

Transformatieplan

Mentaal Gezondheidsnetwerk Vitale Gelderse Vallei

“Zorgzaam zijn mét en vóór elkaar zodat iedereen volwaardig mee kan doen in een veilige maatschappij”



Ons veranderverhaal

Gestrest, angstig, eenzaam, in de war of depressief. Psychische kwetsbaarheid kent verschillende vormen. Ook de mensen die ermee te maken hebben zijn verschillend. Toch hebben ze één ding gemeen: volwaardig meedoen in de maatschappij is voor hen niet vanzelfsprekend. Als we niets veranderen, wordt deze groep steeds groter. Ruim de helft van de inwoners van de Gelderse Vallei heeft een matig of hoog risico op mentale kwetsbaarheid. Daarnaast lijkt de weerbaarheid en veerkracht juist te dalen. Specifiek ook onder jongeren zien we dat het risico op mentale kwetsbaarheid stijgt. Ook specifiek rond grote levensgebeurtenissen, zoals een overlijden, verhuizen of ontslag, is het risico op mentale klachten hoog.

Dus we gaan zorgen dat inwoners mentaal gezonder en veerkrachtiger worden en volwaardig mee kunnen doen in een veilige en zorgzame maatschappij. We zien dat er tussen wijken in de Gelderse Vallei een groot verschil is in mentale vitaliteit én dat de wachttijden voor passende GGZ-zorg te lang zijn. Dit raakt vooral de inwoners die deze zorg het hardst nodig hebben. Bovendien is de manier waarop de mentale gezondheidszorg is ingericht niet veel langer betaalbaar en zien we de personeelstekorten toenemen. Dit alles zet de toegankelijkheid van mentale gezondheidszorg en -ondersteuning onder druk. Dat moet dus anders.

Dáárom steken we de handen uit de mouwen. We organiseren activiteiten die bijdragen aan mentale vitaliteit, inclusiviteit en sociale netwerken, zodat we psychische kwetsbaarheid zoveel mogelijk voorkomen en mensen leren omgaan met ongemak. Dé beschermende factor is sociale verbinding! Daarnaast gaan we de zorg en ondersteuning anders organiseren zodat deze toegankelijker, goedkoper en beter wordt. We werken aan andere vormen van GGZ-zorg en we gaan in de wijken aan de slag met laagdrempelige steunpunten: ontmoetingsplekken waar inwoners samenkomen en waar ze kunnen werken aan mentaal herstel en ontwikkeling. We zeiden het al: iedereen die last heeft van psychische kwetsbaarheid is verschillend. Bij laagdrempelige steunpunten is er ruimte voor die verschillen. Dát maakt de ondersteuning pas écht passend.

Meer inzet van ervaringsdeskundigen en goede professionals zijn de kern en in dit alles onmisbaar. In de regio Gelderse Vallei wordt al goed samengewerkt en gelooft men sterk in de verandering die nodig is. Tegelijkertijd zien we dat de stap van anders *willen* naar anders *doen* nog lastig te zetten is. Het is essentieel dat iedereen - professionals, ervaringsdeskundigen, inwoners, beleidsmakers en bestuurders – lef tonen en een stap vooruit durven te zetten. Die stap vooruit willen we zo makkelijk mogelijk maken. Daarom werken we ook aan het vergroten van handelingsvrijheid: inwoners én professionals die zich bekwaam voelen om te handelen. Dat zorgt voor tijdige actie als iemand steun nodig heeft.

Hoe gaan we dit alles aanpakken? Samen! Samen mét de inwoner en samen mét de professionals. Niet binnen de koker van onze eigen organisatie, maar met andere organisaties en domeinen. Samen bouwen we het Mentaal Gezondheidsnetwerk van de Gelderse Vallei. De focus bij alles wat we doen ligt op gezondheid in plaats van zorg. Dat helpt ons om het écht anders te doen. We maken ook gebruik van wat onze regio zo mooi maakt: een grote sociale cohesie, veel vrijwilligers en een sterke kerkelijke gemeenschap.

Onze missie is een Gelderse Vallei met inwoners die zorgzaam zijn mét en vóór elkaar, zodat iedereen volwaardig mee kan doen in een veilige maatschappij. Die missie delen we met iedereen die het horen wil. Want elke inwoner en professional kan bijdragen door om te kijken naar zichzelf en een ander. Zorgen voor elkaar zit al in het DNA van onze regio, maar het kan nog beter. Dus:

Handen uit de mouwen: op naar een mentaal vitale Gelderse Vallei!

Inhoud

Leeswijzer	4
1. Samenvatting	5
1.1 Algemene samenvatting financiële middelen	5
2. Inleiding	7
2.1 Transformeren: waarom en met wie?	7
2.2 Regio Gelderse Vallei	8
2.4 Leidende principes.....	9
2.5 Samenhang Mentaal Gezondheidsnetwerk, projecten en IZA	10
2.6 Basis van Transformatie.....	11
3. Deelplannen per project	14
3.1 Preventie	15
3.2 Laagdrempelige steunpunten en regionaal herstelnetwerk	21
3.3 Triage en Coördinatiepunt.....	30
3.4. Domeinoverstijgend Casusoverleg met transfermechanisme	39
4. Indicatoren en monitoring	46
5. Governance.....	47
5.1 Samenwerkingsovereenkomst.....	47
5.2 Gelijkgerichtheid	48
5.3 Menselijke kant; leren en ontwikkelen	50
5.4 Inwonersperspectief.....	50
5.5 Digitale transformatie.....	50
6. Businesscase.....	51
6.1 Verantwoording Maatschappelijke opgave	51
6.2 Eenmalige investeringen	51
6.3 De positie van gemeenten	51
7. Risico en impactanalyse	53
7.1 Risicoanalyse	54
7.2 Impactanalyse	56
7.3 Impact op duurzaamheid.....	56
Afkortingenlijst.....	57

Leeswijzer

Dit transformatieplan beschrijft de noodzakelijke beweging van een zorgsysteem dat onder druk staat, naar een veerkrachtige regio waarin mentale gezondheid centraal staat.

Het doel van dit plan is om inzichtelijk te maken:

- Welke maatschappelijke opgaven in de regio spelen;
- Hoe we via samenhangende initiatieven werken aan passende zorg en ondersteuning;
- Op welke wijze dit bijdraagt aan de IZA-doelstellingen;
- Welke organisatie, randvoorwaarden en middelen daarvoor nodig zijn.

Het document is als volgt opgebouwd:

- **Hoofdstuk 1:** Samenvatting, inclusief financiële samenvatting.
- **Hoofdstuk 2:** Inleiding en analyse van de regionale opgave.
- **Hoofdstuk 3:** De kern van het plan, met vier samenhangende deelplannen voor de transformatie (preventie, laagdrempelige steunpunten, TCP De Wegwijzers en domeinoverstijgend casusoverleg).
- **Hoofdstuk 4-5:** Monitoring en Governance, met aandacht voor sturing, organisatie en besluitvorming.
- **Hoofdstuk 6:** Businesscase, waarin maatschappelijke opbrengsten en randvoorwaarden zijn opgenomen.
- **Hoofdstuk 7:** Risicoanalyse, inclusief mitigerende maatregelen.

1. Samenvatting

In de Gelderse Vallei willen we dat ook over tien jaar de zorg en ondersteuning toegankelijk, betaalbaar en van goede kwaliteit is. Daarvoor maken we de beweging naar passende zorg en ondersteuning met als uitgangspunt positieve gezondheid zodat meer mensen binnen de Gelderse Vallei mentaal vitaal zijn.

Het beeld van wat "normaal" is, wordt de komende jaren verbreed. Niet elke vraag is een zorgvraag. Inwoners leren accepteren dat het soms wat minder gaat en ontwikkelen voldoende veerkracht en vaardigheden om met gewone tegenslagen in het leven om te gaan. Wanneer dat niet lukt is er steun vanuit de omgeving en van professionals. Zorg en ondersteuning zijn goed vindbaar, breed beschikbaar en sluiten aan bij de werkelijke behoefte. Deze ondersteuning is dan ook veel meer afgestemd op de bedoeling. Huisartsen, sociaal domein en GGZ werken hierbij naadloos samen.

Wij hebben de ambitie om aantoonbaar bij te dragen aan het verbeteren van de mentale gezondheid van inwoners door het ontwikkelen, verstevigen en zichtbaar maken van preventieve activiteiten, door de opbouw van een herstelnetwerk met daarbij behorende laagdrempelige steunpunten en door de inrichting van het verkennend gesprek. Daarnaast willen we de samenwerking in de mentale gezondheidszorg verstevigen door middel van het domeinoverstijgend casusoverleg waarmee we een doorontwikkeling gaan maken naar het transfermechanisme.

Wij gaan voor een eenduidige implementatie van deze activiteiten om zo de beweging naar passende zorg en positieve gezondheid op alle niveaus in gang te zetten.

1.1 Algemene samenvatting financiële middelen

De uitvoering van het transformatieplan Mentaal Gezondheidsnetwerk Vitale Gelderse Vallei leidt overkoepelend tot de volgende resultaten voor de Zvw en het sociaal domein. Ook wordt aangegeven welke investering het vraagt voor de IZA Zvw en SPUK-transformatiemiddelen. Als laatst wordt aangegeven hoeveel GGZ behandelingen (zowel specialistisch als basis GGZ) wordt voorkomen.

	2025	2026	2027	2028	2029	Totaal
Resultaat Zvw	€ 0	€ 1.028.810	€ 1.972.650	€ 2.772.801	€ 3.048.090	€ 8.822.350
Resultaat Sociaal domein/sociale basis	€ 0	€ 573.086	€ 1.119.400	-€ 1.821.765	-€ 1.589.540	-€ 1.718.819
Investering IZA transformatiemiddelen	€ 161.597	€ 846.577	€ 381.568	n.v.t.	n.v.t.	€ 1.389.741
Investering SPUK-transformatiemiddelen*	€ 3.648	€ 2.098.952	€ 3.150.964	n.v.t.	n.v.t.	€ 5.253.564
Voorkomen behandelingen GGZ	-	376	698	947	999	3.021

Tabel 1 resultaat totale doorrekening Business Case per jaar.

*De investering SPUK-transformatiemiddelen bestaat uit de som van de structurele meerkosten, structurele extra personeelskosten en de incidentele kosten.

Het eindresultaat van de Business Case is € € 1.330.457, -. Hieronder in tabel 2 is getoond hoe dit is berekend.

Categorie	Onderdeel	Totaal
Opbrengsten		
	Resultaat Zvw	€ 8.822.350
Kosten		-
	Investering IZA transformatiemiddelen	€ 1.389.741
	Investering SPUK-transformatiemiddelen: structurele meerkosten	€ 1.748.796
	Investering SPUK-transformatiemiddelen: structurele extra personeelskosten	€ 2.634.538
	Resultaat Sociaal domein/sociale basis	€ 1.718.819
Resultaat		=
	Totaal	€ 1.330.457

Tabel 2 eindresultaat Business Case. Let op: in deze tabel zijn de incidentele SPUK-transformatiemiddelen niet meegenomen, conform afstemming zorgverzekeraar.

Financiële samenvatting overkoepelend resultaat wachtlijsten

Voor het onderwerp wachtlijsten toont tabel 3 het resultaat voor de omvang van de wachtlijsten per jaar.

	2025	2026	2027	2028	2029
Omvang wachtlijst	1.104	1.168	2.111	1.641	977

Tabel 3 Resultaat totale doorrekening Business Case per jaar t.b.v. wachtlijsten.

De volgende aannames zijn gedaan op het onderwerp wachtlijsten (zie figuur 1)

	Aantallen
Omvang wachtlijst per 2025	1.104
Gemiddelde toename wachtlijst per jaar	64
Basis wachttijd in weken	20,9

Figuur 1 Aannames wachtlijsten.

De capaciteit die vrijkomt doordat minder personen worden verwezen door het TCP, preventie, laagdrempelige steunpunten en het domeinoverstijgend casuoverleg wordt ingezet om de wachtlijst verder te beperken. De vrijgekomen capaciteit van het TCP kan naar verwachting maar voor 60% worden ingezet.

In 2026 vervalt naar verwachting de coulanceregeling¹ m.b.t. de wachtlijst. Hierdoor neemt de wachtlijst toe met 1.168 personen. Met de vrijgekomen inzet is het mogelijk om de wachtlijst richting 2029 terug te brengen tot 91,7% van de huidige wachtlijst. Dit wordt met name veroorzaakt door de sterke toename vanwege het stopzetten van de coulanceregeling van verzekerden met een voormalige restitutiepolis.

¹ Vanaf 2026 worden tienduizend extra patiënten verwacht op de wachtlijst van de GGZ, mede door het verdwijnen van deze regeling

2. Inleiding

2.1 Transformeren: waarom en met wie?

We staan aan de vooravond van een noodzakelijke verschuiving. Jarenlang lag de nadruk in de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) op het behandelen van klachten wanneer ze zich manifesteerden. Maar steeds meer wordt duidelijk dat de kracht van preventie het verschil kan maken: het voorkomt dat kleine zorgen grote problemen worden, en het versterkt mensen in hun dagelijks leven. Daarom groeit de overtuiging dat preventie niet alleen een taak van de GGZ is, maar juist stevig verankerd moet worden in het sociaal domein.

Onze maatschappelijke opgave

Samen met onze partners versterken we de mentale gezondheid van inwoners. We zorgen dat mensen zich mentaal weerbaar voelen en minder afhankelijk zijn van formele zorg. De uitdaging is groot: het zorgstelsel dat we kennen loopt vast. Dit is al dagelijkse praktijk in de GGZ. Ook groeit de vraag naar GGZ. Daarom zetten we een beweging in gang: van focussen op ziekte naar investeren in positieve gezondheid en dagelijks functioneren. We signaleren eerder, werken beter samen en vernieuwen het zorgaanbod. Zo brengen we vraag en aanbod beter in balans. Een domeinoverstijgende samenwerking is daarbij noodzakelijk waarbij ieders inbreng belangrijk is om tot nieuwe oplossingen te komen. Transformatie kost tijd, dialoog en samenwerking binnen nieuwe relaties.

Het Mentaal Gezondheidsnetwerk

Het Integraal Zorgakkoord (IZA) biedt een eerste oplossingsrichting voor de transformatie van de GGZ naar mentale gezondheid. Voorbeelden uit het land laten zien dat inwoners veerkrachtiger worden en de vraag naar GGZ daalt wanneer sociaal domein, GGD, huisartsen en GGZ intensief samenwerken rondom vragen dichtbij huis. Inwoners en hun naasten staan centraal in dit proces. Hun perspectief bepaalt de koers. Ervaringsdeskundigen spelen hierin een sleutelrol.

De lokale en regionale invulling van een Mentaal Gezondheidsnetwerk (MGN) moeten wij met elkaar ter plaatse vormgeven. Daarom bouwen wij ook in onze regio de komende jaren vanuit dit brede perspectief aan het MGN. Voor en met de mensen die het raakt. Op alle lagen binnen organisaties en domeinen moeten betrokkenen een gezamenlijke verantwoordelijkheid tonen en bereid zijn om eigen inzichten en handelen ter discussie te stellen en het eigen leiderschap te delen met anderen. Dit transformatieplan laat zien hoe we dat doen, welke middelen we inzetten en welke maatschappelijke opbrengsten we verwachten.

Aanpak: Samen optrekken

Coalitie Mentaal Vitaal, onderdeel van netwerk de Vitale Gelderse Vallei, heeft dit plan opgesteld. Samen met ervaringsdeskundigen, GGZ-partijen, gemeenten, welzijnsorganisaties en huisartsen hebben we een coördinatieteam gevormd en de achterban betrokken. We baseerden ons op het regiobeeld en regioplan en vertaalden dit in een positieve businesscase, inclusief de randvoorwaarden voor organisatie en uitvoering. Vanuit bestaande en nieuwe initiatieven bouwen we een netwerk dat de GGZ toegankelijk houdt voor wie het echt nodig heeft.

Regio-opgave: Mentaal vitaal

***“Er zijn meer mentaal gezonde en veerkrachtige inwoners en kortere wachtlijsten voor de GGZ”
We organiseren laagdrempelige activiteiten (vindbaar en dichtbij) voor specifieke doelgroepen en hun omgeving”***

2.2 Regio Gelderse Vallei

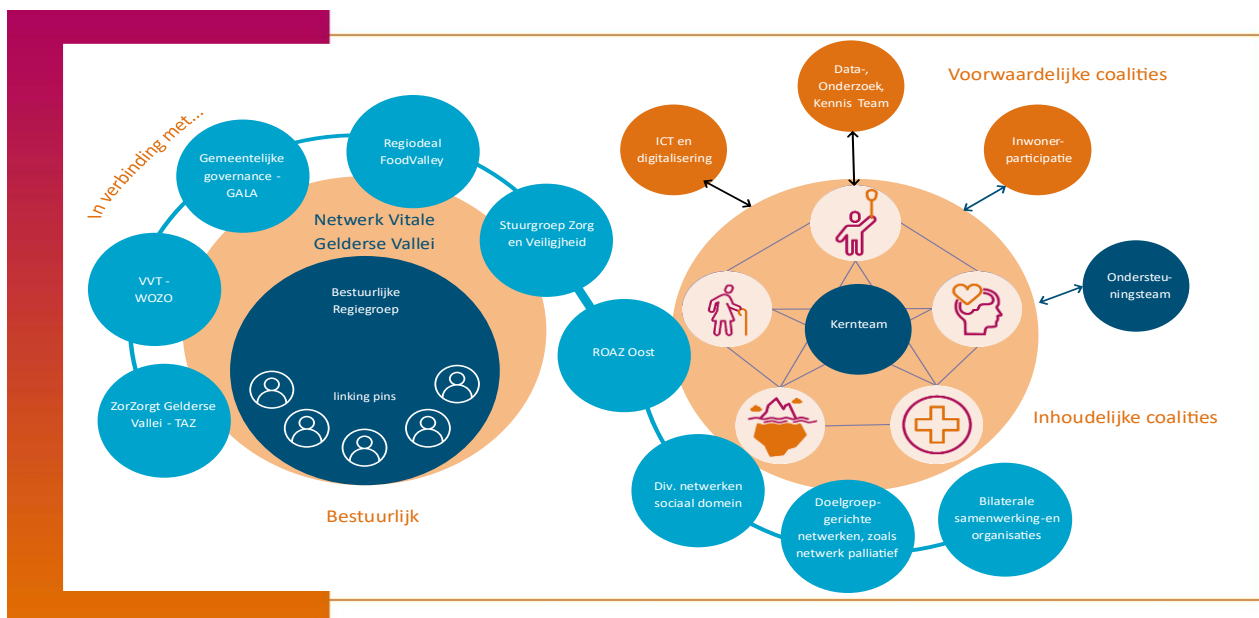
De regio Gelderse Vallei betreft de zeven gemeenten Barneveld, Ede, Renswoude, Rhenen, Scherpenzeel, Veenendaal en Wageningen. In de regio wonen 310.000 mensen. Het regiobeeld Gelderse Vallei toont de uitdagingen in de GGZ (Regioplan Gelderse Vallei, 2023).

Regio in beeld

Eind 2023 is het regioplan Gelderse Vallei gepubliceerd en is Mentale Gezondheid opgenomen als prioritaire opgave. We willen dat er meer inwoners mentaal gezond blijven en de wachtlijsten terugbrengen binnen geldende treeknormen. Begin 2024 is de coalitie Mentaal Vitaal opgestart met deelname van vele partners zoals (ervaringsdeskundige) professionals uit de sociale basis, GGD-en, welzijnsorganisaties, het sociaal domein/gemeenten, huisartsenpraktijken, zorgaanbieders van jeugdzorg, GGZ, verslavingszorg, gehandicaptenzorg en Verpleeg-, Verzorgingshuizen en Thuiszorg. In de eerste helft van 2024 zijn we gekomen tot een gedragen ambitie, actielijnen en een werkagenda met domeinoverstijgende initiatieven. Deze werkagenda is afgestemd en verbonden met initiatieven uit de andere inhoudelijke coalities van het netwerk Vitale Gelderse Vallei én andere regionale/lokale initiatieven.



Mentaal Vitaal



Figuur 2 Netwerk de Vitale Gelderse Vallei in beeld

Regionale opgave Gelderse Vallei

We zien een groeiend aantal mensen met een mentale kwetsbaarheid. 6% van de inwoners in de Gelderse Vallei heeft een hoog risico op psychische klachten en 45% een matig risico. Bij deze getallen geldt dat de verschillen tussen wijken groot zijn. Een derde uitdaging die we zien, is een toename in de wachttijden voor passende GGZ-zorg in de regio.

Gewenste situatie

Wij dromen van een Gelderse Vallei met een vitale omgeving waar medemenselijkheid omarmd wordt. Hier worden oplossingen gevonden in de context van het leven van alledag waarbij positieve gezondheid richtinggevend is. Mensen met een psychische kwetsbaarheid doen mee in de maatschappij.

Deze vorm van samenleven en zorgen maakt dat inwoners meer mentale gezondheid ervaren en dat zij die GGZ nodig hebben, passende zorg en ondersteuning krijgen. Daarbij staat herstel vanaf het begin centraal.

Het voorkómen van het ontstaan van psychische aandoeningen door selectieve en geïndiceerde preventie krijgt aandacht. Denk hierbij aan 'versterken van de sociale basis' (laagdrempelig ontmoeten en/of laagdrempelig ondersteunen) en versterking van domeinoverstijgende inzet vanuit een regionale preventie-infrastructuur van het voorliggend veld.

In de Gelderse Vallei willen we dat ook over tien jaar de zorg en ondersteuning toegankelijk, betaalbaar en van goede kwaliteit is. Daarvoor maken we de beweging naar passende zorg en ondersteuning met als uitgangspunt positieve gezondheid zodat meer mensen binnen de Gelderse Vallei mentaal vitaal zijn. Met deze beweging willen we de wachtlijsten in de GGZ binnen de treetnorm brengen zoals in de IZA doelstellingen beschreven.

2.4 Leidende principes

In onze opgave werken we samen in overeenstemming met de landelijke leidende principes voor mentale gezondheidsnetwerken². Dit heeft niet enkel impact op hoe we werken, maar leidt ook tot de keuze om ons netwerk breder vorm te geven dan landelijk vereist. Deze leidende principes zijn:

1. De persoon is regisseur van zijn eigen proces. Wij helpen hem de uitdagingen van het leven aan te gaan.
2. We nemen samen verantwoordelijkheid, op alle niveaus van samenwerking.
3. De persoon en de naasten staan voorop. Wij denken in oplossing voor de persoon, niet in hokjes.
4. Wij leren en verbeteren continue.
5. Een domeinoverstijgende benadering zorgt voor snelle duidelijkheid voor de persoon. Wij dragen bij aan de juiste zorg en ondersteuning op de juiste plek.

² Bron: Leidende principes - Mentale gezondheidsnetwerken

2.5 Samenhang Mentaal Gezondheidsnetwerk, projecten en IZA

Binnen de coalitie Mentaal Vitaal werken we aan het Mentale Gezondheidsnetwerk (MGN). Met ons MGN kijken we op andere manieren naar mentale gezondheid. Daarnaast werken we aan het versterken van de mentale gezondheid, waardoor meer bewoners in de Gelderse Vallei mentaal vitaal blijven en de toegankelijkheid van de GGZ verbetert. We geven het Mentaal Gezondheidsnetwerk vorm met vier projecten die met elkaar verbonden zijn. GGZ in het netwerk wordt binnen dit plan niet nader uitgewerkt maar staat wel op de werkagenda van de coalitie.



Figuur 3 Projecten binnen Mentaal Gezondheidsnetwerk in de Vitale Gelderse Vallei

Hierdoor kijken we verder naar de mentale gezondheid van de bewoners van de Gelderse Vallei, naast de vier verplichte functies van het MGN (figuur 4). We doen dus een stap extra door de functies in een groter geheel in te bedden en meer samenhang te creëren.



Figuur 4 Functies uit Logisch Model Coalitie

Het (MGN) is een duurzaam, gelijkwaardig samenwerkingsverband met meerderen doelen, namelijk:

- Dat inwoners een betere mentale gezondheid ervaren;
- Hulp- en ondersteuningsvragen van inwoners en hun naasten snel en op de juiste plek opgepakt worden;
- De beschikbare capaciteit (ggz, huisarts en sociaal domein) in de regio optimaal wordt benut; en,
- De wachttijd voor GGZ-zorg voor mensen met complexe problematiek afneemt (binnen treeknormen).

De doelen en de samenhang zijn gevisualiseerd in het logisch model. Hierin wordt zichtbaar welke projecten bijdragen aan de gestelde doelen (figuur 5).



Figuur 5 Resultaten van de projecten en het MGN

Juiste zorg op tijd op de juiste plek

Het verkennend gesprek, regionaal transfermechanisme en domein overstijgend casuoverleg leiden tot een betere en snellere match en indien mogelijk naar andere vormen van zorg of ondersteuning en/of direct naar de juiste zorg dan wel ondersteuning (informatievoorziening aanbod en wachttijden). Deze onderdelen zijn uitgewerkt in deelplannen [verkennend gesprek/TCP \(hoofdstuk 3.3\)](#) en [domein overstijgend casu overleg, transfermechanisme \(hoofdstuk 3.4\)](#). Juiste zorg op tijd op de juiste plek zorgt er ook voor dat de beschikbare capaciteit in de regio optimaal wordt benut.

Regionale samenwerking tussen domeinen

Regionale samenwerking tussen het sociale en medische domein is van belang bij het [preventieprogramma \(hoofdstuk 3.1\)](#), en het [herstelnetwerk](#) en het [netwerk laagdrempelige steunpunten \(hoofdstuk 3.2\)](#). Hierbij moeten we elkaars taal leren om beter samen te werken en te zorgen dat mensen soepel van het medisch naar het sociaal domein gaan (en indien nodig andersom).

De mentale veerkracht van inwoners in wijken/woonkernen te versterken: de sociale basis

Iedereen heeft toegang tot voorzieningen die bijdragen aan mentale vitaliteit, zoals verenigingen, laagdrempelige steun/ontmoetingspunten, peer support en zelfhulpmodules. Dit is nader uitgewerkt in het [preventieprogramma \(hoofdstuk 3.1\)](#) en in het [netwerk laagdrempelige steunpunten \(hoofdstuk 3.2\)](#).

2.6 Basis van Transformatie

Binnen de coalitie Mentaal Vitaal wordt al geruime tijd gewerkt aan de transformatie van de GGZ. Centraal uitgangspunt daarbij is de inwoner van de regio Gelderse Vallei. Samen met, en ten behoeve van, deze inwoners streven wij naar een toekomstbestendige, veerkrachtige en toegankelijke geestelijke gezondheidszorg.

Wij hanteren daarbij de uitgangspunten van positieve gezondheid en zetten in op het versterken van samenwerking op alle niveaus van het zorg- en welzijnslandschap. Naast de inspanningen binnen de coalitie, zoeken wij actief de verbinding met partners buiten de coalitie en sluiten we aan bij reeds bestaande, succesvolle projecten en burgerinitiatieven. Deze samenwerking krijgt onder meer vorm via bilaterale trajecten en door aansluiting bij initiatieven als *Versterken Eerste Lijn*, *Groepsgericht Aanbod*, *Welzijn op Recept Plus* en de samenwerking met andere regionale coalities. Hoewel deze projecten niet expliciet in het voorliggende transformatieplan zijn opgenomen, aangezien zij vanuit het bredere netwerk worden ontwikkeld, zijn deze inhoudelijk en strategisch onlosmakelijk verbonden met de ambities en doelstellingen van het MGN.

Van zorg naar samenleven

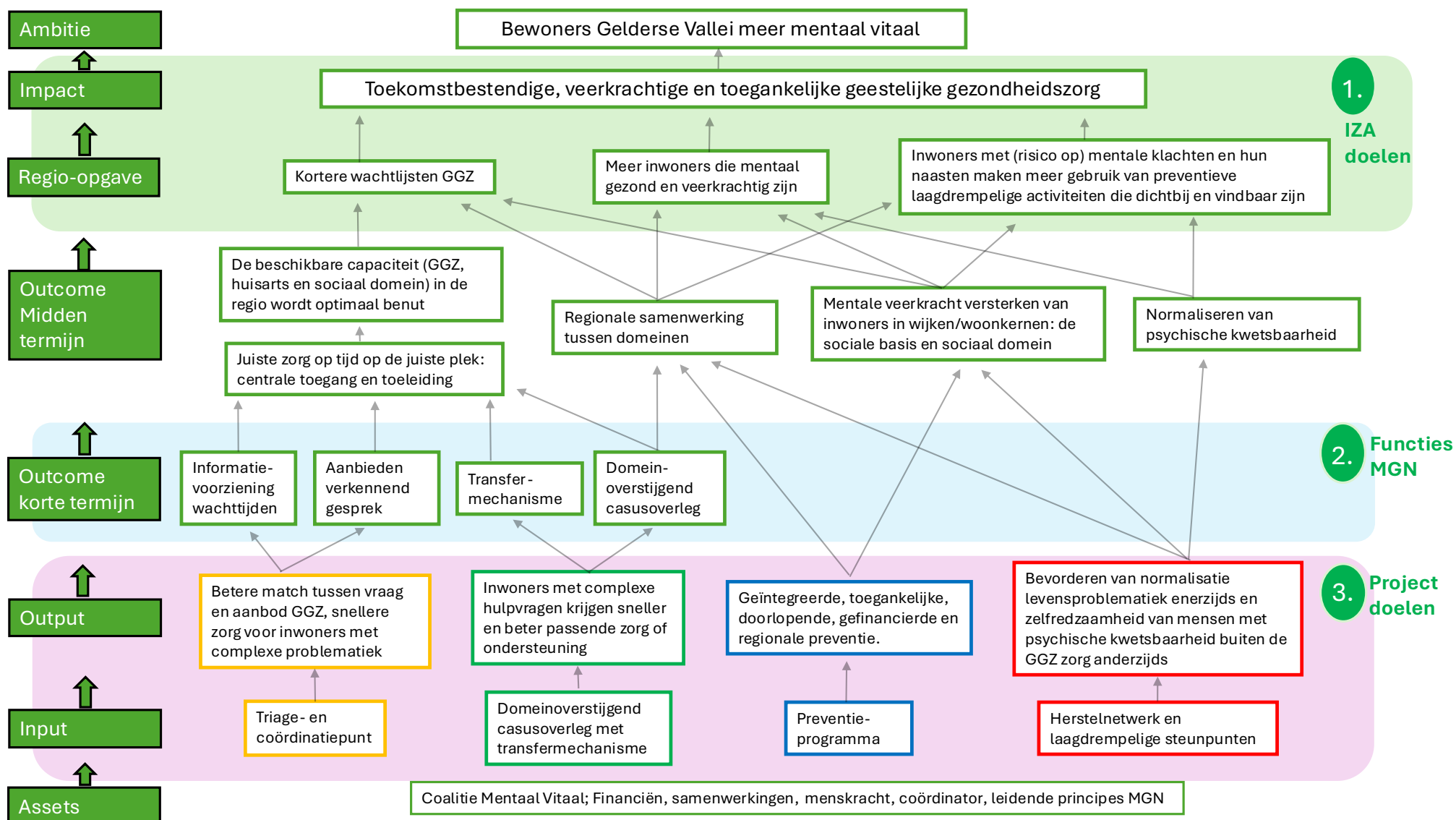
De beweging van preventie in de GGZ naar preventie in het sociaal domein is er één van medicaliseren naar normaliseren. Waar de GGZ vaak kijkt naar stoornissen en diagnoses, biedt het sociaal domein ruimte om te werken aan veerkracht, verbondenheid en een gezonde leefomgeving. Het gaat niet om labels, maar om kansen: kansen om samen te leven, samen te werken en samen te groeien.

In buurthuizen, scholen, sportclubs en wijkcentra liggen de zaden van preventie. Dáár ontmoeten mensen elkaar, leren jongeren omgaan met tegenslagen en worden gezinnen ondersteund in moeilijke tijden. Gemeenten, welzijnswerkers en vrijwilligers staan dicht bij inwoners en kunnen daardoor veel eerder signaleren wat nodig is. Deze nabijheid maakt preventie tastbaar, herkenbaar en menselijk.

Deze beweging is geen afsplitsing van de GGZ, maar een nieuwe verbinding. Preventie in het sociaal domein betekent intensieve samenwerking met GGZ-professionals die hun kennis delen en als partners optreden. Het betekent ook dat gemeenten en maatschappelijke organisaties investeren in deskundigheid en duurzame structuren. Alleen zo ontstaat er een stevig fundament waar preventie niet wegvalt bij financiële druk, maar onderdeel wordt van het hart van lokaal beleid.

Logisch model

Samen met de coalitie Data, Onderzoek en Kennis (DOK) hebben we onze transformatie beschreven in logische modellen. Het logische model ondersteunt bij het terug redeneren welke opbrengsten op korte, middellange en lange termijn te verwachten zijn en welke middelen en activiteiten daarvoor nodig zijn. Ook gebruiken we het model om te kijken of we op de goede weg zijn en passen het indien nodig aan. Het is ook de basis van de monitoring en het leren. Als eerste komt het overkoepelend model om de verbindingen tussen de verschillende onderdelen te benadrukken. Dit logisch model (figuur 6), maakt inzichtelijk hoe onze inspanningen samenhangen en gaan leiden tot de IZA doelstellingen.

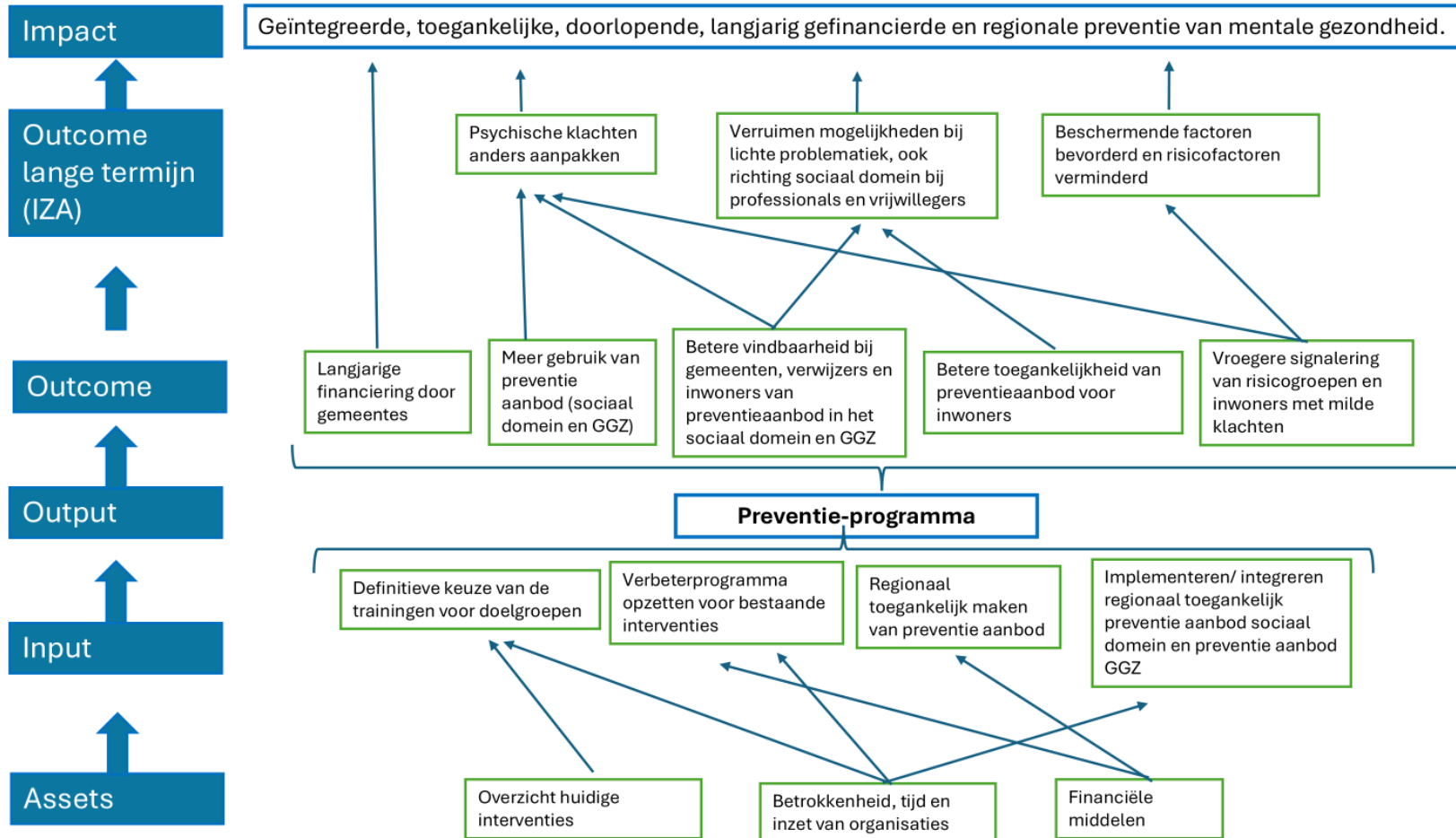


Figuur 6 Logisch model Coalitie Mentaal Vitaal

3. Deelplannen per project

In het voorliggend hoofdstuk worden de vier projecten toegelicht middels één logisch model per project, en een daarbij horend deelplan. De modellen en bijbehorend schrijven ondersteunen de verwerking in meetbare indicatoren die in de tabel KPI's staan.

3.1 Preventie



3.1.1 Deelplan Preventie

Preventieprogramma	<p>Het geïntegreerd, toegankelijk, doorlopend en regionaal organiseren en langjarig financieren van preventie voor bewoners met verhoogd risico op mentale klachten en/of beginnende mentale klachten. Door dit programma zullen er meer inwoners mee kunnen doen aan preventieprogramma's. Hiermee is (vanuit ervaring en cijfers) de verwachting dat er een verschuiving plaatsvindt van SGGZ en BGGZ naar sociaal domein en sociale basis.</p>
IZA-Doelstelling	<p>Inzetten op gezondheid en welzijn door middel van preventie en ondersteuning, zodat mensen zo gezond en vitaal mogelijk zijn en zorgvragen worden voorkomen of minder zwaar worden. Daarbij gaat het zowel om het bevorderen van een gezonde leefstijl en mentale gezondheidsvaardigheden in een gezonde leefomgeving als om het versterken van de sociale omgeving en zelfredzaamheid van mensen. Ondersteuning vanuit het sociaal en publiek domein en het aanpakken van niet-zorg gerelateerde vraagstukken zijn hierbij van groot belang. Gemeenten vervullen hierin een essentiële rol door te investeren in deskundigheid en duurzame structuren. Door dit programma zullen er meer inwoners mee kunnen doen aan preventieprogramma's. Hiermee is (vanuit ervaring en cijfers) de verwachting dat er een verschuiving plaatsvindt van SGGZ en BGGZ naar sociaal domein en sociale basis. Preventie in het sociaal domein betekent intensieve samenwerking met GGZ-professionals die hun kennis delen en als partners optreden. Zo ontstaat er een stevig fundament waar preventie niet wegvalt bij financiële druk, maar onderdeel wordt van het hart van lokaal beleid.</p>
Verwachte impact 2030	<ul style="list-style-type: none"> • Mensen uit de doelgroepen hebben verbeterde toegang tot preventieve interventies, dus meer unieke personen kunnen hier gebruik van maken. • Zorgverleners vinden makkelijker de weg in het preventieve aanbod om de inwoner daarop te attenderen/naartoe te begeleiden. • Het preventieaanbod is effectiever en minder versnipperd, zodat er sprake is van betere vindbaarheid en toegankelijkheid. • Afremmen van medicalisering: niet elke hulpvraag is een zorgvraag en niet bij elke zorgvraag past een medisch antwoord. • Vroege signalering en waar nodig een brede en snelle probleemverheldering die essentieel zijn om bij een hulpvraag de juiste vorm van ondersteuning te bepalen. Dat kan zorg zijn, maar ook hulp in het sociale (welzijns-) domein, lotgenoten, (beweeg)aanbod in het publieke domein of een combinatie. • Optimaal inzetten van de beschikbare capaciteit die we hebben, zonder verspilling van de tijd en energie van mensen en geld.
Doelstelling	<ul style="list-style-type: none"> • Bijdragen aan het normaliseren van psychische klachten, het voorkomen van stigma en het verminderen van handelingsverlegenheid in de samenleving. • Signaleren van risicogroepen en het signaleren van inwoners met milde klachten. • Voor deze twee groepen: bevorderen van beschermende factoren en het verminderen van risicofactoren.

Omschrijving	<p>Onderzoek van MURA/VGGM uit 2025 laat zien dat op dit moment het preventieaanbod heel breed en versnipperd is. Er is geen eenduidige vindplaats en professionals weten maar naar een klein deel te verwijzen. Er zijn veel verschillen in aanbod per gemeente en inwoners kunnen niet terecht bij aanbod van de buurgemeente. Voor de bedrijfsvoering van de aanbieders is de onzekere situatie van 1-jarige inkoop heel ongunstig. Dit staat ontwikkeling in de weg, en is heel tijdrovend en inefficiënt.</p> <p>Er is nu een groot aantal interventies voor de door ons gekozen doelgroepen. Focus aanbrengen in de veelheid van activiteiten kan helpen met effectiviteit. We willen daarom met dit preventieprogramma in de Gelderse Vallei een geïntegreerd, toegankelijk, doorlopend en regionaal opgezet en langjarig gefinancierd programma maken voor bewoners met verhoogd risico op mentale klachten en/of beginnende mentale klachten. Met dit programma beogen we ook een cultuurverandering teweeg te brengen: waar preventie niet een project is met een einddatum, maar een blijvende manier van werken; waar psychische gezondheid niet alleen een medische kwestie is, maar een verantwoordelijkheid van de hele samenleving; waar de focus ligt op kracht en veerkracht, in plaats van op tekort en probleem. Het programma voorziet daarom ook in vroege signalering door het professionals, vrijwilligers, sleutelfiguren en inwoners hierin te scholen en handelingsbekwaam te maken.</p>
Activiteiten	<p>We bespreken in de werkgroep de inventarisatie van de huidige interventies en nemen we de volgende stappen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • We kiezen ongeveer 10 -12 trainingen verspreid per doelgroep die zich bewezen³ hebben en waar we als projectgroep in “geloven” d.w.z. zij dragen bij aan onze doelstellingen. • Tegelijk gaan we met verschillende gemeenten in gesprek over wat ze wensen (thema’s/speerpunten etc.). Ook regionaal vindt er overleg plaats tussen gemeenten over preventie. Dit leidt tot een visie met scope welke preventieve maatregelen we in de Gelderse Vallei willen inzetten. • We rollen deze gekozen trainingen uit, waarbij ze doorlopend aangeboden worden. We maken pakketten i.s.m. gemeenten waarbij gemeenten keuzes kunnen maken. • We maken afspraken over financiering voor een periode van 3 tot 4 jaar • Van de geïnventariseerde (MURA/VGGM) lijst³ kijken we welke interventies samengevoegd /efficiënter gemaakt/aan elkaar gekoppeld/volgordelijk aangeboden etc. kunnen worden. We maken een verbeterprogramma. • We maken een langjarig trainingsprogramma waarin de 10 - 12 geprioriteerde interventies verdeeld over de tijd en over de gemeenten worden aangeboden. Dit programma, als het ware een rooster, verspreiden we zo breed mogelijk. • Bovenstaande activiteiten gaan in afstemming met de andere coalities. • We maken een overzicht van de resterende trainingen/ initiatieven/preventiemethoden en zorgen dat deze overzichtelijk en vindbaar zijn. (Hierbij gebruikmakend van “Welzijn op Recept plus” van de coalitie Multi problematiek en van het dashboard dat voor het TCP in de maak is.)

³ In 2025 heeft MURA samen met VGGM alle interventies op het gebied van preventie mentale gezondheid van de gemeente Ede in kaart gebracht. Dit is een uitgebreid document met veel achtergrondinformatie. Dit document met daarin ook een analyse van knelpunten vormen een van de bronnen voor dit transformatieplan en de uitvoering daarvan.

	<ul style="list-style-type: none"> • Naast trainingen en aangeboden interventies zijn er veel meer preventieve maatregelen in de regio. Van deze kijken we welke er meer aandacht nodig hebben, beter gevonden worden, aan elkaar gekoppeld zijn etc. Hiervoor stellen we een verbeterprogramma op en nemen we adviezen over van MURA/VGGM opgesteld n.a.v. interviews en onderzoek • Wij richten ons met name op volwassenen, maar nemen contact op met de coalitie Kansrijk opgroeien/ Multiproblematiek en Ouderen om te kijken wat zij doen op gebied van preventie (mentaal) en spreken af wie wat doet of werken samen. • Om dit langjarige preventieprogramma te borgen komt er een periodiek regionaal overleg tussen de gemeenten. • Alle gemeenten nemen de visie en het nieuwe werken op in hun beleidsnota van 2027 ev. • Er wordt een coördinator aangetrokken om bovenstaande acties uit te zetten en de huidige projectgroep leden (allen inhoudelijk betrokken bij preventie in de regio) vormen met de coördinator een werkgroep om de doelstellingen te behalen. • Dit transformatieplan vormt de basis voor en uitvoerbaar projectplan. Dit plan wordt begin 2026 opgeleverd door de regio coördinator.
Basis voor transitie	<p>Er is een nulmeting gedaan van alle interventies. Gemeente Ede heeft een mentaal gezond programma waarin dit past. Partijen zijn al langer betrokken en geven commitment (zie stakeholders). Het gevoel van eigenaarschap is door het voorwerk sterk aanwezig. Dit programma draagt bij aan de opgaven die de gemeenten vanuit GALA hebben meegekregen. Voor een aantal onderdelen van dit preventieprogramma zijn regionale IZA/SPUK gelden aangevraagd/toegekend. Er is commitment bij gemeenten o.a. blijkend uit deelname projectgroep en toekenning IZA/SPUK.</p>
Doelgroep	<ul style="list-style-type: none"> • Inwoners met verhoogd risico op mentale klachten (bv mantelzorgers, bij financiële problemen, bij eenzaamheid, met een niet zichtbare beperking, op basis van cultuur sensitieve aspecten). • Inwoners met beginnende mentale klachten (somberheid en/of angst, middelengebruik). • Professionals, vrijwilligers en sleutelfiguren. • Inwoners van de Gelderse Vallei betrokken bij de doelgroep bijvoorbeeld een buurman, naaste, wijkbewoner etc.
Stakeholders	<p>Alle gemeenten van de Vitale Gelderse Vallei, Pro Persona preventie, Iriszorg preventie, RIBW, Malkander, MEE Samen, Opella, HAGV (Huisartsen Gelderse Vallei). Uit te breiden met de opbouw van het programma.</p>
Nulmeting	<ul style="list-style-type: none"> • De inventarisatie van huidige interventies door MURA en VGGM, geldt als 0-meting. • Aantal deelnemers aan groepsinterventies • Aantal mensen per doelgroep dat bereikt is. • Effectiviteit meten na deelname interventie. Zo mogelijk ook daarna in retrospectief. • Financiering van 1-jarig naar langjarig. • Aantal gemeentes dat meedoet (Groeimodel). • Aantal verbindingen preventief aanbod ggz en preventief aanbod sociaal domein, is toegenomen. (Is nu 0)

3.1.2 KPI's

KPI	Beschrijving	2026	2027
Inspanningen	Oplevering projectplan met daarin een opschaalmodel van 12 preventieve maatregelen, een trainingsmatrix, doelen en methoden voor vindbaarheid en langjarige financiering.	Q3	
	Op basis van dit plan worden extra trainingen georganiseerd; in 2026 worden er 25 extra trainingen gegeven en in 2027 worden er 45 extra trainingen gegeven tov 2025	Q4	Q4
	Aantal mensen dat gebruik maakt van het trainingsaanbod en de training voltooit: minimaal 375 tussen 1 januari en 30 november 2026 en minimaal 600 tussen 1 januari en 30 november 2027.	Q4	Q4
	Borging via driejarig preventieprogramma met daarin opgenomen: vastgestelde afspraken over 1) langjarige financiering, 2) structurele preventietrainingen en activiteiten, 3) samenwerking binnen de regio tussen aanbieders en tussen gemeenten, 4) monitoring en evaluatie.		Q4
Resultaten	Van de 100 inwoners die een training hebben gevolgd tussen 1 maart 2026 en 1 maart 2027 gaan er binnen 6 maanden na afronden van de training gemiddeld 5 inwoners minder naar de GGZ.	Q4	Q4

3.1.3 Financiële samenvatting preventie

Voor het onderwerp preventie toont tabel 4 het resultaat voor de totale doorberekening per jaar.

	2025	2026	2027	2028	2029	Totaal
Resultaat ZvW	€ 0	€ 146.963	€ 286.294	€ 366.979	€ 429.935	€ 1.230.171
Resultaat Sociaal domein	€ 0	€ 217.045	€ 353.494	-€ 162.821	-€ 181.087	€ 226.631
Investing IZA transformatiemiddelen	€ 0	€ 43.914	€ 21.839	n.v.t.	n.v.t.	€ 65.754
Investing SPUK- transformatiemiddelen	€ 0	€ 347.498	€ 508.164	n.v.t.	n.v.t.	€ 855.662
Voorkomen behandelingen GGZ	-	36	74	94	110	312

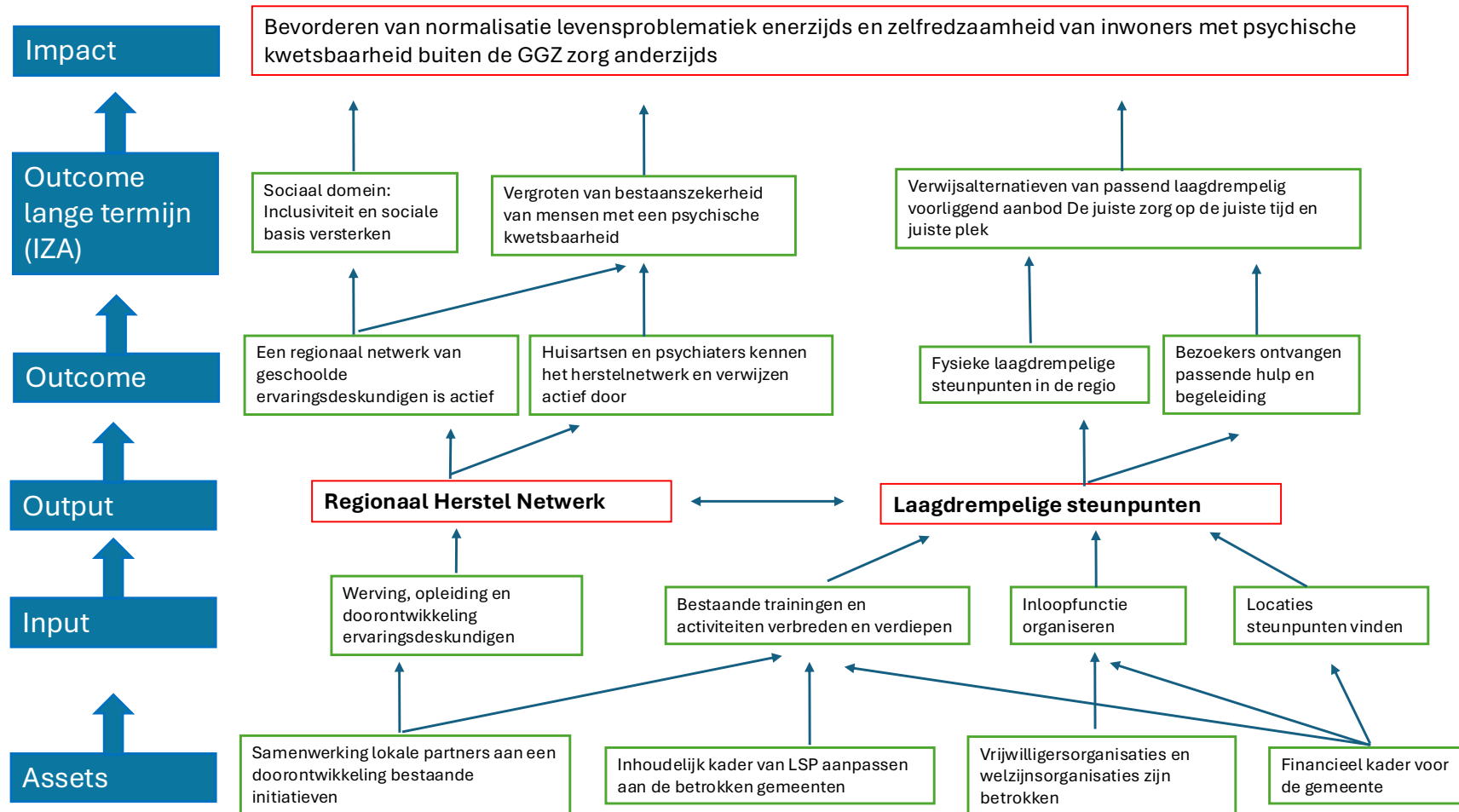
Tabel 4 Resultaat totale doorrekening Business Case per jaar t.b.v. preventie.

Ook is rekening gehouden met de volgende aannames over de besparingen per effect (zie figuur 7).

Effect	ZVW	WMO
sGGZ -> bGGZ	€ 2.500,00	€ 0,00
bGGZ -> Sociaal basis	€ 1.250,00	€ - 656,00
Sociaal domein -> Sociale basis	€ 0,00	€ 5.435,00
Minder ziektedagen	€ 150,00	€ 0,00
POHGGZ/HA -> minder -> eerder huis	€ 10,00	€ 0,00

Figuur 7 Aannames preventie.

3.2 Laagdrempelige steunpunten en regionaal herstelnetwerk



3.2.1 Deelplan Laagdrempelige steunpunten

<p>Laagdrempelige steunpunten</p>	<p>We organiseren vanaf 2025 en verder een herstelnetwerk Vallei binnen een breed partnerschap van partijen aangejaagd door een regionaal herstelteam en wordt ondersteund door een projectleider. Het herstelnetwerk Vallei bestaat uit: Minimaal 1 laagdrempelig, fysiek steunpunt per 30.000 inwoners, gedifferentieerd herstel aanbod op diverse locaties/ steunpunten en een netwerk van ervaringsdeskundigen (beroepscompetentieprofiel).</p>
<p>IZA-Doelstelling</p>	<p>IZA doelstelling: In het IZA is afgesproken dat een landelijk dekkend netwerk van laagdrempelige steunpunten wordt ingericht, zodat iedere inwoner in de nabijheid laagdrempelig terecht kan voor de juiste ondersteuning. De steunpunten zijn gratis toegankelijk voor iedereen, maar specifiek bedoeld voor inwoners met een psychische kwetsbaarheid en voor inwoners met een ernstige psychiatrische aandoening (EPA) en voor naasten van inwoners die hun naasten ondersteunen in hun herstel. Voor de regio Gelderse Vallei betekent het dat in 2026 zes laagdrempelige steunpunten worden opgezet (Ede, Veenendaal, Barneveld, Rhenen en Wageningen) en in 2027 drie laagdrempelige steunpunten (Barneveld, Ede en Veenendaal)</p>
<p>Verwachte impact 2030</p>	<p>Inwoners kunnen laagdrempelig in hun eigen omgeving werken aan herstel. We zorgen dat met dit initiatief de beweging naar metaal vitale gemeenten versterken door:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Een inclusief en de-stigmatiserend leefklimaat neer te zetten dat de kans op herstel versterkt. • Uitgangspunt van professionals is het herstelgericht werken. Het regionaal herstel netwerk draagt dit actief uit. • Zowel verwijzers (huisartsen/POH, GGZ-professionals, gemeente consulente(n)) verwijzen hun patiënten door naar een breed gedifferentieerd aanbod bij één van de laagdrempelige steunpunten waardoor er minder doorverwezen wordt naar de curatieve GGZ. • Doordat inwoners gehoord worden, wordt inclusie en de-stigmatisering gestimuleerd. <p>Levensproblematiek hoort bij het leven waar je ondersteuning voor kunt krijgen door mensen met soortgelijke ervaringen. Medicalisering van mentale problematiek wordt op deze manier afgebogen.</p>
<p>Doelstelling</p>	<p>Inclusiviteit en sociale basis versterken</p> <p>We kiezen ervoor om dit te verankeren in de sociale basis omdat het inclusiviteit stimuleert, normalisatie en de-stigmatisering bevordert. Het gevolg is dat de sociale basis beter toegankelijk wordt voor mensen met een psychische kwetsbaarheid door:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vergroten van bestaanszekerheid Verwijsalternatieven van passend laagdrempelig voorliggend aanbod. De komst van laagdrempelige steunpunten zorgt ervoor dat vroeg in de keten de weg gewezen wordt (al dan niet met doorverwijzing) naar een setting waar gelijkgestemden elkaar ontmoeten, gehoor vinden en van elkaar kunnen leren. Hiermee wordt voorkomen dat levensproblematiek gemedicaliseerd wordt. Kortom: de juiste ondersteuning op de juiste tijd en juiste plek. • Door de laagdrempelige herstelactiviteiten te verbinden aan het aanbod van GGZ, de consultatiefunctie, het centraal triage coördinatiepunt is het mogelijk om mensen die dat nodig hebben snel op de juiste plek zorg te bieden.

	<ul style="list-style-type: none"> • Te bereiken resultaat: 30% van de bezoekers heeft deelname aan een laagdrempelig steunpunt inzet van GGZ-zorg voorkomen onder andere door deelname aan een herstelactiviteit. 						
Omschrijving	<p>Een bekend en breed toegankelijk aanbod van structurele laagdrempelige steunpunten gericht op educatie, zelfhulp en peer support voor de inwoners van de Vallei regio, bestaande uit:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Minimaal één laagdrempelig, fysiek steunpunt per gemeente (richtlijn NVZH/IZA is 1 steunpunt per 30.000 inwoners) waar inwoners terecht kunnen om te werken aan hun herstel. • Diversiteit van herstelaanbod op diverse locaties (in buurthuizen, steunpunten, bij lokale organisaties). • Een netwerk van ervaringsdeskundigen met ervaringskennis. Samenwerking vanuit het herstelnetwerk met andere partijen die (peer support) trainingen, ontmoeting, activiteiten, vrijwilligerswerk of toeleiding naar werk bieden. Met hen zorgen we dat inwoners met een psychische kwetsbaarheid daar welkom zijn en zich thuis kunnen voelen. Hiermee verankeren we herstelgericht werken in de sociale basis en zorgen we voor een fijn klimaat voor al onze inwoners. 						
Activiteiten	<p>Welke stappen worden er gezet om dit te gaan bereiken?</p> <p>In de laagdrempelige steunpunten zal een verscheidenheid aan aanbod komen waarin de inwoner een keuze heeft waar deze gebruik van kan maken. Enerzijds wat het meest passend is in de fase van herstel, anderzijds welk aanbod het meest passend is bij de vraag. Er zullen activiteiten zoals sport, ontspanning en een inloop aangeboden worden, maar ook een trainingsaanbod dat gericht is om de inwoners verder te ondersteunen in de fasen van persoonlijk en maatschappelijk herstel. De ervaringsdeskundigen van verschillende zorgorganisaties zijn in de lead. Zij werken middels een werkgroep gelijkwaardig samen in de ontwikkeling en uitbreiding van herstelactiviteiten, en zullen één of meerdere gecertificeerde ervaringsdeskundigen inzetten die de herstelgroepen binnen het herstelinitiatief (door) ontwikkelen en zullen leiden.</p> <p>Veenendaal:</p> <p>Het project is lokaal en bottom-up gestart door het bijeenbrengen van lokale partijen met als doel de huidige initiatieven te verbinden, open te stellen voor alle inwoners (met/zonder indicatie). In eerste instantie vanuit de eigen (huidige) locatie, maar uiteindelijk worden de initiatieven ondergebracht en doorontwikkeld vanuit 1 pand. Directie/bestuur van de aanbieders onderschrijven het project en het openstellen van de initiatieven voor alle inwoners.</p> <p>Onderstaand een overzicht van bestaande en toekomstige trainingen die gegeven (gaan) worden</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Huidige trainingen</th> <th>Toekomstige trainingen</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Peer supportgroep Leger des Heils Doelgroep: LdH cliënten (1 groep) Financiering; 33% bedrijven en particulieren, 67% leger des heils (Wlz, WMO)</td> <td>2027: Tweede en derde doorlopende groep starten voor doelgroep (zie omschrijving) inwoners Veenendaal Financiering: transformatiebudget</td> </tr> <tr> <td>Peer supportgroep St. Fr&D</td> <td>2026:</td> </tr> </tbody> </table>	Huidige trainingen	Toekomstige trainingen	Peer supportgroep Leger des Heils Doelgroep: LdH cliënten (1 groep) Financiering; 33% bedrijven en particulieren, 67% leger des heils (Wlz, WMO)	2027: Tweede en derde doorlopende groep starten voor doelgroep (zie omschrijving) inwoners Veenendaal Financiering: transformatiebudget	Peer supportgroep St. Fr&D	2026:
Huidige trainingen	Toekomstige trainingen						
Peer supportgroep Leger des Heils Doelgroep: LdH cliënten (1 groep) Financiering; 33% bedrijven en particulieren, 67% leger des heils (Wlz, WMO)	2027: Tweede en derde doorlopende groep starten voor doelgroep (zie omschrijving) inwoners Veenendaal Financiering: transformatiebudget						
Peer supportgroep St. Fr&D	2026:						

	Doelgroep: jongvolwassenen met verslaving met zorg (BT-)indicatie Financiering: vanuit individuele Beschermd Thuis indicatie (WMO)	Tweede en derde doorlopende groep starten: 2: peersupportgroep voor 18+ met verslaving zonder indicatie voor doelgroep (zie omschrijving) inwoners Veenendaal 3: groep voor ouders/naasten van jongvolwassenen
	Interculturele vrouwen bijeenkomst, meiden centrum en inloopsprekuren. St. Khair	2027: Mogelijke uitbreiding maar zonder financiering transformatiegelden
	Peer supportgroep Kwintes Doelgroep: Kwintes cliënten met een psychische kwetsbaarheid en EPA doelgroep met Wlz of Wmo indicatie Financiering: Subsidie gemeente Veenendaal en RCOAK	2026 en 2027: Samenwerking Kwintes en Iriszorg Starten van een peer supportgroep voor de volwassen doelgroep (zie omschrijving) inwoners Veenendaal Financiering: transformatiebudget
	Peer supportgroep Iriszorg en aanbod Pro Persona. Doelgroep: Patiënten met een behandelindicatie Financiering: ZvW	-
	Lotgenoten contactgroep seksueel geweld. Doelgroep: 6 vrouwen met ervaring met seksueel geweld Financiering: giften en eigen bijdrage deelnemers	2026 en 2027: Tweede groep starten voor de doelgroep (zie omschrijving) inwoners Regio Gelderse Vallei Doorontwikkeling van het aanbod Financiering: transformatiebudget
	<p>Ede: In mei 2025 is een Stichting opgericht die in Ede een zelfregiecentrum gaat opzetten. In 2026 en 2027 zal deze Stichting nieuwe trainingen en activiteiten gaan ontwikkelen. Er zijn daarmee geen huidige initiatieven die onder deze Stichting worden ondergebracht.</p> <p>Stichting Rooz is een bestaande Stichting voor de doelgroep jeugd, jongeren en jongvolwassenen. Zij zullen voor de doelgroep jongvolwassenen een nieuwe peersupportgroep op gaan zetten. Daarnaast wordt een aanbod voor naasten ontwikkeld. Voor de herstelacademie wordt een zelfstandige stichting opgezet.</p>	
Toekomstige trainingen (financiering transformatiebudget) 2026 en 2027		
2026 en 2027: <u>Zelfregiecentrum de Ruimte:</u> Twee doorlopende groepen starten voor doelgroep (zie omschrijving) inwoners Ede		

	<p>2026 en 2027: St. Rooz: Peersupportgroep voor jongvolwassenen zonder indicatie voor doelgroep (zie omschrijving) inwoners Ede groep voor ouders/naasten van jongvolwassenen</p> <p>2026 en 2027: Samenwerking lokale stakeholder (al in gesprek) en Iriszorg Starten van een peer supportgroep voor de volwassen doelgroep (zie omschrijving)</p>							
	<p>Barneveld en Rhenen: Het opstarten van twee laagdrempelige steunpunten in deze twee gemeenten staan nog in de beginfase. We merken dat andere initiatieven ook mogelijkheden zien om in deze gemeenten te starten. We gaan hierbij uit van dezelfde begroting voor het opstarten van trainingen als in Ede.</p>							
	<p>Wageningen:</p> <table border="1"> <tr> <td> <p>Huidige trainingen</p> <p>4 zelfhulpgroepen voorzienend Financiering: SPUK-gemeenten</p> </td> <td> <p>Toekomstige training, financiering door transformatiebudget</p> <p>2026: 3 extra zelfhulpgroepen voor de doelgroep (zie omschrijving)</p> <p>2027: 3 extra zelfhulpgroepen voor de doelgroep (zie omschrijving)</p> </td> </tr> <tr> <td> <p>Doorlopende themagroep 1x per week Financiering: gemeenten</p> </td> <td> <p>2026: Uitbreiding naar 3x per week</p> <p>2027: Uitbreiding naar 4x per week</p> </td> </tr> <tr> <td> <p>2 soorten trainingen Financiering: gemeenten</p> </td> <td> <p>2026: Uitbreiding naar 4x per week</p> <p>2027: Uitbreiding naar 6,2 per week</p> </td> </tr> </table>		<p>Huidige trainingen</p> <p>4 zelfhulpgroepen voorzienend Financiering: SPUK-gemeenten</p>	<p>Toekomstige training, financiering door transformatiebudget</p> <p>2026: 3 extra zelfhulpgroepen voor de doelgroep (zie omschrijving)</p> <p>2027: 3 extra zelfhulpgroepen voor de doelgroep (zie omschrijving)</p>	<p>Doorlopende themagroep 1x per week Financiering: gemeenten</p>	<p>2026: Uitbreiding naar 3x per week</p> <p>2027: Uitbreiding naar 4x per week</p>	<p>2 soorten trainingen Financiering: gemeenten</p>	<p>2026: Uitbreiding naar 4x per week</p> <p>2027: Uitbreiding naar 6,2 per week</p>
	<p>Huidige trainingen</p> <p>4 zelfhulpgroepen voorzienend Financiering: SPUK-gemeenten</p>	<p>Toekomstige training, financiering door transformatiebudget</p> <p>2026: 3 extra zelfhulpgroepen voor de doelgroep (zie omschrijving)</p> <p>2027: 3 extra zelfhulpgroepen voor de doelgroep (zie omschrijving)</p>						
<p>Doorlopende themagroep 1x per week Financiering: gemeenten</p>	<p>2026: Uitbreiding naar 3x per week</p> <p>2027: Uitbreiding naar 4x per week</p>							
<p>2 soorten trainingen Financiering: gemeenten</p>	<p>2026: Uitbreiding naar 4x per week</p> <p>2027: Uitbreiding naar 6,2 per week</p>							
<p>Basis voor transitie</p> <p>Regionaal: De regionale stuurgroep komt structureel bij elkaar. Er is een projectleider in mei 2025 gestart voor deze opdracht</p> <ul style="list-style-type: none"> • Veenendaal: is er maandelijks structureel overleg met lokale stakeholders en worden 3 trainingen verder doorontwikkeld voor de psychisch kwetsbare inwoners van Veenendaal. Er zijn voorbereidingen om een inloopfunctie op te zetten. Er wordt gezocht naar een geschikt pand • Ede: in mei 2025 is Stichting Zelfregiecentrum Ede opgericht die als doel heeft een zelfregiecentrum voor volwassenen op te zetten. St. Rooz heeft als doel een herstelacademie voor jongvolwassenen door te ontwikkelen. Beiden initiatieven nemen de inloopfunctie mee. Er wordt gezocht naar een geschikt pand. • Wageningen: heeft al een zelfregiecentrum en heeft als doel dit door te ontwikkelen (verdieping en verbreding) • Barneveld en Rhenen: gemeenten zijn in Q3 aangehaakt bij de stuurgroep 								

	<ul style="list-style-type: none"> • De gemeenten Ede, Veenendaal, Wageningen, Barneveld en Rhenen ontwikkelen als opdrachtgevers een inhoudelijk en financieel kader voor laagdrempelige steunpunten en herstelaanbod in het jaar voorafgaand de beoogde start van een steunpunt in de desbetreffende gemeente. • Medio 2027 is het herstelnetwerk met ervaringsdeskundigheid actief die de 9 laagdrempelige steunpunten bemensen, ondersteund met vrijwillige inzet • Eind 2027 is er een dekkend aanbod met 9 laagdrempelige steunpunten in de gehele regio in overeenstemming met de landelijke richtlijnen die toegankelijk zijn voor inwoners met een mentale kwetsbaarheid en de bestaande EPA doelgroep. Met een dekkend aanbod bedoelen we aanbod binnen een afstand van 10 kilometer en/of 1 steunpunt per 30.000 inwoners. Voor de toekenning van transformatiegelden voor 2026 en 2027, zullen er 9 steunpunten opgezet worden. Vanaf 2028 zullen deze steunpunten zich verder door ontwikkelen (aanbod verbreden en vergroten) en uitbreiden (in aantal bezoekers) in een zelfregiecentrum (in een pand). <table border="1" data-bbox="566 587 1178 1082"> <thead> <tr> <th>AANTAL STEUNPUNTEN</th> <th>2026</th> <th>2027</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Barneveld</td> <td>1</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Ede</td> <td>2</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Renswoude</td> <td>-</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Rhenen</td> <td>1</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Wageningen</td> <td>1</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Veenendaal</td> <td>1</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>TOTAAL</td> <td>6</td> <td>3</td> </tr> </tbody> </table>	AANTAL STEUNPUNTEN	2026	2027	Barneveld	1	1	Ede	2	1	Renswoude	-		Rhenen	1		Wageningen	1		Veenendaal	1	1	TOTAAL	6	3
AANTAL STEUNPUNTEN	2026	2027																							
Barneveld	1	1																							
Ede	2	1																							
Renswoude	-																								
Rhenen	1																								
Wageningen	1																								
Veenendaal	1	1																							
TOTAAL	6	3																							
Doelgroep	<ul style="list-style-type: none"> • Inwoners met een psychische en/of sociaal-emotionele kwetsbaarheid. En in het bijzonder inwoners met een ernstige psychiatrische aandoening (EPA). • De naasten van inwoners die hun naasten ondersteunen in hun herstel 																								
Stakeholders	<p>De lokale werkgroepen zijn bottom-up opgezet en bestaan uit lokale initiatieven vanuit de zorg- en welzijnsorganisaties en Stichtingen voor zelfregie en Herstel en de gemeente. Veelal zijn dit ervaringsdeskundigen. Het huidige aanbod van lokale aanbieders op het gebied van zelfregie wordt gekoppeld, uitgebreid en doorontwikkeld voor de inwoners met mentale kwetsbaarheid (inclusief de EPA doelgroep). Deze activiteiten vinden plaats in het laagdrempelig steunpunt.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Stakeholders Veenendaal: Leger des Heils, Kwintes, Zorg op Maat, St. Fred, Praktijk voor Verwondering, Veens Welzijn, Khair, gemeente Veenendaal. Uitbreiding naar huisartsen en wijkteams volgt nog. 																								

	<ul style="list-style-type: none"> • Stakeholders Ede: Zelfregiecentrum De Ruimte, Malkander, St. Rooz, gemeente Ede. Uitbreiding naar huisartsen en wijkteams volgt nog. • Stakeholders Wageningen: Solidez welzijn, GGZ Centrum Wageningen, Vrijwilligerscentrum, gemeente Wageningen, netwerk ervaringsdeskundigen Wageningen, huisartsen en POH'ers, Startpunt Wageningen, Wijkteams • Voor Barneveld en Rhenen worden stakeholders in Q4 2025 benaderd • De regionale IZA- werkgroep bestaat uit partners vanuit de zorg- en welzijnsorganisaties, Stichtingen voor zelfregie en Herstel (ervaringsdeskundigen), onderwijs/onderzoek (HU en CHE), gemeenten. • Stakeholders regionaal: Iris zorg, Psy Zorg, Pro persona, Leger des Heils, RIBW-AVV, Hogeschool Ede, beleidsadviseurs gemeente Ede, Veenendaal, Barneveld, Rhenen en Wageningen. • De landelijke IZA-werkgroep laagdrempelige steunpunten bestaande uit VNG, Sociaal Werk Nederland, de Nederlandse ggz, Valente, VWS, MIND en de Nederlandse Vereniging voor Zelfregie en Herstel. <p>Op diverse niveaus is vanuit de regio contact met meerdere landelijke organisaties</p>
--	---

3.2.2 KPI's

KPI	Beschrijving	2026	2027
Inspanningen	De gemeenten Veenendaal, Ede, Wageningen, Barneveld en Rhenen ontwikkelen als opdrachtgevers een inhoudelijk en financieel kader voor laagdrempelige steunpunten en herstelaanbod. Deze kaders staan beschreven in een projectplan met een concrete uitwerking in tijdsplanning	Q1	-
	In 2026 worden 6 laagdrempelige steunpunten opgezet conform de landelijke richtlijnen die toegankelijk zijn voor de inwoner met een lichte mentale kwetsbaarheid en de bestaande EPA doelgroep. In totaal zijn er 6 laagdrempelige steunpunten gerealiseerd of in ontwikkeling.	Q4	
	In 2027 worden 3 laagdrempelige steunpunten opgezet conform de landelijke richtlijnen die toegankelijk zijn voor de inwoner met een lichte mentale kwetsbaarheid en de bestaande EPA doelgroep. In totaal zijn er 9 laagdrempelige steunpunten.		Q4
	Over het jaar 2026 is het aantal unieke bezoekers van de laagdrempelige steunpunten 210 per jaar Over het jaar 2027 is het aantal unieke bezoekers van de laagdrempelige steunpunten 350 bezoekers per jaar	Q4	Q4
Resultaat	Tussen 1 januari en 30 november 2026 is bij minimaal 60 bezoekers van het laagdrempelig steunpunt een vermindering van GGZ instroom vastgesteld, gemeten als het verschil tussen het aantal potentiële	Q4	Q4

	GGZ-verwijzingen en het aantal daadwerkelijke verwijzingen. En tussen 1 januari en 30 november 2027 voor minimaal 100 bezoekers.		
--	--	--	--

3.2.3. Financiële samenvatting laagdrempelige steunpunten

Voor het onderwerp laagdrempelige steunpunten toont tabel 5 het resultaat voor de totale doorberekening per jaar.

	2025	2026	2027	2028	2029	Totaal
Resultaat ZvW	€ 0	€ 388.251	€ 740.461	€ 1.078.952	€ 1.259.360	€ 3.467.024
Resultaat Sociaal domein	€ 0	€ 356.041	€ 765.906	€ 376.127	€ 613.278	€ 2.111.352
Investering IZA transformatiemiddelen	€ 0	€ 0	€ 0	n.v.t.	n.v.t.	€ 0
Investering SPUK- transformatiemiddelen	€ 0	€ 679.387	€ 991.258	n.v.t.	n.v.t.	€ 1.670.645
Voorkomen behandelingen GGZ	-	105	175	245	280	805

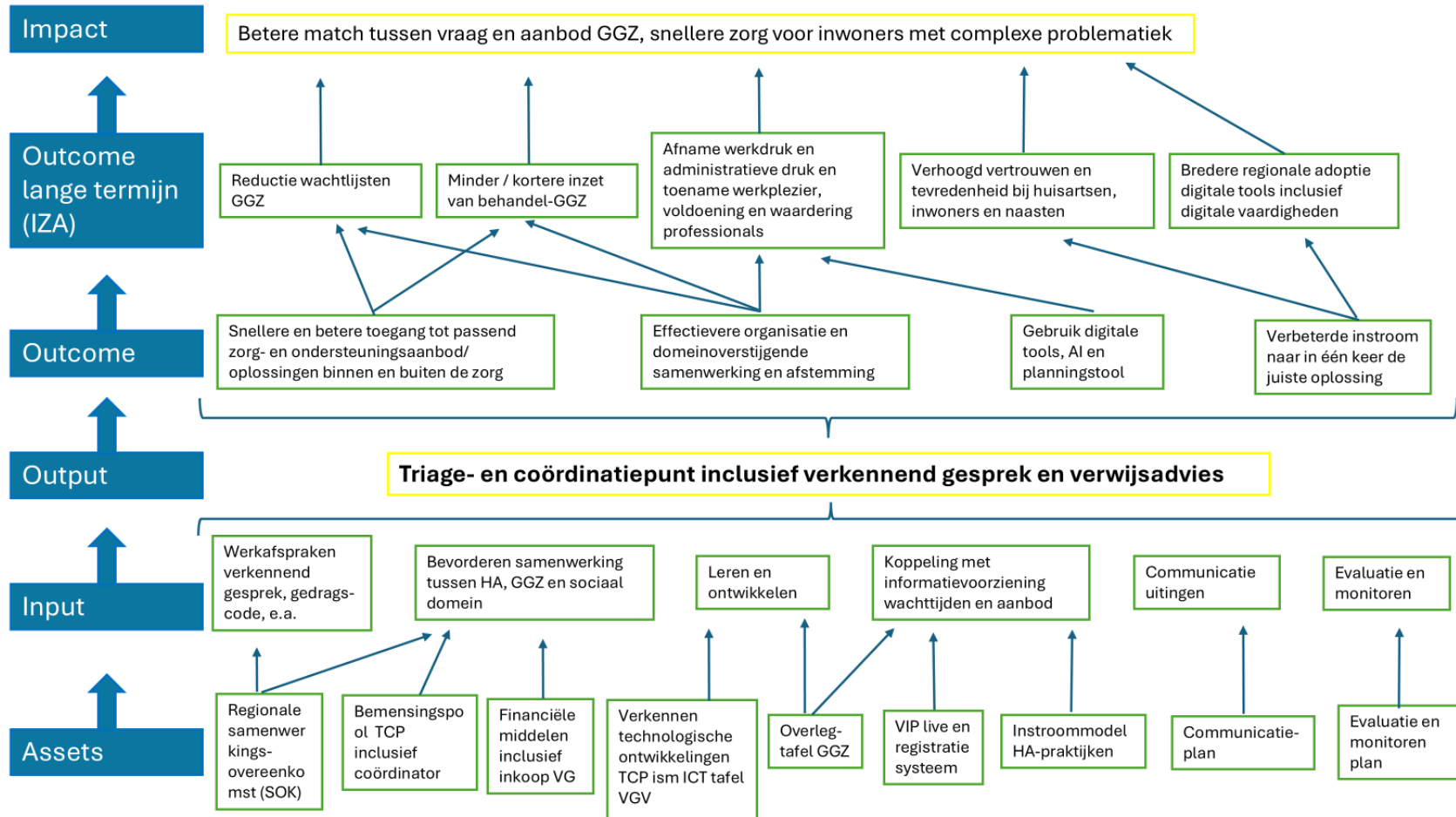
Tabel 5 Resultaat totale doorrekening Business Case per jaar t.b.v. laagdrempelige steunpunten.

In figuur 8 zijn de belangrijkste aannames te zien m.b.t. dit transformatie onderdeel. Hierin is ook het aantal steunpunten met verwachte bezoekers weergegeven.

Onderdeel	2025	2026	2027	2028	2029
Aantal steunpunten	0	6	9	9	9
Verwacht aantal bezoekers steunpunten	0	210	350	490	560
Aandeel EPA patiënten	10%	10%	10%	10%	10%
Percentage daadwerkelijke baten (reguliere instroom)	50%	50%	50%	50%	50%
Percentage daadwerkelijke baten (Verwezen TCP)	95%	95%	95%	95%	95%

Figuur 8 Aannames laagdrempelige steunpunten.

3.3 Triage en Coördinatiepunt



3.3.1 Deelplan triage coördinatiepunt

Triage- en coördinatiepunt Mentale Gezondheid	Samenwerking ervaringsdeskundigen-sociaal domein-GGZ-huisartsen/POH-GGZ, zoeken naar de juiste match tussen vraag en aanbod, centraal triëren en coördineren van de instroom naar passend aanbod binnen en buiten de zorg en sociaal domein.
IZA-Doelstelling	<ul style="list-style-type: none"> • Minder en gerichtere verwijzingen naar de juiste behandel-GGZ • Minder/ kortere inzet van behandel-GGZ • Wachttijden behandel-GGZ terugdringen • Afname werkdruk en toename werkplezier, voldoening en waardering bij professionals
Verwachte impact 2030	<ul style="list-style-type: none"> • Reductie wachtlijsten en wachttijden • 87%⁴ van de inwoners komt na het VG in één keer op de juiste plek • Betere organisatie overstijgende en domeinoverstijgende samenwerking <p>In de toekomst ambiëren we dat het TCP ook adviseert en coördineert in het bevorderen van de doorstroom en het tijdig afschalen van zorg; waar kan de inwoner terecht wanneer de behandeling stopt of wordt afgebouwd?</p> <p>De businesscase van het landelijke programma Mentale Gezondheidsnetwerken beschrijft dat naar verwachting 21% inwoners die GGZ lijkt nodig te hebben eerst een VG gaat krijgen. Voor de Gelderse Vallei hanteren we gedurende het eerste jaar ook een percentage van 21%, teruggerekend naar de gefaseerde instroom van huisartsenpraktijken.</p> <p>Verwachte uitstroomcijfers na VG op basis van verschillende regio's in Nederland:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 68% van de inwoners naar (GB/S)GGZ • 12% naar sociaal domein • 13% naar sociale basis • 17% naar HA/POH, eHealth/zelfhulp, GGZ in het netwerk • 10% naar meer dan 1 oplossing <p>Telefonisch advies</p> <p>Op basis van bestaande initiatieven zoals WijzerGGZ, Mental Health Verbindt en Wijs verwijsbureau⁵ verwachten we jaarlijks ruim 300 aanvragen voor telefonisch advies over passend aanbod en wachttijden. Hierbij beogen we gebruik te maken van de informatievoorziening wachttijden en aanbod (slimverwijzen.nl) en deze te verbinden met en/of door te ontwikkelen met informatie over (groeps)-aanbod in sociaal domein en sociale basis. We hebben een realtime inzicht nodig in beschikbare mogelijkheden en eventuele wachttijden. Op lange termijn kan het aantal adviezen waarbij</p>

⁴ Op landelijk niveau/op basis van onderzoek (CZ et al., 2020) is bekend dat ongeveer 23% van de verwijzingen van de huisarts naar de GGZ niet 'goed' is. In het TCP GV wordt een first time right principe nagestreefd van 87% oftewel een verbetering van 10%.

⁵ [Mental Health Verbindt - Welkom, WIJS Verwijsbureau - Provico - GGZ netwerk in praktijk, Over ons | Wijzer GGZ](#)

	bemensing nodig is mogelijk worden teruggebracht door inzet van technologie/AI en uitbreiding van toegang voor meerdere doelgroepen.
Doelstelling	Na toekenning transformatiemiddelen en ingekochte VG's beogen we voor ongeveer 21% van de hulpvragen die nu rechtstreeks naar behandel-GGZ worden verwezen breder te kijken naar de context van de inwoner (zoals netwerk, leefomgeving en welzijn). Door een VG waarin we samen met inwoner én naaste, met medewerkers vanuit sociaal domein, GGZ en ervaringsdeskundigen tot passende oplossingen binnen en buiten sociaal domein en behandel-GGZ te komen. Hierdoor dragen we naar verwachting bij aan reductie van wachtlijsten in de behandel-GGZ en verbeteren van de instroom, naar in één keer de juiste oplossing. Tegelijkertijd leren we effectiever samen te werken en organisatie-overstijgend én domeinoverstijgend te denken en handelen.
Omschrijving	<p>Het TCP Mentale Gezondheid Gelderse Vallei als onderdeel van de coalitie Mentaal Vitaal van de Vitale Gelderse Vallei is een nieuwe vorm van samenwerking tussen huisartsen, het sociaal domein en de GGZ waarin ervaringsdeskundigen, medewerkers uit sociaal domein én GGZ samen met inwoners met psychische klachten voorafgaand aan mogelijke verwijzing zoeken naar passende oplossingen voor de betreffende vraag van de inwoner.</p> <p>In de afgelopen periode is er gewerkt aan een breed gedragen ontwerp voor het TCP. Hierin zijn werkwijzen, rollen, taken, verantwoordelijkheden en randvoorwaarden uitgewerkt in lijn met de landelijke richtlijnen van verantwoordelijkheidsverdeling, zodat we zodra de financiële middelen zijn toegekend kunnen starten met de uitrol van het verkennend gesprek en verwijsadvies.</p> <p>Bemensingspoule TCP</p> <p>In lijn met landelijke werkwijze MGN⁶ voeren de volgende functionarissen het verkennend gesprek:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Noodzakelijk: een GGZ-professional⁷ • Noodzakelijk dat er iemand met kennis van het (geïndiceerde en niet geïndiceerde) aanbod en toegang naar het sociaal domein vanuit de gemeente van herkomst aansluit. Gezien de grote diversiteit in hoe gemeenten hun toegang hebben georganiseerd, bepaalt de gemeente zelf welke type medewerker zij laat aansluiten bij het gesprek, passend bij de doelen van het triage- en coördinatiepunt. • Noodzakelijk tenzij, is er een ervaringsdeskundige bij. • Dringend advies is een naaste van de inwoner erbij. De inwoner is in de lead om te bepalen wie de naaste is die hij/ zij wil meenemen. <p>Bij elk verkennend gesprek zijn zowel een professional vanuit de GGZ als iemand vanuit het sociaal domein betrokken. Waar mogelijk sluit ook een ervaringsdeskundige aan. Om de vraag naar GGZ af te buigen helpt het om inzet van ervaringsdeskundigen te vergroten. We zetten sterk in op het betrekken van de naaste(n) van de inwoner in het</p>

⁶ <https://www.mentalegezondheidsnetwerken.nl/app/uploads/2024/03/20240301-Werkwijze-Mentale-gezondheidsnetwerken.pdf>

⁷ **GGZ professional** zoals gedefinieerd in [veldnorm beroepen in de geneeskundige geestelijke gezondheidszorg en forensische zorg](#) (zie [NZA Beleidsregel experiment Deelname ggz aan Verkennend gesprek BR/REG 25145](#)) én passend binnen de beroepenlijst zoals gedefinieerd door Menzis.

	<p>verkennend gesprek. Het gaat hierbij om iemand die voor de persoon een belangrijke hulpbron vormt. Doel is om het gesprek binnen twee weken na aanmelding te plannen.</p> <p>Werving en selectie</p> <p>Er is proactief vanaf het voorjaar van 2025 geworven voor medewerkers onder alle regionale gemeenten én alle GGZ-organisaties. Dit heeft geresulteerd in de aanmelding van meerdere ervaringsdeskundigen, GGZ-professionals (vanuit RIBW, GGZ Centrum Wageningen, Pro Persona, 's Heerenloo, en een aantal vrijgevestigde GGZ-professionals), meerdere medewerkers uit het sociaal domein (WMO-consulenten en maatschappelijk werkers) vanuit gemeente Ede en Veenendaal die aan de slag willen binnen het TCP. We starten met deze gemeenten en werken langzaam toe naar een regionale dekking. Een definitieve selectie van het team vindt deze periode plaats om te komen tot een gebalanceerd team. Dit enthousiasme willen we graag benutten en daarvoor zijn de transformatiemiddelen en ingekochte VG noodzakelijk.</p> <p>Ook hebben we voor ogen een coördinator TCP aan te stellen. We verkennen of dit kan worden ondergebracht bij HAGV i.c.m. het hoofdaannemerschap voor de inkoop VG. De coördinator beoordeelt aanmeldingen en regelt de planning van gesprekken, inclusief samenstelling en roosterefficiëntie. Zij/hij heeft zicht in het dashboard (slimverwijzen), ondersteunt professionals met randvoorwaarden (zoals toegang en overleg), vertegenwoordigt het TCP binnen relevante netwerken (zoals de Coalitie Mentaal Vitaal), stuurt de bemensingspoule aan (inclusief werving en begeleiding), lost knelpunten op en bewaakt en rapporteert de voortgang van het TCP.</p> <p>Voor consultatie kunnen de medewerkers in het TCP contactleggen met de overlegtafel GGZ (domeinoverstijgend casusoverleg).</p> <p>Afhankelijk van de uitkomst van het verkennend gesprek – en het bijbehorende advies aan de huisarts – ligt de verantwoordelijkheid voor de warme afstemming en verdere opvolging bij de betreffende professional uit de GGZ, het sociaal domein of de ervaringsdeskundige. We sluiten hierbij aan bij de regie van de inwoner en diens naaste, en bieden begeleiding waar nodig. Uit navraag bij huisartsen/POH's-GGZ blijkt dat zij verwachten het merendeel van de adviezen 1 op 1 te kunnen overnemen.</p> <p>Gefaseerde en parallelle instroom</p> <p>We gaan gefaseerd uitrollen wat betekent dat er steeds meer huisartsenpraktijken kunnen aanmelden, waarbij we starten met gemeente Ede en Veenendaal. Hierbij sluiten we aan bij de capaciteitsmogelijkheden van het TCP en willen we een wachtlijst voor het triage- en coördinatiepunt voorkomen. Op de momenten dat er voldoende ruimte is binnen het triage- en coördinatiepunt gaan zorgmanagers van Pro Persona cliënten op hun wachtlijst selecteren en vragen of zij een verkennend gesprek willen. Hiermee willen we onderzoeken of er naast behandeling alternatief aanbod voor de cliënt nodig en mogelijk is. Ook bieden we hiermee de mogelijkheid om wachtlijsten sneller in te korten.</p>
Activiteiten	<p>TCP operationeel met benodigde capaciteit waarbij we minimaal nodig hebben:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Samenwerkingsovereenkomst opgesteld in juridische werkgroep en getekend door GGZ partijen, gemeenten en RHO.

	<ul style="list-style-type: none"> • Communicatieplan uitgevoerd onder leiding van communicatieadviseur VGV in samenwerking met GGZ partijen, gemeenten en RHO. • Backoffice en frontoffice ingericht (incl. ICT, beveiligde gegevensuitwisseling, rooster, werkprocessen) voor bemensingspoule TCP. • Wachttijden en aanbod in kaart d.m.v. Slimverwijzen.nl. • Werkafspraken VG inclusief werkprocessen, HR, gedragscode voor bemensingspoule TCP. • Inwerkprogramma uitgevoerd door projectgroep TCP voor bemensingspoule TCP. • VG ingekocht en ingeregeld beoogd door hoofdcontractant HAGV, met daaronder voorkeur voor GGZ partijen die contracteren en declareren bij zorgverzekeraars. • IZA SPUK-middelen toegekend voor inzet sociaal domein bij verkennend gesprekken. • Monitorings-en evaluatieplan opgesteld door projectgroep TCP. <p>Regionale opschaling inclusief duurzame bekostiging betaaltitel VG en AZWA voor inzet sociaal domein professional</p>
0-meting	<ul style="list-style-type: none"> • Er wordt nu geen verkennend gesprek gedaan. Er is in andere regio's gestart met Slimverwijzen, dit volgt in Gelderse Vallei.
Doelgroep	<ul style="list-style-type: none"> • Huisartsen kunnen ervoor kiezen om mensen (18+) met psychische klachten en problemen op andere levensdomeinen aan te melden bij het triage- en coördinatiepunt (TCP) Mentale Gezondheid voor een verkennend gesprek (VG), of kunnen het triage- en coördinatiepunt rechtstreeks consulteren voor telefonisch advies over wachttijden en (wegen naar) aanbod. Het VG is bedoeld voor mensen voor wie een eendimensionale aanpak met zorg of ondersteuning door alleen de huisarts/POH-GGZ, behandel-GGZ of sociaal domein niet lijkt te volstaan. Huisartsen melden inwoners aan zonder daarbij te spreken over GGZ of een voorkeursaanbieder.
Stakeholders	<ul style="list-style-type: none"> • Inwoners Gelderse Vallei die niet voldoende hebben aan een eendimensionale aanpak én waar problemen op andere levensdomeinen spelen • Naasten van inwoners die niet voldoende hebben aan een eendimensionale aanpak én waar problemen op andere levensdomeinen spelen • Aanbieders van GBGGZ en SGGZ • Huisartsen en POH's-GGZ • Gemeenten (te starten met Ede en Veenendaal) • Sociaal domein (geïndiceerd aanbod) en andere gemeentelijke domeinen zoals participatie, werk en inkomen • Sociale basis (niet-geïndiceerd aanbod, (herstel)aanbod, voorliggend veld)
ICT, gegevensuitwisseling en technologie in het TCP	<p>Voor een veilige en efficiënte informatie-uitwisseling maken we zoveel mogelijk gebruik van bestaande, beveiligde voorzieningen. We starten met het gebruik van VIP Live als digitale omgeving voor communicatie en verslaglegging en onderzoeken de mogelijkheden om het systeem te benutten als brondossier om te voldoen aan de bewaar-en dossierplicht zoals beschreven in de WGBO. Tegelijkertijd zoeken we de samenwerking op met de coalitie ICT en digitalisering van het netwerk Vitale Gelderse Vallei, om gezamenlijk nieuwe regionale digitale ontwikkelingen te verkennen en voor advies over bredere innovatietrajecten.</p>

De stijgende kosten, een groeiende zorgvraag en krapte op de arbeidsmarkt vragen om innovatieve oplossingen. Daarom is de toepassing van technologie niet meer vrijblijvend maar een vast onderdeel van de werkwijze binnen het TCP. Randtaken willen we automatiseren en vereenvoudigen om de tijd van professionals optimaal te benutten. We willen het TCP actief ondersteunen door kunstmatige intelligentie (AI), digitale hulpmiddelen en data-inzichten en sturen hierbij op eerst ervaren, dan pas oordelen. Deze ondersteuning stelt de bemensingspoule in staat om meer persoonsgerichte en samenhangende zorg te bieden, sneller tot passende adviezen te komen, keuzes beter te onderbouwen en processen efficiënter te organiseren.

Wat levert dit op?

Voor inwoners en naasten betekent dit meer regie en duidelijkheid. Voor professionals betekent het minder administratieve belasting, meer ruimte voor menselijk contact en versterking van digitale vaardigheden. Dit verhoogt niet alleen het werkplezier, maar zorgt er ook voor dat medewerkers van het team hun kennis en vaardigheden meenemen naar hun eigen organisaties – een vliegwiel voor bredere digitale adoptie in de regio.

AI in de praktijk

We verkennen de inzet van geavanceerde AI-technieken zoals *dembrane* echo in verschillende onderdelen van het werkproces, waaronder:

- AI-gestuurde gespreksondersteuning, zoals *realtime* transcriptie, automatische gespreksamenvattingen en verslaglegging;
- Digitale triage en besluitondersteuning, waarbij AI op basis van data zorg- en ondersteuningsbehoeften verder weet uit te vragen en passende adviezen voorstelt.

Door deze toepassingen verhogen we de kwaliteit van het advies en dragen we bij aan effectievere en gelijkwaardiger gesprekken met inwoners. Tegelijkertijd ontstaat er ruimte om complexere casuïstiek met meer diepgang te benaderen.

Koppeling aan regionale kennisbronnen en systemen

Een belangrijk onderdeel van de (door)ontwikkeling is het koppelen van AI-toepassingen aan een zogenaamd RAG-systeem (*Retrieval-Augmented Generation*): een aanvullende functionaliteit op een large *language* model (zoals ChatGPT), dat offline werkt en is gevoed met eigen, betrouwbare informatie. Denk hierbij aan regionale en lokale sociale kaarten, kennis over het aanbod in het sociaal domein, de sociale basis en de GGZ.

In combinatie met het dashboard (Slimverwijzen)/ informatievoorziening wordt het mogelijk om:

- De grote lijn van een gesprek beter te pakken en deze vlot in verslaglegging paraat te hebben. Verslaglegging is direct aansluitend aan het gesprek beschikbaar, kan nog aangepast worden naar wens en is dan klaar en deelbaar met de patiënt en de huisarts of andere relevante hulpverlening.
- Kostbare manuren worden bespaard doordat AI-toepassing gekoppeld aan een RAG-systeem voldoende kennis van de opties in het voorveld en in de eerste en tweede lijn paraat heeft om het gesprek door een enkele hulpverlener te laten voeren. De brede blik die we willen inzetten bij een VKG ondervangen we doordat Dembrane dat actief uit zijn eigen RAG-systeem weet te halen.

	<ul style="list-style-type: none"> • Er treedt meteen een activerend effect op doordat de hulpvrager zijn verhaal direct terug kan lezen (gehoord voelen) en meerdere concrete stappen als optie krijgt (drempelverlagend om zelf in actie te komen) en daar een verslag van krijgt (de kostbare tijd van het gesprek gaat niet verloren doordat een groot deel van de gewisselde informatie vastgelegd wordt en daardoor beter beklijft. Daarmee voorkomen we verlies van effectiviteit zoals in een regulier gesprek helaas toch nog vaak kan gebeuren. • Informatie ophalen uit een RAG-systeem is niet gevoelig voor hallucinaties zoals dat wel kan optreden bij gebruik van reguliere AI (vanwege de predictiefunctie waarmee AI zijn antwoorden opstelt).
--	--

3.3.2 KPI's

KPI	Beschrijving	2026	2027
Inspanning	Start TCP: op 1 januari 2026 worden er, door een domeinoverstijgend team, verkennende gesprekken aangeboden	Q1	
	46 normpraktijken voeren verkennende gesprekken	Q4	
	94 Normpraktijken voeren verkennende gesprekken		Q4
	761verkennende gesprekken zijn uitgevoerd	Q4	
	1585 verkennende gesprekken zijn uitgevoerd		Q4
Resultaat	Tussen 1 januari 2026 en 31 december 2026 krijgt 42% van de inwoners die een VG krijgt een oplossing geadviseerd buiten de GBGGZ/SGGZ	Q4	Q4
	Tussen 1 januari 2027 en 31 december 2027 krijgt 42% van de inwoners die een VG krijgt een oplossing geadviseerd buiten de GBGGZ/SGGZ		Q4

3.3.3. Financiële samenvatting TCP

Voor het onderwerp TCP toont tabel 6 het resultaat voor de totale doorberekening per jaar. Hierbij is rekening gehouden met €6.091 kosten t.b.v. sociaal domein. Dit valt hoger uit dan de richtlijn business case, omdat de opbouw van een verkennend gesprek anders is dan de opbouw van de landelijke business case.

	2025	2026	2027	2028	2029	Totaal
Resultaat ZvW	€ 0	€ 426.005	€ 797.531	€ 1.089.643	€ 1.112.803	€ 3.425.981
Resultaat Sociaal domein	€ 0	€ 0	€ 0	-€ 1.627.829	-€ 1.601.662	-€ 3.229.491
Investering IZA transformatiemiddelen	€ 0	€ 341.104	€ 23.671	n.v.t.	n.v.t.	€ 364.775
Investering SPUK- transformatiemiddelen	€ 0	€ 825.126	€ 1.310.778	n.v.t.	n.v.t.	€ 2.135.904
Voorkomen behandelingen GGZ	-	216	409	549	550	1.724

Tabel 6 Resultaat totale doorrekening Business Case per jaar t.b.v. TCP.

Ook is rekening gehouden met de volgende aannames over opbouw instroom huisartsenpraktijken, verwijzingen naar verkennend gesprek en afbuiging per transitiejaar (zie figuur 9). 5% van de personen krijgt een tweede verkennend gesprek. Een verkennend gesprek duurt 360 minuten.

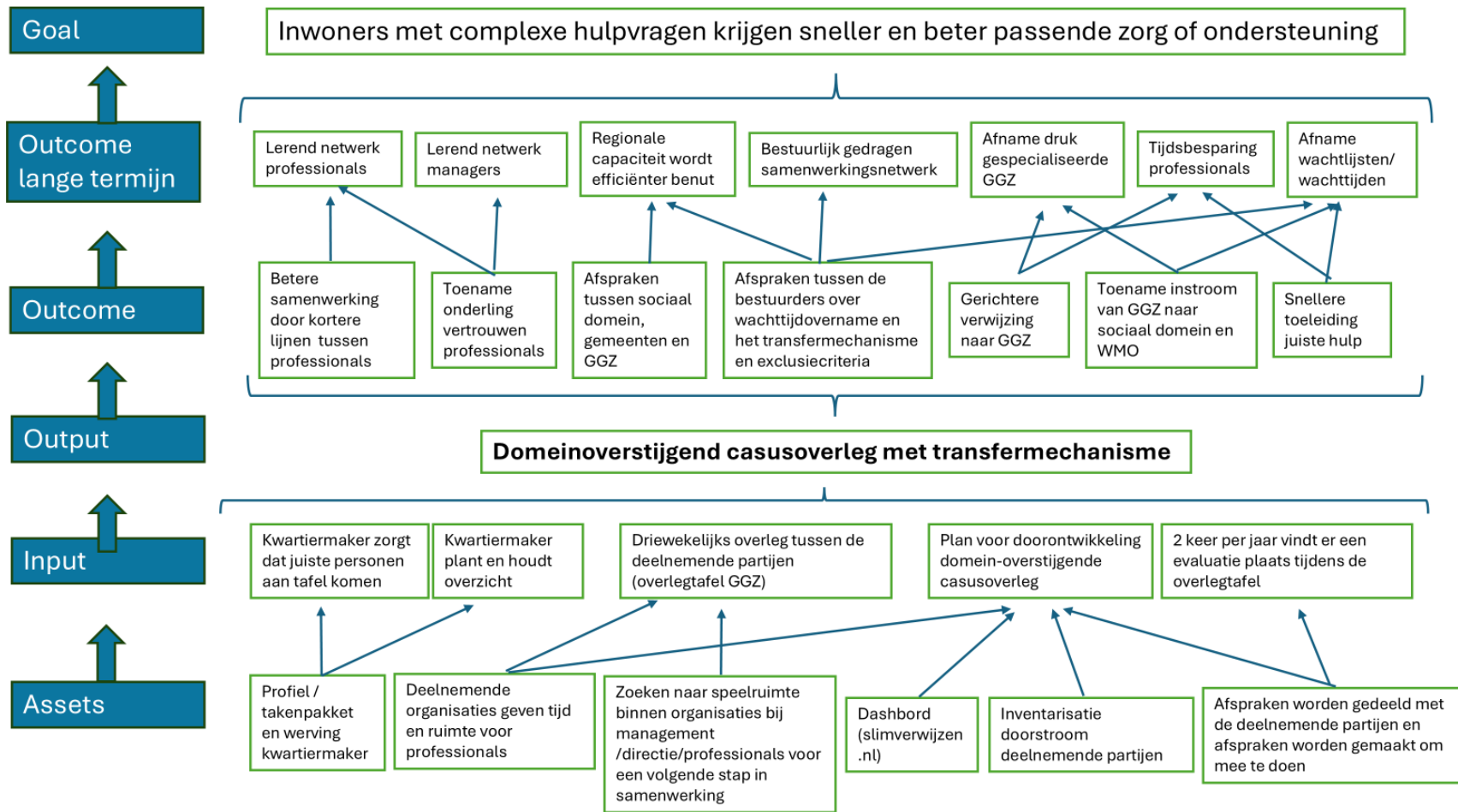
	2025	2026	2027	2028	2029
Aantal normpraktijken (gemiddeld per jaar)	0	46	94	126	126
Aandeel t.o.v. totaal normpraktijken	0%	37%	75%	100%	100%
Percentage verwijzingen huisarts/POH naar TCP	21%	21%	21%	21%	21%
Percentage verwijzingen uit verkennend gesprek naar andere partners dan GGZ	42%	42%	42%	42%	42%

Figuur 9 aannames TCP.

Enkele opmerkingen en bijzonderheden die we willen uitlichten:

- De inzet van ervaringsdeskundigen vormt een belangrijk onderdeel van de transformatie. Zij dragen bij aan passende ondersteuning en een betere aansluiting op de leefwereld van inwoners. In de startfase zetten we deze inzet ruim in om maximaal te leren en ervaring op te doen. Vanaf 2027 zetten we dit gericht in binnen een geborgde functiemix die past bij de opgedane ervaring.
- Duur van het eerste verkennende gesprek is 60 minuten voor het gesprek zelf. Het VG is bedoeld voor een grondige verkenning van de situatie van de inwoner. Dit is essentieel om een volledig beeld te krijgen van de behoefte, de context en eventuele risico's. 30 minuten is voorbereiding. Een goede voorbereiding is cruciaal voor een efficiënt en kwalitatief hoogwaardig gesprek.
- 30 minuten voor afstemming, registratie en terugkoppeling; na het gesprek is tijd nodig voor het uitwerken van het advies, terugkoppeling aan de huisarts en afstemming met andere betrokken partijen. Dit borgt de kwaliteit van het VG en zorgt dat vervolgacties goed worden opgepakt
- Voor de exploitatie in 2026 en 2027 wordt gebruikgemaakt van SPUK-transformatiemiddelen.
- De besparingen door verwijzingen naar laagdrempelige steunpunten of preventie zijn niet opgenomen in TCP, maar worden verwerkt binnen de eigen transformatieonderdelen van deze initiatieven.

3.4. Domeinoverstijgend Casusoverleg met transfermechanisme



3.4.1 Deelplan domeinoverstijgend casusoverleg met transfermechanisme

<p>Doorontwikkeling domein overstijgend casusoverleg met transfermechanisme</p>	<p>Het domeinoverstijgend casusoverleg (doco) is een overleg waar individuele personen anoniem worden besproken door huisartsen, ggz en sociaal domein om passende zorg en/of ondersteuning te regelen voor de persoon die; bij één van de samenwerkingspartners om hulp heeft gevraagd en deze niet (tijdig)(alleen) kan leveren (of) al zorg of ondersteuning wordt geleverd en die niet (meer) passend is.</p> <p>Het doco is ook een vindplaats voor onderliggende systeemproblemen.</p> <p>We werken toe naar een transfermechanisme met regionale samenwerkingsafspraken over wachtlijsten en wachttijden, en het overnemen van cliënten.</p>
<p>IZA-Doelstelling</p>	<p>De huidige GGZ-Overlegtafel bevat de functie domein overstijgend casusoverleg. We willen toewerken naar de functie transfermechanisme. Beiden beschreven in landelijke handleiding <i>Werkwijze ontwikkeling Mentale gezondheidsnetwerken</i>.</p> <p>Het domein overstijgend casusoverleg heeft invloed op de actielijnen: Verwijsalternatieven van passend laagdrempelig voorliggend aanbod en de juiste zorg, op tijd (binnen treetnorm), op juiste plek.</p>
<p>Verwachte impact 2030</p>	<p>In 2030 streven we ernaar dat er zichtbare groei heeft plaatsgevonden op de volgende onderdelen:</p> <p>Regionale capaciteit wordt efficiënter benut. Door zowel verticaal als horizontaal te transferen, wordt ervoor gezorgd dat mensen mogelijk op een andere plek behandeld gaan worden dan origineel het plan was, waardoor er lichtere zorg ingezet kan worden en een besparing gerealiseerd wordt.</p> <p>Tijdsbesparing van de professionals. Door heldere samenwerkingsafspraken, het domein overstijgend casusoverleg en door de ontstane korte lijnen wordt het zoeken naar de juiste en passende zorg makkelijker. Dit levert een tijdsbesparing op.</p> <p>Afname druk gespecialiseerde GGZ. Door zorg af te buigen naar een ander domein dan de GGZ, neemt gaat de druk af nemen.</p> <p>Afname wachtlijsten en wachttijden. Door efficiënt gebruik te maken van elkaars aanbod, o.a. via het wachttijden en wachtlijsten dashboard is er een afname gerealiseerd.</p> <p>Bestuurlijk gedragen samenwerkingsnetwerk. Door te werken met een bottom-up approach worden bestuurders door hun managers direct geïnformeerd over de ervaren en onderliggende systeemproblemen. Dit leidt tot gedragen samenwerkingsafspraken op bestuurlijk niveau.</p>

	<p>Lerend netwerkmanagers. Door de bottom-up approach en de daardoor gemaakte samenwerkingsafspraken worden managers van verschillende partijen aangespoord om onderling intensiever samen te werken.</p> <p>Lerend netwerk professionals. Binnen doco is er ruimte voor uitleg over ieders werkwijze en aanbod. Hierdoor wordt kennis gedeeld en ontstaan korte lijnen. Tevens dienen de halfjaarlijkse evaluatiemomenten ook als lerend.</p>
Doelstelling	<ul style="list-style-type: none"> • Verwijzers ondersteunen met ingewikkelde casuïstiek Verwijzers en hun cliënten ondersteunen een passende behandeling/begeleiding te vinden en gericht advies te geven. • Samenwerking verbeteren tussen deelnemende partijen Verkeerd verwijzen/ verkeerde wachtlijst voorkomen Instroom van GGZ afbuigen sociaal domein en WMO • Breder zicht houden op vastgelopen behandeling door vragen van vele disciplines <p>Toewerken naar: Een zuivere wachtlijst; Gezamenlijke wachtlijst met een datumaanmelding die leidend is voor de gehele regio in plaats van individuele wachtlijsten;</p>
Omschrijving	<p>Door gebruik te maken van het domeinoverstijgend casuoverleg wordt de persoon met een hulpvraag eerder en beter passend geholpen, in de GGZ of het sociaal domein. Dit voorkomt het verergeren van klachten en daarmee problematiek/overlast/verzuim in aanpalende levensterreinen zoals werk, gezin, buurt, wonen etc. Vraag en aanbod van zorg en ondersteuning sluiten beter aan.</p> <p>De wachttijden zullen afnemen en er is beter inzicht in de capaciteit voor zorg en ondersteuning in de regio. Daarnaast komen knelpunten sneller in beeld en neemt de druk op de gespecialiseerde GGZ af.</p> <p>Horizontaal transferen: Mensen verschuiven van WMO-/ GGZ-partij naar andere WMO-/ GGZ-partij omdat ze daar eerder en beter geholpen zijn. Hierdoor wordt de wachttijd van personen verkort. De besparing zit hem dan in de kortere wachttijd.</p> <p>Verticaal transferen: Mensen verschuiven naar andere partijen in plaats van GGZ-partijen. Hierdoor worden mensen mogelijk op andere plek behandeld dan origineel het plan was, waardoor er lichtere zorg ingezet wordt en een besparing gerealiseerd kan worden. Dit kan o.a. zijn van:</p> <ul style="list-style-type: none"> · SGGZ naar BGGZ. · SGGZ naar sociaal domein · BGGZ naar sociaal domein. <p>Er wordt verwacht dat met bovenstaande ook een reductie in de wachttijd gerealiseerd gaat worden. Echter is dit momenteel te ingewikkeld om te kwantificeren.</p>

	<p>Afbuigen van zorg richting sociale basis. Door deelname van sociale wijkteams wordt er breder gekeken en soms voorliggend aanbod ingezet i.p.v. behandeling. Dit levert een besparing op.</p> <p>Met de transformatie van het domein overstijgend casusoverleg wordt inbrenger (en daarmee zijn/haar cliënt) geholpen om op de juiste plek zorg of begeleiding te vinden. Er zijn kortere lijnen, betere samenwerking waardoor vertrouwen toeneemt.</p> <p>De huisarts en ook andere zorgprofessionals onderling hebben een gremium om naar op te schalen, staan minder alleen in de zoektocht naar passende zorg/begeleiding en het bespaart tijd.</p> <p>Doordat professionals elkaar met regelmaat zien, leren kennen en begrijpen, ontstaat er betere samenwerking, vertrouwen en een oplossing bij (complexe) casussen. En daarmee ook tijd. Er ontstaat ook meer samenwerking binnen de behandeling (vangnet/deelbehandeling/ gezamenlijke groepsbehandeling).</p> <p>Het casusoverleg fungeert ook als vindplaats én als klankbord voor het TCP. Er wordt eerder met sociaal domein geschakeld, gericht naar GGZ verwezen, sneller de juiste hulp gevonden, waardoor kans op verergeren van klachten minder wordt. Het vraagt een tijdsinvestering van de deelnemende partijen. Het bespaart echter tijd en energie in het gehele verwijsproces bij ingewikkelde casuïstiek.</p>
Activiteiten	<ul style="list-style-type: none"> • Driewekelijkse overlegtafel met deelnemende partijen. • Profiel/ takenpakket + werving kwartiermaker. • Plan voor doorontwikkeling domein overstijgend casusoverleg door kwartiermaker. Het plan omvat onder andere de inventarisatie doorstroom deelnemende partijen. • Kwartiermaker zorgt dat de juiste personen aan tafel komen om een start te maken afspraken ten behoeve van het transfermechanisme. • Afspraken worden gedeeld met de deelnemende partijen en commitment wordt verwacht. • Bestuurders maken afspraken over wachttijdovername en transfermechanisme. • Inventarisatie doorstroom deelnemende partijen, indien nodig proces op elkaar af laten stemmen.
Basis voor transitie	<p>De basis staat: er is een goedlopende overlegtafel met professionals waarin vertrouwen groeit en lijnen steeds korter worden. Dit heeft ook een positie effect op de samenwerking in de regio. In de komende jaren streven wij ernaar om het domein overstijgend casusoverleg door te ontwikkelen tot een transfermechanisme, gedragen door de bestuurders en gemeentes uit de regio.</p>
Doelgroep	<p>Verwijzers en daarmee:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cliënt is nog niet in zorg of heeft intake gehad en het is niet helder waar passend aanbod is; • Gedurende de behandeling/begeleiding blijkt huidige aanbieder (alleen) niet voldoende; • Gedurende de behandeling/begeleiding blijkt afschaling mogelijk, maar is nog niet helder waar;

	<ul style="list-style-type: none"> • Cliënt waarbij er knelpunten komen in reguliere afspraken, waardoor samenwerking en doorstroom stagneert.
Stakeholders	Partners: HAGV, Iriszorg, Pro Persona, Psyzorg, HSK, Mentaal Beter, Max Ernst, 's Heerenloo, Viviq, GGZ Veenendaal, GGZ Heuvelrug, GGZ Wageningen, RIBW AVV, Eleos, De Hoop GGZ, gemeentes Ede, Wageningen.
0-meting	<p>0-Meting (huidige situatie):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Partners: HAGV, Iriszorg, Pro Persona, Psyzorg, HSK, Mentaal Beter, Max Ernst, 's Heerenloo, Viviq, GGZ Veenendaal, GGZ Heuvelrug, GGZ Wageningen, RIBW AVV, Eleos, De Hoop GGZ, gemeentes Ede, Wageningen. • Driewekelijks overleg van 1 uur, digitaal. • Per overleg worden er gemiddeld 2-5 complexe casussen besproken waarbij enkel advies wordt gegeven. • Geen transfermechanisme. • Geen samenwerkingsafspraken op bestuurlijk niveau. • Huidige gemiddelde wachttijden zijn onbekend, door ontbreken accuraat dashboard • Geen (passende) afspraken tussen sociaal domein en ggz. • Van de regiogemeenten zitten gemeente Ede en Wageningen zitten aan de tafel.

3.4.2 KPI's

KPI	Beschrijving	2026	2027
Inspanningen	De kwartiermaker en de deelnemers komen tot een plan van aanpak wat er nodig is om het domeinoverstijgend casusoverleg door te ontwikkelen tot het transfermechanisme	Q1	
	In 2026 worden er 14 domeinoverstijgend casus overleggen georganiseerd met minimaal 8 deelnemers	Q4	
	In 2027 worden er 14 domeinoverstijgend casus overleggen georganiseerd met minimaal 10 deelnemers		Q4
	Er zijn bindende afspraken op papier over wachttijdovername tussen minimaal drie partijen	Q4	
Resultaten	In 2026 zijn er minimaal drie cliënten overgedragen van een SGGZ-aanbieder naar een andere SGGZ-aanbieder. Het aantal transfers van SGGZ naar een ander domein bedraagt eind 2026 30 cliënten per jaar.	Q4	
	In 2027 zijn er minimaal zes cliënten overgedragen van een SGGZ-aanbieder naar een andere SGGZ-aanbieder. Het aantal transfers van GGZ naar een ander domein, bedraagt eind 2027 60 cliënten per jaar.		Q4

3.4.3. Financiële samenvatting domeinoverstijgend casusoverleg

Voor het onderwerp domeinoverstijgend casusoverleg toont tabel 7 het resultaat voor de totale doorberekening per jaar. Het domeinoverstijgend casusoverleg bestaat uit 2 transfermechanismes (horizontaal & verticaal). Er zijn 2 effecten doorgerekend. De effecten op de wachtlijst van de verticale transfers zijn niet meegenomen. Dit i.v.m. complexiteit van de aantoonbaarheid van dit effect.

Er zijn 2 scenario's opgenomen in de business case (conservatief en optimistisch). De resultaten van het conservatieve scenario zijn hieronder opgenomen.

	2025	2026	2027	2028	2029	Totaal
Resultaat ZvW	€ 0	€ 67.591	€ 148.364	€ 237.227	€ 245.991	€ 699.173
Resultaat Sociaal domein	€ 0	€ 0	€ 0	-€ 407.241	-€ 420.069	-€ 827.311
Investering IZA transformatiemiddelen	€ 0	€ 36.128	€ 37.266	n.v.t.	n.v.t.	€ 73.395
Investering SPUK- transformatiemiddelen	€ 0	€ 129.990	€ 265.189	n.v.t.	n.v.t.	€ 395.179
Voorkomen behandelingen GGZ	-	20	40	60	60	180

Tabel 7 Resultaat totale doorrekening Business Case per jaar t.b.v. domeinoverstijgend casusoverleg.

De volgende aannames over de effecten van horizontale en verticale transfers zijn opgenomen (zie figuur 10 en 11).

	2025	2026	2027	2028	2029
Besparing wachttijd in weken (conservatief)	2	2	2	2	2
Besparing wachttijd in weken (optimistisch)	4	4	4	4	4
Horizontale transfers	0	3	6	8	11

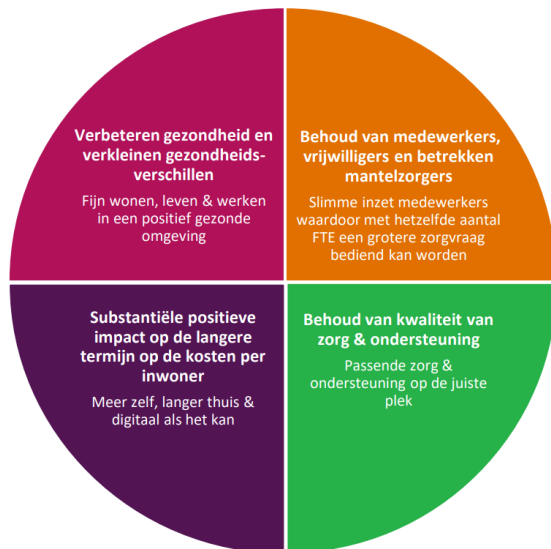
Figuur 10 Effecten horizontale transfer domeinoverstijgend casusoverleg.

	2025	2026	2027	2028	2029
sGGZ -> Sociaal domein	0	10	20	30	30
sGGZ -> bGGZ	0	10	20	30	30
bGGZ -> Sociaal domein	0	10	20	30	30

Figuur 11 Effecten verticale transfer domeinoverstijgend casusoverleg.

4. Indicatoren en monitoring

De ambitie van de beweging naar passende zorg, ondersteuning en gezondheid zijn vertaald naar regionale doelstellingen en geplott op het Quadruple Aim Model (zie figuur 12):



Figuur 12

Monitoring en evaluatie

Daarbij monitoren en evalueren we de regionale doelstellingen in het regioplan op populatieniveau met de volgende KPI's:

- Ervaren (positieve) gezondheid (GGD-gezondheidsmonitor)
- Passend aantal FTE (Werkgeversorganisatie Zorg en Welzijn)
- Zorgkosten per inwoner (Vektis)

Deze hoog over indicatoren en KPI's worden door de coalitie Data Onderzoek en Kennis gemonitord door zo veel mogelijk gebruik te maken van bestaande data. De indicatoren bekijken we op regionaal niveau, maar ook per coalitie. Hierbij wordt per coalitie gekeken welke indicator het beste past bij het 'kwartje' van de quadruple aim en de bijbehorende doelstelling.

We beseffen dat het bereiken van deze doelstellingen een lange adem vraagt en dat we vaak niet direct het (causaal) effect zien van losse interventies. Door het maken van de logische modellen beredeneren we hoe de interventies invloed hebben op de sociale impact die we proberen te maken. Door het evalueren en reflecteren op deze modellen zorgen we dat we op de goede weg blijven. Dit gaat in samenwerking met het DOK. Daarnaast stellen we een zorgvuldige 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 (lerend netwerk). We werken daarbij informatie gestuurd (tellen en vertellen), sturen op impact en durven ook te stoppen met initiatieven als de toegevoegde waarde op de gestelde doelen beperkt blijkt.

Voor het MGN zullen we monitoren vanuit de coalitie Mentaal Vitaal. De KPI's, de doelstellingen en het gewenste effect, onder andere op de wachlijst, van de interventies zal hierbij steeds centraal staan. Dit gaan we structureel op de agenda zetten van het maandelijks programmateam overleg. De bevindingen van deze monitoring worden bijgehouden in het monitoringsplan die we opstellen na goedkeuring van het transformatieplan.

5. Governance

5.1 Samenwerkingsovereenkomst

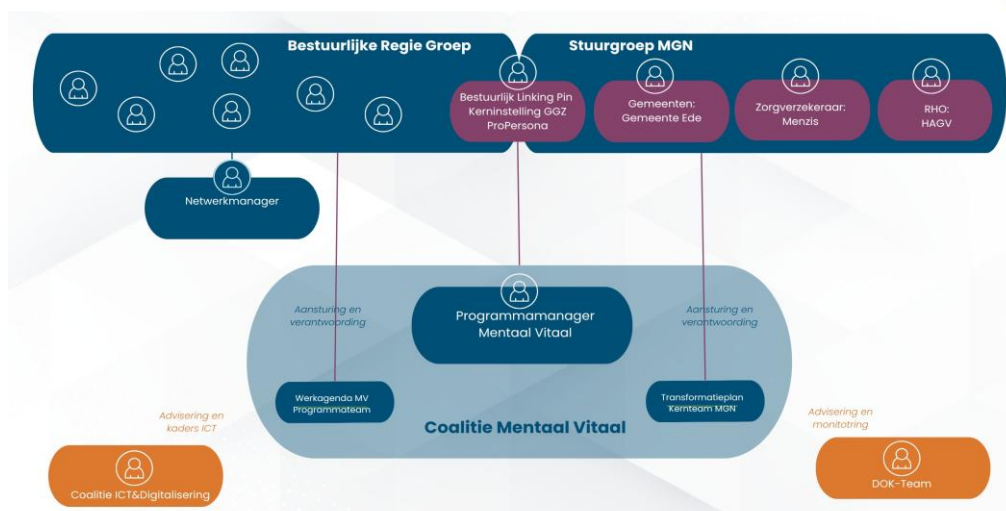
In de regio wordt gewerkt aan een samenwerkingsovereenkomst voor het Mentaal Gezondheidsnetwerk. Deze samenwerkingsovereenkomst is een vertaling van het landelijk model naar een regionaal model. Hierbij zijn juristen van alle drie de sectoren betrokken. Tijdens het indienen van dit plan is de samenwerkingsovereenkomst nog niet volledig rond; als dit transformatieplan op goedkeuring kan rekenen zal de samenwerkingsovereenkomst getekend gaan worden door alle partijen betrokken bij dit plan.

Binnen de Vitale Gelderse Vallei wordt er gewerkt met een Bestuurlijke Regiegroep (BRG), hierin zitten bestuurders van alle deelnemende sectoren uit de regio Gelderse Vallei. Voor het monitoren van het MGN zal een afvaardiging van deelnemende sectoren een stuurgroep MGN vormen (stuurgroep in NZa kader); bestaande uit vertegenwoordiging van de GGZ- kerninstelling, de regionale huisartsenorganisatie, gemeenten en de markt leidende zorgverzekeraar Menzis. De stuurgroep MGN zal viermaal per jaar samenkomen.

Naast de landelijk afgesproken werkwijze van evaluatie en verantwoording vinden er maandelijks inhoudelijke- en financiële monitoringsmomenten plaats binnen de coalitie Mentaal Vitaal. De stuurgroep MGN laat zich tussentijds informeren over de voortgang van het MGN en op de haalbaarheid van de KPI's door de programmamanager van de coalitie zodat zij tijdig de KPI-uitbetalingsmomenten kunnen monitoren.

De stuurgroep zal tweemaal per jaar verslag doen aan de BRG.

BRG versus stuurgroep MGN



Figuur 13 Governance structuur MGN

5.2 Gelijkgerichtheid

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

De uitvoering van dit transformatieplan zal leiden tot veranderingen in zorgvraag en -uitvoer en verschuivingen in kosten. Daarom is het belangrijk dat zorgverzekeraars het beleid ondersteunen en hun inkoop hierop afstemmen. Zonder deze afstemming kan concurrentie strategisch inkoopgedrag stimuleren en de transformatie ondermijnen. Partijen zullen het transformatieplan een centrale rol geven in de zorg contractering en het belang ervan nadrukkelijk bij alle verzekeraars onder de aandacht brengen. De beoogde besparingen zoals beschreven in dit plan komen ook met de nodige structurele kosten en eventuele consequenties daarvan worden besproken aan de bilaterale contracteertafel.

Bij het ontbreken van gelijkgerichtheid kan dit de volgende gevolgen hebben:

Risico bij ontbreken gelijkgerichtheid	Wat doen wij met het MGN VGV?
<p>Fragmentatie van zorg: Zonder gelijkgerichtheid kunnen zorgaanbieders verschillende standaarden en protocollen hanteren, wat leidt tot inconsistente zorgverlening. Dit kan verwarring veroorzaken bij patiënten en zorgverleners, en de kwaliteit van de zorg verminderen.</p>	<p>We werken met een gedeelde visie en integrale aanpak waarin preventie, herstel en GGZ in het netwerk verbonden zijn. Via domeinoverstijgend casusoverleg en gezamenlijke afspraken zorgen we voor samenhangende ondersteuning.</p>
<p>Inefficiëntie en verhoogde kosten: Gebrek aan samenwerking kan leiden tot duplicatie van diensten en onnodige herhalingen van behandelingen, gesprekken en diagnose. Dit verhoogt de kosten voor zowel zorgaanbieders als patiënten</p>	<p>Door samenwerking tussen zorg, welzijn en sociaal domein voorkomen we dubbel werk. We maken gezamenlijke plannen en stemmen inzet af in netwerkoeverleggen, waardoor middelen doelgericht worden ingezet.</p>
<p>Verlies van continuïteit van zorg: Patiënten kunnen te maken krijgen met onderbrekingen in hun zorgtraject wanneer ze van de ene zorgaanbieder naar de andere overstappen. Dit kan vooral problematisch zijn voor chronische patiënten die continue zorg nodig hebben.</p>	<p>We organiseren verkennende gesprekken en laagdrempelige steunpunten waar continuïteit centraal staat. Door afstemming in het netwerk voorkomen we zorgonderbreking bij overdrachten. Hier kan ook GGZ in het netwerk een rol in spelen.</p>
<p>Verhoogde administratieve last: Zonder gestandaardiseerde processen en systemen kunnen zorgaanbieders te maken krijgen met een verhoogde administratieve last. Dit kan leiden tot meer tijd en middelen die worden besteed aan administratieve taken in plaats van aan directe patiëntenzorg</p>	<p>We ontwikkelen gezamenlijke werkwijzen en formats (bv. voor casusoverleg en verwijsroutes) waardoor administratieve processen worden gestroomlijnd en samenwerking wordt vereenvoudigd.</p>
<p>Verminderde innovatie: Concurrentie zonder samenwerking kan innovatie belemmeren. Zorgaanbieders kunnen terughoudend zijn om nieuwe technologieën en methoden te delen, wat de algehele vooruitgang in de regio kan vertragen.</p>	<p>Binnen onze coalitie 'Mentaal Vitaal' delen we goede voorbeelden en nieuwe werkwijzen. Door samen met partners te innoveren, stimuleren we vernieuwing in de hele regio.</p>
<p>Verhoogde wachttijden: Gebrek aan coördinatie kan leiden tot inefficiënte benutting van middelen, wat resulteert in langere wachttijden voor patiënten. Dit kan de toegankelijkheid van zorg verminderen en de patiënttevredenheid negatief beïnvloeden.</p>	<p>Door preventieve activiteiten en inzet van laagdrempelige steunpunten vangen we vroegtijdig signalen op. Dit vermindert druk op specialistische GGZ en verkort de wachttijden.</p>
<p>Vanuit de bril van de zorgverzekeraars is gelijkgerichtheid belangrijk. In de landelijke leidraad contractering MGN is het volgende vastgelegd: "Verzekeraars en gemeenten handelen gelijkgericht op basis van het vastgestelde regionale plan en begroting en de regionale samenwerkingsovereenkomst".</p>	<p>Wij handelen in overeenstemming met de landelijke leidraad contractering MGN, op basis van een gezamenlijk regionaal plan, begroting en samenwerkingsovereenkomst met gemeenten en zorgverzekeraars.</p>

5.3 Menselijke kant; leren en ontwikkelen

In ons Mentale Gezondheidsnetwerk vormt leren en ontwikkelen de basis voor vernieuwing, verbinding en verbetering. We bouwen samen aan een beweging waarin iedereen - professionals, cliënten, naasten, inwoners én organisaties - continu leren, reflecteren en groeien. Onze manier van leren is geworteld in de vijf leidende principes van het MGN die richting geven aan hoe we samenwerken aan betere ondersteuning voor mensen met een psychische kwetsbaarheid.

5.4 Inwonersperspectief

Binnen diverse projectgroepen zijn structureel ervaringsdeskundigen actief, die meekijken, -denken en -doen vanuit inwoners- en cliëntperspectief. Daarnaast zijn adviezen overgenomen vanuit de pilot inwonersparticipatie binnen de Vitale Gelderse Vallei gericht op jongeren (17-25 jaar) met mentale klachten.

Binnen de projectgroep preventie is gesproken met inwoners, zoals met de Edese jongerenraad, met ervaringsdeskundigen, de kwartiertafels Ede en het online platform om te inventariseren waar de behoeftes liggen, of ze vindbaar en bereikbaar zijn en op welke manier het aanbod het beste aansluit bij die behoeftes.

Voor het project Laagdrempelige steunpunten is in een samenwerking met de Christelijke Hogeschool voor vier doelgroepen jongeren, jonge vrouwen, ouders van jonge kinderen en ouderen) door studenten verkend wat hun behoeften zijn als het gaat om ondersteuning bij mentale klachten. Ook deze opbrengsten zijn meegenomen.

We werken graag met een actieve bijdrage vanuit inwonersperspectief om zo echt het goede te doen met elkaar. We gaan per heden actief samenwerken met de projectleider inwonersparticipatie die recent is aangesteld binnen de Vitale Gelderse Vallei.

5.5 Digitale transformatie

Deze transformatie-aanvraag betreft geen digitale transformatie; ICT speelt echter een ondersteunende rol, aangezien verdere ontwikkeling van ICT noodzakelijk is om de transformatie niet te belemmeren. Voor de start van het Verkennend Gesprek zal gebruik worden gemaakt van het bestaande communicatieplatform VIP Live. In overleg met de coalitie ICT en Digitalisering wordt beoordeeld of dit platform ook op termijn het meest geschikte middel blijft. Dit sluit aan bij de afspraken in de governance VGV, waarin uniformiteit op de "ICT-snelweg" centraal staat.

Om wachttijden en wachtlijsten inzichtelijk te maken is in de regio, in samenwerking met Menzis en ProPersona in augustus 2025 besloten om gedurende 13 maanden te werken met het dashboard SlimVerwijzen.nl. Zij zijn als partij ook betrokken bij, en onderdeel van de landelijke ontwikkeling rond het Mentaal Schakelpunt. De inzet van dit dashboard wordt gemonitord door het programmeerteam en de stuurgroep MGN. Om de voortgang en keuzes goed te blijven afstemmen zal de stuurgroep MGN dit elk overleg monitoren en evalueren. Tijdens deze evaluaties evalueren we of het opportuun is om bepaalde applicaties, zoals slimverwijzen of het mentaal schakelpunt daadwerkelijk te implementeren. Daarbij houden we rekening met de technische volwassenheid, zorginhoudelijke meerwaarde en financiële haalbaarheid binnen zowel de regio als het landelijke speelveld".

6. Businesscase

6.1 Verantwoording Maatschappelijke opgave

Zie bijlage: businesscase Mentaal Gezondheidsnetwerk Gelderse Vallei

6.2 Eenmalige investeringen

Zie bijlage: businesscase Mentaal Gezondheidsnetwerk Gelderse Vallei; tabblad “eenmalige investeringen”

De zorgpartijen zijn zich bewust van het feit dat ze moeten voldoen aan het verantwoordingskader van de NZa. Zij bevestigen dat er geen sprake is van dubbele bekostiging, waarbij zij expliciet aangeven dat alleen de kosten van intern personeel worden betaald uit de transformatiemiddelen als de inzet hiervan heeft geleid tot extra kosten die niet al op een andere manier bekostigd zijn.

6.3 De positie van gemeenten

Van een medisch model naar een sociaal maatschappelijk model

Zoals eerder aangegeven is de beweging van preventie in de ggz naar preventie in het sociaal domein er één van medicaliseren naar normaliseren. We kiezen bewust voor een Mentaal Gezondheidsnetwerk mét een sterke sociale basis en een preventief, laagdrempelig aanbod. Zo transformeren we van een medisch model naar een sociaal maatschappelijk model. Een model waarin we ons richten op de onderliggende oorzaak van psychische problematiek, zoals eenzaamheid of schuldenproblematiek. We zetten in op beschermende factoren, zoals sociale verbinding, bestaanszekerheid en tijdige signalering.

Gemeenten hebben daarin een cruciale rol. Enerzijds treden gemeenten op als opdrachtgever en financier in het sociaal domein, bijvoorbeeld van het welzijnswerk en van preventieprogramma's. Anderzijds zijn gemeenten ook zelf uitvoerder, van bijvoorbeeld de Wet Maatschappelijke Ontwikkeling en van de schulddienstverlening.

Onze visie maakt dan ook de lokale inzet van gemeenten een onmisbaar en groot onderdeel van onze aanpak en dus ook van onze business case.

IZA en AZWA

Binnen het oorspronkelijke IZA was de specifieke uitkering (SPUK) IZA in het leven geroepen om de taken van gemeenten te financieren. Uit onvrede over ongelijkwaardige bestuurlijke en financiële sturingskracht trokken gemeenten zich echter in het najaar van 2024 terug uit de gesprekken over het IZA en uit de onderhandelingen over het Aanvullend Zorg en Welzijn akkoord (het AZWA). In februari dit jaar maakten partijen nieuwe afspraken over de gelijkwaardigheid en schoven gemeenten weer aan, aan de IZA-tafel. Ook werden de gesprekken over het Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord hervat.

In september 2025 is het AZWA voorwaardelijk ondertekend. Met dit aanvullend akkoord wordt ingezet op verdere verbreding, intensivering en concretisering van het IZA. Centraal staan gelijkwaardigere toegang tot zorg en welzijn en het afwenden van het arbeidsmarkttekort. Relevant voor voorliggend transformatieplan is dat het AZWA helpt om de wachtlijsten in de geestelijke gezondheidszorg aan te pakken. Doel is dat mensen met ernstige psychische klachten sneller passende hulp krijgen. Tegelijkertijd komen er betere, passende oplossingen voor mensen met lichtere klachten, bijvoorbeeld dichtbij huis via de gemeente. Deze rol voor gemeenten wordt in het AZWA uitgedrukt in basisfunctionaliteiten en de zogenaamde

basisinfrastructuur. Voor mentale gezondheid worden als basisfunctionaliteiten laagdrempelige steunpunten en het verkennend gesprek genoemd. Daar staan - met name in de verdere toekomst - ook de nodige middelen tegenover. Deelname aan het AZWA wordt definitief indien de gemeenten in meerderheid voor deelname stemmen. De ledenraadpleging loopt nog tot en met 22 oktober a.s.

Terugval op addendum

Op dit moment is er nog veel onzekerheid over (voldoende) financieringsbronnen voor de gemeenten na 2026 en verder. Voor het jaar 2026 zijn de beschikbare middelen wel duidelijk: in dat jaar wordt er nog een SPUK IZA uitgekeerd aan IZA-regio's.

Hoe de middelen na 2026 worden uitgekeerd (lokaal/regionaal, met geormerkte middelen of niet), wordt pas bekend in Q1 2026. Ook is nog niet zeker of de middelen voor de langere termijn afdoende zijn, als gevolg van het feit dat zij deels pas beschikbaar zijn mits er op zorg is bespaard.

Gemeenten doen, voor de jaren 2026 en 2027 voor alle investeringen, zowel incidenteel als structureel, in het sociaal domein, een beroep op SPUK Transformatiemiddelen. Dit doen we op basis van het in oktober 2024 vastgestelde addendum op het IZA.

Dit leidt tot een beroep op de SPUK-transformatiemiddelen voor beoogde inzet in het sociaal domein van 5,3 miljoen in 2026 en 2027. Daarvan is € 840 K bestemd voor incidentele kosten. De overige 4,5 miljoen is bestemd voor kosten die gemeenten structureel maken voor deze transformatie, waarvan 2,6 miljoen personele kosten in het sociaal domein betreft en 1,7 miljoen meerkosten betreft, zoals extra Wmo-uitgaven.

Met het transformatieplan vragen gemeenten financiering binnen het tijdvak 2025-2027 aan voor een plan dat de periode 2025-2029 bestrijkt. Zij spreken de intentie uit om vervolgens na 2027 bij te dragen aan dit plan met AZWA-middelen.

Positie Barneveld en Scherpenzeel

De gemeenten Barneveld en Scherpenzeel maken onderdeel uit van de IZA-regio Gelderse Vallei, waar het samenwerkingsverband Vitale Gelderse Vallei actief is. In de basis ontwikkelen beide gemeenten in deze regio hun IZA plannen en ontvangen de gemeenten de SPUK IZA middelen. Tegelijkertijd oriënteren de ruim 70.000 inwoners zich voor zorg vooral op de regio Eemland (huisartsenzorg, ketenzorg, zorgprogramma's chronische aandoeningen, GGZ en spoedzorg), dat onder de IZA-regio Midden-Nederland valt. Hier is het samenwerkingsverband Samen Sterker Eemland actief. Naast dat inwoners zich niet laten tegenhouden door een regiogrens zien we ook dat de belangrijkste samenwerkingspartners in deze transformatie (huisartsen, ggz, en sociaal domein) zich op verschillende wijze verhouden tot één of beide regio's. Ieder met hun eigen werkwijze en plannen ligt de eerste uitdaging erin om de natuurlijke samenwerkingspartners in Barneveld en Scherpenzeel rondom dit thema gelijkgericht te laten werken. In het verlengde daarvan is het de uitdaging om de netwerken van de twee regio's zowel op strategisch niveau als in de praktijk goed met elkaar in verbinding te brengen zodat partners op het snijvlak van beide regio's kunnen samenwerken in het belang van de inwoners van Barneveld en Scherpenzeel.

De deelname als onderdeel van dit voorliggend transformatie plan is daarom als volgt: Barneveld en Scherpenzeel nemen deel aan de onderdelen preventieprogramma en Laagdrempelige Steunpunten binnen de regio Gelderse Vallei. Voor andere onderdelen sluiten deze twee gemeenten aan bij regio Eemland.

Dubbele financiering en staatssteun voorkomen

Met het gegeven akkoord door de deelnemende gemeenten op het indienen van dit transformatieplan bevestigen gemeenten dat zij dubbelingen in de financiering voorkomen, zowel vanuit andere regio's als vanuit andere SPUK gelden. In de jaren 2026 en 2027 wenden zij geen SPUK- IZA middelen aan voor dit plan. In de jaren die volgen committeren zij zich aan de doelstellingen van het IZA en het AZWA door- met inachtneming van de andere IZA-taken - deze SPUK aan te wenden voor de gemeentelijke taken binnen het

brede mentaal gezondheidsnetwerk, inclusief preventie en laagdrempelige steunpunten. Bij de inzet van intern personeel wordt zorggedragen dat deze niet al betaald worden uit de reguliere bedrijfsvoering.

Tot slot waken gemeenten, conform Europese wetgeving en regelgeving, voor het ontstaan van staatssteun. Gemeenten kunnen steun verlenen in verschillende vormen, zoals subsidies, garantstellingen en inkoop, en beoordelen bij elke vorm of deze als staatssteun wordt beschouwd.

7. Risico en impactanalyse

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.
- Dat de beschikbare capaciteit (GGZ, huisarts/POH en Sociaal Domein) in de regio optimaal wordt benut.
- Dat de wachttijd in de GGZ-zorg voor mensen met complexe problematiek afneemt (binnen treeknormen).

Door onze projecten in samenhang met elkaar vorm te geven willen we onze impact vergroten. Zo kan er door de inzet van preventie mogelijk opschaling naar zorg voorkomen worden, door de laagdrempelige steunpunten is er een grote impact op sociaal maatschappelijke problematiek te verwachten waardoor deze problematiek zich niet doorontwikkeld naar een zorgvraag. Door het verkennend gesprek goed vorm te geven zal de inwoner sneller op de juiste plek terecht komen en kan de beschikbare capaciteit in de regio optimaal benut worden.

De impact op de GGZ, door afbuiging naar andere vormen van ondersteuning, zal zowel op de wachtlijst zichtbaar zijn als in de toekomst in het aantal benodigde FTE. Voor een specificering van de impact per onderdeel verwijzen we u naar de deelplannen. Hieronder volgen de uitwerking van een risicoanalyse en impactanalyse.

7.1 Risicoanalyse

Risico	Beschrijving	Kans	Impact	Mitigerende maatregelen
Stopzetting of uitstel van transformatie	Zonder structurele financiering kunnen projecten geen doorgang vinden	Hoog	Hoog	Bouw transformatie modulair op zodat het aanpasbaar is. Positieve ontwikkelingen rondom het AZWA zijn van belang voor dit plan.
Verlies van betrokkenheid professionals en partners	Onzekerheid kan leiden tot demotivatie of uitstroom van belangrijke partners. Partners maken andere keuzes gaandeweg het proces van transformatie	Middel	Hoog	Transparante communicatie, korte termijn successen zichtbaar maken, betrokkenheid stimuleren. Goede governance in de regio en bouwen aan vertrouwen
De doelen worden niet behaald	Transformeren betekend gaandeweg leren dus de werkelijkheid kan afwijken van de ambities	Hoog	Hoog	Twee keer per jaar vindt er een evaluatie plaats in de stuurgroep MGN.
Fragmentatie van zorg	Verschuiving van GGZ naar sociaal domein kan leiden tot versnippering en/of onduidelijkheid van verantwoordelijkheden en zorgcontinuïteit	Hoog	Hoog	Werk met duidelijke afspraken over rollen en verantwoordelijkheden; ontwikkelen gezamenlijke aanpakken. Netwerksamenwerkingen. Samenwerkingsovereenkomst MGN
Onvoldoende expertise in het sociaal domein	Sociaal domein mist soms specialistische GGZ-kennis wat leidt tot doorverwijzing naar GGZ waar dit niet altijd nodig is.	Middel	Hoog	Investeer in verbinding van professionals in GGZ en sociaal domein dmv training, gezamenlijke casuïstiek bespreking, inzet van GGZ-medewerkers in sociaal domein
Beperkte monitoring en evaluatie	Zonder structurele financiering ontbreekt capaciteit voor monitoring, evaluatie en bijsturing. Minimale administratieve lasten door monitoring en evaluatie.	Middel	Middel	Koppel laagdrempelige meetinstrumenten passend binnen bestaande uitvoerings(systemen); werk met lerende netwerken
Weerstand bij inwoners en zorgverleners	Inwoner of professionals ervaren de verandering als een versobering of bezuiniging. Een inwoner beslist zelf of	Middel	Middel	Betrek inwoners actief bij de transformatie, bied perspectief op verbetering van zorg dichtbij huis

	hij van een alternatief aanbod gebruik maakt.			
Financiering gemeente	Door de verschuiving van zorg naar gezondheid zal de vraag toenemen naar de voorliggende voorzieningen bij de gemeente	Hoog	Hoog	Er zullen door de gemeenten keuzes gemaakt moeten worden. Monitor gedurende 2026 en 2027 de daadwerkelijke (meer)kosten en impact zodat gemeenten onderbouwd keuzes kunnen maken voor structurele financiering.
Onvoldoende structurele inbedding van preventie en de laagdrempelige steunpunten	De inzet op het herstelnetwerk en preventie is rand voorwaardelijk voor een effectief MGN, maar afhankelijk van tijdelijke financiering in lokale draagkracht	Hoog	Hoog	De opschaling van laagdrempelige steunpunten gaat gefaseerd maar wel vlot. De impact van laagdrempelige steunpunten volgen, delen en communiceren met financiers. Ervaringen van ervaringsdeskundigen en inwoners belangrijke stem geven! (Communicatie en governance)
Afhankelijk van ontwikkeling slimverwijzen en mogelijkheden van inzet technologie	Betrouwbare realtime informatie over aanbod en wachttijden ontbreekt mogelijk; niet alle organisaties leveren aan	Middel	Hoog	Afspraken maken over aanlevering; gebruik maken van bestaande technologische oplossingen; monitoring op betrouwbaarheid data.
Door inzet van extra capaciteit in het VG is er minder behandelcapaciteit	Door inzet van extra capaciteit in VG is er minder behandelcapaciteit voor GGZ-behandeling; mogelijk tekort aan gekwalificeerd personeel	Hoog	Hoog	Realistische capaciteitsplanning; samenwerking tussen GGZ en SD; strategisch personeelsbeleid en opleiden/inzetten van nieuw personeel.
Bekostiging TCP-team afhankelijk van aantal VG's	Productiegedreven bekostiging kan leiden tot perverse prikkels; wat bij no-shows of lege agenda?	Middel	Middel	Instroom vanuit wachtlijst Propersona. Monitoren van no-shows.
Wachtrij voor het TCP als er te veel mensen worden aangemeld voor VG.	Overaanmelding kan zorgen voor wachttijd bij TCP	Hoog	Middel	Heldere verwijscriteria en triage; capaciteitsmanagement; nauwe afstemming met verwijzers.
Gebrek aan ontwikkeltijd en implementatieruimte	Nieuwe werkwijze vereist tijd voor implementatie, leren en bijsturing	Middel	Hoog	Faseer invoering; stel leerruimte beschikbaar; faciliteer teams in implementatie (tijd, begeleiding, training).

7.2 Impactanalyse

De onderstaande impactanalyse beschrijft in hoofdlijnen de voorzienbare effecten van het transformatieplan voor de vier doelgroepen: patiënten en inwoners/burgers, zorgaanbieders, de rest van de zorgketen en de bredere context. Per doelgroep worden de verwachte impact beschreven zoals vereist in het beoordelingskader Impactvolle zorgtransformatie⁷.

Doelgroep	Impact
Patiënten en burgers/ <u>inwoners</u>	<ul style="list-style-type: none">• Verbeterde toegang tot mentale zorg en meer eigen regie.• Kwaliteit kan verbeteren door meer gepersonaliseerde zorg, alternatief aanbod en inzet van technologie zoals AI.• Meer betrokkenheid ervaringsdeskundigheid.
Betrokken (zorg)aanbieders (o.a. bedrijfsvoering, personeel, ICT- en andere en infrastructuur en vastgoed);	<ul style="list-style-type: none">• Aanpassing van bedrijfsvoering, noodzaak tot bijscholing personeel, investeringen in ICT en infrastructuur.• Veranderende verwijspatronen.
Rest van de zorgketen	Veranderende verwijspatronen, noodzaak tot betere samenwerking tussen domeinen, regionale en/of lokale verschillen
Bredere context	Afstemming vereist met landelijke en regionale afspraken, voor randvoorwaarden zoals financiering, ICT etc.

7.3 Impact op duurzaamheid

Binnen het kader van het Integraal Zorgakkoord zetten wij ons als Mentaal Gezondheidsnetwerk Vitale Gelderse Vallei actief in voor een duurzame en toekomstbestendige aanpak van mentale gezondheid en sociaal welzijn. In onze regio vervult het netwerk een brede rol, waarbij niet alleen zorgaanbieders betrokken zijn, maar ook partners binnen het sociaal domein. Deze integrale samenwerking vraagt om een gezamenlijke inzet op duurzaamheid, zowel in de zorgverlening als in de ondersteunende processen.

Het transformatieplan draagt bij aan het verminderen of stabiliseren van de klimaat- en milieu-impact door het terugdringen van de vraag naar dure, specialistische zorg via preventie en tijdige ondersteuning. Daarnaast leidt het tot efficiënter gebruik van bestaande middelen, zoals de bundeling van preventieactiviteiten en regionale coördinatie. Ook helpt het plan uitval en overbelasting van professionals in de zorg en het sociaal domein te beperken.

Hierdoor wordt verspilling van zorgcapaciteit voorkomen, nemen de maatschappelijke kosten af en wordt de arbeidsparticipatie versterkt.

Wij streven naar een verantwoorde inzet van middelen door het terugdringen van papiergebruik, het stimuleren van digitale communicatie en het verduurzamen van huisvesting. Ook zetten we in op het beperken van reiskosten en CO₂-uitstoot door hybride werken en het gebruik van duurzame vervoersopties te bevorderen. Binnen het sociaal domein betekent dit ook het versterken van lokale netwerken en voorzieningen, zodat ondersteuning dicht bij de inwoner georganiseerd kan worden.

Daarnaast investeren we in de duurzame inzetbaarheid van professionals in zowel zorg als welzijn. Dit doen we door aandacht te besteden aan werkplezier, vitaliteit, scholing en samenwerking over domeinen heen. Zo bouwen we aan een veerkrachtig netwerk dat niet alleen goede zorg en ondersteuning biedt, maar ook bijdraagt aan een gezonde leefomgeving en een houdbare toekomst voor de regio.

Afkortingenlijst

AZWA –	Aanvullend Zorg en Welzijnsakkoord
DOK –	Data, Onderzoek en Kennis
GGD –	Gemeentelijke gezondheidsdienst
GGZ –	Geestelijke gezondheidszorg
IZA –	Integraal zorgakkoord
KPI –	Kritische prestatie indicator
MGN –	Mentaal gezondheidsnetwerk
POH –	Praktijkondersteuner huisartsen
RAG-systeem -	Retrieval-Augmented Generation
SPUK –	Specifieke uitkering
TCP –	Triage-en coördinatiepunt
VVT –	Verpleeg- en verzorgingshuizen en thuiszorg