Transformatieplan Mentaal
Gezondheidsnetwerk Centraal Gelderland



Tot stand gekomen met dank aan de schrijversploeg:

- Jasha Fiselier – KLA[1]
- Mayke de Vreugd – Onze Huisartsen
- Eefje Cornelissen – Pro Persona
- Jenna Makaaij – Ixta Noa
- Judith Klein Gunnewiek – RIBW AVV
- Maaike Janssen – VGGM
- Pauline van Gelder – Gemeente Overbetuwe
- Perihan Ozgul – Gemeente Arnhem
- Marita Toonen – Rijnstad
- Jan Tenback – KLA
- Leonie Walterbos – Wijkteams Arnhem

& grote dank aan het cliëntpanel, inspirerend, scherp & betrokken!

In nauwe samenwerking met:
Jeroen Zwaal – Verbeelding van Kracht
Joost Liebregts – Purpose Design
Harm Donkers-Kim – Keygroup
Nicole van Noordenne - Keygroup

Jojanneke Diemers – Proscoop
Rianne Runhaar – Go Innovate

[1] KLA: Kring Lokale Aanbieders

Leeswijzer

Dit transformatieplan is een uitwerking van de snelle toets die eind 2024 is ingediend door een aantal partijen in Centraal Gelderland. Doel van de snelle toets was middelen te verkrijgen voor de realisatie van een Mentaal Gezondheidsnetwerk in Centraal Gelderland[2].

Het transformatieplan start met een beschrijving van de regio (regiobeeld, regioplan en arbeidsmarkt) en maakt een koppeling met de regionale visie en aanpak op het bevorderen van gezondheid vanuit het samenwerkingsverband "Gezond voor elkaar".

Vanuit de focus op transformatie wordt er met verbinding naar de regionale context een vertaling gemaakt naar relevante randvoorwaarden zoals communicatie en het organiseren van het inwonersperspectief.

Ten slotte worden de inhoudelijke drie pijlers van de snelle toets beschreven, namelijk:
1. Mentaal vitale wijken.
2. Juiste zorg op de juiste plek.
3. Inclusie van mensen met een ernstige psychische kwetsbaarheid *(is geen onderdeel meer van dit transformatieplan)*
En tot slot een aanvullend onderdeel eHealth.

We sluiten af met een beschrijving van de lerende cyclus gedurende dit transformatieproces beschreven in 'leren en monitoren'. Het plan is relevant voor de regio Centraal Gelderland, oftewel het raakt een grote groep professionals en inwoners. Voor een goede implementatie is investering in 'communicatie' essentieel, vandaar een apart hoofdstuk voor dit onderdeel. Tenslotte wordt beschreven op welke wijze binnen het Mentaal Gezondheidsnetwerk keuzes worden gemaakt en de voortgang wordt gemonitord, in het onderdeel programma organisatie.

Waar in dit transformatieplan de term 'overlegtafel' wordt gebruikt, wordt daarmee de transfertafel en het domeinoverstijgend casusoverleg bedoeld."

[2] Regio Centraal Gelderland betreft de gemeenten: Arnhem, Overbetuwe, Lingewaard, Renkum, Rheden en Rozendaal. Gemeente Westervoort, Zevenaar, Duiven en Doesburg sluiten aan bij het transformatieplan MGN Achterhoek i.v.m. gezamenlijke kernpartner GGnet.

Inhoudsopgave

Leeswijzer 2
Inhoudsopgave 3
Samenvatting 5
Inleiding 10
1. Huidige situatieschets 11
1.1. Regionale visie op gezondheid 11
1.2 Regiobeeld Centraal Gelderland 13
1.3 Regioplan 15
2 Anders denken, doen en organiseren 17
3 Inwonersperspectief 18
4. Deelplan Pijler 1: Mentaal vitale wijk 19
4.1. Laagdrempelig steunpunten 19
5. Deelplan Pijler 2 juiste zorg op de juiste plek 26
5.1 Het Verkennend Gesprek 26
5.2 Sociale kaart 32
5.3 Transfermechanisme en Domein Overstijgend Casus Overleg 35
5.4 Consultatie 40
5.5 Informatievoorziening wachttijden 43
6. Deelplan: eHealth: inzet van AI 44
6.1 Inleiding 44
6.2 Doelstellingen 44
6.3. Fasering implementatie AI 2025-2029 45
7 Leren en monitoren 46
7.1 Inleiding 46
7.2 ‘Andersoortige oplossingen bij complexe casuïstiek’ 47
7.3 Monitoren 48
8. Impact- en risicoanalyse 49
8.1 Risicoanalyse 50
8.2 Impact op duurzaamheid 52
9 Communicatie 53
10 Governance en programma organisatie 54
10.1 Governance 54
10.2 Programma organisatie 54
Bijlage 1 Verklarende woordenlijst 58
Bijlage 2 Deelnemende organisaties in de uitvoering 60

Bijlage 3 Businesscase.....61
Bijlage 4: Planning kpi's.....77
Bijlage 5: Communicatieplan.....80

Samenvatting

Waarom dit transformatieplan?
De samenleving ervaart steeds meer prestatiedruk. Wie niet mee kan, raakt uit balans, waarbij emoties sneller worden gemedicaliseerd en (zelf)stigma normalisering belemmert. De geestelijke gezondheidszorg (GGZ) kampt tegelijkertijd met personeelstekorten en een hoge instroom van hulpvragen, waarvan een deel ook buiten de GGZ kan worden opgelost. Niet alle problemen vragen om behandeling: soms is nabijheid, begrip of praktische steun voldoende. De regio Centraal Gelderland heeft daarom de ambitie een Mentaal Gezondheidsnetwerk te realiseren dat inzet op veerkracht, preventie en samenwerking tussen GGZ, sociaal domein en sociale basis.
Transformeren vraagt om fundamenteel anders denken en doen. Het accent verschuift van stoornissen en diagnoses naar herstel, normalisering en het versterken van de menselijke basis. Professionals worden uitgedaagd hun expertise gelijkwaardig in te brengen naast ervaringsdeskundigheid en informele steun. Kernwaarden zijn: samenwerking boven schotten, leren boven snelle resultaten, inwoners centraal boven systeemgemak en gedeeld leiderschap boven controle.

Gezamenlijke opdracht
De gezamenlijke opdracht is het vormen van een netwerk waarin inwoners hun eigen kracht en persoonlijke netwerk optimaal benutten en pas een professional inschakelen wanneer dat echt nodig is. Het doel is dat inwoners sneller passende hulp vinden, de GGZ wordt ontlast en selectiever wordt ingezet en professionals domein overstijgend samenwerken.
Het Mentaal Gezondheidsnetwerk biedt hiervoor een structuur waarin nieuwe werkwijzen stapsgewijs worden ingevoerd, met ruimte om te experimenteren en te leren door te doen. De gefaseerde implementatie maakt bijsturen mogelijk, terwijl reflexief monitoren inzicht geeft in wat samenwerking bevordert of belemmert. Zo ontstaat een actielerende houding die het netwerk voortdurend verder brengt.

Interventies in de regio
De interventies zijn gebundeld in twee pijlers en een aanvullende digitale lijn:

1. **Mentaal vitale wijk** (hoofdstuk 4) – Infrastructuur van laagdrempelige steunpunten in de regio, vormgegeven door ervaringsdeskundigen in samenspraak met inwoners met een psychische kwetsbaarheid. Deze plekken bieden inwoners perspectief, ontmoeting, vaardigheden en hoop, ook voor naasten.

2. **Juiste zorg op de juiste plek** (hoofdstuk 5) – Een integrale blik op (hulp)vragen door de expertises vanuit sociaal domein, ervaringsdeskundigheid en GGZ te verbinden. Dit wordt gefaciliteerd door consultatie te versterken, het verkennend gesprek in te richten met genoemde expertises en informatievoorziening te verzorgen middels het dashboard wachttijden GGZ en het koppelen van (levende) sociale kaarten. Voor alle hulpverleners in de regio is er de Overlegtafel 2.0 (Combinatie van Transfertafel en DomeinOverstijgend Casusoverleg) als achtervang voor 'openstaande' hulpvragen.

3. **EHealth en AI** (hoofdstuk 6) – Er wordt geëxperimenteerd met gefaseerde pilots met digitale toepassingen binnen elementen van het Mentaal Gezondheidsnetwerk zoals het Verkennend Gesprek. De werkvloer bepaalt op welke wijze de technologie meerwaarde biedt.

Implementatie en inzet transformatiemiddelen
De implementatie verloopt gefaseerd vanaf 2025 tot en met 2029, waarbij de aangevraagde investeringen zich beperken tot de jaren 2026 en 2027. Voor ieder onderdeel zijn tijdlijnen opgesteld: van voorbereiding en ontwerp naar uitrol en evaluatie. Er is ruimte voor experimenten met vernieuwende casuïstiek, waarbij het mandaat bestaat om af te wijken van vaste patronen. De uitvoering wordt gedragen door een brede programma-organisatie met een stuurgroep die zowel de inhoudelijke als financiële voortgang bewaakt. De komende twee jaren wordt de transformatie nauwlettend gevolgd, zoals wat de interventies opleveren, wat er nodig is om het leren en de samenwerking te maximaliseren als ook te controleren of de aannames en kostenramingen correct zijn.

De transformatiemiddelen worden doelgericht ingezet: enerzijds voor investeringen in nieuwe structuren en ondersteuning, anderzijds voor training, communicatie en het betrekken van inwoners en professionals. Daarbij is oog voor duurzaamheid, zoals digitale communicatie, hybride werken en versterking van lokale netwerken.

Transformatiemiddelen
De uitvoering van het transformatieplan kan eraan bijdragen dat de wachtlijst in de GGZ wordt gereduceerd, rekening houdend met de bevolkingsgroei en de huidige trend van een stijgende zorgvraag. Volgens de resultaten van de maatschappelijke businesscase levert de uitvoering van het transformatieplan een besparing van 3.401 behandelingen GGZ op. Vanaf 2030 levert dit transformatieplan een besparing van structureel € 6,1 miljoen per jaar op voor de zorgverzekeraars en een extra inzet in het sociaal domein/sociale basis van € -4,5 miljoen per jaar.
Voor de periode 2025 t/m 2027 zijn in totaal € 5,3 miljoen aan transformatiemiddelen nodig. Hiervan wordt € 1,9 miljoen aangevraagd via IZA transformatiemiddelen (ZVW) en € 3,4 miljoen via SPUK-transformatiemiddelen IZA (gemeenten).

Verdeling benodigde middelen naar soort
De totaal benodigde middelen zijn onder te verdelen naar twee hoofdgroepen:
1. Incidentele transformatie gelden (*€ 2,5 miljoen*):
    - IZA transformatiemiddelen - € 1,9 miljoen
    - Incidentele SPUK-transformatiemiddelen IZA - € 551k
2. Structurele SPUK-transformatiemiddelen IZA (*€ 2,8 miljoen*):
    - Vervolgkosten sociaal domein - meerkosten sociaal domein ten gevolge van extra instroom (afbuiging na verkennend gesprek en effect overlegtafel) – € 1,1 miljoen
    - Extra kosten sociaal domein - personele kosten sociaal domein ten gevolge van inzet nieuwe interventies (verkennend gesprek, laagdrempelige steunpunten, overlegtafel) - € 1,7 miljoen

Het uiteindelijke resultaat voor de ZVW is alleen te behalen op het moment dat ook het sociaal domein en de sociale basis onderdeel zijn van de transformatie. Om dit te behalen worden de volgende stappen benut:

Stap 1 – Gebruiken IZA transformatie middelen (onderdeel huidige aanvraag 2025 – 2027)

- Het verschil tussen het resultaat ZVW en aanvraag éénmalige IZA en SPUK-transformatiemiddelen IZA transformatie budget benutten zonder dat dit ten kosten gaat van de terugverdientijd van maximaal 5 jaar. Hierdoor komt er € 8,8 miljoen beschikbaar die ingezet kan worden voor het sociaal domein/sociale basis. Hiervan kunnen de extra structurele kosten sociaal domein/sociale basis worden betaald voor 2025 – 2027. Dit betreft € 2,8 miljoen.

Stap 2 – AZWA Budget (2028 – 2029)

- Het AZWA is noodzakelijk om te gebruiken om een gedeelte van het verschil van de gemeente te overbruggen. Hierdoor voor zou er een totaalbedrag moeten worden aangevraagd van € 5,8 miljoen.

Deze informatie is terug te vinden op het tabblad 'Overzicht businesscase' op de regels 130 t/m 141.

Uitkomsten business case berekening

De uitkomsten van de totale doorrekening van de business case is als volgt:



Afbeelding 1: Resultaat totale doorrekening Business Case

Alle getoonde cijfers omtrent de financiële onderdelen betreffen de volledige transformatie van 5 jaar (2025 – 2029). Het aantal GGZ-behandelingen betreft zowel specialistisch als basis GGZ.

	2025	**2026**	**2027**	**2028**	**2029**	**Totaal**
Resultaat ZVW	0	758.285	1.476.481	2.882.908	6.116.522	**11.234.197**
Resultaat Sociaal domein	0	351.820	566.958	-2.221.108	-4.533.710	**-5.836.039**
Investering IZA ZVW	183.656	1.094.772	653.578	n.v.t.	n.v.t.	**1.932.006**
Investering SPUK min transformatiemiddelen IZA*	9.877	1.301.098	2.067.540	n.v.t.	n.v.t.	**3.378.515**
Behandelingen GGZ		243	437	959	1.762	**3.401**

Tabel 2: Resultaat totale doorrekening Business Case per jaar in euro's

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

Het eindresultaat van de Business Case is € 638.937. Hieronder in tabel 3 is getoond hoe dit is berekend.

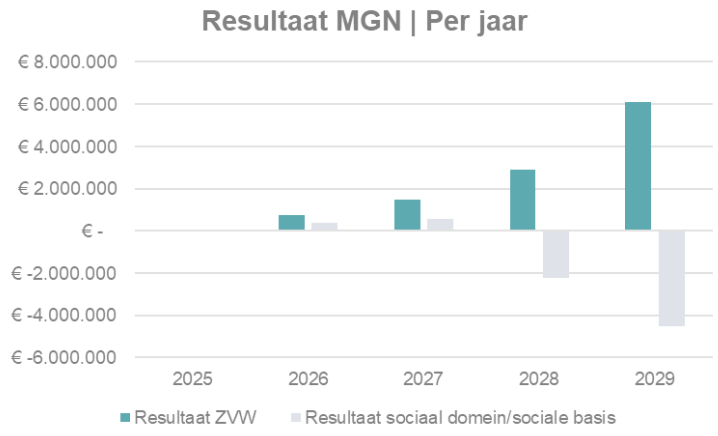
Categorie	Onderdeel	Totaal
Opbrengsten	Resultaat ZVW	**11.234.197**
Kosten	Investering IZA ZVW	**1.932.006**
	Investering SPUK-transformatiemiddelen IZA – structurele meerkosten	**1.122.966**
	Investering SPUK-transformatiemiddelen IZA – structurele extra personeelskosten	**1.704.250**
	Resultaat Sociaal domein/sociale basis	**5.836.039**
Resultaat	**Totaal**	**638.937**

Tabel 3: Eindresultaat Business Case in euro's

Let op: in deze tabel zijn de incidentele SPUK-transformatiemiddelen IZA niet meegenomen, conform afstemming zorgverzekeraar.

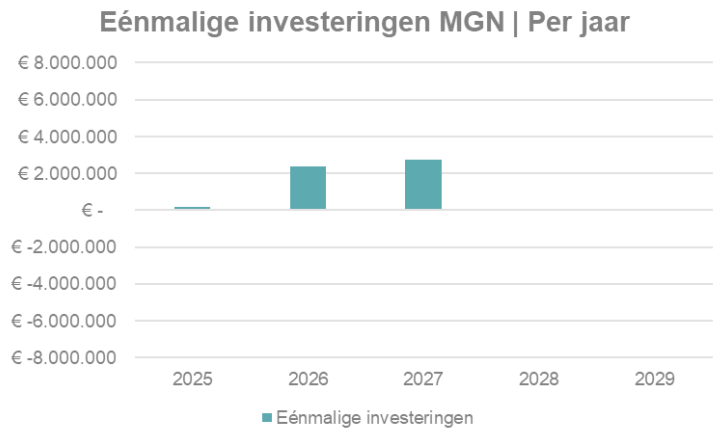
Het verschil tussen de benodigde IZA investering en resultaat ZVW wordt gebruikt om het resultaat op het sociaal domein/sociale basis te beperken. Het totale resultaat voor het sociaal domein/sociale basis is hierdoor € -5,8 miljoen, uitgaande van de periode 2025 t/m 2029 (zie ook uitleg berekening stap 1 en 2 bovenstaand). Dit alles is ook terug te vinden in de Excel Business case op tabblad ''Overzicht businesscase' op de regels 130 t/m 141.

Op afbeelding 4 is middels een grafiek het financiële resultaat per jaar weergegeven voor zowel de ZVW als het sociaal domein/sociale basis. Het financiële resultaat van het MGN voor de ZVW neemt toe met name wanneer de transformatie verder vorm krijgt met de jaren en afgerond wordt. Doordat het effect van de transformatie met name resulteert in een stijging in de inzet sociale basis/sociaal domein, nemen ook de kosten voor hen toe.



Afbeelding 4: Financieel resultaat MGN per jaar ZVW en sociaal domein/sociale basis

De totale éénmalige investeringen bedragen € 5,3 miljoen. In afbeelding 5 is dit uitgesplitst over de jaren 2025 t/m 2027. De totale éénmalige investering is ook terug te vinden in de Excel Business case op het tabblad 'Overzicht businesscase' op de regels 129 t/m 135.



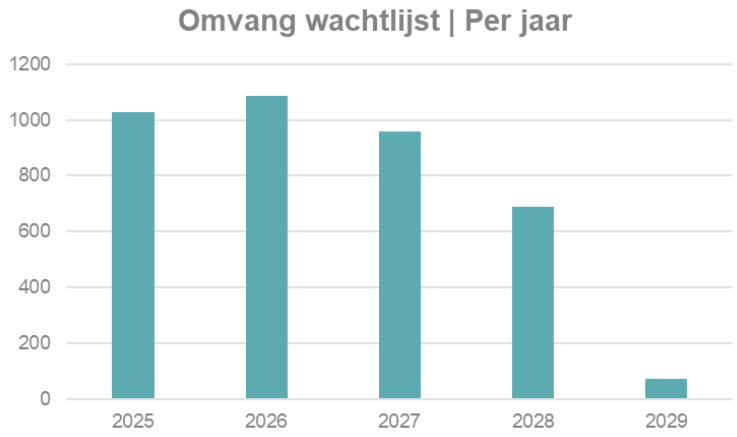
Afbeelding 5: Uitsplitsing MGN éénmalige investeringen per jaar

Overkoepelend resultaat wachtlijsten

Aannames zijn gedaan op het onderwerp van de wachtlijst. Hierbij is gerekend met 1.028 personen die op de wachtlijst stonden per 2025. De gemiddelde toename van de wachtlijst per jaar betreft 60 personen. En de basis wachttijd in weken is 20,9 weken.

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

Met de vrijgekomen inzet is het mogelijk om de wachtlijst richting 2029 te verminderen tot 7,2% van de originele omvang. Alleen in 2026 is er nog sprake van een lichte stijging. Daarna zal de wachtlijst sterk afnemen richting 2029 (zie afbeelding 6). De wachttijd neemt daardoor ook over de gehele looptijd van de transformatie af (zie business case, tabblad overzicht business case, rij 150).



Afbeelding 6: Omvang wachtlijst 2025 t/m 2029

Inleiding

In onze samenleving groeit de prestatiedruk. Wie niet mee kan, raakt uit balans, emoties worden sneller gemedicaliseerd en (zelf)stigma belemmert normalisering van psychisch ongemak. De bandbreedte van 'normaal' is smal. Door de toenemende hulpvragen en een tekort aan arbeidskrachten is de GGZ overbelast geraakt. Deels met vragen die ook op een andere plek opgelost kunnen worden. Niet alles vraagt om behandeling — soms is nabijheid, begrip of praktische steun genoeg. De juiste zorg op de juiste plek betekent: eerder signaleren, emoties normaliseren waar mogelijk en de GGZ verbinden met de werkvelden sociaal domein en sociale basis. In dit transformatieplan werkt de regio Centraal Gelderland uit hoe zij dit vorm gaat geven.

De regio Centraal Gelderland wil een Mentaal Gezondheidsnetwerk creëren waarin de gedeelde visie is om mensen in contact te brengen met hun eigen veerkracht en alleen als het nodig is hulp van een professional in te zetten.
In de regio Centraal Gelderland is voor dit Mentaal Gezondheidsnetwerk een snelle toets ingediend die begin 2025 is goedgekeurd. Deze snelle toets is gemaakt met de volgende partijen in de regio: Gemeente Arnhem (namens de gemeenten in regio Centraal Gelderland), Onze Huisartsen, RIBW AVV, Pro Persona, IrisZorg, Siza, Ixta Noa en GGD Gelderland Midden. Parallel zijn er regionale ontwikkelingen vanuit het samenwerkingsverband 'Gezond voor Elkaar' en landelijke richtlijnen die bepalend zijn voor de inrichting van het Mentaal Gezondheidsnetwerk. Deze ontwikkelingen hebben richting aan de snelle toets gegeven.

Het Mentaal Gezondheidsnetwerk Centraal Gelderland heeft hierdoor drie relevante contexten:

- De betrokken partijen hebben vanuit de snelle toets focus en prioritering aangebracht. Dit is richtinggevend voor dit transformatieplan.
- Vanuit het samenwerkingsverband 'Gezond voor elkaar3' is er een regionale structuur en verbinding (in wording), waar het Mentaal Gezondheidsnetwerk op aansluit.
- Vanuit het landelijk Mentaal Gezondheidsnetwerk zijn er concrete producten geformuleerd, die onderdeel uit moeten maken van het Mentaal Gezondheidsnetwerk.

[3] Dit betreft een samenwerkingsverband dat o.a. de IZA-opdracht voor de regio heeft uitgewerkt in een regioplan 'Gezond voor elkaar' met vertegenwoordiging vanuit de gemeenten, zorgverzekeraars, huisartsen, eerstelijnszorg, ziekenhuis, welzijn, GGZ, verstandelijk gehandicaptenzorg en GGD



Afbeelding 7: Samenhang

In de landelijk leidraad "Contractering Mentale gezondheidsnetwerken" staan de volgende doelen benoemd voor het Mentaal Gezondheidsnetwerk:

1. De hulp- en ondersteuningsvraag van personen en hun naasten wordt snel en op de juiste plek opgepakt. Zo voorkomen we escalatie van problemen en onnodige instroom in de GGZ.
2. De beschikbare capaciteit (GGZ, huisarts en sociaal domein) in de regio wordt optimaal benut.
3. De wachttijd voor GGZ-zorg voor mensen met complexe problematiek neemt af.

Deze doelen zijn meegenomen in dit transformatieplan.

1. Huidige situatieschets

1.1. Regionale visie op gezondheid

In dit hoofdstuk staan de uitgangspunten beschreven die de partijen in de regio vanuit het samenwerkingsverband 'Gezond voor Elkaar' belangrijk vinden als het gaat om gezondheid. Een andere blik op gezondheid is nodig. Waarbij niet de ziekte of diagnose centraal staat, maar waar met een brede blik naar gezondheid wordt gekeken, zoals Machteld Huber dit omschrijft in het concept Positieve Gezondheid. Met de nadruk op medemenselijkheid. Zij beoogt een integrale benadering van gezondheid, waarin het versterken van eigen regie een basiselement is.

Gezondheid wordt door de regio gezien als:

- Leren omgaan met imperfectie en met lijden (zelfredzaamheid), vanuit het accepteren van reële beperkingen (focus op wat wel kan).
- Vergroten van samenlevingsvaardigheden van jong tot oud in het dagelijks leven (samenredzaamheid). Mensen heten elkaar welkom en werken samen aan herstel.

In regio Centraal Gelderland staande sterke sociale gemeenschappen in de wijken en het belang van de inwoner centraal. Deze benadering gaat uit van '***community up***' building waarbij professionals uit zorg en welzijn en inwoners van elkaar leren en in **co-creatie** verder

bouwen aan netwerkcoalities in de regio. Waarbij de professionals expliciet ook leren van de signalen van inwoners.
Belangrijk uitgangspunt is ook dat de menselijk maat leidend moet zijn en niet de regels. Waar mensen in de knel komen, zijn de regels aan vernieuwing toe.

Vanuit het landelijke netwerk zijn er leidende principes Mentaal Gezondheidsnetwerk opgesteld die ook leidend zijn in regio Centraal Gelderland:

- De persoon en de naasten staan voorop. Wij denken in oplossingen met de persoon mee, niet in hokjes.
- De hulpvrager is de regisseur van zijn eigen proces. Wij helpen waar mogelijk, de uitdagingen van het leven aan te gaan.
- We nemen samen verantwoordelijkheid, op alle niveaus van samenwerking. Wij leren en verbeteren continu en bouwen ook voldoende ruimte in de reguliere taken in om hieraan toe te komen.
- Een domein overstijgende benadering zorg voor snelle duidelijkheid voor de persoon. Wij dragen bij aan de juiste zorg en ondersteuning op de juiste plek.

Aansluiting sociale basis
Binnen de gemeentelijke beweging om de sociale basis te versterken, komt steeds meer aandacht voor het vroegtijdig ondersteunen van inwoners, dicht bij huis en in hun eigen leefomgeving. Deze ambitie vraagt om een integrale benadering waarin verschillende domeinen – van welzijn tot participatie – met elkaar samenwerken. In die context is het essentieel dat ook het Mentaal Gezondheidsnetwerk volwaardig wordt aangesloten bij de lokale gemeenten.
De sociale basis kent hierin drie lagen (zie figuur 1). Een stevige sociale basis, waarbij samenhang en versterking plaatsvindt tussen de drie lagen, heeft als effect dat (lichte) zorg en ondersteuning dichtbij en toegankelijk georganiseerd kan worden. Zwaardere zorg(consumptie) in bijvoorbeeld Jeugd, WMO en WLZ kan hierdoor deels worden voorkomen of kan anders ingericht worden.



Afbeelding 8: Sociale basis

Het versterken van de sociale basis vereist visie en co-creatie over domeinen heen. Hierbij wordt aangesloten bij wat er al is en toegevoegd wat nodig is. Als het kan, wordt de beweging van individueel naar collectief aanbod gemaakt.

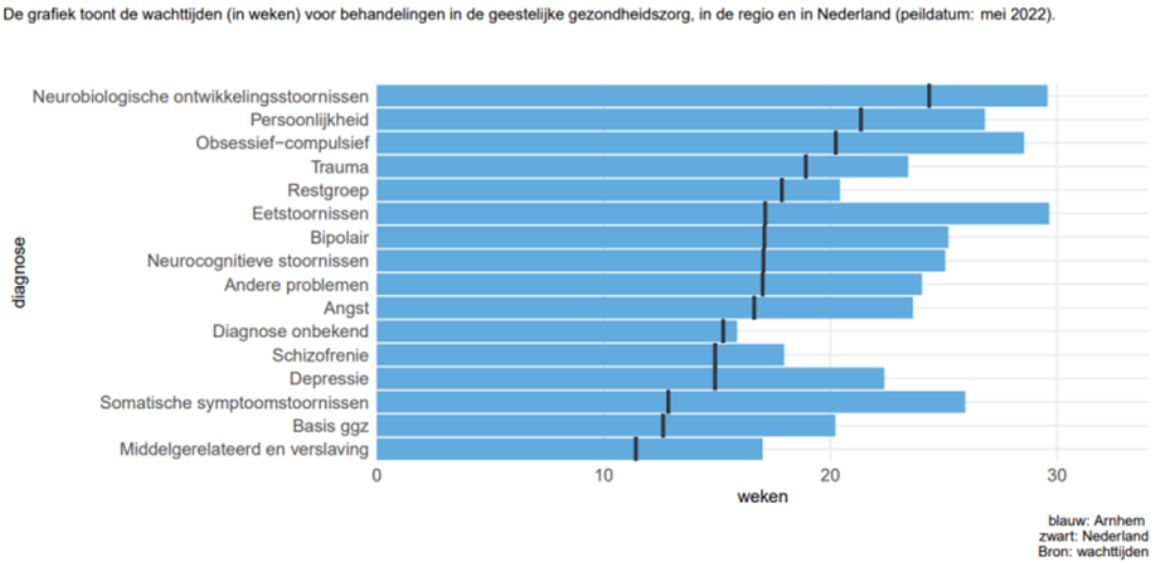
1.2 Regiobeeld Centraal Gelderland

Uit het regiobeeld[4] van Centraal Gelderland en de gezondheidsmonitor van de GGD komen de volgende aandachtspunten naar voren die raken aan mentale gezondheid en waarop de regio Centraal Gelderland haar ambities baseert.

1.2.1 Regiobeeld GGZ

- *Toegang tot zorg:* in regio Centraal Gelderland is er een daling van het aantal patiënten dat de afgelopen jaren in zorg komt. Met name het aantal cliënten dat toegang heeft tot de basis GGZ is sterker gedaald in vergelijking met de rest van Nederland. Dit terwijl de vraag naar GGZ-zorg stijgt.
- *Wachttijden*: de gemiddelde wachttijden voor zowel basis GGZ als specialistische GGZ liggen in de regio Centraal Gelderland hoger dan het landelijk gemiddelde.
- *Cliënten in zorg*: het aantal cliënten in zorg bij de GGZ in de regio Centraal Gelderland en omstreken is relatief het hoogst in de gemeenten Arnhem, Renkum, Doesburg en Westervoort.
- *Cliënten met ernstige psychiatrische aandoeningen*: het aantal cliënten met ernstige psychiatrische aandoeningen per 10.000 inwoners verschilt sterk per gemeente. De gemeenten Renkum (244) en Arnhem (183) scoren het hoogst.
- *Kosten GGZ*: de gemiddelde kosten voor GGZ liggen in 2021 in de regio Centraal Gelderland voor de leeftijdsklassen 18 t/m 64 jaar en 65 jaar en ouder op of rondom het landelijk gemiddelde.

Voor meer achtergrond verwijzen we naar het regiobeeld Centraal Gelderland.



Afbeelding 9: Overzicht wachttijden voor behandeling in de GGZ in Arnhem versus Nederland

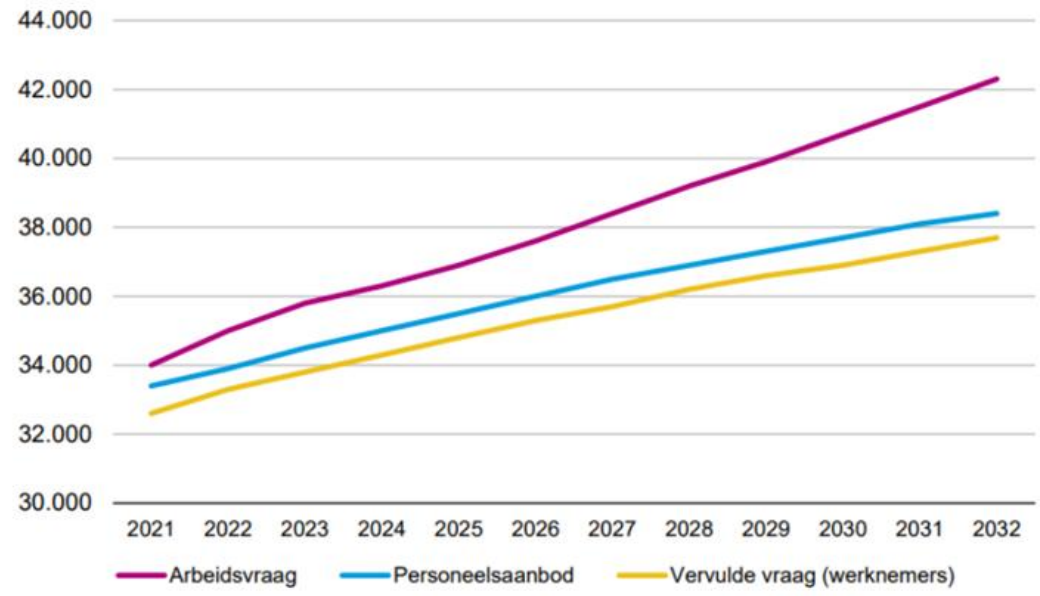
1.2.2 Regiobeeld arbeidsmarkt

De grootste uitdaging binnen dit transformatieplan Mentaal Gezondheidsnetwerk Centraal Gelderland is het verleggen van zorgzwaarte: van complexe GGZ naar meer preventieve, herstelgerichte en normaliserende ondersteuning in de wijk en het sociaal domein. Dit vraagt

[4] Zie: https://www.dejuistezorgopdejuisteplek.nl/programmas/integraal-zorgakkoord/iza-onderdelen/regionale-samenwerking/regiobeelden-en-plannen/

om uitbreiding van functies in sociaal werk, welzijn en ervaringsdeskundigheid. De druk verschuift en daarmee ook de behoefte aan andere vaardigheden en profielen. Hoe vertaalt zich dit naar de arbeidsmarkt?
De verwachting is dat de arbeidsmarkttekorten in de hele sector zorg en welzijn de komende jaren hard zullen toenemen. In de referentieraming van het Prognosemodel Zorg en Welzijn 2024 is de verwachting dat er in Midden-Gelderland eind 2034 een tekort is van 11.600 personen (ofwel 15,5% van de totale arbeidsvraag) in de sector[5].

Opvallend is het toenemende verschil tussen de arbeidsvraag en het personeelsaanbod. Zelfs met een stijgend aantal zorg- en welzijnsmedewerkers en een positief mobiliteitssaldo, wordt toch verwacht dat het tekort aan professionals in de zorg- en welzijnssector zal toenemen.
Het personeelstekort binnen de hele sector zorg en welzijn in zorgkantoorregio Arnhem loopt op van 2,6% in 2021 naar 4,4% in 2030. Dit is bijna een verdubbeling.

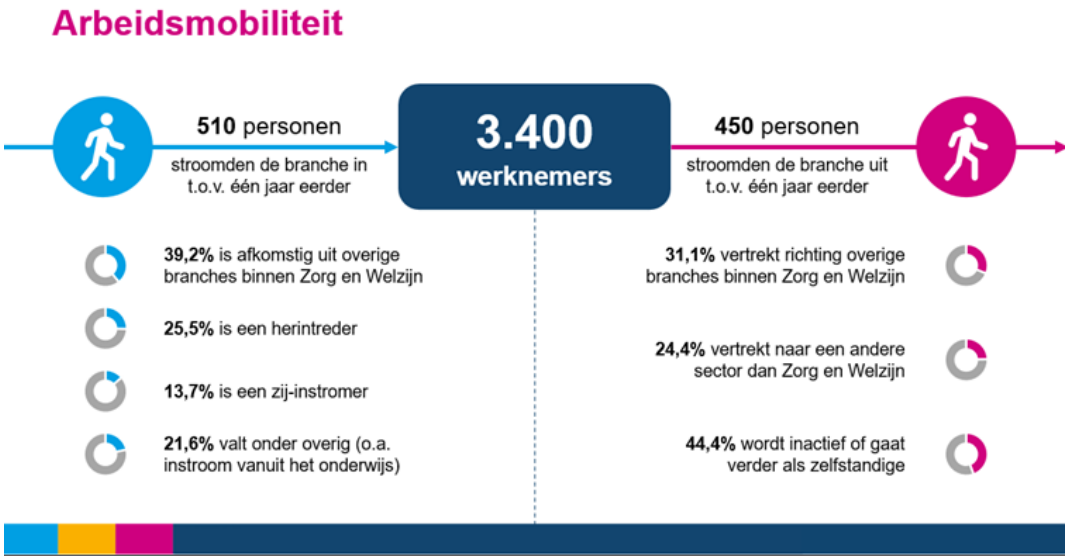


Bovenstaande grafiek toont de verwachte ontwikkeling van de arbeidsvraag, het personeelsaanbod en de vervulde vraag in het getoonde jaar. (Bron: prognosemodel zorg en welzijn, 2023 / bewerking door WZW.) **REGIO: zorgkantoorregio Arnhem - Arnhem.**

Afbeelding 10: Arbeidsvraagontwikkeling regio Arnhem (zorgkantoorregio)

Halverwege 2024 waren er 3.400 werknemers binnen de GGZ. Van de 3.400 werknemers was de gemiddelde leeftijd 42,6 jaar. Waarvan 23,6 % ouder dan 55 jaar. Als we kijken naar de in- en uitstroomcijfers van de regio en naar de beweging van medewerkers ten opzichte van hetzelfde peilmoment één jaar eerder, zien we dat de instroom groter is dan de uitstroom.

[5] https://prognosemodelzw.nl



Afbeelding 11: In- en uitstroom van medewerkers in de GGZ in regio Centraal Gelderland

Volgens het uitstroomonderzoek Zorg en welzijn (2024) waren de belangrijkste redenen voor medewerkers binnen de GGZ om de werkgever te verlaten:

- Ze ervoeren geen uitdaging meer.
- Ze voelden geen ruimte voor ontwikkel- en/of doorgroeimogelijkheden.
- Ze vonden dat ze te weinig invloed op de kwaliteit van zorg hadden.

1.2.3 Overige thema's regiobeeld

Daarnaast stipt het regiobeeld de volgende algemene thema's aan:
• Er zijn gezondheidsverschillen tussen verschillende groepen mensen. Vooral de groepen met een lagere sociaaleconomische positie zijn extra kwetsbaar voor gezondheidsproblemen.
• De regio vergrijst, zowel als het gaat om inwoners als om medewerkers in de zorg.

1.3 Regioplan

In het verlengde van de brede visie op gezondheid (zoals beschreven in het vorige hoofdstuk) richt het regioplan van Centraal Gelderland Gezond voor elkaar'[6] zich nadrukkelijk op het verbeteren van de samenhang tussen de sociale basis, de eerstelijnszorg en de specialistische zorg. In dat kader is het Mentaal Gezondheidsnetwerk geen apart spoor, maar een noodzakelijke samenwerking om de ambities waar te maken. De beweging van 'zwaarder naar lichter' en 'van zorg naar ondersteuning' vraagt om een herpositionering van mentale gezondheid binnen de leefwereld van inwoners. Niet pas als problemen groot zijn, maar al in de fase van signaleren, normaliseren en ondersteunen. Het Mentaal Gezondheidsnetwerk speelt hierin een verbindende rol tussen formele zorgstructuren en de informele steun die juist in buurten en wijken zo cruciaal is.
In de Werkagenda Centraal Gelderland wordt ingezet op domein overstijgende samenwerking rondom urgente thema's zoals wachttijden, toegang tot passende hulp en het versterken van de samenwerking in de ketens. Ook hier sluit het Mentaal

[6] https://www.dejuistezorgopdejuisteplek.nl/programmas/integraal-zorgakkoord/iza-onderdelen/regionale-samenwerking/regiobeelden-en-plannen/

Gezondheidsnetwerk nadrukkelijk op aan, met als doel mentale gezondheid zichtbaar te maken in de gezamenlijke aanpak. De samenwerking met gemeenten, zorgverzekeraars, huisartsen en welzijnsorganisaties maakt het mogelijk om gezamenlijke afspraken te maken over preventie, doorverwijzing en inzet van ervaringsdeskundigheid. Daarbij wordt gezocht naar werkvormen die passen bij de praktijk van alle dag – flexibel, nabij en afgestemd op de behoeften van inwoners.

Arbeidsmarkt
Op het moment van schrijven van dit plan is er vanuit het samenwerkingsverband 'Gezond voor elkaar' de opdracht neergelegd bij de regionale werkgeversvereniging zorg en welzijn (WZW) om een integraal arbeidsmarktplan te maken voor de regio. Hierbij ligt de focus op functiedifferentiatie, benutting van niet-traditionele beroepsgroepen en behoud van schaarse capaciteit. Vanuit het Mentaal Gezondheidsnetwerk is deze focus herkenbaar en mogelijk biedt het aanknopingspunten om de inzet van ervaringsdeskundigen en professionals als toegepaste psychologen te vergroten. Het Mentaal Gezondheidsnetwerk sluit actief aan bij het regionale arbeidsmarkplan.

Monitoring
We sluiten bij de inrichting van de monitoring van het Mentaal Gezondheidsnetwerk aan bij het regioplan (zie pagina 19 regioplan Centraal Gelderland) waar de onderstaande uitgangspunten gelden:

- Bij Monitoring en evaluatie houden we steeds voor ogen dat alle plannen bij moeten dragen aan de beweging naar passende zorg, ondersteuning en gezondheid en een bijdrage moeten leveren aan de meer specifieke doelstellingen van het Quintuple Aim framework.
- Het proces wordt gevolgd en geëvalueerd volgens het principe van (reflexieve) monitoring en evaluatie.

Digitalisering
Regio Centraal Gelderland werkt op dit moment nog gefragmenteerd aan digitalisering. In opdracht van het samenwerkingsverband 'Gezond voor elkaar' is er daarom een coalitie digitalisering gevormd die in 2025/2026 werkt aan een strategisch plan. Daarin worden de volgende onderdelen beschreven:

- <u>Routekaart/ activiteitenplan</u>

Een overzicht van de te plannen activiteiten/projecten, inclusief tijdslijnen en prioriteiten, die moeten worden opgepakt om de samenwerking en interoperabiliteit binnen de regio te verbeteren. De agenda wordt uitgewerkt rond enkele specifieke domein overstijgende use-cases. Per use-case wordt vastgelegd welk domein zich gedurende de uitwerking bevindt in de 1e of 2e ring (trekker/volger). Daarbij is het uitgangspunt dat deze gekozen richting later kan worden vertaald naar een bredere inzet binnen andere use-cases in de regio. Hiervoor vindt overleg plaats met andere regionale en landelijke initiatieven, om de 'lessons learned' mee te nemen en activiteiten te baseren op 'proudly copied from'.

- <u>Samenwerkingsstructuur</u>

Een gedragen voorstel voor de samenwerkingsstructuur (organisatie en governance) en afspraken over hoe gezamenlijke besluiten worden genomen. En hoe ieder domein hierin betrokken is.

- <u>Keuzes voor uitwisselingsstandaarden</u>

Uitwerking welke technische en operationele standaarden worden gebruikt voor gegevensuitwisseling en samenwerking tussen verschillende regionale en bovenregionale

initiatieven. De landelijke en Europese standaarden en verplichtingen voor interoperabiliteit zijn hierbij het uitgangspunt.

Koppeling met dit transformatieplan:
Binnen het Integraal Zorgakkoord (IZA) heeft sectoroverstijgende digitale gegevensuitwisseling een hoge prioriteit. Aangezien er in de regio nog geen volwaardige, gedeelde infrastructuur bestaat, waarin deze gegevensuitwisseling kan plaatsvinden is de wens toe te werken naar aansluiting bij landelijke en (boven)-regionale ontwikkelingen van een gezamenlijke IT-infrastructuur voor primaire en secundaire databeschikbaarheid.

➔ *Daarvoor nemen we in dit transformatieplan eenmalig investeringen op ter bevordering van gegevensuitwisseling en een gezamenlijke IT- infrastructuur.*

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

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

Ter aanvulling vanwege de tooling 'informatievoorziening wachttijden' (zie 5.5) in relatie tot het Mentaal Schakelpunt:
In de regio is gekozen voor de tool slimverwijzen.nl. Centraal Gelderland is een van de eerste regio's waar ervaring met deze tooling wordt opgedaan. Echter voorliggend is om aan te sluiten op het Mentaal Schakelpunt, conform de wens in andere regio's/landelijk. Eventuele besluiten over leveranciers e.d. zullen dan ook via de Stuurgroep verlopen.

2 Anders denken, doen en organiseren

Anders denken, doen en organiseren wordt vaak als terminologie gebruikt voor transformeren. Wat betekent dit dan voor de dagelijkse praktijk? Hoe organiseer je dit?

De samenwerkende partners onderkennen dat transformatie van iedereen 'anders handelen' vraagt. Op alle niveaus. De volgende kernwaarden zijn hierin leidend[7]:

I. **Gelijkwaardig Samendoen boven Delen en Schotten**: samenwerking wordt bewust gekozen als fundamentele route, ondanks oude grenzen tussen domeinen en beroepen. Het vraagt moed om verantwoordelijkheid en kwetsbaarheid te delen— ook als dit 'van nature' niet gebeurt.
II. **Ruimte voor Leren boven Snelheid van Resultaat**: reflectie en ruimte om samen te zoeken en te leren zijn essentieel. Zelfs als dit frustreert of traag voelt. De druk om meetbare, snelle successen loslaten, vormt een bewuste keuze en is spannend.
III. **De Inwoner Echt Centraal boven Systemisch Gemak**: het verlangen is om inwoners (en dus ook onszelf als mens) als uitgangspunt te nemen. Zelfs als bestaande

[7] Bron: cliëntpanel - 26 mei 2025; regiobijeenkomst inclusieve wijk; uitkomsten tafel 'inwonerperspectief' - 6 mei 2025; bestuurlijk overleg toegankelijkheid GGZ Centraal Gelderland - 3 juli 2025.

protocollen en infrastructuren dit lastig maken. Dit vraagt lef om het soms anders te doen of minder te doen.

IV. **Delen van Leiderschap boven Behoefte aan Controle**: de verandering naar gedeeld leiderschap vraagt loslaten van het idee van individuele verantwoordelijkheid; dat botst met juridische reflexen, eigen specialismen, fixatie op 'wie is eindverantwoordelijk?' of wegschuiven van verantwoordelijkheden. Deze beweging vraagt om onderlinge verbinding en vertrouwen, die ontstaan door ontmoeting te faciliteren.

In dit transformatieplan wordt dit vertaald door ons handelen vanuit een andere 'mindset' te organiseren, namelijk;

- *Focus op herstel en normaliseren van imperfectie*.
  Het huidig denken in stoornissen vraagt om een nieuwe manier van interpretatie van iemands klachten. Vaak zijn deze klachten een logische reactie c.q. aanpassing op iemands levenservaringen. Deze 'andere bril' stelt andere vragen aan de inwoner en vraagt een andere benadering van de professional. Een ervaringsdeskundige kan hierbij van grote waarde zijn.
- *Bevorderen van mentale gezondheid vanuit het positieve gezondheidsmodel van Machteld Huber*.
  Voorkómen van een 'cliënthouding[8]' en versterken van de menselijke gezonde basis c.q. veerkracht door de mens als geheel te blijven zien en te benaderen. Waarbij er ruimte is voor 'ander gedrag'. Vanuit een werkwijze waarbij de informele en formele partners gelijkwaardig samenwerken.

3 Inwonersperspectief

Tijdens het proces om te komen tot een transformatieplan is er een cliëntpanel gevormd, dat heeft meegekeken en meegedacht op de verschillende onderdelen van het Mentaal Gezondheidsnetwerk. Voorafgaand aan elke regionale bijeenkomst kwam het cliëntpanel bijeen om input te leveren. Deze input werd vervolgens ingebracht tijdens de bijeenkomst. Incidenteel haakte een cliënt aan bij een regionale bijeenkomst of een bijeenkomst van de schrijversploeg van dit transformatieplan. Ook hebben een paar cliënten meegekeken op de inhoud van dit transformatieplan.

Inbreng vanuit eigen ervaring is enorm waardevol, reden om dit ook naar de toekomst te borgen door:

- Het cliëntpanel in stand te houden, uit te breiden en uit te laten groeien naar een netwerk. Dit heeft als voordeel dat er meer mensen kunnen reageren op een voor hen passend moment en onderwerp.
- Connectie te maken met de *participatie hub* die in de regio in ontwikkeling is.
- Naast het cliëntperspectief veel waarde te hechten aan het perspectief van naasten. Ook zij krijgen een plek in dit netwerk.
- Het cliëntpanel een plek te geven binnen de governance structuur van het Mentaal Gezondheidsnetwerk. In november wordt de governance besproken binnen het

[8] Met de cliënthouding wordt hier de 'slachtoffer'-positie bedoeld vanuit de drama driehoek. Frequent wordt/laat de cliënt zich in een afhankelijke positie (of consumentpositie) gezet/zetten en de professional in de 'redder-positie'. Risico: een ondermijning van de regiepositie van de cliënt en te dominante positie van de GGZ-professional.

'bestuurlijk overleg Toegankelijkheid GGZ Centraal Gelderland'. Vanuit het basisprincipe om te werken vanuit een gelijkwaardige samenwerking, krijgt het cliënt- en naastenperspectief hierin een plek.
- De cliënt en naaste als vaste stakeholder op te nemen in de monitoring (hoofdstuk 8).

4. Deelplan Pijler 1: Mentaal vitale wijk

Het bevorderen van de mentale veerkracht van inwoners en het stimuleren van hun eigen regie begint bij de basis: de wijk. Juist in de directe leefomgeving—waar mensen wonen, werken, en elkaar ontmoeten—ligt een belangrijke sleutel tot duurzame verandering. Denk aan buurthuizen, scholen, sportverenigingen en informele netwerken. Hier ontstaat ruimte voor verbinding, herkenning en ondersteuning.

Een krachtige manier om inwoners te activeren en hulpvragen te normaliseren is door de inzet van 'peers': mensen uit de gemeenschap die zelf ervaring hebben met bepaalde uitdagingen en die hun verhaal willen delen. Door hun herkenbaarheid en gedeelde achtergrond kunnen zij anderen inspireren, motiveren en ondersteunen. Dit draagt bij aan het doorbreken van stigma's en het versterken van vertrouwen. In dit hoofdstuk wordt een context van 'peers' gerealiseerd middels het organiseren van laagdrempelige steunpunten in de regio.

4.1. Laagdrempelig steunpunten

4.1.1. Inleiding

Het IZA omschrijft de laagdrempelige steunpunten zo: "Alle mensen met een psychische hulpvraag, met name mensen met een ernstige psychiatrische aandoening, weten in 2025 de weg te vinden en/of worden actief verwezen naar laagdrempelige steunpunten en digitale lotgenotengroepen (in plaats van of naast verwezen te worden naar de GGZ)". *Bron: Integraal Zorgakkoord, september 2022.*

In het verlengde hiervan wil de regio Centraal Gelderland een regionaal dekkend herstelnetwerk (dit zijn laagdrempelig steunpunten) organiseren dat aansluit op de bestaande basisinfrastructuur in de wijken.

Ter verduidelijking staan hieronder de kenmerken[9] van laagdrempelige steunpunten.
- Ervaringswerkers zijn in de 'lead'. Inzet op peersupport helpt om anderen die met soortgelijke worstelingen leven te vinden en om samen een ruimte te creëren waar je vrij van stigma mag zijn. Hier komt collectieve ervaringskennis samen.
- Gericht op leren, herstel en ontwikkeling. Dit gaat verder dan een luisterend oor en een kop koffie. Dit is dus een ander aanbod dan bij inloop- en buurtcentra die een warm welkom en ontmoeting faciliteren in de wijken. Samenwerking tussen inloop- en buurtcentra is wenselijk, om elkaar te versterken en aan te vullen.
- Co-creatie en gezamenlijk eigenaarschap voor en door bezoekers onder begeleiding van vrijwilligers en medewerkers als gelijkwaardige mensen en in wederkerigheid.

[9] https://vng.nl/publicaties/realisatie-iza-afspraak-laagdrempelige-steunpunten-handvatten-voor-de-regios

- Laagdrempelige steunpunten zijn ingebed in het sociaal domein. Er wordt samengewerkt met lokale teams, welzijn en GGZ-professionals (voor scholing en expertise door contactpersonen) en eerstelijnszorg.
- De behoefte van de mens staat centraal. We werken vraaggericht zonder stappenplannen of protocollen.
- Laagdrempelig toegankelijk, iedere inwoner heeft toegang tot dit steunpunt en is welkom. In het bijzonder mensen met een psychische en sociaal-emotionele kwetsbaarheid en hun naasten.

4.1.2 Doelstellingen

- Inwoners kunnen laagdrempelig in hun eigen omgeving werken aan herstel. Waardoor het beroep op de GGZ-behandeling vermindert.
- Professionals kunnen hun cliënten naar een breed aanbod van herstelgerichte activiteiten doorverwijzen waardoor er minder verwezen wordt naar de curatieve GGZ.
- Door de komst van laagdrempelige steunpunten in de regio, wordt voorzien in een laagdrempelige ondersteuning op het gebied van mentale kwetsbaarheid.
- Door laagdrempelige steunpunten te plaatsen in het sociaal domein wordt mentale kwetsbaarheid sterker genormaliseerd en minder gemedicaliseerd. Daarmee wordt een beweging in gang gezet.

4.1.3 Doelgroep

Liever gebruiken we niet de term EPA (Ernstig Psychiatrische aandoening), omdat deze term al snel de connectie oproept met de 'verwarde man'. De term wordt als 'medicaliserend' ervaren en heeft een negatieve lading. Maar omdat deze definitie in de landelijke data wel wordt gehanteerd, welke we gebruiken voor de uitwerking van de businesscase, wordt het in dit plan gebruikt. Het verzoek aan de lezer om dit tegen deze achtergrond te lezen.

Afhankelijk van de fase van herstel varieert de behoefte van de betreffende inwoner. De herstelfases worden hierin geduid als:

0. Aanloopfase
1. Overweldigd door de kwetsbaarheid (crisis)
2. Worstelen met de kwetsbaarheid
3. Leven met de kwetsbaarheid
4. Leven voorbij de kwetsbaarheid

Laagdrempelige steunpunten helpen mensen in fase 0, 2 en 3. In fase 3 en 4 kan iemand zelf een voorbeeldfunctie (ervaringsdeskundige) vervullen voor anderen.

4.1.4 Huidige situatie

De regio hecht veel waarde aan een lokale infrastructuur voor de sociale basis ter bevordering van een vitale gemeenschap in een buurt, dorp of wijk. Met daarbij aandacht voor zelfmanagement, ervaringsdeskundigheid en informele ondersteuning (zie ook de kadernota Beschermd Wonen, Samen aan Zet, 2022 e.v.[10]). Bij het verder ontwikkelen van de sociale basis en lokale infrastructuur, kent elke (regio)gemeente eigen ontwikkelingen en prioriteiten. In iedere gemeente is er een divers aanbod aan voorzieningen en

[10] Kadernota: Samen aan zet; De volgende stap in de transformatie van beschermd wonen naar beschermd thuis, 2022 en verder; Regio Centraal Gelderland, 8 oktober 2021. Hoofdstuk 4: De lokale opgave.

arrangementen in het sociaal domein. Er zijn vrij toegankelijke inloopvoorzieningen (buurthuizen, huiskamers) met mooi preventief aanbod, maatjesprojecten en (informele) hulpdiensten.
Er is op dit moment één laagdrempelig steunpunt conform de gestelde criteria[11] in regio Centraal Gelderland, deze is gesitueerd in Arnhem-Noord en vormt een belangrijke voorziening voor inwoners met een psychische kwetsbaarheid die behoefte hebben aan ondersteuning. Naast dit steunpunt is er in de regio ook herstel- en preventief aanbod in ontwikkeling. Zo biedt de gemeente Overbetuwe sinds kort op twee locaties – Elst en Heteren – een kleinschalige herstelwerkplaats. Daarnaast zijn er ook zorgorganisaties die hun aanbod uitbreiden met meer mogelijkheden voor collectieve vormen van ondersteuning en lotgenotencontact.
Het al bestaande aanbod en de breed gedeelde wens dit verder te ontwikkelen, vormt een solide basis om verder op voort te bouwen. Het biedt kansen om een samenhangend netwerk van laagdrempelige steunpunten in de regio te realiseren, waarin inwoners op meerdere plekken terecht kunnen voor hulp, ondersteuning en ontmoeting. Door deze initiatieven met elkaar te verbinden en uit te breiden, kan de regio werken aan een toegankelijk en duurzaam ondersteuningsnetwerk dat aansluit bij de behoeften van inwoners.

4.1.5 Wenselijke situatie

Het is op dit moment niet haalbaar om binnen een termijn van vijf jaar in iedere gemeente een laagdrempelig steunpunt dat aan al de criteria voldoet te realiseren. Bovendien is het de vraag of een dergelijke volledige dekking noodzakelijk is. Wel is het wenselijk om een regionale spreiding van aanbod overeenkomstig de criteria van laagdrempelige steunpunten over de regio te organiseren vanuit een aantal kernlocaties waarbij ook kleinere kernen en dorpsgemeenschappen worden aangehaakt (gedacht wordt aan 5 a 6 laagdrempelige steunpuntlocaties). Deze aanpak sluit aan bij bestaande herstelinitiatieven en zorgt voor een netwerk dat voor iedere inwoner 'dichtbij' is.
Binnen laagdrempelige steunpunten nemen ervaringsdeskundigen een centrale rol in en wordt er in co-creatie met de bezoekers en deelnemers een plek gecreëerd waar inwoners met een psychische kwetsbaarheid meer mogelijkheden en ruimte ervaren. De ontwikkeling biedt tevens de mogelijkheid om op regionaal niveau een samenwerking tussen ervaringsdeskundigen te versterken. Dit zorgt ervoor dat ervaringsdeskundigen ook op kleinere locaties voldoende ondersteuning ('holding') ervaren, wat bijdraagt aan de continuïteit en stabiliteit van hun inzet.

4.1.6. Interventie

Het realiseren van een infrastructuur van laagdrempelige steunpunten in de regio, waardoor voor elke inwoner (voor zichzelf of als naaste) met een psychische kwetsbaarheid in Centraal Gelderland passend aanbod te vinden is.

Toegevoegde waarde laagdrempelige steunpunten vanuit cliëntperspectief
Uitvraag bij het cliëntpanel van Centraal Gelderland geeft inzicht in de toegevoegde waarde van een laagdrempelig steunpunt. Bezoekers en vrijwilligers omschrijven de laagdrempelige steunpunten als:

- Inzicht gevend, spiegel.

[11] https://vng.nl/publicaties/realisatie-iza-afspraak-laagdrempelige-steunpunten-handvatten-voor-de-regios

- Informatie krijgen, sociale kaart (doorverwijzen), rechten als cliënt/patiënt.
- Vaardigheden op doen.
- Spanning kwijtraken en hervinden van een hoopvol perspectief.
- Normaliseren.
- Nuttig maken voor de ander, zich mens voelen.
- Waardering krijgen, daar groeien we het hardst van!

De deelnemers willen het volgende nog graag meegeven bij het opzetten van laagdrempelige steunpunten:

- Bied live en online aanbod en de mogelijkheid om ook ergens anoniem naar toe te kunnen (online of live in een andere wijk/gemeente).
- Realiseer aanbod voor het persoonlijk netwerk, dit is van groot belang. Bied ook informatie en ontmoetingsmogelijkheden aan voor naasten.
- Oproep aan professionals: neem laagdrempelige steunpunten serieus. Weet op welke momenten je mensen hier naartoe kan sturen (is bij veel professionals niet goed bekend). Helpend hierin zijn: Welzijn op Recept! En Mental Health Verbindt (in Nijmegen).

Waaraan leveren laagdrempelige steunpunten en bijdrage? Input vanuit eigen ervaring:

- *Leren de regie te pakken. Door kennis op te doen, te praten met ervaringsdeskundigen, verantwoordelijkheid te (leren) nemen voor het eigen proces, een hele lange adem…, opkomen voor jezelf.*
- *Leren jezelf te uiten. Open en concreet communiceren. Hulpvraag stellen. Bevestigend ervaringen opdoen bij anderen die jouw ervaring (kunnen) bevatten.*
- *Steunend netwerk opbouwen. Eigen netwerk, ook binnen de GGZ. Met eigen netwerk, samen opkomen voor behoeften.*
- *Inzicht dat eenieder echt hulp nodig heeft. Durven om hulp te vragen. Opname aangaan en hulp accepteren.*
- *Vertellen wat niet goed gaat en dat ik dat niet meer wil.*
- *Trouw blijven aan jezelf. Identificeren buiten je ziekte. Je bent niet je ziekte. Humor.*
- *Strijdbaar zijn. Koppig, pitbull zijn, doorzettingsvermogen, uitdagingen aangaan, risico's nemen, blijven 'zeuren' om / strijden voor …. , actief UIT GGZ proberen te blijven, opkomen voor jezelf, assertief worden.*

4.1.7. Fasering implementatie 2025-2029

Fase 1: Voortbouwen op fundament (Q1-Q3 2026)

- Concretisering uitgangssituatie (0-meting): Wat is het huidig niveau qua laagdrempelig aanbod gericht op ontmoeting, herstel en educatie per gemeente inclusief aantal bezoekers? Hoe verhoudt zich dit tot het aanbod conform de gestelde criteria van de laagdrempelige steunpunten[12] Eventueel aangevuld met informatie zoals visie en organisatorische context (personeel en praktisch).
- Het huidig laagdrempelig steunpunt in Arnhem wordt uitgebreid, zodat het een volwaardig pakket aan ervaringsdeskundige zelfregie- en herstelactiviteiten kan bieden. Hiermee zal het een regionale rol vervullen in het organiseren en faciliteren van het ontbrekend aanbod in de regio.
- Per gemeente wordt afgestemd op basis van de uitgangssituatie, in welk tempo welk (aanbod van) laagdrempelige steunpunten wordt gecreëerd.

[12]Laagdrempelig steunpunt: definitie conform beschreven in document 'Landelijk dekkend netwerk van laagdrempelige steunpunten', 27 oktober 2023. Handvatten netwerk laagdrempelige steunpunten IZA

Fase 2: Realisatie en verbinden (vanaf Q3 2026-Q4 2028)

- Gefaseerde uitrol over de regio van laagdrempelige steunpunten, conform afgestemd met de verschillende gemeenten. Het laagdrempelig steunpunt vanuit Arnhem heeft hierin een coördinerende en faciliterende rol ten behoeve van de regio.
- Intensiveren dan wel leggen van verbindingen met formele en informele partners en ervaringsdeskundigen in de wijk, zodat het laagdrempelige steunpunt aansluit bij wat in de wijk al aanwezig is. Denk hierbij aan buurthuizen, vrijwilligersinitiatieven, welzijn, wijk-/buurtteams, huisartsen, GGZ.
    - Het is belangrijk om elkaar te vinden (sociale kaart-functie) en adequaat naar elkaar te kunnen verwijzen (op de hoogte zijn van elkaars (on)mogelijkheden).
    - In de verbinding met de GGZ wordt extra geïnvesteerd in het aansluiten bij het FACT-team, zodat de doorstroming naar het laagdrempelig steunpunt wordt vergroot. Hierdoor wordt de intensiteit en duur van de GGZ -behandeling verkort.

  Het is ook belangrijk te weten hoe er onderling ondersteuning kan worden geboden en te ontdekken waar het wenselijk is expertises bij elkaar te brengen. Een laagdrempelig steunpunt vertrekt vanuit de wensen van de gebruikers met en door ervaringsdeskundigen.

De verbindingen worden gelegd door:

- Onderlinge uitwisseling mogelijk te maken op het gebied van verwachtingen, expertise (wat kan ik wel en wat niet) en werkwijze in de wijk/dorpskern.
- Afspraken te maken over de ondersteuning vanuit formele en informele partners onderling. Hoe kunnen we elkaar bereiken/vinden bij (acute) vragen. In wijken waar gewerkt wordt met 'kwartiermakers' wordt verbinding gelegd met het netwerk van sleutelpersonen en kwartiermakers.
- Te leren van voorbeelden uit de regio, zoals gezondheidspleinen, blauwe wijk Arnhem en Welzijn op Recept. Goede initiatieven worden gedeeld op regionaal niveau.
- Te leren van ervaringskennis en het ervaringsdeskundig perspectief, door scholing, intervisie, casuïstiekbesprekingen, consultatie en/of cursussen.
- Te investeren in de opleiding tot ervaringsdeskundige (vrijwilliger), waarin naast de Ixta Noa opleiding actief wordt samengewerkt met mbo/hbo opleidingsinstellingen.

4.1.8 KPI's en financiële onderbouwing

Intentie komende 5 jaar	**2025**	**2026**	**2027**	**2028**	**2029**
Verwachte aantal unieke bezoekers laagdrempelige steunpunten	-	200	300	450	600

Recent is een laagdrempelig steunpunt gestart in regio Centraal Gelderland, in één gemeente op één locatie. Laagdrempelige steunpunten zijn een belangrijke randvoorwaarde voor het effectief implementeren van interventies zoals het Verkennend Gesprek en voegen een extra perspectief toe -namelijk ervaringsdeskundigheid- in de samenwerking tussen professionals in de wijk. Vandaar dat er sterk wordt geïnvesteerd in het ontwikkelen van laagdrempelige steunpunten in de regio. Vanwege de noodzakelijke verbinding met de lokale context in elke gemeente (die verschilt) vraagt dit wel een gefaseerde en degelijke opschaling.

KPI

	KPI	Bewijsvoering	Type Kpi
7	In 2026 zijn er 200 extra unieke bezoekers (t.o.v. 2025) aan de laagdrempelige steunpunten geregistreerd in regio Centraal Gelderland.	Notitie met beschrijving 0-meting laagdrempelig aanbod gericht op ontmoeting, herstel en educatie per gemeente en 0-meting voor aantallen bezoekers (conform criteria Ixta Noa). Oplevering monitorrapport met o.a. aantal bezoeken conform werkwijze Ixta Noa.	Resultaat
9	In 2027 er 300 extra unieke bezoekers (t.o.v. 2025) aan de laagdrempelige steunpunten geregistreerd in regio Centraal Gelderland.	Notitie met stand van zaken gerealiseerde opbouw aanbod laagdrempelige steunpunten per gemeente. Monitorrapport met o.a. aantal unieke bezoeken conform werkwijze Ixta Noa.	Resultaat

Financiële onderbouwing laagdrempelige steunpunten

Voor het onderwerp laagdrempelige steunpunten komt onderstaand resultaat uit de business case (zie afbeelding 12). De exploitatiekosten worden grotendeels betaald vanuit het sociaal domein/sociale basis. De kosten die niet gedekt kunnen worden vanuit de besparingen van het sociaal domein/sociale basis komen ter rekening van de ZVW. Dit is een hoogte van ongeveer € 877k over de gehele transformatie. In 2026 en 2027 wordt er voor het exploitatiegebruik gemaakt van SPUK-transformatiemiddelen IZA.



Afbeelding 12: Resultaat laagdrempelige steunpunten

Alle getoonde cijfers omtrent de financiële onderdelen betreffen de volledige transformatie van 5 jaar (2025 – 2029). Het aantal GGZ-behandelingen betreft zowel specialistisch als basis GGZ.

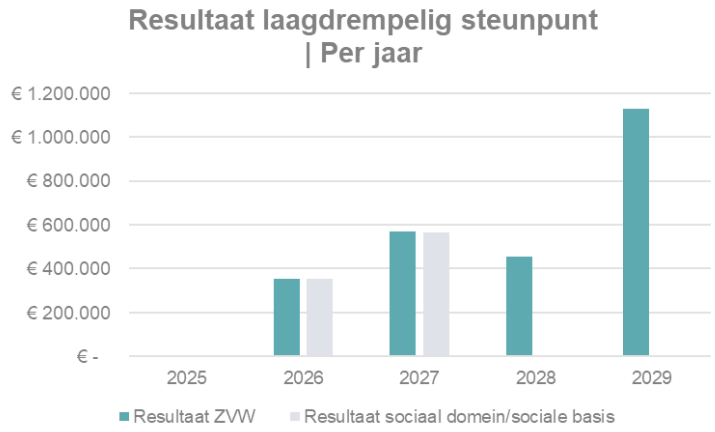
In onderstaande tabel is de uitsplitsing te vinden voor de periode tot en met 2027 (duur aanvraag IZA middelen) en de periode tot en met 2029.

	Tot en met 2027	**2028 - 2029**	**Totaal**
Resultaat ZVW	€ 924.746	€ 1.586.053	€ 2.510.799
Resultaat Sociaal domein	€ 918.778	€ 0	€ 918.778
Investering IZA ZVW	0	n.v.t.	0
Investering SPUK-transformatiemiddelen IZA	€ 1.581.997	n.v.t.	€ 1.581.997
Behandelingen GGZ	250	525	775

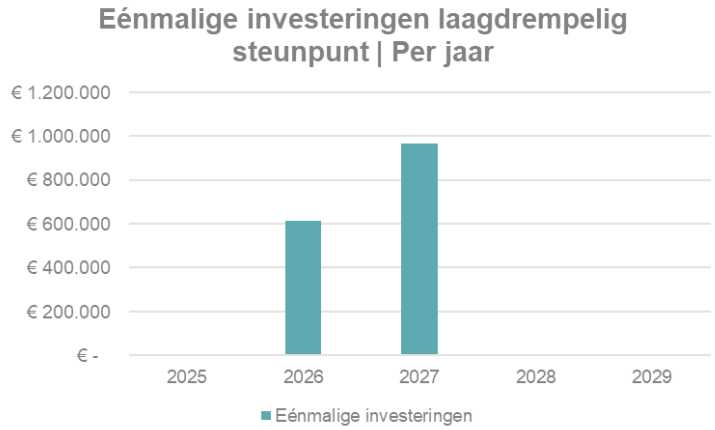
Tabel 13: Resultaten en investeringen laagdrempelige steunpunten en impact op behandelingen GGZ

Naast de verhoogde instroom elk jaar, neemt ook het aantal personen dat via CTP/overlegtafel verwezen wordt naar de laagdrempelige steunpunten toe. De personen die via het CTP/overlegtafel verwezen zijn, leveren naar verwachting een hogere besparing op. De opbrengsten nemen daarom jaarlijks toe. In 2026 en 2027 wordt er gebruikt gemaakt van SPUK-transformatiemiddelen IZA hierdoor is er sprake van een positief resultaat voor het sociaal domein en sociale basis.

Het financieel resultaat per jaar van laagdrempelige steunpunten is terug te zien in afbeelding 14. De eenmalige investeringen zijn terug te zien in afbeelding 15. De totale eenmalige investering bedraagt een bedrag van €1,6 miljoen.



Afbeelding 14: Financieel resultaat laagdrempelige steunpunten per jaar ZVW en sociaal domein/sociale basis



Afbeelding 15: Uitsplitsing laagdrempelige steunpunten eenmalige investeringen per jaar

5. Deelplan Pijler 2 juiste zorg op de juiste plek

De 4 kernelementen van het mentaal gezondheidsnetwerk komen samen in deze pijler. Op basis van de ervaringen binnen de pilot 'Centraal Toeleidingspunt' (CTP) in regio Arnhem-Nijmegen, wordt het Verkennend Gesprek uitgewerkt. Deze gesprekken worden door duo's uitgevoerd door een professional met expertise op het gebied van GGZ en sociaal domein of ervaringsdeskundigheid.

Voor een integrale blik -van sociale basis tot GGZ-behandelmogelijkheden- is het wenselijk professionals in het werkveld hierin te voorzien met passende en actuele informatie. Dit is ook een voorwaarde voor het passend adviseren binnen het Verkennend Gesprek, vandaar dat de sociale kaart en het netwerk van wegwijzers is opgenomen als onderdeel van pijler 2.
Het transfermechanisme en domein overstijgend casuïstiek overleg zijn bestaande functionaliteiten in regio Arnhem, namelijk binnen de wekelijks georganiseerde Overlegtafel. Er wordt ingezet op uitbreiding van bepaalde expertises aan tafel en vergroting van de regio, van Arnhem naar Centraal Gelderland. Consultatie vanuit de GGZ aan de 1e lijn en sociaal domein en sociale basis kan mismatches voorkomen (verkeerde wachtlijst, onnodige verwijzingen). Tenslotte wordt de functionaliteit informatievoorziening wachttijden besproken. Centraal Gelderland is pilotregio voor 'slimverwijzen.nl' waarin de wachttijden van GGZ-behandelaanbieders inzichtelijk is voor huisartsen en GGZ-behandelaren. Een cruciaal onderdeel voor de professionals van het Verkennend Gesprek, maar ook voor de huisarts die naar de behandelaar met de kortste wachttijd wil verwijzen.

5.1 Het Verkennend Gesprek

5.1.1 Inleiding

Het Verkennend Gesprek (VG) vormt een centrale interventie binnen het Mentaal Gezondheidsnetwerk Centraal Gelderland voor passende ondersteuning aan inwoners. Het gesprek is bedoeld om inwoners bewust te maken van wat zij zelf, eventueel met hulp van naasten, kunnen doen en welke zorg en/of ondersteuning passend is. De huidige focus op enkel mentale gezondheid en GGZ-behandeling wordt hiermee verbreed naar een holistisch perspectief op gezondheid, gebaseerd op de principes van positieve gezondheid. De nadruk ligt op gezondheid in plaats van ziekte. De situatie en vraag van de inwoner staan centraal, waarbij vooral gekeken wordt naar wat belemmerend werkt in het ervaren van gezondheid en welzijn. Tijdens het gesprek wordt in kaart gebracht wat de inwoner nodig heeft. Als uitkomst van het gesprek volgt een (voorlopige) conclusie van wat de inwoner ziet als best volgende stap. Dat kan een vorm van ondersteuning zijn, een behandeling maar ook iets anders. Deze conclusie wordt opgenomen in een kort verslag.

5.1.2 Doelstellingen

- Reductie wachtlijsten en wachttijden.
- Betere organisatie (domein)overstijgende samenwerking.
- First time right, direct naar passende plek.
- Voorkómen dat cliënten belanden in een 'wachtstand'.

5.1.3. Doelgroep

Het Verkennend Gesprek is bedoeld voor inwoners van 18 jaar of ouder voor wie een eendimensionale aanpak met zorg of ondersteuning door alleen de huisarts/POH-GGZ, behandel-GGZ of sociaal domein niet lijkt te volstaan. Oftewel het is een passend instrument bij vragen op meerdere levensdomeinen of diffuse hulpvragen.

5.1.4 Huidige status

Er komen nog steeds mensen in de GGZ die beter, eerder of tegelijkertijd geholpen kunnen worden in het sociaal domein of binnen de sociale basis, door bijvoorbeeld zelfhulpmethodieken of peersupportgroepen. Daarnaast is één vorm van hulp vaak niet passend bij problematiek die over verschillende levensdomeinen gaat. In 2024 heeft er in de regio Centraal Gelderland een pilot gedraaid met het Verkennend Gesprek. Deze is inmiddels gestopt en geëvalueerd.

5.1.5 Wenselijke situatie

Het Verkennend Gesprek biedt een laagdrempelige, integrale toegang tot ondersteuning en zorg voor alle inwoners met psychische klachten in de regio van wie de hulpvraag niet meteen duidelijk is. Het gesprek is toegankelijk via de huisartsen[13] en wordt uitgevoerd door een team uit de betrokken organisaties. De financiering volgt de inwoner en is niet langer gebonden aan één specifieke GGZ-instelling of een domein. Het eigenaarschap is belegd bij een netwerkverband waarin alle partners vertegenwoordigd zijn. Dit zorgt voor effectieve domein overstijgende samenwerking en minimale wachttijden. Professionals zijn goed op de hoogte van elkaars expertise.
Wanneer iemand zich met een hulpvraag meldt die meerdere levensdomeinen raakt (zoals psychisch welzijn, financiën, huisvesting of sociale relaties), betekent dat overigens niet automatisch dat alle betrokken domeinen tegelijk moeten worden geactiveerd of aangepakt. Juist bij complexe situaties kan het ook heel effectief zijn om terug te gaan naar de basis: zorgen dat iemand eerst weer grip krijgt op één of twee overzichtelijke onderdelen van het dagelijks leven. Oftewel het inzetten van het multi-perspectief op de hulpvraag is wenselijk. De aanpak kan divers zijn, van mono- tot een multidisciplinaire aanpak. Dit is maatwerk.

Hoewel de frequentie en noodzaak van het Verkennend Gesprek voor complexe probleemoplossing na een intensieve leerperiode mogelijk afnemen door betere matching, kan het gesprek een blijvende waarde houden als startpunt, voor periodieke check-ins en bij uitstroom uit zorg (nader te evalueren). Grootste pluspunt is dat niemand meer in de ‘wachtstand’ blijft staan. Zodat niemand meer hoeft te wachten op zorg, maar wel dat mensen in ‘beweging’ blijven.

[13] Op basis van ervaringen elders (o.a. de Liemers) lijkt directe toegang via het sociaal domein niet wenselijk voor het Verkennend Gesprek, een adequate consultatie en laagdrempelige beschikbaarheid van expertise vanuit GGZ en ervaringsdeskundigheid voor het sociaal domein is hierin voorliggend. Blijft wel een punt van aandacht in de evaluatiecyclus.

5.1.6. Interventie

Het Verkennend Gesprek is een eenmalig (soms tweede) gesprek waarbij:

- Een perspectief vanuit de brede positieve gezondheid wordt geboden (focus op mentale gezondheid vanuit de brede blik), de hulpvraag van de inwoner leidend is, gericht op de concrete vraag.
- Experts vanuit het GGZ en wijkteams of ervaringsdeskundigheid aansluiten bij het gesprek met de inwoner en diens persoonlijk netwerk. Specifieke expertise (van welzijn tot specialistische expertise) is op de achtergrond beschikbaar en er is ruimte om deze expertise ook in te zetten als deelnemer aan het Verkennend Gesprek.
- Voor het instrument consultatie snel passende expertise vanuit de GGZ beschikbaar is, overeenkomstig de behoefte vanuit sociaal domein, sociale basis en huisartsen/POH-GGZ. De landelijke uitgangspunten blijven ongewijzigd.
- De regie zoveel mogelijk bij de inwoner ligt, ook als het gaat om de organisatie van het gesprek. Professionals ondersteunen de inwoner bij het maken van keuzes en het navigeren door het aanbod, rekening houdend met wat iemand zelf al gedaan heeft of kan en met respect voor diens eigen tempo.
- Gesprekken primair online of hybride (1 professional live en 1 professional online) plaatsvinden om de laagdrempeligheid te vergroten. Volledige live gesprekken zijn mogelijk bij uitzondering of wanneer de situatie daarom vraagt.
- Gebruik wordt gemaakt van Artificiële Intelligentie (AI) (zie ook hoofdstuk 6) ten behoeve van het ontlasten van de professional qua administratieve werkzaamheden, namelijk het samenvatten van het gesprek en schrijven van een verslag.

Cruciale onderdelen:

- Gezamenlijk eigenaarschap en financiering via een netwerkverband waarin alle relevante partners vertegenwoordigd zijn.
- Benadering vanuit positieve gezondheid die verder gaat dan alleen mentale gezondheid. Met brede expertise vraaggericht beschikbaar op de achtergrond.
- Lerend netwerk met partners die elkaar versterken in breed kijken, expertise delen en werken vanuit vertrouwen en gelijkwaardigheid.
- Adequate infrastructuur (ICT, communicatie, juridisch) voor effectieve samenwerking en terugkoppeling naar verwijzers en andere partners met oog voor gebruiksvriendelijkheid en aansluiting bij bestaande systemen.
- Vastleggen afspraken: we werken in de regio vanuit de afspraken die we hebben gemaakt met elkaar, zie: Verwijsafspraken GGZ Centraal Gelderland

Aanvullende randvoorwaarden:

- Financiering: niet gebonden aan één GGZ-instelling of domein, oftewel zoveel mogelijk via een onafhankelijke c.q. gezamenlijke route organiseren.
- Netwerk en/of organisatie: gezamenlijke juridisch geborgde samenwerkingsstructuur (netwerkverband/entiteit) met vertegenwoordiging van alle partners inclusief een effectieve governancestructuur.
- Infrastructuur:
    - Toegankelijke en vindbare sociale kaart(en)- online en ‘levende wegwijzers’ (zie onderdeel ‘sociale kaart’).
    - Toegankelijk dashboard (‘slimverwijzen.nl’) met wachttijden GGZ-behandelpraktijken.
    - Gebruiksvriendelijke ICT voor planning, uitvoering en veilige informatiedeling (AVG-veilig).

- Scholing: continue scholing en intervisie voor alle betrokken professionals en ervaringsdeskundigen.
- Capaciteit: voldoende gekwalificeerde professionals en ervaringsdeskundigen.

5.1.7 Fasering inrichting 2025-2029

Het Verkennend Gesprek lijkt van waarde te zijn, gebaseerd op de huidige ervaringen, onder andere in de gemeente Arnhem. Toch heeft elke stad en dorpskern eigen aandachtspunten. Om die reden werken we in fases. Zo kunnen we waar nodig bijsturen en constant een vinger aan de pols houden voor wat betreft inzet en effect.
De ervaring met het Centraal Toeleidingspunt (CTP)[14] in 2024 heeft geleerd dat een gezamenlijke aanpak vanuit diverse organisaties, over grenzen van domeinen heen, de brede blik versterkt en het oplossend vermogen vergroot. Deze beweging wil de regio Centraal Gelderland voortzetten.
Voorwaarde is dat het administratieve proces transparant en uitvoerbaar is en blijft voor alle betrokkenen en dat de ervaringen uit de CTP-pilot worden meegenomen.

Fase 1: Fundament (Q4 2025)

- Vorming projectteam met brede vertegenwoordiging van domeinen.
- Ontwikkeling gedeelde waarden en visie, inclusief principes van menselijke maat en gelijkwaardigheid.
- Juridische en organisatorische verkenning van een passend netwerkverband (eventueel uit te werken tot entiteit).
- Ontwikkeling training en intervisie voor professionals en ervaringsdeskundigen (Verkennend Gesprek, positieve gezondheid, samenwerking formeel/informeel).
- Verkenning van een financieringsstructuur Verkennend Gesprek waarbij het geld de inwoner (zoveel mogelijk) volgt.

Fase 2: Gefaseerde uitrol (2026)

- Inrichten adequate infrastructuur (ICT, communicatie, juridisch), startend met onderzoek naar aansluiting bij/uitbreiding van bestaande systemen (bijv. OZO-verbindzorg). Infrastructuur moet gebruiksvriendelijk zijn voor inwoners en de professional ontlasten.
- Opzet ontwikkelen voor monitoring en evaluatie voor het Verkennend Gesprek. Dit levert rapportages op qua inzet personeel, uitstroom, first time right en waardering vanuit verwijzer, inwoner en naaste.
- Start in Arnhem én/of -minimaal- één andere gemeente (dorpskern), focus op wijken/dorpskernen met goede infrastructuur van zelfhulp en peersupport. In eerste instantie focus op Verkennend Gesprek bij instroom. Bij opschaling ook Verkennend Gesprek bij uitstroom inzetten.
- Stapsgewijs ervaring opdoen met AI binnen het Verkennend Gesprek o.b.v. het vooronderzoek zoals beschreven in hoofdstuk 7.
- Implementatie lerend systeem vanuit reflexief monitoring o.l.v. reflexief monitor begeleider.
- Implementatie monitoring en evaluatie, gevolgd door bijstelling.

[14] In de regio's Arnhem en Nijmegen is er een pilot geweest, waarin een Centraal Toeleidingspunt is gevormd van waaruit Verkennende Gesprekken zijn georganiseerd. In totaal zijn er 118 Verkennende Gesprekken in drie maanden uitgevoerd. Dit was een tijdelijke samenwerking tussen sociaal domein, GGZ, huisartsen en gemeenten.

Fase 3: Opschaling (2027-2028)

- Gefaseerde uitrol naar alle gemeenten.
- Formele borging van de samenwerkingsstructuur/het netwerkverband.
- Doorontwikkeling van het Verkennend Gesprek tot bredere intakevorm binnen het Mentaal Gezondheidsnetwerk.

Fase 4: Consolidatie (2029)

- Verkennend Gesprek is als 'nieuwe normaal' geïmplementeerd in de hele regio.
- Doorlopende kwaliteitsontwikkeling op basis van monitoring en ervaringen van inwoners, naasten, professionals (incl. ervaringsdeskundigen) van het Verkennend Gesprek en consultatie.

5.1.8 KPI's en financiële onderbouwing

	2025	2026	2027	2028	2029
Aantal normpraktijken (gemiddeld per jaar)	0	15	30	80	164
Percentage verwijzingen huisarts/POH naar CTP	21%	21%	21%	21%	21%
Type investering AI	Scenario – Geen AI	Scenario – Administratietijd – conservatief	Scenario – Administratietijd – Positief	Scenario – Administratietijd – Positief	Scenario – Administratietijd – Positief

Afbeelding 16: Aannames CTP

Gebaseerd op de ervaringen tijdens de CTP[15] pilot in 2024 en de benodigde opschaling in het sociaal domein en de sociale basis (o.m. investering in laagdrempelige steunpunten) wordt er in de eerste twee jaren rustig opgebouwd voor wat betreft het includeren van huisartsenpraktijken. Dit wordt van grote waarde geacht voor het vergroten van het 'anders werken' en het inrichten van een faciliterende werkomgeving voor de communicatie, planning en documentatie voor de betrokken stakeholders (huisartsen, cliënten, VG-professionals en GGZ-praktijken).
Naast aannames over opbouw instroom huisartsenpraktijken zijn er aannames gedaan over verwijzingen naar verkennend gesprek en afbuiging per transformatiejaar. Daarnaast krijgt 5% van de personen een tweede verkennend gesprek en in 5% van gesprekken haakt een derde persoon aan.

KPI
Onderstaande kpi's zijn beschreven met betrekken tot de implementatie van het Verkennende Gesprek in de regio.

	KPI's	**Bewijsvoering**	**Type Kpi**
2	Er is een tool die de planning faciliteert van de Verkennende Gesprekken.	Er is voor de betrokken stakeholders altijd een actueel inzicht in de planning van de verkennende gesprekken.	Inspanning
3a	Er zijn minimaal 380 verkennende gesprekken uitgevoerd.	Inzicht in het aantal gevoerde gesprekken a.d.h.v. de gebruikte tool	Inspanning
3b	In de periode januari t/m december 2026 is 20% van de verkennende gesprekken verwezen buiten de ggz.	Inzicht in het aantal gevoerde verkennende gesprekken a.d.h.v. de gebruikte tool. Uitkomsten van de 380 verkennende gesprekken zijn gemonitord en gerapporteerd aan de Stuurgroep.	Resultaat

[15] CTP = Centraal Toeleidingspunt

11a	Er zijn minimaal 750 verkennende gesprekken uitgevoerd.	Inzicht in het aantal gevoerde gesprekken a.d.h.v. de gebruikte tool.	Inspanning
11b	In de periode januari t/m december 2027 is 20% van verkennende gesprekken verwezen buiten de ggz.	Inzicht in het aantal gevoerde verkennende gesprekken a.d.h.v. de gebruikte tool. Uitkomsten van de 750 verkennende gesprekken zijn gemonitord en gerapporteerd aan de Stuurgroep.	Resultaat

Financiële onderbouwing CTP

Voor het onderwerp CTP komt onderstaande resultaat uit de business case (zie afbeelding 17). Hierbij is rekening gehouden met €6.000 kosten t.b.v. sociaal domein. Dit valt hoger uit dan de richtlijn business case (onderbouwing in business case, tabblad algemene input, rij 21, kolom F).

Voor de inzet bij het verkennend gesprek en de afbuiging van het verkennend gesprek worden in 2026 en 2027 SPUK-transformatiemiddelen IZA ingezet.



Afbeelding 17: Resultaat CTP

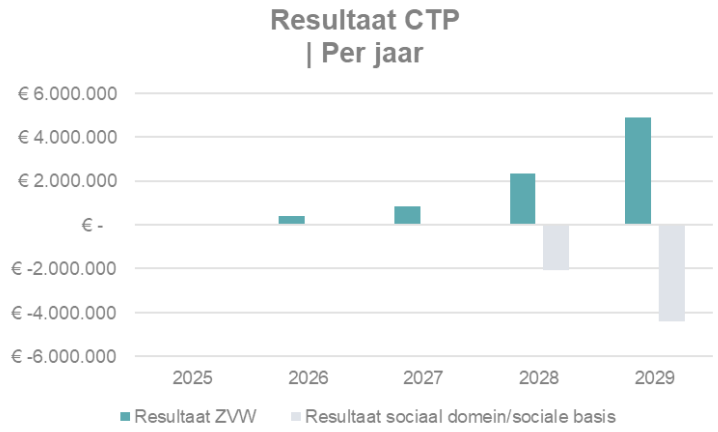
Alle getoonde cijfers omtrent de financiële onderdelen betreffen de volledige transformatie van 5 jaar (2025 – 2029). Het aantal GGZ-behandelingen betreft zowel specialistisch als basis GGZ.

In onderstaande tabel is de uitsplitsing te vinden voor de periode tot en met 2027 (duur aanvraag IZA middelen) en de periode tot en met 2029.

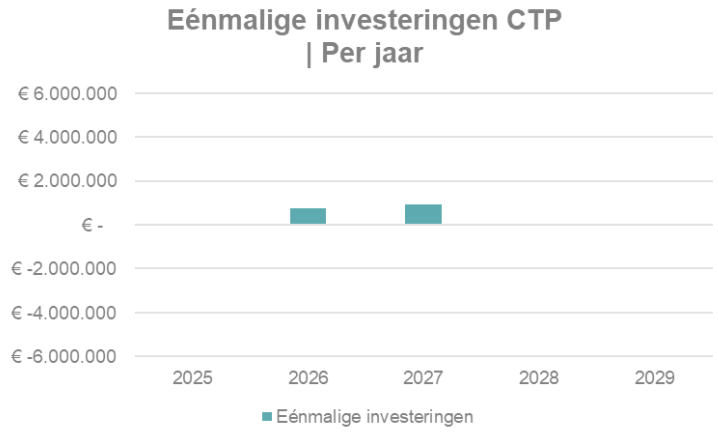
	Tot en met 2027	**2028 - 2029**	**Totaal**
Resultaat ZVW	€ 1.218.988	€ 7.239.009	€ 8.457.997
Resultaat Sociaal domein	€ 0	-€ 6.493.280	-€ 6.493.280
Investering IZA ZVW	€ 591.419	n.v.t.	€ 591.419
Investering SPUK-transformatiemiddelen IZA	€ 1.112.362	n.v.t.	€ 1.112.362
Behandelingen GGZ	404	2.158	2.562

Tabel 18: Resultaten en investeringen Verkennende Gesprekken en impact op behandelingen GGZ

Het resultaat voor de ZVW van het CTP groeit per jaar. Dit komt doordat het aantal verkennende gesprekken per jaar gaat toenemen. De kosten voor het sociaal domein/sociale basis nemen door de afbuiging per jaar toe (zie afbeelding 19). De éénmalige investeringen zijn terug te zien in afbeelding 20. De totale éénmalige investering bedraagt een bedrag van € 1,7 miljoen.



Afbeelding 19: Financieel resultaat CTP per jaar ZVW en sociaal domein/sociale basis



Afbeelding 20: Uitsplitsing CTP éénmalige investeringen per jaar

5.2 Sociale kaart

5.2.1 Inleiding

Met de juiste zorg op de juiste plek wordt van professionals in de verschillende domeinen gevraagd het brede aanbod goed in beeld te hebben. Alternatieve routes vragen zicht op alternatief passend aanbod. Dit zicht ontbreekt. Vandaar dat vanuit de regiobijeenkomsten is aangegeven dat er een behoefte is aan zicht hierop.

Een sociale kaart die ook voor inwoners toegankelijk is, bevordert de zelfredzaamheid. Bewoners krijgen inzicht in lokale activiteiten, initiatieven en de diversiteit aan mogelijkheden in welzijn en zorg. Ook is de sociale kaart een betrouwbare bron van informatie en een wegwijzer in de onlinemogelijkheden bij vragen op het gebied van mentale gezondheid.

5.2.2 Doelstelling

Een regionaal overzicht van het aanbod vanuit de sociale basis (gemeenschappelijk en institutioneel), zorg (incl. GGZ) en welzijn helpt inwoners en verwijzers om sneller en beter passende hulp te vinden waardoor zwaardere zorg voorkomen kan worden. Het vergemakkelijkt domeinoverstijgende samenwerking en doorverwijzing. Een regionaal overzicht kan in de toekomst een onderdeel zijn van een breder digitaal (gekoppeld) platform met dashboard wachttijden en verwijsafspraken.

5.2.3 Doelgroep

- Professionals die onvoldoende zicht hebben op het brede actuele aanbod op het gebied van mentale gezondheid in de regio en online.
- Inwoners die onvoldoende op de hoogte zijn van hun mogelijkheden om de mentale gezondheid te bevorderen en welk (deskundig) aanbod er in de regio en online voorhanden is.

5.2.4. Huidige situatie

De informatie over het aanbod vanuit de sociale basis (gemeenschappelijk en institutioneel), zorg (incl. GGZ) en welzijn in de regio is versnipperd. Een overzicht van het aanbod is essentieel voor het realiseren van goed werkend Metaal Gezondheidsnetwerk Centraal Gelderland.

5.2.5 Wenselijke situatie

Verbeterde toegankelijkheid van het complete zorg- en welzijnsaanbod en lokale (burger)initiatieven.
Efficiëntere (door)verwijzing en matching vraag/aanbod, wat bijdraagt aan 'first time right'.
De hulpvrager leert de toegevoegde waarde herkennen van de sociale basis, door verhoogd gebruik van beschikbare voorzieningen, informele steun en preventieve activiteiten.
Betere ondersteuning van digitaal minder vaardige inwoners.

5.2.6 Interventie

Ontsluit het complete zorgaanbod voor de regio Centraal Gelderland online en live (nulde-, eerste- en tweedelijns), formeel en informeel - voor zowel inwoners als professionals. Dit wordt ondersteund door een actief netwerk van ‘wegwijzers’ in de regio vanuit verschillende sectoren en expertises, zoals welzijn, GGZ, sociaal team, huisartsen/POH-GGZ en ervaringsdeskundigheid. In een groepsapp (zoals bijvoorbeeld Siilo) wordt kennis uitgewisseld. Als wegwijzer staan zij in verbinding met hun achterban vanuit de verschillende wijken/dorpen. Er is actieve verbinding met bestaande informatiepunten en initiatieven, zoals Welzijn op Recept.

We verbinden meerdere digitale platforms op 1 vindbare plek. Het online aanbod omvat naast het aanbod vanuit de sociale basis en de GGZ ook inzicht in betrouwbare zelfhulpmodules, e-communities en platforms met betrouwbare informatie (psycho-educatie). We onderzoeken hoe het gebruik van AI dit nog kan vereenvoudigen.

Hier moet de sociale kaart aan voldoen

- Ontwikkeling van een geïntegreerde digitale omgeving waarbij via verschillende toegangsportalen (of één centraal portaal met doorverwijzingen) het totaalaanbod gekoppeld en gemakkelijk vindbaar is. De precieze vorm (één of meerdere gekoppelde platforms) wordt nader onderzocht.
- Gebruiksvriendelijke weergave en filtering voor diverse doelgroepen (inwoners, jongeren, professionals, verwijzers) op o.a. geografische locatie/reisafstand (max. 15 km), levensdomeinen, type ondersteuning en doelgroep.
- Meertalige interface met begrijpelijke taal per doelgroep (B1-niveau waar mogelijk).
- Laagdrempelig en actueel online overzicht van formeel en informeel aanbod.
- Koppeling met de implementatie van GGZ Dashboard wachttijden 'slim verwijzen'. Dit dasboard is in ontwikkeling en biedt real-time (of zo actueel mogelijke) informatie over kosten, wachttijden, locaties, verwijscriteria en contactgegevens[16].
- Informatie geven en toegevoegde waarde uitdragen van betrouwbare online zelfhulp, e-communities en psycho-educatie.
- Mogelijkheid voor gebruikers (inwoners/professionals) om feedback te geven op aanbod en actualiteit.

5.2.7 Fasering inrichting 2025-2029

Dit traject wordt opgepakt vanuit een projectstructuur binnen het Mentaal Gezondheidsnetwerk, in opdracht van het Bestuurlijk Overleg Toegankelijkheid GGZ Centraal Gelderland.

Fase 1: Voorbereiding (Q1 2026)

- Projectorganisatie inrichten met brede vertegenwoordiging.
- Vaststellen gedeelde uitgangspunten, criteria en definitie van 'compleet aanbod'.
- Grondige inventarisatie van bestaande sociale kaarten (regionaal/landelijk), platforms en technische mogelijkheden (incl. AI).
- Vastleggen commitment op aanpak, doelstelling, duurzaam vervolg, incl. financieringsafspraken en eigenaarschap (netwerkverband/regionale partij).

Fase 2: Ontwikkeling (Q2-Q4 2026)

- Betrekken gebruikersgroepen (inwoners, professionals) bij ontwerp interface en functionaliteiten.
- Identificeren, trainen en positioneren van wegwijzers in de wijken.

Fase 3: Pre-implementatie (Q1-Q3 2027)

- Ontwikkelen en vullen van het (gekoppelde) platform(s).
- Uitvoeren van gebruikerstests met diverse profielen.
- Doorvoeren aanpassingen op basis van feedback.

Fase 4: Release (Q4 2027)

- Regionale uitrol en communicatiecampagne.
- Continue doorontwikkeling van functionaliteiten.
- Implementeren van processen voor borging van actualiteit (cruciaal!).
- Monitoring van gebruik, effectiviteit en gebruikerstevredenheid.

[16] Regio Centraal Gelderland is pilotregio met het dashboard 'slim verwijzen'. Dit platform biedt –als GGZ-behandelpartijen zich inschrijven- zicht op wachttijden, aanbod en wel/geen contracten met zorgverzekeraars. Deze is toegankelijk voor huisartsen en GGZ-partijen.

5.2.8 KPI's en financiële onderbouwing

Een actueel zicht op aanbod van sociale basis tot GGZ is niet samenhangend voorhanden. Er zijn een aantal aandachtspunten[17] waar rekening mee moet worden gehouden om duurzaam tot een actuele sociale kaart te komen. Daarnaast zijn er op dit gebied AI-ontwikkelingen in het land, die de toepassingsmogelijkheden naar alle waarschijnlijkheid sterk gaat vergroten. Vandaar dat er in de regio in eerste instantie voor is gekozen om te starten met een 'live' netwerk van wegwijzers uit diverse expertisegebieden, ter bevordering van passend en actueel aanbod. Parallel zal worden onderzocht op welke wijze de sociale kaarten die in omloop zijn optimaal kan worden benut -al dan niet (direct)- met AI.

	KPI's	**Bewijsvoering**	**Type Kpi**
10	Er is één geïntegreerd platform of meerdere gekoppelde platforms werkzaam als digitale Sociale Kaart voor Centraal Gelderland operationeel	Sociale kaart is operationeel, monitoring is gestart	Inspanning

Voor de sociale kaart zijn projectleiderskosten opgenomen voor totstandkoming van het netwerk van wegwijzers ('live' sociale kaart). Daarnaast zijn er investeringskosten opgenomen om te komen tot één geïntegreerd of meerdere online gekoppelde platforms (zie business case tabblad begroting rij 6, 7, 37, 38 en 40). Voor de sociale kaart (live en online) zijn geen financiële baten opgenomen.

5.3 Transfermechanisme en Domein Overstijgend Casus Overleg

5.3.1. Inleiding

In het realiseren van de juiste zorg op de juiste plek beogen we dat er niemand tussen 'wal en schip valt'[18]. In de praktijk worden echter met regelmaat barrières ervaren (b.v. vanwege exclusiecriteria) of wordt de samenwerking niet direct gevonden, vanwege de ervaren complexiteit van de hulpvraag. In Arnhem is de overlegtafel in 2021 geïmplementeerd vanuit de taskforce wachttijden GGZ Arnhem. Hierin is de transfermechanisme en de DOCO (Domein overstijgend casuïstiek overleg) geborgd. De overlegtafel is daarom een belangrijk instrument voor professionals uit verschillende domeinen in Centraal Gelderland om anoniem complexe hulpvragen te bespreken en samen tot alternatieve, passende oplossingen te komen. Momenteel functioneert deze overlegtafel vooral in Arnhem, maar de wens uit de regio is, om deze door te ontwikkelen naar een efficiëntere regionale aanpak. De overlegtafel 2.0 moet zich ontwikkelen tot een regionaal gestroomlijnd proces waarbij partners samen complexe casussen oppakken die niet via reguliere routes opgelost kunnen worden.

5.3.2. Doelstellingen

Door het transfermechanisme is het mogelijk om meer mensen op de juiste plek te krijgen zonder onnodig te wachten en te zoeken.

[17] Valkuilen zoals: wie is eigenaar, hoe blijft de kaart actueel, wie betaalt, controle op kwaliteit aanbod
[18] Zoals ook beschreven in het regioplan van' Gezond voor Elkaar' in onderdeel 3 'Mensen met meervoudige hulpvragen'.

- Horizontaal transfers: mensen verschuiven van WMO-/ GGZ-partij naar andere WMO-/ GGZ-partij omdat ze daar eerder en beter geholpen zijn. Hierdoor wordt de wachttijd van personen verkort. De besparing zit hem dan in de kortere wachttijd.
- Verticaal transfers: mensen verschuiven naar andere partijen in plaats van GGZ-partijen. Hierdoor worden mensen mogelijk op andere plek behandeld dan oorspronkelijk het plan was, waardoor er lichtere zorg ingezet wordt en een besparing gerealiseerd kan worden. Dit betreft een transfer van:
    - SGGZ naar sociaal domein
    - SGGZ naar sociale basis (laagdrempelige steunpunten).
- Passende transfers: het realiseren van een passende match, frequent een combinatie van GGZ- en/of sociaal domein, omdat niet één partij de hulpvraag kan oppakken, maar wel meerdere in gezamenlijkheid. Dit voorkomt een zoektocht met vaak meerdere malen afwijzingen.

Er wordt verwacht dat met bovenstaande ook een reductie in de wachttijd gerealiseerd gaat worden. De toekomst gaat dit uitwijzen.

5.3.3. Doelgroep

Verwijzers in de volgende situaties:

- Cliënt is nog niet in zorg of heeft intake gehad en het is niet helder waar passend aanbod is;
- Tijdens de behandeling/begeleiding blijkt huidige aanbieder (alleen) niet voldoende;
- Tijdens de behandeling/begeleiding blijkt afschalen mogelijk, maar is nog niet helder waar;
- Cliënt waarbij er knelpunten in reguliere afspraken zijn, waardoor samenwerking en doorstroom stagneert.

5.3.4. Huidige status

De huidige overlegtafel vindt wekelijks plaats en wordt bemenst door inhoudelijke professionals vanuit diverse organisaties. Coördinatie en voorzitterschap is en blijft belegd bij Pro Persona vanuit eigen middelen. Net als deelname van de inhoudelijke professionals. De ‘tafel’ bedient nog niet de hele regio Centraal Gelderland. Er ontbreekt de benodigde expertise (sociaal domein en ervaringsdeskundigheid) en doorzettingsmacht doordat niet alle deelnemers onvoldoende mandaat hebben. Complexe casuïstiek wordt hierdoor minder integraal en effectief opgepakt.

5.3.5 Wenselijke situatie

In het toekomstperspectief transformeert de huidige wekelijkse overlegtafel naar een regionaal geoptimaliseerd, faciliterend orgaan dat zich specifiek richt op complexe casussen waarbij reguliere zorgpaden vastlopen. Over de tijd is de verwachting dat de frequentie van overleg af zal nemen, terwijl de effectiviteit van verwijzen toeneemt. Dit komt omdat de overige onderdelen van het Mentaal Gezondheidsnetwerk zoals verkennend gesprek en dashboard wachttijden eerst ontwikkeld worden. De overlegtafel zal naar verwachting wel blijven bestaan, daar waar behandeling ‘vastloopt’.

De overlegtafel hanteert een holistische benadering waarbij verschillende domeinen (GGZ, ervaringsdeskundigheid, sociaal domein, welzijn, veiligheid) samen tot integrale oplossingen komen. Centrale uitgangspunten zijn het mandaat van deelnemers om direct besluiten te nemen en de focus op wat de inwoner zelf wil en kan. Door AI-ondersteuning en verbeterde informatie-uitwisseling via systemen zoals digitale patiëntendossiers/ digitale communicatiemiddelen wordt de matching tussen zorgvraag en -aanbod geoptimaliseerd.

5.3.6 Interventie

Het door ontwikkelen van de overlegtafel naar een effectief regionaal instrument dat zorgt voor snelle, passende oplossingen voor complexe casussen. Alle relevante partners werken hierin samen, brengen hun expertise in en dragen samen verantwoordelijkheid voor het resultaat.
Kenmerken van de Overlegtafel 2.0 zijn:

- Korte, effectieve overlegmomenten (5 minuten per casus).
- Deelnemers met mandaat van hun organisatie.
- Gezamenlijke verantwoordelijkheid voor oplossingen.
- Duidelijke criteria voor aanmelding.
- Goede voorbereiding via een gestandaardiseerd aanmeldformulier met daarop helder wat tot dan toe is geprobeerd.
- Verplichte toestemming als er sprake is van privacygevoelige gegevensuitwisseling (bijvoorbeeld gebruik inzet Mitz).
- Concrete vervolgacties en monitoring.
- Inbrenger casuïstiek heeft een contactpersoon aan de overlegtafel tot passend aanbod is gevonden. Bij geen aanbod wordt vervolgstap in de Regionale Doorzettings Macht (RDM) gestimuleerd.
- Hiaten in het aanbod die tijdens de Overlegtafel inzichtelijk worden, worden besproken aan de samenwerkingstafel.

Voor een effectieve inrichting van de regionale overlegtafel is het essentieel dat alle relevante domeinen structureel vertegenwoordigd zijn. De Overlegtafel vormt immers het centrale coördinatiepunt waar beleidsafstemming, signalering van knelpunten en gezamenlijke besluitvorming plaatsvinden rondom zorg, welzijn en veiligheid.
Verbinding vanuit de overlegtafel is noodzakelijk met de volgende partijen:

- Veiligheidshuizen: om casuïstiek met complexe veiligheidsrisico's en multi-problematiek integraal te benaderen vanuit zorg én veiligheid.
- OGGZ-partners: voor de afstemming rondom zorgmijders en kwetsbare burgers met meervoudige problematiek.
- Gemeenten: gelet op hun verantwoordelijkheid voor maatschappelijke ondersteuning (evt. verbinding lokale zorg en veiligheidsstructuur), WMO-zorg en regie op het sociaal domein.

5.3.7 Fasering inrichting 2025-2029

Er wordt een projectteam ingericht voor de doorontwikkeling van de overlegtafel. Dit team bestaat uit een afvaardiging van de verschillende 'bloedgroepen'. De implementatie wordt door alle partijen aangestuurd, geholpen door een projectleider. Aanvullend is er technische en juridische ondersteuning beschikbaar. De werkwijze voor de 'lerende cyclus' oftewel de evaluatiecyclus wordt ook opgenomen in de uitwerking door het projectteam.

Fase 1: Voorbereiding: Q1-2 2026

- Ontwikkelen visiedocument overlegtafel 2.0.
- Huidige werkwijze evalueren en bijstellen.
- Deelnemers bepalen voor overlegtafel 2.0 (kernteam en flexibele schil).
- Bepalen definitieve vorm (één regionale tafel vs. meerdere sub-regionale tafels).
- Opstellen criteria voor aanmelding.
- Doorontwikkelen standaard aanmeldformulier.
- Vaststellen mandaat en commitment partners.

Fase 2. Implementatie: Q 2-4 2026

- Implementatie nieuwe werkwijze overlegtafel 2.0.
- Opstarten monitoring en evaluatie.
- Verbinding leggen met andere relevante overlegtafels (OGGZ, Veiligheidshuis).

Fase 3. Evaluatie: 2027

- Evaluatie werkwijze, inclusief ophalen ervaringen van inbrengers casuïstiek.
- Bijstellen waar nodig.
- Start doorontwikkeling naar 3.0.

Fase 4. Integratie: 2028

- Mogelijk integratie met andere overlegtafels.
- Verder afschalen frequentie waar mogelijk.
- Behoud functie voor complexe casuïstiek.

5.3.8 KPI's en financiële onderbouwing

	2025	2026	2027	2028	2029
Aantal bijeenkomsten overlegtafel		40	40	30	20
Verticale transfers	-	10	22	27	20

De overlegtafel zal in eerste instantie qua aantal bijeenkomsten en besproken casussen toenemen, vanwege de uitbreiding van gemeente Arnhem naar regio Centraal Gelderland. Bovendien zal met het toevoegen van expertises vanuit de wijkteams en ervaringsdeskundigheid het oplossend vermogen toenemen is de verwachting. Zodra de structuur van het Mentaal Gezondheidsnetwerk 'staat' en de Verkennende Gesprekken effectief gaan draaien in de regio, zal de behoefte aan bijeenkomsten van de overlegtafel naar verwachting dalen.

	KPI	**Bewijsvoering**	**Type Kpi**
8	In 2027 hebben er 22 verticale transfers plaatsgevonden op de Overlegtafel Centraal Gelderland.	Monitoringrapport met aantal en soort verticale transfers wordt besproken in de Stuurgroep	Resultaat

Voor het onderwerp overlegtafel komt onderstaande resultaat uit de business case (zie afbeelding 21). De overlegtafel bestaat uit 2 transfermechanismes (horizontaal & verticaal). Er zijn 2 effecten doorgerekend. De effecten op de wachtlijst van de horizontale transfers zijn niet meegenomen. Dit i.v.m. complexiteit van de aantoonbaarheid van dit effect.

In 2026 en 2027 worden t.b.v. transformatie SPUK-transformatiemiddelen IZA gebruikt.



Afbeelding 21: Resultaat overlegtafel.

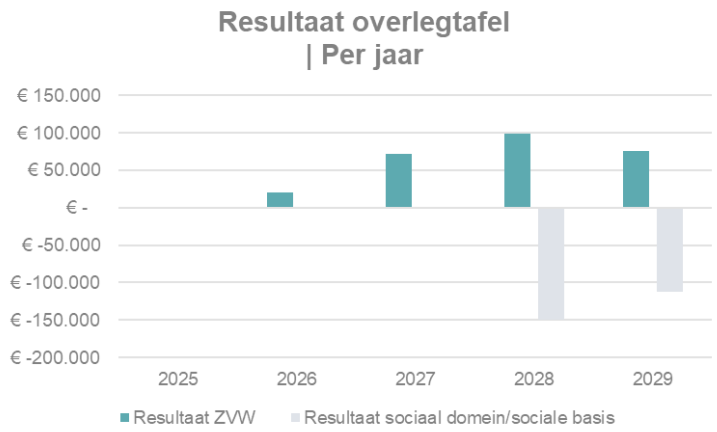
Alle getoonde cijfers omtrent de financiële onderdelen betreffen de volledige transformatie van 5 jaar (2025 – 2029). Het aantal GGZ-behandelingen betreft zowel specialistisch als basis GGZ.

In onderstaande tabel is de uitsplitsing te vinden voor de periode tot en met 2027 (duur aanvraag IZA middelen) en de periode tot en met 2029.

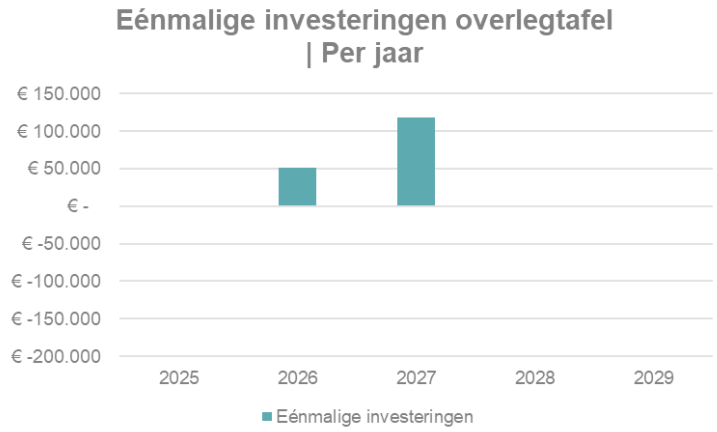
	Tot en met 2027	**2028 - 2029**	**Totaal**
Resultaat ZVW	€ 91.032	€ 174.369	€ 265.401
Resultaat Sociaal domein	€ 0	-€ 261.538	-€ 261.538
Investering IZA ZVW	€ 0	n.v.t.	€ 0
Investering SPUK-transformatiemiddelen IZA	€ 169.602	n.v.t.	€ 169.602
Behandelingen GGZ	26	38	64

Tabel 22: Resultaten en investeringen Overlegtafel 2.0 en impact op behandelingen

Het resultaat voor het ZVW van de overlegtafel groeit per jaar. Dit komt doordat het aantal horizontale en verticale transfer per jaar gaat toenemen. In 2029 neemt dit effect af door de verwachting dat het effect van het CTP hoger wordt en de noodzaak van de overlegtafel lager. De kosten voor het sociaal domein/sociale basis nemen door de afbuiging per jaar toe. De éénmalige investering bedraagt een bedrag van € 170k. Dit is terug te zien in afbeelding 23 en 24.



Afbeelding 23: Financieel resultaat overlegtafel per jaar ZVW en sociaal domein/sociale basis



Afbeelding 24: Uitsplitsing overlegtafel éénmalige investeringen per jaar

5.4 Consultatie

5.4.1 Inleiding

Collegiale consultatie is een laagdrempelige (digitale of telefonische) afstemmingsmogelijkheid tussen professionals van verschillende domeinen over individuele casuïstiek. Door consultatie te organiseren, kunnen professionals eenvoudig en over domeinen heen andere expertises raadplegen en gezamenlijk beslissingen nemen. De voordelen van consultatie zijn onder andere passende ondersteuning of zorg, het sneller op de juiste plek krijgen van de inwoner, een eerdere en betere inschatting van de zorgzwaarte, en het versterken van deskundigheid en samenwerking tussen professionals van verschillende organisaties en domeinen. Daarnaast helpt consultatie onnodige verwijzingen naar de GGZ te voorkomen. Consultatie is een belangrijke interventie om domein overstijgende samenhang en een sterke sociale basis te realiseren.

5.4.2 Doelstelling

Het doel van consultatie is om professionals eenvoudig en domein overstijgend te laten samenwerken, wat leidt tot passende zorg, snellere plaatsing van inwoners, betere inschatting van zorgzwaarte, voorkomen van (zwaardere) zorg en versterkt de deskundigheid. Het helpt de vragende professional de hulpvraag beter te doorgronden,

zodat zij meer handvatten hebben om zelf tot een aanpak te komen. Dit helpt ook onnodige verwijzingen naar de GGZ te voorkomen en heeft (hopelijk) een positieve invloed op de wachttijden in de regio.

5.4.3 Huidige situatie

Consultatie GGZ door huisartsen/POH-GGZ: Dit is inmiddels breed geïmplementeerd in de regio. Huisartsen/ POH-GGZ van Onze Huisartsen kunnen verschillende typen consultatie aanvragen. Dit is echter alleen voor korte, concrete vragen. De consultatie is opgenomen in de module POH-GGZ waarbij maximaal 2 uur beschikbaar is voor eHealth en consultatie. Hier wordt beperkt gebruik van gemaakt ondanks grote investeringen. Door de voorgestelde intensivering in samenwerking zal hier naar verwachting een groter appèl op worden gedaan.

Consultatie GGZ door sociaal domein: Het sociaal domein kan gebruik maken van een GGZ-expert door consultatie, wanneer de betreffende cliënt geen behandeling ontvangt of er sprake is van bemoeizorg. Dit kan gaan om diagnostische vragen, advies over verdere aanpak behandeling of begeleiding, advies t.a.v. terugvalpreventie of hoe om te gaan met een cliënt in een bepaalde situatie[19]. IrisZorg en Pro Persona zijn sinds halverwege 2024 gecontracteerd voor de consultatiefunctie voor het sociaal domein. Hiervan wordt nog minimaal gebruik gemaakt. Dit gebruik willen we versterken en verbreden.

Consultatie sociaal domein door GGZ: Hier is geen betaaltitel voor. Dit wordt kosteloos gedaan. De frequentie en type vragen zijn niet bekend. Desalniettemin is het van belang dat na of parallel aan behandeling er een passende context bestaat voor de inwoner. Vandaar dat er waarde wordt gehecht aan het expliciteren van deze consultatie mogelijkheid van sociaal domein richting de GGZ. In Arnhem is deze dienst vanuit sociaal domein telefonisch beschikbaar via team Toegang.

Consultatie ervaringsdeskundigheid door sociaal domein of GGZ: Vanuit de sociale basis is de aanwezigheid van ervaringsdeskundigheid nog zeer beperkt. Met de investering in laagdrempelige steunpunten (pijler 1) zal deze expertise zich uitbreiden en beschikbaar zijn voor consultatie van collega-professionals uit andere domeinen.

5.4.4 Wenselijke situatie

Het is wenselijk dat het gebruik van consultatie tussen sociaal domein en sociale basis, huisarts/POH-GGZ met GGZ wordt versterkt. Weten wat je van elkaar kunt vragen en op welke manier in contact te komen is essentieel in goede consultatie.

5.4.5 Interventie

De consultatiefunctie wordt gestimuleerd in gebruik door deze op te nemen in de werkprocessen bij de oprichting van de verschillende elementen van het MGN Centraal Gelderland en mee te nemen in de communicatieplannen/berichten. Voorwaarde voor succes is dat professionals/organisaties elkaar goed kennen en weten wat ze van elkaar kunnen vragen.
Consultatie zal wat betreft de implementatie gelijk opgaan met het verkennend gesprek. Een goede consultatie is een snellere, lichtere vorm van ondersteuning richting het sociaal

[19] Zie ook: Leidraad consultatiefunctie GGZ voor het sociaal domein. 1 maart 2024. De Nlse GGZ, VNG en ZN.

domein en de huisarts/POH-GGZ. Wanneer consultatie niet afdoende is, kan een intensievere vorm zoals het Verkennend Gesprek worden ingezet. Deze afweging is aan de professional. De consultatiefunctie is hierdoor gekoppeld aan de implementatie van het verkennend gesprek (deze fasering is terug te lezen in paragraaf 5.1.8).
Andersom geldt dat ter bevordering van een vloeiende afsluiting van behandeling of samenwerking tijdens behandeling, het consulteren van het sociaal domein en ervaringsdeskundigheid van waarde kan zijn voor de GGZ.

5.4.6 Fasering inrichting 2025-2029

Fase 1: Voorbereiding (Q1-Q3 2026)

- Voorstel tot werkwijze per domein bepalen, eventuele mogelijke juridische consequenties, administratieve of financiële afhandeling meenemen.
- Keuzes maken en vastleggen in Verwijsafspraken GGZ regio CG vanuit elk domein inclusief planning.
- Koppeling (secretariaten van) organisaties en professionals t.b.v. informatiestroom consultatie.
- Opnemen in communicatieplan en – berichten.

Fase 2: Implementatie (Q3 2026-Q1 2027)

- Uitleg aan betrokken professionals (consultatievragers en -gevers) inclusief inrichting helpdesk.
- Pilots om mee te starten in de wijken en/of gekoppeld aan specifieke functionaliteiten. Het tempo en focus wordt in samenhang met andere onderdelen Mentaal Gezondheidsnetwerk Centraal Gelderland (zoals Verkennend Gesprek en Gastvrije wijk) en behoeften in de regio (denk aan Welzijn op Recept e.d.) gestart.

Fase 3: Evaluatie (v.a. Q2 2027)

- Monitoren en voorstel voor vervolg.

5.4.7 KPI's en financiële onderbouwing

De functie consultatie is al beschikbaar in de regio. Met name het gebruik vanuit het sociaal domein en de sociale basis zal naar verwachting groeien. Daarnaast is de wens vanuit het Mentaal Gezondheidsnetwerk om middels consultatie passende GGZ-expertise beschikbaar te hebben en te houden voor huisartsen, POH-GGZ en sociaal domein en sociale basis. Dit vraagt regelmatige toetsing, communicatie en daarnaast inbedding in werkprocessen.

	KPI	**Bewijsvoering**	**Type Kpi**
6	De werkprocessen omtrent het passend organiseren van de consultatieve rol vanuit de GGZ voor netwerkpartners (huisartsen/POH-GGZ en sociaal domein en sociale basis) is geïmplementeerd.	Beschrijving werkprocessen inclusief monitoring van het gebruik (aantal consultaties en ervaren kwaliteit). Dit is besproken in de Stuurgroep en goedgekeurd.	Inspanning

Vanwege de reeds bestaande betaaltitels voor consultatie, betreffen de kosten investeringen in materiaal (ICT gerelateerd) en personeel (projectleiderskosten), zie business case, tabblad begroting rij 8,9 en 39. Er zijn geen financiële baten opgenomen in de business case voor consultatie, aangezien het een bestaand product is, waarvan het exacte gebruik niet bekend is.

5.5 Informatievoorziening wachttijden

5.5.1 Inleiding

Informatievoorziening over wachttijden voor GGZ-behandeling is van belang om mensen met een hulpvraag te 'matchen' zodat zij zo snel mogelijk naar een passende plek voor behandeling worden verwezen. Voor huisartsen, vanuit hun rol als poortwachter, is dit van grote waarde bij het verwijzen ('first time right'). Voor GGZ-behandelaren is dit van belang in situaties waar zij hun client willen doorverwijzen. Voor een regio biedt het bovendien een actueel inzicht voor het beter afstemmen van vraag en aanbod.

5.5.2 Doelstelling

Toegankelijkheid van GGZ-behandelingen vergroten voor cliënten met een hulpvraag, door actuele informatie beschikbaar te stellen over wachttijden en aanbod van GGZ-praktijken, waardoor de wachttijd wordt verkort. Ook wordt verwacht dat er minder afwijzingen plaatsvinden c.q. dat mensen op de verkeerde wachtlijsten terecht komen, oftewel het levert een bijdrage aan 'first time right'.

5.5.3 Huidige situatie

In regio Centraal Gelderland is tijdens de drie maanden durende pilot CTP in 2024 gewerkt met een dashboard waar een grote groep GGZ-behandelpraktijken op stonden met hun wachttijd, aanbod, contactpersoon en de door hen gecontracteerde zorgverzekeraars. Dit had als effect dat er naar een grotere groep GGZ-behandelpraktijken werd verwezen na het Verkennend Gesprek, waardoor de individuele wachttijd maximaal werd verkort. Op basis van deze ervaringen is vanuit de huisartsen in de regio (via Onze Huisartsen) gevraagd om een dergelijk dashboard voor hen beschikbaar te stellen. Binnen het bestuurlijk overleg toegankelijkheid GGZ Centraal Gelderland is het commitment uitgesproken vanuit de GGZ partijen om bij te dragen aan een actueel dashboard, middels het bijhouden van wachttijdgegevens. Menzis heeft als zorgverzekeraar de stap gezet om financieel te investeren en ervoor te kiezen om o.a. regio Centraal Gelderland als pilotregio aan te wijzen. Vanaf de zomer van 2025 zal slimverwijzen.nl[20] draaien in regio Centraal Gelderland.

5.5.4 Wenselijke situatie

Elke huisarts en GGZ-behandelaar heeft zicht op de behandelmogelijkheden en wachttijden per GGZ-praktijk in regio Centraal Gelderland inclusief online GGZ-aanbieders, waardoor verwijzen en doorverwijzen wordt vergemakkelijkt. Voor GGZ-praktijken is het 'common sense' om als tegenprestatie de eigen wachttijdgegevens en aanbod actueel te houden op 'slimverwijzen.nl'. De contactpersoon van elke GGZ-organisatie is voor collega's en huisartsen beschikbaar voor vragen en afstemming. Hierdoor groeit het onderlinge vertrouwen en kennis van elkaars mogelijkheden. Het dashboard geeft de regio zicht op de ontwikkeling van de vraag versus het aanwezige aanbod, waardoor zicht ontstaat op hiaten in het aanbod.

5.5.5 Interventie

Lancering van de website 'slimverwijzen.nl' voor o.a. regio Centraal Gelderland met in eerste instantie het vullen van de individuele behandelmogelijkheden per praktijk in de regio en van online GGZ-aanbieders.

[20] Ontwikkeld door Bee-Improve.

5.5.6 Fasering implementatie

De implementatie van het dashboard in de regio is gestart. Vanaf september 2025 zullen GGZ-praktijken hun wachttijden, aanbod, contractering en contactgegevens vullen op de website 'slimverwijzen.nl'. De implementatie van het vullen en gebruiken van het dashboard wordt gefaciliteerd middels o.a. informatiebijeenkomsten.
Omdat deze implementatie al is gestart is hier geen specifieke Kpi op beschreven.

6. Deelplan: eHealth: inzet van AI

6.1 Inleiding

Artificial Intelligence (AI) is een verzamelnaam voor technologieën die in staat zijn om taken uit te voeren waarvoor normaal gesproken menselijke intelligentie nodig is. Denk aan het herkennen van patronen, leren van data, voorspellen van uitkomsten of voeren van gesprekken. AI kan fungeren als extra gesprekspartner, waarbij de professional in de lead blijft als vakmens met oog voor de menselijke nuance vanuit presentie en empathie. Bijvoorbeeld: een professional voert een Verkennend Gesprek met een inwoner. AI maakt vervolgens een samenvatting en doet suggesties voor vervolgacties door te wijzen op concrete, lokale initiatieven (gevonden via een slimme sociale kaart).

De mogelijkheden zijn divers. Waar gaan we starten? De vraag in de regio is niet OF maar HOE gaan we AI toepassen binnen de opzet van het Mentaal Gezondheidsnetwerk. Niet als doel op zich, maar als hulpmiddel en versneller van de ingezette ontwikkeling ten behoeve van de professional en inwoner.

6.2 Doelstellingen

AI biedt diverse mogelijkheden voor inzet van producten binnen het Mentaal Gezondheidsnetwerk of ter versterking van de samenwerking binnen het Mentaal Gezondheidsnetwerk.

Het doel is om professionals met AI-kennis te laten maken waar zij voordeel vanuit ervaren. Een kennismaking waarbij AI ingezet wordt bij het:

- Signaleren en voorspellen (b.v. herkennen patronen wachttijden).
- Zoeken van passend aanbod door verbinden van verschillende platforms, websites. (Bijv. sociale kaart).
- Verlichten en ondersteunen (b.v. samenvatten en uitdraaien van verkennende gesprekken).
- Spiegelen en leerpartner (b.v. feedback o.b.v. specifieke leervragen).

Middels deze kennismaking kan de 'winst' divers uitpakken, namelijk verminderde administratietijd, sneller informatie verzamelen => passend aanbod (efficiencyslag), informatie gebruiksvriendelijk vertalen (b.v. op leesniveau), vergroten transparantie van gevoerde gesprekken. Gebaseerd op de ervaringen tot op heden.

6.3. Fasering implementatie AI 2025-2029

Het is de bedoeling om AI te integreren binnen de implementatie van een of twee onderdelen van het Mentaal Gezondheidsnetwerk volgens onderstaande fasering. De stuurgroep is hierin opdrachtgever.

Op basis van de ervaringen tot op heden zal AI sowieso binnen het onderdeel Verkennend Gesprek worden ingezet, vanwege de wens tot het samenvatten van het verkennend gesprek tijdens het VG in taal en niveau, die begrijpelijk is voor de inwoner. Vandaar dat hierin binnen de business case en hoofdstuk 5.1 (Verkennend Gesprek) al rekening mee is gehouden.

Fase 1: Oriëntatie en bewustwording (Q1 2026)

Deze fase is informatief, zodat er meer begrip ontstaat van wat AI is, wat het wel en niet kan en welke kansen het biedt binnen de opzet van het Mentaal Gezondheidsnetwerk.

- Organiseer een AI-kennissessie.
- Verken relevante use-cases in andere regio's.
- Stel een multidisciplinaire werkgroep AI samen met vertegenwoordiger vanuit de partners inclusief specialisten op het gebied van data en ethiek.

Fase 2: Verkenning en analyse (Q2 2026)

Na de oriëntatiefase (kennissessie, verkennen relevante use cases en het samenstellen van de werkgroep) komt er een verdieping aan de hand van de elementen van het Mentaal Gezondheidsnetwerk. Waarin oog is voor de behoeften, noodzakelijke randvoorwaarden, data-infrastructuur en prioriteiten.

- Voer kans-verkenningen uit per onderdeel (Verkennend Gesprek, sociale kaart, Overlegtafel).
- Voer bij kansrijke onderdelen een korte behoefteanalyse uit (wat levert dit op voor cliënt en professional?).
- Maak vervolgens per onderdeel een datakaart en juridische verkenning: welke data zijn beschikbaar, bruikbaar en met welke beperkingen?
- Go/no go: De uitkomsten worden opgenomen in een voorstel voor het uitvoeren van een pilot waarbij er 1 a 2 use cases worden voorgesteld voor toepassing AI. Hierin is eveneens opgenomen op welke momenten er wordt gerapporteerd aan de stuurgroep. Dit is eveneens een go/no go moment voor het overgaan naar fase 3.

Fase 3: Voorstel implementatie (Q3 2026 – Q1 2027)

I In deze fase wordt AI in de praktijk toegepast op kleine schaal, met maximale leeropbrengst.

- Ontwikkel samen met een AI-partner een proof of concept, die voldoet aan de gestelde criteria, zoals kwaliteit en privacy borging.
    - Deze proof of concept wordt vervolgens gerapporteerd aan de stuurgroep, vanwege verzoek tot akkoord om de vervolgstap te zetten richting productierijp maken.
- Productierijp maken: gebruikerstest, communicatie en (evt.) trainingsmateriaal, inrichting hosting omgeving.
    - De uitkomsten van de gebruikerstest, communicatie en trainingsmateriaal wordt gerapporteerd aan de stuurgroep met een toelichting op de snelheid en werkwijze van implementatie.

- Productierijp product wordt binnen de onderdelen van het MGN geïntroduceerd (zoals het Verkennend Gesprek) en gefaseerd wordt ervaring opgedaan.
    - De ervaringsuitkomsten worden periodiek gerapporteerd aan de stuurgroep conform afgesproken.
- Volg de AI-ontwikkeling binnen de pilots, waarin waarde voor professional en inwoner (haalbaarheid, veiligheid) wordt meegenomen.

Fase 4: Evaluatie en besluitvorming (tijdstermijn: afhankelijk van tempo pilots)

In deze fase wordt op basis van de pilots inzichtelijk gemaakt welke elementen van AI van waarde zijn voor het Mentaal Gezondheidsnetwerk. Op basis daarvan wordt besproken in de stuurgroep of verbreding en opschaling mogelijk en wenselijk zijn en onder welke randvoorwaarden. Hierbij zijn elementen opgenomen als: eigenaarschap, service en helpdesk, operationele kosten.

6.4. KPI's en financiële onderbouwing

Gebaseerd op de ervaringen met AI tijdens de bijeenkomsten bij de totstandkoming van dit transformatieplan en ervaringen in het land, is de wens om AI in te zetten binnen het Verkennend Gesprek. Dit is opgenomen in de business case bij de 'uitroll' van de Verkennende Gesprekken (business case, tabblad input CTP, rij 5 t/m 16 kolom G t/m I). Naast administratieve verlichting van professionals zal er onderzocht worden op welke wijze AI verder ingezet kan worden. Gedacht wordt aan het ophalen van informatie van verschillende sociale kaarten t.b.v. de inwoner overeenkomstig diens vraag. Leidend in de keuze voor inzet AI blijft dat de toepassing waarde toevoegt voor de inwoner en/of professional.

	KPI	**Bewijsvoering**	**Type Kpi**
4	Op basis van het vooronderzoek wordt gestart met 1 tot 2 pilots binnen onderdelen van het Mentale Gezondheidsnetwerk waar AI in wordt toegepast.	Rapport met voorstel voor inzet AI binnen onderdelen van het MGN CG is goedgekeurd in de Stuurgroep.	Inspanning

De kosten betreffen de ontwikkelkosten van een proof of concept tot de uitrol en in productie name van een AI-product. Vanwege de introductie van AI rondom het Verkennend Gesprek zijn er al aannames gedaan, waaraan financiële baten zijn gekoppeld, zie business case tabblad input CTP, rij 5 t/m 16 kolom G t/m I.

7 Leren en monitoren

7.1 Inleiding

Een andere bril -zoals beschreven in hoofdstuk 5 'Anders denken, doen en organiseren'- vraagt investeren in het doorbreken van routines en denkpatronen. Vandaar dat er waarde wordt gehecht aan reflectie op het handelen vanuit een multidisciplinaire setting. Dit vraagt keuzes over het tempo van opschalen van onderdelen van het mentaal gezondheidsnetwerk versus ruimte om te vertragen. De wens van de partijen in regio Centraal Gelderland is om voldoende te vertragen. Faciliteer leermomenten, neem risico's, toon lef, sta open en luister. Oftewel niet de implementatie van de verschillende elementen

van het Mentaal Gezondheidsnetwerk is de kern, maar het structureel investeren in de leercyclus is cruciaal.

7.2 ‘Andersoortige oplossingen bij complexe casuïstiek’

Er is binnen de regio behoefte om vernieuwende werkwijzen voor praktijkdilemma’s uit te proberen bij complexe casuïstiek. Daar waar men nu vastloopt, is er behoefte aan ruimte voor andersoortige routes. Om vervolgens te leren van deze ervaringen. Hierbij wordt passende ondersteuning gezocht (b.v. met behulp van een erkende methodiek), met bestuurlijk mandaat om daadwerkelijk af te wijken van vaste patronen als dat nodig is.

7.2.1 Wenselijke situatie

Het plan sluit aan bij de landelijke beweging van lerende ecosystemen, zoals de *ZorgZandBak* van het Zorginstituut Nederland, waarin partijen binnen én buiten de zorg gezamenlijk vernieuwen. Eerder opgedane ervaringen, o.a. uit de aanpak van huisarts Michelle van Tongerloo en andere mensgerichte praktijken, laten zien dat innovatieve samenwerking en het tijdelijk loslaten van systeemgrenzen leiden tot effectievere ondersteuning en meer bestaanszekerheid voor inwoners.

7.2.2 Doelstelling

Het ontwikkelen van toepasbare werkwijzen die buiten de bestaande systeemlogica ruimte scheppen voor passende zorg en ondersteuning. Door een regionaal *lerend ecosysteem* te scheppen waarin professionals, ervaringsdeskundigen en inwoners samenwerken aan vernieuwende, mensgerichte oplossingen bij complexe casuïstiek.

7.2.3 Fasering implementatie

Fase 1: Activiteiten (2026-Q2 2027)

- Uitvoering van een regionaal leertraject op basis van het lerend-ecosysteemprincipe.
- Inbreng van 10 complexe casussen door GGZ-aanbieders, huisartsen en gemeenten.
- Vorming van multidisciplinaire leerteams per casus (zorg, sociaal domein, ervaringsdeskundigen, evt. aanvullende domeinen of expertises).
- Begeleiding door ervaringsgerichte veranderaars die systeemknelpunten helpen ombuigen naar handelingsruimte voor de professional.
- Periodieke reflectie- en leerbijeenkomsten waarin inzichten worden gedeeld, verbeterd en direct toegepast.
- Monitoring van effecten op samenwerking, ervaren handelingsruimte en ervaren regie van inwoners.
- Ontwikkeling van een regionale kennisinfrastructuur (leernetwerk) om resultaten te borgen en verder te verspreiden.

Fase 2: Resultaat (Q3 2027):

- 10 casussen uitgevoerd binnen het lerend-ecosysteemformat.
- Werkzame principes en leeropbrengsten beschreven en gedeeld met regionale partners.
- Voorstel voor structurele borging in reguliere zorg- en samenwerkingsstructuren.
- Meetbare verbetering in samenwerking, oplossingsgerichtheid en ervaren regie bij inwoners en professionals.

Overall monitoring

- Kwartaalrapportage aan de Stuurgroep Transformatie (voortgang, inzichten, knelpunten).
- Tussenevaluatie (Eind 2026) en eindevaluatie (uiterlijk Q3 2027) volgens ZorgZandBak-methodiek (leren door te doen).

7.3 Monitoren

Op basis van de kpi's in dit transformatieplan richten we de sturingsmechanismen in, die zicht geven op de voortgang van de implementatie. Dit helpt om vroegtijdig bij te kunnen sturen als inzet niet leidt tot gewenste resultaten. Monitoring vindt plaats zoals vastgesteld in het regioplan door het Quintuple Aim framework en reflexieve monitoring.

Het Quintuple Aim framework is gericht is op een werk- en handelingswijze om de gezondheidszorg te optimaliseren aan de hand van vijf doelstellingen.

1. Het verbeteren van de gezondheid van de algemene populatie.
2. Het verlagen van de zorgkosten per hoofd van de bevolking.
3. Het verbeteren van de ervaring die patiënten/cliënten hebben over de zorg.
4. Het verbeteren van de ervaring en beleving van het zorgpersoneel dat de zorgtaken uitvoert.
5. Het optimaliseren van de gelijkheid in het zorgsysteem.

7.3.1 Reflexieve monitoring

Reflexieve monitoring is een methodiek die wordt gebruikt om fundamentele veranderingen in complexe systemen te begeleiden en te evalueren. Het is ontwikkeld om te helpen bij systeeminnovaties, waarbij veranderingen op meerdere maatschappelijke niveaus en in verschillende domeinen tegelijkertijd plaatsvinden. In tegenstelling tot traditionele monitoringmethoden, die vaak gericht zijn op meten en afrekenen, richt reflexieve monitoring zich op leren en bijsturen. Het helpt betrokkenen om continu te reflecteren op hun acties, de resultaten daarvan en de obstakels die ze tegenkomen. Dit proces stimuleert een leerproces dat essentieel is voor het realiseren van duurzame veranderingen (DRIFT). Het proces op verschillende niveaus wordt reflexief gemonitord door middel van de op dat moment passende instrumenten.

Bij monitoring en evaluatie werken we iteratief en stellen het plan continue bij op basis van praktijk en sturingsbehoefte. We werken dus niet eerst een 'ideaal' plan uit, maar starten op basis van beschikbare middelen en data.

KPI's en financiële onderbouwing

Vanuit de schrijversploeg, bijeenkomsten en het Bestuurlijk Overleg is de opdracht gekomen om niet te snel in 'vele pilots' te schieten, maar vooral te leren om 'anders' en domein overstijgend samen te werken.
De aannames zoals verwoord in de business case geven een verzwaring richting het sociaal domein en de sociale basis en verlichting richting de GGZ. De vraag is of de interventies dit ook opleveren. Zicht op daadwerkelijke afbuigingen, benodigde personele capaciteit en daadwerkelijke kostprijzen, gaan helpen om tijdig bij te sturen en biedt onderbouwing voor benodigde investeringen naar de toekomst toe. Een behoefte die gevoeld wordt zowel bij

de Stuurgroep als het Regionale Portefeuille Overleg Zorg (wethouders van betrokken gemeenten).

	KPI	Bewijsvoering	Type Kpi
5	In de periode van januari 2026 t/m december 2027 is er bij minimaal 10 complexe casussen multidisciplinaire inzet toegepast middels het lerend ecosysteemformat t.b.v. andersoortige oplossingen.	Uitkomsten van de alternatieve aanpak met 10 casussen worden besproken in de Stuurgroep in het kader van andersoortige oplossingen.	Inspanning
12a	Er is een nulmeting uitgevoerd op 31 maart 2026 voor het bepalen van de ggz-wachttijden o.b.v. het dashboard slimverwijzen.nl en cijfers van de ggz partijen deelnemend aan het mentaal gezondheidsnetwerk Centraal Gelderland.	Nulmeting wachttijden in de ggz	Inspanning
12b	Er is een tussenmeting uitgevoerd op 31 december voor het bepalen van de ggz-wachttijden o.b.v. het dashboard slimverwijzen.nl en cijfers van de ggz partijen deelnemend aan het mentaal gezondheidsnetwerk Centraal Gelderland. Deze voeren we uit als controle van de eerste effecten van het MGN.	Tussenmeting wachttijden in de ggz.	Inspanning
13	De wachttijd van de oorspronkelijke wachtlijst is bij de 5 ggz aanbieders met de langste wachttijden op 1 oktober 2027 met 3% gedaald ten opzichte van de nulmeting als gevolg van de effecten van MGN Centraal Gelderland.	Wachttijd informatie uit gevalideerde bron via slimverwijzen.nl	Resultaat

8. Impact- en risicoanalyse

Het mentale gezondheidsnetwerk is een duurzaam, gelijkwaardig samenwerkingsverband met als doel:

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

Door onze projecten in samenhang met elkaar vorm te geven willen we onze impact vergroten. Zo kan er door de inzet van preventie mogelijk opschaling naar zorg voorkomen worden, door de laagdrempelige steunpunten is er een grote impact op sociaal maatschappelijke problematiek te verwachten waardoor deze problematiek zich niet doorontwikkeld naar een zorgvraag. Door het verkennend gesprek goed vorm te geven zal de inwoner sneller op de juiste plek terecht komen en kan de beschikbare capaciteit in de regio optimaal benut worden.
De impact op de GGZ, door afbuiging naar andere vormen van ondersteuning zal zowel op de wachtlijst zichtbaar zijn als in de toekomst in het aantal benodigde FTE. Voor een specificering van de impact per onderdeel verwijzen we u naar de deelplannen.

8.1 Risicoanalyse

	Beschrijving	Kans	Impact	Mitigerende maatregelen
Overall				
Stopzetting of uitstel van transformatie	Zonder structurele financiering kunnen projecten geen doorgang vinden	Hoog	Hoog	Bouw transformatie modulair op zodat het aanpasbaar is. Het getekende AZWA is van belang voor dit plan.
Verlies van betrokkenheid professionals en partners	Onzekerheid kan leiden tot demotivatie of uitstroom van belangrijke partners. Partners maken andere keuzes gaandeweg het proces van transformatie	Middel	Hoog	Transparante communicatie, korte termijn successen zichtbaar maken, betrokkenheid stimuleren. Goede governance in de regio en bouwen aan vertrouwen.
De doelen worden niet behaald	Transformeren betekent gaandeweg leren dus de werkelijkheid kan afwijken van de ambities	Hoog	Hoog	2x per jaar vindt er een evaluatie plaats in de stuurgroep en RAO of RPO zorg.
Fragmentatie van zorg	Verschuiving van GGZ naar sociaal domein kan leiden tot versnippering en/of onduidelijkheid van verantwoordelijkheden en zorgcontinuïteit	Hoog	Hoog	Werk met duidelijke afspraken over rollen en verantwoordelijkheden, zoals beschreven in de website 'verwijsafspraken', Werkprocessen GGZ regio CG
Onvoldoende expertise in het sociaal domein	Sociaal domein mist soms specialistische GGZ-kennis wat leidt tot doorverwijzing naar GGZ waar dit niet altijd nodig is.	Middel	Hoog	Investeer in verbinding van professionals in GGZ en sociaal domein d.m.v. consultatie functie, investeer in casuïstiek besprekingen of gezamenlijke trainingen waar mogelijk.
Onvoldoende kennis GGZ-aanbieder van aanbod sociale basis	GGZ-behandelaren missen soms kennis van aanbod vanuit sociale basis	Middel	Hoog	Investeer binnen GGZ-behandelpraktijken in aandacht voor aanbod sociale basis en domein, gebruik hiervoor: netwerk wegwijzers, consultatie vanuit SD (zie team toegang Arnhem), sociale kaarten (zie pijler 2), uitkomsten overlegtafel benutten casuïstiek binnen sociaal domein.
Werken van uit positieve gezondheid: cultuurverand	Het borgen dat het gedachtegoed van positieve gezondheid en de mensgerichte	Middel	Hoog	Breder implementeren gedachtegoed, gezamenlijk trainingen volgen. Aandacht voor

ering en attitude	benadering daadwerkelijk landen in de attitude en dagelijkse werkzaamheden van alle betrokken professionals.			brede blik in opleidingen van professionals.
Financiering gemeente	Door de verschuiving van zorg naar gezondheid zal de vraag toenemen naar de voorliggende voorzieningen bij de gemeente.	Hoog	Hoog	Er zullen door gemeenten keuzes gemaakt moeten worden. Met de SPUK IZA gelden kunnen investeringen en meerkosten voor de jaren 2026 en 2027 gefinancierd worden. Monitor gedurende 2026 en 2027 de daadwerklelijke (meer)kosten en impact, zodat gemeenten onderbouwd keuzes kunnen maken voor structurele financiering vanaf 2028.
Overkoepelende en uniforme monitoring en evaluatie	Voor een regionale blik en sturing is het wenselijk de monitoring en evaluatie uniform te organiseren waar mogelijk zonder (te) veel extra administratieve lasten, terwijl men qua werkwijze ook zoveel mogelijk wil aansluiten bij de praktijk. Dit is een spanningsveld.	Middel	Middel	Realiseer een minimale basisset/werkwijze qua monitoring (vanuit de programma organisatie) en sluit aan bij de praktijk qua monitoring vanuit de uitvoerende organisaties/kassiers.
Pijler 1: Mentaal vitale wijk				
Onvoldoende structurele inbedding van wijkgerichte initiatieven	De inzet op zelfregiecentra is kansrijk en randvoorwaardelijk voor een effectief MGN, maar afhankelijk van tijdelijke financiering en lokale draagkracht.	Hoog	Hoog	De opschaling van laagdrempelige steunpunten gaat gefaseerd. De impact van laagdrempelige steunpunten volgen, delen en communiceren met financiers. Ervaringen van ervaringsdeskundigen en inwoners belangrijke stem geven! (Communicatie en governance)
Pijler 2: Juiste zorg op de juiste plek				
Fragmentatie door onvoldoende aansluiting tussen zorg- en welzijnsprofessionals	Het succes van het Verkennend Gesprek en sociale kaart vereist intensieve interdisciplinaire samenwerking en digitale ontsluiting.	Middel	Hoog	Veranker structureel overleg via Overlegtafel 2.0 en investeer in digitale infrastructuur en training.

Landelijke richtlijn GGZ-behandelaar VG	Landelijke richtlijn beperkt zich tot inzet bepaalde GGZ-behandelaren. Dit beperkt de mogelijkheden i.v.m. te kort van die behandelaren,	Hoog	Hoog	Inzet behandelaren met bijvoorbeeld toegepaste psychologie
Financiering VG uit verschillende financieringsbronnen	Risico toename van administratieve lasten en systemische beperkingen	Hoog	Hoog	Werk met inwonersvolgende financiering
Verwachtings management inwoners en naasten	Goede communicatie over wat het verkennend wel of niet is (geen behandeling of diagnostiek)	Hoog	Hoog	Communicatiestrategie
Afvalbak verkennend gesprek/ overlegtafel	Het kan gebeuren dat het verkennend gesprek maar ook de overlegtafel een sluiproute wordt voor problematiek waarvan helder is waar het thuis hoort.			Heldere kaders en routes, beschreven op de website: Werkprocessen GGZ regio CG. Alertheid van de betrokken professionals van het VG en de Overlegtafel richting de 'inbrengende' professional.
Weer een nieuwe sociale kaart optuigen	Iedere gemeente heeft een sociale kaart en er zijn verschillende sociale kaarten op bijvoorbeeld aandoening	Laag	Laag	Uitgangspunt is het verbinden van sociale kaarten en aanvullen met online aanbod, met ondersteuning van 'levende' wegwijzers
Deelplan eHealth/inzet AI				
Weerstand professionals v.w.b. inzet AI.	AI wordt als bedreiging gezien voor eigen werkveld/expertise.	Hoog	Middel	Uitgangspunt is dat AI wat oplevert voor de professional en inwoner. Gefaseerde implementatie/opschaling waarin ervaringen van de werkvloer sterk bepalend zijn voor succes.

8.2 Impact op duurzaamheid

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

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

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

Wij streven naar een verantwoorde inzet van middelen door het terugdringen van papiergebruik, het stimuleren van digitale communicatie en het verduurzamen van huisvesting. Ook zetten we in op het beperken van reiskosten en CO_2-uitstoot door hybride werken en het gebruik van duurzame vervoersopties te bevorderen. Binnen het sociaal domein betekent dit ook het versterken van lokale netwerken en voorzieningen, zodat ondersteuning dichter bij de inwoner georganiseerd kan worden.

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

9 Communicatie

Bij de uitvoering van dit transformatieplan is het heel belangrijk om inwoners en professionals uit de verschillende werkvelden mee te nemen. Daarvoor is een communicatieplan opgesteld. Het plan ondersteunt niet alleen bij het geven van praktische informatie maar zorgt ook voor het begeleiden van mensen in een veranderproces. Het bevordert betrokkenheid, samenwerking en vertrouwen en draagt bij aan een gedeeld begrip van de doelen en stappen van de transformatie.

Het doel van het communicatieplan mentaal gezondheidsnetwerk regio Centraal Gelderland is:

"Inwoners, zorg- en welzijnsprofessionals informeren, betrekken en activeren in de transformatie naar een mentaal gezondheidsnetwerk"

Het communicatieplan:

- Geeft inzicht in wat er verandert: enerzijds ophalen hoe professionals staan t.o.v. de transformatie en anderzijds hen informeren.
- Creëert betrokkenheid bij nieuwe werkwijzen en samenwerkingen.
- Zorgt voor actieve deelname: stimuleren van professionals om anders te werken en zichtbaarheid en herkenbaarheid te creëren van het mentaal gezondheidsnetwerk.

Zie voor een uitwerking communicatieplan bijlage 5.

10 Governance en programma organisatie

10.1 Governance

De transformatie van de mentale gezondheid in Centraal Gelderland vormt een maatschappelijke uitdaging. Het omvat een fundamenteel andere zienswijze op hoe de mentale zorg en ondersteuning wordt ingericht. Hierbij zijn veel organisaties betrokken met eigen verantwoordelijkheden en belangen. In de regio is er een governancestructuur ontstaan om gezamenlijk de uitdagingen te bespreken, te initiëren en te volgen.

Stuurgroep toegankelijkheid GGZ-regio Centraal Gelderland
Vanuit het ZonMw-traject Regionale Taskforce Wachttijden Arnhem is een samenwerkingsverband ontstaan om gezamenlijke de wachttijden in de GGZ te verminderen. Bij afronding van het ZonMw-traject heeft de stuurgroep de ambitie uitgesproken om het samenwerkingsverband te laten bestaan en met elkaar de toegankelijkheid van de GGZ te verbeteren. De stuurgroep heeft de afgelopen maanden dan ook een actieve rol gespeeld in de totstandkoming van het transformatieplan. In november 2025 gaat de stuurgroep kijken hoe de samenwerking te continueren en de implementatie van het transformatieplan te begeleiden en tot een succes te maken.

Samenwerkingstafel
In het verlengde van de stuurgroep is in 2024 de samenwerkingstafel ontwikkeld. Aan deze tafel zit een vertegenwoordiging op management/beleidsmatig niveau vanuit de werkvelden (GGZ-brede vertegenwoordiging, Onze Huisartsen, ervaringsdeskundig perspectief (op beleidsmatig niveau), wijkteams/sociaal domein) met als overkoepelend doel : “Het gezamenlijk bieden van kwalitatief hoogstaand aanbod voor al onze cliënten met psychiatrische problematiek, door deze goed op elkaar af te stemmen en daarmee tot een sluitend aanbod te komen binnen het netwerk (sociaal domein – huisartsen – GGZ)". Deze samenwerkingstafel staat in verbinding met de Overlegtafel. De daar gesignaleerde hiaten en behoeften kunnen worden opgepakt aan de samenwerkingstafel. Maar ook met de stuurgroep: als advies en voor het verder uitwerken van in de stuurgroep besproken thema's.

10.2 Programma organisatie

De uitwerking en uitvoer van het transformatieplan vraagt om een domein overstijgende programma-organisatie. De programma-organisatie zorgt voor samenhang en voortgang tijdens de looptijd van het transformatieplan (5 jaar) en zorgt ervoor dat de beoogde transformatie wordt aangestuurd en aangejaagd. De programma-organisatie kent een **stuurgroep** (in de regio bekend als: bestuurlijk overleg Toegankelijkheid GGZ Centraal Gelderland[21]) waar zowel de zorginhoudelijke en financiële monitoring plaatsvindt. De stuurgroep komt minimaal drie keer per jaar samen, waar extra aandacht is voor financiële risico’s als domein overstijgende kosten, dubbele bekostiging en ongeoorloofde staatssteun. De programma-organisatie rapporteert aan de stuurgroep (volgend uit de governance structuur die in de regio is ingericht (zie ook bijlage 7). De stuurgroep heeft een

[21] De stuurgroep bestaat uit gemeente Arnhem, zorgverzekeraar Menzis, vertegenwoordiging vanuit diverse GGZ behandelpartijen, sociaal wijkteam, welzijn, ervaringsdeskundigheid, huisartsenkoepel en RIBW.

vertegenwoordiger uit de regionale regiegroep 'Gezond voor Elkaar' om de inhoudelijke connectie te bevorderen.

Gelet op de interventies en doelen uit de hiervoor beschreven hoofdstukken ziet de programma-organisatie er als volgt uit:
Vanwege de grootte en het belang van de opdracht wordt er een **dagelijks bestuur** gevormd, dat bestaat uit twee bestuurders, bij voorkeur uit de huisartsenkoepel en een GGZ-organisatie. De **programmamanager** rapporteert aan het dagelijks bestuur en fungeert als versneller en is de linking-pin tussen het dagelijks bestuur en de projectleiders/projectgroepen. De programmamanager zorgt voor samenhang, jaagt aan en is verantwoordelijk voor de monitoring van de voortgang. De **projectleiders** organiseren een domein overstijgende projectgroep op operationeel niveau om de verschillende onderdelen uit te werken en vervolgens de plannen uit te voeren. Dit kan een projectleider zijn vanuit een van de organisaties, of extern om juist vrij tussen alle organisaties te kunnen bewegen.

Concreet voert de programmamanager de volgende activiteiten uit:

- Voorbereiden van de stuurgroep (genaamd: bestuurlijk overleg Toegankelijkheid GGZ Centraal Gelderland), cliëntpanel en brede bijeenkomsten (waar nodig).
- Rapporteren aan de stuurgroep middels voortgangsrapportages en escaleren als dat nodig is. Waar nodig worden besluitvormende stukken gemaakt voor het bestuurlijk overleg.
- Coördineren van projectleiders en overzien en bewaken van de voortgang van de projecten.
- Overzien en signaleren van de samenhang tussen de verschillende projecten.
- Coördineren van de overige onderdelen binnen de governance (lerend netwerk en monitoring, communicatie, digitalisering, planning & control en kassiersfunctie).

Wanneer het transformatieplan is goedgekeurd heeft de programmamanager de verantwoordelijkheid om een definitieve opzet van de programmaorganisatie voor te leggen aan de stuurgroep in lijn met de totale governance structuur in de regio.

Structuur toekomst mentaal gezondheidsnetwerk
Dit transformatieplan wordt de eerste jaren hoofdzakelijk gefinancierd op basis van de IZA-transformatiemiddelen en georganiseerd op basis van de afspraken in dit plan. Onderdeel hiervan is ook om met de deelnemende organisaties te kijken naar de toekomstige vorm. Hoe kunnen we het functioneren van het Mentaal Gezondheidsnetwerk en alle andere gezamenlijke activiteiten borgen, zowel op inhoud, financieel, governance en juridische vorm. Voor de start volstaat een samenwerkingsovereenkomst om ook de contractering van het Mentaal Gezondheidsnetwerk te realiseren. In 2026 wordt een traject opgestart om de geïmplementeerde activiteiten en samenwerking om te zetten in een toekomstbestendige (juridische) structuur. Tot die tijd valt het mentaal gezondheidsnetwerk Centraal Gelderland onder de bestuurlijke governance structuur die is vastgesteld in de Stuurgroep.

Intentie gemeenten
Ter ondersteuning van de ingezette beweging, is in elke gemeente het transformatieplan besproken in de colleges. Daarmee onderschrijven de gemeenten in Centraal Gelderland de intentie van het plan en hebben zij dus ook de intentie om middelen in het kader van

AZWA -ervan uitgaande dat zij beschikbaar komen – in te gaan zetten voor het voortzetten van het MGN, conform in het plan staat beschreven.

Gelijkgerichtheid
Op welke wijze is de gelijk gerichtheid binnen de regio geborgd? Onderstaande is hierover afgesproken in de regio.

T.a.v. transformatiemiddelen:
Er zijn een regiobeeld en regioplan opgesteld waarin de belangrijkste knelpunten en opgaven zijn geïdentificeerd voor Centraal Gelderland. Hierover zijn gezamenlijk met alle betrokken partijen afspraken gemaakt aan de regiotafel 'Gezond voor Elkaar' met een vertegenwoordiger vanuit en namens de GGZ. Verder is afgesproken dat wanneer individuele organisaties in de regio een aanvraag doen voor transformatiemiddelen, dit eerst op de regiotafel wordt besproken en wordt bekeken of dit passend is binnen de gezamenlijke ambitie, afspraken en kaders.

T.a.v. de vertaling van de transformatie:
Er is sprake van een aantoonbare en gedeelde urgentie bij de samenwerkende partijen. Door deze samenwerking ontstaat een gedeeld begrip van de problemen en een gezamenlijke verantwoordelijkheid voor de oplossingen. Dit betekent dat partijen zich niet alleen committeren aan de afgesproken doelen, maar ook bereid zijn om hun werkwijzen en belangen af te stemmen op de grotere doelen die het regioplan dienen en in dit geval het mentaal gezondheidsnetwerk Centraal Gelderland.

T.a.v. de inkoop door zorgverzekeraars
De beoogde transformatie van de zorgstructuur – met name de versterking van consultatie en het verkennend gesprek – vraagt om structurele aanpassingen in de personele inzet, het zorggebruik en de verdeling van het zorgaanbod. Deze veranderingen leiden tot verschuivingen in kostenstructuren, capaciteit en bedrijfsvoering. Om deze beweging mogelijk te maken is gelijk gerichtheid tussen zorgverzekeraars cruciaal.
Concreet betekent dit dat zorgverzekeraars gezamenlijk optrekken in de contractering van de onderdelen consultatie en verkennend gesprek. Wanneer slechts één verzekeraar de transformatiedoelen contractueel borgt en anderen achterblijven, ontstaat het risico van strategisch inkoopgedrag of ondermijning van het regionaal afgestemde plan. Daarmee komt de continuïteit en schaalbaarheid van het nieuwe zorgmodel in gevaar.
De uitvoering van dit transformatieplan is besproken met de coördinerend zorgverzekeraar en betrokken marktleiders binnen de regio. Zij hebben hun commitment uitgesproken om gezamenlijk op te trekken. Deze gelijk gerichtheid wordt geborgd door:

- Het opnemen van het transformatieplan als leidend document in de contractering;
- Periodieke monitoring van de voortgang op inzet, kosten en verschuivingen;
- De beoogde besparingen zoals beschreven in dit plan komen ook met de nodige structurele kosten en kunnen dus niet een-op-een als besparing overgenomen worden in de contracten.

In de business case wordt nader inzichtelijk gemaakt wat de impact is op FTE-inzet, zorggebruik en kosten. Partijen erkennen dat de besparingen die op termijn gerealiseerd worden, voorafgegaan worden door investeringen en structurele frictiekosten.

Staatssteunregels

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

Verantwoordingskader NZA en dubbele bekostiging
De zorgpartijen committeren zich aan het verantwoordingskader van de NZa. Wat betreft dubbele financiering betekent dit dat de zorgpartijen expliciet aangeven dat de kosten van intern personeel alleen mogen worden betaald uit de transformatiemiddelen als de inzet heeft geleid tot extra kosten die niet al op een andere manier bekostigd zijn.

Bijlage 1 Verklarende woordenlijst

In dit transformatieplan gebruiken we vaste termen om uniforme taal en uitgangspunten te hebben. Hieronder verhelderen we een aantal termen. Deze definities zijn niet in beton gegoten en ontwikkelen zich door.

Inwoner: de organisaties uit de regio gebruiken verschillende taal voor de mensen die hen bezoeken of om hulp vragen. Burger, bezoeker, cliënt, patiënt en hulpvrager zijn enkele voorbeelden.

Sociale basis: de sociale basis zijn vrij toegankelijke formele (institutionele) en informele (gemeenschappelijke) voorzieningen, waar mensen elkaar ontmoeten en ondersteunen. De sociale basis omvat persoonlijke, gemeenschappelijke en institutionele sferen. Deze basis ontstaat uit de samenleving zelf en wordt door overheden en organisaties gefaciliteerd. Een goede sociale basis is niet vanzelfsprekend; continuïteit en ontmoetingsplekken zijn essentieel. Samenwerking en ondersteuning zijn nodig om de sociale basis te versterken, wat cruciaal is voor het welzijn van de samenleving.

Sociaal domein: onder het sociaal domein verstaan we sociaal domein professionals, waaronder sociaal werk, als een algemene term voor verschillende functies in het sociaal domein, zoals leden van wijkteams, sociaalmaatschappelijk werkers, ouderenadviseurs, cliëntondersteuners, persoonlijk begeleiders, schuldhulpverleners, bijstandsconsulenten en ervaringsdeskundigen. Dit is in elke gemeente anders georganiseerd. De sociaal domein professional heeft een rol in het stimuleren van inwoners om deel te nemen aan het maatschappelijk leven.

(De)medicalisering: medicalisering is het proces waarbij verschijnselen als ziekte gedefinieerd of als medisch probleem behandeld worden. Binnen de *GGZ* stellen we diagnoses wel binnen de sociale, psychologische en omgevingscontext, maar ontbreekt het vaak aan verbinding om ook op sociale en omgevingscontext in te zetten. Met de medicalisering bedoelen we in deze context dat er meer ingezet wordt op acceptatie van het feit dat er klachten kunnen en mogen zijn die niet altijd medisch opgelost kunnen/hoeven worden. Dit houdt in dat er minder nadruk ligt op medicatie en diagnostische labels, en meer op het versterken van de eigen kracht van inwoners, het verbeteren van hun sociale netwerken en het bieden van psychologische en maatschappelijke ondersteuning.

Eerstelijn: met de eerstelijn worden in het geval van mentale gezondheid voornamelijk huisartsen/POH-GGZ bedoeld, maar ook apothekers en (psychosomatische) fysiotherapeuten.

GGZ: met GGZ wordt alle GGZ bedoeld, zowel generalistische basis-GGZ, langdurige GGZ en specialistische GGZ met en zonder verblijf.

Laagdrempelige steunpunten*:* er wordt gesproken over laagdrempelige steunpunten (conform het IZA) en niet inlooppunten.

Ervaringsdeskundige: 'Ervaringsdeskundigheid is gebaseerd op solidariteit, verbondenheid, onderlinge steun en zelfhulp tussen mensen met overeenkomstige ervaringen. Ervaringsdeskundigen ondersteunen anderen bij hun worstelingen en de aanpassingen en

herbezinning die daarbij horen en zetten daarbij de eigen ervaringen (ook die als cliënt/patiënt) in om anderen te helpen. Deze expliciete inzet van persoonlijke ervaringen onderscheidt hen van (veel) reguliere hulpverleners. Ervaringsdeskundigheid is daarmee gebaseerd op een levenswijsheid die wordt verworven door het verwerken van ervaringen, door reflectie daarop, en door te leren van de ervaringen van anderen.'[22]

Cliëntpanel: een groep van zes ervaringsdeskundigen gevormd vanuit o.a. uit het cliëntpanel van de pilot Centraal Toeleidingspunt Arnhem/Nijmegen, die bij de totstandkoming van het transformatieplan het cliëntperspectief hebben ingebracht.

Verkennend gesprek: Het verkennend gesprek is een open gesprek waarin hulpvraag en krachten van de inwoner worden verkend, oftewel: een brede hulpvraagverheldering. De focus is breder dan GGZ-behandeling, dus niet diagnose- of stoornisgericht. Het uitgangspunt is het bieden van passende zorg en ondersteuning, met eigen regie voor de inwoner. Het gesprek vindt vroegtijdig plaats (vóór GGZ-verwijzing) om breed te kijken naar mogelijkheden en behoeften en om te voorkomen dat mensen vastlopen in het systeem.

Consultatie: Laagdrempelige (digitale of telefonische) afstemmingsmogelijkheid tussen professionals van verschillende domeinen over individuele casuïstiek. Het doel van consultatie is om professionals eenvoudig en domein overstijgend te laten samenwerken.

Transfermechanisme: een systeem dat zorgt voor een soepele overgang van de ene vorm van zorg naar de andere, afhankelijk van wat de patiënt nodig heeft. Dit kan bijvoorbeeld betekenen dat iemand vanuit het sociaal domein wordt overgedragen naar de GGZ, of andersom. Het doel is om mensen op de juiste plek te krijgen zonder onnodig te wachten en te zoeken.

Domeinoverstijgend casusoverleg: een overleg tussen professionals uit verschillende domeinen, zoals de GGZ, het sociaal domein en de eerstelijnszorg, over een individuele casus. Het doel van dit overleg is om complexe hulpvragen vanuit verschillende invalshoeken te bekijken en gezamenlijk tot een passende oplossing te komen.

Informatievoorziening wachttijden: een systeem dat zorgt voor transparantie over de wachttijden voor zorg en ondersteuning in de regio. Dit systeem biedt inzicht in de urgentie van zorgvragen en het beschikbare aanbod in het sociale domein en de GGZ. Het doel is om de capaciteit efficiënt te benutten, zinvolle doorverwijzingen te realiseren, en de toegankelijkheid van zorg te verbeteren

[22] Definitie conform Vereniging van Ervaringsdeskundigen: Home - Vereniging van Ervaringsdeskundigen

Bijlage 2 Deelnemende organisaties in de uitvoering

Sociaal domein/Sociale basis	Gemeente: Arnhem, Lingewaard, Overbetuwe, Renkum, Roosendaal, Rheden
	Wijkteams Arnhem
	GGD Gelderland Midden
	Ixta Noa
	Cliëntpanel (met o.a. vertegenwoordiging vanuit CTP-pilot)
	Verbeelding van Kracht
Welzijn	Samenso namens de welzijnsorganisaties in de regio
GGZ	KLA (V)[23]
	Pro Persona
	IrisZorg
	RIBW AVV
	HSK
	Leo Kannerhuis – Youz
	Ment GGZ
	Max Ernst
	Mentaal Beter
Huisartsenzorg	Onze Huisartsen
Ziekenhuis	Rijnstate

[23] KLA (V) = Kring Lokale Aanbieders (Vrijgevestigden)

Bijlage 3 Businesscase

Zie de bijgevoegde Excel voor uitgewerkte businesscase (brondocument)

Toelichting Businesscase

Dit document heeft als doel om de businesscase door te rekenen m.b.t. het Transformatieplan MGN.

Aan de hand van de verschillende tabbladen wordt de businesscase opgebouwd en doorgerekend. Uiteindelijk heeft dit als doel om eenvoudig doorrekening te kunnen doorvoeren. Ook op het moment dat er gedurende de transformatie evaluatiemomenten plaatsvinden. Deze aanscherpingen kunnen dan eenvoudig worden doorgerekend.

Het document bestaat uit 10 tabbladen:
0. De leeswijzer: toelichting op de businesscase
1. Overzicht businesscase: Hierop wordt het totaal inzichtelijk gemaakt voor de businesscase. Hieruit is het resultaat te bepalen voor elk onderdeel in de transformatie. Geheel onderaan is het totaal resultaat opgenomen.
2. Begroting: Is het totaal aan eenmalige investeringen die benodigd zijn voor de transformatie.
3. Overzicht KPI's: Hierop is de verdeling van de investeringen opgenomen verdeeld over de verschillende KPI's.
4. Uitbetaling per partij: Hierop is per periode de uitbetaling opgenomen verdeeld over de verschillende categoriën partijen.
5. Algemene_input: Hierop wordt alles opgenomen wat uniform is voor de gehele businesscase. Dit is input die opgeleverd is vanuit de betrokken partijen of vanuit verschillende bronnen.
6. Laagdrempelig steunpunt: Op dit tabblad staat alles wat releveant is voor het laagdrempelig steunpunt zoals: de beparingen, exploitatie per punt en de opbouw van de punten.
7. Input_CTP: Op dit tabblad staat alles wat relevant is voor het CTP. Dit is input die opgeleverd is vanuit de betrokken partijen of vanuit verschillende bronnen.
8. Overlegtafel: Dit bevat de doorrekening van de besparingen van de overlegtafel.

Kleuren:
Er zijn verschillende kleuren opgenomen op elk tabblad. Dit is om inzicht te geven in de input van de verschillende cellen.
Rode cellen zijn waarover vragen/opmerkingen zijn. Hier is dus nog aandacht nodig voor het definitief opstellen van de businesscase.
Oranje cellen zijn cellen waar gewerkt wordt met aannames. Dit zijn als het ware de knoppen waaraan kan worden gedraaid om de resultaten voor elkaar te krijgen.

Overzicht Business Case: Berekening Verkennende Gesprekken incl. resultaat

Scenario opbouw CTP - normpraktijken	Neutraal							
CTP		2025	2026	2027	2028	2029		Opmerkingen
Algemene informatie CTP	Aantal normpraktijken (gemiddeld per jaar)	0	15	30	80	164	Aannames	
	Percentage verwijzingen huisarts/POH naar CTP	21%	21%	21%	21%	21%	Aannames	
	Aandeel reeds bekend Sociaal domein/Sociale basis	25%	25%	25%	25%	25%	Aannames	
	Type investering AI	Scenario - Geen AI	Scenario - Administratietijd - Conservatief	Scenario - Administratietijd - Positief	Scenario - Administratietijd - Positief	Scenario - Administratietijd - Positief		
	Directe verwijzingingen naar GGZ vanuit huisarts/POH	19.850	19.808	19.758	18.763	16.805	Berekening	
	Verwijzing naar GGZ na verkennend gesprek	-	247	502	1.363	2.839	Berekening	Let op: Dit is alsof iedereen die naar sGGZ en bGGZ alleen hier naartoe gaat. Er kan eventueel ook nog verwezen zijn naar andere partners.
	Aantal naar andere partners	-	142	288	782	1.628	Berekening	Let op. Dit is exclusief een 19% populatie die zorg krijgen in meerdere categorieën. Deze 19% is wel opgenomen in de aantallen waar ze naar toe zijn afgebogen (regel 26 t/m 32)
	Percentage afgebogen	0,0%	0,7%	1,4%	3,7%	7,7%	Berekening	
Afgebogen naar (aantal personen):								
	E-health (ZVW/Sociaal domein/ POH GGZ)	0	40	80	218	454	Berekening	
	Sociale basis - Overig	0	50	95	236	447	Berekening	
	Sociale basis - laagdrempelig steunpunt	0	8	24	86	223	Berekening	
	Sociaal domein	0	58	119	322	670	Berekening	
	Huisarts/POH	0	19	40	107	223	Berekening	
	Overig (inclusief informele netwerk, uitval - geen reactie/contact	0	39	79	214	447	Berekening	
	Totaal	0	214	436	1.183	2.465	Berekening	
Vergoeding:								
	E-health (ZVW/Sociaal domein/ POH GGZ)	€ -	€ 2.522	€ 5.294	€ 14.815	€ 31.829	Berekening	
	Sociale basis - Overig	€ -	€ 30.224	€ 58.559	€ 150.231	€ 293.426	Berekening	In 2026 en 2027 wordt dit bekostigd vanuit IZA/SPUK-transformatiemiddelen IZA
	Sociale basis - laagdrempelig steunpunt	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	Berekening	Vergoeding Sociale basis laagdrempelig steunpunt in eigen transformatie onderdeel
	Sociaal domein	€ -	€ 278.986	€ 585.594	€ 1.638.886	€ 3.521.114	Berekening	In 2026 en 2027 wordt dit bekostigd vanuit IZA/SPUK-transformatiemiddelen IZA
	Huisarts/POH	€ -	€ 834	€ 1.750	€ 4.898	€ 10.524	Berekening	
	Overig (inclusief informele netwerk, uitval - geen reactie/contact	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	Berekening	
	Totaal	€ -	€ 312.566	€ 651.197	€ 1.808.830	€ 3.856.894	Berekening	
Verkennende gesprekken								
	Aantal uitgevoerde verkennende gesprekken	-	388	790	2.145	4.467	Berekening	
	CTP (FTE)	-	0,9	1,5	4,1	8,6	Berekening	
	Vergoeding verkennend gesprek (Totaal)	€ -	€ 131.550	€ 230.008	€ 643.718	€ 1.383.015	Berekening	
	Vergoeding verkennend gesprek (Sociale basis/sociaal domein)	€ -	€ 58.038	€ 100.961	€ 282.556	€ 607.066		In 2026 en 2027 0 i.v.m. bekostiging IZA/SPUK-transformatiemiddelen IZA
	Vergoeding verkennend gesprek (ZVW)	€ -	€ 73.512	€ 129.048	€ 361.162	€ 775.949		
	Inzet secretariaat (FTE)	-	0,5	0,5	0,5	0,5	Berekening	
	Kosten secretariaat (ZVW)	€ -	€ 26.600	€ 27.438	€ 28.302	€ 29.194	Berekening	
Benodigde inzet CTP per rol	GGZ (FTE)	-	0,4	0,8	2,1	4,3	Berekening	Let op is meer dan inzet VG-TM voor puur de gesprekken. Dit i.v.m. extra inzet GGZ voor ondersteuning SD en ervaringsdeskundige
	Sociaal domein medewerker (FTE)	-	0,3	0,5	1,2	2,6	Berekening	Let op is meer dan inzet VG-TM voor puur de gesprekken. Dit i.v.m. extra inzet GGZ voor ondersteuning SD en ervaringsdeskundige
	Ervaringsdeskundige (FTE)	-	0,2	0,3	0,8	1,7	Berekening	Let op is meer dan inzet VG-TM voor puur de gesprekken. Dit i.v.m. extra inzet GGZ voor ondersteuning SD en ervaringsdeskundige
	Inzet secretariaat (GGZ) (FTE)	-	0,5	0,5	0,5	0,5	Berekening	
Overige inzet - FTE								
	Sociale kaart - Coordinator - FTE	-	-	-	0,0	0,0		
	Consultatie - POH GGZ - FTE	-	0,0	0,1	0,1	0,2		
	Consultatie - SD - FTE	-	-	-	-	-		
Overige kosten - FTE								
	Sociale kaart - Coordinator - Kosten FTE	€ -	€ -	€ -	€ 4.302	€ 4.437		
	Consultatie - POH GGZ - Kosten FTE	€ -	€ 5.852	€ 12.073	€ 18.679	€ 25.690		
	Consultatie - SD - Kosten FTE	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -		
Besparing GGZ								
	Bespaarde vergoedingen GGZ	€ -	€ 493.084	€ 1.010.825	€ 2.761.352	€ 5.787.438	Berekening	Besparing Sociale basis laagdrempelig steunpunt in eigen transformatie onderdeel opgenomen. Toelichting van de berekening: We gaan uit van de totaal aantal bespaarde behandelingen uit regel 24. Hierin zitten ook de aantallen van laagdrempelige steunpunten. Die halen we eraf. Want de sparing hiervoor wordt al doorgerekend in het onderdeel laagdrempelige steunpunten. We halen niet alles eraf. Er is namelijk sprake van personen die dubbel voorkomen. We hebben alleen een tarief voor bGGZ en sGGZ daarom vermenigvuldigen we eerste met het aandeel bGGZ en sGGZ en tellen we dit bij elkaar op.
	Aantal behandelingen GGZ	-	135	269	712	1.446		

Totaal resultaat CTP								
	Totaal resultaat ZVW (excl. Inzet SPUK transformatiemiddelen IZA)	€ 0	€ 383.765	€ 835.223	€ 2.329.194	€ 4.909.815	Berekening	Toelichting berekening: We bepalen eerste de onderdelen die geld opleveren voor de ZVW m.b.t. het CTP - bespaarde GGZ behandelingen. Vervolgens halen we hier af alle kosten die moeten worden gemaakt t.b.v. ZVW gefinancieerde zorg m.b.t. het TCP: Inzet coordinator Sociale kaart/ Consultatie POH GGZ, vergoedingen voor verkennend gesprek, inzet secretariaat, extra kosten huisartsen, E-health en overig netwerk In 2026 en 2027 0 i.v.m. bekostiging IZA/SPUK-transformatiemiddelen IZA
	Totaal resultaat sociaal domein/sociale basis (excl. Inzet SPUK transformatiemiddelen IZA)	€ 0	-€ 367.248	-€ 745.114	-€ 2.071.673	-€ 4.421.606	Berekening	Toelichting berekening: We bepalen eerste de onderdelen die geld opleveren voor het sociaal domein/sociale basis m.b.t. het CTP-geen besparingen Vervolgens halen we hier af alle kosten die moeten worden gemaakt t.b.v. door gemeente gefinancieerde zorg m.b.t. het TCP: Inzet van sociaal domein/sociale basis voor het verkennend gesprek, extra inzet van sociaal domein, sociale basis.
	Totaal resultaat ZVW (incl. Inzet SPUK transformatiemiddelen IZA)	€ 0	€ 383.765	€ 835.223	€ 2.329.194	€ 4.909.815	Berekening	Toelichting berekening: We bepalen eerste de onderdelen die geld opleveren voor de ZVW m.b.t. het CTP - bespaarde GGZ behandelingen. Vervolgens halen we hier af alle kosten die moeten worden gemaakt t.b.v. ZVW gefinancieerde zorg m.b.t. het TCP: Inzet coordinator Sociale kaart/ Consultatie POH GGZ, vergoedingen voor verkennend gesprek, inzet secretariaat, extra kosten huisartsen, E-health en overig netwerk In 2026 en 2027 0 i.v.m. bekostiging IZA/SPUK-transformatiemiddelen IZA
	Totaal resultaat sociaal domein/sociale basis (incl. Inzet SPUK transformatiemiddelen IZA)	€ 0	€ 0	€ 0	-€ 2.071.673	-€ 4.421.606	Berekening	Toelichting berekening: We bepalen eerste de onderdelen die geld opleveren voor het sociaal domein/sociale basis m.b.t. het CTP-geen besparingen Vervolgens halen we hier af alle kosten die moeten worden gemaakt t.b.v. door gemeente gefinancieerde zorg m.b.t. het TCP: Inzet van sociaal domein/sociale basis voor het verkennend gesprek, extra inzet van sociaal domein, sociale basis.

Overzicht Business Case: Berekening Laagdrempelige steunpunten en Overlegtafel (Transfermechanisme en DoCo) incl. resultaat

	Neutraal							
Laag drempelig steunpunt		2025	2026	2027	2028	2029		Opmerkingen	Bron 1
								Er kan uitgegaan worden van een maximaal verwacht aantal bezoekers van 561 personen. In de stad Groningen zijn er 400 bezoekers (ervaring Ixta Noa). Omgerekend naar deze regio betreft dit +- 561 personen. Dit aantal is in het positieve/neutrale scenario hoger omdat er in stad Groningen meerdere	
	Verwacht aantal bezoekers steunpunten	-	200	300	450	600	Aannames	aanbieders zijn	Ervaring cijfers Ixta Noa
	Waarvan via reguliere instroom	-	190	272	359	373	Aannames		
	Waarvan via CTP/Overlegtafel	-	10	28	91	227	Aannames		
	Aandeel verwezen CTP/Overlegtafel	0,0%	4,9%	9,2%	20,2%	37,9%	Aannames		
	Aandeel EPA patiënten	10%	10%	10%	10%	10%	Aannames		
	Percentage daadwerkelijke baten - Reguliere instroom	50%	50%	50%	50%	50%	Aannames		
	Percentage daadwerkelijke baten - Verwezen CTP	95%	95%	95%	95%	95%	Aannames		
Type bezoekers									
	Aantal EPA	-	20	30	45	60	Berekening		
	Aantal regulier bezoek	-	180	270	405	540	Berekening		
Kosten exploitatie									
	Exploitatiekosten. De exploitatiekosten zijn gebaseerd op de inzet van personeel, huisvesting en overige kosten. Per jaar nemen het aantal LSP toe of breiden LSP uit. Daardoor stijgen de kosten voor de inzet van FTE, huisvestingskosten en overige kosten per jaar	-	5,5	8,5	13,0	17,0	Aanname	We gaan uit van ongeveer 35 unieke bezoekers per FTE.	
	Totale exploitatie kosten	€ -	€ 790.014,25	€ 1.259.390,44	€ 1.986.799,54	€ 2.679.963,33	Berekening	De exploitatiekosten zijn gelijk aan de besparingen (voor zowel ZVW als sociaal domein) uitgaande dat alle bezoekers reguliere bezoekers betreffen. In 2026 en 2027 worden de personeelskosten (75,4%) betaald uit IZA/SPUK-transformatiemiddelen IZA.	
Totaal resultaat laag drempelig steunpunt									
	Opbrengst ZVW	€ -	€ 354.945,39	€ 569.801,09	€ 961.745,45	€ 1.501.228,03	Berekening		
	Opbrengst Sociaal domein/Sociale basis	€ -	€ 546.163,82	€ 876.767,94	€ 1.479.863,05	€ 2.309.979,10	Berekening		
	Bespaarde GGZ behandeling	0	100	150	225	300			
Totaal resultaat laag drempelig steunpunt									
	Totaal resultaat ZVW (excl. Inzet SPUK transformatiemiddelen IZA)	€ 0	€ 111.095	€ 187.179	€ 454.809	€ 1.131.244	Berekening	De kosten zijn zover als mogelijk vergoedt door de gemeente. Het overige deel moet vanuit ZVW worden betaald. Hiervoor is het noodzakelijk om een financiële constructie op zetten	
	Totaal resultaat sociaal domein/sociale basis (excl. Inzet SPUK transformatiemiddelen IZA)	€ 0	€ 0	€ 0	€ 0	€ 0	Berekening	De kosten zijn zover als mogelijk vergoedt door de gemeente. Het overige deel moet vanuit ZVW worden betaald. Hiervoor is het noodzakelijk om een financiële constructie op zetten	
	Totaal resultaat ZVW (incl. Inzet SPUK transformatiemiddelen IZA)	€ 0	€ 354.945	€ 569.801	€ 454.809	€ 1.131.244	Berekening	De kosten zijn zover als mogelijk vergoedt door de gemeente. Het overige deel moet vanuit ZVW worden betaald. Hiervoor is het noodzakelijk om een financiële constructie op zetten	
	Totaal resultaat sociaal domein/sociale basis (incl. Inzet SPUK transformatiemiddelen IZA)	€ 0	€ 351.820	€ 566.958	€ 0	€ 0	Berekening	De kosten zijn zover als mogelijk vergoedt door de gemeente. Het overige deel moet vanuit ZVW worden betaald. Hiervoor is het noodzakelijk om een financiële constructie op zetten	

	Conservatief							
Overlegtafel		2025	2026	2027	2028	2029		Opmerkingen	Bron 1
Algemene informatie overlegtafel	Aantal bijeenkomsten overlegtafel	0	40	40	30	20	Aannames		
	Exploitatie kosten - sociaal domein/sociale basis	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00	Berekening		
	Exploitatie kosten - ZVW	€ 0,00	€ 20.547,82	€ 21.195,07	€ 16.397,04	€ 11.275,70	Berekening		
Horizontale transfers - verplaatsing naar andere instelling zelfde type	Besparing wachtlijst in weken	2	2	2	2	2	Berekening		
	Aantal horizontale transfers	0	3	6	5	4	Aannames		
	Resultaat sociaal domein/sociale basis	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00	Berekening		
	Resultaat ZVW	€ 0,00	€ 1.819,43	€ 3.753,48	€ 3.226,43	€ 2.662,45	Berekening		
Verticale transfers - verplaatsing andere type instelling									
	SGGZ --> SD	0	8	18	22	16	Aannames		
	SGGZ --> LDP	0	2	4	5	4	Aannames	Let op: Besparing komt terug bij LDP	
	Resultaat sociaal domein/sociale basis	€ 0,00	-€ 51.071,63	-€ 118.530,86	-€ 149.434,50	-€ 112.103,04	Berekening	In 2026 en 2027 wordt dit bekostigd vanuit IZA/SPUK-transformatiemiddelen IZA	
	Resultaat ZVW	€ 0,00	€ 38.303,72	€ 88.898,15	€ 112.075,87	€ 84.077,28	Berekening		
Totaal - resultaat									
	Totaal resultaat ZVW (excl. Inzet SPUK transformatiemiddelen IZA)	€ 0	€ 19.575	€ 71.457	€ 98.905	€ 75.464			
	Totaal resultaat sociaal domein/sociale basis (excl. Inzet SPUK transformatiemiddelen IZA)	€ 0	-€ 51.072	-€ 118.531	-€ 149.434	-€ 112.103			
	Totaal resultaat ZVW (incl. Inzet SPUK transformatiemiddelen IZA)	€ 0	€ 19.575	€ 71.457	€ 98.905	€ 75.464	Berekening		
	Totaal resultaat sociaal domein/sociale basis (incl. Inzet SPUK transformatiemiddelen IZA)	€ 0	€ 0	€ 0	-€ 149.434	-€ 112.103	Berekening	In 2026 en 2027 0 i.v.m. bekostiging IZA/SPUK-transformatiemiddelen IZA	

Resultaat Business Case en impact op wachtlijst

Totaal resultaat		2025	2026	2027	2028	2029		Opmerkingen	Bron 1
	Resultaat ZVW - CTP	€ -	€ 383.765	€ 835.223	€ 2.329.194	€ 4.909.815	Berekening		
	Resultaat sociaal domein/sociale basis - CTP	€ -	€ -	€ -	€ -2.071.673	€ -4.421.606	Berekening		
	Resultaat ZVW - Laag drempelig steunpunt	€ -	€ 354.945	€ 569.801	€ 454.809	€ 1.131.244	Berekening		
	Resultaat sociaal domein/sociale basis - Laag drempelig steunpunt	€ -	€ 351.820	€ 566.958	€ -	€ -	Berekening		
	Resultaat ZVW - Overlegtafel	€ -	€ 19.575	€ 71.457	€ 98.905	€ 75.464	Berekening		
	Resultaat sociaal domein/sociale basis - Overlegtafel	€ -	€ -	€ -	€ -149.434	€ -112.103	Berekening		
	Resultaat ZVW - Totaal	€ -	€ 758.285	€ 1.476.481	€ 2.882.908	€ 6.116.522	Berekening		
	Resultaat sociaal domein/sociale basis - Totaal	€ -	€ 351.820	€ 566.958	€ -2.221.108	€ -4.533.710	Berekening		
	Totaal bespaarde behandelingen GGZ	0	243	437	959	1762	Berekening		
	Eenmalige investeringen	€ 193.533	€ 2.395.870	€ 2.721.117	€ 0	€ 0	Berekening		
	Totale investering (IZA transformatie budget = IZA + SPUK-transformatiemiddelen IZA)			€ 5.310.520			Berekening		
	Totale investering IZA			€ 1.932.006			Berekening		
	Totale investering SPUK-transformatiemiddelen IZA			€ 3.378.515			Berekening		
	Waarvan strcuturele meerkosten			€ 1.122.966			Berekening		
	Waarvan structurele extra personeelskosten			€ 1.704.250			Berekening		
	Waarvan incidentele SPUK-transformatiemiddelen IZA			€ 551.299			Berekening		
	Totaal resultaat ZVW			€ 11.234.197			Berekening		
	Ruimte resultaat ZVW t.o.v. IZA/SPUK-transformatiemiddelen IZA			€ 8.750.892			Berekening		
	Totaal resultaat sociaal domein/sociale basis:			-€ 5.836.039			Berekening		
	Benodigd AZWA			€ 5.836.039			Berekening		
	Resultaat business case			€ 638.937			Berekening		

Wachtlijst		2025	2026	2027	2028	2029		Opmerkingen	Bron 1
Wachtlijst	Omvang wachtlijst	1028	1087	958	688	74	Berekening		
Toename wachtlijst	Gemiddelde toename wachtlijst in aantal cliënten per jaar	60	60	60	60	60	Aannames	De gemiddelde toename in cliënten voor alle jaren baseren we op de huidige wachtlijst in 2025. Dit wordt bepaald aan de hand van de gemiddelde procentuele toename van 5,8%.	https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_760147_22/
Afname wachtlijst	Percentage ontdubbeld	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	Aannames		
	Ontdubbeld per wachtlijst	0	0	0	0	0	Berekening		
	Extra clienten te behandelen met uitgespaarde GGZ behandelingen	0	189	329	674	1184	Berekening	Slechts 60% van de vrijgekomen capaciteit GGZ -TCP kan worden ingezet voor behandeling. Er is namelijk ook inzet nodig om het CTP te draaien.	
	Wachttijd in weken	20,9	22,1	19,5	14,0	1,5	Berekening		https://www.rivm.nl/mentale-gezondheid/monitor/gevolgen-mentale-ongez
	Doorstroomsnelheid	49	49	49	49	49	Berekening		

Overzicht begroting

Transformatie onderdeel	Investering	Personeel/Materiaal	Categorisering	ZVW/Sociaal domein	Route vergoeding	Gekoppeld aan KPI	Uren totaal	Tarief	Totaal investering (excl. Indexatie)	Investering per jaar (excl. Indexatie) 2025	2026	2027	Aandeel GGZ - Pro Persona	Onze huisartsen	Gemeenten	GGZ - KLA	Overig	Let op: Inclusief indexatie Totaal IZA	Totaal SPUK-transformatie	Aandeel SPUK-transformatiemiddelen IZA	Opmerkingen
Laagdrempelig steunpunt	2026 - Inzet ervaringsdeskundigen bij teams zoals Factteam om de verwijzingen door GGZ en eerstelijnz GGZ te voorzoeden	Personeel	Personeel - Intern	Sociaal domein/Sociale basis	SPUK-transformatiemiddelen IZA		7	200	€ 85,00	€ 17.000,00		€ 17.000,00			100%			€ 0	€ 18.088	100%	
Laagdrempelig steunpunt	2027 - Inzet ervaringsdeskundigen bij teams zoals Factteam om de verwijzingen door GGZ en eerstelijnz GGZ te voorzoeden	Personeel	Personeel - Intern	Sociaal domein/Sociale basis	SPUK-transformatiemiddelen IZA		9	200	€ 85,00	€ 17.000,00			€ 17.000,00		100%			€ 0	€ 18.658	100%	
CTP	Scenario Sociale kaart Online sociale kaart - met de inzet van AI wordt het aanbod opgehaald en gecombineerd tot een simpel overzicht dat gebruikt kan worden voor de inwoners. In dit bedrag is het opzetten van de proof-of-concept en het productieklaarmaken hiervan. Dit bedrag zal worden gebruikt worden om de sociale kaart te genereren, de exploitatiekosten worden waar mogelijk opgevangen door de bestaande sociale kaarten te vervangen door de nieuwe variant. Zie opmerkingen kolom voor de onderbouwing van dit totaal bedrag.	Personeel	Personeel - Extern	ZVW	IZA		10			€ 120.000,00		€ 120.000,00		100%					€ 127.679	€ 0	0%	Onderbouwing van het bedrag € 150.000: 1. analyse fase - inventarisatie regio: stakeholders, voorzieningen, huidige databronnen, overlap met bestaande initiatieven (bijv. sociale wijkteams, GGD, zorginstellingen) - €15.000 2. Conceptontwikkeling - Uitwerken user stories, informatiearchitectuur en wireframes (voor gemeenten, professionals, inwoners) - €20.000 3. Definiëren categorieën en profielen - Ontwikkeling mogelijke zoek- en structuur categorieën - € 15.000 4. Datamodel & techniek en werken naar een Minimal Viable Product - Ontwerp datamodel en ontwikkeling en oplevering van eerste werkende versie van de sociale kaart met zoek- en filterfunctionaliteit per regio. - €60.000 5. Door ontwikkelen MVP op basis van gebruikerservaringen - Vanuit een werkend product gaan we in een razend tempo doorontwikkelen. - € 40.000
CTP	Scenario Sociale kaart Online sociale kaart - met de inzet van AI wordt het aanbod opgehaald en gecombineerd tot een simpel overzicht dat gebruikt kan worden voor de inwoners. In dit bedrag is het opzetten van de proof-of-concept en het productieklaarmaken hiervan. Dit bedrag zal worden gebruikt worden om de sociale kaart te genereren, de exploitatiekosten worden waar mogelijk opgevangen door de bestaande sociale kaarten te vervangen door de nieuwe variant. Zie opmerkingen kolom voor de onderbouwing van dit totaal bedrag.	Materiaal	Diversen	ZVW	IZA		10			€ 30.000,00		€ 30.000,00		100%					€ 31.920	€ 0	0%	Onderbouwing van het bedrag € 150.000: 1. analyse fase - inventarisatie regio: stakeholders, voorzieningen, huidige databronnen, overlap met bestaande initiatieven (bijv. sociale wijkteams, GGD, zorginstellingen) - €15.000 2. Conceptontwikkeling - Uitwerken user stories, informatiearchitectuur en wireframes (voor gemeenten, professionals, inwoners) - €20.000 3. Definiëren categorieën en profielen - Ontwikkeling mogelijke zoek- en structuur categorieën - € 15.000 4. Datamodel & techniek en werken naar een Minimal Viable Product - Ontwerp datamodel en ontwikkeling en oplevering van eerste werkende versie van de sociale kaart met zoek- en filterfunctionaliteit per regio. - €60.000 5. Door ontwikkelen MVP op basis van gebruikerservaringen - Vanuit een werkend product gaan we in een razend tempo doorontwikkelen. - € 40.000
CTP	Consultatie - VIP Live consultatie	Materiaal	ICT Ontwikkelkosten/Aanschaf	ZVW	IZA		6			€ 12.463,00		€ 12.463,00				100%		€ 13.261	€ 0	0%	
CTP	Consultatie - VIP Live consultatie - Doorontwikkeline	Materiaal	ICT Ontwikkelkosten	ZVW	IZA		6			€ 4.840,00			€ 4.840,00			100%		€ 5.312	€ 0	0%	
CTP	2026 - Deskundigheidsbevordering, ontwikkelen trainingen t.b.v. VG-professionals, inzet trainer en uren VG-professionals luitsteren van circa 220	Personeel	Personeel - Extern	ZVW	IZA	3b		216	€ 114,95	€ 24.829,20		€ 24.829				100%		€ 26.418	€ 0	0%	Dubbel vanwaree koppeline met KPI 3a en 3b. De totale inzet wordt hierover verdeeld.
CTP	2026 - Deskundigheidsbevordering, ontwikkelen trainingen t.b.v. VG-professionals, inzet trainer en uren VG-professionals luitsteren van circa 220	Personeel	Personeel - Extern	ZVW	IZA	3a		504	€ 114,95	€ 57.934,80		€ 57.935				100%		€ 61.642	€ 0	0%	Dubbel vanwaree koppeline met KPI 3a en 3b. De totale inzet wordt hierover verdeeld.
CTP	2027 - Deskundigheidsbevordering, ontwikkelen trainingen t.b.v. VG-professionals, inzet trainer en uren VG-professionals luitsteren van circa 220	Personeel	Personeel - Extern	ZVW	IZA	11a		504	€ 114,95	€ 57.934,80			€ 57.935			100%		€ 63.584	€ 0	0%	Dubbel vanwaree koppeline met KPI 12a en 12b. De totale inzet wordt hierover verdeeld.
CTP	2027 - Deskundigheidsbevordering, ontwikkelen trainingen t.b.v. VG-professionals, inzet trainer en uren VG-professionals luitsteren van circa 220	Personeel	Personeel - Extern	ZVW	IZA	11b		216	€ 114,95	€ 24.829,20			€ 24.829			100%		€ 27.250	€ 0	0%	Dubbel vanwaree koppeline met KPI 12a en 12b. De totale inzet wordt hierover verdeeld.
CTP	Offerte - Ultrol Proof-of-concept t.b.v. automatische gespreksamenvatting & inteligente zoekfunctie - Diversen - Offerte GorillaIT	Personeel	Personeel - Extern	ZVW	IZA		4			€ 24.200,00		€ 24.200				100%		€ 25.749	€ 0	0%	
CTP	Offerte - ultrol Proof-of-concept t.b.v. automatische gespreksamenvatting & inteligente zoekfunctie - Offerte GorillaIT	Materiaal	Diversen - Offerte GorillaIT	ZVW	IZA		4			€ 6.050,00		€ 6.050				100%		€ 6.437	€ 0	0%	
CTP	Productierlio maken van Proof-of-concept - Offerte GorillaIT	Personeel	Personeel - Extern	ZVW	IZA		4			€ 24.200,00		€ 24.200				100%		€ 25.749	€ 0	0%	
CTP	Productierlio maken van Proof-of-concept - Offerte GorillaIT	Materiaal	Diversen - Offerte GorillaIT	ZVW	IZA		4			€ 6.050,00		€ 6.050				100%		€ 6.437	€ 0	0%	
CTP	Ultrol en in productie name van AI - Offerte GorillaIT	Personeel	Personeel - Extern	ZVW	IZA		4			€ 4.840,00		€ 4.840				100%		€ 5.150	€ 0	0%	
CTP	Ultrol en in productie name van AI - Offerte GorillaIT	Materiaal	Diversen - Offerte GorillaIT	ZVW	IZA		4			€ 1.210,00		€ 1.210				100%		€ 1.287	€ 0	0%	
CTP	Doorontwikkeline AI inzet - Offerte GorillaIT	Personeel	Personeel - Extern	ZVW	IZA	11a				€ 33.880,00			€ 33.880			100%		€ 37.184	€ 0	0%	Dubbel vanwaree koppeline met KPI 12a en 12b. De totale inzet wordt hierover verdeeld.
CTP	Doorontwikkeline AI inzet - Offerte GorillaIT	Materiaal	Diversen - Offerte GorillaIT	ZVW	IZA	11a				€ 8.470,00			€ 8.470			100%		€ 9.296	€ 0	0%	Dubbel vanwaree koppeline met KPI 12a en 12b. De totale inzet wordt hierover verdeeld.
CTP	Doorontwikkeline AI inzet - Offerte GorillaIT	Personeel	Personeel - Extern	ZVW	IZA	11b				€ 14.520,00			€ 14.520			100%		€ 15.936	€ 0	0%	Dubbel vanwaree koppeline met KPI 12a en 12b. De totale inzet wordt hierover verdeeld.
CTP	Doorontwikkeline AI inzet - Offerte GorillaIT	Materiaal	Diversen - Offerte GorillaIT	ZVW	IZA	11b				€ 3.630,00			€ 3.630			100%		€ 3.984	€ 0	0%	Dubbel vanwaree koppeline met KPI 12a en 12b. De totale inzet wordt hierover verdeeld.
CTP	2026 - CTP:onderdeel opzet monitoring, evaluatie en verantwoordine	Materiaal	Rapportage	ZVW	IZA	3b				€ 17.131		€ 17.131				100%		€ 18.227	€ 0	0%	Dubbel vanwaree koppeline met KPI 3a en 3b. De totale inzet wordt hierover verdeeld.
CTP	2026 - CTP:onderdeel opzet monitoring, evaluatie en verantwoordine	Materiaal	Rapportage	ZVW	IZA	3a				€ 39.973		€ 39.973				100%		€ 42.531	€ 0	0%	Dubbel vanwaree koppeline met KPI 3a en 3b. De totale inzet wordt hierover verdeeld.
CTP	2027 - CTP:onderdeel opzet monitoring, evaluatie en verantwoordine	Materiaal	Rapportage	ZVW	IZA	11a				€ 23.207,80			€ 23.208			100%		€ 25.471	€ 0	0%	Dubbel vanwaree koppeline met KPI 12a en 12b. De totale inzet wordt hierover verdeeld.
CTP	2027 - CTP:onderdeel opzet monitoring, evaluatie en verantwoordine	Materiaal	Rapportage	ZVW	IZA	11b				€ 9.946,20			€ 9.946			100%		€ 10.916	€ 0	0%	Dubbel vanwaree koppeline met KPI 12a en 12b. De totale inzet wordt hierover verdeeld.
programma organisatie	2026 - Cliënten en naasten panel	Personeel	Personeel - Intern	ZVW	IZA	12a				€ 529,38		€ 529		100%				€ 563	€ 0	0%	25 euro p.p. x 8 : 200,- Euro per keer x 3 = 1000,- Euro per jaar / reiskosten 367,50 / Out of pocket: 750 euro = 2117,50 op jaarbasis. Dubbel vanwaree koppeline met KPI 12a en 12b. De totale inzet wordt hierover verdeeld.
programma organisatie	2026 - Cliënten en naasten panel	Personeel	Personeel - Intern	ZVW	IZA	12b				€ 1.588,13		€ 1.588		100%				€ 1.690	€ 0	0%	25 euro p.p. x 8 : 200,- Euro per keer x 3 = 1000,- Euro per jaar / reiskosten 367,50 / Out of pocket: 750 euro = 2117,50 op jaarbasis. Dubbel vanwaree koppeline met KPI 12a en 12b. De totale inzet wordt hierover verdeeld.
programma organisatie	2027 - Cliënten en naasten panel	Personeel	Personeel - Intern	ZVW	IZA	13				€ 2.117,50			€ 2.118	100%				€ 2.324	€ 0	0%	
programma organisatie	2026 - Organisatie inrichting: werkprocessen	Materiaal	Jaarlijks onderhoudskosten website, bijhouden er	ZVW	IZA	12a				€ 151,25		€ 151		100%				€ 161	€ 0	0%	Dubbel vanwaree koppeline met KPI 12a en 12b. De totale inzet wordt hierover verdeeld.
programma organisatie	2026 - Organisatie inrichting: werkprocessen	Materiaal	Jaarlijks onderhoudskosten website, bijhouden er	ZVW	IZA	12b				€ 453,75		€ 454		100%				€ 483	€ 0	0%	Dubbel vanwaree koppeline met KPI 12a en 12b. De totale inzet wordt hierover verdeeld.
programma organisatie	2027 - Organisatie inrichting: werkprocessen	Materiaal	Jaarlijks onderhoudskosten website, bijhouden er	ZVW	IZA	13				€ 605,00			€ 605	100%				€ 664	€ 0	0%	
programma organisatie	Dashboard - ontwikkeline GGZ aanbieders in de regio	Materiaal	ICT Ontwikkelkosten	ZVW	IZA		1			€ 20.167,07	€ 20.167			100%				€ 20.802	€ 0	0%	Meralo heeft ervoor gekozen om te investeren in een dashboard en heeft hiervoor Bee Improve als partij aangetrokken.

programma organisatie	2026 - Pijler 1: Inzet projectcoördinator laagdrempelige steunpunten	Personeel	Personeel - Intern	Sociaal domein/Sociale basis	SPUK-transformatiemiddelen IZA		7	1440	€ 110,00	€ 158.400,00	€ 158.400			100%			€ 0	€ 168.536	100%	Onderbouwing uren: Het betreffen drie kerntaken verdeeld over projectleiders/medewerkers: 1.(Regionale) teamontwikkeling ervaringsdeskundigen. stabiel team, rollen kennen, grenzen bewaken (coach); Netwerkrol in team, samenwerking met andere partijen extern in de wijk; Andere locaties: , werven, selecteren en team maken, onderlinge uitwisseling. 2.Bereiken inwoners met psychische kwetsbaarheid in de wijk; toegankelijkheid, werving, pr en marketing . 3.Overig: Verbinding met andere organisaties en netwerken op regionaal niveau, bewaking van kpi's, verantwoording aan stuurgroep en eerneaten
programma organisatie	2027 - Pijler 1: Inzet projectcoördinator laagdrempelige steunpunten	Personeel	Personeel - Intern	Sociaal domein/Sociale basis	SPUK-transformatiemiddelen IZA		9	1440	€ 110,00	€ 158.400,00		€ 158.400		100%			€ 0	€ 173.845	100%	Onderbouwing uren: Het betreffen drie kerntaken verdeeld over projectleiders/medewerkers: 1.(Regionale) teamontwikkeling ervaringsdeskundigen. stabiel team, rollen kennen, grenzen bewaken (coach); Netwerkrol in team, samenwerking met andere partijen extern in de wijk; Andere locaties: , werven, selecteren en team maken, onderlinge uitwisseling. 2.Bereiken inwoners met psychische kwetsbaarheid in de wijk; toegankelijkheid, werving, pr en marketing . 3.Overig: Verbinding met andere organisaties en netwerken op regionaal niveau, bewaking van kpi's, verantwoording aan stuurgroep en eerneaten
programma organisatie	2026 - Pijler 2 Inzet projectcoördinator Netwerk van wegwijzers	Personeel	Personeel - Intern	Sociaal domein/Sociale basis	SPUK-transformatiemiddelen IZA		10	80	€ 95,00	€ 7.600,00	€ 7.600			100%			€ 0	€ 8.086	100%	
programma organisatie	2027 - Pijler 2 Inzet projectcoördinator Netwerk van wegwijzers	Personeel	Personeel - Intern	Sociaal domein/Sociale basis	SPUK-transformatiemiddelen IZA		10	40	€ 95,00	€ 3.800,00		€ 3.800		100%			€ 0	€ 4.171	100%	
programma organisatie	pilier 2 Projectleider consultatie kosten	Personeel	Personeel - Intern	ZVW	IZA		6	312	€ 110,00	€ 34.320,00	€ 34.320				100%		€ 36.516	€ 0	0%	
programma organisatie	pilier 2 projectleider online sociale kaart	Personeel	Personeel - Intern	Sociaal domein/Sociale basis	SPUK-transformatiemiddelen IZA		10	320	€ 110,00	€ 35.200,00	€ 35.200			100%			€ 0	€ 37.453	100%	
programma organisatie	2026 - pilier 2 Projectleider verkennende Gesprekken	personeel	Personeel - Extern	ZVW	IZA	3b		350	€ 163,35	€ 57.172,50	€ 57.173				100%		€ 60.831	€ 0	0%	Dubbel vanwege koppeling met KPI 3a en 3b. De totale inzet wordt hierover verdeeld.
programma organisatie	2026 - pilier 2 Projectleider verkennende Gesprekken	personeel	Personeel - Extern	ZVW	IZA	3a		750	€ 163,35	€ 122.512,50	€ 122.513				100%		€ 130.352	€ 0	0%	Dubbel vanwege koppeling met KPI 3a en 3b. De totale inzet wordt hierover verdeeld.
programma organisatie	2027 - pilier 2 Projectleider verkennende Gesprekken	personeel	Personeel - Extern	ZVW	PGGAZ	11a		750	€ 163,35	€ 0,00					100%		€ 0	€ 0	100%	DR bedrag wordt verzeod uit de PGGAZ.
programma organisatie	2027 - pilier 2 Projectleider verkennende Gesprekken	personeel	Personeel - Extern	ZVW	PGGAZ	11b		350	€ 163,35	€ 0,00					100%		€ 0	€ 0	100%	DR bedrag wordt verzeod uit de PGGAZ.
programma organisatie	2026 - Overkoepelend: onderdeel opzet monitoring, evaluatie en verantwoordine	Materiaal	Rapportage	ZVW	IZA	12a				€ 7.500,00	€ 7.500		100%				€ 7.980	€ 0	0%	Dubbel vanwege koppeling met KPI 12a en 12b. De totale inzet wordt hierover verdeeld.
programma organisatie	2026 - Overkoepelend: onderdeel opzet monitoring, evaluatie en verantwoordine	Materiaal	Rapportage	ZVW	IZA	12b				€ 22.500,00	€ 22.500		100%				€ 23.940	€ 0	0%	Dubbel vanwege koppeling met KPI 12a en 12b. De totale inzet wordt hierover verdeeld.
programma organisatie	2026 - Programmamanager/leider MGN Centraal Gelderland	Personeel	Personeel - Extern	ZVW	IZA	12a		300	€ 163,35	€ 49.005,00	€ 49.005		100%				€ 52.141	€ 0	0%	Dubbel vanwege koppeling met KPI 12a en 12b. De totale inzet wordt hierover verdeeld.
programma organisatie	2026 - Programmamanager/leider MGN Centraal Gelderland	Personeel	Personeel - Extern	ZVW	IZA	12b		900	€ 163,35	€ 147.015,00	€ 147.015		100%				€ 156.423	€ 0	0%	Dubbel vanwege koppeling met KPI 12a en 12b. De totale inzet wordt hierover verdeeld.
Overkoepelend MGN: Leren en monitoren	2026 - Inzet uitvoering regionaal lerend ecosysteem - andersoortige aanpak	Personeel	Personeel - Intern	ZVW/Sociaal domein/Sociale basis	IZA/SPUK-transformatiemiddelen IZA		5	10	€ 1.750,00	€ 17.500,00	€ 17.500		25%	25%	25%	25%	€ 13.965	€ 4.655	25%	1 bijeenkomst is tot 2.000 euro Deze worden onderbouwd middels de volgende inzet (voor elk 10 de bijeenkomsten) Projectleiding en coördinatie van het lerend ecosysteem - 35% - € 7.000 Facilitering leer- en reflectiebijeenkomsten - 23,8% - € 4.750 Inzet ervaringsgerichte veranderaars en ervaringsdeskundigen - 28,8% - € 5.750 Monitorine, dataverzameine en rapportaze - 12,5% - €2.500
Overkoepelend MGN: Leren en monitoren	2026 - Inzet uitvoering regionaal lerend ecosysteem - andersoortige aanpak	Materiaal	Diversen	ZVW/Sociaal domein/Sociale basis	IZA/SPUK-transformatiemiddelen IZA		5	10	€ 250,00	€ 2.500,00	€ 2.500		25%	25%	25%	25%	€ 1.995	€ 665	25%	1 bijeenkomst is tot 2.000 euro Deze worden onderbouwd middels de volgende inzet (voor elk 10 de bijeenkomsten) Projectleiding en coördinatie van het lerend ecosysteem - 35% - € 7.000 Facilitering leer- en reflectiebijeenkomsten - 23,8% - € 4.750 Inzet ervaringsgerichte veranderaars en ervaringsdeskundigen - 28,8% - € 5.750 Monitorine, dataverzameine en rapportaze - 12,5% - €2.500
Overkoepelend MGN: communicatie	2026 - Communicatie MGN	Personeel	Personeel - Extern	ZVW	IZA	12a		90	€ 121,00	€ 10.890,00	€ 10.890		100%				€ 11.587	€ 0	0%	Dubbel vanwege koppeling met KPI 12a en 12b. De totale inzet wordt hierover verdeeld.
Overkoepelend MGN: communicatie	2026 - Communicatie MGN	Personeel	Personeel - Extern	ZVW	IZA	12b		270	€ 121,00	€ 32.670,00	€ 32.670		100%				€ 34.761	€ 0	0%	Dubbel vanwege koppeling met KPI 12a en 12b. De totale inzet wordt hierover verdeeld.
Overkoepelend MGN: communicatie	2026 - Communicatie MGN	Materiaal	Communicatiemiddelen	ZVW	IZA	12a				€ 3.025,00	€ 3.025		100%				€ 3.219	€ 0	0%	Dubbel vanwege koppeling met KPI 12a en 12b. De totale inzet wordt hierover verdeeld.
Overkoepelend MGN: communicatie	2026 - Communicatie MGN	Materiaal	Communicatiemiddelen	ZVW	IZA	12b				€ 9.075,00	€ 9.075		100%				€ 9.656	€ 0	0%	Dubbel vanwege koppeling met KPI 12a en 12b. De totale inzet wordt hierover verdeeld.
programma organisatie	2026 - Algemene kosten ondersteunende diensten: inzet controller (40%), iurist (10%), ict (20%), data analist (20%)	Personeel	Personeel - Intern	ZVW/Sociaal domein/Sociale basis	IZA/SPUK-transformatiemiddelen IZA	12a		212	€ 110,00	€ 23.320,00	€ 23.320		50%		50%		€ 12.406	€ 12.406	50%	Dubbel vanwege koppeling met KPI 12a en 12b. De totale inzet wordt hierover verdeeld.
programma organisatie	2026 - Algemene kosten ondersteunende diensten: inzet controller (40%), iurist (10%), ict (20%), data analist (20%)	Personeel	Personeel - Intern	ZVW/Sociaal domein/Sociale basis	IZA/SPUK-transformatiemiddelen IZA	12b		636	€ 110,00	€ 69.960,00	€ 69.960		50%		50%		€ 37.218	€ 37.218	50%	Dubbel vanwege koppeling met KPI 12a en 12b. De totale inzet wordt hierover verdeeld.

programma organisatie	2027 - Overkoepelend:onderdeel opzet monitoring, evaluatie en verantwoording	Materiaal	Rapportage	ZVW	IZA		13			€ 30.000,00			€ 30.000	100%				€ 32.925	€ 0	0%	
programma organisatie	2027 - Programmamanager/leider MGN Centraal Gelderland	Personeel	Personeel - Extern	ZVW	IZA		13	1000	€ 163,35	€ 163.350,00			€ 163.350	100%				€ 179.278	€ 0	0%	
Overkoepelend MGN: Leren en monitoren	2027 - Inzet uitvoering regionaal lerend ecosysteem - andersoortige aanpak	Personeel	Personeel - Intern	ZVW/Sociaal domein/Sociale basis	IZA/SPUK-transformatiemiddelen IZA		5	10	€ 1.750,00	€ 17.500,00			€ 17.500	25%	25%	25%	25%	€ 14.405	€ 4.802	25%	1 bijeenkomst kost 2.000 euro Deze worden onderbouwd middels de volgende inzet (voor alle 10 de bijeenkomsten) Projectleiding en coördinatie van het lerend ecosysteem - 35% - €7.000 Facilitering leer- en reflectiebijeenkomsten - 23,8% - €4.750 Inzet ervaringsgerichte veranderaars en ervaringsdeskundigen - 28,8% - € 5.750 Monitoring, dataverzamelina en rapportage - 12.5% - €2.500
Overkoepelend MGN: Leren en monitoren	2027 - Inzet uitvoering regionaal lerend ecosysteem - andersoortige aanpak	Materiaal	Diversen	ZVW/Sociaal domein/Sociale basis	IZA/SPUK-transformatiemiddelen IZA		5	10	€ 250,00	€ 2.500,00			€ 2.500	25%	25%	25%	25%	€ 2.058	€ 686	25%	1 bijeenkomst kost 2.000 euro Deze worden onderbouwd middels de volgende inzet (voor alle 10 de bijeenkomsten) Projectleiding en coördinatie van het lerend ecosysteem - 35% - €7.000 Facilitering leer- en reflectiebijeenkomsten - 23,8% - €4.750 Inzet ervaringsgerichte veranderaars en ervaringsdeskundigen - 28,8% - € 5.750 Monitoring, dataverzamelina en rapportage - 12.5% - €2.500
Overkoepelend MGN: communicatie	2027 - Communicatie MGN	Personeel	Personeel - Extern	ZVW	IZA		13	360	€ 121,00	€ 43.560,00			€ 43.560	100%				€ 47.807	€ 0	0%	
Overkoepelend MGN: communicatie	2027 - Communicatie MGN	Materiaal	Communicatiemiddelen	ZVW	IZA		13			€ 12.100,00			€ 12.100	100%				€ 13.280	€ 0	0%	
programma organisatie	2027 - Algemene kosten ondersteunende diensten: inzet controller (40%), jurist (10%), kt (20%), data analist (20%)	Personeel	Personeel - Intern	ZVW/Sociaal domein/Sociale basis	IZA/SPUK-transformatiemiddelen IZA		13	864	€ 110,00	€ 95.040,00			€ 95.040	50%		50%		€ 52.154	€ 52.154	50%	
MGN overkoepelend	Inzet Kev Groep	Personeel	Personeel - Extern	ZVW	IZA		1	336	€ 163,35	€ 54.885,60	€ 54.886			100%				€ 56.614	€ 0	0%	
MGN overkoepelend	Bevordering gegevensuitwisseling en gezamenlijke IT- Infrastructuur - 2026	Personeel	Personeel - Intern	ZVW	IZA		2			€ 80.000,00		€ 80.000		100%				€ 85.119	€ 0	0%	De in dit transformatieplan opgenomen middelen worden niet gebruikt om een eigen platform te ontwikkelen, maar om: 1.de deelnemende organisaties aansluit gereed te maken op het toekomstige regionale platform (technisch, organisatorisch en qua informatiestandaarden); 2.te voldoen aan landelijke afspraakenstelsels, informatiestandaarden en generieke functies zoals vereist in het Landelijk Dekkend Netwerk (LDN); 3.tijdelijk te voorzien in minimaal noodzakelijke infrastructuur en tooling tot het regionale platform operationeel is; 4.te kunnen leren en testen, zodat de regio voorbereid is op structurele implementatie zodra de gezamenlijke infrastructuur beschikbaar komt. Inschatting reservering: Vandaar een reserverving van 25% op het realiseren van een mogelijke tijdelijke voorziening en 75% voor het klaarmaken voor één gezamenlijke oplossing, bijvoorbeeld aansluiting op het Mentaal Schakelpunt. Dit alles in lijn met landelijke standaarden. Wellicht kan hierin ook al een start gemaakt worden voor wat betreft de aansluiting van aartsen oo het Mentaal SchakePunt (afhankelik van de voortvarne hiervan in 2026).
MGN overkoepelend	Bevordering gegevensuitwisseling en gezamenlijke IT- Infrastructuur - 2026	Materiaal	Diversen	ZVW	IZA		2			€ 20.000,00		€ 20.000		100%				€ 21.280	€ 0	0%	De in dit transformatieplan opgenomen middelen worden niet gebruikt om een eigen platform te ontwikkelen, maar om: 1.de deelnemende organisaties aansluit gereed te maken op het toekomstige regionale platform (technisch, organisatorisch en qua informatiestandaarden); 2.te voldoen aan landelijke afspraakenstelsels, informatiestandaarden en generieke functies zoals vereist in het Landelijk Dekkend Netwerk (LDN); 3.tijdelijk te voorzien in minimaal noodzakelijke infrastructuur en tooling tot het regionale platform operationeel is; 4.te kunnen leren en testen, zodat de regio voorbereid is op structurele implementatie zodra de gezamenlijke infrastructuur beschikbaar komt. Inschatting reservering: Vandaar een reserverving van 25% op het realiseren van een mogelijke tijdelijke voorziening en 75% voor het klaarmaken voor één gezamenlijke oplossing, bijvoorbeeld aansluiting op het Mentaal Schakelpunt. Dit alles in lijn met landelijke standaarden. Wellicht kan hierin ook al een start gemaakt worden voor wat betreft de aansluiting van aartsen oo het Mentaal SchakePunt (afhankelik van de voortvarne hiervan in 2026).
MGN overkoepelend	Bevordering gegevensuitwisseling en gezamenlijke IT-Infrastructuur - 2027	Personeel	Personeel - Intern	ZVW	IZA		13			€ 80.000,00			€ 80.000	100%				€ 87.801	€ 0	0%	De in dit transformatieplan opgenomen middelen voor worden niet gebruikt om een eigen platform te ontwikkelen, maar om: 1.de deelnemende organisaties aansluit gereed te maken op het toekomstige regionale platform (technisch, organisatorisch en qua informatiestandaarden); 2.te voldoen aan landelijke afspraakenstelsels, informatiestandaarden en generieke functies zoals vereist in het Landelijk Dekkend Netwerk (LDN); 3.tijdelijk te voorzien in minimaal noodzakelijke infrastructuur en tooling tot het regionale platform operationeel is; 4.te kunnen leren en testen, zodat de regio voorbereid is op structurele implementatie zodra de gezamenlijke infrastructuur beschikbaar komt. Inschatting reservering: Vandaar een reserverving van 15% op het realiseren van een mogelijke tijdelijke voorziening en 85% voor het aansluiten op een eenamenlijke IT-Infrastructuur.
MGN overkoepelend	Bevordering gegevensuitwisseling en gezamenlijke IT-Infrastructuur - 2027	Materiaal	Diversen	ZVW	IZA		13			€ 20.000,00			€ 20.000	100%				€ 21.950	€ 0	0%	De in dit transformatieplan opgenomen middelen voor worden niet gebruikt om een eigen platform te ontwikkelen, maar om: 1.de deelnemende organisaties aansluit gereed te maken op het toekomstige regionale platform (technisch, organisatorisch en qua informatiestandaarden); 2.te voldoen aan landelijke afspraakenstelsels, informatiestandaarden en generieke functies zoals vereist in het Landelijk Dekkend Netwerk (LDN); 3.tijdelijk te voorzien in minimaal noodzakelijke infrastructuur en tooling tot het regionale platform operationeel is; 4.te kunnen leren en testen, zodat de regio voorbereid is op structurele implementatie zodra de gezamenlijke infrastructuur beschikbaar komt. Inschatting reservering: Vandaar een reserverving van 15% op het realiseren van een mogelijke tijdelijke voorziening en 85% voor het aansluiten op een eenamenlijke IT-Infrastructuur.
MGN overkoepelend	Inzet Projectleider transformatielan	Personeel	Personeel - Extern	ZVW	IZA		1	631	€ 163,35	€ 102.995,20	€ 102.995			100%				€ 106.240	€ 0	0%	
MGN overkoepelend	Inzet communicatieprofessional, ervaringsdeskundige en verwondne clientmanaer/ transformatielan	Personeel	Personeel - Intern	Sociaal domein/Sociale basis	SPUK-transformatiemiddelen IZA		1			€ 9.575,00	€ 9.575,00						100%	€ 0	€ 9.877	100%	
CTP	Extra kosten gemeente in jaar 2026 vanwege transformatie verkennend gesprek. Dit betreft de inzet van sociale basis en sociaal domein dicordat er meer wordt verwezen naar sociaal domein/sociale basis in plaats van de GGZ.	Personeel	Personeel - Intern	Sociaal domein/Sociale basis	SPUK-transformatiemiddelen IZA	3b				€ 87.183,90		€ 87.184					100%	€ 0	€ 92.763	100%	Meerkosten, extra kosten t.b.v. afbuiging sociaal domein/sociale basis. Dubbel vanwege koppeling met KPI 3a en 3b. De totale inzet wordt hierover verdeeld.
CTP	Extra kosten gemeente in jaar 2026 vanwege transformatie verkennend gesprek. Dit betreft de inzet van sociale basis en sociaal domein dicordat er meer wordt verwezen naar sociaal domein/sociale basis in plaats van de GGZ.	Personeel	Personeel - Intern	Sociaal domein/Sociale basis	SPUK-transformatiemiddelen IZA	3a				€ 203.429,09		€ 203.429					100%	€ 0	€ 216.447	100%	Meerkosten, extra kosten t.b.v. afbuiging sociaal domein/sociale basis. Dubbel vanwege koppeling met KPI 3a en 3b. De totale inzet wordt hierover verdeeld.
CTP	Extra kosten gemeente in jaar 2027 vanwege transformatie verkennend gesprek. Dit betreft de inzet van sociale basis en sociaal domein dicordat er meer wordt verwezen naar sociaal domein/sociale basis in plaats van de GGZ.	Personeel	Personeel - Intern	Sociaal domein/Sociale basis	SPUK-transformatiemiddelen IZA	11a				€ 410.846,46			€ 410.846				100%	€ 0	€ 450.907	100%	Meerkosten, extra kosten t.b.v. afbuiging sociaal domein/sociale basis.Dubbel vanwege koppeling met KPI 11a en 11b. De totale inzet wordt hierover verdeeld.
CTP	Extra kosten gemeente in jaar 2027 vanwege transformatie verkennend gesprek. Dit betreft de inzet van sociale basis en sociaal domein dicordat er meer wordt verwezen naar sociaal domein/sociale basis in plaats van de GGZ.	Personeel	Personeel - Intern	Sociaal domein/Sociale basis	SPUK-transformatiemiddelen IZA	11b				€ 176.077,06			€ 176.077				100%	€ 0	€ 193.246	100%	Meerkosten, extra kosten t.b.v. afbuiging sociaal domein/sociale basis.Dubbel vanwege koppeling met KPI 11a en 11b. De totale inzet wordt hierover verdeeld.
CTP	Extra kosten exploitatie verkennende gesprekken gemeente in jaar 2026. Dit betreft de inzet van het sociaal domein en sociale basis om de areanreiken te kunnen voeren.	Personeel	Personeel - Intern	Sociaal domein/Sociale basis	SPUK-transformatiemiddelen IZA	3b				€ 16.364,28		€ 16.364					100%	€ 0	€ 17.411	100%	Personele kosten, Extra kosten t.b.v. nieuwe interventies. Dubbel vanwege koppeling met KPI 3a en 3b. De totale inzet wordt hierover verdeeld.
CTP	Extra kosten exploitatie verkennende gesprekken gemeente in jaar 2026. Dit betreft de inzet van het sociaal domein en sociale basis om de areanreiken te kunnen voeren.	Personeel	Personeel - Intern	Sociaal domein/Sociale basis	SPUK-transformatiemiddelen IZA	3a				€ 38.183,32		€ 38.183					100%	€ 0	€ 40.627	100%	Personele kosten, Extra kosten t.b.v. nieuwe interventies. Dubbel vanwege koppeling met KPI 3a en 3b. De totale inzet wordt hierover verdeeld.
CTP	Extra kosten exploitatie verkennende gesprekken gemeente in jaar 2027. Dit betreft de inzet van het sociaal domein en sociale basis om de areanreiken te kunnen voeren.	Personeel	Personeel - Intern	Sociaal domein/Sociale basis	SPUK-transformatiemiddelen IZA	11a				€ 64.393,61			€ 64.394				100%	€ 0	€ 70.673	100%	Personele kosten, Extra kosten t.b.v. nieuwe interventies. Dubbel vanwege koppeling met KPI 11a en 11b. De totale inzet wordt hierover verdeeld.
CTP	Extra kosten exploitatie verkennende gesprekken gemeente in jaar 2027. Dit betreft de inzet van het sociaal domein en sociale basis om de areanreiken te kunnen voeren.	Personeel	Personeel - Intern	Sociaal domein/Sociale basis	SPUK-transformatiemiddelen IZA	11b				€ 27.597,26			€ 27.597				100%	€ 0	€ 30.288	100%	Personele kosten, Extra kosten t.b.v. nieuwe interventies. Dubbel vanwege koppeling met KPI 11a en 11b. De totale inzet wordt hierover verdeeld.
Overlegtafel	Extra kosten gemeente in jaar 2026 vanwege transformatie overlestafel	Personeel	Personeel - Intern	Sociaal domein/Sociale basis	SPUK-transformatiemiddelen IZA		8			€ 48.000,00		€ 48.000					100%	€ 0	€ 51.072	100%	Meerkosten. extra kosten t.b.v. afbuiline sociaal domein/sociale basis
Overlegtafel	Extra kosten gemeente in jaar 2027 vanwege transformatie overlestafel	Personeel	Personeel - Intern	Sociaal domein/Sociale basis	SPUK-transformatiemiddelen IZA		13			€ 108.000,00			€ 108.000				100%	€ 0	€ 118.531	100%	Meerkosten. extra kosten t.b.v. afbuiline sociaal domein/sociale basis
Laagdrempelig steunpunt	Personele exploitatiekosten LDP 2026 - Deze vragen we aan middels SPUK transformatiemiddelen IZA. Dit betreft alleen het personele deel. Dit gaat dan ook om 75,4% van de totale exploitatiekosten zoals opgenomen in de business case cel E87 ITabblad Overzicht Businescasel.	Personeel	Personeel - Intern	Sociaal domein/Sociale basis	SPUK-transformatiemiddelen IZA		7			€ 559.845,00		€ 559.845					100%	€ 0	€ 595.671	100%	Personele kosten, Extra kosten t.b.v. nieuwe interventies. Bestaande subsidie aan laagdrempelig steunpunt in Arnhem valt hierbuiten. dit betreft €210.222.-
Laagdrempelig steunpunt	Personele exploitatiekosten LDP 2027 - Deze vragen we aan middels SPUK transformatiemiddelen IZA. Dit betreft alleen het personele deel. Dit gaat dan ook om 75,4% van de totale exploitatiekosten zoals opgenomen in de business case cel F87 ITabblad Overzicht Businescasel.	Personeel	Personeel - Intern	Sociaal domein/Sociale basis	SPUK-transformatiemiddelen IZA		9			€ 865.215,00			€ 865.215				100%	€ 0	€ 949.580	100%	Personele kosten, Extra kosten t.b.v. nieuwe interventies. Bestaande subsidie aan laagdrempelig steunpunt in Arnhem valt hierbuiten. dit betreft €210.222.-
Totaal										€ 4.918.756,85	€ 187.622,87	€ 2.251.774,08	€ 2.479.359,89	-	-	-	-	€ 1.932.005,87	€ 3.378.514,63		

Overzicht investeringen

IZA		SPUK-transformatiemiddelen IZA	Totaal
Laagdrempelig steunpunt	€ 0	€ 1.581.997	€ 1.581.997
CTP	€ 591.419	€ 1.112.362	€ 1.703.781
Programma organisatie	€ 808.852	€ 493.869	€ 1.302.721
Overkoepelend MGN: Leren en monitoren	€ 32.423	€ 10.808	€ 43.230
Overkoepelend MGN: communicatie	€ 120.309	€ 0	€ 120.309
MGN overkoepelend	€ 379.004	€ 9.877	€ 388.881
Overlegtafel	€ 0	€ 169.602	€ 169.602
Totaal	**€ 1.932.006**	**€ 3.378.515**	**€ 5.310.520**

Overzicht investeringen

IZA		SPUK transformatiemiddelen	Totaal
Materiaal	€ 335.471	€ 1.351	€ 336.822
Personeel - Intern	€ 344.161	€ 3.377.164	€ 3.721.325
Personeel - Extern	€ 1.252.374	€ 0	€ 1.252.374
Totaal	**€ 1.932.006**	**€ 3.378.515**	**€ 5.310.520**

Overzicht KPI's

KPI	Type KPI	KPI omschrijving	Bewijsvoering	Transformatie onderdeel	Vergoeding totaal			Betrokken partijen				
								GGZ - Pro Perso	Onze huisartsen	Gemeenten	GGZ - KLA	Overig
					Jaar	Behalen KPI	Uitbetaling					
1	Inspanning	Goedkeuring transformatieplan mentale gezondheidsnetwerk Centraal Gelderland	Indiening en goedkeuring transformatieplan MGN CG	MGN Overkoepelend	2025	2025-Q4	€ 193.533	€ 183.656	€ 0	€ 9.877	€ 0	€ 0
2	Inspanning	Er een tool die de planning faciliteert van de Verkennende Gesprekken.	Er is voor de betrokken stakeholders altijd een actueel inzicht in de planning van de verkennende gesprekken.	Pijler 2: CTP	2026	2026-Q1	€ 106.399	€ 106.399	€ 0	€ 0	€ 0	€ 0
3a	Inspanning	Er zijn minimaal 380 verkennende gesprekken uitgevoerd.	Inzicht in het aantal gevoerde gesprekken a.d.h.v. de gebruikte tool.	Pijler 2: CTP	2026	2026-Q4	€ 491.599	€ 0	€ 0	€ 257.074	€ 234.525	€ 0
3b	Resultaat	In de periode januari t/m december 2026 is 20% van de Verkennende Gesprekken verwezen buiten de ggz.	Inzicht in het aantal gevoerde verkennende gesprekken a.d.h.v. de gebruikte tool. Uitkomsten van de 380 verkennende gesprekken zijn gemonitord en gerapporteerd aan de Stuurgroep.	Pijler 2: CTP	2026	2026-Q4	€ 215.651	€ 0	€ 0	€ 110.174	€ 105.477	€ 0
4	Inspanning	Op basis van het vooronderzoek wordt gestart met 1 tot 2 pilots binnen onderdelen van het Mentale Gezondheidsnetwerk waar AI in wordt toegepast.	Rapport met voorstel voor inzet AI binnen onderdelen van het MGN CG is goedgekeurd in de Stuurgroep.	eHealth: AI	2026	2026-Q4	€ 70.809	€ 0	€ 0	€ 0	€ 70.809	€ 0
5	inspanning	In periode van januari 2026 t/m december 2027 is er bij minimaal 10 complexe casussen multidisciplinaire inzet toegepast middels het lerend ecosysteemformat tbv andersoortige oplossingen	Uitkomsten van de alternatieve aanpak met 10 casussen worden besproken in de Stuurgroep in het kader van andersoortige oplossingen.	MGN Overkoepelend	2027	2027-Q4	€ 43.230	€ 10.808	€ 10.808	€ 10.808	€ 10.808	€ 0
6	inspanning	De werkprocessen omtrent het passend organiseren van de consultatieve rol vanuit de ggz voor netwerkpartners (huisartsen/poh ggz en sociaal domein en sociale basis) is geïmplementeerd.	Beschrijving werkprocessen inclusief monitoring van het gebruik (aantal consultaties en ervaren kwaliteit). Dit is besproken in de Stuurgroep en goedgekeurd.	Pijler 2: CTP	2026	2026-Q2	€ 55.089	€ 0	€ 0	€ 0	€ 55.089	€ 0
7	Resultaat	In 2026 zijn er 200 extra unieke bezoekers (t.o.v. 2025) aan de laagdrempelige steunpunten geregistreerd in regio Centraal Gelderland.	Notitie met beschrijving 0-meting laagdrempelig aanbod gericht op ontmoeting, herstel en educatie per gemeente en 0-meting voor aantallen bezoekers (conform criteria Ixta Noa).Oplevering monitorrapport met o.a. aantal bezoeken conform werkwijze Ixta Noa.	Pijler 1: Laagdrempelig steunpunt	2026	2026-Q4	€ 782.295	€ 0	€ 0	€ 782.295	€ 0	€ 0
8	Resultaat	In 2027 hebben er 22 verticale transfers plaatsgevonden op de Overlegtafel Centraal Gelderland.	Monitoringrapport met aantal en soort verticale transfers wordt besproken in de Stuurgroep	Pijler 2: CTP	2027	2027-Q4	€ 51.072	€ 0	€ 0	€ 51.072	€ 0	€ 0
9	Resultaat	In 2027 zijn er 300 extra unieke bezoekers (t.o.v. 2025) aan de laagdrempelige steunpunten geregistreerd in regio Centraal Gelderland.	Notitie met stand van zaken gerealiseerde opbouw aanbod laagdrempelige steunpunten per gemeente. Monitorrapport met o.a. aantal unieke bezoeken conform werkwijze Ixta Noa.	Pijler 1: Laagdrempelig steunpunt	2027	2027-Q4	€ 1.142.083	€ 0	€ 0	€ 1.142.083	€ 0	€ 0
10	Inspanning	Er is één geïntegreerd platform of meerdere gekoppelde platforms werkzaam als digitale Sociale Kaart voor Centraal Gelderland operationeel	Sociale kaart is operationeel, monitoring is gestart	Pijler 2: CTP	2027	2027-Q4	€ 209.308	€ 159.599	€ 0	€ 49.709	€ 0	€ 0
11a	Inspanning	Er zijn minimaal 750 verkennende gesprekken uitgevoerd.	Inzicht in het aantal gevoerde gesprekken a.d.h.v. de gebruikte tool.	Pijler 2: CTP	2027	2027-Q4	€ 657.114	€ 0	€ 0	€ 521.580	€ 135.534	€ 0
11b	Resultaat	In de periode januari t/m december 2027 is 20% van de Verkennende Gesprekken verwezen buiten de ggz.	Inzicht in het aantal gevoerde verkennende gesprekken a.d.h.v. de gebruikte tool. Uitkomsten van de 750 verkennende gesprekken zijn gemonitord en gerapporteerd aan de Stuurgroep.	Pijler 2: CTP	2027	2027-Q4	€ 281.620	€ 0	€ 0	€ 223.534	€ 58.086	€ 0
12a	Inspanning	Er is een nulmeting uitgevoerd op 31 maart 2026 voor het bepalen van de GGZ-wachttijden o.b.v. het dashboard slimverwijzen.nl en cijfers van de GGZ partijen deelnemend aan het mentaal gezondheidsnetwerk Centraal Gelderland.	Nulmeting wachttijden in GGZ.	MGN Overkoepelend	2026	2026-Q1	€ 100.463	€ 88.057	€ 0	€ 12.406	€ 0	€ 0
12b	Inspanning	Er is een tussenmeting uitgevoerd op 31 december 2026 voor het bepalen van de GGZ-wachttijden o.b.v. het dashboard slimverwijzen.nl en cijfers van de GGZ partijen deelnemend aan het mentaal gezondheidsnetwerk Centraal Gelderland. Deze voeren we uit als controle van de eerste effecten van het MGN.	Tussenmeting wachttijden in GGZ.	MGN Overkoepelend	2026	2026-Q4	€ 301.388	€ 264.170	€ 0	€ 37.218	€ 0	€ 0
13	Resultaat	De wachttijd van de oorspronkelijke wachtlijst is bij de 5 GGZ aanbieders met de langste wachttijden op 1 oktober 2027 met 3% gedaald ten opzichte van de nulmeting als gevolg van de effecten van MGN Centraal Gelderland.	Wachttijd informatie uit gevalideerde bron via slimverwijzen.nl	MGN Overkoepelend	2027	2027-Q3	€ 608.867	€ 438.183	€ 0	€ 170.684	€ 0	€ 0

Onderdeel	KPI's	Bedrag	Aandeel
Inspanning	10	€ 2.228.932	42,0%
Resultaat	6	€ 3.081.589	58,0%
Totaal	16	€ 5.310.520	100,0%

Overzicht uitbetaling per jaar

	GGZ - Pro Persona	Onze huisartsen	Gemeenten	GGZ - KLA	Overig	Totaal
2025	€ 183.656	€ -	€ 9.877	€ -	€ -	**€ 193.533**
2026	€ 458.626	€ -	€ 1.199.168	€ 465.899	€ -	**€ 2.123.693**
2027	€ 608.589	€ 10.808	€ 2.169.470	€ 204.428	€ -	**€ 2.993.295**
Totaal	**€ 1.250.871**	**€ 10.808**	**€ 3.378.515**	**€ 670.327**	**€ -**	**€ 5.310.520**

Overzicht uitbetaling per kwartaal

	GGZ - Pro Persona	Onze huisartsen	Gemeenten	GGZ - KLA	Overig	Totaal
2025-Q3	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	**€ -**
2025-Q4	€ 183.656	€ -	€ 9.877	€ -	€ -	**€ 193.533**
2026-Q1	€ 194.456	€ -	€ 12.406	€ -	€ -	**€ 206.862**
2026-Q2	€ -	€ -	€ -	€ 55.089	€ -	**€ 55.089**
2026-Q3	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	**€ -**
2026-Q4	€ 264.170	€ -	€ 1.186.762	€ 410.811	€ -	**€ 1.861.742**
2027-Q1	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	**€ -**
2027-Q2	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	**€ -**
2027-Q3	€ 438.183	€ -	€ 170.684	€ -	€ -	**€ 608.867**
2027-Q4	€ 170.406	€ 10.808	€ 1.998.786	€ 204.428	€ -	**€ 2.384.427**
Totaal	**€ 1.250.871**	**€ 10.808**	**€ 3.378.515**	**€ 670.327**	**€ -**	**€ 5.310.520**

Businesscase Mentaal gezondheidsnetwerk

		Jaren							
Algemene input		2025	2026	2027	2028	2029		Opmerkingen	Bron 1
	Populatie groei	0,39%	0,39%	0,39%	0,39%	0,39%	Aannames		Regioplan
	Prijsgroei	3,15%	3,15%	3,15%	3,15%	3,15%	Aannames	Gemiddelde prijsgroei over de afgelopen 10 jaar	DNB
	Prijsgroei permutief	103,15%	106,40%	109,75%	113,21%	116,77%	Berekening		
	Populatie regio	343.101	344.439	345.782	347.131	348.485	Berekening		

Mentale problematiek huisarts/POH		2025	2026	2027	2028	2029		Opmerkingen	Bron 1
	Groei mentale problematiek	1,35%	1,35%	1,35%	1,35%	1,35%	Aannames		
	Verwijzingen GGZ patiënten	19.850	20.196	20.549	20.907	21.272	Berekening		

	Mee in omgeving	Inwoners (2025)	Personen GGZ per 10.000 inwoners (2022)	Aantal normpraktijken
Arnhem	Ja	169.364	680	81
Lingewaard	Ja	47.684	410	23
Overbetuwe	Ja	48.945	430	23
Renkum	Ja	31.490	520	15
Rheden	Ja	43.782	510	21
Wageningen	Nee	0	540	0
Rozendaal	Ja	1.836	340	1
Totaal		343.101		164

Algemene input	Kenmerk	Waarde	Opmerking	Bron
	Huidige omvang regio	343.101		CBS
	Populatie groei regio	0,39%		Regiobeeld Centraal gelderland
	Verwachte prijsgroei	3,15%		CBS
	Norm praktijk	2.095		Algemeen uitgangspunt
				Input Pro Persona (322, marktaandeel +-35%) en KLA (346, marktaandeel +-30%)
	Totale wachtlijst	1028		

FTE aantal cliëntgebonden uren	Functie	Aantal uren	Bron	Opmerking
	GGZ	1280	Aanname	
	Overig	1280	Aanname	

Behandeling vergoedingen		Vergoeding per behandeling	Bron	opmerking
	Basis GGZ	€ 1.000,00	Richtlijnen BUCA	
	Specialistische GGZ	€ 4.500,00	Input KLA	
	E-health (ZVW/Sociaal domein/ POH GGZ)	€ 60,00	Aanlevering huisarts - NEO Huisartsen	
	Sociale basis - Overig	€ 750,00	Berekening gemeente Arnhem/Overbetuwe	
	Sociale basis - laagdrempelig steunpunt	n.v.t.		Deze cijfers zijn niet relevant voor de huidige business case
	Sociaal domein	€ 6.000,00	Berekening gemeente Arnhem/Overbetuwe	Het bedrag van € 6.000 voor kosten sociaal domein is gebaseerd op de gemiddelde daadwerkelijk gedeclareerde kosten per cliënt in de regio voor begeleiding in 2024 (€ 5.730). Inclusief indexatie 2025 à 4,41% komt dit neer op € 5.983. Dit zijn dus de kosten per cliënt voor maximaal 1 jaar.
	Huisarts/POH	€ 40,35	Berekening aan de hand van input Huisarts (duur totale behandeling)	Gemiddeld aantal behandelingen is 5 (duur per behandeling verschilt)
	Overig (inclusief informele netwerk, uitval - geen reactie,	€ 0,00		

Algemene input - Laagdrempelig steunpunt					
	Besparingen		Waarde	Opmerkingen	Bron
	Besparing ZVW	Reguliere bezoeker	€ 2.995,00		1. Impactscan het Lichthuis; 2. MKBA PEERpointHerstelacademie; 3. Maatschappelijke waarde van de Stadskamer; 4. Kosten en baten Recovery College Eindhoven; 5. Vriendendiensten; 6. Friza;
		EPA bezoeker	€ 5.000,00		1. Impactscan het Lichthuis; 2. MKBA PEERpointHerstelacademie; 3. Maatschappelijke waarde van de Stadskamer; 4. Kosten en baten Recovery College Eindhoven; 5. Vriendendiensten; 6. Friza;
	Besparing sociaal domein	Reguliere bezoeker	€ 4.630,00		1. Impactscan het Lichthuis; 2. MKBA PEERpointHerstelacademie; 3. Maatschappelijke waarde van de Stadskamer; 4. Kosten en baten Recovery College Eindhoven; 5. Vriendendiensten; 6. Friza;
		EPA bezoeker	€ 7.500,00		1. Impactscan het Lichthuis; 2. MKBA PEERpointHerstelacademie; 3. Maatschappelijke waarde van de Stadskamer; 4. Kosten en baten Recovery College Eindhoven; 5. Vriendendiensten; 6. Friza;

Kosten FTE

Exploitatiekosten LSP gebaseerd op 1 FTE + huisvesting en overige kosten.	€ 135.000,00	Dit bedrag bevat naast de personele kosten ook de overhead. De exacte onderbouwing staat in regel 17 en verder. (bron Ixta Noa)

Opbouw kosten exploitatie LDP

Categorie	Aandeel	
Personeel Kosten voor de medewerkers (naast salaris- ookopleidings- en teambegeleidingskosten) en bijdragemanagement en secretariaat.	75%	Alleen de Personeelkosten worden aangevraagd voor de éénmalige investeringen.
ReiskostenReiskosten medewerkers.	2%	
HuisvestingHuurkosten en GWL kosten en overige huisvestingskosten.	5%	
VrijwilligersDe kosten bestaan uit de vrijwilligersvergoedingen enoverige onkosten.	5%	
ActiviteitenKosten voor de diverse activiteiten die met dedeelnemers ondernomen worden.	4%	
Applicatie kostenKosten voor het elektronisch cliëntensysteem(dossier) en computers met toebehoren, onderhouden licenties.	2%	
OrganisatiekostenKosten voor zaken als communicatie, telefoon,contributies, verzekeringen, drukwerk,kantoorartikelen.	3%	
Kosten financiële administratie en verantwoordingKosten voor (medewerkers) administratie,accountant, planning en control, kwaliteit/beleid,Raad van Toezicht.	2%	
Afschrijving en Overig Onder andereafschrijvingskosten.	1%	

Uitgangspunten CTP

CTP

Uitvoering verkennend gesprek				Opmerkingen	Bron	Scenario - Geen AI	Scenario - Administratietijd - Conservatief	Scenario - Administratietijd - Positief	
	Duur gesprek	60	minuten		240703 Presentatie CTP (evaluatie pilots).pptx	60	60	60	minuten
				Totaal 60 minuten administratie per gesprek, dit komt neer op 2					
	Duur administratie	30	minuten	personen die ieder 30 minuten besteden	240703 Presentatie CTP (evaluatie pilots).pptx	30	22,5	10	minuten
	Aantal personen bij gesprek	2	personen	Let op: in 5% van de gevallen 3 personen	Input Huisarts/POH	2	2	2	personen
	Aantal personen met een extra gesprek	5,0%			240703 Presentatie CTP (evaluatie pilots).pptx	5,0%	5,0%	5,0%	
	Aantal gesprekken met 3 personen	5,0%				5,0%	5,0%	0,0%	
	Gemiddelde duur VG-TM	3,23	Uren			3,23	2,96	2,45	Uren
	Secretariaat VG-TM	0,50	FTE			0,50	0,50	0,50	FTE
	Kosten secretariaat per FTE	€ 50.000,00				€ 50.000,00	€ 50.000,00	€ 50.000,00	
	Kosten inzet AI (per gesprek)	€ 0,00				€ 0,00	€ 7,88	€ 7,88	Input Gorilla IT is 7,50 per gesprek
	Waarvan sociale basis/sociaal domein	€ 153,19		Berekend op basis van uur tarief 95	*Zie onderbouwing regel 50*	€ 153,19	€ 140,42	€ 116,38	
	Waarvan ZVW	€ 185,44		Berekend op basis van uur tarief 115	*Zie onderbouwing regel 58*	€ 185,44	€ 177,86	€ 148,75	
	Vergoeding van verkennend gesprek	€ 338,63	Per gesprek			€ 338,63	€ 318,28	€ 265,13	Per gesprek

Cliënten die niet naar GGZ gaan worden na een VG afgebogen naar	2025	2026	2027	2028	2029	Opmerkingen	Bron
sGGZ	44,1%	44,1%	44,1%	44,1%	44,1%		52 uit 118 - Pilot CTP
bGGZ	19,5%	19,5%	19,5%	19,5%	19,5%		23 uit 118 - Pilot CTP
E-health (ZVW/Sociaal domein/ POH GGZ)	10,2%	10,2%	10,2%	10,2%	10,2%		12 uit 118 - Pilot CTP
Sociale basis - Overig	14,0%	13,0%	12,0%	11,0%	10,0%	Aanname	
Sociale basis - laagdrempelig steunpunt	1,0%	2,0%	3,0%	4,0%	5,0%	Aanname	
Sociaal domein	15,0%	15,0%	15,0%	15,0%	15,0%	Aanname	15 uit 118, maar gecorrigeerd naar 15%
Huisarts/POH	5,0%	5,0%	5,0%	5,0%	5,0%	Aanname	7 uit 118, maar gecorrigeerd naar 5%
Overig (inclusief informele netwerk, uitval - geen reactie/contact meer, anders..)	10,0%	10,0%	10,0%	10,0%	10,0%	Aanname	15 uit 118, maar gecorrigeerd naar 10 %
Sociaal basis/Domein - Totaal	15,0%	15,0%	15,0%	15,0%	15,0%		
Dubbel aandeel	19%	19%	19%	19%	19%		

Opbouw VG-TM	Aandeel	Opmerkingen	Bron
sGGZ (incl. klinisch psycholooz)	50,0%		
Overig - Biiv. Professional Sociale team/wiikteam	30,0%		
Ervaringsdeskundigen (Peer support/Sociaal domein)	20,0%		

Scenario's opbouw CTP	2025	2026	2027	2028	2029
Conservatief	0	15	15	60	164
Neutraal	0	15	30	80	164
Progressief	0	15	45	100	164

	Verhouding	Opmerkingen	Bron
GGGZ (incl combinaties) - bGGZ	30,7%		240703 Presentatie CTP (evaluatie pilots).pptx
SGGZ / expertise centra (incl combinaties) - sGGZ	69,3%		240703 Presentatie CTP (evaluatie pilots).pptx

Overige inzet	Aantal uren per jaar - 2025	Aantal uren per jaar - 2026	Aantal uren per jaar - 2027	Aantal uren per jaar - 2028	Aantal uren per jaar - 2029	Tarief	
Sociale kaart (wegwijzers) - Coördinator	0	0	0	40	40	€ 95,00	Ureninschatting gebaseerd op ervaringen Mental Health Verbind, Nijmegen
Consultatie - POH GGZ/ SPV	0	50	100	150	200	€ 110,00	
Consultatie - SD	0	0	0	0	0	€ 85,00	

Inzet professionals Verkennend Gesprek Sociaal domein/sociale basis (bron: gemeenten Centraal Gelderland en Ixta Noa)

functies	tarief	functiemix	Totaal
professional A sociaal domein	€ 90,00	60,00%	€ 54,00
Ervaringsdeskundige	€ 85,00	40,00%	€ 34,00
		100,00%	**€ 88,00**
		Inclusief indexatie 7%	€ 94,16

Inzet professionals Verkennend Gesprek ZVW (CAO ggz - 1 nov 2023)

functies	schaal	trede	uurtarief	VU 8%	EJU 8,33%	balansbudget	soc. lasten 28,5%	Subtotaal	Overhead 33%	arbeidsmarkt toeslag	tarief	functiemix	Totaal
Psychiater	AMS	max	€ 94,99	€ 7,60	€ 7,91	€ 0,78		€ 27,07	€ 138,36	€ 45,66	€ 0,00	€ 184,01	5% € 9,20
Psycholoog specialist	75	max	€ 81,51	€ 6,52	€ 6,79	€ 0,78		€ 23,23	€ 118,83	€ 39,21	€ 0,00	€ 158,04	20% € 31,61
GZ psycholooz / verpleekkundig specialist	65	mid	€ 52,39	€ 4,19	€ 4,36	€ 0,78		€ 14,93	€ 76,66	€ 25,30	€ 0,00	€ 101,95	55% € 56,07
SPV'er / POH GGZ	60	mid	€ 45,35	€ 3,63	€ 3,78	€ 0,78		€ 12,92	€ 66,46	€ 21,93	€ 0,00	€ 88,39	20% € 17,68
													100% € 114,56

Overlegtafel

Algemene cijfers

	2025	2026	2027	2028	2029	
Aantal bijeenkomsten overlegtafel	0	40	40	30	20	Opmerking: klinisch psycholoog: 2 uur per tafel à 188,40 euro per uur Ondersteuning secretariaat : 2 uur per tafel à 53 euro per uur
Exploitatiekosten per bijeenkomst	€ 482,80	€ 482,80	€ 482,80	€ 482,80	€ 482,80	Afstemming Pro Persona
Exploitatie kosten - Sociaal domein/sociale basis	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00	
Exploitatie kosten - ZVW	€ 0,00	€ 19.312,00	€ 19.312,00	€ 14.484,00	€ 9.656,00	

Totaal resultaat

	2025	2026	2027	2028	2029	
Exploitatie kosten - Sociaal domein/sociale basis	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00	Alleen kosten voorzitter/ondersteuner Pro Persona
Exploitatie kosten - ZVW	€ 0,00	€ 19.312,00	€ 19.312,00	€ 14.484,00	€ 9.656,00	
Sociaal domein/sociale basis - Resultaat totaal	€ 0,00	-€ 48.000,00	-€ 108.000,00	-€ 132.000,00	-€ 96.000,00	
ZVW - Resultaat totaal	€ 0,00	€ 18.398,00	€ 65.108,00	€ 87.366,00	€ 64.624,00	

	ZVW	Sociaal domein/sociale basis
Wachtlijst besparing per week	€ 285,00	€ 0,00

Horizontale transfer

Input algemeen

		2025	2026	2027	2028	2029
Besparing wachttijd in weken	Conservatief	2	2	2	2	2
	Optimistisch	4	4	4	4	4
Horizontale transfers		0	3	6	5	4
Besparing sociaal domein/sociale basis		€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00
Besparing ZVW		€ 0,00	€ 1.710,00	€ 3.420,00	€ 2.850,00	€ 2.280,00

Verticale transfer

Input algemeen

	2025	2026	2027	2028	2029	Besparing ZVW	Besparing Sociaal domein/sociale basis	
SGGZ – SD	0	8	18	22	16	€ 4.500,00	-€ 6.000,00	
SGGZ - LDP	0	2	4	5	4	€ 0,00	€ 0,00	Let op: Besparing komt terug bij LDP
Totaal	0	10	22	27	20			

Besparing

Besparing sociaal domein/sociale basis	€ 0,00	-€ 48.000,00	-€ 108.000,00	-€ 132.000,00	-€ 96.000,00
Besparing ZVW	€ 0,00	€ 36.000,00	€ 81.000,00	€ 99.000,00	€ 72.000,00

Bijlage 4: Planning kpi's

Nr	KPI	2025	2026				2027			
		Q4	Q1	Q2	Q3	Q4	Q1	Q2	Q3	Q4
1	Goedkeuring transformatieplan	X								
2	Er is een tool die de planning faciliteert van de Verkennende Gesprekken		X							
3a	Er zijn minimaal 380 Verkennende gesprekken gevoerd					X				
3b	In de periode januari t/m december 2026 is 20% van de Verkennende Gesprekken verwezen buiten de ggz.					X				
4	Op basis van het vooronderzoek wordt gestart met 1 tot 2 pilots binnen de onderdelen van het Mentale Gezondheidsnetwerk waar AI in wordt toegepast					X				
5	In periode van januari 2026 t/m december 2027 is er bij minimaal 10 complexe casussen multidisciplinaire inzet toegepast middels het lerend ecosysteemformat t.b.v. andersoortige oplossingen									X
6	De werkprocessen omtrent het passend organiseren van de consultatieve rol vanuit de ggz voor netwerkpartners (huisartsen/poh ggz en sociaal domein en sociale basis) is geïmplementeerd.			X						

Nr	KPI	2025	2026	2027						
		Q4	Q1	Q2	Q3	Q4	Q1	Q2	Q3	Q4
7	In 2026 zijn er 200 extra unieke bezoekers (t.o.v. 2025) aan de laagdrempelige steunpunten geregistreerd in regio Centraal Gelderland.					**X**				
8	In 2027 hebben er 22 verticale transfers plaatsgevonden op de Overlegtafel Centraal Gelderland.									**X**
9	In 2027 zijn er 300 extra unieke bezoekers (t.o.v. 2025) aan de laagdrempelige steunpunten geregistreerd in regio Centraal Gelderland.									**X**
10	Er is één geïntegreerd platform of meerdere gekoppelde platforms werkzaam als digitale Sociale Kaart voor Centraal Gelderland operationeel									**X**
11a	Er zijn minimaal 750 verkennende gesprekken uitgevoerd.									**X**
11b	In de periode januari t/m december 2027 is 20% van de Verkennende Gesprekken verwezen buiten de ggz.									**X**

Nr	KPI	2025	2026	2027						
		Q4	Q1	Q2	Q3	Q4	Q1	Q2	Q3	Q4
12a	Er is een nulmeting uitgevoerd op 31 maart 2026 voor het bepalen van de GGZ-wachttijden o.b.v. het dashboard slimverwijzen.nl en cijfers van de GGZ partijen deelnemend aan het mentaal gezondheidsnetwerk Centraal Gelderland.		**X**							
12b	Er is een tussenmeting uitgevoerd op 31 december 2026 voor het bepalen van de GGZ-wachttijden o.b.v. het dashboard slimverwijzen.nl en cijfers van de GGZ partijen deelnemend aan het mentaal gezondheidsnetwerk Centraal Gelderland. Deze voeren we uit als controle van de eerste effecten van het MGN.				**X**					
13	De wachttijd van de oorspronkelijke wachtlijst is bij de 5 GGZ aanbieders met de langste wachttijden op 1 oktober 2027 met 3% gedaald ten opzichte van de nulmeting als gevolg van de effecten van MGN Centraal Gelderland.								**X**	

Bijlage 5: Communicatieplan

"Zorg- en welzijnsprofessionals informeren, betrekken en activeren in de transformatie naar een mentaal gezondheidsnetwerk"

Het communicatieplan is gericht op:

Inzicht in wat er verandert

- Ophalen bij zorg- en welzijnsprofessionals hoe zij in de transformatie staan en inzichten krijgen hoe we hen kunnen meenemen en betrekken.
- Zorg- en welzijnsprofessionals informeren over het waarom, wat en hoe van de transformatie.

Betrokkenheid bij nieuwe werkwijzen en samenwerkingen

- Betrokkenheid en draagvlak vergroten voor nieuwe werkwijzen, rollen en samenwerkingen.

Actieve deelname: samenwerken, doorverwijzen en ondersteunen in de praktijk

- Stimuleren van professionals om anders te werken – meer samen, meer inclusief, en meer gericht op mentale veerkracht en preventie.
- Zichtbaarheid en herkenbaarheid creëren: het Mentaal Gezondheidsnetwerk moet als een vertrouwd en krachtig merk worden herkend – met duidelijke ingangen, aanspreekpunten en communicatiekanalen die professionals in hun werk ondersteunen.

Concept boodschap

"*Professionals bouwen samen aan een mentaal gezond Centraal Gelderland. Zij zijn de motor van het nieuwe gezondheidsnetwerk.*

In Centraal Gelderland groeit een beweging. Een beweging van mensen die samenbouwen aan een regio die mentaal sterk en inclusief is. Waar je kunt rekenen op steun, dicht bij huis. Waar zorg en welzijn niet los van elkaar staan, maar met elkaar verbonden zijn – samen en op een andere manier dan we gewend zijn.
Centraal in deze verandering staan de professionals in zorg en welzijn. Zij zijn de drijvende kracht achter het nieuwe Mentaal Gezondheidsnetwerk. Door hun betrokkenheid, hun samenwerking en hun bereidheid om anders te denken en te doen, ontstaat er ruimte voor echte verandering.
Deze communicatie helpt die beweging vooruit. We leggen de nadruk op preventie, gelijkwaardigheid en verbinding. Niet met grote woorden, maar met praktische handvatten. Niet vanuit theorie, maar gevoed door verhalen uit de praktijk – van mensen die al onderweg zijn. Zo maken we het eenvoudig om aan te haken en samen het verschil te maken.

4. **Toon & stijl**
   - Positief, verbindend, eenvoudig.
   - Erkenning gevend aan werkdruk en complexiteit.
   - Uitnodigend: "doe mee", "denk mee", "we doen dit samen".

5. **Belofte aan de doelgroep**

"Wij helpen jou als professional om inwoners beter te ondersteunen. Niet met extra druk, maar met slimme samenwerking en duidelijke communicatie."

6. **Aanpak**

De communicatieaanpak wordt verankerd in het bredere Regioplan Mentale Gezondheid Centraal Gelderland en sluit aan bij bewegingen/samenwerkingen die er al zijn. Communicatie speelt hierin een verbindende rol door één gedeeld verhaal uit te dragen dat herkenbaar is voor álle partners en aansluit bij het regioplan. De transformatie wordt zichtbaar en tastbaar via verhalen uit de praktijk, herkenbare taal en toegankelijke middelen.

De communicatieaanpak is gefaseerd en sluit aan op de inhoudelijke pijlers. Elke pijler vraagt om andere middelen, toon en betrokkenheid. De aanpak omvat:

- Gefaseerde communicatie per pijler.
- Ieder pijler vraagt om specifieke taal, timing en middelen. We bouwen van bewustwording naar gedragsverandering en structurele samenwerking.
- Toegankelijke, visuele middelen; denk aan infographics, korte video's, demo's, factsheets en ervaringsverhalen – helder, laagdrempelig en deelbaar.
- Gebruikmaken van bestaande netwerken: zoals huisartsen overleggen, sociaal domeinoverleggen, welzijnsoverleggen en gemeentelijke platforms.
- Interactie organiseren: via live sessies, Webinars, netwerkbijeenkomsten, waarbij ruimte is voor vragen, co-creatie en terugkoppeling.
- Ambassadeurs inzetten: lokale professionals en ervaringsdeskundigen als 'boodschappers' die het verhaal herkenbaar maken en het netwerk vertegenwoordigen. Koppeling met wijkstructuren en netwerkwegwijzers is hierbij essentieel.
- Herhaling en verdieping: regelmatig terugkeren met updates, nieuwe casussen en verdieping zorgt voor herkenbaarheid én verankering.
- Gekoppeld aan gedragsverandering: alle communicatie-uitingen ondersteunen gewenst gedrag: meer samenwerken, eerder signaleren, minder doorverwijzen, meer zelfregie ondersteunen.

Deze aanpak zorgt ervoor dat communicatie niet alleen informatie overdraagt, maar ook de samenwerking versterkt en bijdraagt aan duurzame verandering.

Basispijler – Oriëntatie & Basiscommunicatie (continu)

Doel: Eén gedeeld, herkenbaar verhaal dat als fundament dient voor alle communicatie (zit ook in pijler 1).

- Communicatie coördinator aantrekken.
- Communicatienetwerk optuigen, vanuit de betrokken organisaties.
- Eenduidige boodschap en visieverhaal ontwikkelen en verspreiden, te nemen stappen:
- Onderstroom onderzoeken (verhalen ophalen in narratief klimaat met professionals en ervaringsdeskundigen/inwoners).
- Visieverhaal vormen met ontwikkelgroep.
- Toekomststrategie verweven in het visieverhaal.
- Verhaal valideren (klopt het?) en vertalen naar communicatiemiddelen.
- Verhaal door alle organisaties laten reizen.
- Helder en visueel uitleggen: waarom deze transformatie, wat verandert er, hoe werkt het netwerk.
- Starten met herkenbare taal, symboliek en/of 'gezicht' van het netwerk.
- Informatiekanalen inrichten (informatie delen en ophalen).

Pijler 1 – Mentaal vitale wijken/woonkernen

Bedoeling: we willen dat inwoners hun hulpvraag zo makkelijk mogelijk kunnen stellen. Door vroegtijdige en toegankelijke ondersteuning werken we aan mentaal vitale inwoners die hun eigen mentale gezondheid beter begrijpen. Zo beperken we zorgafhankelijkheid en bevorderen we persoonlijk en maatschappelijk herstel.

Doel: professionals in zorg en welzijn weten hoe ze inwoners kunnen ondersteunen bij mentale gezondheid en zelfregie, en kennen de infrastructuur in de wijk.

Communicatieacties:

- Ontwikkelen en verspreiden van visuele communicatiemiddelen (infographics, flyers, korte video's) over bijv. de infrastructuur.
- Real-life casusverhalen delen van inwoners die gebruikmaken van de infrastructuur (voor bewustwording).
- Opzetten van een laagdrempelige communicatie- en verwijsroute (via huisartsen, POH-GGZ welzijn).
- Reguliere netwerkbijeenkomsten met welzijn, huisartsenzorg, ervaringsdeskundigen en gemeenten organiseren.

Pijler 2 – Juiste zorg op het juiste moment, juiste plek

De bedoeling: inwoners die hulp nodig hebben, krijgen op tijd de juiste ondersteuning. Zorg en welzijn werken daarbij samen, zodat mensen zoveel mogelijk de regie over hun leven houden en medische hulp alleen wordt ingezet als het echt nodig is.

Doel: zorgprofessionals weten hoe ze de juiste toegang en toeleiding regelen en zijn vertrouwd met afspraken en handige tools.

Communicatieacties:

- Communicatie over de rol van het Verkennend Gesprek: wie doet wat, wanneer.
- Lancering en structurele uitleg van het GGZ-dashboard en bestaande verwijsafspraken website (o.a. e-learning, webinar of korte demo's).
- Vernieuwde aandacht om stappenplan voor toegang tot hulp beschikbaar te stellen aan alle huisartsenpraktijken.
- Thematische webinars over "slim verwijzen" en domein overstijgende samenwerking, met real-life casussen. Inclusief koppeling met ervaringen netwerk van wegwijzers (live sociale kaart).
- Overlegtafel zichtbaar maken in communicatie-uitingen (wie zit erin, hoe aan te haken, real-life verhalen) en de connectie met de RDM (regionale doorzettingsmacht).
- Heldere routekaart opmaken voor samenwerking met sociale teams en GGZ-partners, ervaringsdeskundigen etc.
- Jaarlijkse reflectiemomenten (intervisie) met professionals over ervaringen met toegang en toeleiding.

Communicatieplanning 2026-2029

Jaar	Fase	Doelen & Focus	Acties	Uren (indicatief)
2026	Oriëntatie & basiscommunicatie	- Gedeeld visieverhaal - Herkenbare positionering - Start betrokkenheid professionals	- Visie- & verhaalontwikkeling met ontwikkelgroep - Narratief ophalen met professionals/inwoners - Basismiddelen maken (infographic, explainer-video) - Inrichten communicatienetwerk	± 180 uur
2026-2027	Fase 1 – Mentaal vitale wijken	- Infrastructuur wijknetwerken zichtbaar maken - Verbinding formeel/informeel versterken - Lokale samenwerking stimuleren	- Casusverhalen ophalen & delen - Flyers, video's en infographic wijkstructuur - Wijkbijeenkomsten organiseren (4–6 per jaar) - Ambassadeurs in de wijk ondersteunen	± 160 uur
2026-2027	Fase 2 – Juiste zorg, juiste plek	- Bekendheid met toegang & samenwerking - GGZ-dashboard en routes positioneren RDM	- Toolkit & demo voor GGZ-dashboard - Webinarreeks 'Slim verwijzen' (3x) - Publicatie routekaarten en afspraken - Format toeleiding verspreiden	± 150 uur
2026-2030	Leren, Borging & verankering	- Herhaling, verdieping & actualisatie - Reflectie op werkwijze en doorontwikkeling - Lessen uit reflexieve monitoring - Reflectie op lerend ecosysteem – 10 casussen	- Herhalen & updaten communicatiemiddelen - Interactieve sessies met feedback ophalen - Jaarlijkse campagne met ambassadeurs - Reflectiecommunicatie (rapportage + film)	± 120 uur