

# (Concept) Transformatieplan Mentaal Gezondheidsnetwerk Centraal Gelderland



*Tot stand gekomen met dank aan de schrijversploeg:*

- Jasha Fiselier – KLA
- Mayke de Vreugd – Onze Huisartsen
- Eefje Cornelissen – Pro Persona
- Jenna Makaaij – Ixta Noa
- Judith Klein Gunnewiek – RIBW AVV
- Maaïke 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 Liebrechts – Purpose Design

Jojanneke Diemers – Proscop

Rianne Runhaar – Go Innovate

## 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<sup>1</sup>.

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 netwerk Samen 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.

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."

---

<sup>1</sup> Regio Centraal Gelderland betreft de gemeenten: Arnhem, Overbetuwe, Lingewaard, Renkum, Rheden, Rozendaal en Wageningen

# Inhoudsopgave

## (Concept) Transformatieplan Mentaal Gezondheidsnetwerk Centraal

<b>Gelderland</b> .....	1
Leeswijzer .....	2
Samenvatting .....	5
Inleiding .....	5
1. Huidige situatieschets.....	6
1.1. Regionale visie op gezondheid.....	6
1.2 Regiobeeld Centraal Gelderland.....	8
1.3 Regioplan.....	11
2 Anders denken, doen en organiseren .....	12
3 Inwonersperspectief .....	13
4 . Deelplan Pijler 1: Mentaal vitale wijk .....	14
4.1. Laagdrempelig steunpunten .....	14
4.2 Peer to peer support jongvolwassenen van 16-25 jaar .....	18
5. Deelplan Pijler 2 juiste zorg op de juiste plek .....	21
5.1 Het Verkennend Gesprek.....	21
5.2 Sociale kaart .....	25
5.3 Transfermechanisme en Domein Overstijgend CasusOverleg .....	28
5.4 Consultatie .....	31
5.5 Informatievoorziening wachttijden .....	33
6. Deelplan Pijler 3: Inclusie van mensen met een ernstige psychische kwetsbaarheid in de wijk.....	34
7. Deelplan: eHealth: inzet van AI.....	40
7.1 Inleiding .....	40
7.2 Doelstellingen.....	40
7.3. Fasering implementatie AI 2025-2028 .....	41
8 Leren en monitoren .....	42
8. Impact en risico analyse .....	43
8.1 Risico analyse .....	43
8.2 Impact op duurzaamheid .....	46
9 Communicatie .....	47

10	Programma-organisatie: Mentaal Gezondheidsnetwerk Centraal Gelderland.....	48
	Bijlage 1 Verklarende woordenlijst .....	51
	Bijlage 2 Deelnemende organisaties in de uitvoering.....	53
	Bijlage 3: KPI's Business Case .....	54
	Bijlage 4 Maatschappelijke impact (businesscase).....	57
	Bijlage 5 Begroting .....	57
	Bijlage 6 Planning kpi's .....	57
	Bijlage 7: Governance.....	58
	Bijlage 8: Communicatieplan .....	59

# Samenvatting

## 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 'Samen 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 'Samen gezond voor elkaar<sup>2</sup>' 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.

---

<sup>2</sup> Dit betreft een samenwerkingsverband dat o.a. de IZA-opdracht voor de regio heeft uitgewerkt in een regioplan 'Samen gezond voor elkaar' met vertegenwoordiging vanuit de gemeenten, zorgverzekeraars, huisartsen, eerstelijnszorg, ziekenhuis, welzijn, ggz, sociaal domein, sociale basis, vg en ggd



Afbeelding 1: 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 'Samen 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 baselement 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.

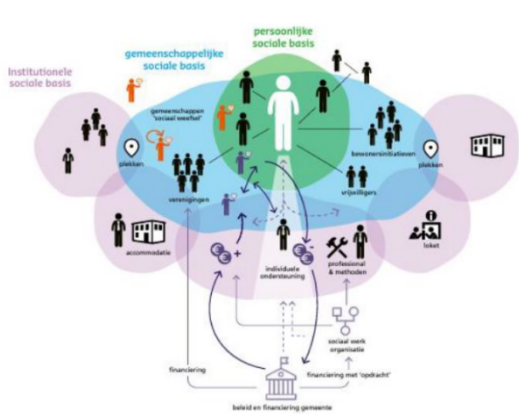
Vanuit het landelijke netwerk zijn er leidende principes Mentaal Gezondheidsnetwerk opgesteld die ook leidend zijn in regio Centraal Gelderland:

- 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 2: Sociale basis

### Sociale basis:

1. persoonlijke sociale basis bestaat uit de inwoner en diens sociale (informele) netwerk.
2. gemeenschappelijke sociale basis, waarbij sprake is van georganiseerde verbindingen tussen inwoners en door inwoners geïnitieerde activiteiten zoals buurtinitiatieven of activiteiten vanuit het verenigingsleven.
3. institutionele sociale basis, hierbij gaat het om aanjagen en organiseren van collectieve voorzieningen door professionals om verbinding te stimuleren, zoals het creëren van laagdrempelige ontmoetingsplekken in de wijk.

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<sup>3</sup> 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 mentale gezondheid jongvolwassenen

Mentale problemen ontstaan voor het grootste deel in de adolescentie. Uit internationaal onderzoek blijkt dat 75% van de psychische klachten begint vóór de leeftijd van 24 jaar en 50% al vóór de leeftijd van 14 jaar<sup>4</sup>. We zien in de regio Centraal Gelderland dat mentale problemen bij jongeren en jongvolwassenen nog steeds hoog zijn. Uit de gezondheidsmonitor 2024 van de GGD komt naar voren dat vooral jongvolwassenen uit Arnhem (24%) en Rheden (20%) zich in het dagelijks leven vaak tot voortdurend beperkt voelen door psychische klachten. Voor de hele GGD-regio (dus inclusief de gemeenten van de West Veluwe) is dit 17 %. Bijna de helft van de jongvolwassenen in Centraal Gelderland voelt zich (heel) vaak gestrest. Ondanks dat de coronaperiode inmiddels achter ons ligt, ervaart bijna 65% van de jongvolwassenen in de GGD-regio in 2024 hier nog steeds negatieve gevolgen van op het gebied van mentale gezondheid, eigen ontwikkeling, studievoortgang en het aangaan en onderhouden van contacten.

### 1.2.2 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.

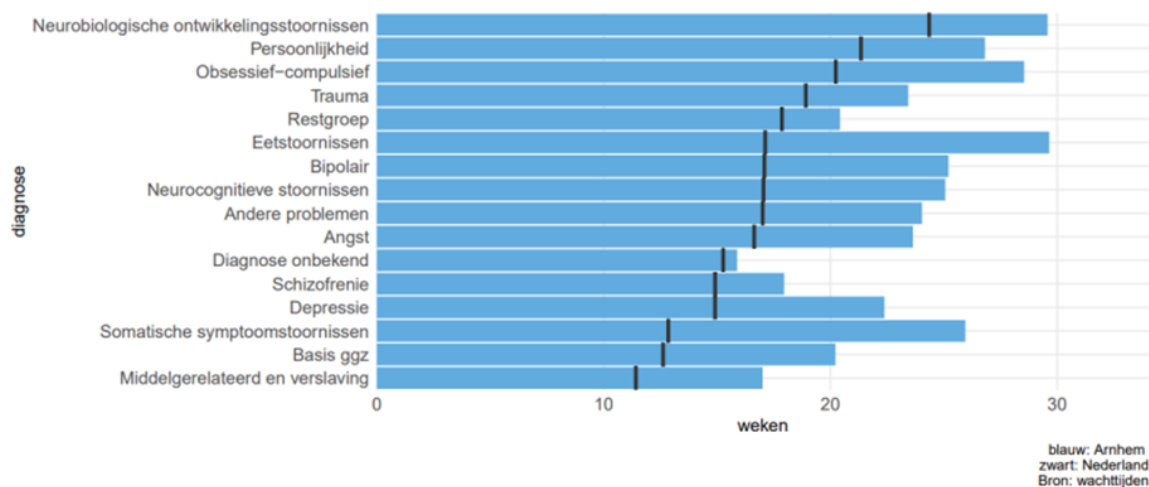
Voor meer achtergrond verwijzen we naar het regiobeeld Centraal Gelderland

---

<sup>3</sup> Zie: <https://www.dejuistezorgopdejuisteplek.nl/programmas/integraal-zorgakkoord/iza-onderdelen/regionale-samenwerking/regiobeelden-en-plannen/>

<sup>4</sup> (Age at onset of mental disorders worldwide: large-scale meta-analysis of 192 epidemiological studies Kessler, 2005, Solmi, 2022

De grafiek toont de wachttijden (in weken) voor behandelingen in de geestelijke gezondheidszorg, in de regio en in Nederland (peildatum: mei 2022).



Afbeelding 3: Overzicht wachttijden voor behandeling in de ggz in Arnhem versus Nederland

### 1.2.3 Regiobeeld arbeidsmarkt

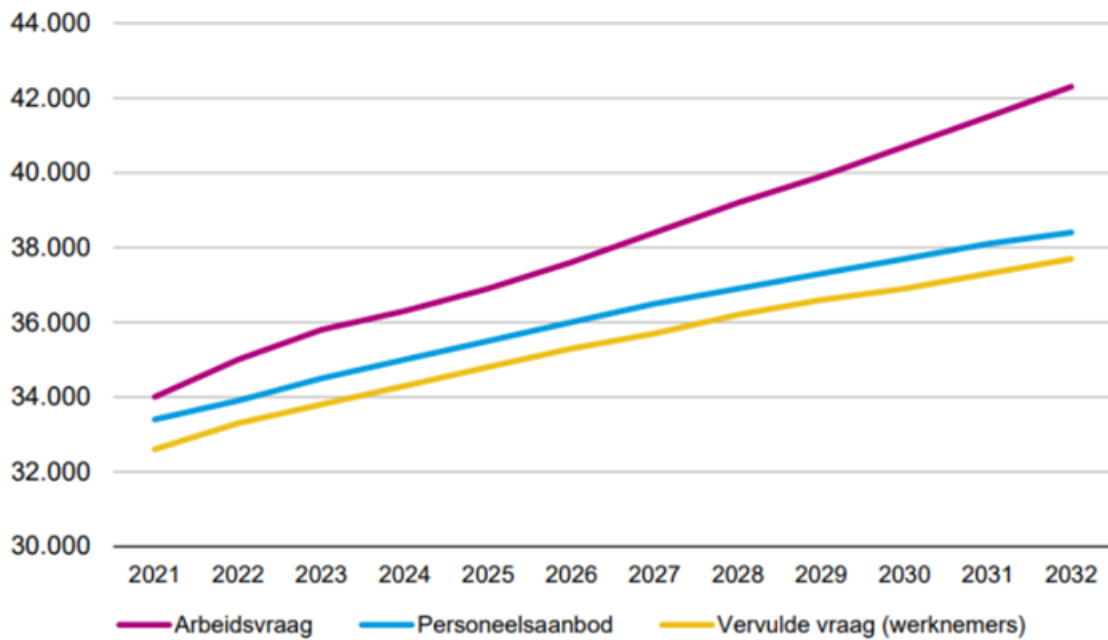
De grootste uitdaging binnen dit transformatieplan Mentaal Gezondheidsnetwerk Centraal Gelderland is het verleggen van zorgzwaarte: van complexe ggz naar meer preventieve, herstelgerichte en normaliserende ondersteuning in de wijk en het sociaal domein. Dit vraagt om uitbreiding van functies in sociaal 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<sup>5</sup>.

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.

<sup>5</sup> <https://prognosemodelzw.nl>

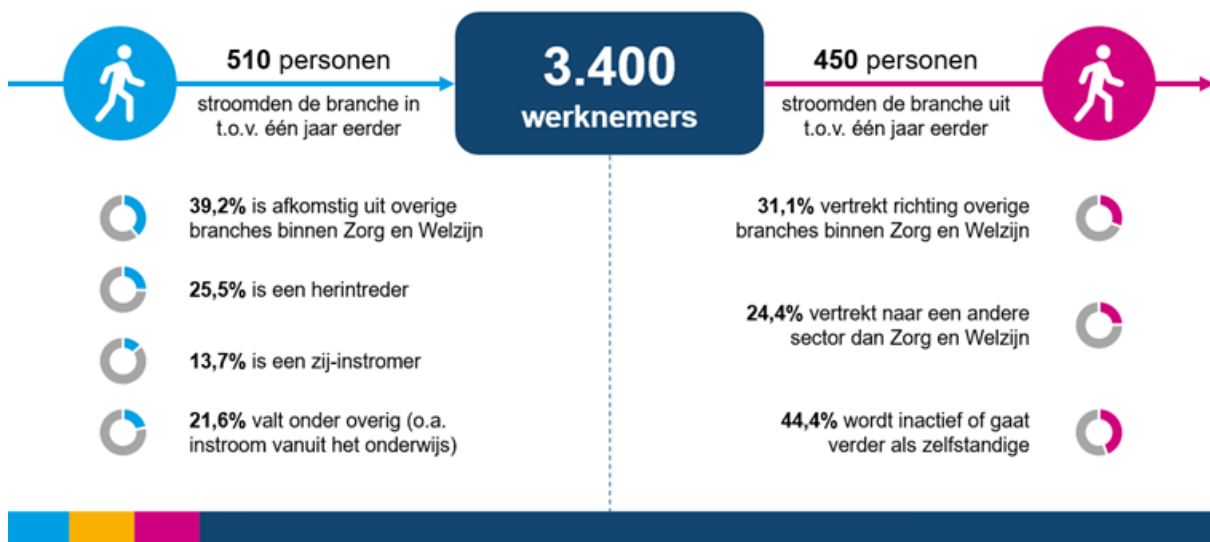


Bovenstaande grafiek toont de verwachte ontwikkeling van de arbeidsvraag, het personeelsaanbod en de vervulde vraag in het getoonde jaar. (Bron: prognosemodel zorg en welzijn, 2023 / bewerking door WZW.) **REGIO: zorgkantoorregio Arnhem - Arnhem.**

Afbeelding 4: 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.

## Arbeidsmobiliteit



Afbeelding 5: 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.

### 1.2.4 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 vergrijsst, 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 'Samen gezond voor elkaar'<sup>6</sup> 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 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 ligt er vanuit het samenwerkingsverband 'Samen gezond voor elkaar' de opdracht 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 arbeidsmarktplan.

### *Monitoring*

---

<sup>6</sup> <https://www.dejuistezorgopdejuisteplek.nl/programmas/integraal-zorgakkoord/iza-onderdelen/regionale-samenwerking/regiobeelden-en-plannen/>

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*

De regio Centraal Gelderland werkt op dit moment nog gefragmenteerd aan digitalisering. In opdracht van het samenwerkingsverband 'Samen 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:

- Routekaart/ activiteitenplan
  - 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'.
- Keuzes voor uitwisselingsstandaarden: 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.
- Samenwerkingsstructuur: een gedragen voorstel voor de samenwerkingsstructuur (organisatie en governance) en afspraken over hoe gezamenlijke besluiten worden genomen. En hoe ieder domein hierin betrokken is.

Het Mentaal Gezondheidsnetwerk sluit hier actief bij aan.

## 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<sup>7</sup>:

---

<sup>7</sup> Bron: cliëntpanel - 26 mei 2025; regiobijeenkomst inclusieve wijk; uitkomsten tafel 'inwonerperspectief' - 6 mei 2025; bestuurlijk overleg toegankelijkheid ggz Centraal Gelderland - 3 juli 2025.

- 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 protocollen en infrastructuren dit lastig maken. Dit vraagt leef om het soms anders te doen of minder te doen.
- IV. **Delen van Leiderschap boven Behoeft 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<sup>8</sup>' 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.

---

<sup>8</sup> 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.

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 governancestructuur van het Mentaal Gezondheidsnetwerk. In november wordt de governance besproken binnen het '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 (zie 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 en een fysiek inlooppunt voor jongvolwassenen 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<sup>9</sup> van laagdrempelige steunpunten (vanaf nu gebruiken we de term zelfregie- en herstelcentra).

- 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.
- 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.
- Zelfregie- en herstelcentra 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.
- 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.

#### 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

---

<sup>9</sup> <https://vng.nl/publicaties/realisatie-iza-afspraak-laagdrempelige-steunpunten-handvatten-voor-de-regios>

Laagdrempelige steunpunten helpen mensen in fase 0, 2 en 3. In fase 3 en 4 is iemand met een voorbeeldfunctie (ervaringsdeskundige) vaak passender.

#### 4.1.4 Huidige situatie

In de regio is er per gemeente veel aanbod in het publieke domein. Er zijn veel vrij toegankelijke inloopvoorzieningen (buurthuizen, huiskamers) met mooi aanbod.

Laagdrempelige steunpunten zoals <sup>10</sup>□ aanwezig is alleen sinds 2024 aanwezig in Arnhem op 1 locatie. Er is wel herstel en preventief aanbod in de regio, maar dit is niet altijd even goed bekend of vindbaar voor de inwoners.

#### 4.1.5 Wenselijke situatie

Het ligt niet in de regionale mogelijkheden om binnen 5 jaar in elke gemeente een laagdrempelig steunpunt te realiseren. De vraag is ook of dat nodig is. Wel is het wenselijk om een regionale spreiding van zelfhulpaanbod over de regio te organiseren. Aanvullend op bestaande herstelinitiatieven, verspreid over de regio en voor elke inwoner 'dichtbij'. Hoewel een buurthuis of huiskamer van grote waarde is als welkome plek voor inloop, ontmoeting en activiteiten, is dit niet voor elke inwoner een passende setting. Zelfregie- en herstelcentra kunnen een plek bieden waar inwoners met een psychische kwetsbaarheid meer mogelijkheden en ruimte ervaren.

#### 4.1.6. Interventie

Het realiseren van een infrastructuur van laagdrempelige steunpunten in de wijk en preventief aanbod<sup>11</sup> in de regio, waardoor voor elke inwoner (voor zichzelf of als naaste) 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.
- 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.

---

<sup>10</sup> <https://vng.nl/publicaties/realisatie-iza-afspraak-laagdrempelige-steunpunten-handvatten-voor-de-regios>

<sup>11</sup> Herstelaanbod hiermee wordt bedoeld: zelfhulp, peersupport, psycho-educatie.

- 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).

Waarom 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 2025-2028

##### Fase 1: Voorbereiding en visievorming (Q1 2026)

- Gedragen criteria: wat zijn criteria en gedeelde waarden bij het vormgeven van een laagdrempelige steunpunten in regio Centraal Gelderland? Dit zijn criteria vanuit visie, organisatorisch, qua personeel en praktisch.

##### Fase 2: Analyse en ontwerp (Q2-Q4 2026)

- Analyse: aan de hand van de vastgestelde criteria wordt in kaart gebracht welke herstelinitiatieven er zijn per gemeente.
- Voorstel totstandkoming infrastructuur laagdrempelige steunpunten<sup>12</sup> in de regio: in dit voorstel staan kansrijke locaties. Of -als er al bestaande passende locaties zijn- hoe kan het aanbod worden uitgebreid met nog ontbrekend aanbod dat de mentale gezondheid bevordert. De grootte van de locatie en breedte van het aanbod zal variëren afhankelijk van de context. Een locatie met breed aanbod in Arnhem is wenselijk.

##### Fase 3: Realisatie en verbinden (vanaf Q4 2026-Q4 2028)

- Gefaseerde uitrol over de regio van laagdrempelige steunpunten.
- 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

<sup>12</sup> Laagdrempelig steunpunt: definitie conform beschreven in document 'Landelijk dekkend netwerk van laagdrempelige steunpunten', 27 oktober 2023. [Handvatten netwerk laagdrempelige steunpunten IZA](#)

(on)mogelijkheden) 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' (zie pijler 3) 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 en/of cursussen.

## 4.2 Peer to peer support jongvolwassenen van 16-25 jaar

### 4.2.1. Inleiding

Jongvolwassenen ervaren vaak drempels in het zoeken naar hulp. Vanuit zorgorganisaties ligt de nadruk op groepsaanbod, zoals cursussen en lessen op school over mentale gezondheid. Deze worden verzorgd door hulpverleners en docenten die hiervoor getraind worden. Bij welzijnsorganisaties ligt ook de nadruk op groepsaanbod. Door het aanbod geen hulp te noemen, vinden jongeren ingangen om andere jongeren over de streep te trekken. De bestaande groepen gaan dan vaak over een breed palet aan onderwerpen afhankelijk van wat nodig is en waar behoefte aan is. In de praktijk blijkt het moeilijk om vooral de jongvolwassenen deel te laten nemen aan groepsaanbod gericht op mentale gezondheid. En is het voor scholen lastig om mentale gezondheid structureel te borgen binnen het lesprogramma. Om goed aan te sluiten bij wat deze groep jongvolwassenen nodig heeft als het om mentale gezondheid gaat, willen we investeren in laagdrempelige fysieke (inloop)punten vanuit de presentiebenadering (Het uitgangspunt hierin is dat je pas echt iets kunt betekenen voor een ander als je met die persoon bent, niet alleen voor hem of haar. Het draait om aandachtige aanwezigheid, relationeel werken). Het investeren in geïndiceerde preventie (individueel gericht) is een waardevolle aanvulling op het bestaande collectieve groepsaanbod en helpt de druk op de specialistische ggz te verminderen.

### 4.2.2. Doelstellingen

- Bijdragen aan het versterken van de mentale gezondheid van jongvolwassenen tussen de 16-25 jaar.
- Bijdragen aan het normaliseren van psychische klachten, het voorkómen van stigma en het verminderen van handelingsverlegenheid in de samenleving.
- Door het delen van ervaringen en het bieden van emotionele steun, voelen jongvolwassenen zich minder geïsoleerd en herstellen zij sneller.

- Door gerichte interventies en ondersteuning verbeteren jongvolwassenen hun veerkracht en coping-vaardigheden. Dat leidt tot een betere algehele mentale gezondheid.
- Vroege interventies helpen om ernstige mentale gezondheidsproblemen te voorkómen en de gevolgen op lange termijn te verminderen.
- Door openlijk te praten over mentale gezondheid en het normaliseren van psychische klachten, vermindert het stigma rondom deze onderwerpen.

#### 4.2.3. Huidige situatie

In de regio Centraal Gelderland ervaren steeds meer jongvolwassenen mentale druk (zie regiobeeld). Dit leidt tot meer vraag naar specialistische ggz. Met als gevolg dat de wachttijden in de ggz verder oplopen. Om zwaardere klachten en grotere problemen in de toekomst te voorkomen of vroegtijdig aan te pakken, investeren we in jongvolwassenen. De groep die de afgelopen jaren zwaar getroffen is. Door problemen serieus te nemen, gesprekken aan te gaan en ondersteuning te bieden waar nodig (bij voorkeur binnen de eigen omgeving en sociale basis), kunnen we verdere ontregeling en afhankelijkheid van de zorg verminderen, grotere problemen op latere leeftijd voorkomen en de mentale veerkracht van deze groep zowel nu als in de toekomst versterken.

Peersupport kan online of fysiek plaatsvinden. Zo is recent het platform [www.injebol.com](http://www.injebol.com) online gegaan. Dit is een gezamenlijk initiatief van zes organisaties<sup>13</sup>, die hun krachten hebben gebundeld om jongvolwassenen tussen 16 en 27 jaar één centrale vindplek te bieden voor mentale gezondheid. Op dit online platform kun je zelf ontdekken welke laagdrempelige (zelf)hulp, ondersteuning of connectie met andere jongvolwassenen je kan helpen om goed in je vel te zitten. Jongvolwassenen kunnen anoniem informatie delen en advies geven en ervaringen uitwisselen. Ze kunnen bellen en chatten met leeftijdgenoten die een luisterend oor bieden. Jongvolwassenen kunnen ervaringsverhalen lezen en tips krijgen van anderen die vergelijkbare situaties hebben meegemaakt. Er is geen goed beeld wat er regionaal fysiek georganiseerd is. Dit is noodzakelijk om verbinding te maken met het online aanbod en van meerwaarde voor het Mentaal Gezondheidsnetwerk.

#### 4.2.4 Wenselijke situatie

Jongeren kunnen naar een plek (zowel fysiek als online) waar ze steun ontvangen van andere jongeren. Jongvolwassenen zoeken en ontvangen gemakkelijker hulp van leeftijdgenoten die vergelijkbare ervaringen hebben.

#### 4.2.5 Interventie

1. We organiseren een regionaal inlooppunt voor jongvolwassenen door peers met verhoogd risico op mentale klachten en/of beginnende mentale klachten. Met de presentiebenadering als basis: nabijheid, aandacht, relatie en menswaardigheid. *“Ik ben er voor jou, zonder oordeel, zodat jij kunt ervaren dat je ertoe doet.”*
2. We verbinden bestaande netwerken en initiatieven door een integrale aanpak zodat het aanbod nog beter aansluit op behoeften van de doelgroep.

---

<sup>13</sup> Een gezamenlijk initiatief van jongeren, De kindertelefoon, MIND, 113 zelfmoordpreventie, Join Us, Transformers Community en @ease

Peersupport is een effectieve interventie bij het ondersteunen van jongvolwassenen met psychische klachten of psychosociale problemen. Peersupport is gebaseerd op gelijkwaardigheid, herkenning en vertrouwen. Dat maakt het een krachtige vorm van informele hulp. Zeker bij jongvolwassenen die drempels ervaren richting professionele hulpverlening. Peersupport kan bijdragen aan het verlagen van stigma, het vergroten van hulpbereidheid, het verbeteren van mentale gezondheid en het versterken van zelfregie en coping vaardigheden. Jongvolwassenen voelen zich begrepen door leeftijdsgenoten die in een vergelijkbare situatie zitten of hebben gezeten. Dit leidt tot een verhoogd gevoel van veiligheid, erkenning en verbondenheid (Repper & Carter, 2011<sup>14</sup>). Uit onderzoeken zoals van Solomon (2004)<sup>15</sup> blijkt dat peersupport-interventies kunnen leiden tot betere behandeluitkomsten, hogere therapietrouw en lagere terugvalpercentages. Jongvolwassenen gaven bovendien aan dat zij peersupport vaak als veiliger en laagdrempeliger ervaren dan reguliere zorg.

In het bijzonder binnen @ease zijn de effecten van peersupport in praktijk goed zichtbaar. Jongeren rapporteren na een gesprek bij @ease significante verbetering in hun emotionele gesteldheid, ervaren minder stress en geven aan zich gehoord en geholpen te voelen (Amsterdam UMC/@ease, 2022)<sup>16</sup>.

#### 4.2.6. Fasering inrichting 2025-2028

##### Fase 1: Fundament (Q4 2025)

- Onderzoeken of en op welke wijze de peer support functionaliteiten vanuit een fysiek inlooppunt jongvolwassenen in Arnhem aanwezig is. Op basis van deze uitkomsten is helder waar een potentiële overlap en hiaten in het huidige aanbod is, resulterend in een advies voor het realiseren van het inlooppunt met het netwerk in regio Arnhem.

##### Fase 2: Implementatie (2027)

- Het samenbrengen van partners in een projectgroep ten behoeve van de implementatie en borging van peersupport voor jongvolwassenen vanuit een fysiek inlooppunt in Arnhem door het netwerk en in verbinding met een online omgeving. Deze projectgroep bestaat uit vertegenwoordiging vanuit welzijn, onderwijs, ervaringsdeskundigheid, 1<sup>e</sup> lijn, sociaal domein tot ggz. Vanuit de gedachte aansluiten bij wat er al is en gebruik makend van ieders expertise.

- De opstart van een (nieuwe of uitbreiding van een bestaande)fysieke locatie in Arnhem

##### Fase 3: Opschaling (2028)

-Uitbreiding van de activiteiten door jongeren voor jongeren op logische vindplekken in de regio, zoals op onderwijslocaties e.d.

---

<sup>14</sup> Repper, J., & Carter, T. (2011). A review of the literature on peer support in mental health services. *Journal of Mental Health*, 20(4), 392–411. <https://doi.org/10.3109/09638237.2011.583947>

<sup>15</sup> Solomon, P. (2004). Peer support/peer provided services underlying processes, benefits, and critical ingredients. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 27(4), 392–401. <https://doi.org/10.2975/27.2004.392.401>

<sup>16</sup> @ease / Amsterdam UMC. (2022). Jaarverslag @ease 2021–2022.

## 5. Deelplan Pijler 2 juiste zorg op de juiste plek

De functionaliteiten van het mentaal gezondheidsnetwerk komt 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 1<sup>e</sup> lijn en sociaal domein en sociale basis kan mismatches voorkomen (verkeerde wachtlijst, onnodige verwijzingen) en professionals

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<sup>17</sup> 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.

---

<sup>17</sup> 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 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 7) 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 de financiering moet zoveel mogelijk via een onafhankelijke en/of gezamenlijke route lopen.
- 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-proof).
- Scholing: continue scholing en intervisie voor alle betrokken professionals en ervaringsdeskundigen.
- Capaciteit: voldoende gekwalificeerde professionals en ervaringsdeskundigen.

### 5.1.7 Fasering inrichting 2025-2028

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)<sup>18</sup> 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

---

<sup>18</sup> 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.

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 olv reflexief monitor onderzoeker.
- Implementatie monitoring en evaluatie, gevolgd door bijstelling.

### 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.

## 5.2 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 verwijfsafspraken.

### 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 dashboard is in ontwikkeling en biedt real-time (of zo actueel mogelijke) informatie over kosten, wachttijden, locaties, verwijscriteria en contactgegevens<sup>19</sup>.
- 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 2025-2028

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.

---

<sup>19</sup> In regio Centraal Gelderland start deze zomer (2025, op initiatief van Menzis) een pilot met het dashboard 'slim verwijzen'. Dit platform biedt –als ggz-behandelpartijen zich inschrijven– zicht op wachttijden, aanbod, wel/geen contracten met zorgverzekeraars en exclusiecriteria. Deze is toegankelijk voor huisartsen en ggz-partijen.

## 5.3 Transfermechanisme en Domein Overstijgend CasusOverleg

### 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'<sup>20</sup>. 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.
  - 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 kan o.a. zijn van:
    - SGGZ naar BGGZ.
    - SGGZ of BGGZ naar sociaal domein en sociale basis (inclusief 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 mogelijk uitwijzen.

### 5.3.3. Doelgroep

Verwijzers in de volgende situaties:

---

<sup>20</sup> Zoals ook beschreven in het regioplan van 'Samen Gezond voor Elkaar' in onderdeel 3 'Mensen met meervoudige hulpvragen'.

- 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 mist 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 DoorzettingsMacht (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 2025-2028

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.

## 5.4 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<sup>21</sup>. IrisZorg en Pro Persona zijn sinds halverwege 2024 gecontracteerd voor de consultatiefunctie voor het sociaal domein. Hiervan wordt nog

---

<sup>21</sup> Zie ook: Leidraad consultatiefunctie ggz voor het sociaal domein. 1 maart 2024. De Nlse GGz, VNG en ZN.

minimaal gebruik gemaakt. Dit gebruik willen we versterken en verbreden. Ook kwartiermakers c.q. sleutelpersonen vanuit de sociale basis willen we gebruik laten maken van deze consultatie mogelijkheid.

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 bij een goede uitstroom na/parallel aan behandeling dat 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 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), maar ook ter bevordering van een gastvrije wijk richting de kwartiermakers in de sociale basis.

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 2025-2028*

##### *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.

## 5.5 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 (Centraal Toeleidingspunt) 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<sup>22</sup> draaien in regio Centraal Gelderland.

#### 5.5.4 Wenselijke situatie

Elke huisarts en ggz behandelaar heeft zicht op de behandel mogelijkheden en wachttijden per ggz praktijk in regio Centraal Gelderland inclusief online ggz aanbieders, waardoor verwijzen en doorverwijzen wordt vergemakkelijkt. Voor ggz praktijken is het 'comon 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 behandel mogelijkheden per praktijk in de regio en van online ggz aanbieders.

#### 5.5.6 Fasering implementatie

De implementatie van het dashboard in de regio is gestart. Vanaf september 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.

## 6. Deelplan Pijler 3: Inclusie van mensen met een ernstige psychische kwetsbaarheid in de wijk

### 6.1. Inleiding

In een Mentaal Gezondheidsnetwerk in de wijk van de toekomst vormen 'sleutelpersonen' een belangrijke rol. Sleutelpersonen zijn een groep van betrokken vrijwilligers, ervaringsdeskundigen, maar ook professionals vanuit welzijn en ggz die bijdragen aan een *Welkome Wijk (voorheen GGZ in de wijk)*<sup>23</sup>. Een groep mensen waardoor de wijk sterker verbonden en toegankelijk is, in het bijzonder voor mensen met een ernstige psychische

---

<sup>22</sup> Ontwikkeld door Bee-Improve.

<sup>23</sup> W in de wijk is een bestaande werkwijze met als doel dat mensen met een psychische kwetsbaarheid zich welkom voelen in hun buurt, wat bijdraagt aan hun herstel en prettig samenleven. Een samenwerking tussen professionals met profielen op het gebied van ggz, welzijn en ervaringsdeskundigheid jagen dit aan.

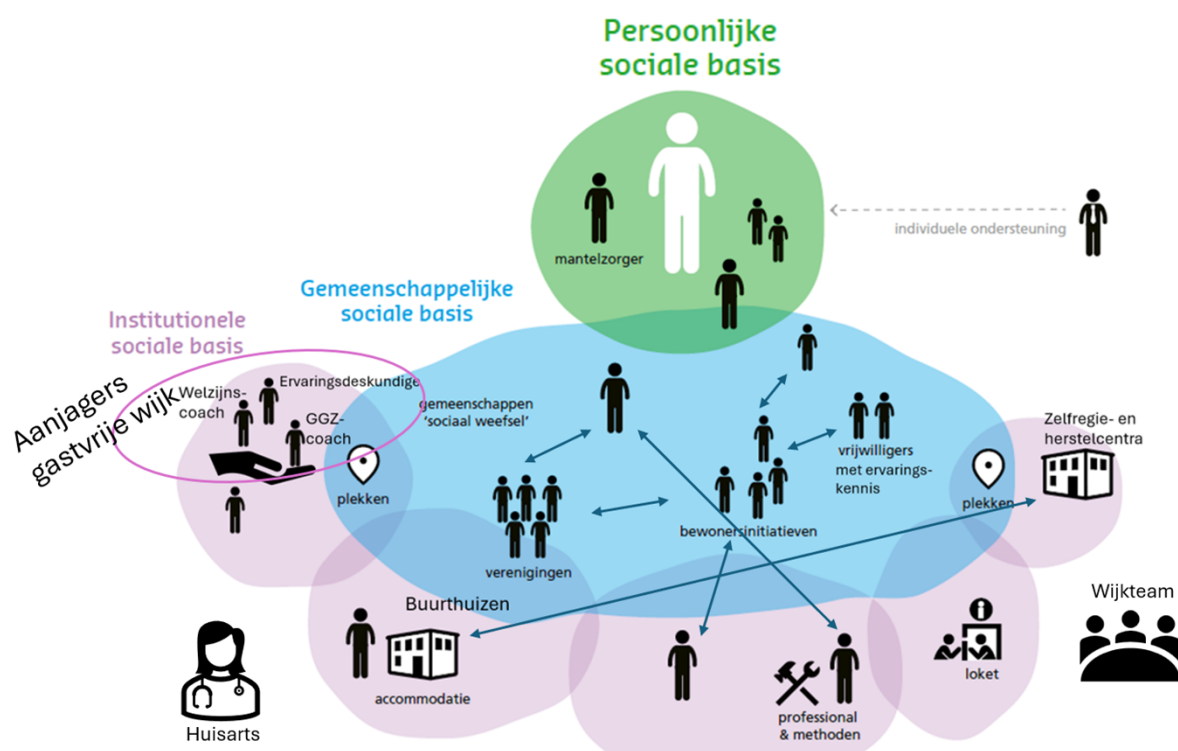
aandoening (EPA) voor wie hun psychische aandoening gevolgen heeft voor het functioneren in werk, opleiding, sociale contacten etc.

Cruciaal is de rol van de inwoner zelf, die zelf keuzes maakt en weet waar hulp gevonden kan worden. Maar die zich ook gezien en uitgenodigd voelt om, als daar behoefte aan is, mee te doen in de wijk. Dit uitgenodigd voelen enerzijds en anderzijds gastvrijheid organiseren in de wijk gaat niet vanzelf.

In de wijk zijn laagdrempelige voorzieningen zoals buurthuizen. Echter voor mensen met een psychische kwetsbaarheid is de stap vaak te groot om hier naartoe te gaan. Daarnaast is er bij medewerkers en vrijwilligers op deze plekken vaak handelingsverlegenheid en stigma. Pijler 3 van het transformatieplan focust zich hierop: activiteiten ontplooiën gericht op en in nauwe samenwerking met de bestaande netwerkpartners. De op te richten zelfregie- en herstelcentra vervullen hierin ook een belangrijke rol (zie deelplan pijler 1).

Deze pijler 3 valt uiteen in twee onderdelen:

1. Kwartiermakers als 'aanjagers' van gastvrijheid in de wijk.
2. Versterken van het netwerk van sleutelpersonen (formeel en informeel) die gastvrijheid van de wijk uitvoeren en bevorderen.



Afbeelding 6: Verbindingen binnen de sociale basis

## 6.2 Doelstellingen

- *Vermindering van zorgkosten door daling in ggz-crisis zorg*: vroegsignalering en wijkintegratie reduceren crisisopnames<sup>24</sup>: Kwartiermakers en sleutelpersonen versterken een wijkgerichte samenwerking in de directe leefomgeving van inwoners

<sup>24</sup> <https://www.trimbos.nl/wp-content/uploads/2022/04/AF1995-Effectieve-interventies-en-beleid-mentale-gezondheid-en-preventie-1.pdf>

en leggen de verbinding met professionals zoals de wijk-ggd'er, medewerkers van FACT, OGGZ-netwerk;

- *Inwoners met een psychische kwetsbaarheid voelen zich welkom in de wijk.* Door te investeren in gastvrije voorzieningen en scholing (Q&A) worden ontmoeting en normalisering in omgang gestimuleerd (wijkintegratie). Er ontstaat ruimte voor 'anders gedrag, anders zijn', dit draagt bij aan het herstel van mensen met een psychische kwetsbaarheid en prettig samenleven in de wijk<sup>25</sup>;
- *Vermindering van Overlast en Sociaal Isolement*<sup>26</sup>: sleutelpersonen en kwartiermakers signaleren gedrag eerder en bemiddelen sneller. Evaluaties van wijkgerichte interventies laten zien dat bewonersparticipatie leidt tot daling in meldingen bij politie en buurtteams.

### 6.3 Huidige situatie

Psychisch kwetsbare inwoners – met name degenen met langdurige of recidiverende psychische aandoeningen – ervaren vaak:

- moeite bij het vinden en behouden van passende hulp.
- stigma en uitsluiting uit de sociale omgeving.
- terugval in sociaal isolement bij het stoppen van zorg of begeleiding.
- wantrouwen in systemen door negatieve ervaringen met bureaucratie of discontinuïteit.
- behoefte aan een 'stabiel netwerk' om zich heen: mensen die hen kennen en steunen buiten zorg om.

Daarom hebben zij niet alleen behoefte aan hulp, maar ook aan:

- mensen die er zijn, ook als er geen hulpvraag is.
- begrip zonder oordeel, nabijheid zonder druk.
- praktische steun en kleine signalen van verbondenheid.
- structuur en ritme in het dagelijks leven via vertrouwde contacten.

### 6.4 Wenselijke situatie

Stel je een wijk voor waarin inwoners elkaar kennen en begroeten, bij elkaar aanbellen voor een praatje of samen activiteiten ondernemen – maar waarin ook ruimte is om je eigen weg te gaan. In zo'n wijk zijn inwoners oplettend: ze zien wanneer iemand zich langdurig terugtrekt of altijd alleen is, en voelen de vrijheid om daar op respectvolle manier op in te spelen. Soms is dat een uitnodiging voor een buurtactiviteit of een luisterend oor of simpelweg het erkennen van elkaars grenzen: niet iedereen hoeft actief deel te nemen of veel contact te zoeken. Open staan voor signalen betekent niet controleren, maar juist dat iedereen op zijn eigen wijze kan wonen, leven en werken in de wijk – in verbondenheid, maar met ruimte en begrip voor elkaars verschillen.

---

<sup>25</sup> Samen werken aan wijken waar iedereen welkom is: Implementatiewijzer 2024. Movisie, Trimbos instituut, Kenniscentrum Phrenos, GGZIngeest, Team+ED, Dynamo, Gemeente Amsterdam. [Samenwerken aan wijken waar iedereen welkom is; een implementatiewijzer - Trimbos-instituut](#)

<sup>26</sup> [https://www.movisie.nl/sites/default/files/publication-attachment/GGZ-in-de-wijk%20%5BMOV-12928868-1.1%5D.pdf?utm\\_source=chatgpt.com](https://www.movisie.nl/sites/default/files/publication-attachment/GGZ-in-de-wijk%20%5BMOV-12928868-1.1%5D.pdf?utm_source=chatgpt.com)

## 6.5 De interventie

We organiseren een gastvrije wijk door medewerkers in voorzieningen in de wijk toe te rusten om beter om te gaan met situaties waar het schuurt, waar zorgen zijn, onbegrip is of sprake van uitsluiting is. Hierdoor ontstaat bij bewoners, vrijwilligers en professionals die werken in voorzieningen in de buurt, ruimte voor buurtbewoners die 'anders' worden ervaren. Om te komen tot een gastvrije wijk zijn twee elementen belangrijk: kwartiermakers en een netwerk van sleutelpersonen.

### *Kwartiermakers*

Kwartiermakers kijken wat er nodig is om organisaties en voorzieningen toegankelijk te maken voor de doelgroep met een psychische kwetsbaarheid. Ook herkennen ze het belang van verbinding in de wijk. Zij leveren een bijdrage aan het 'cement' van het netwerk van sleutelpersonen in de wijk. Andersom onderzoeken ze hoe mensen met een psychische kwetsbaarheid deel kunnen nemen aan de samenleving.

Gezien deze taken lijkt het op basis van landelijke ervaringen passend om kwartiermakers in te zetten vanuit een welzijnsprofiel (met ggz-affiniteit), een ggz-expert met een outreachend profiel en een ervaringsdeskundige vanuit een zelfregie- en herstelcentrum.

De kwartiermakers die verbonden zijn aan de wijk hebben 'scharrelruimte' waarin ze handelingsvrijheid hebben om naar eigen oordeel hun tijd te besteden aan de bedoeling. Door hun inzichten en creativiteit voeden ze de transformatie. Deze 'scharrelruimte' wordt op basis van ervaringen vanuit de methodiek W in de Wijk meegenomen in de kostenraming.

### *Netwerk van sleutelpersonen*

De invulling van de rol van sleutelpersonen verschilt per wijk of gemeente en is afhankelijk van het bestaande netwerk en de aanwezige expertise. Zo kunnen er vrijwilligers zijn die een sleutelrol vervullen waar in andere wijken voornamelijk professionals deze rol vervullen. De kracht van deze aanpak ligt in het aansluiten bij de unieke wijkstructuur en het benutten van bestaande verbanden, terwijl tegelijkertijd de kennis en vaardigheden van professionals selectief worden ingezet.

- Waarde van de vrijwilliger: als buurtbewoner staat de vrijwilliger niet in een andere positie ten opzichte van mede-buurtbewoners. De kracht van vrijwilligers zit in de informele nabijheid, gelijkwaardigheid en persoonlijke betrokkenheid. Tegelijkertijd is hun bijdrage vrijwillig en verschilt de beschikbaarheid, type inzet en belastbaarheid sterk. Die is immers afhankelijk van de persoonlijke omstandigheden.
- Waarde van de ervaringsdeskundige: vanuit eigen ervaringen kunnen zij herkenning en hoop bieden en zo het vertrouwen en herstelproces van inwoners versterken. Zij houden een spiegel voor aan professionals en vrijwilligers en helpen om het perspectief van mensen met een psychische kwetsbaarheid zichtbaar en bespreekbaar te maken in wijkverbanden. Daarmee dragen zij bij aan een wijk waarin voorzieningen toegankelijk(er) en gastvrij(er) worden.
- Waarde van de professional: brengt kennis en ervaring in, in het contact met inwoners en vrijwilligers. Doet dit selectief vanuit een gelijkwaardige samenwerking. De kunst van de professional is om aan te voelen wanneer diens expertise van waarde is door aan te sluiten, bescheiden te blijven en niet alleen te handelen vanuit deskundigheid, maar ook vanuit mens-zijn.

Zo ontstaat een werkelijke samenwerking waarin de kracht van formele expertise en informele nabijheid elkaar aanvullen en versterken – en waarin de regie bij de inwoner blijft.

Sleutelpersonen kunnen hier binnen diverse rollen vervullen, zoals:

- Bruggenbouwer, cultuurverbinder en perspectiefvertaler in de wijk  
Sleutelpersonen in de wijk kunnen een rol vervullen als brug tussen de leefwereld van inwoners en het formele systeem van zorg en ondersteuning. Ze kunnen uitleggen waarom iemand hulp uit schaamte afhoudt of waarom religie belangrijk is bij herstel. Ze kunnen de ondersteuning op de juiste plek brengen en/of slaan een brug tussen de taal en verwachtingen van inwoners en professionals.
- Aanjager van ontmoeting en betekenisvolle deelname  
Sleutelpersonen zijn op de hoogte van de laagdrempelige ontmoetingsplekken in de wijk. Zoals koffie-ochtenden, samen koken en eten of een buurttuinkluis. In zulke contexten ontstaat contact dat ertoe doet en maakt dat iemand kan deelnemen volgens eigen wensen, zonder voorwaarden vooraf.
- Vertrouwd en nabij voor wie het nodig heeft  
Sleutelpersonen zijn mensen bij wie je terecht kunt als het even niet gaat. Hun kracht zit in nabijheid, in het kennen van namen en gezichten, in het blijvend naast iemand staan en de ruimte hebben om te begeleiden naar een buurtactiviteit of zelfregie- en herstelcentrum als 'meeloper', niet als hulpverlener. Of om herstelgesprekken te voeren vanuit eigen ervaring en/of een luisterend oor te bieden of als vangnet te fungeren wanneer iemand weer aan het herstellen is na een terugval.

#### *Randvoorwaarden*

Bovenstaande betekent concreet dat sleutelpersonen door de kwartiermakers worden ondersteund in hun rol. Formele en informele sleutelpersonen komen samen om verhalen te delen uit de praktijk, dilemma's in te brengen en om samen met andere sleutelpersonen (formeel en informeel) nieuwe manieren van (samen)werken te ontwikkelen. Ieder vanuit diens eigen rol en inbreng (deskundigheidsbevordering).

### *6.7 Fasering inrichting 2025-2028*

De wens is om te experimenteren met (elementen van) de aanpak W in de Wijk die past binnen de huidige wijkstructuur, behoeften van inwoners en professionals, lopende samenwerkingen e.d. Om te komen tot een keuze voor de 'juiste' wijk of dorpskern is het wenselijk om een wijk/dorpskern te kiezen waar al verbindingen zijn tussen het sociaal en medisch domein. Ook is het van belang om prioriteit te leggen bij wijken met een grote zorgkloof, zoals veel ggz-gebruik en relatief weinig professionals.

#### *Fase 1. Samenwerking, planvorming en behoeftepeiling (Q1-Q3 2026)*

Voorstel: kies twee wijken/dorpskernen uit.

Kies voor een projectmatige benadering met een projectleider die in direct contact staat met de hechte wijkverbanden en het regionale netwerk (zoals *Samen gezond voor elkaar*, *OGGZ-netwerk*, *Zorg- en veiligheidsnetwerken*, *IGGZ*).

Bovenstaande leidt tot de volgende wenselijke stappen.

- Voor een goed fundament wordt er waarde gehecht aan het investeren in gezamenlijke planvorming met brede vertegenwoordiging vanuit de wijken. Zodat er vanuit dialoog in gelijkwaardigheid een gezamenlijke beweging ontstaat.
- Start met een gezamenlijke verkenning waarin betrokkenen (formeel en informeel) vanuit een gedragen visie samen verkennen welke wijkaanpakmethodiek goede bouwstenen en werkzame elementen biedt.
- Vorm een projectgroep en een kernteam uit alle betrokken domeinen en organiseer startbijeenkomsten om te komen tot een gedragen visie, de bedoeling en uitgangspunten.
- Inventarisatie van:
  - de behoeften van de inwoners met psychische kwetsbaarheden ter bevordering van maatschappelijk herstel. De uitvraag is vanuit positieve gezondheid en herstel.
  - de toegankelijkheid van voorzieningen in de wijk. Dit wordt ook meegenomen in de behoefteanalyse.

Voor beide inventarisaties worden sleutelpersonen in de wijk gevraagd (formeel en informeel). In de uitvragen wordt het online aanbod ook meegenomen.

## *Fase 2. Kwartiermaken en deskundigheidsbevordering (Q4 2026 – Q4 2027)*

In deze fase wordt per wijk een aantal kwartiermakers benoemd die het proces gaan aanjagen.

- Met behulp van een gezamenlijk opgesteld profiel worden per wijk een aantal kwartiermakers aangesteld.
- Kwartiermakers leggen verbinding met 'sleutelpersonen' in de wijk.
- Kwartiermakers en sleutelpersonen inventariseren samen de (on)mogelijkheden in de sociale en institutionele basis, informele zorg en hieruit voortvloeiende behoefte in de wijk (continue proces).
- Er worden afspraken gemaakt over bereikbaarheid, terugkoppeling en samenwerking bij signalen of acute situaties. Voor kortdurende specialistische vragen/ondersteuning zal met de IGGZ<sup>27</sup> partijen afspraken worden gemaakt. En specifiek met de 'toegangspoorten' huisartsen/poh-ggz, sociaal team en de in oprichting zijnde hechte wijkverbanden en overige 'toegangspoorten' zoals gemeentelijk zorg en veiligheidsoverleg, bemoeizorg, OGGZ en politie.
- Er wordt deskundigheidsbevordering ontwikkeld voor sleutelpersonen, waarbij ervaringsdeskundigheid c.q. ervaringskennis wordt ingezet.

## *Fase 3. Borging, opschaling & regionale verankering (vanaf 2028)*

Deze fase betreft de uitbreiding naar andere wijken in Centraal Gelderland waarbij de rol van kwartiermakers en het netwerk van sleutelpersonen structureel worden verbonden aan bredere wijkstructuren en netwerken. In deze fase is opschaling vanuit lokale successen van belang (wat werkt in één wijk kan als inspiratiebron dienen voor andere wijken). Dit geldt ook voor blijvend leren en ontwikkelen.

---

<sup>27</sup> Vanuit de IGGZ-partijen IrisZorg, RIBW AVV en Pro Persona is 'ggz in het netwerk' in ontwikkeling. De focus van deze partijen is om specialistische ggz-expertise in te brengen waar nodig. Een connectie met de kwartiermakers en projectleider van dit traject is daarom wenselijk.

Met aandacht voor:

- Delen van inspirerende voorbeelden en werkplaatsen.
- (Reflexieve) monitoring door dialoog met alle stakeholders.
- Realiseren structurele financiering.
- Deskundigheidsbevordering en reflectie.

## 7. Deelplan: eHealth: inzet van AI

### 7.1 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.

### 7.2 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.. (b.v. 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.

### 7.3. Fasering implementatie AI 2025-2028

Het is de bedoeling om AI te integreren binnen de implementatie van een of twee onderdelen van het Mentaal Gezondheidsnetwerk volgens onderstaande fasering. Het bestuurlijk overleg Toegankelijkheid ggz Centraal Gelderland is hierin opdrachtgever. Op basis van de ervaringen tot op heden lijkt het benutten van AI binnen het Verkennend Gesprek een sterke voorkeur te hebben. Vandaar dat hierin binnen de business case en hoofdstuk 5.1 (Verkennend Gesprek) al rekening mee is gehouden.

#### *Fase 1: Oriëntatie en bewustwording (Q4 2025)*

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 (Q1 2026)*

Na de oriëntatie 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?

#### *Fase 3: Voorstel en experimenteren (Q2 – Q4 2026)*

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

- Selecteer 1 à 2 use-cases voor een 'proeftuin'. Integreer bij voorkeur de AI-oplossing in de originele projectopzet van het Mentaal Gezondheidsnetwerkonderdeel.
- Ontwikkel samen met een AI-partner een proof of concept, die voldoet aan de gestelde criteria, zoals kwaliteit en privacyborging.
- Productierijp maken: gebruikerstest, communicatie en (evt) trainingsmateriaal, inrichting hosting omgeving.
- Productierijp product wordt binnen de onderdelen van het MGN geïntroduceerd (zoals het Verkennend Gesprek) en gefaseerd wordt ervaring opgedaan. 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 bekeken of verbreding en opschaling mogelijk en wenselijk zijn en onder welke randvoorwaarden. Hierbij zijn elementen als: eigenaarschap, service en helpdesk, operationele kosten.

## 8 Leren en monitoren

### *Leren*

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.

### *Experimenteeruimte*

Vanuit deze behoefte is er binnen de regio ruimte om vernieuwende werkwijzen voor praktijkdilemma's uit te proberen. Kernprincipes zijn: de menselijke maat, betekenisvolle interventies en perspectief inwoner centraal in samenwerking met het informele netwerk. 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.

### *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 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.

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.

## 8. Impact en risico analyse

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 Risico analyse

	Beschrijving	Kans	Impact	Mitigerende maatregelen
<b>Overall</b>				
Stopzetting of uitstel van transformatie	Zonder structurele financiering kunnen projecten geen doorgang vinden	Hoog	Hoog	Bouw transformatie modulair op zodat het aanpasbaar is. Positieve ontwikkelingen rondom het AZWA zijn van belang voor dit plan.
Verlies van betrokkenheid professionals en partners	Onzekerheid kan leiden tot demotivatie of uitstroom van belangrijke partners. Partners maken andere keuzes gaandeweg het proces van transformatie	Middel	Hoog	Transparante communicatie, korte termijn successen zichtbaar maken, betrokkenheid stimuleren. Goede governance in de regio en bouwen aan vertrouwen.

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', <a href="#">Werkprocessen ggz regio CG</a>
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, ggz expertise in de wijk (pijler 3), 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 SD.
Werken van uit positieve gezondheid: cultuurverandering en attitude	Het borgen dat het gedachtegoed van positieve gezondheid en de mensgerichte benadering daadwerkelijk landen in de attitude en dagelijkse werkzaamheden van alle betrokken professionals.	Middel	Hoog	Breder implementeren gedachtegoed, gezamenlijk trainingen volgen. Aandacht voor 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 daadwerkelijke (meer)kosten en impact, zodat gemeenten onderbouwde keuzes kunnen maken voor

				structurele financiering vanaf 2028.
Overkoepelen de 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.
<b>Pijler 1</b>				
Onvoldoende structurele inbedding van wijkgerichte initiatieven	De inzet op zelfregiecentra en preventie 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)
Onvoldoende verbinding met aanbod voor jongeren bij optuigen fysiek inlooppunt jongvolwassen en	Het optuigen van een fysiek inlooppunt moet van meerwaarde zijn voor de regio en nauw in verbinding staan met lokale initiatieven.	Hoog	Laag	<i>De projectgroep bestaat uit partijen uit het bestaande werkveld, er komt geen 'nieuwe' partij. Hierdoor wordt automatisch verbinding gelegd en is bekend welk aanbod er is.</i>
<b>Pijler 2</b>				
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 behandelaars. Dit beperkt de mogelijkheden ivm tekort van die behandelaars,	Hoog	Hoog	Inzet behandelaars met bijvoorbeeld toegepaste psychologie
Financiering VG uit verschillende	Risico toename van administratieve lasten en systemische beperkingen	Hoog	Hoog	Werk met inwonersvolgende financiering

financieringsbronnen				
Verwachtingsmanagement 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: <a href="#">Werkprocessen ggz regio CG</a> . 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
<b>Pijler 3</b>				
Stigmatisering of weerstand in de wijk ten aanzien van inclusie	Succes van het kwartiermakers model hangt af van brede acceptatie in wijkgemeenschappen en actieve deelname van lokale actoren.	Middel	Hoog	Start in wijken waar behoefte is aan dit kwartiermakers model middels informatiebijeenkomsten. Start in een wijk waar ook (gestart wordt met) een laagdrempelig steunpunt.
<b>Deelplan eHealth/inzet AI</b>				
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<sub>2</sub>-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 dichterbij 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 Programma-organisatie: Mentaal Gezondheidsnetwerk Centraal Gelderland

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<sup>28</sup>) 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 governancestructuur die in de regio is ingericht (zie ook bijlage 7)). De stuurgroep heeft een vertegenwoordiger uit de regionale regiegroep 'Samen 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 governancestructuur in de regio.

### Structuur toekomst Mentaal Gezondheidsnetwerk

---

<sup>28</sup> De stuurgroep bestaat uit gemeente Arnhem, zorgverzekeraar Menzis, vertegenwoordiging vanuit diverse ggz behandelpartijen, sociaal wijkteam, welzijn, ervaringsdeskundigheid, huisartsenkoepel en RIBW.

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 governancestructuur die is vastgesteld door het bestuurlijk overleg.

## **Gelijkgerichtheid**

Op welke wijze is de gelijkgerichtheid 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 'Samen 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 gelijkgerichtheid 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 gelijkgerichtheid 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.

## 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 demedicalisering 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.

Eerstelijns: met de eerstelijns 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.<sup>29</sup>

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.

Verkennd gesprek: Het verkennd 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:.....

Tranfermechanisme: .....

Domeinoverstijgend casusoverleg: ....

Informatievoorziening wachttijden: .....

---

<sup>29</sup> 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 welzijnsorganisaties
GGZ	KLA (V)
	Pro Persona
	IrisZorg
	RIBW AVV
	HSK
	Leo Kannerhuis – Youz
	Ment GGZ
	Max Ernst
	Mentaal Beter
Huisartsenzorg	Onze Huisartsen
Ziekenhuis	Rijnstate

## Bijlage 3: KPI's Business Case

Nr	Onderdeel	KPI (smart omschrijving)	Deliverable	Geplande oplevering	Type KPI	Uitbetaling?	Kassier Pro Persona	Kassier KLA	Kassier OH	Kassier Gemeente Arnhem
1	MGN overkoepelend	Goedkeuring transformatieplan mentale gezondheidsnetwerk Centraal Gelderland.	Indiening en goedkeuring transformatieplan MGN CG door de twee zorgverzekeraars Menzis en Zilveren Kruis	Q4-2025	Inspanning	JA	x			x
2	MGN Overkoepelend tbv CTP: VG	Uiterlijk 30 maart 2026 is er een gebruiksvriendelijke tool die de planning faciliteert. Faciliteert toegankelijke werkwijze voor aanvraag verkennend gesprek door huisarts en client (met positieve gezondheid vragenlijst).	Aanmeldwerkwijze VG, planning tool is werkend, incl. werkwijze uitwisseling gegevens VG	Q1-2026	Inspanning	JA			x	
3	Pijler 2: CTP: VG	Stapsgewijs sluiten 15 normpraktijken aan waardoor in geheel 2026 circa 380 verkennende gesprekken uitgevoerd kunnen worden. In de uitvoering wordt rekening gehouden met 4 evaluatie/reflexie-momenten op jaarbasis.	Inzicht in planning van verkennende gesprekken en uitkomsten monitoring en evaluatie/reflexie momenten met de professionals van het VG	Q4-2026	Inspanning	JA			x	
4	eHealth: AI	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.	Q4-2026	Inspanning	JA		x		
5	MGN Overkoepelend	Er is een basisopzet voor de monitoringscyclus ingericht en goedgekeurd. Deze bevat: - de kpi's en elementen vanuit de Quintuple aim en reflexieve monitoring; - de MGN-onderdelen; - 0-meting en frequentie vervolgmetingen. Min 2x per jaar zal deze rapportage worden besproken in de Stuurgroep	Rapport basisopzet monitoringscyclus besproken en goedgekeurd in Stuurgroep.	Q2-2026	Inspanning	JA	x			

Nr	Onderdeel	KPI (smart omschrijving)	Deliverable	Geplande oplevering	Type KPI	Uitbeting	Kassier Pro Persona	Kassier LA	Kassier OH	Kassier Gemeente Arnhem
6	MGN Overkoepelend	Er is een voorstel voor het benutten van experimenteerruimte. Dit betreft de inbreng van casuïstiek - in eerste instantie 10 casussen - waarin aan de hand van een multidisciplinaire aanpak met een aantal transformatieve denkers aan 'andersoortige' oplossingen wordt gewerkt in samenspraak met de inwoner en diens netwerk.	Indiening en goedkeuring voorstel experimenteerruimte in de Stuurgroep inclusief monitoring 'andersoortige' oplossingen.	Q4-2026	Inspanning	JA	x	x	x	x
7	Pijler 2: CTP	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 en gecommuniceerd.	Beschrijving werkprocessen en communicatieplan inclusief monitoring. Dit is besproken in de Stuurgroep en goedgekeurd.	Q2-2026	Inspanning	JA			x	
8	Pijler 2: CTP	Uiterlijk 30 juni 2026 is een netwerk van wegwijzers gestart in Centraal Gelderland ter bevordering van het faciliteren van de juiste zorg op de juiste plek.	Aantal en type wegwijzers zijn bekend en gecommuniceerd. Monitoring is gestart.	Q2-2026	Resultaat	JA				x
9	Pijler 3: Inclusieve wijk	Er is in minimaal twee pilotwijken een aanjaagteam 'kwartiermakers' gestart ter bevordering van de gastvrijheid van de wijk.	Projectplan, rapportage werkzaamheden, notulen kerngroep. Rapportage voortgangswerkzaamheden in de Stuurgroep.	Q3-2026	Inspanning	JA				x
10	Pijler 1: Laagdrempelige steunpunten	Uiterlijk 31 december 2026 zijn er circa 200 bezoeken aan de laagdrempelige steunpunten geregistreerd in regio Centraal Gelderland.	Notitie met beschrijving infrastructuur laagdrempelige steunpunten over regio CG. Oplevering monitorrapport met o.a. aantal bezoeken conform werkwijze Ixta Noa.	Q4-2026	Resultaat	JA				x
11	Pijler 2: CTP	Op 1 januari 2027 is de definitieve samenwerkingsstructuur en uniforme werkwijze van de Overlegtafel 2.0 voor geheel Centraal Gelderland vastgesteld, gecommuniceerd en geïmplementeerd. Ter bevordering van de juiste zorg op de juiste plek.	Overlegtafel en RDM/ jaarlijkse evaluatie met doorgevoerde verbeterpunten wordt besproken en vastgesteld in de Stuurgroep.	Q1-2027	Resultaat	NEE				

N	Onderdeel	KPI (smart omschrijving)	Deliverable	Geplande oplevering	Type KPI	Uitbetaling	Kassier Pro Persona	Kassier KLA	Kassier OH	Kassier Gemeente Arnhem
12	MGN Overkoepeleind	Er zijn teams gestart met reflexieve monitoring o.l.v. een reflexief monitor onderzoeker. Het team krijgt zicht op de transformatiebevorderende en -belemmerende factoren binnen het team/eigen functioneren van professionals.	Rapportage van eerste uitkomsten c.q. leerdoelen die vanuit de teams gesteld worden, inclusief advies voor lerend effect voor de regio. Wordt gedeeld met de Stuurgroep.	Q2-2027	Inspanning	JA	x			
13	Pijler 1: Laagdrempelige steunpunten	Uiterlijk 31 december 2027 zijn er circa 300 bezoeken aan de laagdrempelige steunpunten geregistreerd in regio Centraal Gelderland.	Notitie met stand van zaken gerealiseerde opbouw zelfregie- en herstelcentra & Monitoring opzet Ixta Noa.	Q4-2027	Resultaat	JA				x
14	Pijler 1: Fysiek inlooppunt	Op 31 december 2027 is er 1 fysiek inlooppunt voor jongeren tussen de 16-25 jaar gerealiseerd in Centraal Gelderland gericht op 'peer to peer' support.	1 fysiek inlooppunt voor jongeren, gekoppeld aan het landelijk platform 'injabol.com'.	Q4-2027	Resultaat	JA				x
15	Pijler 2: CTP	Uiterlijk 31 december 2027 is één geïntegreerd platform of meerdere gekoppelde platforms werkzaam als digitale Sociale Kaart voor Centraal Gelderland operationeel	Sociale kaart is operationeel, monitoring is gestart.	Q4-2027	Resultaat	JA	x			x
16	Pijler 2: CTP	Stapsgewijs sluiten 30 normpraktijken aan bij het CTP voor verkennende gesprekken, hierdoor zal het aantal VG's opgeschaald worden naar circa 750 in 2027.	Inzicht in planning van verkennende gesprekken en uitkomsten monitoring en evaluatie/reflexie momenten met de professionals van het VG	Q4-2027	Inspanning	JA			x	
17	MGN Overkoepeleind	Uiterlijk 31 december 2026 heeft er een evaluatie plaats gevonden op het proces van de transformatie en zijn aanpassingen ingevoerd.	Evaluatie/terugkoppeling plan van aanpak is besproken en vastgesteld in de Stuurgroep.	Q4-2026	Inspanning	JA	x			x
18	MGN Overkoepeleind	Uiterlijk 31 december 2027 heeft er een evaluatie plaats gevonden op het proces van de transformatie en zijn aanpassingen ingevoerd.	Evaluatie/terugkoppeling plan van aanpak is besproken en vastgesteld in de Stuurgroep	Q4-2027	Inspanning	JA	x			x

## Bijlage 4 Maatschappelijke impact (businesscase)

Volgt later.

## Bijlage 5 Begroting

Volgt later.

## Bijlage 6 Planning kpi's

Volgt later.

## Bijlage 7: 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 governance-structuur ontstaan om gezamenlijk de uitdagingen te bespreken, te initiëren en te volgen.

Namelijk: *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.

## Bijlage 8: 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 samen bouwen 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, zoals bijvoorbeeld de Community of Care. Communicatie speelt hierin een verbindende rol door één gedeeld verhaal uit te dragen dat herkenbaar is voor alle 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 drie 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 huisartsenoverleggen, 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 verwijzroute (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.
- Overlegtafel zichtbaar maken in communicatie-uitingen (wie zit erin, hoe aan te haken, real-life verhalen).
- Heldere routekaart opmaken voor samenwerking met sociale teams en ggz-partners, ervaringsdeskundigen etc.
- Jaarlijkse reflectiemomenten (interview) met professionals over ervaringen met toegang en toeleiding.

### **Pijler 3 – Inclusie in de wijk**

**De bedoeling:** mensen met ernstige of langdurige psychische kwetsbaarheden krijgen hulp om een stabiel leven te leiden in hun eigen buurt.

**Doel:** professionals kennen de verschillende rollen en weten hoe ze actief moeten samenwerken (curatieve ggz, het sociaal domein en ervaringsdeskundigen) waardoor ze de hulpvraag goed en compleet kunt aanpakken en onnodig medisch ingrijpen voorkomen.

#### **Communicatieacties (komende 5 jaar):**

- Bekendmaken en ondersteunen van sleutelpersonen/netwerkfiguren in de wijk (rol, vindbaarheid, taken).

- Toolkit "inclusie in de praktijk" ontwikkelen met communicatie- materialen, werkvormen en tips.
- Publiceren van ervaringsverhalen (tekst en video) die inclusie in beeld brengen.
- Bevorderen van communicatie tussen sociaal domein, ggz en informele netwerken via gezamenlijke overlegmomenten.
- Regelmatige feedback ophalen bij professionals over wat zij nodig hebben om inclusie te bevorderen.

### 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	- Toolkit & demo voor ggz-dashboard - Webinarreeks 'Slim verwijzen' (3x) - Publicatie routekaarten en afspraken - Format toeleiding verspreiden	± 150 uur
2026-2028	Fase 3 – Inclusie in de wijk	- Inclusie zichtbaar en bespreekbaar maken - Formele/informele netwerken verbinden	- Toolkit 'Inclusie in de praktijk' ontwikkelen - Inclusiebijeenkomsten (3x) - Consultatielijnen zichtbaar maken - Ervaringsvideo's ontwikkelen (3 stuks)	± 140 uur
2026-2030	Borging & verankering	- Herhaling, verdieping & actualisatie - Reflectie op werkwijze en doorontwikkeling	- Herhalen & updaten communicatiemiddelen - Interactieve sessies met feedback ophalen - Jaarlijkse campagne met ambassadeurs	± 120 uur

			- Reflectiecommunicatie (rapportage + film)	
--	--	--	--	--