



Transformatieplan Mentaal gezondheidsnetwerk

Versie 1.3 - 26 november 2025

Inhoudsopgave

	<u>Leeswijzer</u>	<i>p. 3</i>
	<u>Achtergrond en introductie</u>	<i>p. 4</i>
	<u>Introductie Mentaal Gezondheidsnetwerk</u>	<i>p. 10</i>
	<u>Activiteiten Mentaal Gezondheidsnetwerk</u>	<i>p. 14</i>
	<u>Samenwerking en governance</u>	<i>p. 28</i>
	<u>Impactanalyse, maatschappelijke business case en financieringsaanvraag</u>	<i>p. 32</i>
	<u>Aanpak</u>	<i>p. 43</i>
	<u>Monitoring en bijsturing</u>	<i>p. 57</i>
	<u>Risico's en mitigerende maatregelen</u>	<i>p. 62</i>
	<u>Bijlagen</u>	<i>p. 65</i>

Leeswijzer

Het IZA-transformatieplan

Het IZA-transformatieplan is een essentieel document voor de aanvraag van IZA-transformatiegelden voor het Mentaal Gezondheidsnetwerk. Het transformatieplan bestaat uit twee delen:

1. Kern: het ingevulde IZA indieningsformat, waarin de belangrijkste punten van het mentaal gezondheidsnetwerk uiteen gezet zijn.
2. Verdieping: gedetailleerde uitwerking van de transformatie. Deze uitwerkingen geven meer context en toelichting op de hoofdonderwerpen. Deze wordt aangevuld door twee bijlagen.

Indeling

In de regio 't Gooi geven we met het mentaal gezondheidsnetwerk antwoord op de grote en groeiende uitdagingen van de geestelijke gezondheidszorg. Het transformatieplan begint met de achtergrond en aanleiding, waarin wordt uitgelegd waarom het Mentaal Gezondheidsnetwerk (MGN) is opgericht en welke uitdagingen in de huidige mentale gezondheidszorg om verandering vragen. Vervolgens introduceert het de visie, missie en samenwerking binnen het Mentaal Gezondheidsnetwerk, gevolgd door een beschrijving van de vier activiteiten die gericht zijn op integrale zorg en ondersteuning en het versterken van verbindingen tussen zorg en het sociaal domein. De sectie samenwerking en governance licht toe hoe de betrokken partijen samenwerken en welke (overleg)structuur hierbij past. In de aanpak wordt een overzicht gegeven van de strategieën en stappenplannen om de doelen van het netwerk te realiseren. De maatschappelijke business case laat zien hoe deze aanpak bijdraagt aan zowel betere zorguitkomsten als kostenbesparingen. Tot slot, beschrijft het hoofdstuk monitoring en bijsturing hoe de voortgang wordt gevolgd en waar nodig wordt aangepast, en gaat de laatste sectie in op risico's en mitigerende maatregelen om uitdagingen in de uitvoering te beheersen.

1. Achtergrond en introductie

*Wat zijn de uitdagingen en ambities op het gebied van mentale gezondheid in de regio?
Uit welke partijen bestaat de coalitie mentale gezondheid?*



1.1 De uitdagingen voor Gezond Gooi op het gebied van mentale gezondheid (1)

De toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid van de zorg staan onder druk

In het regiobeeld en –plan zijn meerdere uitdagingen beschreven die in de regio de zorgvraag en/of de krapte in het zorg- en ondersteuningsaanbod op het gebied van mentale gezondheid doen toenemen. Deze uitdagingen zorgen er samen voor dat de toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid van de mentale gezondheidszorg en ondersteuning in de regio (verder) onder druk komen te staan.

Toename van zorgvraag gerelateerd aan mentale gezondheid¹

- Het aantal personen met een **angst of depressieve stoornis** neemt toe in het Gooi, maar minder dan landelijk.
- Het gebruik van ggz zorg in de regio Gooi neemt minder af dan landelijk.
- Problemen onder **jongvolwassenen** vallen op: een kwart heeft matige tot ernstige psychische klachten en de helft voelt zich (heel) vaak gestrest. Het gebruik van alcohol, tabak en softdrugs in deze groep is hoog.
- Bijna 40% van de volwassenen voelt zich (wel eens) **eenzaam**. Tussen de 7,9 % en 11,1% van de inwoners in de regiogemeenten voelt **zich ernstig eenzaam**. Eenzame volwassenen maken meer gebruik van geestelijke gezondheidszorg².
- Signalen van professionals:
 - Niet altijd is **specialistische/ Zelijnszorg** nodig. Normaliseren is aandachtspunt.
 - Vragen rondom **autisme** nemen toe

Toegankelijkheid,
kwaliteit en
betaalbaarheid van
de geestelijke
gezondheidszorg staat
onder druk

Krapte in aanbod¹

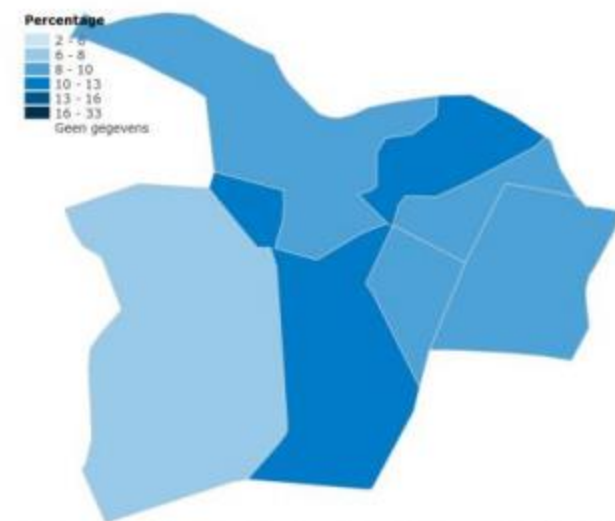
- Arbeidsmarktkrapte in zorg én ondersteuning. Het arbeidsmarkttekort in de ggz verdubbelt tussen 2022 en 2032. In 2030 verwacht met 200 fte tekort binnen de ggz.
- Lange wachttijden voor behandeling in de ggz (maar minder dan landelijk). Voor bijna alle diagnoses is de gemiddelde wachttijd in het Gooi hoger dan de treetnorm van 10 weken. In oktober 2024 trof dit ongeveer 8.000 inwoners, die vooral voor een intake op de wachtlijst stonden.
- Voor inwoners met diagnose basis ggz, depressie, somatische stoornissen en ‘andere problemen’ is de wachttijd hoger dan het landelijk gemiddelde.
- Meer dan halvering van mantelzorgpotentieel tussen 2023 en 2040.
- In het Gooi liggen de gemiddelde zorgkosten per verzekerdenjaar voor de specialistische ggz hoger bij 20-65+ers t.o.v. het Nederlands gemiddelde.
- Gebrek aan domeinoverstijgende samenwerking.
- Onvoldoende door- en uitstroom.

1. Bron: ‘Regioplan Gooi en Vechtstreek’, www.dejuistezorgopdejuisteplek.nl
2. Bron: ‘Loneliness in the general population’, Beutel et al. 2017

1.1 De uitdagingen voor Gezond Gooi op het gebied van mentale gezondheid (2)

Met name de mentale gezondheid van jongvolwassenen in de regio Gooi staat onder druk

Sociaal kapitaal: Ernstig/zeer ernstig eenzaam



Bron: Gezondheidsmonitor Volwassenen en Ouderen 2020, GGD/ru/CBS/IVM, bewerking c.b.v. SPAR-methuiket RT

Het percentage inwoners van 20 jaar en ouder dat zich (wel eens) eenzaam voelt, laat een licht stijgende trend zien.

De mentale gezondheid van jongvolwassenen staat onder druk.

1 op de 10 geeft aan zich de afgelopen vier weken zelden tot nooit gelukkig te hebben gevoeld. Een kwart heeft matige tot ernstige psychische klachten en de helft voelt zich (heel) vaak gestrest. Vooral studie of school, de eisen die ze aan zichzelf stellen en de combinatie van alles wat ze moeten doen leidt bij jongvolwassenen tot stress.

De mentale gezondheid van met name 21-25 jarigen verdient aandacht.

Zij zijn relatief het minst gelukkig, hebben meer financiële stress en maken zich vaker zorgen over maatschappelijke thema's.

De coronaperiode had (grote) invloed op het leven van jongvolwassenen.

Voor de meesten had de coronaperiode zowel positieve als negatieve gevolgen. De meest genoemde positieve gevolgen waren: minder geld uitgeven, meer rust en minder reistijd. De meest genoemde negatieve gevolgen: niet naar festivals, sportwedstrijden of op vakantie naar het buitenland kunnen, familie en vrienden minder vaak zien en minder mensen leren kennen.

De coronaperiode was met name zwaar voor 21-25 jarigen.

Zij geven aan vaker (mentale) hulp of steun nodig te hebben (gehad) door de coronaperiode.

1.2 Ambitie coalitie mentale gezondheid (1)

De regionale uitdagingen hebben geleid tot opgaven waar als eerste op in wordt gezet

Op het gebied van mentale gezondheid zijn er 9 uitdagingen die op de regio afkomen...

... dit heeft geleid tot een door de regio gedragen ambitie ...

... die zich vertaald heeft naar één transformatie. Dit zijn de transformaties waarover de regio heeft besloten dat deze als eerste gerealiseerd zullen worden.

Aantal angst of depressieve stoornissen neemt toe

Hoog middelengebruik onder jongeren en volwassenen

Hoog aandeel eenzaamheid

Arbeidsmarktkrapte in zorg én ondersteuning

Lange wachttijden

Meer dan halvering mantelzorgpersoneel

Gebrek aan domeinoverstijgende samenwerking

Onvoldoende door- en uitstroom

Gemiddelde zorgkosten in 't Gooi voor specialistische ggz ligt hoger bij 20-65+ers t.o.v. landelijk gemiddelde

Het gebruik van ggz zorg in de regio Gooi neemt minder af dan landelijk.

Ambitie mentale gezondheid

Vergroten van mentale weerbaarheid van inwoners

- In 't Gooi bundelen we onze krachten om de mentale gezondheid en weerbaarheid van de inwoners te verbeteren.
- Vanuit integrale samenwerking tussen sociaal domein, huisartsen en ggz ondersteunen wij inwoners met hun psychische kwetsbaarheid en herstelproces.
- Zij krijgen snel en adequaat hulp, wat leidt tot tijdige en passende zorg.
- We zetten in op positieve gezondheid en helpen inwoners om tegenvallers te normaliseren.
- Dit alles voorkomt escalatie van problemen en onnodige toestroom naar de ggz.

Een transformatie t.b.v. mentale gezondheid vanuit drie werkgroepen (coalitie mentale gezondheid)

1

Realiseren van het Mentaal Gezondheidsnetwerk (MGN)

Verkennd gesprek

Informatievoorziening en inzicht in wachttijden

Overlegtafel 2.0

Transfermechanisme

2

Integrale zorg en ondersteuning voor mensen met ernstige psychiatrische aandoeningen (EPA)

3

Inrichten van herstelvoorzieningen

1.2 Ambitie coalitie mentale gezondheid (2): toelichting werkgroepen

De coalitie mentale gezondheid zet zich breed in voor de transformatie

Mentaal gezondheidsnetwerk (vier kernfuncties uit landelijke werkwijze)

Het doel van het mentaal gezondheidsnetwerk is om inwoners met psychische kwetsbaarheid en hun naasten te ondersteunen in hun herstelproces. Waar mogelijk door te normaliseren, en te zoeken naar steun in het netwerk. Als er meer nodig is, krijgen zij snel en adequaat hulp, wat leidt tot tijdige en passende zorg en ondersteuning. Dit voorkomt escalatie van problemen en onnodige toestroom naar de ggz. Door de samenwerking tussen sociaal domein, huisartsen en ggz verbetert de toegankelijkheid tot zorg en ondersteuning, wat bijdraagt aan betere mentale gezondheid en kortere wachttijden in de ggz.

Integrale zorg en ondersteuning voor mensen met EPA

Het doel van de werkgroep 'domeinoverstijgende samenwerking bij mensen met EPA' is om flexibele en geïntegreerde zorg- en ondersteuningsstructuur te bieden voor mensen met ernstige psychiatrische aandoeningen (EPA), om stabiliteit te handhaven en escalatie of verergering van hun aandoening te voorkomen. Het leidt tot kortere behandelingen, verlaagt de werkdruk en verhoogt het werkplezier, terwijl het de samenwerking versterkt, wat essentieel is voor effectieve ondersteuning.

Herstelvoorzieningen

In het IZA is afgesproken dat een landelijk dekkend netwerk van laagdrempelige herstelvoorzieningen wordt ingericht, zodat iedere inwoner nabij laagdrempelig terecht kan voor de juiste ondersteuning. Deze zelfregie steunpunten zijn toegankelijk voor iedereen, maar vooral voor inwoners met ernstige psychische kwetsbaarheid.

1.3 Regionale coalitie mentale gezondheid

20 partijen ondersteunen de ambitie voor mentale gezondheid en de realisatie van het MGN

De coalitie mentale gezondheid bestaat uit zorg- en welzijnsaanbieders, zorgverzekeraars, patiëntenorganisaties en gemeenten, die zich elk inzetten voor verbeterde mentale gezondheid van de inwoners van 't Gooi¹



- De coalitiepartijen vormen uiteraard ook gezamenlijk het mentaal gezondheidsnetwerk (MGN).
- De coalitie mentale gezondheid komt 4 keer per jaar bij elkaar.
- De bestuurlijk trekkers van de coalitie, zijnde René Batenburg (Rhogo), Mirjam Havinga (wethouder Eemnes, namens de gemeenten) en Karin Tobias (GGZ Centraal), dienen het plan in namens alle coalitiepartijen. De partijen van de bestuurlijk trekkers (Rhogo, de gemeenten en GGZ centraal) hebben een groter aandeel qua opdracht en impact van het plan en zijn nauwer betrokken geweest in het proces voor totstandkoming van dit transformatieplan.
- Alle partijen van de coalitie zijn betrokken bij de besluitvorming en het proces, waardoor een breed gedragen en effectieve zorgtransformatie wordt gewaarborgd. De gezamenlijke inzet en betrokkenheid van alle essentiële partijen zorgt voor een solide basis en passende verdeling van verantwoordelijkheden en lasten.

1. RHOGO omvat ook aanbieders in Baarn en Weesp, echter vallen deze aanbieders niet onder dit transformatieplan. Zij worden meegenomen in, respectievelijk, de plannen van Eemland en Amsterdam.

2. Mentaal Gezondheidsnetwerk

Wat is het mentaal gezondheidsnetwerk en met welke activiteiten gaan we de transformatie vormgeven?



2.1 Introductie Mentaal gezondheidsnetwerk

Regionale samenwerking voor passende zorg en ondersteuning op het gebied van mentale gezondheid



2.2 Partijen in het mentaal gezondheidsnetwerk

De verschillende domeinen hebben ieder een eigen rol in het mentaal gezondheidsnetwerk



ggz

Basis-ggz

Diagnostiek en behandeling van lichte tot matige psychische problemen. Opschalen van zorg indien niet toereikend (bijvoorbeeld naar s-ggz)

Specialistische-ggz

Diagnostiek en behandeling van ernstige psychiatrische aandoeningen.
Richting geven aan de weg naar herstel/functioneren ondanks de psychische klachten, in samenwerking of toeleidend naar andere hulpverlening/diensten.

Ervaringsdeskundigen

Fungeren als bruggenbouwers tussen inwoners en zorgverleners. Bieden steun en begeleiding aan inwoners.



Huisartsenzorg

Huisartsen

Signalering van psychiatrische en sociaal maatschappelijke problemen en indiceren van hulpverlening/behandeling. De huisarts vindt de juiste plek of indiceert hulpverleners die hierbij kunnen helpen.

POH-GGZ

Ondersteunen van de huisarts in zijn/haar rol binnen mentale gezondheid bij diagnostiek en indicatie van benodigde zorg/ondersteuning. Uitvoeren van korte interventies bij psychische of psychiatrische problemen.



Gemeenten

Beleid/financiering

De gemeente faciliteert, subsidieert of heeft zelf divers aanbod ter ondersteuning van inwoners naar een zo zelfstandig mogelijk leven. Denk aan informeel aanbod in buurtcentra, algemene voorzieningen zoals lokale buurtteams of groepsaanbod, en maatwerkvoorzieningen zoals individuele begeleiding en schuldhulpverlening. Dit aanbod is deels gefaciliteerd door gemeenten, deels gesubsidieerd (o.a. SPUK-T) en een deel zit in de eigen uitvoeringsdiensten.

Uitvoering

Sociaal domein en welzijnswerk biedt inwoners ondersteuning aan huis en in de wijk. Hier ligt de focus met name op het organiseren van activiteiten. Bij ernstige mentale problematiek kan het sociaal domein een signaal afgeven bij de huisarts of de GGZ. De gemeente zet ook eigen uitvoeringsdiensten (consulenten/ lokale team/vrijwilligers) in om ondersteuning te bieden aan de inwoners.



Verzekeraar

De verzekeraar speelt een cruciale rol in het mentaal gezondheidsnetwerk door Zvw zorgaanbieders te contracteren (oa voor hun rol in het MGN waaronder het uitvoeren van de verkennende gesprekken) op basis van gelijkgerichte inkoopstrategieën.

Deze domeinen richten gezamenlijk de netwerkstructuur van het mentaal gezondheidsnetwerk in

2.3 Het mentaal gezondheidsnetwerk heeft raakvlakken met meerdere initiatieven



Interactie met consultatie en advies (1e en 2e lijn)

Het netwerk stelt zorgprofessionals in staat om hun expertise te delen. Korte lijnen tussen huisartsen, ggz en sociaal domein worden gecreëerd om sneller antwoorden te genereren over behandelingen en medicatie. Idealiter gebeurt dit via het digitaal platform/dashboard van het mentaal gezondheidsnetwerk.



Interactie met digitale zorg en hybride zorg

De interactie tussen digitale en hybride zorg draagt bij aan een meer geïntegreerde en patiëntgerichte benadering van de geestelijke gezondheidszorg. Het mentaal gezondheidsnetwerk zet in op het gebruik van e-health in samenwerking met de coalitie Gezond leven en preventie. Daarnaast is er een samenwerking met de coalitie Digitalisering voor totstandkoming van een digitaal platform.

Mentaal gezondheidsnet werk



Relatie met regionale versterking, voorlichting, positieve gezondheid

Het mentaal gezondheidsnetwerk ondersteunt de toepassing van positieve gezondheid door hier o.a. extra aandacht aan te besteden bij het verkennend gesprek. Het mentaal gezondheidsnetwerk is een uitvoering van dit gedachtegoed en er is nauwe samenwerking met de werkgroep positieve gezondheid.



Relatie met welzijn op recept

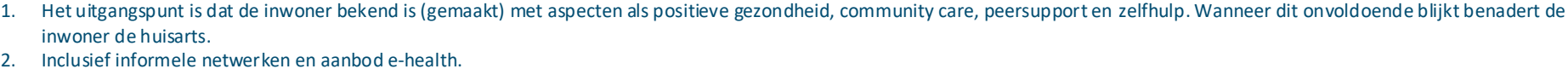
Welzijn op recept kan het netwerk helpen bij het normaliseren van de zorgvragen, door inwoners te stimuleren laagdrempelige hulp te zoeken bij een welzijnscoach. Dit kan bijvoorbeeld extra benadrukt worden door voorlichting bij de huisarts of aanbieden van concrete opties in de wijken. Hier blijven we vanuit het MGN verbinding maken met de coalitie Gezond leven en preventie.

3. Activiteiten Mentaal Gezondheidsnetwerk

Welke activiteiten worden uitgevoerd binnen het mentaal gezondheidsnetwerk?



De activiteiten van het MGN hangen samen



3.1 Verkennend gesprek: doelstelling, stand van zaken en gewenste situatie



Doelstelling: Het doel van het verkennend gesprek is drieledig. De persoon, naaste(n) en professionals krijgen inzicht in de hulpvraag; de persoon krijgt handvatten om het mentale evenwicht te hervinden (focus op zelfregie); de juiste (integrale) zorg/ondersteuning wordt op het juiste moment en op de juiste plek georganiseerd waardoor druk op zorgverleners afneemt én verdere escalatie waar mogelijk wordt voorkomen.



Doelgroep: Het verkennend gesprek is bedoeld voor personen met psychische klachten die daarbij op meerdere levensdomeinen problemen ervaren en waarbij een eendimensionale aanpak met zorg of ondersteuning door alleen de huisarts, sociaal domein óf ggz naar verwachting niet volstaat of onduidelijk is welke zorg of ondersteuning in welke volgorde nodig is om het individu op weg te helpen naar het hervinden van een mentale balans.



Huidige situatie

Huisartsen worden geconfronteerd met inwoners met een hulp- of zorgvraag, waarbij onduidelijkheid heerst over de wat de passende zorg/ondersteuning is. Hierdoor worden inwoners niet direct juist doorverwezen en laat passende zorg langer op zich wachten. Deze personen komen gemiddeld ook vaker terug bij de huisarts. In veel gevallen zijn al verschillende partijen betrokken bij de zorg voor deze patiënten, maar weten deze partijen dit niet van elkaar.

Per 6 mei 2024 is de regio gestart met een kleinschalige pilot van het verkennend gesprek. Er vindt één gesprek per week plaats met een POH-ggz en een ervaringsdeskundige: in één huisartsenpraktijk. Inmiddels is de pilot uitgebreid naar twee praktijken, waarbij standaard het sociaal domein deelneemt. Bij een praktijk neemt een psycholoog deel aan het gesprek ipv een POH-ggz. Op basis van deze pilot wordt de doelgroep definitief bepaald en wordt verder uitgewerkt hoe de uitvoering en opvolging vormgegeven wordt en hoe resultaten van het verkennend gesprek gemonitord kunnen worden.



Gewenste situatie

Elke huisarts in de regio verwijst een patiënt uit de doelgroep door naar het verkennend gesprek. Bij het gesprek zijn in ieder geval het sociaal domein en de ggz aanwezig. Dit kan ook een POH-ggz met achtergrond als psycholoog/SPV'er zijn (we volgen hierbij de landelijke richtlijn).

Het verkennend gesprek biedt de inwoner (en een naaste(n)) de gelegenheid om zijn of haar verhaal te doen en snel verder te komen met de hulpvraag, waarbij zelfregie centraal staat. In overleg met de inwoner wordt besloten of er een vervolgaanpak nodig is en wat deze is. Er wordt in de regio ingezet op beter inzicht in het aanbod van de partijen, waardoor de inwoner na het verkennend gesprek -indien nodig- direct naar passend aanbod wordt verwezen in het zorgdomein of het sociaal domein. Indien na het verkennend gesprek nog onduidelijk is bij welke aanbieder de inwoner terecht kan, is de overlegtafel de volgende stap.



Betrokken ketenpartners: De betrokken partijen zijn de huisartsen, sociaal domein, professionals uit de ggz en ervaringsdeskundigen. De betrokkenen bij het gesprek regelen de verwijzing, zonder tussenkomst van de huisarts (we blijven de landelijke ontwikkelingen hieromtrent volgen). De huisarts blijft wel regiebehandelaar voor de patiënt totdat deze wordt overgenomen door een van de zorg- of welzijnsaanbieders, WMO of een laagdrempelig steunpunt.



Kritische succesfactoren: Alle domeinen van het mentaal gezondheidsnetwerk zijn betrokken bij het gesprek, er is beter zicht op de sociale kaart voor verwijzing na het gesprek, huisartsen hebben helder welke initiatieven er zijn en welke patiënt bij welk initiatief past, financiering voor het sociaal domein is geregeld en de regiogemeenten hanteren eenduidige toegangs criteria in lijn met de doelgroep definitie.

3.1 Verkennend gesprek vraagt om duidelijke rolverdeling per domein

Het verkennend gesprek en de betrokken partijen

Het verkennend gesprek wordt gevoerd door een psycholoog uit de basis ggz óf een POH-ggz met achtergrond als psycholoog in combinatie met een functionaris vanuit het sociaal domein. De functionaris vanuit het sociaal domein heeft het aanbod in de gemeente goed in beeld.

In sommige gevallen kan het waardevol zijn om ervaringsdeskundigen al tijdens het gesprek in te zetten (hier doen we in de pilot ervaringen mee op), maar zij zullen veelal een rol hebben in het traject ná het verkennend gesprek. De ervaringsdeskundigen voldoen aan de screeningseisen die het mentaal gezondheidsnetwerk samen heeft opgesteld.

Op basis van het verkennend gesprek wordt door de gespreksvoerders een verslag opgesteld. Deze is via een digitaal platform inzichtelijk voor alle betrokken partijen (dit wordt opgepakt door de coalitie digitalisering, daar wordt ook de keuze voor het platform gemaakt).



Huisarts
POH-ggz

- Doorverwijzen van inwoner naar het verkennend gesprek
- Regiebehandelaar tot inwoner gepaste behandeling en/of ondersteuning krijgt
- *POH-ggz*: mogelijke gespreksvoerder verkennend gesprek
- *POH-ggz*: Doorverwijzen van inwoner naar passende zorg in de ggz (indien nodig)
- *NB niet iedere praktijk beschikt over een POH-ggz voor het verkennend gesprek. Het is nader te bepalen of een pool wordt ingericht op regio- of wijkniveau, afhankelijk van de visie van gemeenten*



ggz

- Gespreksvoerder van het verkennend gesprek
- Er wordt gestreefd om binnen 4 weken te starten met de behandeling van doorverwezen inwoner (conform richtlijnen Zorginstituut)
- Beschikbaar voor consultatie
- *Ervaringsdeskundigen*: buddy-rol ná het verkennend gesprek en waar waardevol inzet als gespreksvoerder



Sociaal domein

- Gespreksvoerder van het verkennend gesprek
- Goed zicht op huidig aanbod binnen gemeentelijk - en sociaal domein
- Er wordt gestreefd om binnen 6 weken welzijnsondersteuning (incl. herstelvoorzieningen) te kunnen bieden
- *Ervaringsdeskundigen*: buddy-rol ná het verkennend gesprek en waar waardevol inzet als gespreksvoerder

3.1 Vier uitgangspunten bij de uitrol van het verkennend gesprek

Het mentaal gezondheidsnetwerk hanteert een aantal uitgangspunten voor de methode van het verkennend gesprek



Om het verkennend gesprek op grotere schaal uit te kunnen voeren, zal gebruik gemaakt worden van een 'schil' van gespreksvoerders. Dit is een pool (ntb of dit op wijk- of regioniveau wordt georganiseerd) die mogelijk bestaat uit een aantal basispsychologen, POH-ggz met een achtergrond als psycholoog of SPV'er, functionarissen vanuit het sociaal domein en ervaringsdeskundigen. Op basis van de hulpvraag en beschikbaarheid van de verschillende partijen worden de professionals ingezet voor het verkennend gesprek.



Tijdens het verkennend gesprek staat positieve gezondheid centraal. Zorgverleners worden hierop geschoold vanuit de coalitie Gezond leven en preventie (transformatieplan Van Klacht naar Kracht). Hierbij ligt de nadruk op veerkracht, eigen regie en krachten van de inwoner. Het uitgangspunt hierbij is dat de inwoner dit herkent en hierop kan reflecteren. Er wordt aandacht besteed aan welzijn als geheel, waarbij de hulpvraag van de inwoner vanuit verschillende dimensies kan worden benaderd en ondersteund. Dit draagt bij aan het normaliseren van de zorgvraag. In het transformatieplan van Klacht naar Kracht wordt óók ingezet op de inwoners, dat is ook versterkend voor dit plan.



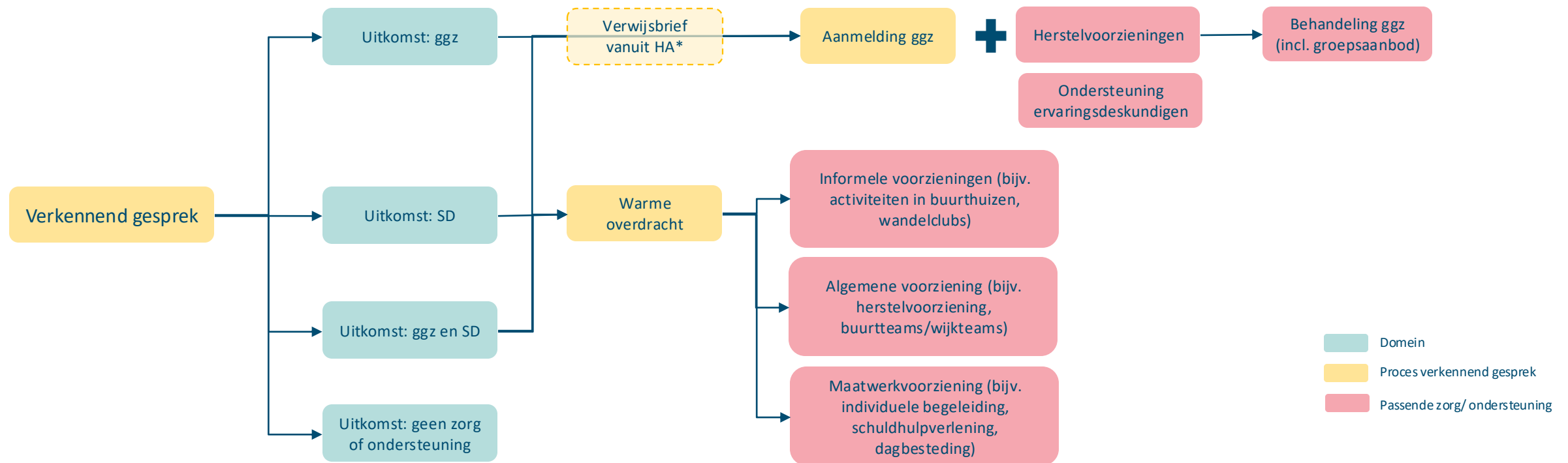
De vragen voor het verkennend gesprek zijn gebaseerd op de herstelgerichte vragen gebaseerd op de vragenlijst van positieve gezondheid, input vanuit andere regio's en organisatie die bezig zijn met verkennend gesprek ('proudly copied') en de ervaringen uit de pilot. Het uitgangspunt is tevens dat het verkennend gesprek digitaal ondersteunt wordt, zowel in de vorm van digitale gesprekken als digitale gegevensuitwisseling.



Voor elke inwoner wordt vastgesteld welke benadering het beste aansluit bij zijn of haar situatie. Hoewel het van belang is dat de uitgangspunten van het gesprek altijd consistent blijven, wordt per persoon bekeken waar de behoefte ligt, zodat het gesprek optimaal aansluit bij de unieke situatie van de inwoner. Het doel is een efficiënte uitvoering van het gesprek door zorgprofessionals, waarbij het gesprek voor de inwoner als persoonlijk en op maat gemaakt wordt ervaren.

3.1 Overzicht patiënt-/ cliëntproces ná het verkennend gesprek

In onderstaand figuur is het cliënt-/ patiëntproces na het verkennend gesprek weergegeven. Middels het verkennend gesprek krijgt de persoon, naaste(n) en professionals inzicht in de hulpvraag. Vanuit een focus op zelfregie krijgt de persoon handvatten om het mentale evenwicht te hervinden en waar nodig wordt de juiste (integrale) zorg/ondersteuning op het juiste moment en op de juiste plek georganiseerd.



* Uitgangspunt regio is dat het advies na het VG voldoende is voor een GGZ-verwijzing maar dat een huisarts de mogelijkheid heeft om 'in te grijpen' als hij/zij het er niet mee eens is. Definitieve werkwijze is afhankelijk van landelijke besluitvorming.

3.2 Overlegtafel: doelstelling, stand van zaken en toekomstvisie



Doelstelling: In samenwerking met de verschillende partijen binnen het mentaal gezondheidsnetwerk een passende oplossing vinden voor person en met complexe problematiek door middel van domeinoverstijgend casuoverleg (DOCO). De huisarts en/of poh-ggz maakt een inschatting voor welke personen dit geldt. Het gaat hierbij om in- en uitstroom van patiënten. Vervolgstappen en verantwoordelijkheden zijn helder en de inwoner krijgt de passende zorg op de juiste plek.



Doelgroep: Verwijzers van inwoners met complexe problematiek die hulp zoeken bij een van de betrokken partijen, maar waarbij deze partij de benodigde hulp niet (meer) of niet tijdig kan bieden.



Huidige situatie

De huidige overlegtafel vindt één keer per week plaats met (een deel van) de coalitiepartijen. Tijdens het overleg worden drie complexe casussen van individuen besproken. Deze worden met name ingebracht door de huisarts of POH-ggz.

De huidige overlegtafel is nog onvoldoende bekend in de regio. Er wordt weinig casuïstiek ingebracht en de focus ligt op met name op instroom van cliënten in de ggz en minder op uitstroom vanuit specialistische ggz.



Gewenste situatie

Alle ketenpartners in de regio zijn bekend met de regionale overlegtafel en de werkwijze. Er is een eenduidige en simpele manier waarop casussen en andere bespreekpunten ingebracht kunnen worden. De casuïstiek richt zich op in- en uitstroom van patiënten in de specialistische ggz. Het streven is vijf casussen per overlegtafel te bespreken. Het bespreken van knelpunten, behoeften en verbeteringen van de huidige werkwijze. Voor verwijzing naar sociaal domein betekent dit dat duidelijk wordt aan de overlegtafel of dit welzijn op recept moet zijn of dat het gaat om een aanmelding bij een uitvoeringsdienst van de gemeente/ buurtteam. Ook wordt kennis genomen van de instroom van personen naar verkennend gesprek om de scope van “complexe problematiek” te optimaliseren.



Betrokken ketenpartners: reeds deelnemende partijen aan de overlegtafel (basis ggz, specialistische ggz, ziekenhuis, huisartsen, POH-ggz, regiogemeenten, verslavingszorg, ervaringsdeskundigen, FACT) en mogelijke uitbreiding naar OGGZ-partijen (Kwintes/Leger des Heils) en verkenning rol apothekers



Kritische succesfactoren: De regionale inrichting is vastgesteld met een vast moment in de week. Er is een zelflerend mechanisme voor het herkennen van complexiteit en patiëntgroepen, met brede bekendheid bij alle regio-partijen en commitment om proactief een passende plek voor inwoners te vinden. Daarnaast is de ICT goed ingeregeld om casuïstiek efficiënt in te brengen.



3.3 Transfermechanisme: doelstelling, stand van zaken en toekomstvisie



Doelstelling: Verminderen van de druk op de specialistische ggz, door knelpunten in beeld te brengen en vraag en aanbod beter bij elkaar aan te sluiten. Verminderen van druk op huisartsen doordat huisartsen minder tijd kwijt zijn aan het zoeken naar een passende ggz zorgaanbieder. Tijdige en passende zorg en/of ondersteuning voor mensen die op een wachtlijst in de ggz staan is hierbij van belang.



Doelgroep: Groepen patiënten die (te lang) op wachtlijsten staan of geen passende zorg krijgen bij de huidige specialistische ggz-aanbieder.



Huidige situatie

Het komt voor dat grote groepen inwoners op wachtlijsten staan voor een behandeling bij een ggz-instelling, terwijl andere instellingen wel voldoende capaciteit hebben. Dit leidt tot onnodig lange wachttijden en een inefficiënte benutting van de beschikbare zorgcapaciteit.



Gewenste situatie

Binnen het mentaal gezondheidsnetwerk wordt het transfermechanisme in ieder geval eens per maand ingezet als onderdeel van de overlegtafel, dit noemen we de transfertafel. Dit is het moment om groepen patiënten die al (te) lang op wachtlijsten staan óf geen passende zorg (meer) krijgen bij een andere partij onder te kunnen brengen. Netwerkpartners kennen elkaars aanbod, delen informatie en maken afspraken over te maken transfers. Met de inzet van de transfertafel zijn de partners gezamenlijk verantwoordelijk voor het signaleren van missend aanbod in de regio. Daarnaast streeft het mentaal gezondheidsnetwerk ernaar om dit uiteindelijk aan de voorkant ook al aan te kunnen pakken, door vraag en aanbod in de regio beter te matchen met behulp van het dashboard rondom wachttijden en aanbod. Als het dashboard gebruikt wordt, moet regelmatig geëvalueerd worden of dit voldoende is om aan de voorkant vraag en aanbod te matchen of dat er nog een behoefte is om bijvoorbeeld verwijzingen centraal te coördineren. Mocht er in de toekomst vanuit de regio ingezet worden op Integraal Capaciteitsmanagement dan sluiten we vanuit het MGN aan bij die ontwikkeling.

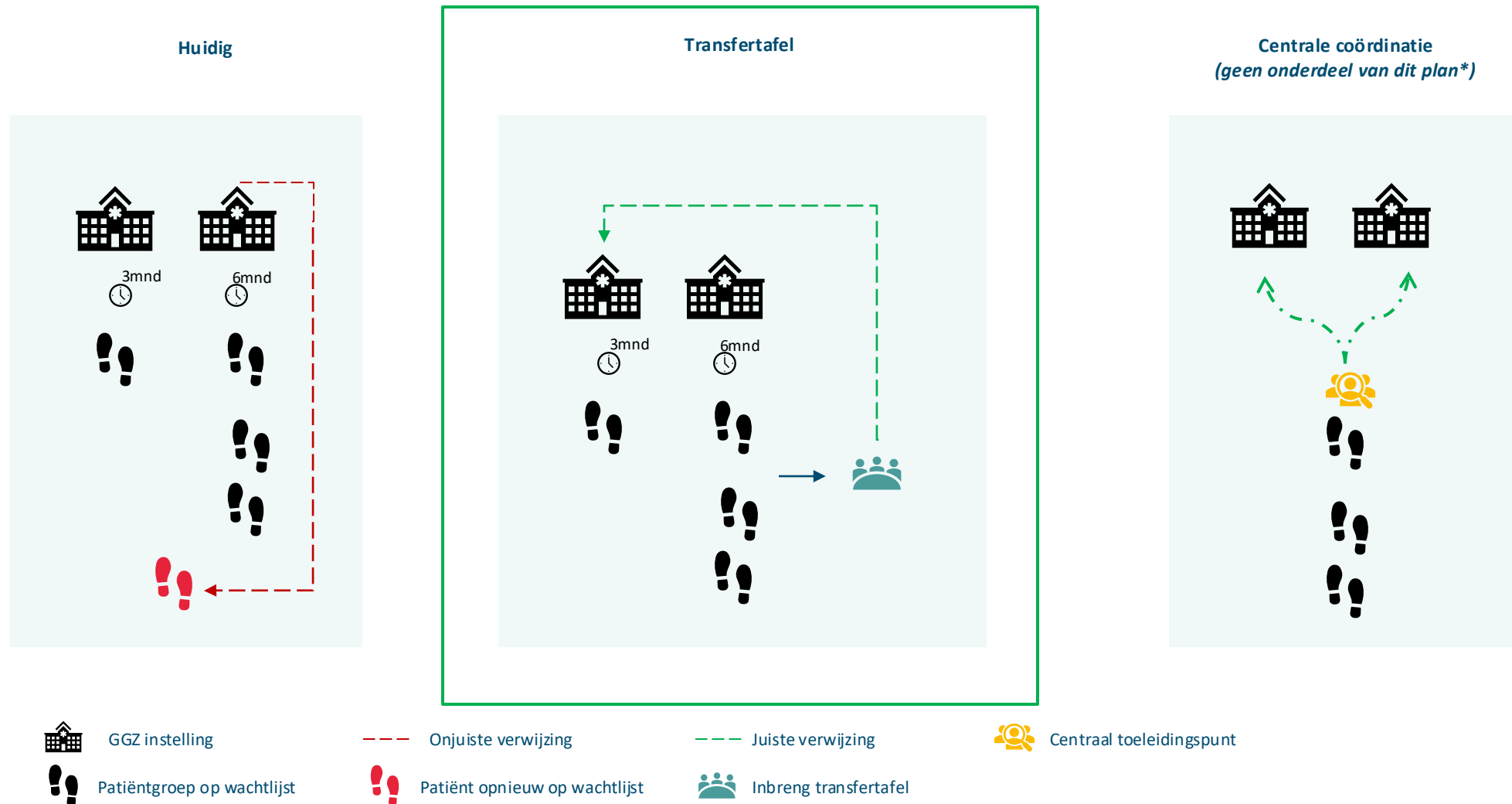


Betrokken ketenpartners: Alle zorgaanbieders binnen het mentaal gezondheidsnetwerk



Kritische succesfactoren: Commitment om passende zorg te bieden aan de inwoner, ook buiten de eigen instelling. Iedere aanbieder is zich bewust van zijn signalerende rol en er zijn korte lijntjes tussen de ggz-instellingen. Voldoende capaciteit bij de zorgverleners om deel te nemen aan de overleg/transfertafel.

3.3 De transfertafel als uitvoering van het transfermechanisme



* Centrale coördinatie van verwijzingen werpt een drempel op, namelijk een extra schakel. Deze extra schakel zou bovendien extra personeel nodig hebben. Daarom is besloten dat eens per maand de transfertafel plaatsvindt in de bestaande overlegtafel, waar organisaties gezamenlijk zoeken naar oplossingen. De verwachting is bovendien dat met de informatievoorziening de partijen van het MGN zelf in staat zijn om een juiste plek te vinden voor de patiënt. Mocht dit niet effectief blijken dan wordt centrale coördinatie als alternatief verder verkend.

3.4 Herstelvoorzieningen: doelstelling, stand van zaken en toekomstvisie



Doelstelling: Het bouwen van een herstelgemeenschap die een belangrijke rol speelt in het verbeteren van de geestelijke gezondheid in de regio. Dit wordt gedaan door laagdrempelige, herstelgerichte voorzieningen te ontwikkelen, die gerund worden door ervaringsdeskundigen. Deelnemers moeten de mogelijkheid krijgen om autonoom aan hun herstel te werken, zonder tussenkomst van zorg- en/of hulpverleners, in een veilige omgeving met professionele, ervaringsdeskundige ondersteuning.



Doelgroep: iedere inwoner en naaste die na een ontwrichtende situatie vast is gelopen en wil werken aan persoonlijk en/of maatschappelijk herstel, zonder onderscheid te maken tussen specifieke doelgroepen (er worden geen labels geplakt of afbakeningen gemaakt)¹



Huidige situatie

De regio kent al meerdere initiatieven rondom persoonlijk en maatschappelijk herstel. Het Herstelnetwerk (regiogemeenten en maatschappelijke partners) heeft als doel inwoners met psychische kwetsbaarheden te ondersteunen in hun persoonlijk en maatschappelijk herstel. Dit realiseert het netwerk, onder andere, door:

- het organiseren van een regionaal herstelteam
- een gezamenlijk breed aanbod van trainingen en activiteiten
- een pool van ervaringsdeskundige trainers, vrijwilligers en ervaringsdeskundigen verbonden aan de deelnemende (zorg)partijen en inzetbaar voor het herstelnetwerk.

Het Herstelnetwerk heeft gezamenlijk geconcludeerd dat het bestaande aanbod uitgebreid dient te worden en dat nieuwe vaste, specifiek voor dat doel ingerichte locaties hierbij wenselijk zijn.



Gewenste situatie

Er worden twee herstelvoorzieningen gerealiseerd in de regio, gerund door ervaringsdeskundigen. De herstelvoorzieningen zijn 7 dagen per week geopend en er wordt gewerkt vanuit het idee dat je door anderen te helpen, ook jezelf helpt. Deelnemers kunnen op hun eigen manier iets voor een ander betekenen, zoals luisteren, een activiteit organiseren of als vrijwilliger meehelpen de voorziening draaiende te houden.

Daarnaast is er een goede wisselwerking tussen ervaringsdeskundigen, behandelaren en huisartsen om escalaties en crisissituaties te voorkomen en het bevorderen van herstel. Er is een gelijkwaardige, integrale samenwerking tussen het voorliggende veld (herstelvoorzieningen, ervaringsdeskundigheid), behandelaren, huisartsen en sociaal domein.



Betrokken ketenpartners: ervaringsdeskundigen, de regiogemeenten², welzijnsorganisaties, huisartsen, vrijwilligers en professionals vanuit de ggz, ervaringsdeskundigen



Kritische succesfactoren: Juiste structurele financiering en financieringsvorm/prikkel (domeinoverstijgende financiering moet verstevigd worden), voldoende capaciteit bij herstelvoorzieningen om te kunnen groeien, maar ook flexibele samenwerking en aansluiten bij bestaande initiatieven, tijd voor kwaliteitsborging en governance, concurrentie tussen initiatiefnemers van steunpunten moet niet belemmerend zijn, inwoner staat centraal.

1. We ambiëren een bereik van 25% van de mensen met een EPA, maar dit is niet per definitie de belangrijkste doelgroep
2. Blaricum, Eemnes, Gooise Meren, Hilversum, Huizen, Laren, Wijdmeren

3.4 Herstelvoorzieningen: overwegingen, afbakening en beoogde resultaten

Overwegingen

De precieze vorm van een herstelvoorziening laat zich vooraf niet bepalen. Dat is afhankelijk van de mensen die je vindt, de locatie, de lokale gemeenschap en meer. Anders gezegd: herstelgericht werken en ervaringsdeskundigheid kenmerkt zich door regie en eigenaarschap bij mensen zelf. Daarom moeten we ons bewust zijn van de spanning tussen enerzijds de noodzaak om sommige zaken goed en slim te organiseren en anderzijds zoveel mogelijk (experimenter) ruimte te geven aan de mensen die de voorziening in de praktijk gaan vormgeven.

Afbakening

Ervaringsdeskundigheid en herstel krijgt op steeds meer plekken aandacht. Om te voorkomen dat dit project focus verliest is het verstandig om af te bakenen wat het project niet is. Hieronder staan, niet uitputtend, onderwerpen waar dit project niet verantwoordelijk voor is.

- Hoewel er duidelijke inhoudelijke verbanden zijn tussen het herstelnetwerk en de herstelvoorziening, valt het niet binnen scope om het herstelnetwerk aan te sturen of verplicht onderdeel te laten zijn van de herstelvoorziening. De financiering van het regionale herstelteam gaat wel over naar de herstelvoorziening.
- In de regio zijn er veel initiatieven rondom ervaringsdeskundigheid, zoals vanuit het IZA of het toekomstscenario kind- en gezinsbescherming. Deelname aan deze initiatieven is geen onderdeel van de opdracht.
- Binnen de herstelvoorziening wordt geen structurele ambulante en/of individuele (ervaringsdeskundige) ondersteuning geboden. Het aanbod van de herstelvoorziening is groepsgericht.
- Het via een opleiding opleiden van ervaringsdeskundigen is geen onderdeel van de herstelvoorziening (het bieden van stageplekken voor studenten is dat wel).

Beoogde resultaten

Zoals op de vorige pagina beschreven, is de gewenste situatie om twee nieuwe herstelvoorzieningen te realiseren¹. Dit lijkt een haalbaar aantal voor de looptijd van het IZA. We starten met het realiseren van één locatie om van daaruit verder te kijken wat nodig en passend is. Daarnaast onderzoeken we hoe de bestaande locaties van het herstelteam hierin een plaats krijgen. Hierbij willen we de volgende resultaten bereiken:

- Eind 2025 is de eerste herstelvoorziening geopend;
- In 2027 bereiken we 500 (niet unieke) deelnemers per maand²;
- De locatie is 7 dagen per week geopend;
- Gemiddeld is de locatie 6 uur per dag geopend. Dit kan per dag verschillen;
- Er is altijd minstens één professionele (en dus betaalde) ervaringsdeskundige aanwezig;
- Openingstijden zijn zowel in de ochtend, middag als avond;
- Er zijn jaarlijks minstens 5 stagiaires van diverse opleidingen die stagelopen bij de herstelvoorziening;
- Er vindt minstens één herstelgerichte activiteit per dag plaats;
- Eind 2025 is er een adviesnotitie over hoe het vervolg met eventuele andere locaties vorm te geven. Dit advies kan ook zijn om de eerste ervaringen en resultaten nog af te wachten.

1. Hiermee is nog geen sprake van een dekkend netwerk; dat is bij ong. 1 herstelvoorziening per 50.000 inwoners. Tegelijkertijd zien we dat het nu opstarten van 5 herstelvoorzieningen niet realistisch is. Het aantal ervaringsdeskundigen daarvoor is niet toereikend, maatschappelijk vastgoed is beperkt en het vraagt ook veel van gemeenten. Vanuit ons huidige herstelgerichte aanbod zien we dat mensen bereid zijn om ervoor naar een buurgemeente te reizen (dat is +/- 20 minuten). Daarom steken we in op het starten van twee voorzieningen en willen we daarmee ervaring opdoen. Vanuit die ervaring kunnen we verder onderzoeken wat een passend dekkend netwerk is voor deze regio.
2. Dit aantal is gebaseerd op een educated guess van de projectleider. Op basis van ervaringen bij, onder andere, Recovery College Eindhoven en De Kazerne in Waalwijk is dit een haalbaar aantal deelnemers. De ervaring leert ook dat 10-20% hiervan unieke deelnemers zijn.

3.5 Ontwikkelen integrale aanpak voor de EPA doelgroep | doelstelling, stand van zaken en toekomstvisie



Doelstelling: Het ontwikkelen en implementeren van een integrale Gooise EPA-aanpak die domeinoverstijgende samenwerking structureel verbetert en leidt tot meer herstelgerichte, toegankelijke en effectieve ondersteuning van inwoners met EPA. Deze aanpak moet gedragen en werkbaar zijn voor alle betrokken gemeenten en zorg- en welzijnspartners in de regio.



Doelgroep: Inwoners van de Gooi en Vechtstreek met een Ernstige Psychiatrische Aandoening (EPA). De doelgroep omvat cliënten in zorg bij FACT-teams, beschermd wonen, bemoeizorg, cliënten met verslavingsproblematiek en een 'onzichtbare' groep zonder formele hulpverlening.



Huidige situatie

De FACT-teams in de regio Gooi en Vechtstreek zijn momenteel breed georganiseerd. GGZ Centraal heeft vier teams (Hilversum - twee teams -, Bussum, Huizen) en Jellinek heeft één FACT-team dat zich richt op verslavingsproblematiek. Deze teams zijn multidisciplinair samengesteld met o.a. psychiaters, verpleegkundigen, casemanagers en ervaringsdeskundigen. Er is geen sprake van een uitgesproken categoriale organisatie.

De zorg en ondersteuning voor de EPA-doelgroep is versnipperd georganiseerd. Er zijn veel betrokken partijen, maar samenwerking is vaak persoonsafhankelijk, versnipperd over domeinen (zorg/welzijn), en wordt bemoeilijkt door wet- en regelgeving (o.a. privacy). Door de aanwezige multiproblematiek is de doelgroep doorgaans in beeld bij diverse instellingen en domeinen. Zij hebben vaak meerdere hulpverleners en plannen, maar missen samenhang en continuïteit.



Gewenste situatie

De gewenste situatie is een meer samenhangende werkwijze waarin professionals met mandaat vanuit verschillende organisaties gezamenlijk optrekken rondom de cliënt, met differentiatie binnen de brede doelgroep. De aanpak is herstelgericht, persoonsgericht en biedt continuïteit. Idealiter is er één aanspreekpunt voor de cliënt, korte lijnen tussen professionals en ruimte voor maatwerk binnen en over gemeenten heen.

Er is nog geen keuze gemaakt over de inrichting van de samenwerkingsvorm. Verschillende opties zijn één integraal team en een structurele overlegtafel met betrokkenheid van alle relevante domeinen.



Betrokken ketenpartners: GGZ Centraal, Jellinek, Kwintes, Leger des Heils, de regio-gemeenten, apothekers



Kritische succesfactoren:

- Draagvlak en mandaat binnen alle organisaties (incl. bestuurders)
- Heldere definitie van doelgroep en gezamenlijke taal
- Voldoende beschikbaarheid van data en privacy-proof data-uitwisseling
- Inzet van ervaringsdeskundigheid
- Structurele financiering en inzet van SPUK/IZA-gelden
- Beschikbaarheid van passende woonvoorzieningen en ondersteuning (bijv. steunpunten)

3.6 Randvoorwaardelijk | Informatievoorziening met inzicht in wachttijden en aanbod



Doelstelling: Actueel inzicht in (de knelpunten van) zorgtoegankelijkheid ten behoeve van het effectief en efficiënt benutten van de beschikbare capaciteit.



Doelgroep: Zorg- en welzijnsaanbieders in het Mentaal Gezondheidsnetwerk. Mogelijk op termijn ook inzichtelijk voor inwoners t.b.v. keuzevrijheid.



Huidige situatie

De wachttijden voor de ggz in 't Gooi zijn lang, maar minder dan landelijk. Met uitzondering van depressies, somatische symptoomstoornissen, basis ggz en andere problemen. De gemiddelde wachttijd ligt tussen de 12 en 20 weken, dit is hoger dan de treetnorm.

Op dit moment hebben zowel zorgaanbieders als huisartsen weinig zicht op de actuele wachtlijsten en het aanbod in de regio. Daarnaast is het aanbod vanuit het sociale en gemeentelijke domein vaak onbekend. Hierdoor weten zorgaanbieders en welzijnsaanbieders elkaar niet goed te vinden, maar weten ook huisartsen niet altijd waar inwoners het beste naar doorverwezen kunnen worden.



Gewenste situatie

De zorgaanbieders in de regio hebben centraal een actueel inzicht in het zorgaanbod en wachttijden in de regio. Knelpunten kunnen hierdoor sneller geïdentificeerd worden en de zorgcapaciteit wordt optimaal benut. Dit wordt ondersteund door een digitaal dashboard dat toegankelijk is voor alle zorgaanbieders en huisartsen binnen het netwerk voor mentale gezondheid.

Dit dashboard wordt gefaciliteerd door de coalitie Digitalisering*. Hoewel dit dashboard in eerste instantie gericht is op de ggz, wordt op langere termijn gebruik gemaakt van de regionale sociale kaart vanuit de coalitie Digitalisering, zodat zorgaanbieders, apothekers en welzijnsorganisaties elkaar beter kunnen vinden. Er wordt aangesloten bij eventuele landelijke ontwikkelingen op dit vlak.



Betrokken ketenpartners: Alle zorgaanbieders en huisartsen binnen het mentaal gezondheidsnetwerk en uiteindelijk ook de apothekers, welzijns- en ondersteuningsaanbieders



Kritische succesfactoren: Samenwerking en afstemming met coalitie Digitalisering, een duidelijke definitie van beschikbare capaciteit, aansluitend op landelijke definities, met een regionale inrichting waarbij alle aanbieders inzicht geven in wachttijden en aanbod. Er is inzicht in de zorg- en/of ondersteuningsvraag van patiënten op de wachtlijst, gegenereerd via een digitaal systeem. Dit is ondersteunend aan het transfermechanisme.

* Op langere termijn sluiten we aan bij de landelijke oplossing, maar hier willen we niet op wachten. Voor de tussenliggende periode verkennen we een oplossing met VIPLive. Dit vraagt slechts een tijdelijke, beperkte investering (zie plan digitalisering).

3.7 Randvoorwaardelijk | Continue verbeteren door het kennislemniscaat



Doelstelling: Het mentaal gezondheidsnetwerk gaat verder dan alleen het uitvoeren van activiteiten; het vormt een kennislemniscaat. Dit betekent dat alles wat binnen het netwerk gebeurt – van pilots tot activiteiten – continu geëvalueerd en verbeterd kan worden en dat we ook kunnen constateren dat we dingen niet meer doen. Het netwerk is erop gericht om signalen snel door te geven en actie te ondernemen om ten allen tijden passende zorg en ondersteuning te kunnen bieden.



Doelgroep: Professionals binnen alle domeinen van het mentaal gezondheidsnetwerk die samenwerken om snel in te spelen op signalen, knelpunten te identificeren en continu passende zorg en ondersteuning te verbeteren voor inwoners in de regio.



Huidige situatie

Op dit moment wordt er nog weinig actie ondernomen om snel in te spelen op signalen of knelpunten. De communicatie en samenwerking tussen de betrokken partijen is vaak reactief en niet altijd goed afgestemd, waardoor het lastig is om op korte termijn passende zorg en ondersteuning te bieden. Er is nog onvoldoende structurele evaluatie (bijvoorbeeld n.a.v. de overlegtafel) en verbetering van het netwerk, waardoor het aanbod niet altijd optimaal aansluit bij de behoeften van de inwoners.



Gewenste situatie

Het mentaal gezondheidsnetwerk werkt proactief en dynamisch, waarbij signalen snel worden opgepakt en knelpunten direct worden opgelost. Het netwerk is continu in ontwikkeling, waarbij samenwerking en communicatie tussen alle partijen soepel en efficiënt verlopen. Bij de overlegtafel kan bijvoorbeeld na een aantal keer worden opgemerkt: "Deze casus hebben we al eerder behandeld, we weten inmiddels welke stappen we moeten zetten." Dit zorgt ervoor dat bepaalde casussen niet telkens opnieuw hoeven te worden besproken, omdat huisartsen en andere betrokkenen al weten hoe ze verder moeten of wie ze moeten inschakelen. Hetzelfde geldt voor het mogelijk aanvullen van ontbrekend aanbod op basis van de behoeften uit het verkennend gesprek. Zo wordt het netwerk steeds effectiever en kunnen zorgprofessionals snel handelen, wat leidt tot betere en snellere zorg voor de inwoners.



Betrokken ketenpartners: Alle zorgaanbieders, huisartsen, gemeenten en welzijnsorganisaties binnen het mentaal gezondheidsnetwerk.



Kritische succesfactoren: Een gestructureerd evaluatieproces om terugkerende patronen te herkennen en behoeften vanuit de regio te bespreken is van belang voor het borgen van het kennislemniscaat. Daarnaast is het cruciaal om voldoende aandacht te hebben voor en acties te ondernemen op wat geleerd kan worden van de opschaling in praktijken en de effecten in sociaal domein.

4. Samenwerking en governance

Volgens welke governance structuur werken we samen in het mentaal gezondheidsnetwerk en welke uitgangspunten worden hierbij gehanteerd?



4.1 Leidende principes op het gebied van governance en samenwerking

In onderstaand overzicht zijn de uitgangspunten van de onderlinge samenwerking tussen de betrokken partijen weergegeven; de leidende principes. Deze uitgangspunten hebben als doel de betrokkenheid en het nemen van (gezamenlijke) verantwoordelijkheid binnen het Mentaal Gezondheidsnetwerk te waarborgen.



De projectleider speelt een centrale rol in het overkoepelend coördineren van activiteiten, het verbinden van stakeholders en het bewaken van de voortgang. Het netwerk kan alleen effectief opereren als deze functie stevig is ingebed en gedragen wordt door alle betrokken partijen.



Er is voldoende representatie van de regio en verschillende domeinen in het gehele programma, inclusief in het programma management team.



Er wordt zo veel als mogelijk gebruik gemaakt van bestaande kennis en ervaringen én aangesloten bij bestaande initiatieven. Dit geldt zowel binnen de regio (o.a. digitalisering en positieve gezondheid) als buiten de regio 't Gooi. Door voort te bouwen op wat al ontwikkeld is, kunnen middelen efficiënter worden ingezet en wordt dubbele inspanning voorkomen. Dit vergroot de slagkracht van de transformatie.



Er wordt een standaard proces ingericht hoe deelnemende partijen kunnen aansluiten of afscheid nemen van de coalitie mentale gezondheid. Er wordt een basis gelegd waar alle nieuwe aangesloten partijen bijgepraat kunnen worden en verantwoordelijkheden kunnen afstemmen.



Het netwerk is een gezamenlijke inspanning, waarbij gedeelde verantwoordelijkheid centraal staat met als doel de transformatie te realiseren. Alle betrokken partijen dragen bij aan de uitvoering en maximale opschaling van het netwerk met bijbehorende activiteiten. Ze nemen samen beslissingen over de voortgang en eventuele bijsturing. Deze gezamenlijke aanpak zorgt voor eigenaarschap op de beoogde, impactvolle transformatie.

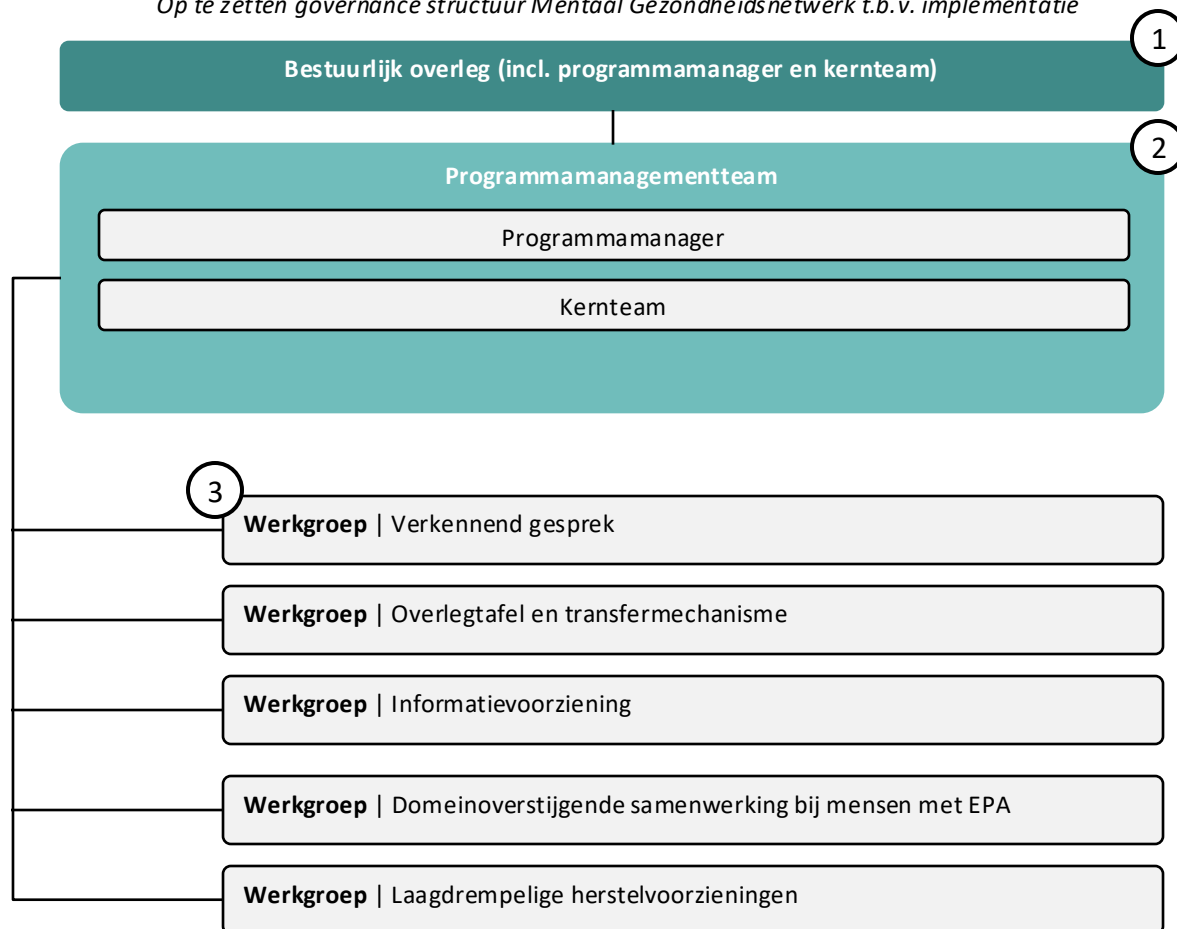


De transformatie vraagt ook om een duurzame opzet van governance (zoals inzet en coördinatie op verkennend gesprek en andere functies binnen MGN). Het programma managementteam en de betrokken werkgroepen zullen dit meenemen in hun opdracht en zoveel mogelijk aansluiting op bestaande, goed werkende governance in de regio.

4.2 Succesvolle uitvoering van het transformatieplan vraagt om heldere besturingsstructuur

Op te zetten governance structuur Mentaal Gezondheidsnetwerk t.b.v. implementatie

Huidige situatie
De overkoepelende werkgroep "Mentaal Gezondheidsnetwerk" wordt geleid door één projectmanager vanuit de ggz, die samen met een kernteam van huisartsen en gemeenten de voortgang bewaakt. Op bestuurlijk niveau zijn dezelfde drie domeinen vertegenwoordigd voor strategische afstemming. De werkgroepen komen regelmatig samen om de voortgang en knelpunten te bespreken.



Toelichting op verschillende teams

1. Bestuurlijk overleg incl. programmamanager en kernteam:

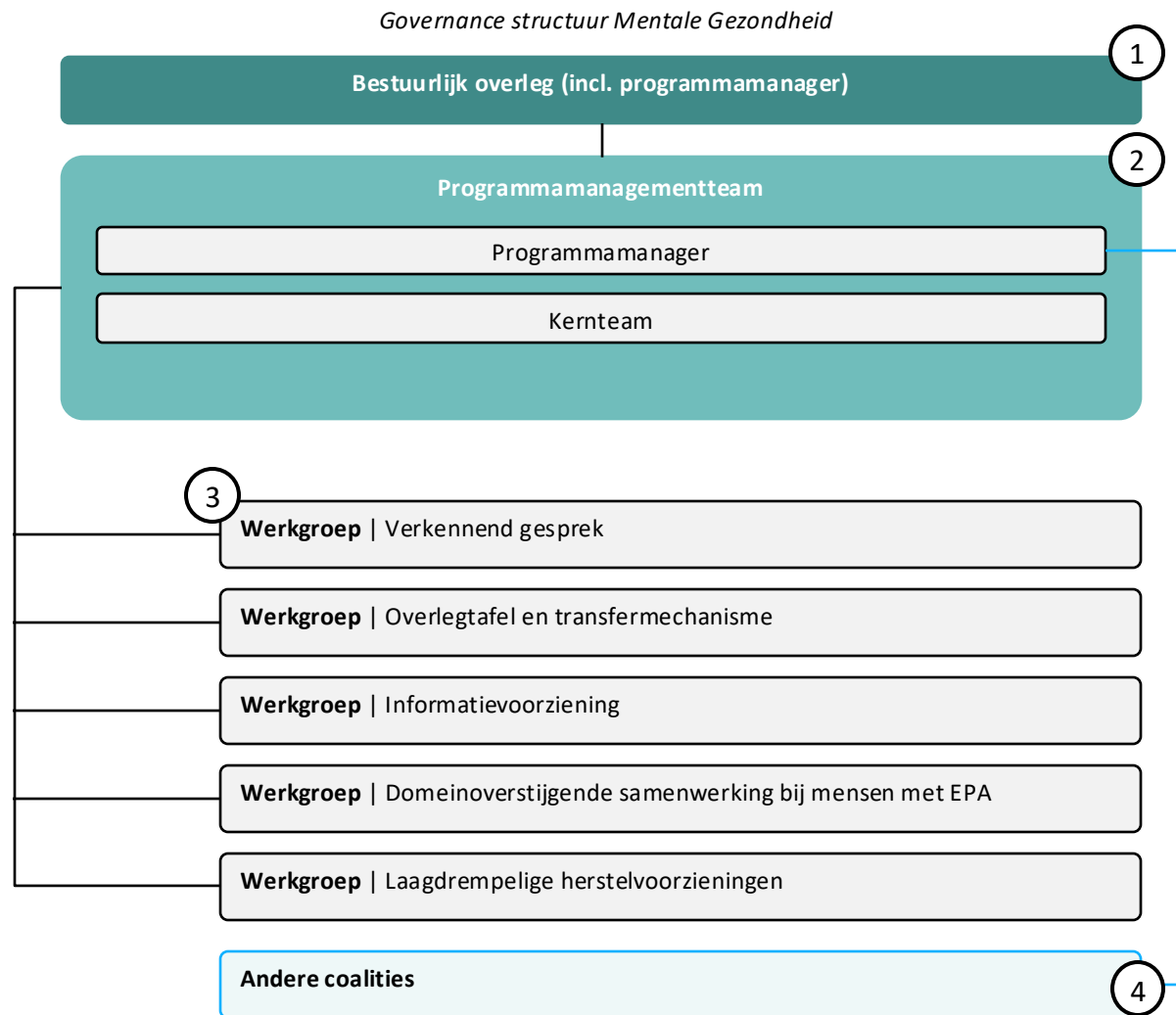
Besluitvorming, sturing en escalatie op inhoud, proces en deliverables van het project. Dient daarnaast ter ondersteuning bij stakeholdermanagement en het meenemen van eigen achterban.

2. Programmamanagementteam:

- Coördineert de realisatie van het transformatieplan en/of de implementatie
- Bewaakt de scope, bemensing, planning, budget en kwaliteit. Zorgt voor draagvlak, commitment en juiste energie in de regio en binnen het project.
- Bewaakt de samenhang/afhankelijkheden van andere coalities binnen Gezond Gooi, met name positieve gezondheid en digitalisering.
- Zorgt in Q3 2025 voor een samenwerkingsovereenkomst met de betrokken partijen MGN en zorgen voor ondertekening

3. Programma werkgroepen: Multidisciplinaire groepen, ingedeeld op (deel-) elementen van de coalitie en het transformatieplan. Verantwoordelijk voor de inhoudelijke invulling, aanleveren van data, afstemming met achterban. Geven daarnaast input voor de doorontwikkeling van de initiatieven.

4.3 Succesvolle uitvoering van het transformatieplan vraagt om heldere overlegstructuur



Programma overleggen incl. onderlinge samenhang



5. Impactanalyse, maatschappelijke business case en financieringsaanvraag

Wat is de verwachte impact van de transformatie? En welke investering is nodig om de transformatie te realiseren?



5.1 De beoogde transformatie is in lijn met de gemaakte IZA afspraken en doelen

Het realiseren van een mentaal gezondheidsnetwerk is een impactvolle zorgtransformatie

De ondertekende IZA partijen onderkennen het belang van de omslag naar passende zorg met als doel de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg te behouden en verbeteren. Om deze transitie te realiseren zijn er afspraken vastgelegd in een IZA werkagenda. De thema's van deze werkagenda zijn weergegeven in onderstaande tabel. Alle activiteiten in dit transformatieplan sluiten aan bij één of meerdere thema's van de IZA werkagenda. Ook maken ze substantiële impact op de IZA doelen.

Activiteiten	Thema's IZA-werkagenda							Impact op IZA doelen ¹			
	Passende zorg	Regionale samenwerking	Versterken organisatie eerstelijnszorg	Samenwerking sociaal domein, HA en ggz	Gezond leven en preventie	Arbeidsmarkt en ontzorgen zorg-professional	Digitalisering en gegevens-Beschikbaarheid	Het zorggebruik in de ZVW	Herverdelings vraagstukken: verschuiving patiënt-stromen	Minder of effectiever inzetten van personeel	Omvang van zorgvastgoed
1. Verkennend gesprek	✓	✓		✓	✓	✓		✓	✓	✓	
2. Overlegtafel	✓	✓		✓		✓		✓	✓	✓	
3. Transfermechanisme	✓	✓		✓		✓	✓	✓	✓	✓	
4. Herstelvoorzieningen				✓	✓	✓		✓	✓	✓	
5. Samenwerking rondom EPA	✓	✓		✓		✓			✓	✓	
6. Informatievoorziening en inzicht in wachttijden	✓	✓				✓	✓			✓	

1. Zie de volgende pagina voor verdieping van de impact op de IZA doelen

5.2 Beoogde impact van de activiteiten op de IZA doelen

Het realiseren van een mentaal gezondheidsnetwerk is een impactvolle zorgtransformatie

Impact op IZA doelen

Activiteiten ¹	Het zorggebruik in de ZVW	Herverdelingsvraagstukken: verschuiving patiënt-stromen	Minder of effectiever inzetten van personeel
1. Verkennend gesprek	Vermindering van (zwaar) zorggebruik door afbuiging van sGGZ naar bGGZ en naar het sociaal domein en efficiëntere manier van zorg en ondersteuning (o.a. minder herhaling). Verwijzingen in de huidige situatie voor de doelgroep van het VG is 50% sGGZ en 50% bGGZ. Na volledige implementatie worden de volgende verwijzingen verwacht ² : - 41 % sGGZ - 33% bGGZ - 18% POH-ggz - 5% Sociaal domein - 3% geen verwijzing Dit leidt tot een structureel resultaat van €676K/jaar in de Zvw.	Er wordt een verplaatsing binnen de ZVW en naar het sociaal domein verwacht. Er wordt verwacht dat 5% van de patiënten die een VG hebben, naar het SD verwezen wordt en dat hiervan 90% zonder VG niet bij het SD terecht was gekomen. Dit leidt tot structurele meerkosten voor de inzet van sociaal domein (WMO) tijdens en na VG van €755K/jaar.	Personeel wordt effectiever ingezet door verminderde druk op de huisartsen (minder 'draaideur' patiënten) en basis/specialistische ggz. Binnen de Zvw is de 'besparing' 3,8 FTE. De druk op sociaal domein wordt wel verhoogd, omdat er meer capaciteit nodig is, zowel voor het voeren van gesprekken als voor het traject na het VG. Dit gaat om een extra inzet van 5,7FTE.
2. Overlegtafel icm transfermechanisme	Door de overlegtafel (incl. transfermechanisme) wordt een verschuiving verwacht van patiëntstromen en kan de huidige capaciteit van de zorgaanbieders en het zorgpersoneel optimaal benut worden. Er is een besparing door verminderde instroom in de (s)GGZ, verminderde druk op huisartsen en door voorkomen van crisissituaties door tijdig ingrijpen. Dit leidt tot een structureel resultaat van €553K/jaar in de Zvw.	Door inzet van de overlegtafel worden inwoners met complexe problematiek sneller naar de juiste zorg/ondersteuning begeleid. Wanneer optimaal ingezet voor zowel in-, door- als uitstroom, neemt de druk op de basis en specialistische ggz af als inwoners kunnen door- of uitstromen naar POH-ggz of sociaal domein. Dit leidt tot structurele meerkosten voor de inzet van sociaal domein tijdens overlegtafel en door toename van trajecten van €16K/jaar.	Door de verbeterde in-, door- en uitstroom wordt personeel effectiever ingezet. Binnen de Zvw is de 'besparing' 3 FTE. Van het sociaal domein vraagt dit een extra inzet van 0,1 FTE.
3. Herstelvoorzieningen	Door de inzet van herstelvoorzieningen is minder zorggebruik vanuit de Zvw nodig (o.a. effectievere GGZ behandeling en voorkomen van GGZ behandeling). Dit leidt tot een structureel resultaat van €876K/jaar in de Zvw.	Door de inzet van herstelvoorzieningen is minder professionele hulpverlening zoals verslavingszorg en schuldhulpverlening nodig. Dit leidt tot een structureel resultaat van €241K/jaar in het sociaal domein.	Herstelvoorzieningen leiden tot een 'besparing' van 4,7 FTE in de Zvw en 1,9 FTE in het sociaal domein.
4. Domeinoverstijgende samenwerking voor mensen met EPA	Door domeinoverstijgende samenwerking bij mensen met EPA wordt 10% van de kosten bespaart. Dit leidt tot een structureel resultaat van €1,8M/jaar in de Zvw.	Door domeinoverstijgende samenwerking bij mensen met EPA wordt 10% van de kosten bespaart. Dit leidt tot een structureel resultaat van €765K/jaar in het sociaal domein.	Domeinoverstijgende samenwerking voor mensen met EPA leidt tot een 'besparing' van 9,5 FTE in de Zvw en 6,0 FTE in het sociaal domein

1. De baten die ontstaan door de informatievoorziening en inzicht in wachttijden worden meegenomen in het transformatieplan Digitalisering

2. Obv onderzoek uit Breburg

5.3 Beoogde impact van het MGN op inwoners, zorgaanbieders en rest van de zorgketen (1)

Het realiseren van een mentaal gezondheidsnetwerk is een impactvolle zorgtransformatie

Activiteiten	Impact op ...		
	Inwoners en patiënten (kwaliteit, veiligheid en toegankelijkheid van de zorg)	De betrokken zorgaanbieders (o.a. bedrijfsvoering, personeel, ICT- en andere infrastructuur en vastgoed)	De rest van de zorgketen
1. Verkennend gesprek	Enerzijds zorgt het verkennend gesprek ervoor dat patiënten sneller op de juiste plek terechtkomen, wat de kwaliteit van hun zorgtraject aanzienlijk verbetert. Anderzijds biedt het verkennend gesprek ook de mogelijkheid om te ontdekken dat een behandeling soms niet nodig is. De persoonlijke benadering kan veel betekenen voor het welzijn van de patiënt. Hierdoor wordt niet alleen de zorgkwaliteit verhoogd, maar ook de tevredenheid en het vertrouwen van de patiënt in de zorgverlening versterkt.	Zorgaanbieders kunnen beter inspelen op de zorgvragen van de patiënten. Personeel wordt efficiënter en effectiever ingezet om patiënten te behandelen en ondersteunen.	Het verkennend gesprek binnen het Mentaal Gezondheidsnetwerk heeft een directe impact op de rest van de zorgketen omdat het vroegtijdig inzicht geeft in de zorgbehoeften van inwoners. Dit zorgt voor gerichte doorverwijzingen, waardoor cliënten sneller de juiste zorg krijgen en escalatie van zorgvragen wordt voorkomen
2. Overlegtafel	Complexe vraagstukken van patiënten worden vanuit een integrale manier behandeld om sneller tot de juiste oplossing te komen. Patiënt komt op de juiste plek terecht.	Zorgaanbieders weten elkaar sneller te vinden en zijn goed op de hoogte van de expertise/het aanbod van hun collega aanbieders. De overlegtafel versterkt de samenwerking en uitdagende casuïstiek wordt samen opgepakt om de algehele zorgkwaliteit te verbeteren.	De overlegtafel versterkt deze impact door als centraal platform te fungeren waar knelpunten snel worden gesignaleerd en opgelost, wat leidt tot betere coördinatie tussen zorgaanbieders en een naadloze overgang van cliënten tussen verschillende zorgaanbieders.
3. Transfermechanisme	Voorkomt crisis opnames van patiënten, omdat zij minder lang op de wachtlijst staan en eerder geholpen kunnen worden bij (indien relevant) andere zorgaanbieders.	Personeel van zorgaanbieders kan effectiever worden ingezet als wachtlijsten afnemen en patiënten sneller op een passende plek behandeld worden.	Het transfermechanisme speelt een essentiële rol in het efficiënt overdragen van cliënten binnen de keten, waardoor wachttijden verkorten en zorgonderbrekingen worden geminimaliseerd.

5.3 Beoogde impact van het MGN op inwoners, zorgaanbieders en rest van de zorgketen (2)

Het realiseren van een mentaal gezondheidsnetwerk is een impactvolle zorgtransformatie

Activiteiten	Impact op ...		
	Inwoners en patiënten (kwaliteit, veiligheid en toegankelijkheid van de zorg)	De betrokken zorgaanbieders (o.a. bedrijfsvoering, personeel, ICT- en andere infrastructuur en vastgoed)	De rest van de zorgketen
4. Herstelvoorzieningen	Het aanbod om te werken aan persoonlijk en maatschappelijk herstel is toegankelijker door een fysieke plek te organiseren waar de inwoner zonder indicatie naar toe kan. Door de inloopfunctie is het mogelijk direct ondersteuning te vinden bij een terugval of trigger.	Door de Herstelvoorziening, met kwalitatief goede groepsactiviteiten, kan men eerder en meer gedegen werken aan het persoonlijk en maatschappelijk herstel. Hierdoor kan instroom of terugval in de GGz worden voorkomen, of kan men eerder signaleren dat het mis gaat zodat de problematiek niet verergert.	Er is minder geïndiceerde ondersteuning nodig doordat er kwalitatief goed aanbod is als algemene voorziening. Door een plek te hebben waar inwoners terecht kunnen met lichte en zwaardere psychische problematiek, ziet de huisarts op den duur mogelijk minder patiënten met lichte psychische problematiek.
5. Domeinoverstijgende samenwerking voor mensen met EPA	Door als zorg- en ondersteuningsaanbieders samen de verantwoordelijkheid te nemen voor de ondersteuning aan een inwoner, valt een inwoner niet tussen wal en schip bij multiproblematiek óf heeft een inwoner niet 6 verschillende aanspreekpunten maar 1 die de regie pakt. Zo is de zorg beter gestroomlijnd en kan er sneller worden op- en afgeschaald.	Beter samenwerken voor mensen met EPA leidt ertoe dat er minder vergaderd wordt, de zorg beter op elkaar aansluit, de kwaliteit verhoogt en daarmee efficiënter gewerkt wordt.	Alle betrokken partijen ervaren een beter gestroomlijnd proces. De inwoner zelf, de zorgaanbieders maar ook het netwerk om de inwoner heen.
6. Informatievoorziening en inzicht in wachttijden	Verbeterd de transparantie en kan het vertrouwen van patiënten in de zorg verhogen door meer duidelijkheid over en inzicht in wachttijden en aanbod van de ggz.	Zorgaanbieders hebben inzicht in de wachttijden en het aanbod van andere zorgaanbieders, hierdoor kan samenwerking tussen zorgaanbieders verbeterd worden.	Informatievoorziening biedt binnen de ggz de mogelijkheid om capaciteit beter te beheren en de toegankelijkheid van zorg te verbeteren. Door tijdig tekorten te signaleren en aan te pakken, wordt voorkomen dat cliënten te lang wachten op zorg, wat de druk op de rest van de zorgketen verlaagt en de algehele zorgkwaliteit verhoogt.

5.4 Beoogde impact van het MGN op de regionale uitdagingen

Het mentaal gezondheidsnetwerk draagt bij aan de uitdagingen die spelen in de regio

Uitdagingen	Bijdrage MGN	Toelichting
Toename angst- en depressiestoornissen		Door de komst van het verkennend gesprek, de korte lijnen met sociaal domein en de herstelvoorzieningen, kunnen inwoners met angst- en depressiestoornissen sneller verder geholpen worden.
Hoog middelengebruik onder jongeren en volwassenen		Door tijdens het verkennend gesprek aandacht te besteden aan onderliggende problematiek kan het middelengebruik sneller opgelost worden. Daarnaast heeft het sociaal domein een signalerende functie en kan problematiek sneller aangekaart worden bij de zorg. Ook zijn herstelvoorzieningen hier op gericht.
Hoog aandeel eenzaamheid		Door de komst van het verkennend gesprek en herstelvoorziening, naast de bestaande buurtteams en welzijn op recept, kunnen inwoners die kampen met eenzaamheid eerder verder geholpen worden en bijvoorbeeld gekoppeld worden aan het sociaal domein.
Arbeidsmarktkrapte in zorg én ondersteuning		Door de activiteiten van het MGN krijgen inwoners sneller de juiste zorg op de juiste plek en neemt druk op ggz/huisartsen af. Mogelijk vindt er een toename plaats binnen het sociaal domein, daar wordt zoveel mogelijk ingezet op groepsactiviteiten en de herstelvoorzieningen om de druk laag te houden.
Lange wachttijden		Met behulp van informatievoorziening en het transfermechanisme kunnen personen op de wachtlijst gemakkelijker doorgezet worden naar andere zorgaanbieders met minder lange wachttijden
Meer dan halvering mantelzorgpotentieel		Door toeleiding naar de juiste (informele) voorziening in het sociaal domein, neemt de vraag naar mantelzorgers iets af en wordt de beschikbare mantelzorger verlicht.
Gebrek aan domeinoverstijgende samenwerking		In het MGN werken huisartsen, ggz en sociaal domein samen om zo snel mogelijk passende zorg op de juiste plek te kunnen realiseren. Het faciliterende digitaal platform maakt de samenwerking makkelijker.
Onvoldoende door- en uitstroom		Met de komst van het transfermechanisme en de overlegtafel wordt door- en uitstroom van patiënten gemakkelijker gerealiseerd. Herstelvoorzieningen zijn nieuwe algemene voorzieningen waar men naar kan 'uitstromen'.
Gemiddelde zorgkosten in 't Gooi voor specialistische ggz ligt hoger bij 20-65+ers t.o.v. landelijk gemiddelde		Door faciliteren van uitstroom uit specialistische ggz naar andere vormen van zorg zullen de gemiddelde zorgkosten per patiënt mogelijk omlaag gaan.
Het gebruik van ggz zorg in de regio Gooi neemt minder af dan landelijk		Met de komst van het de activiteiten binnen het mentaal gezondheidsnetwerk wordt verwacht dat het zorggebruik afneemt én een verschuiving plaats zal vinden van ggz naar sociaal domein.

5.5 Business case – Totstandkoming

Een maatschappelijke business case met draagvlak bij alle partijen

Doel business case

Het doel van de businesscase is om met de best mogelijke inschatting te duiden dat het transformatieplan ook vanuit financieel oogpunt een significant positief effect realiseert. Binnen het Nza verantwoordingskader wordt gesteld dat wanneer een sprake is van een terugverdientijd van maximaal vijf jaar, de benodigde transformatie-investering kan worden gelegitimeerd. Het is van belang om te benoemen dat de uitbetaling van transformatiemiddelen plaatsvindt op basis van het verrichten van inspanningen of behalen van inhoudelijke resultaten, niet zijnde het realiseren van een financiële besparing. Er is dus geen sprake van dat de financiële resultaten op basis van de businesscase in de toekomst gemonitord en getoetst worden. De businesscase kan daarmee gezien worden als een eenmalige exercitie om het financiële resultaat van het transformatieplan te duiden.

Algemene opmerkingen t.b.v. interpretatie business case

- Evaluatie periode: voor de besparingen in de businesscase wordt gekeken naar de situatie vanaf 2030, waarbij alle onderdelen volledig geïmplementeerd zijn en het maximale besparingspotentieel wordt benut;
- Tijdspad: op basis van de situatie in 2030 is teruggerekend welke kosten en baten er op welk moment in de tijd worden gerealiseerd;
- Peiljaar: de berekeningen zijn gebaseerd op het prijspeil van 2024;
- Scope: alle in het transformatieplan genoemde onderdelen zijn doorgerekend als onderdeel van de businesscase. Dit betreft het verkennend gesprek, de overlegtafel 2.0, het transfermechanisme, de samenwerking op de EPA doelgroep en de herstelinitiatieven. Voor ieder van de onderdelen is gekeken naar de financiële impact op de Zvw en het Sociaal Domein;
- Beginsituatie: de businesscase wordt doorgerekend aan de hand van de 'nulsituatie'. Hierbij wordt uitgegaan van de situatie in 2024. Deze situatie is gebaseerd op regionale cijfers uit het regiobeeld, aangevuld met ervaringsdata uit pilots en landelijke benchmarks.

5.5 Business case – Resultaat

Bij volledige implementatie van alle activiteiten uit het transformatieplan wordt een structureel positief resultaat van €4.1 miljoen behaald

Resultaat businesscase (bedragen x1.000)	2025	2026	2027	2028	2029	2030
Kosten (incidenteel en structureel)	€1.440	€2.810	€3.300	€2.300	€2.300	€2.300
Baten	€240	€2.100	€4.500	€6.500	€6.500	€6.500
Resultaat	(€1.200)	(€690)	€1.100	€4.100	€4.100	€4.100

Toelichting

Resultaat businesscase

Het resultaat van de businesscase is de optelsom van de incidentele kosten, de structurele kosten en de structurele baten. Op basis van alle aannames leidt de businesscase tot een structureel positief resultaat van €4.1 miljoen vanaf 2028. Hiermee is de businesscase positief.

Impact op zorgkloof

Bij volledige implementatie van alle onderdelen uit het transformatieplan wordt naast een positief financieel resultaat ook resultaat geboekt op het dichten van de zorgkloof. De totale financiële baten leiden tot het vrijspelen van 21 FTE in de ggz en 2 FTE in het sociaal domein.

5.5 Financiën – Aanvraag transformatiemiddelen (naar activiteit)

Voor het realiseren van de effecten uit de business case is een eenmalige investering van circa €6,9 miljoen aan transformatiemiddelen nodig

Aanvraag transformatiemiddelen (bedragen x1.000)*	2025	2026	2027
Verkennd Gesprek	€512	€995	€1.078
Overlegtafel 2.0 en Transfermechanisme	€182	€156	€73
Samenwerking EPA	€120	€320	€309
Herstelvoorzieningen	€193	€1.142	€1.451
Tranche 0	€379	€-	€-
Totaal*	€1.385	€2.614	€2.913

Toelichting

Voor het realiseren van alle activiteiten zoals opgenomen in het transformatieplan worden transformatiemiddelen aangevraagd (IZA en SPUK-T). De IZA-middelen worden gebruikt voor incidentele kosten ten behoeve van de transformatie. De SPUK-T-middelen zijn ook inzetbaar voor het financieren van de uitvoering. Op basis van de aannames van de werkgroep leidt dit tot een totaal aan te vragen transformatiebudget van €6,9 miljoen voor de periode medio 2025 t/m 2027. Om te voorkomen dat er nu initiatieven worden opgetuigd waar geen structurele financiering voor is wordt er aandacht gevraagd voor het omzetten van de SPUK-T onderdelen uit het plan naar structurele financiering.

* Op verzoek van Zilveren Kruis zijn de centrale programmaonderdelen verdisconteerd in de activiteiten

5.5 Financiën – Aanvraag transformatiemiddelen (naar domein)

De transformatiemiddelen zijn verdeeld naar de drie domeinen: 24,3% voor de ggz, 13,5% voor de huisartsenzorg en 62,2% voor het SD

Aanvraag transformatiemiddelen (bedragen x1.000)*	2025**	2026	2027
GGZ	€559	€725	€393
Huisartsenzorg	€312	€321	€302
Sociaal domein	€513	€1.568	€2.218
Totaal	€1.385	€2.614	€2.921

Toelichting
 Het aan te vragen transformatiebudget is verdeeld over de drie domeinen. 24,3% van de middelen zijn voor de ggz, 13,5% voor de huisartsenzorg en 62,2% voor het sociaal domein.

* Op verzoek van Zilveren Kruis zijn de centrale programmaonderdelen verdisconteerd in de activiteiten

5.6 Financiering

Directe financiering per partij

In de businesscase is per betrokken domein weergegeven welke uitgaven nodig zijn om de realisatie van deze transformatie tot een succes te maken. Wij kiezen er daarom voor om de transformatiemiddelen aan de desbetreffende uitvoerder uit te keren. Bij de start van de realisatie van het transformatie willen wij de verdeling naar de betrokken aanbieders per domein maken. Hier is ruimte voor omdat voor de eerste fase van de realisatie het wel al duidelijk is welke partij welke inspanning levert en dit aansluit op de voorgestelde inspanningsindicatoren. Daarmee richten wij geen kassiersfunctie in.

Liquiditeit

Conform de landelijke IZA-richtlijnen is het mogelijk om een deel van de transformatiemiddelen in de uitbetaling naar voren te halen. Dit heeft als doel om enige liquiditeitsrisico's bij organisaties te vereffenen. In het uitbetalingsschema van de KPI's per kwartaal (zie bijlage 02 tabblad 9) is 10% van de uitbetaling van de transformatiemiddelen naar voren gehaald (exclusief tranche 0). In het uitbetalingsschema van de transformatiemiddelen is deze voorfinanciering transparant gemaakt.

Staatssteunanalyse

Het tijdelijke rijksbudget SPUK-IZA 24 wordt verstrekt aan gemeenten en aan reeds door gemeenten gesubsidieerde en gecontracteerde organisaties voor de extra inspanningen zoals die zijn voorzien in dit transformatieplan. De gemeenten hebben getoetst dat de inzet van SPUK-transformatiemiddelen voor deze extra inspanningen van de betreffende partijen voldoen aan de eisen die de betreffende SPUK stelt aan staatssteun.

Ook is er geen sprake van dubbele financiering.

Structurele financiering sociaal domein

Gedurende de looptijd van het Transformatieplan MGN wordt structurele inzet van gemeenten en professionals in het sociaal domein bekostigd vanuit Transformatiemiddelen. Gemeenten spreken de intentie uit deze structurele inzet ook na afloop van het plan te financieren. De structurele financiering is echter wel afhankelijk van het behalen van een positieve businesscase in dit plan en van landelijke afspraken tussen gemeenten en Rijk. Na afloop van de periode van het transformatieplan wordt door gemeenten gezien in hoeverre de gewenste capaciteit kan worden geleverd vanuit de dan beschikbare gemeentelijke middelen uit het gemeentefonds c.q. een mogelijk (voortgaande) specifieke uitkering

Overige uitgangspunten:

- Waar mogelijk en in de zorginkoopafspraken gerealiseerd, zullen we gebruik maken van zorgdeclaraties t.b.v. verkennend gesprek. Naar verwachting zal dit per 1 januari 2026 georganiseerd zijn
- Het programmamanagement is gedelegeerd aan GGz Centraal

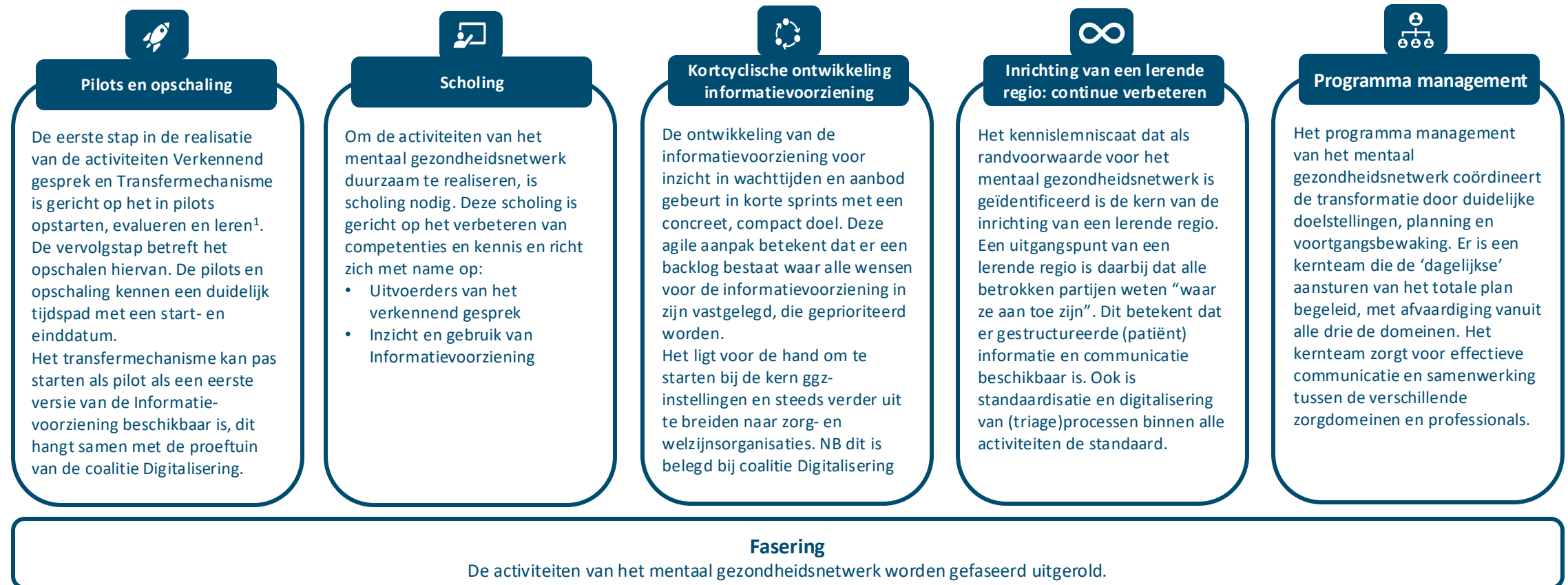
6. Aanpak

Welke aanpak wordt gehanteerd om het Mentaal Gezondheidsnetwerk te realiseren?



Aanpak realisatie mentaal gezondheidsnetwerk

Een succesvolle implementatie van het mentaal gezondheidsnetwerk vóór eind 2027 vraagt, naast een positieve business case en impact en een goede governance voor draagvlak en besluitvorming, om een gefaseerde en passende aanpak. De activiteiten van het mentaal gezondheidsnetwerk vragen om verschillende uitwerkingen van de aanpak. In onderstaand overzicht zijn de kenmerken hiervan opgenomen.



1. Doordat we in de aanpak werken met pilots en hier de tijd voor nemen is het voor deelnemers duidelijk dat het soms extra inspanning vraagt en niet alles in 1 keer goed gaat. Met elkaar leren we en ontdekken we wat werkt en hierdoor blijft de energie.



6.1 Aanpak verkennend gesprek | Pilot

De pilot van het verkennend gesprek is bedoeld om te onderzoeken hoe inwoners met een hulpvraag zo effectief mogelijk naar de juiste ondersteuning kunnen worden begeleid. Inmiddels is gestart met de uitvoering van de pilot. De pilot richt zich op drie uitgangspunten: doelgroep, proces en effect. Deze uitgangspunten vormen ook het kader voor monitoring en evaluatie gedurende de pilotfase. Door op deze drie aspecten concreet inzicht te verzamelen, kunnen we bepalen of de huidige methode en invulling van het verkennend gesprek effectief is en waar verdere optimalisatie nodig is.

In de pilot is het uitgangspunt dat ieder gespreksduo minimaal één gesprek per week voert. Deze pilot loopt tot oktober 2025. De snelheid van opschaling is afhankelijk van de planning van de proeftuin van de coalitie digitalisering. Beoogt wordt in Q2 2026 breed op te schalen.

Doelgroep	Proces	Effect	Huidige status
De pilot moet aantonen of de omschreven doelgroep specifiek genoeg is voor huisartsen om inwoners effectief en gericht door te kunnen verwijzen naar het verkennend gesprek.	Binnen het proces wordt onderzocht welke samenstelling van professionals het meest waardevol is. Hierbij wordt gekeken naar welke toegevoegde waarde elke professional biedt binnen het verkennend gesprek. Tijdens de pilot wordt ook onderzocht welk mandaat elke gespreksvoerder heeft t.a.v. verwijzingen (en landelijke ontwikkelingen worden hierin opgevolgd). Daarnaast wordt geïnventariseerd welke praktische problemen zich voordoen bij de inrichting van het proces en hoe deze op regionaal niveau het beste kunnen worden ondersteund.	Op het niveau van effectiviteit wordt gemeten of inwoners het verkennend gesprek positief waarderen en of dit gesprek leidt tot passende doorverwijzingen. Er wordt gekeken naar welk type aanbod voornamelijk wordt doorverwezen naar het sociaal domein en of het huidige aanbod binnen het sociaal domein voldoende aansluit om te ondersteunen bij de hulpvraag van de inwoner.	De pilot van het verkennend gesprek is gestart op 1 mei 2024. Hierin zijn tot nu toe de volgende stappen ondernomen: ▪ In de gemeente Hilversum is sinds september gestart met het voeren van verkennend gesprekken; ▪ In november is ook de eerste pilot gestart met een eerstelijnspsycholoog als ggz professional; ▪ In de pilot is eerst gebruik gemaakt van de 4 herstellvragen van Jim van Os en is overgestapt naar de methode van positieve gezondheid; ▪ Per november is Stichting Mee gestart met het voeren van gesprekken vanuit de gemeente Hilversum en Bussum. In november zijn in Hilversum de eerste gesprekken gevoerd en in gemeente Gooise Meren zijn de eerste gesprekken in februari gevoerd.

6.1 Aanpak verkennend gesprek | Pilot

Tussentijdse bevindingen

Normaliseren van de zorg-/hulpvraag

Een van de belangrijkste bevindingen van de pilot is dat het voeren van het verkennend gesprek op zichzelf al een positieve uitwerking kan hebben. In sommige gevallen blijkt dat het gesprek voldoende is om de hulpvraag van de inwoner te normaliseren en de inwoner zelfstandig verder kan, zonder doorverwijzing naar de ggz of sociaal domein.

Tijdsinvestering

Op dit moment wordt per verkennend gesprek drie uur gereserveerd: 1 uur voorbereiding, 1 uur gesprek en 1 uur uitwerking.

Naar verwachting zal de benodigde tijdsinvestering na de pilotfase afnemen tot 2,25 uur voor zorgverleners vanuit de Zvw en 2,5 uur voor sociaal domein¹, omdat zorgverleners niet meer actief hoeven te zoeken naar geschikte inwoners en zelf bekender zullen zijn met het proces van het verkennend gesprek (o.a. door scholing).

Vindplaats

Tijdens de pilot is gebleken dat het verkennend gesprek op een fysieke locatie op grote schaal niet haalbaar is. Dit inzicht wordt meegenomen bij de verdere implementatie. De voordelen hiervan zijn met name de tijdsbesparing voor zowel zorgverlener als inwoner, vergroten van de toegankelijkheid en schaalbaarheid.

Monitoring en evaluatie

Monitoring aan de hand van het feedbackformulier

Een aantal algemene zaken worden via een feedbackformulier gemonitord, waaronder:

- Hoe vaak het verkennend gesprek gevoerd is gedurende de pilot periode
- Waar de inwoner ná het verkennend gesprek naartoe verwezen wordt (ggz, welke organisaties/plekken binnen het sociaal domein/ overige hulp of geen hulp)
- Vanuit de rapportage van Stichting Mee wordt het effect op korte termijn gemonitord waaruit opgenomen is wat de vervolgstappen zijn na de ondersteuning van Stichting Mee
- *Effect op lange termijn*: in welke mate komen inwoners op korte termijn (+/- na 6 maanden) weer terug bij de huisarts met vergelijkbare problematiek?

Evaluatiebijeenkomsten

Er zullen regelmatig evaluatiebijeenkomsten georganiseerd worden voor de gespreksvoerders van het verkennend gesprek. Hier worden de feedback, resultaten en toekomstbestendige invulling van het verkennend gesprek besproken.

Opschaling en inbedding bij huisartsen

Focus op communicatie

Een groep van de coalitie mentale gezondheid gaat aan de slag met een communicatieplan rondom het MGN en opschaling en inbedding van het verkennend gesprek. Informatie zal samen met de communicatieafdeling van de RHOGO zo veel mogelijk geïntegreerd worden in bestaande communicatiemomenten en structuren met huisartsen (nieuwsbrief, bijeenkomsten op wijk-/regioniveau, praktijkmanagers).

Ook binnen Gezond Gooi is er een communicatie tak waarmee we als MGN afstemming zullen moeten zoeken om te voorkomen dat we professionals te veel tegelijkertijd sturen/hen bevragen.

1. Op basis van 1 uur gesprek, 1 uur uitwerking en 15 min voorbereiding voor betrokkenen uit Zvw en een extra 15 minuten voor het sociaal domein om de lijnen binnen het sociaal domein goed uit te zetten als er een verwijzing is naar het sociaal domein

6.1 Aanpak verkennend gesprek | Scholing

Het verkennend gesprek is een belangrijke activiteit van het Mentaal Gezondheidsnetwerk. Om dit goed uit te kunnen voeren is scholing op verschillende niveaus en manieren noodzakelijk. Zo wordt onderscheid gemaakt tussen alle betrokken partijen van het mentaal gezondheidsnetwerk en de gespreksvoerders van het verkennend gesprek.

De betrokken partijen worden geïnformeerd over het verkennend gesprek door middel onderstaande activiteiten:

- Er wordt via een webpagina informatie gedeeld over het doel van het verkennend gesprek, de werkwijze en het proces (o.a. rondom aanmelden van patiënten)
- Er worden regelmatig nieuwsbrieven opgesteld over het verkennend gesprek met relevante updates en succesverhalen.
- Er wordt een webinar georganiseerd om verdere toelichting te kunnen geven over het verkennend gesprek.

Het scholingsprogramma voor de gespreksvoerders wordt uitgebreider opgezet om te borgen dat het verkennend gesprek door alle gespreksvoerders aan de hand van dezelfde en juiste methode gevoerd wordt. In totaal worden 40 mensen geschoold, vanuit twee domeinen.

Op basis van de resultaten kan regelmatig gemonitord worden in hoeverre de inwoners tevreden zijn over de verkennende gesprekken en kan worden bijgestuurd waar nodig.

Onderstaande activiteiten zijn enkel bedoeld voor de daadwerkelijke gespreksvoerders van het verkennend gesprek

Training

Er wordt een training georganiseerd waar alle gespreksvoerders worden opgeleid om het verkennend gesprek op de juiste manier te kunnen voeren. Hierbij wordt expliciet aandacht besteed aan herstelgerichtheid, positieve gezondheid, vraaggericht werken en het gezamenlijk opstellen van een plan van aanpak. Rond het thema positieve gezondheid is afstemming met de coalitie “Gezond leven en preventie” en het transformatieplan “Van klacht naar kracht”. De gespreksvoerders kunnen via de Gezond Gooi Academie gebruik maken van onlinetrainingen en e-learnings over positieve gezondheid. Andere trainingen rondom het verkennend gesprek worden verzorgd door het mentaal gezondheidsnetwerk waarbij digitale trainingen wel geplaatst kunnen worden op de Gezond Gooi Academie.

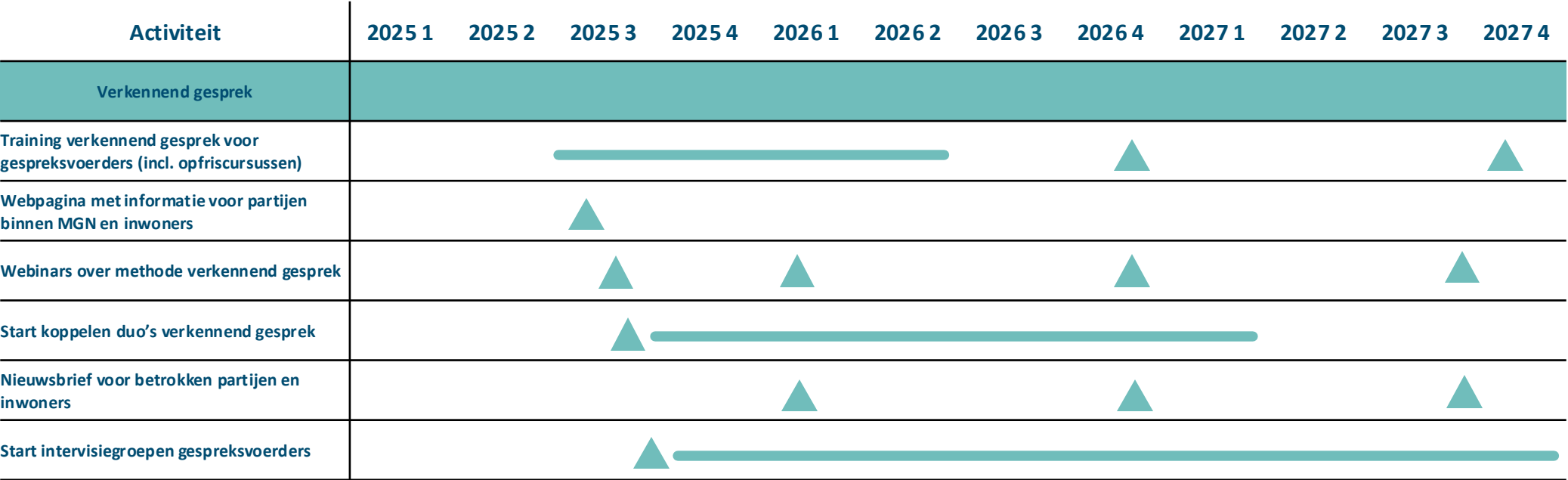
Praktijk: train-de-trainer

Middels het train de trainer principe worden in de praktijk koppels gevormd. Hierbij wordt een professional met ervaring van het verkennend gesprek gekoppeld aan een professional zonder ervaring. Dit koppel voert samen het verkennend gesprek. Dit proces wordt voortgezet totdat alle gespreksvoerders voldoende begrip hebben van het verkennend gesprek en deze zelfstandig uit kunnen voeren.

Intervisie

Om het lerend netwerk te faciliteren worden intervisie groepen ingezet. Op deze manier kunnen knelpunten en ervaringen regelmatig uitgewisseld worden.

6.1 Aanpak verkennend gesprek | Fasering scholing





6.2 Aanpak overlegtafel

De overlegtafel in de regio is inmiddels een jaar actief, maar we streven naar een overlegtafel 2.0 – een verbeterde en effectievere versie. Dit betekent dat meer partijen moeten aansluiten om de slagkracht te vergroten zodat meer casussen behandeld kunnen worden, en dat de focus wordt verbreed van alleen instroom via huisartsen naar ook casuïstiek vanuit de ggz, om door- en uitstroom te stimuleren. Samen leren en knelpunten signaleren wordt een belangrijk onderdeel van deze aanpak. De projectleider van het Mentaal Gezondheidsnetwerk neemt hierin het voortouw, en het rouleren van het voorzitterschap tussen partijen is essentieel om eigenaarschap bij alle betrokkenen te waarborgen.

Bekendheid regio

Het vergroten van de bekendheid van de overlegtafel in de regio versterkt de integrale samenwerking tussen partijen binnen het netwerk. Door duidelijk te communiceren wat het netwerk biedt, bereiken we meer zorgaanbieders, waardoor signalen sneller kunnen worden opgepakt en zorg efficiënter wordt ingezet.

Focus op in- en uitstroom

Een goede doorstroom tussen specialistische en basiszorg is essentieel voor effectieve zorg. Dit vraagt om nauwe samenwerking binnen de ggz, waarbij partijen zowel casuïstiek aanleveren als oplossingen delen. Zo zorgen we ervoor dat cliënten op het juiste moment op de juiste plek terechtkomen en niet onnodig lang gebruik maken van de (specialistische) ggz.

Leren

Het netwerk is een lerende organisatie waarin partijen samen knelpunten signaleren en kennis delen. Door van elkaar te leren en patronen te herkennen, voorkomen we herhaling van dezelfde casussen en verbeteren we continu de zorg en ondersteuning.

Vervolgstappen

Om de overlegtafel 2.0 te realiseren worden de volgende stappen gezet:

- **Uitbreiden deelnemers en tijd:** actief benaderen van (o-)ggz-partijen en huisartspraktijken in de regio (ism werkgroep communicatie en marketing), zodat meer tijd beschikbaar is voor overlegtafels en daardoor kunnen meer casussen besproken worden.
- **Procesoptimalisatie:** inrichten duidelijk proces van de overlegtafel, inclusief data- en casusuitwisseling
- **Transfertaal:** het transfermechanisme wordt eens per maand ingezet op de overlegtafel, ook wel de 'transfertaal' genoemd.



6.3 Aanpak transfermechanisme

Om het transfermechanisme effectief en duurzaam in te bedden binnen het mentaal gezondheidsnetwerk, is gekozen voor een stapsgewijze aanpak. Deze aanpak sluit aan op de landelijke richtlijnen en maakt gebruik van bestaande overlegstructuren, zoals geadviseerd in de landelijke richtlijnen mentaal gezondheidsnetwerk. Hieronder zijn de vier hoofdonderdelen van deze werkwijze te vinden.

Vorbereiding en inbedding in bestaande structuur

Het transfermechanisme staat maandelijks centraal: één keer per maand is de overlegtafel volledig gewijd aan (potentiële) transfers binnen de GGZ. Dit moment krijgt de naam ‘Transfertafel’ en is bedoeld om complexe overdrachten in gezamenlijkheid op te pakken. De partners starten met het inventariseren van knelpunten rondom transfers binnen het netwerk.

Aanmelding en selectie casussen

Partners kunnen voorafgaand aan de Transfertafel casussen aanmelden over plaatsing van patiëntgroepen, met een maximum van 4 per keer. Casussen worden geselecteerd op relevantie en urgentie. Casussen die niet direct besproken kunnen worden, worden indien mogelijk doorgeschoven naar de volgende Transfertafel. Spoedcasussen kunnen tussentijds worden opgepakt of overgebracht naar de reguliere overlegtafel van de daaropvolgende week.

De transfertafel

Tijdens de Transfertafel (duur: 30 of 60 minuten, net als de reguliere overlegtafel) worden maximaal vier casussen besproken. De inbrenger licht de situatie kort toe, waarna gezamenlijk wordt afgestemd wat nodig is en wie wat oppakt. Afspraken worden duidelijk vastgelegd. Het voorzitterschap rouleert, net als bij de reguliere overlegtafel.

Borging en evaluatie

Na de Transfertafel worden de gemaakte afspraken kort vastgelegd en gedeeld met de betrokken partners. De casusinbrenger is verantwoordelijk voor het monitoren van de voortgang. De programmamanager houdt overzicht op openstaande acties en signaleert knelpunten waar nodig. De transfertafel wordt geëvalueerd en als blijkt dat het niet voldoende functioneert, kan gekozen worden voor centrale coördinatie van verwijzingen aan de voorkant van het proces.



6.4 Aanpak herstelvoorzieningen

Om twee herstelvoorzieningen te kunnen implementeren in de regio's wordt in de aanpak onderscheid gemaakt tussen een aantal deelprojecten. Deze deelprojecten worden voor beide herstelvoorzieningen op dezelfde wijze opgepakt, waarbij de focus in 2025 eerst op het openen van de eerste herstelvoorziening ligt. Voor de ondersteuning, aansturing en uitvoering zijn voor de deelprojecten werkgroepleden toegewezen aan deze deelprojecten.

- Locatie
- Bemensing
- Financiering
- Governance en organisatie

Locatie

De herstelvoorzieningen hebben een eigen locatie nodig om te kunnen bestaan. Daarbij gaat het niet alleen om het hebben van een plek, maar juist ook over de faciliteiten die beschikbaar zijn. De uitgangspunten hierbij zijn:

- Goede bereikbaarheid, binnen een 'bewoond' gebied
- Veilige omgeving
- Het gebouw is rolstoeltoegankelijk
- Er zijn verschillende ruimtes beschikbaar voor de activiteiten

Er is nog niet besloten in welke gemeenten de herstelvoorzieningen komen.

Bemensing

Het doel is om een programma aan te bieden dat wordt gedragen door de gemeenschap, met inbreng van deelnemers, vrijwilligers, stagiaires en ervaringsdeskundigen. Dit team wordt aangestuurd door de inhoudelijk coördinator. De inhoudelijk coördinator is de spil van de voorziening en zelf ook ervaringsdeskundige. Daarnaast zet de coördinator de herstelvoorziening op, creëert een veilige en uitnodigende sfeer en legt een stevige basis.

Financiering

Het realiseren van de financiering wordt in twee fasen uitgewerkt: eerst wordt incidentele financiering georganiseerd voor de opstart in 2025, 2026 en 2027 (zie business case op p.39) en vervolgens (in Q4 2025) wordt een plan opgesteld voor structurele financiering vanaf 2028.

Governance en organisatie

Om de herstelvoorziening goed te kunnen organiseren, wordt een stichting opgericht. Vervolgens zullen de organisatie en het beleid verder ontwikkeld worden.

6.5 Aanpak EPA

De aanpak voor de samenwerking rondom de EPA-doelgroep in regio 't Gooi wordt gefaseerd uitgewerkt in vier stappen:

1. Inventarisatie en voorbereiding (oktober – december 2024)

In deze fase wordt de huidige stand van zaken per organisatie in kaart gebracht via interviews en documentanalyse. Ook wordt de projectstructuur ingericht en komt de werkgroep regelmatig bijeen. Doel is om gezamenlijk het startpunt vast te stellen.

2. Uitwerking business case en gedeeld beeld (januari – maart 2025)

In deze fase werken we toe naar een gezamenlijk gedragen definitie van de EPA-doelgroep. Er wordt een maatschappelijke businesscase uitgewerkt met inzicht in knelpunten, het cliëntperspectief en verbeterpotentieel. Inbreng van professionals en ervaringsdeskundigen speelt hierin een belangrijke rol.

3. Ontwerp Gooise EPA-aanpak (vanaf april 2025)

Op basis van de inzichten uit de eerste twee fasen wordt een samenhangende en regionaal passende aanpak ontworpen. Op dit moment bevindt de Gooise EPA-aanpak zich nog in de inventariserende fase ten aanzien van de meest passende oplossingsrichting. Binnen de werkgroep én binnen de betrokken organisaties worden hierover momenteel verkennende gesprekken gevoerd. Er is op dit moment dan ook nog geen definitieve keuze gemaakt tussen de inrichting als één team of een andere vorm van samenwerking.

4. Implementatie in alle gemeenten

De inzet is om de aanpak direct breed in de regio uit te rollen. Dit vraagt om zorgvuldig voorbereidend werk in eerdere fasen, met voldoende draagvlak en afgestemde randvoorwaarden. De implementatie richt zich op structurele inbedding in beleid en praktijk

6.6 Aanpak informatievoorziening | Kortcyclische ontwikkeling

Om het inzicht in wachttijden en aanbod binnen de ggz te optimaliseren, werken we iteratief in korte ontwikkelcycli (ook wel sprints). Deze aanpak stelt ons in staat om tijdens de pilot snel te testen, feedback te verzamelen en verbeteringen door te voeren vóórdat wordt opgeschaald naar de hele regio. Een focusgroep, bestaande uit een aantal 'kern' ggz instellingen binnen het netwerk, speelt een centrale rol in dit proces. Zij denken mee, testen het platform in de praktijk en zorgen dat het eindproduct optimaal aansluit bij de behoeften. Ook is er een rol voor de gemeente en sociaal domein. Het is nodig om de landelijke ontwikkelingen in dit kader een plek te geven.

Het proces ziet er als volgt uit:

Backlog opstellen (Q3-Q4 2025): in de backlog worden alle wensen, ideeën en eisen verzameld. Dit omvat basisfunctionaliteiten, waar in de eerste cycli op gefocust zal worden, maar wordt uiteindelijk aangevuld met prettige extra's – bijvoorbeeld om het platform visueel aantrekkelijker te maken.

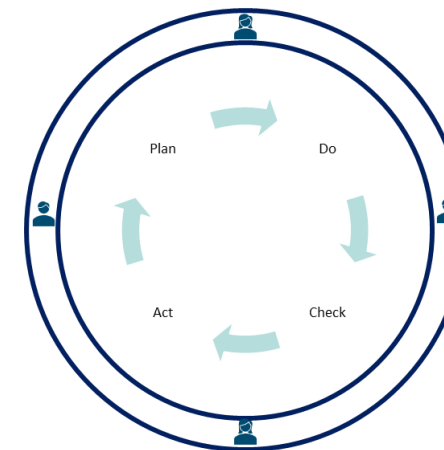
Plan: voor elke sprint wordt een deel van de backlog geselecteerd dat binnen korte tijd (3 weken) kan worden ontwikkeld en getest.

Do: tijdens de sprint wordt een functionele en testbare versie van de gekozen functionaliteiten ontwikkeld.

Check: de focusgroep test de nieuwe functionaliteit en geeft feedback op zowel technische aspecten (werkt het zoals verwacht?) als praktische toepasbaarheid (sluit het aan bij de behoeften?)

Act: de feedback van de focusgroep wordt verwerkt. Waar nodig en mogelijk worden verbeteringen direct doorgevoerd en nieuwe inzichten worden toegevoegd aan de backlog.

Dit proces van sprints wordt herhaald totdat het platform volledig is getest, geoptimaliseerd en voldoet aan de behoeften van de focusgroep. Pas daarna wordt het platform als een solide basis opgeschaald naar de hele regio, zodat het breed inzetbaar is en maximale impact heeft.



Backlog

Hier komen alle wensen, ideeën en functionaliteiten die ontwikkeld moeten worden. De backlog wordt waar nodig aangevuld en aangepast op basis van de feedback en prioriteiten.

Bijvoorbeeld:

1. Basisinformatie wachttijden
2. Zoekfilters toevoegen
3. Dashboard ontwerp

Deze ontwikkeling sluit aan op activiteiten van de coalitie “Digitalisering” en is daarmee onderdeel van de proeftuinen (pilots) van digitalisering. De proeftuinen starten in Q4 2025. Vanaf Q2 2026 kan er bij positieve bevindingen in de proeftuinen regionaal opgeschaald worden. Dit sluit goed aan bij de planning van de Coalitie Mentale Gezondheid. Het genoemde proces wordt samen met de coalitie uitgevoerd. De kosten en baten van de informatievoorziening zijn opgenomen in de coalitie digitalisering en haar transformatieplan. De uren van de professionals die deelnemen aan de proeftuinen worden in het plan van Mentale Gezondheid opgenomen bij de kosten in de businesscase

6.6 Aanpak informatievoorziening | Scholing

Het digitale dashboard met inzicht in wachttijden en aanbod in de ggz gaat een cruciale rol spelen in het terugdringen van de lange wachttijden en het gebrek aan inzicht in beschikbare zorgopties in de regio. Het succes van het dashboard hangt uiteraard samen met het juiste gebruik hiervan. Om de impact te maximaliseren en zorgverleners in staat te stellen het dashboard effectief te gebruiken, is scholing van essentieel belang.

In het scholingsprogramma dat wordt opgepakt vanuit de coalitie Digitalisering wordt rekening gehouden met verschillende kennisniveaus en technische vaardigheden van zorgverleners. Het programma wordt gefaseerd uitgerold, zodat zorgverleners in verschillende stadia kunnen instappen, afhankelijk van hun specifieke behoeften en de implementatiefase van het dashboard. Daarnaast wordt door middel van verschillende activiteiten gezorgd voor de borging van kennis en vaardigheden.

Deze scholing zorgt voor een uniforme werkwijze en draagt bij aan verbeterde samenwerking in de regio.

Het scholingsprogramma

Het scholingsprogramma wordt gecreëerd om te zorgen voor de juiste adoptie van het informatievoorziening dashboard. Zorgverleners zullen kennis maken met het dashboard en oefenen met het gebruik. Er worden duidelijke afspraken gemaakt over het gebruik en het updaten van de informatie.

Uitvoering

Er wordt gestart met een aantal kick-off sessies waarin het dashboard wordt geïntroduceerd. Bij deze bijeenkomst zijn per betrokken organisatie een aantal afgevaardigden/projectmanagers aanwezig. Na afloop van de kick-off worden de projectmanagers getraind in het gebruik en zij zullen volgens het train-de-trainer principe hun collega's trainen. Ter ondersteuning worden demovideo's gedeeld in de regio.

Borging en evaluatie

Om het gebruik van het dashboard te ondersteunen, worden periodieke Q&A-momenten georganiseerd waar gebruikers terechtkunnen met vragen bij de projectmanagers. Daarnaast worden feedbacksessies en enquêtes ingezet om de gebruiksvriendelijkheid en effectiviteit van het dashboard te evalueren. De input uit deze sessies wordt gebruikt om het dashboard continu te verbeteren en beter aan te sluiten op de behoeften van de gebruikers.

Scholing wordt samen met de coalitie Digitalisering opgepakt.

6.7 Inrichting van een lerende regio

Het doel is om het mentaal gezondheidsnetwerk te transformeren tot een netwerk waarin de verschillende domeinen en zorgprofessionals continu van en met elkaar leren, kennis delen en gezamenlijk verbeteren. Dit is niet alleen noodzakelijk voor het verbeteren van de kwaliteit, effectiviteit en toegankelijkheid van de zorg, maar het vraagt ook om een bredere benadering. Het is essentieel dat er niet enkel gefocust wordt op de activiteiten binnen het netwerk zelf, maar dat er geïnvesteerd wordt in het creëren van een lerende organisatie die de samenwerking tussen de verschillende domeinen ondersteunt. Alleen door deze samenwerking te versterken en kennis over domeinen heen te laten stromen, kan het netwerk zich blijven ontwikkelen en inspelen op de veranderende zorgbehoeften, zodat de zorg op lange termijn blijft verbeteren.

Cultuur van samenwerking

Een lerend netwerk begint met een gedeelde visie en een cultuur waarin openheid, vertrouwen en samenwerking centraal staan. Om dit te kunnen realiseren worden bijeenkomsten georganiseerd waar deze gezamenlijke doelstellingen en missie worden vastgesteld.

Kennis en ervaringen delen

Het delen van kennis en ervaringen tussen professionals vormt een belangrijke pijler in het netwerk. Dit geldt niet alleen voor specifieke activiteiten die tot het mentaal gezondheidsnetwerk behoren, maar ook voor praktische en dagelijkse kwesties. Door te investeren in de samenwerking en frequente contactmomenten, wordt het delen van deze ervaringen en kennis laagdrempelig gemaakt.

Innovatie

Om effectief te blijven, moet het netwerk zich voortdurend kunnen aanpassen aan de veranderende behoeften in de regio. Om dit te bereiken, worden er duidelijke afspraken gemaakt over hoe innovaties getest, geëvalueerd en opgeschaald worden binnen het netwerk. Een cruciaal aspect in dit geheel is de flexibiliteit van zorgprofessionals om snel in te kunnen spelen op nieuwe regionale uitdagingen.

Digitalisering

Digitalisering speelt een sleutelrol in het ondersteunen van kennisdeling, samenwerking en (data gedreven) verbetering. Een simpele manier om het lerend netwerk te ondersteunen is door het opzetten van een digitale omgeving waar gemakkelijk tussen zorg- en welzijnsprofessionals gecommuniceerd kan worden.

6.8 Programmamanagement

Bij de implementatie van het mentaal gezondheidsnetwerk speelt programmamanagement een essentiële rol. Het programmamanagement team zorgt ervoor dat de transformatie effectief verloopt, met de juiste afstemming van alle betrokkenen en een duidelijke focus op de gewenste resultaten.

Planning en voortgang

Het programmamanagement team zorgt voor de gedetailleerde planning van de transformatie op basis van de fasering en monitort de voortgang van het programma over de verschillende werkgroepen. Programmamanagement houdt de mijlpalen bij en schakelt met de zorgverzekeraar over de uitbetaling van de transformatiemiddelen.

Communicatie

Programmamanagement is verantwoordelijk voor de interne en externe communicatie van het mentaal gezondheidsnetwerk. Hiervoor wordt nauw samengewerkt met de werkgroep marketing en communicatie Gezond Gooi. Gezamenlijk wordt een communicatiestrategie en -plan opgesteld.

Samenwerking tussen domeinen

Het programmamanagement speelt een belangrijke rol in het bevorderen van samenwerking tussen de verschillende domeinen. Het team waarborgt dat kennis gedeeld wordt en werkgroepen gezamenlijk werken aan de transformatiedoelen. Daarnaast zorgt het team ervoor dat eventuele barrières tussen domeinen tijdig worden geïdentificeerd en opgelost.

7. KPI's, monitoring en bijsturing

Op welke manier wordt voortgang gemonitord en bijgestuurd waar nodig?



7.1 KPI's

De uitbetaling van de middelen vindt plaats op basis van het behalen van op voorhand vastgestelde KPI's, 70% is gekoppeld aan inspanning, 30% aan resultaat

Uitbetaling transformatiemiddelen op basis van behalen KPI's

De uitbetaling van de transformatiemiddelen vindt plaats door het behalen van op voorhand vastgestelde KPI's. Om ervoor te zorgen dat partijen zo spoedig als mogelijk de transformatiemiddelen ontvangen is ervoor gekozen om de activiteiten onder te verdelen in een aantal fases. Per fase wordt per kwartaal gemonitord en gerapporteerd over de voortgang op de KPI. Op hoofdlijnen kennen al deze activiteiten een drietal fases:

- **Ontwikkeling:** het ontwikkelen en vaststellen van een regionale werkwijze voor deze specifieke activiteit, inclusief het maken van een voorstel voor evaluatie en doorontwikkeling
- **Invoering:** het invoeren van de werkwijze bij alle relevante organisaties, professionals en/of systemen
- **Uitvoering:** het uitvoeren van aan de activiteit gerelateerde werkzaamheden in het primaire proces en/of structurele kosten voor de realisatie van onderdelen van het plan die gedekt worden door het sociaal domein.

Per activiteit per fase, per kwartaal is een KPI opgesteld.

Goedkeuring van het transformatieplan

De eerste KPI is de goedkeuring van het transformatieplan. Hiermee vallen de middelen vrij die de deelnemende partijen gedurende het proces van de totstandkoming van het plan hebben geïnvesteerd. Dit geldt voor zowel kosten voor eigen personeel, als externe inzet van project- en programmaleiding.

Inspannings-KPI's

Per inhoudelijke activiteit uit het plan (Verkennd Gesprek, Overlegtafel 2.0 en transfermechanisme, Samenwerking EPA en Herstelinitiatieven) is gedurende de looptijd van het plan (2025-2027) uitgewerkt wanneer de KPI's voor ontwikkeling, invoering en uitvoering zijn behaald. 70% van de middelen is gekoppeld aan het behalen van deze inspannings-KPI's

Resultaat-KPI's

De resultaat-KPI's zijn overkoepelende resultaten van het plan. Dit zijn het aantal verkennende gesprekken dat plaatsvindt, het verwijsgedrag richting het sociaal domein na verkennend gesprek, het verminderen van de instroom in de sggz en het verhogen van het percentage wachtenden voor een behandeling dat voldoet aan de treeknorm. 30% van de middelen is gekoppeld aan deze resultaat-KPI's

7.2 Fasering | KPI's (1 / 2)

In onderstaand overzicht is de planning weergegeven voor de ontwikkeling, invoering en uitvoering van de activiteiten van het MGN. Deze inspanningen zijn allen gekoppeld aan inspannings-KPI's met bijbehorende meetmomenten. In de meegestuurdte bijlage 02 zijn de KPI's conform het definitieve mijlpalenformat weergegeven, inclusief streefdeadline, SMART omschrijving, bewijslast en gekoppelde bedragen. Daar zijn ook voor de aangegeven meet-momenten percentages gegeven van de voortgang van realisatie.

KPI's	2025		2026				2027			
	Q3	Q4	Q1	Q2	Q3	Q4	Q1	Q2	Q3	Q4
Verkennd gesprek										
Ontwikkeling Bestuurlijk trekkers hebben een regionale werkwijze vastgesteld										
Invoering Huisartsenpraktijken in de regio hebben toegang tot een Verkennd Gesprek	<i>pilotfase</i>									
Invoering De te scholen professionals zijn geschoold in de werkwijze Verkennd Gesprek										
Uitvoering (SPUK-T) Het uitvoeren van de vastgestelde werkwijze / aanpak door gemeenten										
Overlegtafel 2.0										
Ontwikkeling Er is een eenduidig werkproces voor de werkwijze van de overlegtafel uitgewerkt, incl. uitwerking van data- en informatie-uitwisseling										
Invoering Alle beoogde organisaties zijn structureel vertegenwoordigd in de wekelijkste bijeenkomsten van overlegtafel										
Uitvoering (SPUK-T) Het uitvoeren van de vastgestelde werkwijze / aanpak										

7.2 Fasering | KPI's (2 / 2)

Legenda

 Looptijd

 Meetmoment KPI

KPI's	2025		2026				2027			
	Q3	Q4	Q1	Q2	Q3	Q4	Q1	Q2	Q3	Q4
Transfermechanisme										
Ontwikkeling De bestuurlijk trekkers hebben de werkwijze voor het transfermechanisme vastgesteld										
Invoering Het systeem van het transfermechanisme is ontwikkeld en geïmplementeerd										
Herstelvoorzieningen										
Ontwikkeling De regio heeft een vastgesteld plan voor de te implementeren herstelvoorzieningen regio Gooi en Vechtstreek										
Invoering Het aantal herstelvoorzieningen waarin het proces van implementatie is gestart										
Invoering Er zijn in de regio Gooi en Vechtstreek twee herstelvoorzieningen actief										
Uitvoering (SPUK-T) De vastgestelde werkwijze / aanpak is uitgevoerd										
Samenwerking EPA										
Ontwikkeling De regio heeft een regionale werkwijze voor de samenwerking EPA vastgesteld										
Invoering Het aantal integrale EPA-samenwerkingen waarin het proces van implementatie van de vastgestelde werkwijze is gestart										
Invoering Drie FACT-teams van GGZ Centraal zijn aangesloten op de vastgestelde werkwijze										
Uitvoering (SPUK-T) De vastgestelde werkwijze / aanpak is uitgevoerd										

7.3 Monitoring en bijsturing

Succesvolle voorbereiding en implementatie van het transformatieplan, mét behoud van draagvlak, vereist een gedegen proces van monitoring. Hiermee worden tijdens de zorgtransformatie de effecten duidelijk en is gaandeweg bijsturen mogelijk. Naast monitoring van de KPI's wil Gezond Gooi in ieder geval 1) (de voortgang van) de realisatie van de activiteiten zoals beschreven in hoofdstuk 3 monitoren en 2) het effect van de Verkennende Gesprekken op het sociaal domein monitoren. Deze laatste is niet als aparte resultaat-KPI opgenomen; de effecten van de Verkennende Gesprekken zitten immers ook al versleuteld in de resultaat-KPI's (minder instroom sggz, minder lang wachten op een behandeling).

Uitgangspunten monitoring



Monitoring vindt elk kwartaal plaats, vanaf de start van de implementatiefase.



De monitoring heeft een dubbele functie. Enerzijds is met de resultaten van de monitoring te bepalen of KPI's zijn behaald en of bijbehorende IZA-transformatiegelden worden uitbetaald. Anderzijds zal de regio de resultaten gebruiken als input voor tussentijdse evaluatie en het besluit bij te sturen op activiteiten.



Het streven is dat de monitoring zo'n klein mogelijke (administratieve) inspanning vergt van betrokken organisaties. Waar mogelijk wordt gebruikgemaakt van bestaande tooling.



Het programmamanagement team zal elk kwartaal een voortgangsrapportage indienen, o.a. om in te brengen bij het bestuurlijk overleg. De voortgangsrapportage bevat de ontwikkeling van KPI's, behaalde KPI's en voortgang van de effecten.

8. Risico's en mitigerende maatregelen

Welke potentiële risico's kunnen de uitvoering van de transformatie beïnvloeden en welke mitigerende maatregelen kunnen genomen worden om de risico's te beperken?



8.1 Risicoanalyse en mitigerende maatregelen

Risico	Kans	Impact	Mitigerende maatregel
Te weinig borging van draagvlak binnen deelnemende organisaties op tactisch en operationeel niveau voor transformatie, met het hoogste risico voor de gemeenten	Gemiddeld	Hoog	Fasering realistisch opstellen (klein beginnen). Organiseren van feedbacksessies Ook nog niet deelnemende organisaties tijdig informeren
Als de baten niet uitvallen zoals verwacht, ontstaan er financiële risico's voor de gemeenten en zorgorganisaties waarbij mogelijk niet elke gemeente en zorgorganisatie die risico's kan dragen.	Hoog	Hoog	Businesscase en impactanalyses periodiek bijwerken en signalering doen als zaken tegenvallen (of meevallen)
Onvoldoende capaciteit voor uitvoering verkennend gesprek*	Gemiddeld	Hoog	Planning vroegtijdig kenbaar maken om tijdig mensen vrij te maken om plannen uit te kunnen voeren (commitment vanuit de organisaties en contractueel vastleggen)
Lage adoptie van MGN onder zorgprofessionals van zorginstellingen in de regio die niet nauw betrokken zijn bij het transformatieplan , ondanks vergrote aandacht en aangeboden handvatten voor het onderwerp	Gemiddeld	Hoog	Betrokken zorgprofessionals binnen het MGN fungeren als 'ambassadeurs' om overige organisaties in de regio te enthousiasmeren over het netwerk en bijbehorende activiteiten.
Geen mandaat vanuit achterban bij ggz en sociaal domein	Laag	Hoog	Regelmatig bijeenkomsten met ggz en sociaal domein om betrokkenheid tijdens het proces vast te houden
Onvoorziene (externe) omstandigheden	Laag	Hoog	Implementeren van een flexibel/agile plan, zodat capaciteit en middelen snel kunnen worden ingepast aan onverwachte ontwikkelingen (o.a. nieuwe pandemie)
Dubbelingen met overige coalities Gezond Gooi	Laag	Gemiddeld	Regionale afstemming tussen de coalities om vroegtijdig overlap te identificeren en gezamenlijke doelstellingen vast te stellen.
Er zijn geen geschikte locaties beschikbaar voor de herstelvoorzieningen of deze voldoet niet aan de eisen	Middel	Middel	Duidelijk onderscheid maken tussen eisen en wensen. Meerdere alternatieve locaties onderzoeken zodat er voldoende keuze is en nauw in contact blijven met de regiogemeenten.

*Poh-ggz kan alleen als ggz professional ingezet worden in de eigen praktijk.

8.2 Gelijkgericht werken richting succes

Het Integraal Zorgakkoord, met daaropvolgend regioplan, zet de toon met een duidelijke boodschap: de noodzaak van transformatie in de mentale zorg is urgenter dan ooit. Professionals in de zorg, sociaal domein en welzijn merken dat vaak al in de dagelijkse praktijk. Ook inwoners merken steeds vaker de gevolgen: ze moeten langer wachten tot zij terecht kunnen voor hulp die bij hun mentale uitdaging past. Tijdens het opstellen van dit transformatieplan is uit reacties gebleken hoe urgent de situatie is om anders te kijken naar het mentale welzijn van inwoners. De regio wil afstappen van de traditionele benadering van mentale uitdagingen. Zij wil dit meer te lijf gaan vanuit de kracht van de inwoner en zijn/haar sociale netwerk en het Mentaal Gezondheidsnetwerk als ecosysteem aanbieden ter ondersteuning. Om deze noodzakelijke verandering mogelijk te maken is, naast financiering van deze transformatie, de gelijkgerichtheid van de betrokken organisaties in de zorg en het sociaal domein georganiseerd. Daarmee wordt onderstreept dat er draagvlak voor de beoogde zorgtransformatie van organisaties, zowel op bestuurlijk/ ambtelijk niveau als onder de zorg- en welzijnsprofessionals, én van de inwoners uit de regio is.

De achterbannen van de bij dit transformatieplan betrokken organisaties gaven gedurende de totstandkoming van het transformatieplan Mentale Gezondheidsnetwerk aan dat er al veel initiatieven zijn om de mentale gezondheid van de inwoners van Gooi & Vechtstreek op peil te houden of te verbeteren. Zij kiezen nu bewust voor focus op het Mentaal Gezondheidsnetwerk met ook voor het verbinden van lopende, succesvolle initiatieven en het kennis nemen en toepassen van geleerde lessen. De reikwijdte van dit transformatieplan, zowel over verschillende domeinen als met de onderdelen, maakt het mogelijk de noodzakelijke beweging op veel plekken in gang te zetten en de vruchten te plukken van reeds succesvolle initiatieven. De uitvoering van het plan heeft daarmee een verbindende functie door de bestaande en nieuwe initiatieven te laten aanhaken op de brede beweging die de regio inzet.

Regiobrede communicatie gericht op zowel professionals als inwoners gaat cruciaal zijn om bewustzijn te creëren over de uitdagingen waar de (mentale) gezondheidszorg in Gooi & Vechtstreek mee kampt, én de gezamenlijke beweging die we willen inslaan (hierin werken we samen met de coalitie Gezond leven en preventie). We gaan niet simpelweg efficiënter of slimmer werken, maar we gaan daadwerkelijk anders werken waarbij er een grotere rol voor de inwoner is weggelegd en de traditionele schotten tussen domeinen verdwijnen.

De deelnemende partijen zijn hieronder weergegeven:



Bijlagen

Bijlage 01 – Toelichting aannames businesscase en financiële aanvraag

Bijlage 02 – Businesscase financiële aanvraag en KPI's

