1. Verkennend gesprek	Breder kijken en in gesprek mét inwoner in plaats van over	Minder vraag GGZ, Korter hulpverleningstraject Meer regie bij de inwoner	Lagere wachttijd, Lagere werkdruk GGZ In één keer op de juiste plek; binnen en buiten de zorg	Lagere wachttijden Minder krapte arbeidsmarkt
2. Regionaal inzicht > Informatievoorziening aanbod en wachttijden beheer	Inzicht in actuele wachttijden en aanbod	Lagere wachttijd, Minder psychisch lijden/verslechtering Inzicht en aansluiting op de lokale (sociale) basisinfrastructuur Minder benodigde FTE	Minder vraag S-GGZ door minder verslechtering in wachttijd Hogere clienttevredenheid	Hogere ervaren mentale gezondheid Lagere zorgkosten
3. Transfermechanisme	Efficiëntere verwijzing naar informele en formele steunbronnen Ontdubbeling wachtlijsten Inwoner zo snel en goed mogelijk bij passende zorg en/of ondersteuning op de	First time right Lagere werkdruk huisartsen/ POH's-GGZ Minder benodigde FTE SGGZ	Juiste zorg op de juiste plek	

	juiste plek > kortere wachttijd voor inwoner Beter inzicht in de capaciteit en de vraag voor zorg en ondersteuning in de regio. Knelpunten sneller in beeld			
	4. Domeinoverstijgend casusoverleg (incl. digitale gegevensbeschikbaarheid)	Eén samenhangende plan vanuit netwerkzorg en steun rondom de inwoner	Minder versnippering, Korter hulpverleningstraject Minder benodigde FTE	Lagere wachttijd, Minder vraag S-GGZ, Hogere clienttevredenheid Lagere kosten GGZ
Stakeholders	Huisartsen/POH's, behandel-GGZ organisaties/aanbieders, ZRT, OGGZ, gemeenten/Sociaal Domein, welzijn, zelfregie en peer supportorganisaties, zorgverzekeraars en woningcorporaties.			
Basis voor transitie	<p>Er heeft in de regio een sterke ambulantisering plaatsgevonden van de GGZ waarbij een sterke netwerksamenwerking rond psychisch kwetsbare inwoners tot stand is gekomen. Bijvoorbeeld door de regionale transfer-en casuïstiektafel en de telefonische consultatiefunctie van Pro Persona voor huisartsen. De lijnen in de regio zijn kort, maar de wachttijden zijn lang en er wordt een gebrek ervaren aan specialistisch aanbod voor mensen met specialistische, psychische hulpvragen in combinatie van LVB, ASS, ADHD en eetstoornissen.</p> <p>Inwoners met een zorg- of ondersteuningsvraag willen graag een passend antwoord op hun vraag. Het helpt als zorg- en hulpverleners achter de schermen samenwerken en met elkaar de zorg en ondersteuning afstemmen. Zodat de inwoner daar geen 'last' van heeft en niet langs verschillende loketten wordt gestuurd. Van zorg- en hulpverleners wordt verwacht dat zij over hun eigen domein samenwerken met mensen uit het sociaal domein, het woondomein of het zorgdomein. In veel gevallen betekent dat samenwerken in de wijk, soms op een hogere schaal zoals het gemeentelijk, regionaal of landelijk niveau. Vanuit de regionale netwerkbijeenkomsten kwam als prioriteit naar voren om beter inzicht in elkaars initiatieven te krijgen en initiatieven beter met elkaar te verbinden. Voor de formele en informele hulpverlener moet er een compleet en helder beeld zijn over het lokale/regionale aanbod binnen de zorgsector en het sociaal domein.</p>			
Omschrijving	Binnen Rivierenland willen we de mentale veerkracht van inwoners in wijken of dorpswoonkernen versterken vanuit de grondgedachte van Positieve Gezondheid. Daarbij maken we gebruik van de mogelijkheden die de sociale basis van gemeenten al bieden. We stimuleren dat psychische hulpvragen vanuit het normale leven en niet gelijk medisch worden benaderd. Er wordt vanuit een breder kader gekeken vanuit gezamenlijke visie op positieve gezondheid en herstelondersteuning. Dit vraagt intensieve en duurzame samenwerking en afspraken tussen huisartsen/POH, medewerkers			

vanuit sociaal domein, GGZ-aanbieders, OGGZ-aanbieder, ervaringsdeskundigen en maatschappelijke organisaties. Huisartsen, GGZ-partijen en gemeenten willen een overeenkomst sluiten waarbij alle partijen zich committeren aan het delen van de verantwoordelijkheid voor een dekkend regionaal aanbod en passende zorg.

Daarnaast investeren we in het versterken van de samenwerking. Daarbij staan visievorming, commitment, vertrouwen en gezamenlijke gerichtheid centraal, met de nadruk op het regionale maatschappelijke belang. Dilemma's rond organisatiebelangen worden daarbij transparant gedeeld, zodat we samen verantwoordelijkheid kunnen nemen voor passende oplossingen.

Om de activiteiten te realiseren gaan we aan de slag met een domeinoverstijgende projectorganisatie:

Projectgroep

- Bestaat uit de leden van de regionale transfer- en casuistiektafel.
- Alle domeinen vertegenwoordigd.
- Komt tweewekelijks bijeen om planning en voortgang van de projectactiviteiten te verdelen en te bewaken.

Werkgroepen

- 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.

Klankbordgroep

- Bestaat uit inwoners en ervaringsdeskundigen.
- Geeft gevraagd en ongevraagd advies over oplossingsrichtingen.

Ondersteuning

- De projectgroep wordt gefaciliteerd door een projectmanager.
- Projectmanager kan expertise inzetten vanuit alle betrokken organisaties op onderwerpen zoals:
 - Financiën
 - ICT/IV
 - Juridische zaken
 - Facilitaire ondersteuning
 - Inkoop
 - Administratieve procesinrichting
 - Communicatie

Inhoudelijke

Zoals eerder aangegeven, liggen de activiteiten voornamelijk in de opbouw- en doorbouwfase. De uitwerking hiervan staat hieronder beschreven.

Verkennd Gesprek

We starten halverwege 2026 (lokale) pilot(s) van één jaar met het Verkennd Gesprek om te leren hoe inwoners vroegtijdig, breed en passend geholpen kunnen worden. Hiervoor volgen we de opzet van het Verkennd Gesprek volgens de landelijke werkwijze¹², gecombineerd met de opzet vanuit de pilot CTP Arnhem/Nijmegen, met ruimte voor regionale en lokale aanpassingen zoals bijv. de beweging van gemeenten om te werken vanuit de Aanpak Voorkomen Escalaties (AVE) methodiek. Om te voorkomen dat inwoners en professionals het overzicht verliezen tussen de verschillende gesprekken van oriënterende aard en de vele mogelijkheden in het aanbod, besteden we in de voorbereiding expliciet aandacht aan het in kaart brengen van de verschillen en overeenkomsten tussen de gesprekken.

Tegelijkertijd werken we aan de randvoorwaarden voor duurzame implementatie, zoals governance, ICT, juridische borging, financiering en het continu leren en ontwikkelen van professionals. Bij de randvoorwaarden valt te denken aan:

- **Security:** beveiligde gegevensdeling, beveiligd beeldbellen, beveiligd mailverkeer;
- **Communicatie:** informatiebijeenkomsten, digitale informatiekanalen, website, foldermateriaal;
- **Organisatie:** governance, organisatievorm, samenwerkingsovereenkomsten, werkprocessen (aanvraag VG via VIPLive, eenduidige wachtlijst informatie etc.);
- **Personeel:** HR-voorwaarden, training/scholing, pool van professionals (ervaringsdeskundigen, POH's, GGZ-professionals¹³ en Sociaal Domein-professionals¹⁴);
- **Administratieve organisatie:** afspraken en systematiek voor registratie, declaratie, monitoring e.d.;
- **Financiën:** contractering inkoop VG bij zorgverzekeraars¹⁵ en gemeenten, businessplan;
- **ICT/Informatievoorziening:** telefonie, dashboard Slim verwijzen met eenduidig actueel inzicht in wachttijden en aanbod, digitaal beschikbaar maken van evidence-based E-health modules, zelfhulp tools, 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 VG aan de huisartsen;
- **Juridische borging:** verantwoordelijkheden/taakverdeling tijdens VG, klachtenregeling;
- **Technische aspecten:** hardware, ICT-systemen verbinden, licentiekosten;
- **Huisvesting:** afspraken over huren van locaties voor uitvoering VG's, teamoverleggen etc.

¹² [20240301-Werkwijze-Mentale-gezondheidsnetwerken.pdf](#)

¹³ Zoals gedefinieerd in de [Veldnorm beroepen in de geneeskundige geestelijke gezondheidszorg en de forensische zorg](#)

¹⁴ Type professional vanuit Sociaal Domein vindt in afstemming met gemeenten plaats

¹⁵ De Regionale Huisartsenorganisatie (RHO: CHV) heeft aangegeven hoofdaannemerschap VG niet op zich te kunnen nemen

Om vaker alternatieve oplossingen dan GGZ te kunnen inzetten, moeten alle partijen een alternatief aanbod ontwikkelen en/of beter inzichtelijk maken en toegankelijk houden. Het effect van het VG is afhankelijk van het beschikbare aanbod ná het VG zoals peersupport, eHealth, het Sociaal Domein, zodat hier vaker passend aanbod kan worden gevonden. Dit vraagt actieve inzet van gemeenten (basisonderdeel 1).

Korte termijn (2026): We starten met de (lokale) uitrol van het Verkennend Gesprek voor complexe casuïstiek (volgens landelijke definitie), gekoppeld aan informatievoorziening aanbod en wachttijden beheer, en het domeinoverstijgende casuoverleg (zie hieronder). Een eerste poule van professionals uit GGZ, sociaal domein en ervaringsdeskundigen wordt getraind en huisartsen leren aanmelden volgens de nieuwe werkwijze. Hierna gaan we het VG aanscherpen en opschalen.

Leren en ontwikkelen wordt structureel ingebed in de werkwijzen. Ervaringen, uitstroomcijfers en doorlooptijden worden continu verzameld, gemonitord en geëvalueerd. Deze informatie vormt de basis voor doorontwikkeling van het VG, het versterken van samenwerking en het bepalen van de voorwaarden voor regionale opschaling. Zo ontstaat een lerende praktijk waarin pilots niet alleen lokaal resultaat opleveren, maar ook bouwstenen vormen voor middellange termijn regionale opschaling.

Middellange termijn (2027–2028): In 2027 wordt het VG breder uitgerold waardoor de pool groeit en digitale en organisatorische randvoorwaarden verder moeten zijn ontwikkeld. We onderzoeken of vanaf 2028 huisartsen ook bij minder complexe vragen kunnen aanmelden voor een VG, met experimenten rond bredere of smallere inzet van het VG en afstemming met lokale partners en andere regio's.

Overige functies MGN

De overige functies van het MGN worden stapsgewijs ingevoerd en doorontwikkeld in de regio. Dit doen we via een gefaseerde aanpak: opstarten met lokale uitrol met beperkte inzet, vervolgens regionaal opschalen met meer inzet en structurele afspraken. Dit betreft het transfermechanisme, domeinoverstijgend casuoverleg en de informatievoorziening aanbod en wachttijden beheer, waarbij we gebruik maken van Mental Health Verbindt en het dashboard Slimverwijzen en het Mentaal Schakelpunt. Ook voor deze functies gaan we aan de slag met het creëren van de juiste randvoorwaarden zoals voldoende (project)capaciteit en coördinatie, bemensing, draagvlak en commitment, samenwerkingsovereenkomst etc.

Informatievoorziening aanbod en wachttijden beheer GGZ, Sociaal domein en steunbronnen

Korte termijn (2026-2027)

- Starten met Slimverwijzen voor actuele wachttijden en aanbod GGZ en dit uitbreiden naar andere domeinen.
- Doorontwikkelen van Mental Health Verbindt Rivierenland tot een regionaal bemenste website met overzicht van het aanbod en advies over juiste plek (één digitaal loket voor professionals en inwoners (toekomst)). CHV heeft de intentie bemensing hiervoor in te zetten, mits de capaciteit binnen de organisaties het toelaat.

Middellange termijn (2027-2028)

- 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.
- Voorbereiden van informatieprocessen en aansluiten bij landelijke/regionale ontwikkelingen t.a.v. digitale gegevensbeschikbaarheid.

Transfermechanisme en domeinoverstijgend casusoverleg (incl. digitale gegevensbeschikbaarheid)

Korte termijn (2026)

- Triage vanuit meervoudig perspectief in domeinoverstijgend casusoverleg (3-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 ontdubbelen, gezamenlijke wachtlijst en wachtenden (definitie, zorgtype, datum aanmelding, beheer).
- Afspraken maken over criteria voor urgentie, prioritering en overname.

Middellange termijn (2027-2028)

- Testfase horizontaal verschuiven. Cliënten verschuiven van WMO-/ GGZ-partij naar andere WMO-/ GGZ-partij omdat ze daar eerder en beter geholpen zijn.
- Testfase verticaal verschuiven. 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.
- Continue 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".

	<p><u>Lange termijn (vanaf 2028)</u></p> <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.
<p>Leren en ontwikkelen in transitie</p>	<p>Monitoring, evaluatie en bijstelling</p> <p>De clientreizen gaan we monitoren en we zullen frequent evalueren wat de cijfers en ervaringen ons vertellen over de functies en het functioneren van het MGN. 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). Dit doen we in samenhang met al bestaande leercoalities binnen de Samenwerkplaats Sluitende Aanpak Gelderland-Zuid en de op te richten leercoalitie Verkennend Gesprek, en relateren we aan de monitor van RSB.</p>

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

4. Businesscase

Voor de volledige businesscase waarin we de benodigde investeringen en baten beschrijven verwijzen we naar het Excelbestand *20251127 Businesscase MGN Rivierenland*. Het transformatieplan kan niet los worden gezien van deze Businesscase inclusief KPI's en mijlpalenplanning. We hebben er voor gekozen de volledige tabellen en formules niet in dit document op te nemen, omdat Excel hiervoor het meest geschikt en transparant is. Voor de volledige onderbouwing en berekeningen verwijzen wij daarom naar het bijgevoegde bestand.

De besparingen en extra inzet per jaar vanaf 2026 staan hieronder weergegeven. Vanaf 2030 levert dit transformatieplan een besparing van structureel € 2.684.741 per jaar op voor de zorgverzekeraars en een extra inzet in het sociaal domein van € 940.038 per jaar.

	2026	2027	2028	2029	2030	TOTAAL
Resultaat ZVW - Verkennd gesprek	€ 28.765	€299.392	€ 590.444	€959.785	€1.434.115	€ 3.312.501
Resultaat Sociaal domein - Verkennd gesprek*	-€ 28.965	-€250.873	-€ 426.900	-€613.799	-€ 825.891	-€ 2.146.428
Resultaat ZVW - Overlegtafel	€ 26.569	€ 65.616	€ 149.821	€ 243.800	€ 253.493	€ 739.299
Resultaat Sociaal domein - Overlegtafel*	-€ 21.500	-€ 38.303	-€ 74.706	-€ 111.038	-€ 114.147	-€ 359.694
Resultaat ZVW - Wachlijst	€ 0	-€ 39.767	€ 713.328	€ 453.112	€ 997.133	€ 2.123.806
Resultaat Sociaal domein - Wachlijst	€ 0	€ 0	€ 0	€ 0	€ 0	€ 0
Resultaat ZVW - Totaal	€ 55.333	€ 325.241	€1.453.593	€ 1.656.698	€ 2.684.741	€ 6.175.606
Resultaat Sociaal domein - Totaal*	-€ 50.465	-€ 289.175	-€ 501.606	-€ 724.837	-€ 940.038	-€ 2.506.121
Eenmalige investeringen per jaar**	€ 1.581.895	€ 1.559.664	€ 0	€ 0	€ 0	-€ 3.141.559
Totaal resultaat business case in 5 jaar						€ 527.925

Subsidiebronnen:

* SPUK transformatie-middelen 2026-2027 daarna AZWA

** IZA

Om dit te bereiken, zijn de volgende IZA-transformatiemiddelen nodig. De benodigde middelen kunnen worden onderverdeeld in twee hoofdgroepen:

1. Investeringsbegroting: incidentele IZA transformatiemiddelen, dit omvat alle (incidentele, eenmalige) programmakosten gedurende de transformatieperiode van 2025 t/m 2027.

Enmalige investeringen zorgpartijen (incl. overige)	€ 2.295.456
Enmalige investeringen gemeenten	€ 846.104
Totale begroting eenmalige investeringen	€ 3.141.559

2. Structurele inzet van het sociaal domein:

	SPUK IZA transformatie- middelen (2026,2027)	AZWA (2028-2030 e.v.)	
Structurele kosten Sociaal domein verkennend gesprek incl. extra inzet Sociaal domein a.g.v. afbuiging zorgvraag	€ -279.837,71	€ -1.866.590	€ -2.146.427,61
Structurele kosten Sociaal domein deelname overlegtafel	€ -59.802,71	€ -299.891,07	€ -359.693,78
Totaal			€ -2.506.121,39

De SPUK Transformatiemiddelen IZA 2024-2027 wordt verstrekt aan gemeenten en mede door gemeenten gesubsidieerde en gecontracteerde organisaties voor de extra inspanningen zoals die zijn voorzien in het transformatieplan. De gemeenten hebben getoetst dat de inzet van de SPUK Transformatiemiddelen IZA 2024-2027 voor deze extra inspanningen van de betreffende partijen voldoen aan de eisen die de betreffende SPUK stelt aan staatssteun.

KPI's en mijlpalenplanning¹⁶

Type KPI	KPI omschrijving	0-meting (minimaal bij resultaat KPI)	Bewijsvoering	Datum behalen KPI	Uitbetaling geïndexeerd
Inspanning	1. Transformatieplan MGN Rivierenland (RL) is ingediend en goedgekeurd		Getekend transformatieplan	31-3-2026	€ 286.090
Resultaat	2. Er is eind 2026 een gemiddelde afname 10% wachtenden op de wachtlijsten ten opzichte van de nulmeting.	Nulmeting die we gaan doen betreft: 1) in kaart brengen van het aantal verwijzingen van de Huisarts naar de GGZ over 2024. 2) het aantal huisartsenpraktijken in de regio. 3). Het aantal wachtenden op de wachtlijst SGGZ Pro Persona en Iriszorg. Het resultaat van de nulmeting wordt voorgelegd aan de stuurgroep.	Excel met wachtlijstinformatie en/of screenshot Slimverwijzen	31-12-2026	€ 247.337

¹⁶ Bron en meer details: *Excel 20251127 Businesscase MGN Rivierenland*

Resultaat	3. Minimaal 20% 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.	In 2025 zijn nog geen VG's uitgevoerd in RL	a. Gedeclareerde aantallen VG's. b. Adviesoverzicht (Excel/PDF) waarbij minimaal 20% van de adviezen een ombuiging naar andere steunbronnen dan GGZ laat zien. Berekening: aantallen adviezen naar niet-GGZ / Totaal aantal adviezen na VG x 100% = >20%	31-12-2026	€ 53.083
Inspanning	4. Relevante informatie over (wegen naar) het aanbod binnen het sociaal domein, alternatieve (niet-GGZ) oplossingen én GGZ-oplossingen buiten Slimverwijzen zijn geordend en verzameld.	In 2025 is er geen regionale geordende informatie beschikbaar.	Overzicht verzamelde informatie/data (Excel/ PDF/HTML)	31-12-2026	€ 39.208
Inspanning	5. Overzicht van het aanbod binnen het sociaal domein, alternatieve (niet-GGZ) oplossingen én GGZ-oplossingen die niet zijn opgenomen in Slimverwijzen, zijn zichtbaar en toegankelijk via Mental Health Verbindt (MHV) voor regio RL. MHV is bemenst en goed bereikbaar voor inwoners, huisartsen, POH's, het sociaal domein en GGZ-partijen in de regio.	In 2025 is er geen MHV in RL	Screenshot MHV website	31-12-2027	€ 59.442
Inspanning	6a. Er zijn minimaal 854 VG's uitgevoerd.	In 2025 zijn nog geen VG's uitgevoerd in RL	Gedeclareerde aantallen VG's	31-12-2027	€ 331.488

Resultaat	6b. Minimaal 22% 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.	In 2025 zijn nog geen VG's uitgevoerd in RL	a. Gedeclareerde aantallen VG's. b. Adviesoverzicht (Excel/PDF) waarbij minimaal 22% van de adviezen een ombuiging naar andere steunbronnen dan GGZ laat zien. Berekening: aantallen adviezen naar niet-GGZ / Totaal aantal adviezen na VG x 100% = >22%	31-12-2027	€ 220.992
Inspanning	7a. Digitalisering: Gezamenlijk plan van aanpak voor digitalisering MGN, incl. mijlpalenplanning, activiteitenplanning en bergroting eenmalige investeringen is gereed.	Er is geen projectplan Digitalisering MGN	Projectplan (PDF) digitalisering MGN , incl. mijlpalenplanning, activiteitenplanning en begroting, met 3 te realiseren doelen: a. AI inzetten voor rapportages VG b. Implementatie Mentaal Schakelpunt c. Digitale gegevensbeschikbaarheid realiseren voor VG, casuïstiekbepreking en transfertafel.	31-12-2026	€ 8.300
Resultaat	7b. Digitalisering: VG maakt voor rapportages gebruik van AI en reduceert daarmee 10% van de indirecte tijd waarmee beschikbare capaciteit in de zorg beter wordt benut.	Registraties indirecte tijd (rapportage) tijdens de pilot VG in 2026 (Excel)	Overzicht of tabel van de tijd die wordt besteed aan rapportages na VG vóór en na inzet van AI -waaruit 10% afname blijkt	31-12-2027	€ 85.212

Resultaat	7c. Digitalisering: regionale implementatie Mentaal Schakelpunt (MSP) is afgerond voor aanbodinformatie, aanbodmonitor (prospectieve wachtlijstinformatie) en tool voor vraagverheldering en vraagsturing. Hiermee wordt 5% indirecte tijd bij casuistiektafel gereduceerd waarmee beschikbare capaciteit beter wordt benut.	Registraties indirecte tijd (rapportage) tijdens de pilot casuistiektafel in 2026 (Excel)	a. Screenshot MSP; b. Overzicht of tabel van de tijd die wordt besteed aan indirecte tijd voor verslaglegging en afstemming bij casuistiektafel -waaruit 5 % afname blijkt.	31-12-2027	€ 114.142
Resultaat	7d. Digitalisering: Transfertaal, casuistiekbespreking en VG maken gebruik van digitale gegevensbeschikbaarheid. Daarmee wordt 10% van de voorbereidingstijd van deelnemers aan de casuistiektafel verminderd, waarmee beschikbare capaciteit beter wordt benut.	Registraties indirecte tijd (rapportage) tijdens de pilot casuistiektafel in 2026 (Excel)	a. Geanonimiseerde screenshots van 5 domeinoverstijgende dossiers. b. Registraties indirecte tijd (rapportage) casuistiektafel over het jaar 2027 (Excel) waaruit (5% +) 10% afname blijkt.	31-12-2027	€ 342.426
Inspanning	8. Van het aantal huisartsenpraktijken voortvloeiende uit de nulmeting maakt minimaal 15% gebruik van het Verkennend gesprek in 2026.		Overzicht van huisartsenpraktijken met cliëntaantallen die aanmelden voor VG's (Excel/PDF)	31-12-2026	€ 556.150
Inspanning	9. Van het aantal huisartsenpraktijken voortvloeiende uit de nulmeting maakt minimaal 50% gebruik van het Verkennend gesprek in 2027.		Overzicht van huisartsenpraktijken met cliëntaantallen die aanmelden voor VG's (Excel/PDF)	31-12-2027	€ 599.994
Inspanning	10. Leercyclus rond het MGN gerealiseerd, met beschikbare leermodules en producten van leercoalities. Minimaal 50		a) Documenten van leermodules (PDF) b) Aanwezigheidsregistraties professionals aan leermodules (Excel/PDF)	31-12-2027	€ 197.695

	professionals uit ggz, huisartsenzorg en sociaal domein zijn getraind in VG en 50 getraind in netwerksamenwerking.				
--	--	--	--	--	--

5. Afkortingenlijst

AI: Artificial intelligence
AVE: Aanpak Voorkomen Escalaties
AZWA: Aanvullend Zorg en Welzijn Akkoord
BO: Bestuurlijk overleg
CHV: Coöperatieve huisartsenvereniging Rivierenland Gelders Rivierenland
CTP: Centraal Toeleidingspunt
EPK: Ernstig psychische kwetsbaarheid
FACT: Flexible Assertive Community Treatment
GBGGZ: Generalistische basis Geestelijke Gezondheidszorg = monodisciplinair
GGZ: Geestelijke Gezondheidszorg
HAN: Hogeschool van Arnhem en Nijmegen
ICT: Informatie- en Communicatietechnologie
IV: Informatievoorziening
IZA: Integraal Zorgakkoord
KPI: Kritische prestatie indicator
MGN: Mentale Gezondheidsnetwerk
MSP: Mentaal Schakelpunt
NGGZ: Nederlandse GGZ
NRZW: Netwerk Rivierenland Zorg & Welzijn
OGGZ: Openbare Geestelijke Gezondheidszorg
PFO: Portefeuillehouder overleg
RHO: Regionale huisartsen organisatie
RSB: Rivierenland Samen Beter
SGGZ: Specialistische Geestelijke Gezondheidszorg = multidisciplinair
TCP: Triage-en coördinatiepunt
VG: Verkennend Gesprek
Wmo: Wet maatschappelijke ondersteuning
WZW: Werkgeversvereniging Zorg en Welzijn
Zvw: Zorgverzekeringswet