

TRANSFORMATIEPLAN MENTALE GEZONDHEID

REGIO AMSTELLAND

16 september 2024

Indienende partij: GGZ inGeest, namens:

- GGZ-instellingen: GGZ inGeest, Arkin, Youz, Invivo, Brijder
- Team ED
- Participe, MEE Amstel en Zaan, Coherente
- Amstelland Zorg
- Gemeenten: Amstelveen, Uithoorn, Ouder-Amstel, Aalsmeer

Geschreven door de thematafel Mentale Gezondheid regio Amstelland.

INHOUDSOPGAVE

Inhoud

1.	Inleiding.....	4
2.	Aanleiding en urgentie	5
2.1	Feiten en cijfers	5
3.	De beoogde transformatie.....	12
3.1	Wenkend perspectief	13
3.2	Leidende principes voor de samenwerking.....	14
4.	De aanpak: Mentaal Gezondheidsnetwerk en Laagdrempelige Steunpunten	15
4.1	Mentaal GezondheidsNetwerk	18
4.1.1	Collegiale consultatie	19
4.1.2	Het verkennend gesprek	20
4.1.3	Wachtlisbeheer (toeleiding- en transfermechanisme)	23
4.1.4	Domeinoverstijgend casusoverleg	25
4.1.5	Digitale zelfhulpmodules	26
4.2	Laagdrempelige steunpunten	27
4.2.1	Aanbod laagdrempelige steunpunten.....	29
5.	Implementatie: fasering en planning	31
5.1	Aanpak ontwikkeling MGN	31
5.2	Planning mijlpalen	32
5.3	Planning Key-Prestatie-Indicatoren (KPI's).....	33
6.	Impact-analyse	37
6.1	Patiënten en inwoners	37

6.2 Betrokken aanbieders	38
6.3 De rest van de zorgketen	39
7. Business case	41
7.1 Verwachte financiële effecten	42
7.2 Financiële en maatschappelijke impact	44
8. Investeringsaanvraag	45
8.1 Investeringsmiddelen	46
8.2 Onderbouwing investeringsmiddelen	46
8.3 Fasering aangevraagde transformatiemiddelen	47
9. Programmastructuur en governance	49
10. Bronnen	52

1. Inleiding

De zorg in Nederland staat steeds meer onder druk. Door onder meer arbeidsmarkttekorten en vergrijzing stijgt de vraag naar de zorg, terwijl het zorgaanbod niet meegroeit. Dat geldt zeker ook voor de mentale gezondheidszorg. Dit zorgt ervoor dat wachtlijsten langer worden en hierdoor problemen van inwoners met psychische verder verergeren.

In het Integraal Zorgakkoord (IZA) zijn afspraken gemaakt om de zorg in de toekomst kwalitatief goed, toegankelijk en betaalbaar te houden. Om dit te kunnen bewerkstelligen moet de zorg anders georganiseerd worden en moeten de verschillende partijen in het veld beter gaan samenwerken.

In 2023 hebben wij - de gemeenten, zorg- en welzijnsorganisaties in de regio - gezamenlijk het Regiobeeld Amstelland-Meerlanden opgesteld. In het regiobeeld is de feitelijke situatie in de regio op hoofdlijnen weergegeven. Op basis van deze cijfers is vervolgens specifiek voor de regio Amstelland, ook in 2023, een regioplan opgesteld. Hier is voor gekozen omdat de regio's Amstelland en de Meerlanden met andere gemeenten en zorg- en welzijnspartijen te maken hebben, daardoor kan er vrij gemakkelijk een scheiding worden gemaakt tussen deze twee regio's. In het regioplan is beschreven wat de belangrijkste opgaven van de zorg in Amstelland zijn, welke keuzes er zijn gemaakt en hoe dit vertaald wordt naar een gezamenlijke werkagenda. In het regioplan staan zes thema's beschreven waarvan er drie regionaal uitgewerkt worden.

Dit document is een voorstel voor een transformatie in de regio Amstelland met betrekking tot één van deze thema's benoemd in het regioplan: mentale gezondheid. De regio bestaat uit de gemeenten Amstelveen, Aalsmeer, Ouder-Amstel en Uithoorn, gelijk aan de gemeenten die mede-indieners zijn van dit transformatieplan. Tussen de regio's kan waar mogelijk een samenwerking plaatsvinden en kennis en informatie worden uitgewisseld.

Om een impactvolle zorgtransformatie op het gebied van mentale gezondheid te kunnen realiseren is dit voorstel geschreven in samenwerking tussen partijen in het veld van de eerstelijnszorg, de ggz en het sociaal domein.

Begrippen

In dit transformatievoorstel is een aantal woordkeuzes gemaakt om de leesbaarheid te bevorderen. Deze woordkeuzes zijn hieronder beschreven.

- Met de **eerste lijn** worden in het geval van mentale gezondheid voornamelijk huisartsen/poh-ggz bedoeld, maar ook apothekers en (psychosomatische) fysiotherapeuten.
- Met **ggz** wordt alle ggz bedoeld, zowel generalistische basis-ggz, langdurige ggz en specialistische ggz met en zonder verblijf.
- Met het **sociaal domein** worden alle inspanningen die gemeenten i.s.m. hun ketenpartners verrichten rondom participatie, werk, zorg en welzijn bedoeld.
- Als overkoepelende doelgroep van het transformatieplan wordt gesproken over **inwoners met een hulp- of ondersteuningsvraag**. Hier worden alle inwoners van de regio mee bedoeld met lichte (enkelvoudige) tot zwaardere (en complexe) psychische klachten. Niet alle onderdelen van het plan zijn bedoeld voor de brede doelgroep, verdere specificaties zijn aangegeven in het transformatieplan.
- Als wordt gesproken over de **indienende partijen** worden alle instanties bedoeld die ondertekend hebben.
- Als wordt gesproken over de combinatie van **eerste lijn, ggz en het sociaal domein** worden ook alle indienende partijen bedoeld.
- Alle indienende partijen vormen samen het **Mentaal GezondheidsNetwerk**.
- Er wordt gesproken over **laagdrempelige steunpunten** (conform het IZA) en niet inlooppunten.

2. Aanleiding en urgentie

Een transformatie is nodig omdat in Amstelland, net als in de rest van het land, de zorg- en welzijnssector onder druk staat. Door toenemende ongezondheid en een afnemende weerbaarheid, dubbele vergrijzing en toenemende personeelsschaarste komt de toegang en betaalbaarheid van ondersteuning en zorg steeds verder onder druk te staan. Ook de druk op mantelzorgers en vrijwilligers is groot. Als we niets doen leidt dit tot verschraving van zorg en ondersteuning voor alle inwoners, waarbij de meest kwetsbare inwoners het hardst geraakt worden. Om nu en in de toekomst goede ondersteuning en zorg te kunnen bieden, moeten we de zorg beter en anders organiseren en (nog) meer inzetten op welzijn en preventie (Regioplan Amstelland, 2023).

Er is sprake van een capaciteitsvraagstuk op het gebied van mentale gezondheid in de regio dat in de toekomst verder zal toenemen. Gebaseerd op de verwachte ontwikkelingen met betrekking tot de bevolking en de sector is een schatting gemaakt van de ontwikkeling van zorggebruik. In de regio is de verwachting dat het aantal patiëntencontacten in de huisartsenzorg t.o.v. 2021 oploopt tot een stijging van ongeveer 30% in 2030. Ook binnen bijna alle onderdelen van de ggz zal het zorggebruik stijgen (Prognosemodel Zorg en Welzijn, scenario NieuwBeleid, ABF Research), zeker gezien de groei van het inwoneraantal in bijvoorbeeld de gemeente Ouder-Amstel. Het aanbod groeit niet mee met de toenemende vraag naar hulp en ondersteuning.

2.1 Feiten en cijfers

Op het gebied van mentale gezondheid zijn de trends in de regio Amstelland zijn over het algemeen vergelijkbaar met landelijke trends, echter zijn er her en der verschillen te ontdekken. In dit hoofdstuk is een overzicht gegeven van de belangrijkste feiten en cijfers over de regio m.b.t. mentale gezondheid. Sommige van deze cijfers zijn alleen beschikbaar van de regio Amstelland-Meerlanden (aangeduid met regio AM) en sommige zijn specifiek voor de regio Amstelland met haar vier gemeenten. Per punt is vermeld op welke regio de cijfers van toepassing zijn. De cijfers zijn gebaseerd op het Regiobeeld Amstelland-Meerlanden (2023), het regioplan Amstelland (2023), het regiobeeld psychische problematiek van het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (2023). Waar dat relevant is, is weergegeven waar de data specifiek van afkomstig is.

De samenstelling van de bevolking in de regio verandert en er is sprake van een toename van psychische klachten

Het bevolkingsaantal stijgt naar verwachting van 329.930 in 2023, naar 389.310 in 2040 in de regio AM; dit is een stijging van 18%. Dit is sterker dan de gemiddelde bevolkingsgroei in Nederland, die in diezelfde periode uitkomt op circa 12%. Amstelland heeft in totaal 170.010 inwoners in 2023. De verwachte groei in de regio AM aanhoudend, betekent dit dat in Amstelland in 2040 het bevolkingsaantal oploopt tot 200.612.

Het percentage inwoners van 65 jaar en ouder stijgt van 18,8% in 2023, naar 22,4% in 2040 in de regio AM. In absolute aantallen is dit een toename van 25.060 personen. Dit legt ook een toenemende druk op de huisartsenzorg.

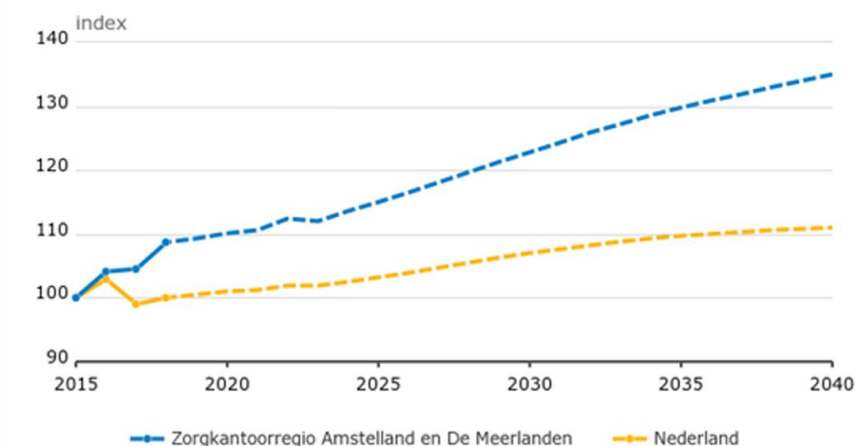
Het aantal inwoners dat psychische klachten ervaart is hoog en het risico daarop bij inwoners stijgt. Dit geldt in de regio Amstelland voor de leeftijdsgroep van scholieren (een stijging van 9-10% in 2015 naar 28% in 2021), jongvolwassenen (geen trends beschikbaar, 58% in 2022) en volwassenen (geen trends beschikbaar, in Aalsmeer 19%, in Uithoorn 22%, in Amstelveen 23% en in Ouder-Amstel 21% in 2022).

Het regiobeeld psychische problematiek van het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu m.b.t. de mentale gezondheid in de regio AM geeft weer dat

- 1) het percentage inwoners dat eenzaam is iets hoger ligt dan het landelijke gemiddelde (51,2% t.o.v. 49,2%);
- 2) er gemiddeld iets meer inwoners zijn die de regio hebben over hun eigen leven dan het landelijk gemiddelde (91,7% t.o.v. 90,1%);
- 3) het risico op een angststoornis of depressie iets lager is het landelijk gemiddelde (9,5% t.o.v. 10,2%) en
- 4) het gemiddelde aantal zelfdodingen lager is dan het landelijk gemiddelde (0,73 t.o.v. 1,05 per 10.000).

De vraag naar hulp en ondersteuning van de huisartsen, ggz en het sociaal domein stijgt

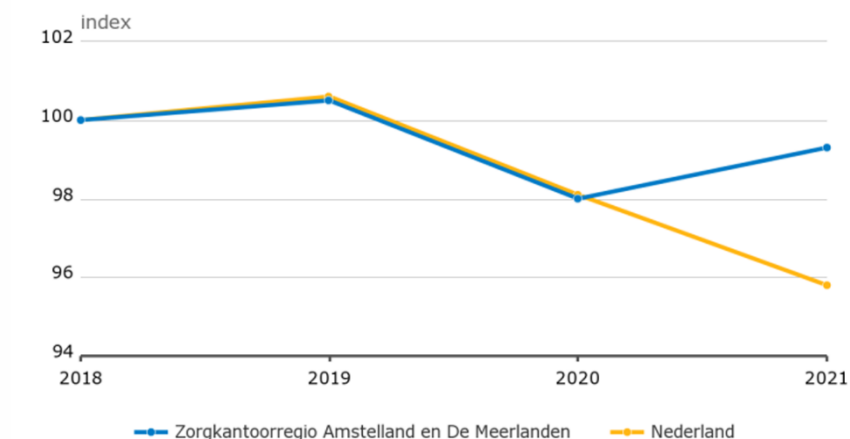
Huisartsconsulten



Bron: Vektis, projecties RIVM

De fluctuatie van het aantal huisartsconsulten in de regio AM t.o.v. 2015

Patiënten GGZ totaal



Bron: Zorginstituut Nederland, verantwoordingsinformatie en declaratiedata zorgverzekeraars (via Vektis)

De fluctuatie van het aantal GGZ patiënten in de regio AM t.o.v. 2018

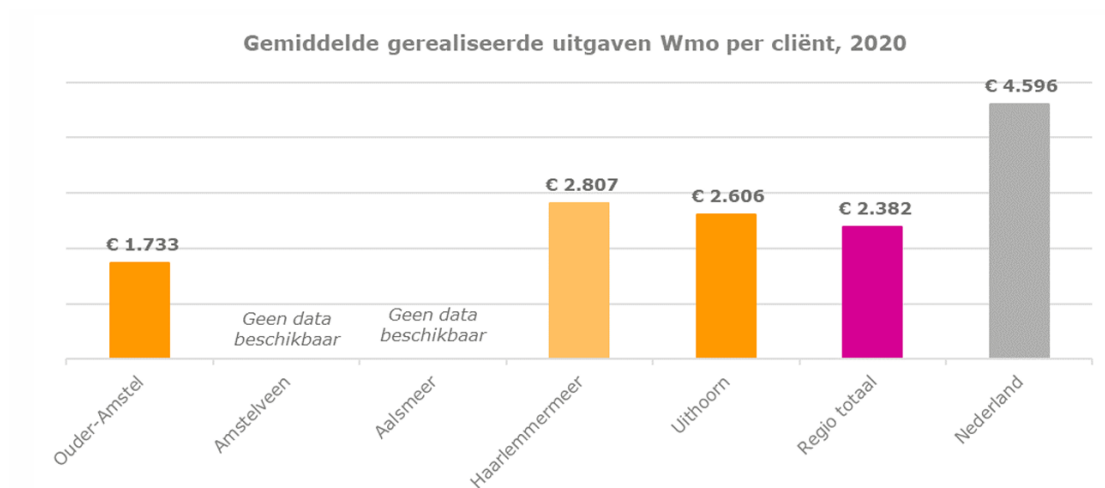
De grafiek 'Huisartsconsulten' laat zien dat het totaal aantal huisartsconsulten in de regio AM sterker stijgt dan in de rest van Nederland. In de regio Amstelland is het totaal aantal consulten op de HAP is tussen 2018 en 2021 met 8,7% gestegen. Naar verwachting stijgt dit volgens de prognoses van

het RIVM met nog 22,3% tot aan 2040 (Regiobeeld Amstelland-Meerlanden, 2023). Het aantal reguliere huisartsconsulten in regio AM is tussen 2015 en 2023 gestegen met 7,4% naar 614.270 per jaar in 2023. Het aantal reguliere lange huisartsconsulten is tussen 2015 en 2023 in de regio AM gestegen met 16,7% naar 192.580 lange consulten per jaar in 2023. Dit duidt op een toenemende zorgzwaarte in de consulten die bij onvoldoende doorverwijsmogelijkheden (of lange wachttijden) nog verder zal toenemen (Prognosemodel Zorg en Welzijn, scenario NieuwBeleid, ABF Research).

Hoewel we niet over cijfers beschikken in hoeverre de huisartsenconsulten ook stijgen door toenemende mentale problematiek, is de ervaring van de huisartsenorganisaties dat de druk bij de huisartsen toeneemt door wachtlijsten, onvoldoende zorg en hierdoor ook afnemend vertrouwen van patiënten in de geestelijke gezondheidszorg. Patiënten blijven hierdoor terugkomen bij de huisarts die vervolgens te weinig verwijsmogelijkheden heeft.

De grafiek 'Patiënten GGZ totaal' is een weergave van de fluctuatie van het aantal ggz-cliënten in de regio AM ten opzichte van 2018. Tussen 2018 en 2021 is het aantal cliënten met 0,75% (90 personen) gedaald. Het aantal cliënten in de GGZ in de regio AM was 12.000 in 2021. Het aantal cliënten is tussen 2020 en 2021 gestegen, terwijl er landelijk sprake was van een daling. Dit kan een eenmalige afwijking van een algehele dalingstrend tussen 2018 en 2021 zijn. Het aandeel cliënten in de regio Amstelland is 6491 van de 12.000 in de regio AM. Het aantal cliënten met ernstige psychiatrische aandoeningen (EPA) is in de regio Amstelland relatief laag: 1470 in 2021.

De wachttijden in de ggz in de regio Amstelland-Meerlanden zijn lang, gelijk aan of langer dan het landelijk gemiddelde (peildatum mei 2022). Uitschieters zijn de wachttijden voor persoonlijkheidsproblematiek (24 weken in de regio t.o.v. 21 weken landelijk), trauma (28 weken in de regio t.o.v. 18 weken landelijk) en somatische symptoomstoornissen (20,5 weken in de regio t.o.v. 14 weken landelijk). Ook voor de basis ggz en eetstoornissen zijn de wachttijden in de regio hoger dan het landelijk gemiddelde.



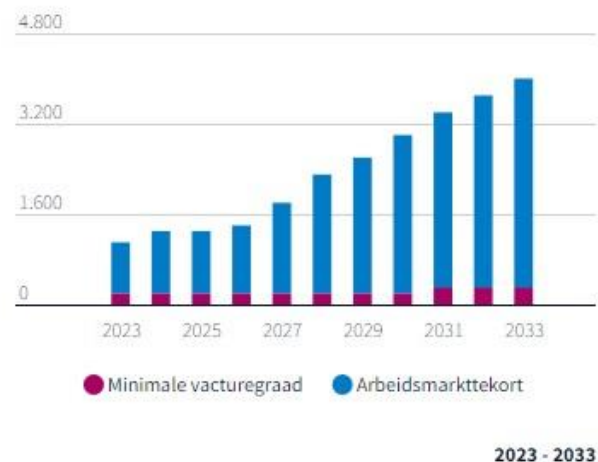
Een overzicht van de gemiddelde uitgaven van de Wmo per cliënt

Van het aantal Wmo-cliënten in de regio Amstelland is beperkte data beschikbaar. Voor de gemeentes Amstelveen en Aalsmeer is helemaal geen data beschikbaar via het CBS. In Ouder-Amstel zit het aantal cliënten (alle Wmo-cliënten, indien data beschikbaar) boven het landelijk gemiddelde en in Uithoorn eronder. Opvallend is dat in Ouder-Amstel het aantal cliënten van 75 jaar en ouder een stuk boven het landelijk gemiddelde ligt (533 per 1000 t.o.v. 352 landelijk). Daarnaast ligt het aantal cliënten voor alle andere leeftijdsgroepen binnen Ouder-Amstel en Uithoorn onder het landelijk gemiddelde.

De gemiddelde uitgaven in de regio Amstelland (indien beschikbaar) van de Wmo liggen voor de regio een stuk lager dan het landelijk gemiddelde, zie de grafiek 'Gemiddelde uitgaven Wmo per cliënt, 2020'. Kijkend naar de beschikbare data van toenemende klachten en stijgende vraag binnen de huisartsenzorg en ggz is de vraag of het aanbod van het sociaal domein volledig wordt ontsloten voor mensen met mentale klachten.

Er is een toenemend personeelstekort in de sector zorg en welzijn

Arbeidsmarkttekort en minimale vacaturegraad



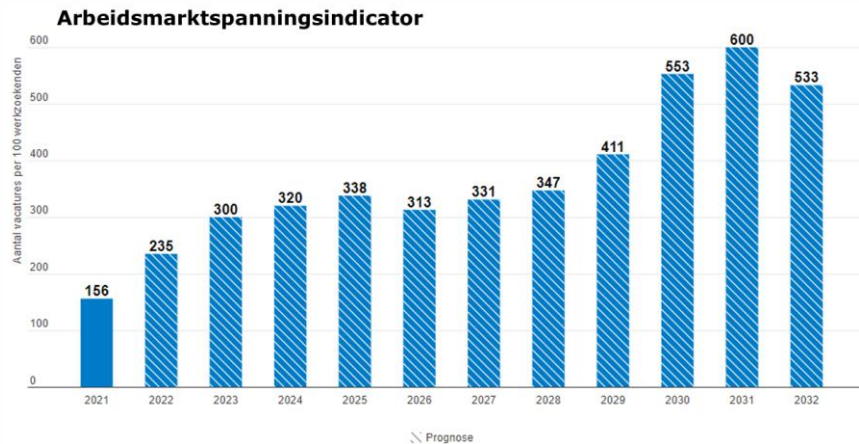
De ontwikkeling van het totale arbeidsmarkttekort in de sector zorg en welzijn de regio AM

Vraag, aanbod en werknemers ontwikkeling 2033 t.o.v. 2023

Onderwerp	Amstelland en De Meerlanden	Nederland
Arbeidsvraag	20,4%	18,5%
Personeelsaanbod	8,0%	6,7%
Vervulde vraag (werknemers)	8,3%	6,6%

De vraag, het aanbod en het aantal werknemers in de sector zorg en welzijn in de regio AM

Het arbeidsmarkttekort in de regio AM voor zorg en welzijn (breed) neemt in de prognoseresultaten toe van 900 personen in 2023 tot 3.700 personen in 2033. Het personeelstekort in de sector zorg en welzijn ligt in de regio AM boven het landelijke gemiddelde. Tevens stijgt het percentage werknemers van 55+ in de afgelopen 13 jaar, bij de huisartsen is de grootste stijging te zien (van 11,1% naar 33,3%) (data uit 2022).

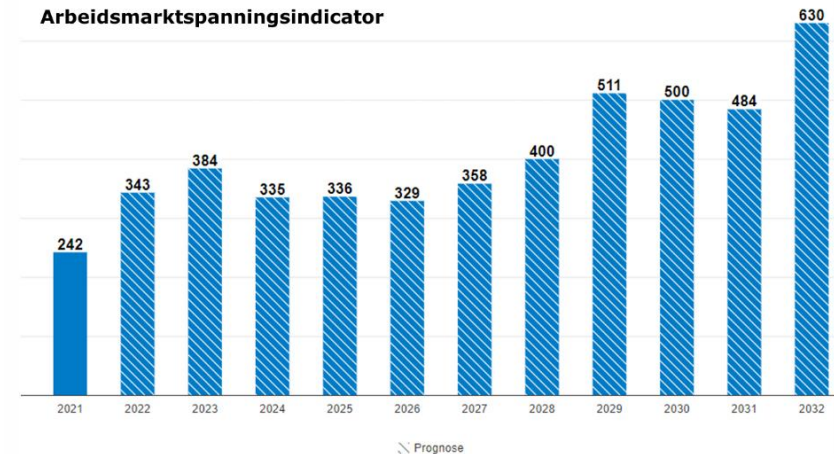


Arbeidsmarktspanningsindicator huisartsenzorg¹

De arbeidsmarktspanning van de huisartsenzorg is in de regio AM zeer hoog (156 vacatures per 100 werkzoekenden in 2021), naar verwachting loopt dit in de komende jaren verder op, zeker als het achterliggende veld onvoldoende aanbod heeft passend bij de groeiende vraag of wanneer de doorstroom (i.v.m. wachttijden) stagneert.

Uit de prognose blijkt dat ook de huidige arbeidsmarkttekorten in de ggz in de regio AM alleen maar verder zullen stijgen. In 2030 zijn er na verwachting ca. 500 vacatures per 100 werkzoekenden. In 2021 waren dat er ook al ca. 240. Dit is ongeveer gelijk met het landelijk gemiddelde (Prognosemodel Zorg en Welzijn, scenario NieuwBeleid, ABF Research).

Over de arbeidsmarktkrapte in het sociaal domein is het lastig een eenduidige uitspraak te doen, maar ook in dit domein is sprake van een tekort (Sigra's Facts & Figures).



Arbeidsmarktspanningsindicator ggz¹

¹ De arbeidsmarktspanningsindicator wordt berekend als het aantal verwachte vacatures per 100 werkzoekenden. Hierin is zowel de verwachte in- en uitstroom in de sector als de ontwikkeling in het zorggebruik (zie rechts) meegenomen, naast nog een aantal andere indicatoren. Dit zijn prognoses op basis van bepaalde aannames, dit vraagt om voorzichtige interpretatie. Bij een waarde van 100 of meer geldt de kwalificatie "zeer krap".

Gegeven bovenstaande problemen en ontwikkelingen moet er actie worden ondernomen om de urgente hulp- en ondersteuningsvragen van inwoners te kunnen beantwoorden op een manier die toegankelijk, kwalitatief goed en betaalbaar is. Hiervoor is een samenhangend en samenwerkend zorg- en ondersteuningsaanbod nodig voor mensen met mentale gezondheidsklachten in de regio Amstelland.

De data geeft weer dat er door een combinatie van de toenemende vraag naar hulp en ondersteuning, een toenemende arbeidsmarktkrapte en een niet meegegroeid zorgaanbod inwoners onvoldoende passende zorg en ondersteuning op de juiste plek krijgen en er sprake is van overbelasting bij huisartsen (zie recent onderzoek van Nivel) en ggz. Hierdoor is in de gehele ggz sprake van lange wachtlijsten (zie recente informatiekaart wachttijden van de NZa). Deze lange wachtlijsten zorgen voor extra druk op de keten, doordat er in een deel van de gevallen overbruggingszorg geleverd moet worden voor mensen die op de wachtlijsten staan.

3. De beoogde transformatie

Kijkend naar de cijfers genoemd in het vorige hoofdstuk is de urgentie om nu te handelen duidelijk. De huidige situatie vraagt om een impactvolle zorgtransformatie van de verschillende betrokken domeinen, evenals van de inwoners van de regio Amstelland waarbij de overheersende focus op ziekte, diagnose en behandeling verschuift naar een focus op gezondheid. Niet de hulpvraag, maar ervaren en gewenste gezondheid staat voorop; oftewel preventie en normalisering van mentale klachten. De verwachting is dat met de inzet vanuit het Sociaal Domein en ervaringsdeskundigen in plaats van (uitsluitend) ggz-behandeling veel inwoners met psychische problematiek sneller en beter hun weg in het leven kunnen vervolgen en dat hierdoor capaciteit in de s-ggz vrijgemaakt kan worden voor patiënten die nu niet de juiste zorg ontvangen vanwege de wachtlijsten.

Deze verandering in denken en doen vraagt een lange adem, commitment, samenwerking en andere manieren van organiseren van alle partijen én de inwoners. Dit impactvolle transformatieplan vormt een belangrijke start waaruit we verder door ontwikkelen en uitbouwen op basis van de ervaringen die we continu opdoen.

De gezamenlijke opgave is om de ondersteuning en zorg voor mensen met psychische klachten beter te organiseren, zodat ook met de groeiende hulpvraag kwalitatief goede ondersteuning en zorg verleend kan worden die toegankelijk en betaalbaar blijft. De opgave waar wij als regionale partijen gezamenlijk voor staan is samen te vatten in drie punten, zoals genoemd in het Regioplan Amstelland-Meerlanden (2023):

1. Mentale gezondheidszorg die toegankelijk, kwalitatief goed en betaalbaar is
2. Specialistische zorg voor wie dit echt nodig heeft
3. Preventie en normalisering

Ook in het Integraal Zorgakkoord (IZA) wordt aangegeven dat huisartsen, het sociaal domein en de ggz beter samen moeten gaan werken. Dit is nodig omdat veel mensen naast psychische klachten, ook problemen hebben op andere levensgebieden; de oplossing ligt dan ook vaak in meerdere domeinen. De eerste lijn, ggz en het sociaal domein in de regio Amstelland hebben de handen ineengeslagen om de regionale samenwerking rondom mentale gezondheid vorm te geven. We noemen dit een regionaal **Mentaal GezondheidsNetwerk (MGN)**. Daarnaast wordt in het IZA ook het doel gesteld om een landelijk dekkend **netwerk van laagdrempelige steunpunten** te organiseren. Ook dit zal in deze regionale samenwerking voor Amstelland worden (her)ingericht.

Door gezamenlijk (domeinoverstijgend) aan de slag te gaan met deze opgaven is de verwachting dat:

1. de escalatie van mentale gezondheidsproblemen en onnodige instroom in de ggz verminderen;
2. de beschikbare capaciteit (ggz, eerste lijn en sociaal domein) in de regio beter wordt benut (ook door snellere uitstroom en voorkomen van terugval); en
3. de wachttijd voor ggz-zorg voor mensen met (complexe) problematiek afneemt.

Concreet betekent dit voor inwoners dat zij zullen merken dat hun hulp- en ondersteuningsvragen anders, sneller en op de juiste plek opgepakt worden. Daarnaast zal de (over)belasting van professionals in de eerste lijn en de ggz afnemen wat hun werkplezier en hiermee hun duurzame inzetbaarheid vergroot. Om de doelen van de transformatie te behalen moet met name het aanbod van het sociaal domein beter worden ontsloten, dit kan betekenen dat dit als resultaat heeft dat daar de druk toe zal nemen.

3.1 Wenkend perspectief

Om de opgaven en doelstellingen tastbaarder te maken hebben wij in het Regioplan een wenkend perspectief opgesteld. Hierin hebben wij beschreven hoe wij de domeinoverstijgende samenwerking voor ons zien. Dit wenkend perspectief ziet er als volgt uit:

- We werken stapsgewijs toe naar een samenwerkingsverband/netwerkorganisatie (MGN). De onderlinge en op elkaar afgestemde samenwerking staat voorop; niet het opzetten van nieuwe organisaties (zoals steunpunten en centra).
- De samenwerking is breed en domeinoverstijgend; we verbinden eerstelijnszorg, ggz en het sociale domein.
- Als netwerkpartners kennen we elkaar, kunnen we elkaar bereiken en ontsluiten wij digitaal informatie.
- We ontsluiten in eerste instantie het bestaande zorg- en ondersteuningsaanbod en preventieve (welzijns-)activiteiten, brengen dat bij elkaar en stemmen dat op elkaar af. We maken zoveel mogelijk gebruik van bestaande en voor de inwoners herkenbare voorzieningen in de wijk (wijkcentra etc.) en bestaande activiteiten (bijvoorbeeld W in de Wijk, Welzijn op recept, etc.)
- De functies van het Mentaal GezondheidsNetwerk vervullen een verbindingsfunctie in het toeleiden, afschalen van zorg en opschalen ondersteuning. Vandaaruit kijken we wat er eventueel aanvullend nodig is.
- We zetten in op preventie en normalisering van lichte psychische klachten. Hierbij speelt het aanleren van levensvaardigheden een belangrijke rol. Daarnaast moet het sociaal domein voor inwoners een gebruikelijke ingang worden bij lichte problematiek. Hiermee voorkómen we een onnodige instroom in en terugval naar de (s)ggz en versterken we de mentale veerkracht en weerbaarheid van burgers.
- We zoeken naar een oplossing waarbij zoveel mogelijk wordt voorkomen dat cliënten steeds heen en weer gaan tussen eerste lijn en ggz of eerste lijn en sociaal domein.
- Er is een overzicht van de 'sociale kaart' (gebruik makend van al beschikbare informatie uit bestaande kaarten).
- Het aspect 'educatie' lijkt regionaal nog onderbelicht in de bestaande steunpunten. We onderzoeken hoe we dit sterker kunnen maken waarbij we ons laten inspireren door o.a. het concept van Herstelacademies. Herstelacademies en zelfregiecentra zijn initiatieven voor en door mensen met (ernstige) psychiatrische aandoeningen en/of verslavingen die op actieve wijze vorm willen geven aan hun eigen herstel. Deze centra bieden een vrijplaats voor peer support, zelfregie en autonomie. Deelnemers geven zelf vorm aan cursussen en activiteiten, alle gericht op participatie en persoonlijk herstel.

3.2 Leidende principes voor de samenwerking

Conform de werkwijze van de ontwikkeling van mentale gezondheidsnetwerken heeft de thematafel mentale gezondheid een aantal leidende principes opgesteld voor de samenwerking omtrent mentale gezondheid in de regio. Deze leidende principes zijn eerder ook benoemd in het regioplan (2023).

1. We verschuiven van focus op ziekte ('wat je niet kunt') naar focus op gezondheid ('wat je wel (aan)kunt'); oftewel we gaan uit van positieve gezondheid en het versterken van de veerkracht en zelfregie van mensen. De persoon met mentale klachten is zelf regisseur in zijn eigen proces. We normaliseren mentale problemen waar mogelijk en voorkómen zorgafhankelijkheid.
2. De leefwereld van de inwoner moet leidend zijn en de systeeminrichting van de zorg- en welzijnswereld moeten hieraan zoveel mogelijk ondersteunend zijn.
3. Over de domeinen (sociaal domein, eerste lijn en de ggz) heen ondersteunen wij vanuit gezamenlijke verantwoordelijkheid inwoners bij het omgaan met psychische problemen en mentale gezondheid. Dit doen we zowel met betrekking tot preventie als gedurende en na een behandeling.
4. Voor een wezenlijke en duurzame verbetering van de mentale gezondheid moeten maatschappelijk herstel (gericht op diverse levensgebieden) én – waar nodig - behandeling (therapie en medicatie) hand in hand te gaan.
5. Investeren in welzijn en (terugval-)preventie is van groot belang; gericht op meerdere levensdomeinen (werk/vrijwilligersactiviteiten, sociale relaties, gezonde leefstijl, etc.).
6. Psychische problematiek vraagt om leren omgaan met psychische kwetsbaarheid (soms levenslang). Zingevende activiteiten en sociale verbondenheid zijn voor veel mensen essentieel om 'overeind te blijven'.
7. De inzet van ervaringsdeskundigheid helpt inwoners met psychische kwetsbaarheden omdat ze vanuit een gelijkwaardige benadering samenwerken met de inwoner aan herstel, hoop en perspectief.
8. Een groepsgerichte en collectieve aanpak vinden wij belangrijk waar dat kan.
9. Digitale informatie en ondersteuning (e-help) en e-communities voor ontmoeting en uitwisseling kunnen effectieve instrumenten zijn om mensen met mentale problemen te bereiken en te ondersteunen.
10. We maken waar mogelijk gebruik van bestaande voorzieningen en zorgen voor betere ontsluiting en onderlinge samenwerking over de domeinen heen (sociaal domein, eerste lijn en ggz) op lokaal/wijkniveau.

4. De aanpak: Mentaal Gezondheidsnetwerk en Laagdrempelige Steunpunten

In dit hoofdstuk is de transformatie op het gebied van mentale gezondheid in de regio Amstelland beschreven. Het Mentaal Gezondheidsnetwerk (hierna te noemen MGN) en de Laagdrempelige steunpunten zijn hierin de belangrijkste pijlers. Het MGN en de laagdrempelige steunpunten zien wij als samenhangende aanpakken om de beoogde transformatie te realiseren. De leidende principes en werkwijze die in dit document zijn beschreven zijn van toepassing op zowel het MGN als de laagdrempelige steunpunten.

Het Mentaal Gezondheidsnetwerk en de Laagdrempelige steunpunten zijn twee deelprojecten die beiden een aantal functies kennen:

- A. Mentaal gezondheidsnetwerk
 1. Collegiale consultatie
 2. Het verkennend gesprek
 3. Wachtlijstbeheer (toeleiding- en transfermechanisme)
 4. Domeinoverstijgend casusoverleg
 5. Digitale zelfhulpmodules
- B. Laagdrempelige steunpunten
 1. Inloop
 2. Activiteiten

Mentaal gezondheidsnetwerk (MGN)²

Het MGN is een regionale samenwerking tussen aanbieders uit verschillende domeinen; de eerste lijn, de ggz en het sociaal domein. Het MGN houdt in dat aanbieders over domeinen heen meer samenwerken door gezamenlijk verantwoordelijkheid te nemen voor en samen met de inwoner met een hulp- of ondersteuningsvraag, door met elkaar op te trekken waar nodig in het bieden van behandeling, zorg en ondersteuning, door waar nodig met elkaar aan tafel te zitten met de inwoner. Door beschikbaar te zijn voor collegiale consultatie en door elkaar meer inzicht te geven in elkaars aanbod en wachtlijsten. Indien bepaalde behandelingen niet beschikbaar zijn binnen de regio Amstelland (bijv. eetstoornissen) dan wordt doorverwezen naar het bovenregionale aanbod.

² Zie voor een verdere toelichting van het MGN, de vijf functies hoofdstuk 4.1.

Een van de belangrijkste functies van het MGN is het verkennend gesprek. Hierin staat vanuit de invalshoek van positieve gezondheid en zelfregie de ervaren en gewenste gezondheid van de inwoner centraal, waarna wordt gekeken of en zo ja welk aanbod passend is en welke (combinatie van aanbod) het meest voorliggend is. Hierin worden alle domeinen meegenomen. Een overzicht van de functies van het MGN:

1. **Collegiale consultatie:** mogelijkheid tot overleg en afstemming tussen professionals uit de eerste lijn, het sociaal domein en/of de ggz om informatie op te halen en zo sneller passende zorg voor een inwoner te kunnen realiseren.
2. **Het verkennend gesprek:** een gesprek tussen een inwoner met psychische klachten én problemen op meerdere levensgebieden, een naaste van de inwoner, professionals uit de ggz, het sociaal domein en waar nodig aangevuld met een ervaringsdeskundige.
3. **Wachttijstbeheer (toeleiding- en transfermechanisme):** digitale ondersteuning in triage en vraagtoeleiding waarbij aanbieders elkaar inzicht geven in de aantallen en soorten zorgvragen die op hun wachtlijsten staan op regionaal niveau. Zo kunnen dubbelingen voorkomen worden en kan worden bekeken hoe vraag en aanbod beter kunnen worden gematcht door inwoners toe te leiden naar het meest passende aanbod. Dit geldt ook voor cliënten die al in zorg bij een aanbieder zijn. Vandaar dat de landelijke MGN-functies ‘transfermechanisme’ (verplaatsing van de zorg voor een cliënt naar een andere aanbieder) en ‘wachttijstbeheer’ hier samen beschreven worden.
4. **Domeinoverstijgend casusoverleg:** professionals kunnen een beroep doen op de expertise van de ggz-zorg. Daarnaast wordt een domeinoverstijgend casusoverleg ingericht voor het bespreken van individuele casuïstiek waar complexe problematiek vanuit verschillende invalshoeken kan worden bekeken en de professionals kan ondersteunen, zodat de inwoner de best passende zorg en/of ondersteuning op de juiste plek krijgt.
5. **Digitale zelfhulp:** Ontsluiten en bekendmaken van digitale informatie en zelfhulpmodules voor alle inwoners van Amstelland.

Laagdrempelige steunpunten³

Laagdrempelige steunpunten zijn fysieke locaties die vrij toegankelijk zijn en waar mensen met een (ernstige) psychische kwetsbaarheid (EPA doelgroep) en mensen met sociaal-emotionele kwetsbaarheid kunnen ‘inlopen’ zonder dat zij per definitie in behandeling zijn. Het steunpunt is gericht op zelfregie en herstel, educatie en informatie en advies. Dit gaat verder dan alleen een luisterend oor en koffie. Zowel bezoekers/deelnemers als ervaringsdeskundigen en medewerkers hebben er iets te halen en te brengen. De ondersteuning in deze steunpunten krijgt vorm vanuit de behoeften van de bezoekers zelf.

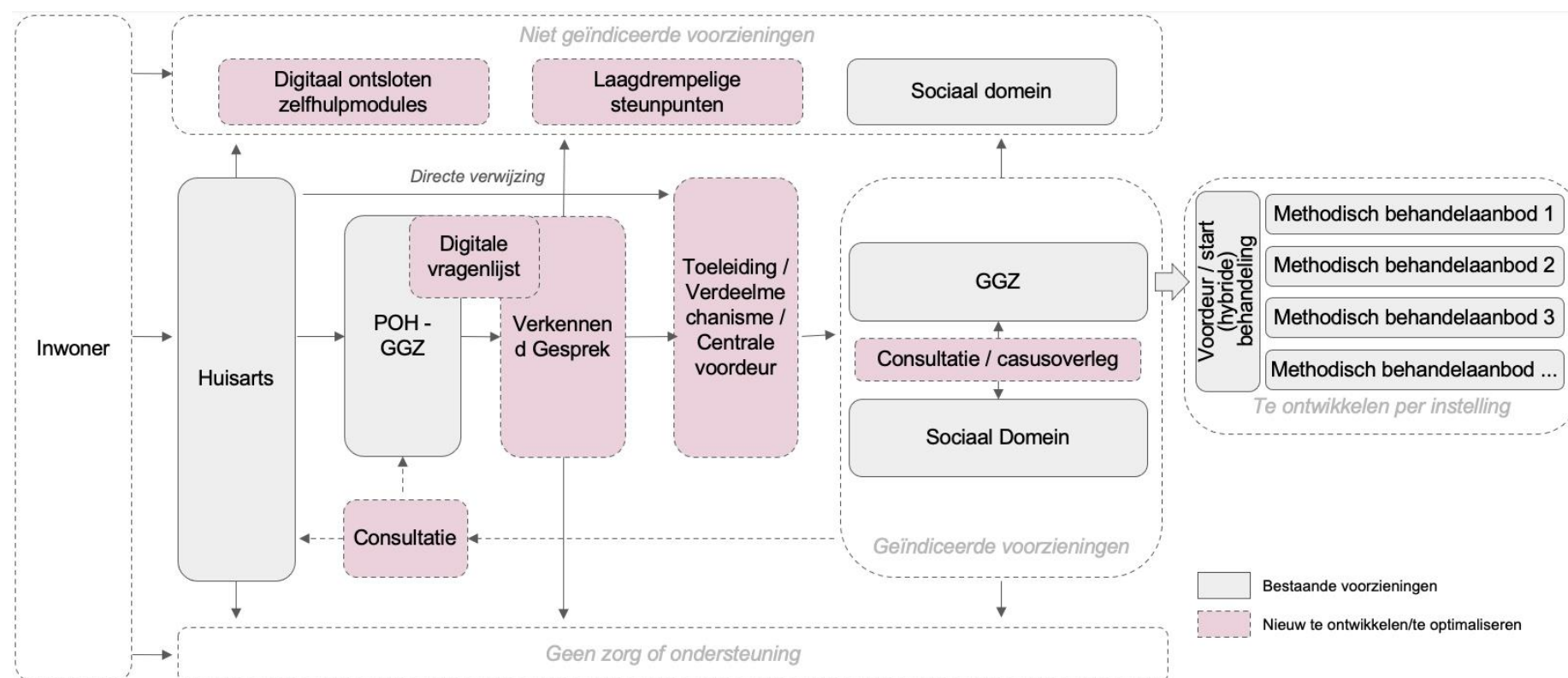
De laagdrempelige steunpunten zijn gericht op zelfregie en herstel: het betekenis geven aan je eigen (herstel)verhaal en je weer gezien voelen als iemand die ertoe doet en deelneemt aan de samenleving. Daarnaast kunnen bezoekers/deelnemers er informatie en advies krijgen en ook educatie is

³ Zie voor een verdere toelichting van de laagdrempelige steunpunten hoofdstuk 4.2.

een belangrijke functie: er is een aanbod aan cursussen, workshops, herstelgroepen beschikbaar. Co-creatie en gezamenlijk eigenaarschap staan hierbij centraal; ervaringsdeskundigen zijn in de lead bij het vormgeven en uitvoeren van activiteiten. Er wordt gewerkt vanuit het principe ‘wat past bij jou’; zonder stappenplannen of protocollen. In het steunpunt komt collectieve ervaringskennis samen.

Zowel tijdens het verkennend gesprek als binnen de laagdrempelige steunpunten ligt de focus niet op ziekte of diagnosticeren, maar op het bevorderen van de eigen kracht en gezondheid van de inwoner. Het MGN en de laagdrempelige steunpunten dienen in belangrijke mate bij te dragen aan het eigen herstelvermogen, het voorkomen van de escalatie van problemen en minder instroom in de ggz.

Schematisch ziet het regionale aanbod er met de invoering van het MGN en de laagdrempelige steunpunten er als volgt uit:



4.1 Mentaal GezondheidsNetwerk

Doelen MGN

Door het MGN in de regio Amstelland te ontwikkelen dragen de partners de gezamenlijke verantwoordelijkheid voor het behalen van de onderstaande doelen. Hierbij werken wij aan korte lijnen en goede relaties door actief en gecommitteerd bij te dragen aan de ontwikkeling van alle verschillende onderdelen van het MGN.

De zorg- en ondersteuningsvraag van personen en hun naasten worden sneller en op een best passende plek opgepakt (passende zorg en ondersteuning). Zo voorkomen we escalatie van problemen, realiseren we minder instroom in en snellere uitstroom uit de ggz en verminderen we de druk op de eerste lijn. Concreet willen wij de volgende resultaten behalen:

binnen 5 jaar een afbuiging van 10% van de zorgvraag van inwoners die momenteel in de ggz komen of blijven naar andere vormen van hulp en ondersteuning, waardoor de vrijkomende behandelcapaciteit benut wordt voor het verminderen van wachttijden en lijsten. Hierdoor kunnen met dezelfde middelen meer inwoners die ggz-zorg nodig hebben geholpen worden en kunnen cruciale zorgfuncties voor inwoners die dat echt nodig hebben toegankelijk blijven.

Effecten in andere regio's en onderbouwing doelstelling

De verwachte afbuiging die wordt genoemd als gevolg van de invoering van het MGN is gebaseerd op andere resultaten van de effecten van (onderdelen van) het MGN in Nederland. De eerste resultaten vanuit regio's waar het verkennend gesprek (een van de onderdelen van het MGN) al is ingevoerd lijken deze verwachtingen te bevestigen (Een 'verkenning' van het verkennend gesprek, 2023). Bij GGZ Breburg was 25% van de mensen na een verkennend gesprek beter geholpen buiten de ggz. Meer dan de helft kon geholpen worden binnen het kortdurende aanbod van het MGN. Slechts 12% ging voor behandeling door naar een expertisecentrum. Ook in de gemeente Zwolle leveren verkennende gesprekken binnen het project 'Wachtkracht' veel op. Voor 14% van de deelnemers werd de wachttijd voor behandeling verkort en voor 5% bleek een ggz-behandeling toch niet passend. In Amsterdam hebben pilots en initiatieven met vormen van het verkennend gesprek geleid tot een afbuiging van 20 tot 30% van de ggz-zorgvraag.

Vanzelfsprekend kunnen de effecten van deze methodieken en werkwijzen niet zomaar één-op-één vertaald worden naar de situatie in Amstelland. Het MGN Amstelland zal de komende jaren nauwgezet de ingezette interventies monitoren om te volgen wat effectief is en wat niet. Gezien de min of meer vergelijkbare situatie wat betreft mentale gezondheid ten opzichte van andere regio's is de verwachting dat de invoering van het MGN met onder andere de verkennende gesprekken ook in Amstelland substantiële impact gaat opleveren voor het terugdringen van de wachttijden in de ggz. De deelnemende partijen aan het MGN Amstelland hebben de ambitie uitgesproken om 10% behandelcapaciteit in de ggz vrij te maken door de invoering van de functies van het MGN en de inrichting van de Laagdrempelige Steunpunten. Hiermee kunnen de huidige wachtlijsten worden weggewerkt. Dit moet gerealiseerd worden binnen in een periode van 5 jaar.

De bijdrage van de verschillende functies van het MGN en de Laagdrempelige Steunpunten aan het behalen van deze doelstellingen is nader uitgewerkt en onderbouwd in de business case.

4.1.1 Collegiale consultatie

IN HET KORT

Probleem

Professionals werken vanuit hun eigen domein en hebben beperkte consultatiemogelijkheden met professionals uit andere domeinen. Wanneer het eigen aanbod van de professional niet aansluit bij een inwoner wordt deze soms sneller dan noodzakelijk doorverwezen naar een andere professional met een specifieke expertise.

Doelstelling

Door collegiale consultatie mogelijk te maken tussen professionals van verschillende aanbieders kunnen inwoners beter en sneller geholpen worden en worden zij minder doorverwezen.

Beoogd effect

Door collegiale consultatie beschikken professionals over meer kennis en informatie om inwoners de juiste zorg en ondersteuning te geven. Daarnaast krijgen zij meer inzicht in het totale aanbod in de regio en kan er beter worden doorverwezen. Dit draagt bij aan het sneller vinden van de best passende zorg voor een inwoner, voorkomt dat inwoners de verkeerde (of te zware) zorg krijgen of op een wachtlijst staan van zorg die niet passend is. De inwoner wordt door collegiale consultatie beter geholpen en de professional ervaart werkdrukverlaging.

Collegiale consultatie is een laagdrempelige (digitale of telefonische) afstemmingsmogelijkheid tussen professionals van verschillende domeinen over individuele casuïstiek. Ook kan een eenmalig consult bij een ggz-professional worden ingezet.

Doelgroep

Alle individuele casuïstiek kan worden ingebracht. Deze functie is voornamelijk bedoeld voor overleg over volwassen inwoners, waarbij professionals advies wensen van een professional uit een ander zorgdomein over de best passende zorg. Dit kan ook verwijzing naar andere vormen zorg en ondersteuning zijn.

Werkwijze

Collegiale consultatie kan worden geïnitieerd door professionals van een van de aanbieders (huisarts, ggz, sociaal domein) waarbij zij een beroep kunnen doen op een professional uit een ander domein. De casus wordt anoniem ingebracht of een inwoner wordt voor een eenmalig consult doorverwezen. De collegiale consultatie is bedoeld om informatie op te halen om zo een bredere inschatting te kunnen maken hoe de zorg en ondersteuning het beste vorm gegeven kan worden of welke vervolgstap passend is om de gezondheid van inwoners te bevorderen.

Samenwerkingsafspraken in de regio Amstelland

- De consultatiefunctie is laagdrempelig en op korte termijn beschikbaar.
- De consultatiefunctie is fysiek, digitaal en telefonisch beschikbaar.

Link met andere interventies

- Collegiale consultatie is passend voor snelle en relatief eenvoudige vragen aan professionals uit andere domeinen. In geval de zorg of ondersteuning verplaatst dient te worden, is er een koppeling met het transfermechanisme en wachtlijstbeheer. Bij complexere vragen is het domeinoverstijgende casusoverleg passender.

4.1.2 Het verkennend gesprek

IN HET KORT

Probleem

Een groep inwoners met een complexe psychische hulpvraag wacht momenteel lang op passende zorg en ondersteuning. Een gevolg hiervan is dat deze inwoners herhaaldelijk aankloppen bij de eerste lijn. Dit zorgt voor druk bij de huisartsen.

Doelstelling

Het doel van het verkennend gesprek is om te ontdekken wat de situatie van de inwoner is, waar diegene hulp en/of ondersteuning bij nodig heeft. Gekeken wordt wat de inwoner zelf, met ondersteuning van het eigen netwerk kan oppakken. Indien dat niet mogelijk is wordt ingeschat welke zorg- en ondersteuningsaanbod het best passend is.

Zo krijgt de inwoner sneller passende zorg en ondersteuning. Samenwerking door aanbieders zal voor een efficiëntere en effectievere aanpak van de hulpvraag van de inwoner zorgen voor zowel de inwoner zelf als voor de aanbieders.

Beoogd effect

Het verkennend gesprek leidt tot ontlasting van de eerste lijn door het beheerst kunnen overnemen van de behandelverantwoordelijkheid van de huisartsen voor de patiënten die op de wachtlijst staan. Daarnaast wordt een afname van instroom in de ggz verwacht en helpt het de inwoner om passende zorg en ondersteuning te krijgen.

Het verkennend gesprek is een gesprek tussen een inwoner (en waar mogelijk een naaste) en twee professionals van of met kennis van het sociaal domein én de ggz en - waar passend - een ervaringsdeskundige, waarbij in kaart wordt gebracht wat de inwoner nodig heeft. De gespreksdeelnemers zijn specifiek opgeleid voor dit gesprek.

Doelgroep

Het verkennend gesprek is bedoeld voor volwassen inwoners met psychische klachten én problemen op meerdere levensgebieden. Het zijn inwoners waarvan de hulpvraag niet (meteen) duidelijk is. Soms hebben de eerste lijn, het sociaal domein en ggz al met de inwoner te maken, maar volstaat het aanbod vanuit de afzonderlijke aanbieders niet en/of bestaat het aanbod naast elkaar zonder dat van elkaar te weten.

Werkwijze

Het verkennend gesprek is bedoeld om inwoners bewust te maken van wat zij zelf met hulp van naasten kunnen doen en welke zorg en/of ondersteuning passend is. Vooralsnog verwijst de huisarts⁴. De nadruk in het verkennend gesprek ligt op gezondheid in plaats van ziekte. De situatie en vraag van de inwoner staat centraal: er wordt niet naar klachten gevraagd, maar met name naar wat belemmerend werkt in het ervaren van gezondheid. Tijdens het gesprek wordt in kaart gebracht wat de inwoner nodig heeft. De inwoner ontvangt na het gesprek een behandel- en/of ondersteuningsadvies. Bij doorverwijzing wordt de behandelverantwoordelijkheid overgenomen van de huisartsen⁵.

⁴ De huisarts verwijst naar het verkennend gesprek om controle te kunnen houden op de soort en mate van toestroom van inwoners. Na evaluatie zal blijken of deze toezicht op de instroom nodig blijft.

⁵ De behandelverantwoordelijkheid en maximale tijd voor de overname van verantwoordelijkheid wordt nog afgestemd waarbij de landelijke ontwikkelingen zoals o.a. juridische aansprakelijkheid worden gevolgd.

Het verkennend gesprek vervult een 'schakel- en koppelfunctie' in toeleiding, afschalen en opschalen van ondersteuning en zorg. Het verkennend gesprek is niet bedoeld als behandeling, maar kan door de wijze van gespreksvoering als hulp/ondersteuning worden ervaren door de inwoner. De uitkomst kan ook zijn dat de klachten genormaliseerd worden en iemand steun vindt bij naasten, iets gaat ondernemen, een betere balans vindt of moet leren verdragen.

Samenwerkingsafspraken regio Amstelland

Het (proces van het) verkennend gesprek heeft de volgende kenmerken voor regio Amstelland. Deze kenmerken zijn conform de landelijke werkwijze ontwikkeling MGN, met een aantal specifieke afspraken die door de partijen gemaakt zijn:

- De toegang tot het verkennend gesprek verloopt in eerste instantie via de huisarts/poh-ggz, en vindt plaats wanneer onduidelijkheid bestaat over welke hulpvraag er is en dus welke hulp- en/of ondersteuning ingezet moet worden. Daarmee vindt het verkennend gesprek plaats voorafgaand aan een intake.
- Wanneer onduidelijk is of het verkennend gesprek passend is omdat nog niet duidelijk is of er sprake is psychische klachten én problemen op meerdere levensgebieden, wordt aan inwoners gevraagd digitaal informatie te verstrekken over wat ze nodig hebben. Op basis hiervan wordt een voorselectie gemaakt.
 - Bij eenduidigheid van de hulpvragen worden deelnemers doorverwezen naar digitale hulp (training of cursus gericht op mindfulness, welzijn, gezondheid, etc.), naar het sociaal domein of de ggz. Hierbij is de focus om te ontsluiten wat er al is en niet op het organiseren van iets nieuws.
 - De inwoners die binnen de doelgroep vallen (psychische klachten én problemen op meerdere levensgebieden) worden aangemeld bij het verkennend gesprek.
- Binnen de samenwerking van het verkennend gesprek hebben de betrokken professionals de mogelijkheid om expertise te betrekken (zoals bijv. advies van een arts of psychiater).
 - Hierbij is het van belang dat deze professionals beschikbaar en makkelijk bereikbaar zijn om deze expertise uit te wisselen.
- Het verkennend gesprek wordt altijd opgevolgd door in te zetten wat nodig is. Dit kan het eigen netwerk zijn, formele en/of informele hulp- en ondersteuning vanuit het sociaal domein en/of ggz-zorg.
 - Om dit te bewerkstelligen moeten de medewerkers die het verkennend gesprek voeren de mogelijkheid hebben om mensen te plaatsen of in te plannen op de best passende plek(ken), met inzicht in de wachttijden.
 - Hiervoor is het nodig dat er een digitale/technologische infrastructuur is waardoor er inzicht is in het aanbod en de wachtlijsten.
 - De huisarts wordt waar nodig geïnformeerd over het advies, ter kennisgeving. De verwijzing voor het verkennend gesprek geldt met nadruk ook als verwijzing voor de uitkomsten van het verkennend gesprek.
- Hoe het overnemen van de behandelverantwoordelijkheid in zijn werk gaat moet nog verder worden uitgewerkt, hierbij worden de landelijke ontwikkelingen nauwlettend gevolgd.

Link met andere interventies

- Net als de poh-ggz worden in het verkennend gesprek sociale, psychische en somatische factoren in kaart gebracht. De zorg van de poh-ggz is echter monodisciplinair, de poh-ggz is niet bekend met het totale aanbod in de regio vanuit andere domeinen. De toegevoegde waarde van het verkennend gesprek is dat de hulpvraag interdisciplinair, samen met de inwoner (en een naaste) en een professional uit het sociaal domein in kaart wordt gebracht.
- Welzijn op recept is voor mensen die (gezondheids-)klachten ervaren door sociaal-maatschappelijke problemen, de doelgroep lijkt dus overeen te komen met de doelgroep van het verkennend gesprek. Welzijn op recept is echter net als de zorg van de poh-ggz monodisciplinair. Voor inwoners met psychische problemen en problemen op meerdere levensgebieden is een verkennend gesprek wenselijk om de hulpvraag interdisciplinair in kaart te kunnen brengen. Voor een deel van de doelgroep van het verkennend gesprek kan de route Welzijn op recept een uitkomst zijn. In het verkennend gesprek worden de klachten van de inwoner integraal (medisch en sociaal en psychologisch welzijn) benaderd. Welzijn op recept sluit hierop aan door in te zetten op activiteiten die de algehele mentale en sociale gezondheid verbeteren, wat bijdraagt aan het voorkomen van zwaardere zorgvragen. Welzijn op recept ondersteunt de doelstellingen van het MGN door bij te dragen aan een integrale, preventieve en netwerkaanpak. Welzijn op recept is binnen Amstelland inmiddels goed geïmplementeerd en maakt samen met de eerste lijn gebruik van Zorgdomein.
- Anders dan bij behandeling van de ggz gaat het verkennend gesprek niet over een diagnose of een behandeling, maar het verkennen van de hulpvraag en oplossingsrichtingen.

4.1.3 Wachtlijstbeheer (toeleiding- en transfermechanisme)

IN HET KORT

Probleem

Alle aanbieders in de regio hebben hun eigen wachtlijsten. Op dit moment is er nog geen inzicht in elkaars wachtlijsten. Hierdoor wordt de capaciteit in de regio momenteel nog niet optimaal benut.

Doelstelling

Creëren van goed regionaal en mogelijk zelfs bovenregionaal wachtlijstbeheer en transfermechanisme in de vorm van een 'centrale voordeur'. Het wachtlijstbeheer is erop gericht om een betere match tussen vraag en aanbod te maken en mensen op de juiste wachtlijst te plaatsen (en dubbelingen te beperken).

Het transfermechanisme is erop gericht om inwoners snel door te verwijzen, indien daar tijdens de behandeling aanleiding toe is. Door inzicht in elkaars wachtlijsten kan de beschikbare capaciteit in de regio efficiënter worden ingezet.

Beoogd effect

Inwoners komen eerder op de juiste plek terecht met hun zorg- of ondersteuningsvraag met kortere wachttijden tot gevolg. Ook is er beter inzicht in de capaciteit en de knelpunten in de regio. Met dit inzicht kan het aanbod in de regio in de toekomst beter worden afgestemd op de vraag waardoor de capaciteit beter aansluit en wachttijden verder afnemen.

De informatievoorziening wachttijden en het transfermechanisme betreft informatie voor aanbieders/professionals over de wachttijden en wachtlijsten van alle (gerelateerde) aanbieders (GGZ, eerste lijn en sociaal domein) in de regio.

Doelgroep

Het centraal toeleiding- en transfermechanisme is bedoeld voor alle volwassen inwoners met psychische vraagstukken (dus niet alleen voor de inwoners waarvoor een verkennend gesprek noodzakelijk is). Huisartsen (in eerste instantie) kunnen inwoners aanmelden bij een centrale voordeur, waarachter het aanbod van sociaal domein en ggz ontsloten wordt. Het management van de aanbieders gebruiken het transfermechanisme in gesprek met elkaar om vraag en aanbod beter te matchen. Dit wordt digitaal ondersteund.

Werkwijze

Het wachtlijstbeheer houdt in dat aanbieders elkaar inzicht geven in de aantallen en soorten zorgvragen die op hun afzonderlijke wachtlijsten staan. Dit wordt digitaal ondersteund. Zo verbetert de verdeling van de wachtenden over de aanbieders in de regio. Daarnaast helpt het transfermechanisme aanbieders om tijdens de behandeling (indien hier inhoudelijke aanleiding toe is), mensen toe te kunnen leiden naar een andere aanbieder. Hiermee ontstaat een betere doorstroom. Een ander belangrijk element is dat door samenwerking met verwijzers (met name huisartsen), de consultatiefunctie en het sociaal domein al voor de verwijzing meer informatie beschikbaar is om de inwoner naar de best passende aanbieder met de voor die inwoner zo kort mogelijke wachtlijst te verwijzen. Daarbij hoort ook het ontsluiten van het aanbod aan maatwerkvoorzieningen binnen het sociaal domein.

De informatievoorziening wachttijden en het transfermechanisme zijn functies van het MGN en kunnen alleen in werking worden gesteld bij een goed werkende digitale infrastructuur. Daarbij worden de landelijke ontwikkelingen en (AVG) wetgeving in acht genomen. Tevens biedt het de mogelijkheid om wachtenden te voorzien van informatie over overig aanbod (zoals laagdrempelige steunpunten, digitale hulpmodules) passend bij de hulpvraag zodat wachtenden waar mogelijk ook zelf aan de slag kunnen.

Samenwerkingsafspraken

- Om de informatievoorziening wachttijden en het transfermechanisme werkend te krijgen is van belang dat alle aanbieders onderzoeken wat hiervoor nodig is. Hier worden afspraken over gemaakt.
- De informatievoorziening wachttijden en het transfermechanisme in de regio Amstelland omvatten inzicht in de capaciteit van het aanbod en wachtlijsten van alle indienende partijen. Wanneer zich er in een later stadium nieuwe partijen aandienen, wordt hun de mogelijkheid geboden om onderdeel te worden van het transfermechanisme.
- Bij het opzetten van het transfermechanisme wordt zoveel mogelijk gebruik gemaakt van bestaande structuren zoals regioafbakeningen.
- Wat betreft de capaciteit van het sociaal domein: voor de gemeenten geldt dat zij onderling geen wachtenden van elkaar overnemen.
- Er worden afspraken gemaakt om te zorgen voor een 'warme overdracht' tussen aanbieders.
- Bij het koppelen en transfereren van vraag en aanbod worden geen persoonsgegevens gedeeld en informatieverwerking verloopt conform de AVG, behalve als de zorg of ondersteuning van een persoon wordt overgedragen. Transfereren gebeurt alleen met toestemming van de inwoner.
- Voor de informatievoorziening wachttijden en het transfermechanisme is het essentieel om in vertrouwen en transparant met elkaar te kunnen samenwerken. Het vergt commitment en gezamenlijke verantwoordelijkheid om de inwoners de best passende plek te bieden. Ook gezien de arbeidsschaarste en de toenemende werkdruk: als de werkdruk hoog is en er komen toch meer inwoners op je wachtlijst te staan, omdat in de regio dat toch de best passende plek is.

Link met andere interventies

- Op dit moment bestaat er in sommige gevallen al een transfermechanisme tussen verschillende ggz-aanbieders in de regio. Er wordt zoveel mogelijk gebruik gemaakt van deze al bestaande transfermechanismen.

4.1.4 Domeinoverstijgend casusoverleg

IN HET KORT

Probleem

Professionals werken vanuit hun eigen domein en hebben daarom niet altijd een volledig beeld van het aanbod en de mogelijkheden in de regio van andere aanbieders. Soms missen zij kennis en expertise van problematiek (op meerdere levensgebieden) en complexe psychische hulpvragen en hebben zij behoefte aan afstemming met een professional uit een ander domein.

Doelstelling

Door een domeinoverstijgend casusoverleg te voeren over individuele personen kunnen professionals de hulp- en/of ondersteuningsvragen van een inwoner vanuit verschillende invalshoeken bekijken (multidisciplinair), zodat duidelijk wordt waar de inwoner sneller de passende zorg en/of ondersteuning op de juiste plek kan krijgen.

Beoogd effect

Het domeinoverstijgend casusoverleg levert een concrete vervolgstap of oplossing op voor de inwoner. Het is duidelijk wat deze stap is en wie de casus oppakt. Door het overleg is de afstemming tussen domeinen beter en kan er soepeler hulp worden op- en afgeschaald.

Professionals krijgen door het domeinoverstijgend casusoverleg meer inzicht in elkaars perspectieven en aanbod en krijgen inzicht in de situaties waar het aanbod niet goed werkt. Met deze inzichten kunnen aanpassingen worden gedaan om het aanbod beter aan te laten sluiten bij de inwoner.

Het domeinoverstijgend casusoverleg is een overleg met meerdere professionals uit verschillende domeinen over individuele casuïstiek die anoniem wordt ingebracht. Het overleg vindt plaats zonder de inwoner.

Doelgroep

Een casus kan ingebracht worden als het voor de professional bij wie de volwassen inwoner aanklopt niet eenduidig is waar deze persoon de best passende zorg- en/of ondersteuning kan vinden, of als het aanbod in de regio niet aansluit bij de zorg- en/of ondersteuningsvraag van de inwoner, bijvoorbeeld bij dubbeldiagnostiek.

Werkwijze

- Zowel professionals binnen de eerste lijn, ggz, en het sociaal domein kunnen het initiatief nemen om een domeinoverstijgend casusoverleg in te plannen met professionals uit een ander domein. Dit kan worden gedaan om meer duidelijkheid te krijgen over het aanbod vanuit andere domeinen, om perspectieven te verzamelen en om andere professionals in te zetten als sparringpartner over een casus. Deelnemers aan het overleg zijn in ieder geval: huisarts, poh-ggz, maatschappelijk werker / welzijnsmedewerker, ervaringsdeskundige, psycholoog / gz-psycholoog, psychiater / verpleegkundig specialist

Samenwerkingsafspraken

- De persoon over wie het gaat wordt betrokken bij het casusoverleg en wordt minimaal om toestemming gevraagd om het overleg te voeren.

Link met andere interventies

- Er is een goede wisselwerking tussen het casusoverleg en het transfermechanisme nodig. Middels het domeinoverstijgend casusoverleg kan integraal worden overlegd waar een inwoner het best naartoe kan worden geleid, hiervoor is inzicht in de wachtlijsten nodig.

4.1.5 Digitale zelfhulpmodules

IN HET KORT

Probleem

Er zijn veel digitale zelfhulpmodules die vanuit verschillende domeinen aangeboden worden. De inzet op domeinoverstijgend niveau en vindbaarheid voor inwoners met een (ernstige) psychische of sociaal emotionele kwetsbaarheid is beperkt, terwijl het laagdrempelige mogelijkheden biedt om informatie en lichte ondersteuning te bieden.

Doelstelling

Inwoners met een psychische hulpvraag, met name mensen met een (ernstige) psychische of sociaal-emotionele kwetsbaarheid, weten de weg te vinden naar digitale zelfhulpmodules en vinden daar informatie en digitale zelfhulp.

Beoogd effect

Het effect van het vergroten van de vindbaarheid van digitale zelfhulpmodules draagt bij aan de mogelijkheid tot herstel op eigen kracht van inwoners of draagt als toevoeging bij aan de effectiviteit van behandelingen in een van de drie verschillende domeinen.

Digitale zelfhulpmodules zijn online pakketten met een herstelfunctie die inwoners individueel kunnen doorlopen. Deze functie van het MGN beoogt bestaande modules beter te ontsluiten en – waar nodig en mogelijk – advies aan aanbieders te geven over ontwikkeling en inzet van modules, waarbij getracht wordt dubbelingen te voorkomen.

Doelgroep

Digitale zelfhulpmodules zijn bedoeld voor alle volwassen inwoners (en hun naasten) met mentale gezondheidsproblemen. Sommige zelfhulpmodules richten zich op specifieke doelgroepen zoals inwoners met (ernstige) psychische of sociaal-emotionele kwetsbaarheid (EPA).

Werkwijze

In samenwerking met een externe partij wordt een plan gemaakt om de digitale zelfhulpmodules beter te ontsluiten voor alle inwoners in de regio Amstelland. Bijvoorbeeld door zelfhulpmodules in een digitaal platform als menu door alle drie de domeinen heen aan inwoners beschikbaar te stellen. Inwoners hebben altijd zelf de keuze of ze gebruik willen maken van een digitale zelfhulpmodule ter aanvulling op of als vervanging (een) fysieke behandeling of ondersteuning. Digitale zelfhulp kan ook ondersteuning bieden voor inwoners die op een wachtlijst staan.

Samenwerkingsafspraken

- De samenwerkingsafspraken voor de digitale zelfhulpmodules in de regio Amstelland zijn afgeleid uit de AVG-wetgeving.
- Er bestaan al veel digitale zelfhulpmodules. Daarom ligt de focus op het ontsluiten en eventueel in samenhang brengen van het aanbod in tegenstelling tot het ontwikkelen van nieuw aanbod.

4.2 Laagdrempelige steunpunten

In het IZA is afgesproken dat we in de komende 5 jaar in Nederland komen tot een landelijk dekkend netwerk van laagdrempelige steunpunten, zoals zelfregie- en herstelcentra, waar iedere inwoner, en specifiek mensen met ernstige psychiatrische aandoeningen (EPA) of een sociaal-emotionele kwetsbaarheid, toegang toe heeft. Hiermee willen we landelijk een beweging maken van medicalisering naar normalisering. Niet altijd is professionele ondersteuning of zorg het meest passende antwoord op een hulpvraag. En niet iedere vraag is een zorgvraag.

De laagdrempelige steunpunten worden gerund door ervaringsdeskundigen en vrijwilligers, in samenwerking met sociaal werkers. Er is samenwerking met de formele en informele ketenpartners (ggz, sociaal domein, informele netwerken) zodat makkelijk afstemming kan plaatsvinden en mensen wanneer nodig kunnen worden gekoppeld aan de voor hen juiste persoon. De laagdrempelige steunpunten zijn niet gericht op toeleiding naar zorg.

Doelen laagdrempelige steunpunten

Met de ontwikkeling van de laagdrempelige steunpunten beogen we de volgende doelen te behalen:

- Een toename van zelfregie en herstel van de EPA doelgroep en inwoners met een sociaal-emotionele kwetsbaarheid
- Normaliseren van mentale kwetsbaarheid
- Escalatie van problemen wordt vaker voorkomen
- Druk op huisartsen en de ggz neemt af

Aanpak ontwikkeling laagdrempelige steunpunten

De ontwikkeling van (de verschillende functies van) de laagdrempelige steunpunten in de regio Amstelland start op afgebakende schaal waarbij het opschalen naar de regio gefaseerd gaat verlopen. In Amstelveen is al een basisinfrastructuur van wijkcentra beschikbaar; in de overige gemeenten nog niet. In eerste instantie zullen we ons daarom focussen op het opzetten van steunpunten in de gemeenten waar nog geen activiteiten zijn. Parallel bekijken we hoe de steunpunten in Amstelveen verrijkt kunnen worden, bijvoorbeeld met de functie 'educatie' die vooralsnog onderbelicht is gebleven. In Amstelveen kijken we ook goed naar de samenhang W in de Wijk; een project dat eind 2022 is gestart door gemeente in samenwerking met GGZ inGeest, Participe en Team ED en dat erop gericht is om bestaande voorzieningen in de wijk (zoals wijkcentra) meer ggz-vriendelijk te maken.

We starten met het in kaart brengen van potentieel kansrijke locaties (in nabijheid van) huidige voorzieningen en met het betrekken van ervaringsdeskundigen bij de (door)ontwikkeling van laagdrempelige steunpunten. Vervolgens breiden we op een selectie van deze locaties het aantal en type activiteiten uit naar de activiteiten die we beogen voor laagdrempelige steunpunten, gericht op 1) zelfregie en herstel, 2) informatie en advies en 3) educatie. Gezamenlijk eigenaarschap en co-creatie staat hierbij centraal en ervaringsdeskundigen hebben een cruciale rol bij het vormgeven en organiseren van activiteiten. Hierbij hebben we er aandacht voor dat we aanvullen en aansluiten bij het bestaande aanbod en zorg dragen voor het

behoud van goede al bestaande initiatieven/activiteiten/locaties. We stellen samenwerkingsafspraken op en dragen zorg voor de communicatie naar de buurt en de zorgprofessionals (eerstelijns, tweedelijns en sociaal domein). Team ED vervult een coördinerende rol richting werven, opleiden en begeleiden van ervaringsdeskundigen.

Wanneer op kleine schaal de functies van de laagdrempelige steunpunten in een gemeente geïmplementeerd zijn, wordt het proces van de laagdrempelige steunpunten geëvalueerd en vervolgens gefaseerd opgeschaald naar andere gemeenten.

4.2.1 Aanbod laagdrempelige steunpunten

IN HET KORT

Probleem

Inwoners met een (ernstige) psychische of sociaal-emotionele kwetsbaarheid kunnen momenteel niet altijd ergens terecht of voelen zich niet thuis in bestaande voorzieningen. Er is een groep die buiten de maatschappij staat, structuur mist, hebben geen werk of een behandelgoal in de ggz ontbreekt. Een effect daarvan is dat huisartsen ervaren dat inwoners uit deze doelgroep veelvuldig beroep doen op de huisartsenzorg. Dit zorgt enerzijds voor druk op de huisartsenzorg, en anderzijds kunnen huisartsen deze groep inwoners niets bieden.

Doelstelling

Inwoners met een psychische hulpvraag, met name mensen met een (ernstige) psychische of sociaal-emotionele kwetsbaarheid, weten de weg te vinden naar de laagdrempelige steunpunten en kunnen daar werken aan zelfregie en herstel, krijgen mogelijkheden voor leren en ontwikkelen, kunnen informatie en advies krijgen en ervaren (eerder) steun en sociaal contact van gelijkgestemden.

Beoogd effect

De mogelijkheid om naar een steunpunt toe te gaan, zorgt voor het voorkomen van escalatie van problemen en daarmee vermindering van acute zorgvragen. Het biedt ondersteuning voor herstel, zorgt voor verbetering van de psychische gezondheid en zorgt daardoor voor een verminderde kwetsbaarheid van deze doelgroep. De combinatie van deze factoren zal voor een verlichting van de druk van de huisartsen zorgen m.b.t. een verminderde terugkeer van deze inwoners bij de eerste lijn.

Doelgroep

De laagdrempelige steunpunten zijn vrij toegankelijk, maar zijn voornamelijk gericht op volwassen inwoners met een (ernstige) psychische aandoening (EPA) of sociaal-emotionele kwetsbaarheid.

Werkwijze

De laagdrempelige steunpunten zijn gericht op 1) zelfregie en herstel, 2) educatie en 3) informatie en advies en gaan verder dan een luisterend oor en koffie. Laagdrempelige steunpunten hebben naast de mogelijkheid tot (laagdrempelige) inloop, ook een laagdrempelig aanbod van activiteiten. De activiteiten zijn gericht op leren, herstel, normaliseren en ontwikkeling. Bezoekers hebben ook een belangrijke rol in het bepalen wat voor activiteiten er plaatsvinden en het organiseren ervan. Naast laagdrempelige inloop en een praatje is er een aanbod aan herstelactiviteiten, cursussen, workshops, lotgenotencontact, etc. Normaliseren is een belangrijke focus in de werkwijze van de steunpunten.

Samenwerkingsafspraken

De samenwerkingsafspraken voor de laagdrempelige steunpunten in de regio Amstelland zijn afgeleid uit de kaders die zijn beschreven voor steunpunten in de regio's uit het document 'Landelijk dekkend netwerk van laagdrempelige steunpunten' en specifiek gemaakt voor de regio:

- De ondersteuningsactiviteiten voor ggz-patiënten en inwoners met mentale problemen al in wijkcentra aanwezig zijn, worden geborgd en opgenomen in het dekkend netwerk. Daarnaast wordt ingezet op de vindbaarheid en aansluiting bij deze doelgroep zodat het bereik van de huidige inlooppunten vergroot.

- De laagdrempelige steunpunten worden gerund door ervaringsdeskundigen en vrijwilligers, in samenwerking met sociaal werkers en in verbinding met ggz-professionals indien nodig.
- Het sociaal domein faciliteert de organisatie van de steunpunten, stuurt niet en stelt niet te veel kaders maar geeft dit vorm in samenwerking met ervaringsdeskundigen en vrijwilligers. Er is ruimte voor het sociaal domein, de eerste lijn, ervaringsdeskundigen en de ggz om activiteiten te organiseren die bijdragen aan educatie, informatie, ontwikkeling en herstel. Ervaringsdeskundigen zijn hierbij in de lead.
- Co-creatie en gezamenlijk eigenaarschap staan centraal: zowel bezoekers als medewerkers hebben iets te halen en iets te brengen. Bezoekers hebben ook een belangrijke rol in het bepalen wat voor activiteiten plaatsvinden en het organiseren ervan. Naast laagdrempelige inloop en een praatje is er een aanbod aan herstelactiviteiten, cursussen, workshops, lotgenotencontact, wandelgroepen, etc.
- Het steunpunt kan ondersteunend zijn aan formele zorg vanuit het sociaal domein of de ggz, maar heeft ook een functie in het normaliseren. Het belangrijkste is dat het een plek is waar mensen uit de EPA doelgroep zich op hun gemak voelen, dat er ruimte is voor verbinding en leren en ontwikkelen.

Link met bestaande interventies

- De ontwikkeling van de laagdrempelige steunpunten sluit zo veel mogelijk aan bij de interventies die er al zijn in de regio, zoals W in de Wijk, de activiteiten van Team ED in Amstelveen en de ggz-inloop van Participe.

5. Implementatie: fasering en planning

5.1 Aanpak ontwikkeling MGN

De domeinoverstijgende samenwerking op het gebied van mentale gezondheid in de regio Amstelland is in 2023 van start gegaan onder regie van de Thematafel Mentale Gezondheid, bestaande uit de gemeente Amstelveen als vertegenwoordiger van het gemeentelijke sociaal domein in Amstelland, Amstelland Zorg als vertegenwoordiger van de eerstelijns zorg, Participe als vertegenwoordiger van de welzijnsorganisaties en ervaringsdeskundigen en GGZ inGeest als vertegenwoordiger van de ggz-zorgaanbieders. Samen hebben zij de koers uitgezet voor samenwerking en een geïntegreerde benadering op het gebied van zorg en ondersteuning voor mentale gezondheid. Dit heeft geresulteerd in het Regioplan dat eind 2023 werd opgeleverd en de goedgekeurde Snelle Toets voor aanvraag van IZA-transformatiemiddelen in juni 2024. De afgelopen periode is hard gewerkt aan het verder uitwerken van de plannen tot dit Transformatieplan, de inrichting van werkgroepen en de opdrachtformulering aan deze werkgroepen.

Globaal ziet de planning er zo uit dat in het laatste kwartaal van 2024 alle voorbereidingen worden gedaan voor het inrichten van pilots voor de functies van het MGN en de inrichting van de Laagdrempelige Steunpunten in 2025. Deze pilots worden in 2025 in gang gezet, gemonitord en geëvalueerd. Vervolgens wordt vanaf 2026 stapsgewijs in 3 jaar tijd toegewerkt naar volledige werking van het MGN en de Laagdrempelige Steunpunten vanaf 2028.

De ontwikkeling van (de verschillende functies van) het Mentale Gezondheidsnetwerk (MGN) in de regio Amstelland start op afgebakende schaal. Hierbij wordt zoveel mogelijk aangesloten bij bestaande structuren en overlegvormen. De opschaling zal gefaseerd verlopen:

1. We starten met het opzetten van collegiale consultatie, een centrale voordeur voor eenvoudiger aanmelden voor de huisartsen, het verkennend gesprek en het organiseren van de opvolging daarna.
2. Hierbij wordt de zorg en ondersteuning van het sociaal domein en/of de ggz ontsloten en worden werkafspraken gemaakt over het overhevelen van de aanvraag naar de juiste aanbieder.
3. Parallel daaraan wordt een digitale infrastructuur ontwikkeld waarin het transfermechanisme, de ontsluiting van digitale zelfhulpmodules en het domeinoverstijgend casusoverleg een plek krijgen, zodat alle partijen elkaar kunnen benaderen en benodigde informatie kan worden gedeeld.

5.2 Planning mijlpalen

De mijlpalenplanning in de opbouw van het MGN ziet er als volgt uit:

Mijlpalenplanning opbouw MGN	2025 - pilotjaar	2026 33%	2027 67%	2028 100%
Consultatie ggz door eerste lijn en SD				
# aantal domeinoverstijgende consultaties per jaar	75	144	292	436
15% daarvan niet naar ggz	11	22	44	65
Verkenkend gesprek				
# aantal verkennende gesprekken per jaar	50	215	436	650
30% daarvan niet naar ggz	15	64	131	195
40% daarvan verkort of lichter behandeltraject in ggz (event. combinatie met SD)	20	86	174	260
Wachtnlijstbeheer en transfermechanisme				
# aantal casussen per jaar	25	98	218	325
10% minder behandelkosten ggz	3	10	22	33
Domeinoverstijgend casusoverleg				
# aantal patiënten voor domeinoverstijgend casusoverleg	25	91	186	277
20% daarvan niet naar ggz	5	18	37	55
15% verkort behandeltraject	4	14	28	42
Effecten voor eerstelijnszorg				
minder ha-consulten door functies MGN	125	500	750	1250
minder ha-consulten door Laagdrempelige steunpunten	100	125	250	425

De verwachting is dat het aantal verkennende gesprekken na het pilotjaar 2025 zal groeien naar 650 in 2028 en de jaren daarna stabiel zal blijven. Daarentegen is de verwachting dat de aantallen bij met name de functie wachtlijstbeheer/transformatiemechanisme bij volledige werking van het MGN en na terugdringing van de wachtlijsten na 2028 weer zal dalen.

Bij de ontwikkeling van de onderdelen van het MGN worden de ideeën uitgewerkt en getoetst bij inwoners en professionals door een werkgroep. Zij bepalen wat de *Minimum Viable Products*⁶ zijn, die in pilotvorm worden getoetst door professionals en inwoners, voordat ze verder worden ontwikkeld en opgeschaald.

De werking van de functies van het MGN wordt continu geëvalueerd en verbeterd, en vervolgens gefaseerd opgeschaald naar de rest van de regio. Pas als de digitale infrastructuur goed is neergezet is er voldoende basis om het transfermechanisme te ontwikkelen en in te voeren.

5.3 Planning Key-Prestatie-Indicatoren (KPI's)

De transformatie op het gebied van mentale gezondheid in de regio Amstelland met het MGN en de Laagdrempelige Steunpunten is in de tabel hieronder in hoofdlijnen uitgezet in een planning voorzien van Key-Prestatie-Indicatoren (KPI's) en Deliverables. De IZA-transformatiemiddelen die voor deze KPI's worden aangevraagd worden ingezet voor het ontwikkelen en organiseren van de nieuwe samenwerkingsstructuur, en niet om directe zorg- en hulpverlening binnen het MGN of de Laagdrempelige Steunpunten te financieren. Er is dus geen sprake van dubbele financiering. Dit betekent dat de uitvoering van de functies voor het MGN worden bekostigd vanuit de hiervoor al ingerichte (consultatiefunctie en verkennend gesprek) of nog te ontwikkelen betaaltitels uit de Zorgverzekeringswet en voor de Laagdrempelige Steunpunten uit de financiering vanuit gemeenten voor het sociaal domein. De overhead- en bedrijfsvoeringskosten van het MGN worden hier ook uit bekostigd. De transformatiemiddelen gelden uitsluitend voor het opzetten van het MGN en de werkwijzen van het MGN en de Laagdrempelige Steunfuncties. De hieronder beschreven mijlpalen geven de planning aan. In de volgende hoofdstukken komt expliciet aan de orde welke investeringsmiddelen hiervoor nodig zijn en hoe deze gekoppeld zijn aan de realisatie van de KPI's (inspannings- of resultaat-KPI's), zodat de zorgverzekeraars op basis van de gevraagde investeringsmiddelen per half jaar kunnen uitkeren indien de betreffende mijlpalen zijn behaald.

Voor de ondersteuning van de functies van het MGN en de monitoring van de mijlpalen en KPI's zal een domeinoverstijgende digitale infrastructuur worden ingericht.

De implementatieplanning wordt door de werkgroepen MGN en LS (zie opdrachtformuleringen in de bijlagen) nader uitgewerkt in projectplannen voorzien van concrete projectplanningen. Hieronder volgt een overzicht van de op te leveren Key-Performance Indicatoren die gekoppeld zijn aan de aangevraagde investeringsmiddelen. De KPI's zijn onderverdeeld inspannings-KPI's die de SMART beschreven zijn en voorzien zijn van op te leveren

⁶ Een versie van een 'product' welke is ontwikkeld tot een niveau waarbij de belangrijkste onderdelen in pilotvorm kunnen worden getest en van feedback kunnen worden voorzien. Het werken met een Minimum Viable Product is een efficiënte aanpak in het ontwikkelen van allerlei producten omdat je er feedback uit de praktijk mee op kunt halen zonder het product tot een eindversie te brengen en op grote schaal te implementeren.

producten (deliverables) die tevens aan derden ter beschikking kunnen worden gesteld. De resultaat-KPI's geven aan op welke meetbare bijdrage wordt geleverd aan de IZA-transformatiedoelstellingen. In een aparte tabel wordt dit nader verantwoord.

[Verfijning en fasering KPI's nader af te stemmen met indieners en zorgverzekeraar]

Nr.	KPI	Deliverable	Soort KPI	Opleverdatum
1.	Uiterlijk 30 juni hebben partijen een Snelle toets opgesteld voor de ontwikkeling van een Mentaal Gezondheidsnetwerk regio Amstelland.	Snelle toets	I	Q2 '24
2.	Uiterlijk 30 september 2024 zijn de Werkgroepen MGN en Laagdrempelige Steunpunten gestart op basis van een opdrachtformulering van de Thematafel	Opdrachtformulering MGN en LS Overzicht van werkgroepleden per werkgroep	I	Q3 '24
3.	Uiterlijk 31 oktober 2024 hebben partijen het Transformatieplan Mentaal Gezondheidsnetwerk regio Amstelland goedgekeurd, ondertekend en is het Transformatieplan bij de zorgverzekeraars ingediend.	Transformatieplan	I	Q4 '24
4.	Uiterlijk 31 maart 2025 hebben de werkgroepen MGN en Laagdrempelige Steunpunten een projectplan opgesteld voor het ontwikkelen van (de functies van) het MGN en de Laagdrempelige Steunpunten in relatie tot bestaand aanbod en inclusief de digitale ondersteuning hiervan voor de regio Amstelland	Projectplan MGN & LS	I	Q1 '25
5.	Uiterlijk 31 maart 2025 hebben partijen in een samenwerkingsconvenant de afspraken vastgelegd over de samenwerking m.b.t. de functies van het MGN en de werkwijze van de LS (rollen, taken en verantwoordelijkheden, uitwerking governance).	Samenwerkingsconvenant	I	Q1 '25
6.	Uiterlijk 31 maart 2025 is een eerste versie van de digitale infrastructuur ontwikkeld waarbinnen de verschillende functies van het MGN kunnen worden uitgevoerd	Architectuur digitale ondersteuning functies MGN	I	Q1 '25
7.	Uiterlijk 30 juni 2025 is een uniforme werkwijze voor het uitvoeren van de 5 functies van het MGN (collegiale consultatie, verkennend gesprek, wachtlijstbeheer, domeinoverstijgend casusoverleg en digitale zelfhulp) opgesteld waarmee een pilot gestart kan worden.	Beschrijving uniforme werkwijze van de 5 functies van het MGN	I	Q2 '25
8.	Uiterlijk 30 juni 2025 zijn 4 huisartsenpraktijken betrokken bij pilot verkennend gesprek.	Overzicht van deelnemende huisartsenpraktijken	R	Q2 '25
9.	Uiterlijk 30 juni 2025 zijn er 2 opleidingsbijeenkomsten geweest voor 18 professionals en ervaringsdeskundigen in het voeren van verkennende gesprekken.	Overzicht van uitgevoerde workshops en deelnemers	R	Q2 '25
10.	Uiterlijk 30 september 2025 zijn er 2 intervisiebijeenkomsten gehouden voor 18 professionals en ervaringsdeskundigen m.b.t. collegiale consultatie, voeren van verkennende gesprekken en domeinoverstijgend casusoverleg.	Overzicht van uitgevoerde bijeenkomsten en deelnemers	R	Q3 '25

11.	Uiterlijk 30 september 2025 hebben betrokken partijen informatiestukken om de bekendheid van (de functies van) het MGN en de LS te vergroten.	Brochure	I	Q3 '25
12.	Uiterlijk 30 september 2025 heeft minstens 80% van de gebruikers een positieve gebruikersgemak score gegeven voor de doorontwikkeling van het digitaal prototype m.b.t. de digitale ondersteuning van verkennend gesprek.	Rapport met cijfermatig inzicht	R	Q3 '25
13.	Uiterlijk 31 december 2025 hebben er 25 verkennende gesprekken plaatsgevonden.	Rapport met cijfermatig inzicht	R	Q4 '25
14.	Uiterlijk 31 december 2025 is een evaluatie van het verkennend gesprek en de digitale infrastructuur onder betrokken professionals en inwoners uitgevoerd op basis waarvan een plan van aanpak voor optimalisering van dienstverlening is opgesteld.	Plan van aanpak incl. uitkomsten evaluatie m.b.t. het verkennend gesprek en de digitale infrastructuur	I	Q4 '25
15.	Uiterlijk 31 maart 2026 is een evaluatie van het samenwerkingsconvenant onder de betrokken partijen uitgevoerd op basis waarvan een plan van aanpak voor optimalisering van deze samenwerking is opgesteld.	Plan van aanpak incl. uitkomsten evaluatie m.b.t. het samenwerkingsconvenant	I	Q1 '26
16.	Uiterlijk 31 maart 2026 is een evaluatie van de laagdrempelige steunpunten onder de betrokken professionals en inwoners uitgevoerd op basis waarvan een plan van aanpak voor optimalisering van deze dienstverlening is opgesteld.	Plan van aanpak incl. uitkomsten evaluatie m.b.t. laagdrempelige steunpunten	I	Q1 '26
17.	Uiterlijk 31 maart 2026 zijn er 4 laagdrempelige steunpunten beschikbaar voor inwoners	Rapport met cijfermatig inzicht	R	Q1 '26
18.	Uiterlijk 30 juni 2026 is een evaluatie van het domeinoverstijgend casusoverleg onder betrokken professionals en inwoners uitgevoerd op basis waarvan een plan van aanpak voor optimalisering van dienstverlening is opgesteld.	Plan van aanpak domeinoverstijgend casusoverleg incl. uitkomsten evaluatie	I	Q2 '26
19.	Uiterlijk 30 juni 2026 zijn minimaal 20 simulaties uitgevoerd met het digitaal prototype met een positieve evaluatie (minstens 75% van de criteria behaald) m.b.t. de functies verkennend gesprek, wachtlijstbeheer en transfermechanisme (centraal toeleidingsmechanisme) van het MGN.	Rapport met cijfermatig inzicht	R	Q2 '26
20.	Uiterlijk 30 september 2026 is een evaluatie van de collegiale consultatie onder betrokken professionals uitgevoerd op basis waarvan een plan van aanpak voor optimalisering van dienstverlening is opgesteld.	Plan van aanpak incl. uitkomsten evaluatie m.b.t. collegiale consultatie	I	Q3 '26
21.	Uiterlijk 30 september 2026 zet 10% van de betrokken professionals bij het MGN en LS digitale zelfhulpmodules in ter ondersteuning van de behandeling (uitvraag in enquête).	Rapport met cijfermatig inzicht	R	Q3 '26
22.	Uiterlijk 30 september 2026 is een evaluatie van digitale zelfhulp onder betrokken professionals en inwoners uitgevoerd op basis waarvan een plan van aanpak voor optimalisering van dienstverlening is opgesteld.	Plan van aanpak incl. uitkomsten evaluatie m.b.t. digitale zelfhulp	I	Q3 '26
23.	Uiterlijk 31 december 2026 hebben over 2026 215 verkennende gesprekken plaatsgevonden.	Rapport met cijfermatig inzicht	R	Q4 '26

24.	Uiterlijk 31 december 2026 hebben 125 inwoners van de gemeente Amstelland in 2026 gebruik gemaakt van de Laagdrempelige Steunpunten.	Rapport met cijfermatig inzicht	R	Q4 '26
25.	Uiterlijk 31 december 2026 is een instroomvermindering c.q. capaciteitsuitbreiding van 3,3% in de ggz gerealiseerd ten opzichte van 01-01-2025.	Rapport met cijfermatig inzicht	R	Q4 '26
26.	Uiterlijk 31 maart 2027 is een evaluatie van het samenwerkingsconvenant onder de betrokken partijen uitgevoerd op basis waarvan een plan van aanpak voor optimalisering van deze samenwerking is opgesteld.	Plan van aanpak incl. uitkomsten evaluatie m.b.t. het samenwerkingsconvenant	I	Q1 '27
27.	Uiterlijk 31 maart 2027 is een evaluatie van de laagdrempelige steunpunten onder de betrokken professionals en inwoners uitgevoerd op basis waarvan een plan van aanpak voor optimalisering van deze dienstverlening is opgesteld.	Plan van aanpak incl. uitkomsten evaluatie m.b.t. laagdrempelige steunpunten	I	Q1 '27
28.	Uiterlijk 31 maart 2027 zijn er 5 laagdrempelige steunpunten beschikbaar voor inwoners	Rapport met cijfermatig inzicht	R	Q1 '27
29.	Uiterlijk 30 juni 2027 is het aantal consulten bij de huisarts incl. poh-ggz voor patiënten met mentale klachten met 1750 verminderd ten opzichte van 01-01-2025.	Rapport met cijfermatig inzicht	R	Q2 '27
30.	Uiterlijk 30 juni 2027 is de wachtlijst t.o.v. 01-01-2025 met 50% gedaald.	Rapport met cijfermatig inzicht	R	Q2 '27
31.	Uiterlijk 30 september 2027 is een evaluatie van de digitale infrastructuur onder betrokken professionals en inwoners uitgevoerd op basis waarvan een plan van aanpak voor verbetering van dienstverlening is opgesteld.	Plan van aanpak incl. uitkomsten evaluatie m.b.t. de digitale infrastructuur	I	Q3 '27
32.	Uiterlijk 30 september 2027 hebben alle deelnemende partijen aan het MGN Amstelland met elkaar en met de zorgverzekeraar duurzame en bindende afspraken gemaakt over de verdere inzet en financiering van het MGN na eindiging van de IZA-periode.	Overeenkomst over duurzame financiering van MGN Amstelland	I	Q3 '27
33.	Uiterlijk 31 december 2026 hebben over 2027 486 verkennende gesprekken plaatsgevonden.	Rapport met cijfermatig inzicht	R	Q4 '27
34.	Uiterlijk 31 december 2027 hebben 250 inwoners van de gemeente Amstelland in 2027 gebruik gemaakt van de Laagdrempelige Steunpunten.	Rapport met cijfermatig inzicht	R	Q4 '27
35.	Uiterlijk 31 december 2027 is een instroomvermindering c.q. capaciteitsuitbreiding van 6,7% in de ggz gerealiseerd ten opzichte van 01-01-2025.	Rapport met cijfermatig inzicht	R	Q4 '27

6. Impact-analyse

Het transformatieplan is bij deze analyse met de betrokken partijen bezien in een brede context, waaronder regionale en landelijke afspraken, met als doel om de toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid van zorg inclusief het behouden en ontzorgen van zorgprofessionals te borgen. In dit hoofdstuk is de impact van de transformatie beschreven en wat de voorzienbare effecten van de transformatie op a) de patiënten en inwoners (kwaliteit, veiligheid en toegankelijkheid van zorg); b) de betrokken aanbieders én c) de rest van de zorgketen zijn. De impact heeft een sterke onderlinge verbondenheid.

6.1 Patiënten en inwoners

- Door verbeterde domeinoverstijgende samenwerking tussen alle indienende partijen worden hulpvragen van patiënten en inwoners in bredere context bezien en opgepakt. Hierdoor krijgen inwoners sneller passende hulp.
- Het eigen sociale netwerk wordt actief betrokken (bijvoorbeeld bij verkennende gesprekken), waardoor ook ondersteuning vanuit het netwerk van de inwoner geactiveerd wordt en een bijdrage kan leveren aan de beantwoording van de hulpvraag en tevens bij kan dragen aan de borging/duurzame oplossing.
- Uit de eerste ervaringen in regio's met verkennende gesprekken blijkt dat een substantieel deel van de inwoners passend geholpen kan worden buiten de ggz na een verkennend gesprek. In Amstelland sturen we door alle functies van het MGN aan op een afbuiging in 2029 van 10% van de ggz-zorgvraag (uitgaande van de huidige 6.500 GGZ-cliënten in de regio).
- Wachttijden voor ggz lopen terug; waardoor mensen die ggz-hulp nodig hebben sneller geholpen kunnen worden, problematiek verergert daardoor niet.
- Beschikbare ggz-capaciteit kan worden ingezet voor complexe zorgvragen en de druk op de huisartsenzorg zal afnemen, wat de toegankelijkheid van zorg vergroot.
- Door de consultatiefunctie en het domeinoverstijgend casusoverleg kunnen professionals sneller onderling afstemmen, waardoor een inwoner sneller naar de juiste hulp verwezen kan worden.
- De inwoners hebben vrije toegang tot de laagdrempelige steunpunten, waardoor zij altijd een plek hebben om met hun hulp- of ondersteuningsvragen naar toe te gaan; voor advies, verbinding en scholing.
- Naast dat digitale zelfhulp voor inwoners met verschillende typen hulp- en ondersteuningsvragen een toevoeging dan wel vervanging kunnen zijn (op) fysieke ondersteuning, zijn digitale zelfhulpmodules ook een uitkomst voor inwoners die niet makkelijk een fysiek steunpunt inlopen.
- In laagdrempelige steunpunten staat co-creatie en gezamenlijk eigenaarschap centraal, wat bijdraagt aan zingeving, sociaal contact en betrokkenheid. Dit heeft een positief effect op de kwaliteit van leven van inwoners met een psychische kwetsbaarheid.

- Door normaliseren, het actief betrekken van het netwerk van inwoners en laagdrempelige inlooppunten kunnen zorgvragen vaker buiten het professioneel kader verminderen of opgelost worden, waardoor de eigen kracht van inwoners vergroot wordt.

6.2 Betrokken aanbieders

- Door gezamenlijk vorm te geven aan de voorgestelde transformatie dragen de betrokken partners, afgestemd op de behoefte van inwoners, samen verantwoordelijkheid voor de mentale gezondheid in de regio Amstelland. Dit vereist van de aanbieders dat zij korte lijnen hebben en elkaars perspectief en (on)mogelijkheden in het aanbod kennen, waardoor zorg- en ondersteuningsvragen vaker en sneller op een passende plek worden opgepakt. Door hulpvragen te beantwoorden vanuit een combinatiebehandeling van ggz en inzet sociaal domein wordt de behandeling bij de ggz naar verwachting vaker minder intensief of kan deze sneller afgebouwd of overgedragen worden naar het sociaal domein of de laagdrempelige steunpunten.
- Alle betrokken partijen zullen hun processen en (interne) werkwijzen meer moeten inrichten op samenwerken en domeinoverstijgend denken. Dat betekent ook het uitwisselen van informatie (rekening houdend met AVG-wetgeving), wederzijds inzicht in wachttijden en wachtlijsten en werken vanuit wederzijds vertrouwen. Dit vraagt een investering in tijd, geld en inzet vanuit alle betrokken aanbieders en professionals.
- De inzet van professionals ten behoeve van de functies van het MGN nemen toe. De kosten voor de inzet van ggz-functies nemen toe van € 15.406 in 2025 naar € 406.250 in 2029. Voor het sociaal domein betreffen de kosten voor de uitoefening van de functies van het MGN € 6.163 in 2025 met een toename naar € 162.500 in 2029. Voor de verschuiving van ggz-zorg naar hulp en ondersteuning in het sociaal domein (welzijn & wmo) is een extra inzet van € 15.776 in 2025 naar € 416.000 in 2029 nodig.
- Dit houdt dus een toename van mensen en middelen in het sociaal domein in en – na afbouw van de wachtlijsten – een afname van mensen en middelen in de ggz, indien de huidige wachtlijsten kunnen worden opgelost en de groei van de bevolking kan worden opgevangen met de huidige ggz-capaciteit.
- Toegankelijkheid van de ggz zal verbeteren, eveneens door samenwerkingsafspraken en de functies van het MGN.
- Door de verschillende functies van het MGN en de Laagdrempelige steunpunten daalt het aantal consulten voor psychische problemen bij de huisarts. Dit betreft naar schatting in 2025 een afname van 225 consulten bij de huisarts waarbij wordt toegewerkt naar een afname van 2000 huisartsconsulten in 2029 waarbij in dat jaar een besparing van € 48.860 m.b.t. de kosten voor de eerstelijnszorg verwacht wordt. Hierbij neemt de druk op de huisartsen af en zal de toegankelijkheid toenemen.
- Scholing voor het verkennend gesprek vraagt inzet, tijd en geld die naast in de business case opgenomen ontwikkelkosten ook structurele personele capaciteit en kosten met zich mee zullen brengen. Dit geldt eveneens voor intervisie.
- Door inzicht in de wachttijden en wachtlijsten van partners in de regio is er duidelijkheid over de match tussen vraag en aanbod. Hierdoor worden mensen en middelen efficiënter ingezet en kan de zorgvraag van inwoners sneller en beter beantwoord worden. Dit vereist dat partijen elkaar inzicht moeten geven in wachttijden en wachtlijsten, zodat samenwerking mogelijk wordt.

- Digitale zelfhulpmodules kunnen professionals ontzorgen in het bieden van o.a. psycho-educatie. Daarnaast kunnen digitale modules ondersteunend zijn in de behandeling en begeleiding. Dit geldt voor de ggz, het sociaal domein en de eerste lijn.
- Het kunnen verwijzen naar een centrale voordeur waarachter het passende aanbod ontsloten wordt levert een ontlasting van de huisartsenzorg op.
- Het (her)inrichten van processen op het gebied van administratie, gegevensbeheer en informatie-uitwisseling voor zowel bedrijfsvoering als zorginhoud vereist een investering van tijd, geld en aandacht van de zorgaanbieders. Deels worden deze activiteiten bekostigd uit de eigen bedrijfsvoering. De specifieke ontwikkelkosten voor de directe (digitale) ondersteuning van de functies van het MGN bedragen in de komende drie jaar jaarlijks € 75.000 en zijn meegenomen in de transformatieaanvraag.

6.3 De rest van de zorgketen

- Als de route richting het verkennend gesprek sneller gaat dan andere routes en de behandelverantwoordelijkheid hierdoor eerder wordt overgenomen, kan een mogelijk onbedoeld effect zijn dat huisartsen sneller geneigd zijn inwoners te verwijzen naar het verkennend gesprek. Om dit onbedoelde effect te voorkomen wordt de werking van het verkennend gesprek gemonitord door de Werkgroep MGN.
- Het verkennend gesprek kan leiden tot een toename van de vraag naar hulp en ondersteuning door professionals. Ook dit zal worden gemonitord.
- De verwachting is dat het aantal meldingen verwarde personen daalt, omdat zij beter opgevangen worden en terecht kunnen bij laagdrempelige steunpunten.
- De verwachting is dat het aantal crisisaanmeldingen bij de crisisdienst daalt, omdat inwoners beter opgevangen worden en terecht kunnen bij laagdrempelige steunpunten.
- De verwachting is dat domeinoverstijgende samenwerking professionals ontlast, waardoor hun werkplezier toeneemt en de aantrekkelijkheid van de zorg vergroot.

Impact van een transformatie op alle betrokkenen

Voor alle betrokkenen betekent het opzetten en werken met een Mentaal Gezondheidsnetwerk een transformatie waarbij bestaande structuren en werkwijzen doorbroken worden:

- Inwoners dienen te beseffen dat zij geen zorg kunnen 'eisen', maar dat zij geholpen en ondersteund worden om te kijken hoe zij zelf met mentale problematiek kunnen omgaan, met steun van naasten en waar nodig met gebruik van ervaringsdeskundigen en professionals uit het sociaal domein en de ggz.
- Medewerkers in het sociaal domein, de eerste lijn en de ggz dienen samen te werken om de meest passende ondersteuning en zorg te geven en hierbij leren bestaande werkwijzen en gewoonten uit het eigen domein wanneer nodig los te laten.
- Professionals uit alle drie de domeinen dienen te leren samenwerken met het netwerk van de inwoner en de inzet van ervaringsdeskundigen.

Cruciaal is dat de verschillende betrokken partijen het doel steeds voor ogen houden: de juiste zorg en ondersteuning voor de inwoner, aansluitend op en rekening houdend met diens eigen wensen en mogelijkheden en ondersteuning uit het eigen netwerk. Dit vraagt om onderling vertrouwen, elkaar op tijd betrekken en elkaar 'de bal toespelen'.

- Door de verbeterde samenwerking en uitwisseling van kennis en expertise (onder andere door intervisie) treedt een leereffect op van deelnemende professionals, waardoor zij sneller kunnen schakelen en bredere hulpvragen aan de voorkant kunnen opvangen. Dit kan de doorstroom ten goede komen.
- Samenwerking tussen de verschillende domeinen maakt het mogelijk om hulpvragen integraal en interdisciplinair te benaderen. Een risico is dat de samenwerking een doel op zich wordt, en een toename in coördinatie, afstemming, overleg en daarmee werk druk kan veroorzaken. De thematafel zal doel en werking van de functies nadrukkelijk monitoren, mede op basis van de evaluaties die in het overzicht van KPI's worden genoemd.

7. Business case

De netwerkpartijen in de regio Amstelland kiezen er nadrukkelijk voor om het Mentaal Gezondheidsnetwerk integraal (alle functies) te ontwikkelen en in samenhang te brengen met het uitbreiden van het aanbod aan Laagdrempelige Steunpunten voor inwoners met mentale klachten.

Dit houdt in dat alle functies van het MGN worden ingezet en dat de doelstelling is dat ook alle functies bijdragen aan een positief maatschappelijk en financieel effect. Zoals bij de doelstellingen van het MGN aangegeven worden de volgende meetbare doelstellingen nagestreefd:

1. binnen 5 jaar 10% extra behandelcapaciteit in de ggz realiseren voor het verminderen van wachttijden, waardoor met dezelfde middelen meer inwoners de juiste zorg krijgen; en
2. het verminderen van de druk op de eerste lijn, door een daling van 15% van het aantal huisartsenconsulten voor deelnemers aan de functies van het MGN en 10% van gebruikers van Laagdrempelige Steunpunten en het verminderen van de overbruggingszorg die momenteel noodgedwongen wordt geboden door de poh-ggz.

De rekenkundige financiële ruimte in de Zorgverzekeringswet (Zvw) wordt dus aangewend voor het wegwerken van de wachttijden en -lijsten. Op dit moment is er nog geen totaal overzicht over de wachtlijsten in Amstelland van alle zorgaanbieders. De ontwikkeling van de functie wachtlijstbeheer van het MGN is daarom van groot belang voor het beter en sneller toegankelijk maken van de juiste zorg voor inwoners met mentale problematiek. Op basis van de eigen wachtlijsten van de afzonderlijke ggz-aanbieders is het vrijmaken van 10% behandelcapaciteit ten minste nodig om de huidige wachttijden en wachtlijsten op te kunnen lossen.

Voor de business case rekenen we voor het vrijmaken van 10% behandelcapaciteit in de ggz met een teruggang van 650 ggz-trajecten per jaar (momenteel 6.500 ggz-patiënten in Amstelland). Deze teruggang wordt gerealiseerd door afbuiging naar het Sociaal Domein, kortere behandeltrajecten en minder terugkerende patiënten in de ggz. Ook voorzien wij een verschuiving van de s-ggz naar de b-ggz. Vanzelfsprekend zullen door de beoogde afbuiging in de ggz de kosten voor de inzet in het Sociaal Domein (fors) toenemen. Deze kosten worden in deze business case ook in beeld gebracht.

Hieronder volgt een overzicht van de verwachte effecten van de functies van het MGN en de Laagdrempelige Steunpunten in rekenkundige zin; de financiële waarde van de extra behandelcapaciteit wordt inzichtelijk gemaakt. Hierbij is uitgegaan van de informatie uit de landelijke business case dat de gemiddelde jaarlijkse behandelkosten per ggz-patiënt € 2.000 bedragen (s-ggz en b-ggz). De besparingen in de eerste lijn zijn als volgt berekend: per deelnemer aan functies van het MGN daalt het aantal huisartsconsulten met 15% per jaar (besparing € 24,43 voor een consult > 20 min.) en per deelnemer aan de Laagdrempelige Steunpunten daalt het aantal huisartsconsulten met 10% per jaar. Daarnaast zal de druk op de poh-ggz door het MGN en de LS verminderen.

De business case is erop gebaseerd dat 2025 een pilotjaar is voor primair de ontwikkeling van de verschillende functies van het MGN en dat vervolgens vanaf 2026 toegegroeid wordt naar de realisatie van de 10% vrij te maken behandelcapaciteit in de ggz in 2028 (2026 33% van doelstelling, 2027 67% van doelstelling). Een afbuiging die daarna jaarlijks doorzet.

7.1 Verwachte financiële effecten

Verwachte financiële effecten	Vanaf 2028
Consultatie ggz door eerste lijn en SD	
# aantal domeinoverstijgende consultaties per jaar	436
15% daarvan niet naar ggz	65
Besparing kosten ggz	€ 130.800
Verkennd gesprek	
# aantal verkennende gesprekken per jaar	650
30% daarvan niet naar ggz	195
40% daarvan verkort of lichter behandeltraject in ggz (event. combinatie met SD)	260
Besparing kosten ggz	€ 650.000
WachtlIJstbeheer en transfermechanisme	
# aantal casussen per jaar	325
10% minder behandelkosten ggz	32
Besparing kosten ggz	€ 65.000
Domeinoverstijgend casusoverleg	
# aantal patiënten voor domeinoverstijgend casusoverleg	277
20% daarvan niet naar ggz	55
15% verkort behandeltraject	41
Besparing kosten ggz	€ 152.350
Effecten voor eerstelijnszorg	
minder ha-consulteren door functies MGN	1250
minder ha-consulteren door Laagdrempelige steunpunten	425
Besparing kosten huisarts	€ 40.920
Totale afbuiging ggz-patiënten	650
Totale besparing Zvw	€ 1.039.070

Indexaties zijn in deze berekeningen niet meegenomen.

Het vrijmaken van 10% van de behandelcapaciteit in de ggz voor ten minste 650 mensen op de wachtlijst, zal een verschuiving naar lichtere vormen van zorg en ondersteuning in de ggz en het sociaal domein inhouden. Wij hanteren hierbij de uitgangspunten uit de landelijke business case dat dit voor 80% van de inwoners geldt die door inzet van het MGN niet meer in de ggz terechtkomen. Hierbij wordt uitgegaan van gemiddelde kosten van € 800,- per inwoner in het sociaal domein. De verschuiving van de ggz naar het sociaal domein levert per casus dan per saldo een besparing van € 1.200 op. Hier dienen echter de kosten voor het MGN en de Laagdrempelige Steunpunten op in mindering gebracht te worden. De landelijke business case rekent zowel in kosten als besparingen primair met de functie van het verkennend gesprek. Hierbij wordt uitgegaan van € 500,- aan kosten voor de inzet van ggz-professionals aan het verkennend gesprek en € 200,- aan kosten voor de inzet van medewerkers uit het sociaal domein (lager tarief en niet in alle gevallen aanwezig bij het verkennend gesprek). Aangezien dit transformatieplan uitgaat van een integrale inzet voor ook de overige functies van het MGN (consultatie en domeinoverstijgend casusoverleg), gaan wij uit van een factor 1,25 voor de inzet van professionals uit ggz en sociaal domein voor het MGN (aangezien de kosten voor de Laagdrempelige Steunpunten op voorhand niet in te schatten zijn en mede afhangen van keuzes door gemeenten hebben we deze buiten beschouwing gelaten).

Anders dan de uitgangspunten van de landelijke business case en de opzet in sommige andere regio's, gaan wij uit van gerichte en hiermee lagere inzet van het verkennend gesprek, door onder andere effectieve inzet van de consultatiefunctie en het domeinoverstijgende casusoverleg. Hiermee kunnen onnodige en ineffectieve kosten worden voorkomen. Zo willen wij gaan werken met een digitale uitvraag voorafgaande aan het verkennend gesprek, waarbij huisarts en/of poh-ggz ook nog voor passender interventies kunnen kiezen (bijvoorbeeld directe verwijzing). Er blijft dan een kleinere doelgroep voor het verkennend gesprek over, waarvan de verwachting is dat een substantieel deel niet meer (uitsluitend) verwezen hoeft te worden naar de ggz.

Op basis van eerder genoemde aantallen levert dit het volgende overzicht op:

Kosten functies MGN en substitutie door SD	Vanaf 2028
Inzet professionals GGZ functies MGN	€ 406.156
Inzet professionals SD functies MGN	€ 162.463
Toename inzet sociaal domein (welzijn en Wmo)	€ 415.904
Totale kosten inzet MGN en substitutie SD	€ 984.523

Als we deze kosten aftrekken van de verwachte rekenkundige opbrengsten dan ontstaat jaarlijks overall (over de domeinen heen) een positieve financiële business case van € 54.548,- en budgettaire ruimte in de Zvw van € 632.914,- (€ 1.039.070 - € 406.156) voor het wegwerken van wachtlijsten.

Positieve business case	Vanaf 2028
Totale besparing Zvw	€ 1.039.070
Totale kosten inzet MGN en substitutie SD	€ 984.523
Financiële besparing	€ 54.548

7.2 Financiële en maatschappelijke impact

De in het vorige hoofdstuk genoemde KPI's en bovenstaande business case zal leiden tot de volgende financiële en maatschappelijke impact ten aanzien van de IZA-transformatiedoelstellingen:

IZA-doelstellingen	Impact MGN en LS Amstelland
Het zorggebruik in de Zvw	- Door inzet van de functies van het MGN en de inrichting van Laagdrempelige Steunpunten wordt een deel van de huidige zorgvraag in de ggz opgevangen in het sociaal domein en worden door domeinoverstijgende samenwerking behandeltrajecten in de ggz verkort en wordt terugval naar de ggz verminderd. Hierdoor wordt binnen 5 jaar 10% extra behandelcapaciteit in de ggz gerealiseerd voor ten minste 650 inwoners die nu op de wachtlijsten staan en niet de juiste zorg ontvangen. - Daarnaast zal de druk op de huisartsenpraktijken (inclusief poh-ggz) binnen 5 jaar met ten minste 2000 consulten afnemen t.o.v. 01-01-2025.
Regionale en/of landelijke herverdeling (profielkeuzes)	- Het vrijmaken van extra behandelcapaciteit in de ggz wordt – naast het opvangen van lichtere zorgvragen door het SD – ook gerealiseerd door: een verschuiving van de sGGZ naar de bGGZ van 10-15% van het volume in de GGZ ; en een verkorting van de behandelduur in de sGGZ en bGGZ door een gecombineerde behandeling met inzet vanuit het SD voor 40% van de deelnemers aan het Verkennend Gesprek. - Door verschuiving van zorg- en hulpvragen van de ggz naar het SD zal vanaf 01-01-2025 een toename van de hulpvraag in het SD plaatsvinden, groeiend naar 520 (80% x 650) extra inwoners in Wmo en Welzijn vanaf 2028.
De inzet van personeel	- De verschuiving van het zorggebruik in de Zvw zal vanaf 2028 resulteren in een vrijkomende personele behandelcapaciteit in de ggz van 650 x gem. 8 uur per patiënt = 5.200 uur ten opzichte van 01-01-2025. Dit draagt bij aan het verminderen van de arbeidsmarktspanning door met dezelfde personele capaciteit circa 650 ggz-cliënten meer te kunnen behandelen. Dit betekent een personele capaciteitsruimte van 5,2 fte (bij een productiviteitsnorm van 990 uur per fte). De netto personele ruimte zal 5,2 – 1,6 fte (voor inzet functies MGN) = 3,6 fte zijn. - Door verschuiving naar lichtere vormen van zorg en ondersteuning zal de benodigde personele capaciteit in het SD in 2028 in totaal met 5,8 fte gegroeid dienen te zijn t.o.v. 01-01-2025 (1,6 fte voor de functies van het MGN en 4,2 voor de verschuiving van zorgvragen naar het SD). Dit is exclusief de benodigde personele inzet voor de LS. - De tevredenheid onder zorgpersoneel zal toenemen door betere samenwerking tussen professionals, de juiste zorgvragen op de juiste plek en een ontlasting voor met name de huisartsenpraktijken (huisarts en poh-ggz).
De omvang van zorgvastgoed	Wij voorzien niet een meetbaar effect op de omvang en het gebruik van zorgvastgoed. Door domeinoverstijgende samenwerking wordt zorgvastgoed wellicht wel effectiever en efficiënter gebruikt en door gebruik van digitale zelfhulp kan het beslag op zorgvastgoed afnemen.

8. Investeringsaanvraag

Om de ambities uit dit transformatieplan te realiseren, is de inzet van middelen noodzakelijk. De investering in deze transformatie-opgave heeft betrekking op de implementatiekosten die gepaard gaan met ontwikkeling en implementatie van de functies van het Mentaal Gezondheidsnetwerk en de voorbereiding van en het afstemmen van de functies van het MGN op de Laagdrempelige Steunpunten. Daarbij zijn we bij de bepaling van de kosten uitsluitend uitgegaan van die kosten die nu niet worden vergoed. Het betreffen eenmalige kosten die voortkomen uit deze transformatie waaronder specifieke opleidingskosten. In de begroting zijn dus geen kosten opgenomen die gepaard gaan met het daadwerkelijk uitvoeren van zorg, begeleiding en/of ondersteuning van inwoners. De uitvoering van de betreffende functies wordt bekostigd vanuit de contractafspraken tussen zorgaanbieders in de eerste lijn en de ggz met de zorgverzekeraars en tussen welzijnsinstellingen en organisaties in het sociaal domein en de gemeenten. Voor de inzet van ggz-professionals in het verkennend gesprek is er vanaf 2025 een betaaltitel; evenals voor de inzet van ggz-professionals voor consultatie aan het sociaal domein en de eerste lijn. Hiervoor dienen los van de huidige contractafspraken separate afspraken gemaakt te worden met de zorgverzekeraar. De inzet van medewerkers uit het sociaal domein voor de functies van het MGN (verkennend gesprek, domeinoverstijgend casusoverleg) en de verschuiving van lichtere zorgvragen naar Welzijn en Wmo zal vanaf 2028 een extra beslag leggen op de gemeentelijke middelen van jaarlijks € 579k.

Daarnaast dienen de kosten voor de Laagdrempelige Steunpunten met inzet van ervaringsdeskundigen in principe vanuit beperkte gemeentelijke middelen (bijvoorbeeld SPUK-IZA) bekostigd te worden. Er wordt nog geprobeerd om dit aan te vullen door een ZonMW-aanvraag bij het programma Grip op Onbegrip. In alle gevallen gaat het om tijdelijke middelen. De kosten van beleidsmedewerkers, managers en bestuurders van de deelnemende organisaties voor de ontwikkeling van het MGN worden niet meegenomen in de IZA-investeringsaanvraag en komen ten laste van de reguliere bedrijfsvoering.

Met bovenstaande uitgangspunten wordt dubbelfinanciering in de Zvw voorkomen.

GGZ inGeest zal de kassiersfunctie vervullen. Dat betekent dat GGZ inGeest de verantwoordelijkheid heeft om de ontvangen bedragen te verdelen naar de betrokken netwerkpartners. Uitbetaling aan hen vindt plaats op kwartaalbasis, waarbij retrospectief wordt gekeken welke activiteiten zijn opgestart en welke inspanningen hebben geleid tot het beoogd effect.

8.1 Investeringsmiddelen

De benodigde investeringsmiddelen worden als volgt beraamd (exclusief btw en indexering):

Investeringsmiddelen	2024	2025	2026	2027	Totaal
Personele inzet projectmanagement en werkgroepen - intern	€ 57.000	€ 213.700	€ 160.325	€ 106.950	€ 537.975
Projectmanagement en ondersteuning - extern	€ 59.800	€ 207.000	€ 135.240	€ 103.500	€ 505.540
Scholingskosten verkennend gesprek		€ 23.110	€ 10.180	€ 5.090	€ 38.380
Intervisiekosten		€ 28.720	€ 21.540	€ 14.360	€ 64.620
Digitale infrastructuur - o.a. aankoopkosten	€ 25.000	€ 75.000	€ 75.000	€ 50.000	€ 225.000
Voorlichtings- en communicatiekosten MGN en LSP - o.a. aankoopkosten		€ 20.000	€ 40.000	€ 30.000	€ 90.000
marge onvoorzien 1%	€ 1.418	€ 5.675	€ 4.423	€ 3.099	€ 14.615
Totaal IZA-investeringsmiddelen	€ 143.218	€ 573.205	€ 446.708	€ 312.999	€ 1.476.130

De totale investeringsaanvraag bedraagt tot en met 2027 € 1.476.130,-.

8.2 Onderbouwing investeringsmiddelen

Onderbouwing personele inzet	2024	2025	2026	2027
Projectleiding Werkgroep MGN - GGZinGeest	2 dagen p/w (0,4 fte) x 15wk x € 100 € 24.000	2 dagen p/w (0,4 fte) x 46wk x € 100 € 73.400	1,5 dag p/w (0,3 fte) x 46wk x € 100 € 55.100	1 dag p/w (0,2 fte) x 46wk x € 100 € 36.800
Projectleiding Werkgroep LS - ?	1 dag p/w (0,2 fte) x 10wk x € 100 € 8.000	1 dag p/w (0,2 fte) x 46wk x € 100 € 36.800	0,75 dag p/w (0,15 fte) x 46wk x € 100 € 27.600	0,5 dag p/w (0,1 fte) x 46wk x € 100 € 18.400
Inzet deelnemers werkgroep MGN	5 x 2 uur p/w (0,25 fte) x 12wk x € 125 € 15.000	5 x 2 uur p/w (0,25 fte) x 46wk x € 125 € 57.500	5 x 1,5 uur p/w (0,1875 fte) x 46wk x € 125 € 43.125	5 x 1 uur p/w (0,125 fte) x 46wk x € 125 € 28.750
Inzet deelnemers werkgroep LS	5 x 2 uur p/w (0,25 fte) x 10wk x € 100 € 10.000	5 x 2 uur p/w (0,25 fte) x 46wk x € 100 € 46.000	5 x 1,5 uur p/w (0,1875 fte) x 46wk x € 100 € 34.500	5 x 1 uur p/w (0,125 fte) x 46wk x € 100 € 23.000
Personele inzet intern	€ 57.000	€ 213.700	€ 160.325	€ 106.950
Externe projectondersteuning werkgroepen	2,5 dag p/w (0,5 fte) x 10wk x € 95 € 19.000	2,5 dag p/w (0,5 fte) x 46wk x € 95 € 87.400	1,5 dag p/w (0,3 fte) x 46wk x € 95 € 52.440	1,25 dag p/w (0,25 fte) x 46wk x € 95 € 43.700
Externe projectbegeleiding thematafel	1 dag p/w (0,2 fte) x 12wk x € 200 € 19.200	0,5 dag p/w (0,1 fte) x 46wk x € 200 € 36.800	0,35 dag p/w (0,075 fte) x 46wk x € 200 € 27.600	0,25 dag p/w (0,05 fte) x 46wk x € 200 € 18.400
Externe projectleiding digitale ondersteuning	1,5 dagen p/w (0,3 fte) x 12wk x € 150 € 21.600	1,5 dagen p/w (0,3 fte) x 46wk x € 150 € 82.800	1 dag p/w (0,2 fte) x 46wk x € 150 € 55.200	0,75 dag p/w (0,15 fte) x 46wk x € 150 € 41.400
Personele inzet Extern	€ 59.800	€ 207.000	€ 135.240	€ 103.500

De externe projectondersteuning voor het opstellen van de Snelle Toets en het Transformatieplan zijn tot 1 oktober 2024 bekostigd vanuit de SPUK-IZA gelden van de gemeente Amstelveen.

Onderbouwing scholingskosten	2025		2026		2027	
Accommodatie en docentkosten	5 workshops (zaalhuur en 6 uur x € 125)	€ 8.750	2 workshops (zaalhuur en 6 uur x € 125)	€ 3.500	1 workshops (zaalhuur en 6 uur x € 125)	€ 1.750
Workshop verkennend gesprek ggz-professionals	10 x 4 uur x € 125	€ 5.000	4 x 4 uur x € 125	€ 2.000	2 x 4 uur x € 125	€ 1.000
Workshop verkennend gesprek professionals SD	8 x 4 uur x € 85	€ 2.720	4 x 4 uur x € 85	€ 1.360	2 x 4 uur x € 85	€ 680
Workshop verkennend gesprek ervaringsdesk.	8 x 4 uur x € 80	€ 2.560	4 x 4 uur x € 80	€ 1.280	2 x 4 uur x € 80	€ 640
Workshop verkennend gesprek pog-ggz	12 x 4 uur x € 85	€ 4.080	6 x 4 uur x € 85	€ 2.040	3 x 4 uur x € 85	€ 1.020
		€ 23.110		€ 10.180		€ 5.090

Onderbouwing intervisiekosten	2025		2026		2027	
Intervisiebijeenkomsten ggz-professionals	10 x 8 uur (4 x 2 uur) x € 125	€ 10.000	10 x 6 uur (3 x 2 uur) x € 125	€ 7.500	10 x 4 uur (2 x 2 uur) x € 125	€ 5.000
Intervisiebijeenkomsten professionals SD	8 x 8 uur (4 x 2 uur) x € 85	€ 5.440	8 x 6 uur (3 x 2 uur) x € 85	€ 4.080	8 x 4 uur (2 x 2 uur) x € 85	€ 2.720
Intervisiebijeenkomsten ervaringsdesk.	8 x 8 uur (4 x 2 uur) x € 80	€ 5.120	8 x 6 uur (3 x 2 uur) x € 80	€ 3.840	8 x 4 uur (2 x 2 uur) x € 80	€ 2.560
Intervisiebijeenkomsten pog-ggz	12 x 8 uur (4 x 2 uur) x € 85	€ 8.160	12 x 6 uur (3 x 2 uur) x € 85	€ 6.120	12 x 4 uur (2 x 2 uur) x € 85	€ 4.080
		€ 28.720		€ 21.540		€ 14.360

8.3 Fasering aangevraagde transformatiemiddelen

Voor het ontwikkelen van de domeinoverstijgende samenwerking binnen het MGN Amstelland wordt een investeringsaanvraag van € 1.476.130,- gedaan. De investeringsmiddelen worden uitbetaald aan GGZ inGeest als indiener van dit Transformatieplan en tevens de kassier van het MGN Amstelland. GGZ inGeest keert aan de deelnemende partijen en externe organisatie de betreffende bedragen uit op basis van bijgehouden en afgesproken uren-inzet.

De uitbetaling vindt gefaseerd plaats aan de hand van het behalen van de inspannings- en resultaat-KPI's uit eerder vermelde overzicht. Aangezien de investeringen vooral (met een aanloop in 2024) in 2025 en 2026 plaatsvinden, wordt het volgende uitbetalingsschema voorgesteld:

Uitbetalingsmoment	Percentage	Bedrag	
Na Q4 2024	10%	€	147.613
Na Q2 2025	20%	€	295.226
Na Q4 2025	20%	€	295.226
Na Q2 2026	15%	€	221.420
Na Q4 2026	15%	€	221.420
Na Q2 2027	10%	€	147.613
Na Q4 2027	10%	€	147.613
Totaal		€	1.476.130

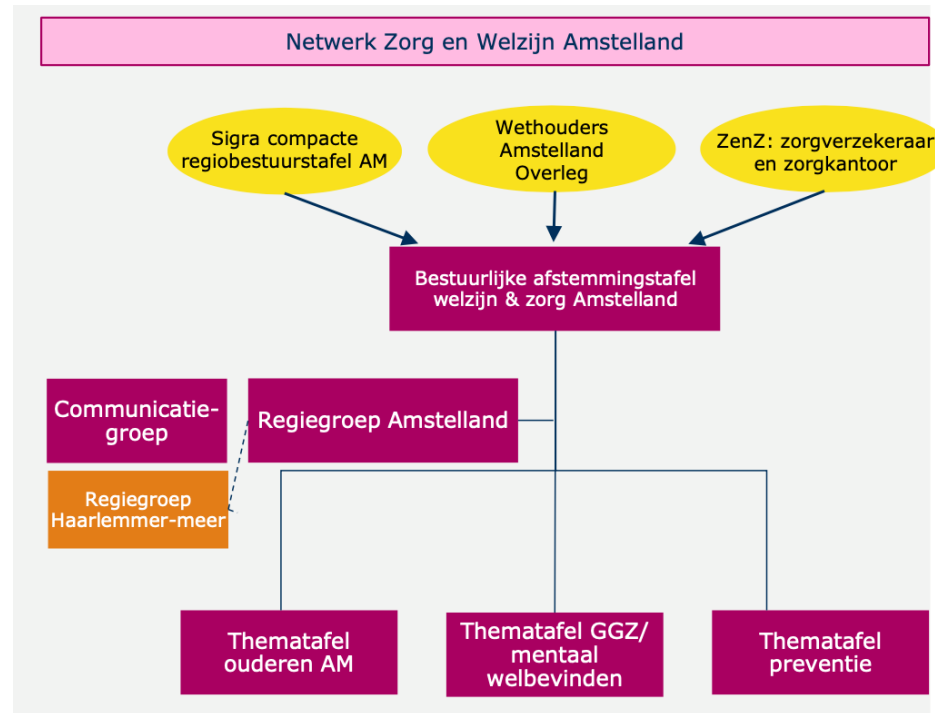
[wijze van uitbetaling nader af te stemmen met
indieners en zorgverzekeraar]

9. Programmastructuur en governance

Voor het opstellen en uitvoeren van de plannen omtrent mentale gezondheid is vanuit de regionale samenwerking Zorg en Welzijn in mei 2023 de thematafel Mentale Gezondheid gestart. Deze thematafel is samengesteld uit een afvaardiging van de betrokken partijen rondom het thema mentale gezondheid en kan verrijkt worden met de juiste partijen wanneer wenselijk/nodig. Zij werkt in opdracht van de bestuurders van alle relevante partijen in de regio en vertegenwoordigt daarnaast al deze partijen. De thematafel werkt aan het realiseren van de ambities uit het IZA specifiek op het gebied van mentale gezondheid binnen de regio Amstelland.

De deelnemers van de thematafel Mentale Gezondheid in de regio Amstelland zijn:

Deelnemende organisatie	Personen	Vertegenwoordigt
Gemeente Amstelveen	Tessa Kraemer (beleidsadviseur gemeente Amstelveen/Aalsmeer)	gemeenten Amstelveen, Aalsmeer, Uithoorn en Ouder-Amstel
GGZ inGeest	Jeanette van Rijn (directeur poli) en Eric Damoiseaux (directeur Strategie en Beleid)	Invivo, Brijder, Youz, Sinaï en vrijgevestigde psychiaters.
Amstelland Zorg	Elianne Vink (programmamanager ouderenzorg en GGZ)	Huisartsen, apothekers, eerstelijns fysiotherapeuten, Psychologen Netwerk Amstelland (PNA) en eerstelijns diëtisten.
Participe	Elena Nabatova (regiomanager Participe),	Coherente (Ouder-Amstel), MEE (inclusief Mantelzorg & Meer) en Team ED.
Zorg & Zekerheid	Peter Baak (GGZ-inkoper Zorg & Zekerheid)	



Visualisatie governancestructuur in Amstelland. Uit: regiobeeld Amstelland-Meerlanden, 2023.

De thematafel heeft de taak om een gedragen transformatieplan en een gezamenlijke agenda op te stellen voor de regio en is de smeerolie in de samenwerking tussen de verschillende partijen op het gebied van mentale gezondheid. Ze zorgt voor regionale en bestuurlijke afstemming en besluitvorming, overzicht over de landelijke, regionale en lokale ontwikkelingen en stelt de prioriteiten. De thematafel faciliteert projecten op opgaven en houdt zich o.a. bezig met de benodigde inzet en budgetten (maatschappelijke businesscases). Tot slot brengt ze de kennis uit de domeinen van gemeenten, zorgverzekeraars en aanbieders bij elkaar om gezamenlijk de strategie te bepalen. De vertegenwoordigingsstructuur van de thematafel houdt in dat de deelnemers niet alleen hun eigen organisatie representeren, maar ook de vergelijkbare organisaties in hun domein. Om deze vertegenwoordiging waar te maken voeren de deelnemers van de thematafel overleg met deze andere partijen, zodat hun stem wordt meegewogen in het realiseren van de ambities. Zie voor verantwoordelijkheden m.b.t. deze vertegenwoordiging het overzicht van de deelnemers aan de thematafel en wie zij vertegenwoordigen. De bestuurders van alle betrokken partijen monitoren periodiek de voortgang en sturen bij waar nodig.

Dit thematafel zal niet het gehele plan zelf uitvoeren. Werkgroepen worden geformeerd voor de daadwerkelijke implementatie in opdracht van de thematafel (zie aparte opdrachtbeschrijvingen voor de Werkgroep MGN en de Werkgroep LS). Deze werkgroepen bestaan uit verschillende samenstellingen van experts uit het sociaal domein, de ggz en eerstelijnszorg. Welk domein of welke organisatie kartrekker is verschilt per werkgroep.

De ontwikkeling van de functies van het MGN en de Laagdrempelige Steunpunten worden in pilots ontworpen waarbij kort-cyclisch wordt gemonitord wat de effecten en ervaringen zijn. Zo wordt bekeken of de oplossingen in deze regio goed werken, doelmatig en effectief zijn. Waar nodig wordt aangescherpt. Om deze oplossingen cyclisch te kunnen ontwerpen is het wenselijk dat de financiering in eerste instantie op basis van proces-KPI's wordt ingericht, met kort-cyclische doelen en evaluaties. In een later stadium volgen dan de vastgestelde resultaat-KPI's.

GGZ inGeest treedt als hoofdindiener en kassier van dit Transformatieplan op en is namens de deelnemende partijen verantwoordelijk voor de inhoudelijke en financiële verantwoording aan de zorgverzekeraars. Om risico's af te dekken en onderlinge aansprakelijkheden te regelen wordt als één van de eerste stappen van dit transformatieplan een samenwerkingsconvenant opgesteld.

10. Bronnen

- Een ‘verkenning’ van het verkennend gesprek, de Nederlandse ggz, 2023
- Integraal Zorgakkoord, 2022
- Landelijk dekkend netwerk van laagdrempelige steunpunten, 2023
- Regiobeeld Amstelland Meerlanden, 2023
- Regioplan Amstelland-Meerlanden, 2023
- Regiobeeld Psychische problematiek Amstelland-Meerlanden, Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu2023
- Sigra's Facts en figures, 2022
- Werkwijze ontwikkeling Mentale gezondheidsnetwerken, 2024
- Wachttijden geestelijke gezondheidszorg, december 2023

