

TRANSFORMATIEPLAN MENTALE GEZONDHEID

REGIO AMSTELLAND

18 november 2024

Indienende partij: Gemeente Amstelveen

Mede-indieners:

- Ggz-instellingen: GGZ inGeest, Arkin, Parnassia Groep, Invivo Clinics
- TEAM ED
- Participe, Coherente, MEE, Mantelzorg & Meer
- Amstelland Zorg
- Gemeenten: Uithoorn, Ouder-Amstel, Aalsmeer

Geschreven door de thematafel Mentale Gezondheid regio Amstelland

INHOUDSOPGAVE

Inhoudsopgave

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	20
4.1.2	Het verkennend gesprek.....	21
4.1.3	Wachtlijstbeheer (toeleiding- en transfermechanisme)	24
4.1.4	Domeinoverstijgend casusoverleg.....	26
4.1.5	Digitale zelfhulpmodules.....	27
4.2	Laagdrempelige steunpunten	28
4.2.1	Aanbod laagdrempelige steunpunten	30
5.	Implementatie: fasering en planning.....	32
5.1	Aanpak ontwikkeling MGN	32
5.2	Planning mijlpalen	33
5.3	Planning Key-Prestatie-Indicatoren (KPI's)	34
6.	Impact-analyse.....	39
6.1	Patiënten en inwoners	39

6.2	Betrokken aanbieders.....	40
6.3	De rest van de zorgketen	41
7.	Business case.....	42
7.1	Verwachte financiële effecten.....	43
7.2	Financiële en maatschappelijke impact	45
7.3	Begroting uitvoeringskosten MGN en laagdrempelige steunpunten.....	47
8.	Transformatie-aanvraag	49
8.1	Eenmalige investeringsmiddelen.....	50
8.2	Onderbouwing investeringsmiddelen	50
8.3	Fasering aangevraagde eenmalige investeringsmiddelen	52
8.4	Totale aanvraag transformatiemiddelen.....	54
8.5	Lange termijn financiering na 2027	54
9.	Programmastructuur en governance.....	55
9.1	Thematafel Mentale Gezondheid.....	55
9.2	Stuurgroep	56
9.3	Bredere governancestructuur	57
10.	Bronnen	58

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 en wachttijden 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 (MGN)**.
- 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 verschraling 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 zijn.

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.

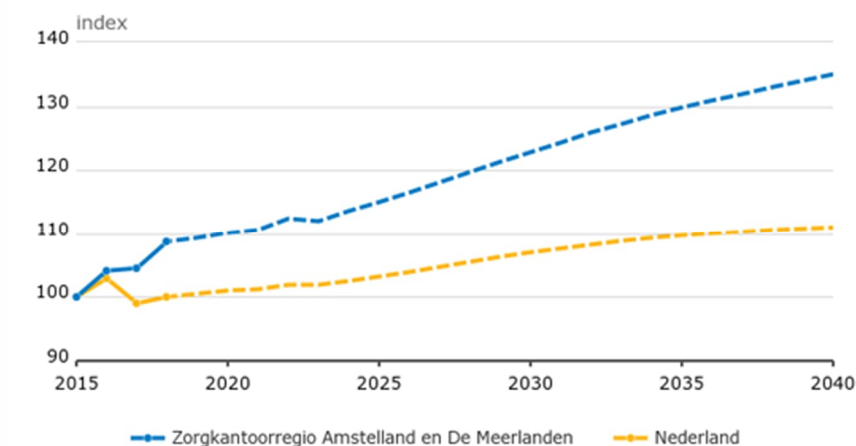
Het aantal inwoners dat psychische klachten ervaart is hoog en het risico daarop bij inwoners stijgt. Dit geldt in de regio Amstelland voor de leeftijdsgroep van scholieren (een stijging van 9-10% in 2015 naar 28% in 2021), jongvolwassenen (geen trends beschikbaar, 58% in 2022) en volwassenen (geen trends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

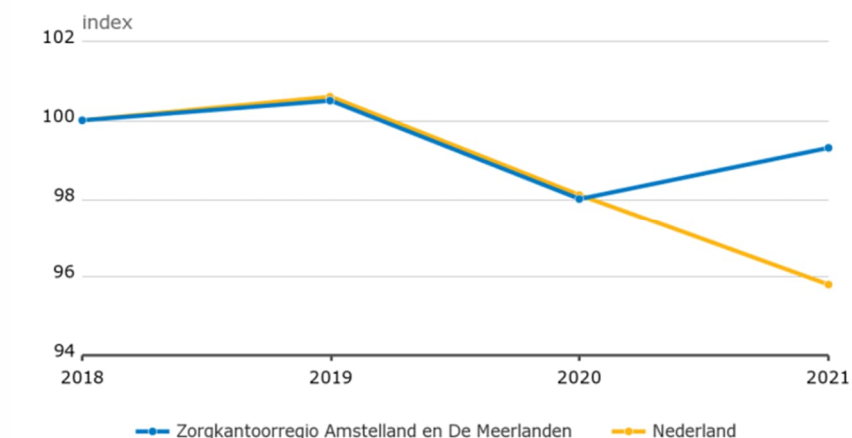
De vraag naar hulp en ondersteuning van de huisartsen, ggz en het sociaal domein stijgt

Huisartsconsulten



Bron: Vektis, projecties RIVM

Patiënten GGZ totaal



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

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

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

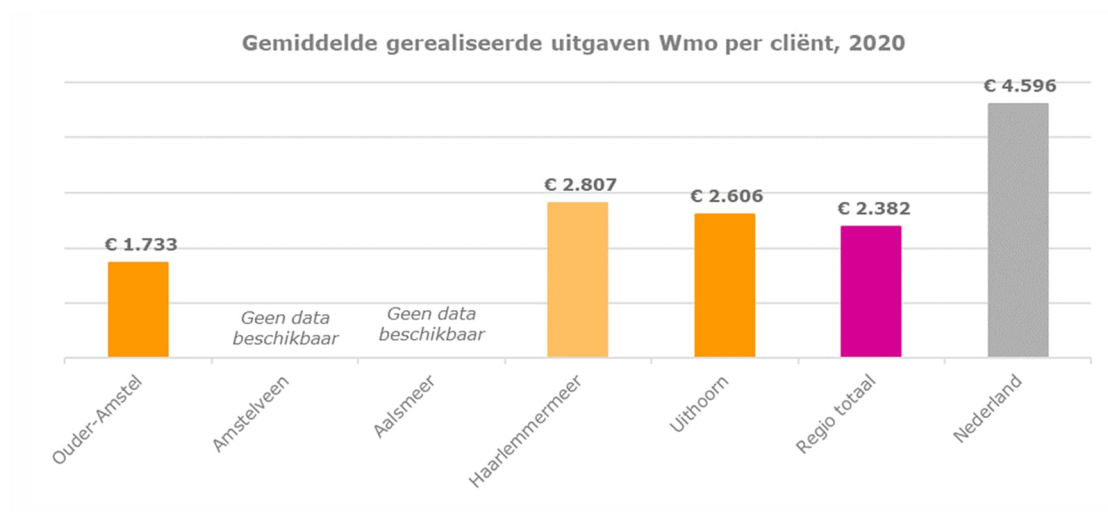
De grafiek 'Huisartsconsulten' laat zien dat het totaal aantal huisartsconsulten in de regio AM sterker stijgt dan in de rest van Nederland. In de regio Amstelland is het totaal aantal consulten op de HAP is tussen 2018 en 2021 met 8,7% gestegen. Naar verwachting stijgt dit volgens de prognoses van

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.



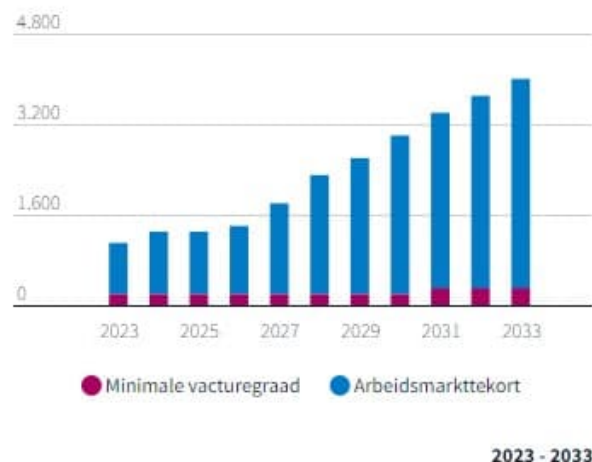
Een overzicht van de gemiddelde uitgaven van de Wmo per cliënt

Van het aantal Wmo-cliënten in de regio Amstelland zijn beperkte data beschikbaar. Voor de gemeenten Amstelveen en Aalsmeer zijn 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



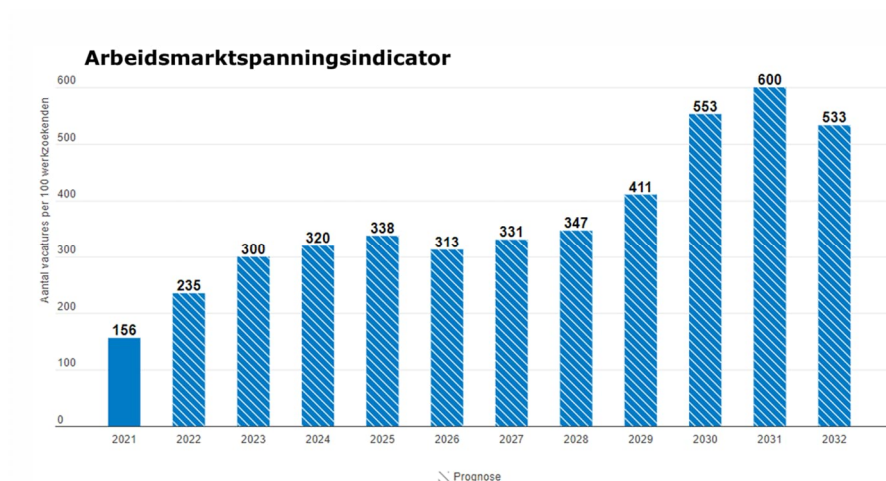
De ontwikkeling van het totale arbeidsmarkttekort in de sector zorg en welzijn de regio AM

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. Ook 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).

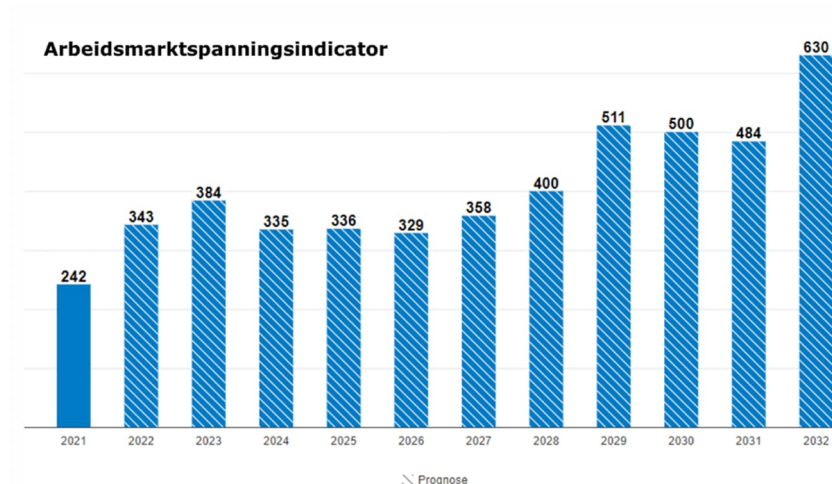


Arbeidsmarktspanningsindicator huisartsenzorg¹

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 Amstelland alleen maar verder zullen stijgen. In 2030 zijn er naar 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 (Sijgra's Facts & Figures).



Arbeidsmarktspanningsindicator ggz¹

¹ De arbeidsmarktspanningsindicator wordt berekend als het aantal verwachte vacatures per 100 werkzoekenden. Hierin 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 geven 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 en wachttijden (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.
- 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, 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.

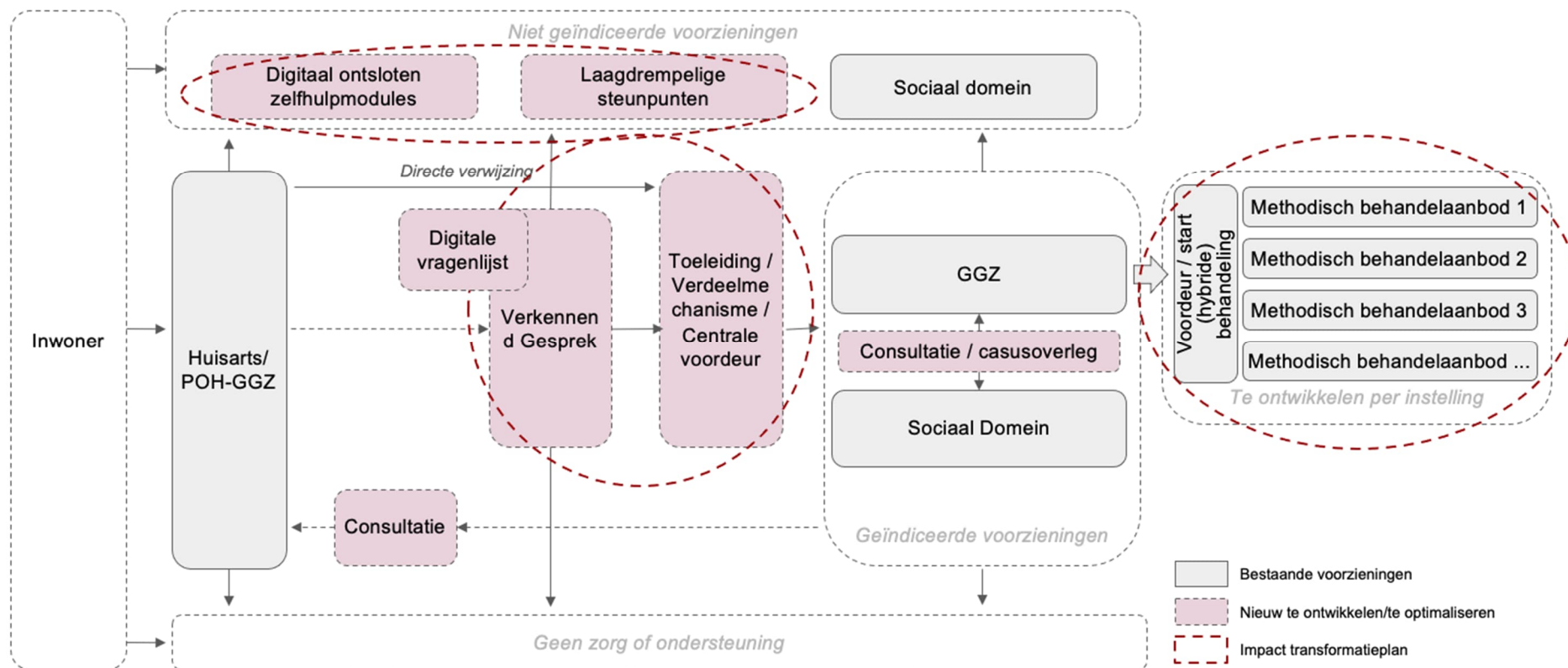
De laagdrempelige steunpunten zijn gericht op zelfregie en herstel: het betekenis geven aan je eigen (herstel)verhaal en je weer gezien voelen als iemand die ertoe doet en deelneemt aan de samenleving. Daarnaast kunnen bezoekers/deelnemers actief bijdragen en informatie krijgen. Ook educatie kan een belangrijke functie zijn: er is bijvoorbeeld een (digitaal) aanbod aan cursussen, workshops, herstelgroepen beschikbaar. Co-creatie

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

en gezamenlijk eigenaarschap staan hierbij centraal. 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 op het bevorderen van de eigen kracht, gezondheid en weerbaarheid van de inwoner. Het MGN en de laagdrempelige steunpunten dienen in belangrijke mate bij te dragen aan het vergroten van het eigen herstelvermogen en veerkracht, 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 ggz-zorgvraag naar andere vormen van hulp en ondersteuning, waardoor de vrijkomende behandelcapaciteit benut wordt voor het verminderen van wachttijden en wachtlijsten. Hierdoor kunnen met dezelfde personele capaciteit en 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 uit het sociaal domein, eerstelijnszorg of wonen advies wensen van een ggz-professional. 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. Als 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 met kennis van het sociaal domein én/of de ggz en/of - waar passend - een ervaringsdeskundige, waarbij in kaart wordt gebracht wat de inwoner nodig heeft. De gespreksdeelnemers zijn specifiek getraind 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, en vindt plaats wanneer onduidelijkheid bestaat over welke hulpvraag er is en dus welke hulp- en/of ondersteuning ingezet moet worden.
- 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.
 - o 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.
 - o 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).
 - o 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.
 - o 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.
 - o Hiervoor is het nodig dat er een digitale/technologische ondersteuning is waardoor er inzicht is in het aanbod en de wachtlijsten.
 - o De huisarts wordt waar nodig geïnformeerd over het advies, ter kennisgeving. De verwijzing voor het verkennend gesprek door de huisarts is tevens ook de doorverwijzing voor eventuele vervolgbehandeling.
- 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.
- In Amstelveen is eind 2022 gestart met het project W in de wijk, een samenwerking tussen GGZ inGeest, Participe en TEAM ED. W in de Wijk is een herstelgerichte aanpak gericht op inclusie van mensen met een psychische kwetsbaarheid in de wijk en de voorzieningen die er zijn. De aanpak is erop gericht om vrijwilligers, professionals en bewoners zo toe te rusten dat zij eraan bij kunnen dragen dat mensen met een psychische kwetsbaarheid zich welkom voelen in hun buurt. De aanpak is gezamenlijk ontwikkeld door zorg- en welzijnsorganisaties, ervaringsdeskundigen en gemeente. Alle betrokkenen werken samen aan een veerkrachtige en gastvrije buurt. De uitvoerders werken daaraan door te netwerken, kwartier te maken, te coachen en te trainen. Mensen met een psychische kwetsbaarheid kunnen daardoor op hún manier participeren in hun buurt. Hier ligt ook een belangrijke verbinding met het de bestaande en nog te ontwikkelen laagdrempelige steunpunten.
- 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, als 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 (als 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 ondersteuning. 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. Met 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 bestaande digitale zelfhulpmodules en vinden daar informatie en digitale zelfhulp.

Beoogd effect

Het effect van het vergroten van de vindbaarheid van bestaande 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) en/of een sociaal-emotionele kwetsbaarheid, toegang toe heeft. Hiermee willen we bijdragen aan een beweging 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 (sociaal domein, informele netwerken) en, op de achtergrond, de ggz), 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, maar op onderlinge verbinding door onder andere inwoners samen te brengen. Getracht wordt aan te sluiten bij locaties en voorzieningen die toegankelijk en laagdrempelig zijn en al bekend zijn bij de doelgroep. Ook wordt bij de ontwikkeling van de laagdrempelige steunpunten actief gebruik gemaakt van bewonersgroepen.

Doelstellingen 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
- Voorkomen van escalatie van problemen
- Druk op huisartsen en de ggz verminderen

Meetbare effecten op het zorggebruik in de Zvw zijn op dit moment nog moeilijk te voorzien. In de business case houden we in ieder geval rekening met een afname van 20% van het aantal huisartsenconsulten door inwoners die gebruik maken van laagdrempelige steunpunten. Volgens Nivel-onderzoek uit 2023 heeft de gemiddelde patiënt 7 huisartsenconsulten per jaar. Onze aanname is dat inwoners met psychische problematiek ten minste 10 consulten per jaar bij de huisarts hebben. Een afname van 20% bij 250 gebruikers van laagdrempelige steunpunten levert dan een afname van ten minste 500 huisartsenconsulten op. Ook verwachten wij dat de laagdrempelige steunpunten bijdragen aan een ontlasting van de poh-ggz. De laagdrempelige steunpunten zullen tevens bijdragen aan het voorkomen van terugval van (ex-)ggz-patiënten en hiermee het terugdringen van nieuwe instroom in de ggz.

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 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 met 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. Het ligt niet in de lijn der verwachting dat de andere drie gemeenten ook met W in de Wijk gaan starten, gezien de relatief hoge kosten van dit project.

We starten met het in kaart brengen van potentieel kansrijke locaties in (de nabijheid van) huidige voorzieningen en met het betrekken van inwoners en ervaringsdeskundigen en/of sociaal werkers bij de (door)ontwikkeling van laagdrempelige steunpunten. Vervolgens breiden we 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. Ervaringsdeskundigen en/of sociaal werkers hebben een rol bij het vormgeven en organiseren van activiteiten. Hierbij wordt aangesloten bij het bestaande aanbod en zorg gedragen 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).

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, geen werk heeft of een behandelgoal in de ggz. Huisartsen ervaren hierdoor dat inwoners uit deze doelgroep veelvuldig een 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 en/of sociaal-emotionele kwetsbaarheid, weten de weg te vinden naar de laagdrempelige steunpunten en vinden daar verbinding, betrokkenheid, zingeving en 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 vermindering van acute zorgvragen. Het biedt ondersteuning voor herstel, draagt bij aan verminderde kwetsbaarheid en ontwikkeling 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, en 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. Dit is meer 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 zelfregie, herstel, leren en ontwikkelen. 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 bijvoorbeeld 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 ervaringsdeskundigen, het sociaal domein, de eerstelijnszorg en de ggz om activiteiten te organiseren die bijdragen aan educatie, informatie, ontwikkeling en herstel.
- 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 de activiteiten van TEAM ED in Amstelveen, de ggz-inloop van Participe en W in de Wijk.

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 en het eerste kwartaal van 2025 alle voorbereidingen worden gedaan voor het inrichten van pilots voor de functies van het MGN en de inrichting van de laagdrempelige steunpunten. Deze pilots worden in 2025 in gang gezet, bijgestuurd, gemonitord en geëvalueerd. Vervolgens groeien we vanaf 2026 stapsgewijs door naar volledige werking van het MGN en de laagdrempelige steunpunten. Zo groeien we in drie jaar tijd door naar volledige werking van het MGN waarbij het eerste jaar expliciet als pilotjaar geldt. Minimaal 9 maanden na de start van de pilots en voor eind 2025 vindt evaluatie plaats om te bepalen of de pilots van het MGN en de LS door gezet worden dan wel worden beëindigd (wanneer gewenste effecten uitblijven).

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 digitale ondersteuning voor het MGN opgezet voor de regio Amstelland 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. Bij de ontwikkeling van deze digitale ondersteuning combineren we slim wat er al is, we maken daarbij gebruik van reeds bestaande applicaties en stemmen af met SIGRA en Connect4Care. Daarmee is de digitale ondersteuning toegepast op de regio Amstelland.

5.2 Planning mijlpalen

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

Mijlpalenplanning	Uitgangsjaar 2024	2025 - pilotjaar	2026 - 33%	2027 - 67%	2028 - 100%	Waarop is deze aanname gebaseerd (good practice/
Consultatie ggz door eerste lijn en SD						
# aantal domeinoverstijgende consultaties per jaar	8 tot 12 tussen 1ste lijn en GGZ inGeest	75	144	292	436	Op basis van vergelijking bestaande initiatieven en inschatting voor regio
15% daarvan niet naar ggz		11,3	21,6	43,8	65,4	
Verkennd gesprek						
# aantal verkennende gesprekken per jaar	Geen	50	215	436	650	Op basis van vergelijking bestaande initiatieven en inschatting voor regio en aannames landelijke leidraad. Groei naar 10% van het aantal GGZ-cliënten in regio Amstelland (6500)
30% daarvan niet naar ggz		15,0	64,4	130,7	195,0	
40% daarvan verkort of lichter behandeltraject in ggz (event. combinatie met SD)		20	86	174	260	
Wachtlijstbeheer en transfermechanisme						
# aantal casussen per jaar	Geen	25	98	218	325	Op basis van vergelijking bestaande initiatieven en inschatting voor regio, groei naar 5% van het aantal GGZ-cliënten in regio Amstelland (6500)
10% minder behandelkosten in ggz		2,5	9,8	21,8	32,5	
Domeinoverstijgend casusoverleg						
# aantal patiënten voor domeinoverstijgend casusoverleg	In 2 wijken Amstelveen 4 x per jaar DOC	25	91	186	277	Voortbouwend op al lopende activiteiten in de regio (wijksamenwerkingsverbanden Randwijck en Bankras in Amstelveen)
20% daarvan niet naar ggz		5,0	18,3	37,1	55,4	
15% verkort behandeltraject		3,8	13,7	27,8	41,6	

Toelichting effect op zorggebruik ggz

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 en wachttijden na 2028 weer zal dalen.

Toelichting effect op zorggebruik huisartsenzorg

Volgens Nivel (2023) hebben inwoners in Nederland gemiddeld 7 consulten per jaar bij de huisarts. Onze aanname is dat inwoners die gebruik maken van de functies van het MGN ten minste 10 consulten per jaar bij de huisarts hebben. Dit geldt ook voor gebruikers van de laagdrempelige steunpunten. Onze aanname is dat de druk op de huisartsenzorg verlicht wordt door 15% minder consulten voor deelnemers aan de functies van het MGN en 20% minder consulten door gebruikers van laagdrempelige steunpunten.

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 ondersteuning 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. De uitvoeringskosten voor de functies van het MGN en de laagdrempelige steunpunten en de substitutiekosten in het sociaal domein worden in dit transformatieplan apart inzichtelijk gemaakt en maken onderdeel uit van de investeringsaanvraag.

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 in spannings-KPI's die de SMART beschreven zijn en voorzien zijn van op te leveren producten (deliverables) die ook aan derden ter beschikking kunnen worden gesteld. De resultaat-KPI's geven aan op welke wijze een meetbare bijdrage wordt geleverd aan de IZA-transformatiedoelstellingen. In de tabel in het volgende hoofdstuk wordt dit nader verantwoord.

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.

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	30-06-24
2.	Uiterlijk 31 december 2024 zijn de Werkgroepen MGN en laagdrempelige steunpunten gestart op basis van een opdrachtformulering van de Thematafel	Opdrachtformulering MGN en LS en overzicht van werkgroepleden per werkgroep	I	31-12-24
3.	Uiterlijk 31 december 2024 hebben partijen het Transformatieplan Mentaal Gezondheidsnetwerk regio Amstelland goedgekeurd, ondertekend en is het Transformatieplan bij de zorgverzekeraars ingediend.	Transformatieplan	I	31-12-24
4.	Uiterlijk 31 maart 2025 is een eerste versie van de digitale ondersteuning ontwikkeld vanuit het bestaande aanbod waarbinnen de verschillende functies van het MGN kunnen worden uitgevoerd.	Architectuur digitale ondersteuning functies MGN	I	31-03-25
5a.	Uiterlijk 31 maart 2025 is de collegiale consultatie, als onderdeel van (een van de vijf) functies van het MGN, ontwikkeld en uitgewerkt in een projectplan in relatie tot bestaand aanbod en inclusief de digitale ondersteuning hiervan.	Deelprojectplan collegiale consultatie als onderdeel van het projectplan MGN	I	31-03-25
5b.	Uiterlijk 31 maart 2025 is het verkennend gesprek, als onderdeel van (een van de vijf) de functies van het MGN, ontwikkeld en uitgewerkt in een projectplan in relatie tot bestaand aanbod en inclusief de digitale ondersteuning.	Deelprojectplan verkennend gesprek als onderdeel van het projectplan MGN	I	31-03-25
5c.	Uiterlijk 31 maart 2025 is het wachtlijstbeheer (inclusief toeleiding- en transfermechanisme), als onderdeel van (een van de vijf) de functies van het MGN, ontwikkeld en uitgewerkt in een projectplan in relatie tot bestaand aanbod en inclusief de digitale ondersteuning hiervan.	Deelprojectplan wachtlijstbeheer als onderdeel van het projectplan MGN	I	31-03-25
5d.	Uiterlijk 31 maart 2025 is het domeinoverstijgend casusoverleg, als onderdeel van (een van de vijf) de functies van het MGN, ontwikkeld en uitgewerkt in een projectplan in relatie tot bestaand aanbod en inclusief de digitale ondersteuning.	Deelprojectplan domeinoverstijgend casusoverleg als onderdeel van het projectplan MGN	I	31-03-25
5e.	Uiterlijk 31 maart 2025 zijn de digitale zelfhulpmodules, als onderdeel van (een van de vijf) de functies van het MGN, ontwikkeld en uitgewerkt in een projectplan in relatie tot bestaand aanbod.	Deelprojectplan digitale zelfhulpmodules als onderdeel van het projectplan MGN	I	31-03-25
5f.	Uiterlijk 31 maart 2025 is het concept van de laagdrempelige steunpunten ontwikkeld en uitgewerkt in een projectplan in relatie tot bestaand aanbod, de functies van het MGN en inclusief de digitale ondersteuning hiervan voor de regio Amstelland.	Projectplan laagdrempelige steunpunten	I	31-03-25
6a.	Uiterlijk 30 juni 2025 is een uniforme werkwijze voor de collegiale consultatie, als onderdeel van (een van de vijf) functies van het MGN, opgesteld en kan deze functie van het MGN ingericht worden als pilot in de regio Amstelland.	Beschrijving uniforme werkwijze van de collegiale	I	30-06-25

		consultatie als onderdeel van de inrichting van het MGN.		
6b	Uiterlijk 30 juni 2025 is een uniforme werkwijze voor het verkennend gesprek, als onderdeel van (een van de vijf) functies van het MGN, opgesteld en kan deze functie van het MGN ingericht worden als pilot in de regio Amstelland.	Beschrijving uniforme werkwijze van het verkennend gesprek als onderdeel van de inrichting van het MGN.	I	30-06-25
6c.	Uiterlijk 30 juni 2025 is een uniforme werkwijze voor het wachtlijstbeheer (toeleiding- en transfermechanisme), als onderdeel van (een van de vijf) functies van het MGN, opgesteld en kan deze functie van het MGN ingericht worden als pilot in de regio Amstelland.	Beschrijving uniforme werkwijze van het wachtlijstbeheer als onderdeel van de inrichting van het MGN.	I	30-06-25
6d.	Uiterlijk 30 juni 2025 is een uniforme werkwijze voor het domeinoverstijgend casusoverleg, als onderdeel van (een van de vijf) functies van het MGN, opgesteld en kan deze functie van het MGN ingericht worden als pilot in de regio Amstelland.	Beschrijving uniforme werkwijze van het domeinoverstijgend casusoverleg als onderdeel van de inrichting van het MGN.	I	30-06-25
6e.	Uiterlijk 30 juni 2025 is een uniforme werkwijze voor de digitale zelfhulpmodules, als onderdeel van (een van de vijf) functies van het MGN, opgesteld en kan deze functie van het MGN ingericht worden als pilot in de regio Amstelland.	Beschrijving uniforme werkwijze van de digitale zelfhulpmodules als onderdeel van de inrichting van het MGN.	I	30-06-25
6f.	Uiterlijk 30 juni 2025 is per gemeente een werkwijze voor de laagdrempelige steunpunten opgesteld.	Beschrijving werkwijze van de LS per gemeente	I	30-06-25
7.	Uiterlijk 30 juni 2025 zijn meerdere huisartsenpraktijken betrokken bij pilot verkennend gesprek.	Overzicht van deelnemende huisartsenpraktijken	I	30-06-25
8.	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	I	30-06-25
9a	Uiterlijk 31 december 2025 is een evaluatie met betrekking tot de collegiale consultatie, als onderdeel van (een van de vijf) functies van het MGN, uitgevoerd onder betrokken professionals en inwoners op basis waarvan een plan van aanpak voor optimalisering van dienstverlening is opgesteld voor de regio Amstelland (mits besloten is dat de gewenste resultaten bereikt kunnen worden).	Evaluatie met een plan van aanpak voor aanscherping van de opzet van de collegiale consultatie.	I	31-12-25
9b	Uiterlijk 31 december 2025 is een evaluatie met betrekking tot het verkennend gesprek, als onderdeel van (een van de vijf) functies van het MGN, uitgevoerd onder betrokken professionals en inwoners op basis waarvan een plan van aanpak voor optimalisering van dienstverlening is opgesteld voor de regio Amstelland (mits besloten is dat de gewenste resultaten bereikt kunnen worden).	Evaluatie met een plan van aanpak voor aanscherping van de opzet van het verkennend gesprek.	I	31-12-25

9c	Uiterlijk 31 december 2025 is een evaluatie met betrekking tot het wachtlijstbeheer (toeleiding- en transfermechanisme), als onderdeel van (een van de vijf) functies van het MGN, uitgevoerd onder betrokken professionals en inwoners op basis waarvan een plan van aanpak voor optimalisering van dienstverlening is opgesteld voor de regio Amstelland (mits besloten is dat de gewenste resultaten bereikt kunnen worden).	Evaluatie met een plan van aanpak voor aanscherping van de opzet van het wachtlijstbeheer.	I	31-12-25
10.	Uiterlijk 31 december 2025 hebben partijen definitieve 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	31-12-25
11.	Uiterlijk 31 december 2025 zijn er 2 laagdrempelige steunpunten beschikbaar voor inwoners	Rapport met cijfermatig inzicht	I	31-12-25
12a	Uiterlijk 30 juni 2026 is een evaluatie met betrekking tot het domeinoverstijgend casusoverleg, als onderdeel van (een van de vijf) functies van het MGN, uitgevoerd onder betrokken professionals en inwoners op basis waarvan een plan van aanpak voor optimalisering van dienstverlening is opgesteld voor de regio Amstelland (mits besloten is dat de gewenste resultaten bereikt kunnen worden).	Evaluatie met een plan van aanpak voor aanscherping van de opzet van het domeinoverstijgend casusoverleg.	I	30-06-26
12b	Uiterlijk 30 juni 2026 is een evaluatie met betrekking tot de digitale zelfhulpmodules, als onderdeel van (een van de vijf) functies van het MGN, uitgevoerd onder betrokken professionals en inwoners op basis waarvan een plan van aanpak voor optimalisering van dienstverlening is opgesteld voor de regio Amstelland (mits besloten is dat de gewenste resultaten bereikt kunnen worden).	Evaluatie met een plan van aanpak voor aanscherping van de opzet van de digitale zelfhulpmodules.	I	30-06-26
12c	Uiterlijk 30 juni 2026 is een evaluatie met betrekking tot de laagdrempelige steunpunten uitgevoerd onder betrokken professionals en inwoners op basis waarvan een plan van aanpak voor optimalisering van dienstverlening is opgesteld voor de regio Amstelland (mits besloten is dat de gewenste resultaten bereikt kunnen worden).	Evaluatie met een plan van aanpak voor aanscherping van de opzet van de laagdrempelige steunpunten	I	30-06-26
13.	Uiterlijk 30 juni 2026 zijn minimaal 20 simulaties uitgevoerd met de digitale ondersteuning met een positieve evaluatie (minstens 75% van de criteria behaald) m.b.t. de functies verkennend gesprek, wachtlijstbeheer en transfermechanisme (centraal toeleiding mechanisme) van het MGN.	Rapport met cijfermatig inzicht digitale ondersteuning	I	30-06-26
14.	Uiterlijk 30 juni 2026 zijn door de betrokken partijen afspraken gemaakt over de structurele bekostiging.	Afspraken over de structurele bekostiging	I	30-06-26
15.	Uiterlijk 30 juni 2026 zijn in alle gemeenten van Amstelland bewonersbijeenkomsten gehouden over mentale gezondheid en de mogelijkheden van het MGN en de laagdrempelige steunpunten	Overzicht van gehouden bewonersbijeenkomsten	I	30-06-26
16.	Uiterlijk 31 december 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	31-12-26
17.	Uiterlijk 31 december 2026 hebben over 2026 215 verkennende gesprekken plaatsgevonden.	Rapport met cijfermatig inzicht	R	31-12-26

18.	Uiterlijk 31 december 2026 zijn er 3 laagdrempelige steunpunten beschikbaar voor inwoners	Rapport met cijfermatig inzicht	I	31-12-26
19.	Uiterlijk 31 december 2026 hebben 125 inwoners van Amstelland in 2026 gebruik gemaakt van de laagdrempelige steunpunten.	Rapport met cijfermatig inzicht	R	31-12-26
20.	Uiterlijk 31 december 2026 hebben de functies van het MGN gezorgd voor een afbuiging in de instroom het aantal patiënten in de ggz van 3,3% t.o.v. 01-10-2025, zodat met een gelijkblijvende behandelcapaciteit wachtlijsten en wachttijden worden teruggedrongen.	Rapport met cijfermatig inzicht	R	31-12-26
21.	Uiterlijk 30 juni 2027 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	30-06-27
22.	Uiterlijk 30 juni 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	30-06-27
23.	Uiterlijk 30 juni 2027 maken in alle gemeenten van Amstelland huisartsenpraktijken gebruik van het verkennend gesprek	Overzicht van alle deelnemende huisartsenpraktijken	I	30-06-27
24.	Uiterlijk 30 juni 2027 is de wachttijd in de ggz t.o.v. 01-01-2025 met 50% gedaald.	Rapport met cijfermatig inzicht	R	30-06-27
25.	Uiterlijk 30 juni 2027 hebben alle deelnemende partijen aan het MGN Amstelland met elkaar en met de zorgverzekeraar structurele en bindende afspraken gemaakt over de verdere inzet en financiering van het MGN na eindiging van de IZA-periode.	Overeenkomst over structurele financiering van MGN Amstelland	I	31-12-27
26.	Uiterlijk 31 december 2027 is een evaluatie van de digitale ondersteuning 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 ondersteuning	I	31-12-27
27.	Uiterlijk 31 december 2026 hebben over 2027 486 verkennende gesprekken plaatsgevonden.	Rapport met cijfermatig inzicht	R	31-12-27
28.	Uiterlijk 31 december 2027 hebben 250 inwoners van de gemeente Amstelland in 2027 gebruik gemaakt van de laagdrempelige steunpunten.	Rapport met cijfermatig inzicht	R	31-12-27
29.	Uiterlijk 31 december 2027 hebben de functies van het MGN gezorgd voor een afbuiging in de instroom het aantal patiënten in de ggz van 6,7% t.o.v. 01-10-2025, zodat met een gelijkblijvende behandelcapaciteit wachtlijsten en wachttijden worden teruggedrongen.	Rapport met cijfermatig inzicht	R	31-12-27

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 hulp nodig hebben sneller geholpen kunnen worden en problematiek niet verergert.
- 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 betrokken zorg- en welzijnsorganisaties zullen medewerkers dienen vrij te maken en in te zetten voor de functies van het MGN.
- Daarnaast zal door substitutie van zwaardere zorg naar preventie en ondersteuning de ondersteuningsvraag in het sociaal domein toenemen, waarvoor voldoende personele capaciteit aangesteld en bekostigd dient te worden.
- Door de verplaatsing van de lichtere zorgvraag naar het sociaal domein kunnen wachtlijsten en -tijden in de ggz worden afgebouwd. De huidige beschikbare ggz-capaciteit kan hierdoor effectiever worden ingezet voor zorg aan complexere zorgvragers die nu niet behandeld worden.
- 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.
- 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 verwijzen naar een centrale voordeur waarachter het passende aanbod ontsloten wordt betekent een ontlasting van de huisartsenzorg.
- 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 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.
- 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.

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'.

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 eerstelijnszorg 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 totaaloverzicht 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 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 vanaf 2028 (2026 33% van doelstelling, 2027 67% van doelstelling). De vrijkomende capaciteit zal vooral worden ingezet voor patiënten met zwaardere en complexere ggz-problematiek die momenteel onvoldoende (tijdige) zorg krijgen.

7.1 Verwachte financiële effecten

Verwachte financiële effecten	2025	2026	2027	2028
Consultatie ggz door eerste lijn en SD				
# aantal domeinoverstijgende consultaties per jaar	75	144	292	436
15% daarvan niet naar ggz	11,3	21,6	43,8	65,4
Besparing kosten ggz	€ 22.500	€ 43.164	€ 87.636	€ 130.800
Verkenkend gesprek				
# aantal verkennende gesprekken per jaar	50	215	436	650
30% daarvan niet naar ggz	15,0	64,4	130,7	195,0
40% daarvan verkort of lichter behandeltraject in ggz (event. combinatie met SD)	20	86	174	260
Besparing kosten ggz	€ 50.000	€ 214.500	€ 435.500	€ 650.000
Wachttijstbeheer en transfermechanisme				
# aantal casussen per jaar	25	98	218	325
10% minder behandelkosten ggz	2,5	9,8	21,8	32,5
Besparing kosten ggz	€ 5.000	€ 19.500	€ 43.550	€ 65.000
Domeinoverstijgend casusoverleg				
# aantal patiënten voor domeinoverstijgend casusoverleg	25	91	186	277
20% daarvan niet naar ggz	5,0	18,3	37,1	55,4
15% verkort behandeltraject	3,8	13,7	27,8	41,6
Besparing kosten ggz	€ 13.750	€ 50.276	€ 102.075	€ 152.350
Vrijkomende capaciteit ggz-patiënten	58	213	435	650
Vrijkomende financiële ruimte Zvw (incl. indexering 3%)	€ 91.663	€ 328.948	€ 671.823	€ 1.002.721

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 het uitgangspunt uit de landelijke business case dat 80% van deze groep nieuw in het sociaal domein zal zijn waarvoor de uitvoeringskosten € 800,- per inwoner bedragen. De verschuiving van de ggz naar het

sociaal domein levert per casus dan per saldo een besparing van € 1.200,- op (uitgaande van de gemiddelde kosten van € 2.000,- voor zowel b-ggz als s-ggz per patiënt).

Hier dienen echter de kosten voor het MGN en de laagdrempelige steunpunten op in mindering gebracht te worden. De landelijke business case rekent voor de kosten van het verkennend gesprek met € 350,- voor de inzet van ggz-professionals en € 140,- voor de inzet van medewerkers en ervaringsdeskundigen uit het sociaal domein. Deze business case baseert zich op deze richtbedragen. Voor de overige functies van het MGN gaat de landelijke business case uit van een totaalbedrag van € 200.000,- per netwerk. Aangezien de regio Amstelland een relatief kleine regio is en het regiobeeld een gemiddeld beeld van de mentale problematiek laat zien, gaan wij uit van een bedrag van € 150.000 na volledige ontwikkeling van het MGN (na pilotjaar 2025 in 3 jaar toegroeien naar volledige ontwikkeling). In lijn met het bovenstaande rekenen wij voor de coördinatie, monitorings- en administratiekosten bij volledige werking van het MGN ook met 75% van de kosten uit de landelijke business case (€ 150.000,-).

Anders dan de uitgangspunten van de landelijke business case en de opzet in sommige andere regio's, gaan wij – o.a. door ook inzet van de consultatiefunctie en het domeinoverstijgende casusoverleg binnen het MGN – uit van gerichte en hiermee relatief beperkte inzet van het verkennend gesprek. De huisarts en/of poh-ggz kunnen ook voor passender interventies kiezen, zoals directe verwijzing naar de ggz of Welzijn op Recept. 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 eerdergenoemde aantallen en bovenstaande bedragen levert dit het volgende overzicht op:

Kosten MentaalGezondheidsNetwerk (MGN)	2025	2026	2027	Vanaf 2028
Inzet professionals ggz voor VG	€ 17.500	€ 75.075	€ 152.425	€ 227.500
Inzet professionals sociaal domein voor VG	€ 7.000	€ 30.030	€ 60.970	€ 91.000
Inzet professionals overige functies MGN	€ 25.000	€ 50.000	€ 100.000	€ 150.000
Coördinatie en adm. kosten MGN	€ 25.000	€ 50.000	€ 75.000	€ 112.500
Totale kosten inzet MGN en substitutie SD	€ 74.500	€ 205.105	€ 388.395	€ 581.000
Totale kosten inclusief jaarlijkse indexering 3%	€ 76.735	€ 217.596	€ 424.399	€ 653.916

Als we deze kosten aftrekken van de verwachte (rekenkundige) opbrengsten, dan ontstaat de volgende positieve financiële business case voor het wegwerken van wachttijden en -lijsten in de (specialistische) ggz:

Positieve business case vanaf 2028	2025	2026	2027	Vanaf 2028
Totale vrijkomende financiële ruimte Zvw	€ 91.663	€ 330.501	€ 678.223	€ 1.017.270
Totale kosten MGN	€ 76.735	€ 217.596	€ 424.399	€ 653.916
Netto effect	€ 14.928	€ 112.905	€ 253.824	€ 363.354

Hierbij dient wel rekening gehouden te worden met de volgende substitutiekosten in het sociaal domein:

Substitutiekosten sociaal domein	2025	2026	2027	Vanaf 2028
Toename inzet sociaal domein (welzijn en Wmo) a.g.v. MGN	€ 37.904	€ 144.945	€ 304.487	€ 468.100
Laagdrempelige steunpunten	€ 100.000	€ 154.500	€ 159.135	€ 168.825
Totaal (inclusief jaarlijkse indexering 3%)	€ 137.904	€ 299.445	€ 463.622	€ 636.925

Voor de uitvoeringskosten van de laagdrempelige steunpunten gaan wij uit van € 50.000,- per steunpunt per jaar. In 2025 worden naast de bestaande voorzieningen in Amstelveen twee steunpunten ingericht in Aalsmeer en Uithoorn. In 2026 volgt een laagdrempelig steunpunt in Ouderkerk aan de Amstel.

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. De gemiddelde zwaarte in de s-ggz zal hierdoor toenemen. - 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.

	De inrichting van laagdrempelige steunpunten zal bijdragen aan het voorkomen van terugval in de ggz en druk wegnemen voor de eerstelijnszorg.
Regionale en/of landelijke herverdeling (profielkeuzes)	- Het vrijmaken van extra behandelcapaciteit in de ggz wordt – naast het opvangen van lichtere zorgvragen door het sociaal domein – ook gerealiseerd door een verschuiving van de s-ggz naar de b-ggz en een verkorting van de behandelduur in de s-ggz en b-ggz door een gecombineerde behandeling met inzet vanuit het sociaal domein. - Door verschuiving van zorg- en hulpvragen van de ggz naar het sociaal domein zal vanaf 01-01-2025 een toename van de hulpvraag in het sociaal domein 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 patiënten 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. Hierbij dient wel opgemerkt te worden dat de gemiddelde zorgzwaarte in de s-ggz zal toenemen. - Door verschuiving naar lichtere vormen van zorg en ondersteuning zal de benodigde personele capaciteit in het sociaal domein 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 sociaal domein). Dit is exclusief de benodigde personele inzet voor de laagdrempelige steunpunten. - 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.

De thematafel mentale gezondheid Amstelland is ervan overtuigd dat met bovenstaande beoogde effecten niet alleen de IZA-doelen in het algemeen, maar juist ook de regionale vraagstukken zoals beschreven in hoofdstuk 2 het hoofd kunnen worden geboden. Dit betreft het terugdringen van het aantal huisartsconsulten, het vrijmaken van ggz-capaciteit voor inwoners met complexe psychische problematiek die nu te lang op wachtlijsten staan, het beter benutten van personele capaciteit en het terugdringen van mentale belasting door tevens de inzet van laagdrempelige steunpunten met inzet van ervaringsdeskundigen en het betrekken van inwoners.

7.3 Begroting uitvoeringskosten MGN en laagdrempelige steunpunten

Begroting MGN Amstelland	2025	2026	2027	2028	Waarop is deze aanname gebaseerd (good practice/ data/ interview etc)?
Aannames aantal gebruikers functies MGN					
# aantal domeinoverstijgende consultaties per jaar	75	144	292	436	Groei naar 6,7 % van het aantal GGZ-cliënten in regio Amstelland (6.500)
# aantal verkennende gesprekken per jaar	50	215	436	650	Groei naar 10 % van het aantal GGZ-cliënten in regio Amstelland (6.500)
# aantal patiënten voor domeinoverstijgend casusoverleg	25	91	186	277	Groei naar 4,2% van het aantal GGZ-cliënten in regio Amstelland (6.500)
Vrijkomende capaciteit ggz-patiënten	58	213	435	650	
Uitvoerings- en substitutiekosten					
Inzet professionals ggz verkennend gesprek	€ 17.500	€ 75.075	€ 152.425	€ 227.500	Conform landelijke business case € 350 voor ggz
Inzet professionals sociaal domein voor VG	€ 7.000	€ 30.030	€ 60.970	€ 91.000	Conform landelijke business case € 140 voor sociaal domein
Inzet professionals overige functies MGN	€ 25.000	€ 50.000	€ 100.000	€ 150.000	75% van de kosten landelijke business case
Coördinatie en adm. kosten MGN	€ 25.000	€ 50.000	€ 75.000	€ 112.500	75% van de kosten landelijke business case
subtotaal (incl. jaarlijkse indexering 3%)	€ 76.735	€ 217.596	€ 424.399	€ 653.916	
Substitutiekosten sociaal domein (incl. indexering)	€ 37.904	€ 144.945	€ 304.487	€ 468.100	80% doorverwijzingen naar SD x € 800,- conform landelijke business case
Kosten laagdrempelige steunpunten (incl. indexering)	€ 100.000	€ 154.500	€ 159.135	€ 163.905	Berekening door Participe en TEAM ED, € 50.000,- per steunpunt
Totaal inclusief jaarlijkse indexatie van 3%	€ 214.639	€ 517.041	€ 888.021	€ 1.285.920	

In de begroting voor de kosten van het MGN gaan we van het volgende uit:

- 2025: pilotjaar voor de ontwikkeling, testen en evalueren van de functies van het MGN
- 2026: opschaling naar 33% van de beoogde doelen (o.a. 650 verkennende gesprekken in 2028)
- 2027: verdere opschaling naar 67% van de beoogde doelen
- 2028: volledige werking MGN

De inzet van medewerkers en ervaringsdeskundigen uit het sociaal domein kunnen conform het *Addendum op het Beoordelingskader Impactvolle zorgtransformaties en inzet transformatiemiddelen* bekostigd worden vanuit de IZA-transformatiemiddelen. De extra inzet die in het sociaal domein nodig is door verschuiving van lichtere zorgvragen van de ggz naar Welzijn en Wmo zal tot eind 2027 € 487.366 bedragen. Voor de kosten van de laagdrempelige steunpunten begroten wij tot eind 2027 € 413.635,-.

Van belang is dat gedurende de looptijd van het IZA-transformatieplan tijdig heldere afspraken tussen partijen worden gemaakt over structurele financiering van het MGN en de laagdrempelige steunpunten. Dit betreft zowel de uitvoeringskosten voor de functies van het MGN als de substitutiekosten in het sociaal domein. Vandaar dat in de mijlpalenplanning de structurele financieringsafspraken een cruciale KPI is.

Geen reguliere contractering

Bovenstaande begroting is uitsluitend ten behoeve van dit Transformatieplan opgesteld en ziet niet op de reguliere zorgcontractering van de zorgverzekeraars met de afzonderlijke contractpartijen.

8. Transformatie-aanvraag

Om de ambities uit dit transformatieplan te realiseren, is de inzet van investeringsmiddelen 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 in het vorige hoofdstuk vermelde uitvoeringsbegroting zijn de kosten opgenomen voor de daadwerkelijke uitoefening van de functies van het MGN en de substitutiekosten in het sociaal domein. Deze uitvoerings- en substitutiekosten zijn als begroting opgenomen en staan los van de reguliere contractering tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders in de Zvw en tussen gemeenten en welzijnsinstellingen in Welzijn en Wmo.

Geen dubbel financiering

Er is geen sprake van dubbele bekostiging. Alle kosten die opgevoerd worden in de investeringsbegroting betreffen eenmalige projectkosten. Personele inzet die nodig is voor de ontwikkeling van het MGN Amstelland, zoals projectleiding en deelname aan werkgroepen en scholing en opleiding, zijn additionele kosten specifiek voor deze zorgtransformatie. Dit betreft bijvoorbeeld de vervangingskosten van professionals uit het primaire proces die deelnemen aan werkgroepen of scholingen. Ook worden er geen bedrijfsvoeringskosten opgenomen die al gedekt worden uit reguliere financiering of andere IZA-transformatie-aanvragen. Om dubbel financiering geheel uit te sluiten zijn de kosten van beleidsmedewerkers, managers en bestuurders van de deelnemende organisaties voor de ontwikkeling van het MGN niet in de investeringsbegroting opgenomen. Deze kosten komen ten laste van de reguliere bedrijfsvoering.

Kassiersfunctie

De investeringsmiddelen worden uitbetaald aan GGZ inGeest die optreedt als 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. Elk deelnemende (zorg)partij houdt zijn eigen projectadministratie (en dus ook kostenregistratie) bij, waarbij minimaal één aparte grootboekregel wordt gebruikt waar de kosten en uitbetalingen van transformatiemiddelen worden geboekt met het oog op transparantie en navolgbaarheid. Achteraf dient inzichtelijk te zijn waaraan de kosten zijn besteed én dat deze navolgbaar zijn, bijvoorbeeld door middel van een factuur of memoriaal (interne doorbelasting).

8.1 Eenmalige investeringsmiddelen

De benodigde investeringsmiddelen worden als volgt beraamd (inclusief btw en jaarlijkse indexering van 3%):

Investeringsmiddelen	2024	2025	2026	2027	Totaal
Personele inzet projectmanagement en werkgroepen - intern	€ 53.200	€ 233.377	€ 186.852	€ 139.433	€ 612.862
Projectbegeleiding en ondersteuning - extern	€ 66.429	€ 263.717	€ 152.348	€ 121.639	€ 604.134
Scholingskosten verkennend gesprek		€ 12.688	€ 29.666	€ 13.460	€ 55.813
Intervisiekosten		€ 10.058	€ 36.867	€ 28.479	€ 75.404
Aankoopkosten digitale ondersteuning	€ 25.000	€ 77.250	€ 79.568	€ 54.635	€ 236.453
Voorlichtings- en communicatiekosten (waaronder bewonersbijeenk.)		€ 51.500	€ 53.045	€ 27.318	€ 131.863
Marge onvoorzien 1%	€ 1.446	€ 6.486	€ 5.383	€ 3.850	€ 17.165
Totaal IZA-investeringsmiddelen	€ 146.075	€ 655.076	€ 543.730	€ 388.813	€ 1.733.694
<i>inclusief btw en jaarlijkse indexatie 3% vanaf 2025</i>					

De totale investeringsmiddelen bedragen tot en met 2027 **€ 1.733.694,-**.

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
Inzet deelnemers werkgroep MGN	5 x 2 uur p/w (0,25 fte) x 12wk x € 125 € 17.520	5 x 2 uur p/w (0,25 fte) x 46wk x € 125 € 67.160	5 x 1,5 uur p/w (0,1875 fte) x 46wk x € 125 € 50.370	5 x 1 uur p/w (0,125 fte) x 46wk x € 125 € 33.580
Inzet deelnemers werkgroep LS	5 x 2 uur p/w (0,25 fte) x 10wk x € 100 € 11.680	5 x 2 uur p/w (0,25 fte) x 46wk x € 100 € 55.660	5 x 1,5 uur p/w (0,1875 fte) x 46wk x € 100 € 40.296	5 x 1 uur p/w (0,125 fte) x 46wk x € 100 € 26.864
Administratie en -beheerkosten		0,75 dagen p/w (0,15 fte) x 46wk x € 110 € 30.360	0,75 dagen p/w (0,15 fte) x 46wk x € 110 € 30.360	0,75 dagen p/w (0,15 fte) x 46wk x € 110 € 30.360
Personele inzet intern (incl. btw en indexering)	€ 53.200	€ 233.377	€ 186.852	€ 139.433
Externe projectbegeleiding en -ondersteuning	1,5 dag p/w (0,3 fte) x 15wk x € 185 € 40.293	2,5 dagen p/w (0,5 fte) x 46wk x € 140 € 155.848	1,5 dag p/w (0,3 fte) x 46wk x € 140 € 93.509	1,25 dag p/w (0,15 fte) x 46wk x € 140 € 77.924
Externe projectleiding digitale ondersteuning	1,5 dagen p/w (0,3 fte) x 12wk x € 150 € 26.136	1,5 dagen p/w (0,3 fte) x 46wk x € 150 € 100.188	0,75 dag p/w (0,15 fte) x 46wk x € 150 € 50.094	0,5 dag p/w (0,1 fte) x 46wk x € 150 € 33.396
Personele inzet extern (incl. btw en indexering)	€ 66.429	€ 263.717	€ 152.348	€ 121.639

Voor de projectleiding van de Werkgroep MGN heeft GGZ inGeest een aparte projectleider aangenomen. De inzet voor het MGN Amstelland betreft in 2024 (vanaf 1 september gestart) en 2025 2 dagen per week, waarna de inzet wordt afgebouwd. Voor de projectgroep laagdrempelige steunpunten wordt geen aparte projectleider ingezet.

De deelnemers van beide werkgroepen zijn professionals en ervaringsdeskundigen uit de bij het MGN Amstelland betrokken organisaties. Zij dienen voor deelname aan deze werkgroepen te worden vrijgesteld van hun uitvoerende werkzaamheden en hiervoor vervangen te worden.

De externe personeelskosten betreffen de inhuur van projectondersteuning voor de werkgroepen en de procesbegeleiding van de thematafel (zie hoofdstuk programmastructuur en governance) inclusief het opstellen van het transformatieplan, evenals de projectleiding voor de digitale ondersteuning van de functies van het MGN.

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	2 workshops (zaalhuur en 6 uur x € 125)	€ 3.500	5 workshops (zaalhuur en 6 uur x € 125)	€ 8.750	2 workshops (zaalhuur en 6 uur x € 125)	€ 3.500
Workshop verkennend gesprek ggz-professionals	4 x 4 uur x € 125	€ 2.000	10 x 4 uur x € 125	€ 5.000	4 x 4 uur x € 125	€ 2.000
Workshop verkennend gesprek professionals SD	4 x 4 uur x € 85	€ 1.360	8 x 4 uur x € 85	€ 2.720	4 x 4 uur x € 85	€ 1.360
Workshop verkennend gesprek ervaringsdesk.	4 x 4 uur x € 80	€ 1.280	8 x 4 uur x € 80	€ 2.560	4 x 4 uur x € 80	€ 1.280
Workshop verkennend gesprek pog-ggz	6 x 4 uur x € 85	€ 2.040	12 x 4 uur x € 85	€ 4.080	6 x 4 uur x € 85	€ 2.040
	incl. btw en indexering	€ 12.687	incl. btw en indexering	€ 29.666	incl. btw en indexering	€ 13.460

Onderbouwing intervisiekosten	2025		2026		2027	
Intervisiebijeenkomsten ggz-professionals	5 x 6 uur (3 x 2 uur) x € 125	€ 3.750	10 x 8 uur (4 x 2 uur) x € 125	€ 10.000	10 x 6 uur (3 x 2 uur) x € 125	€ 7.500
Intervisiebijeenkomsten professionals SD	4 x 6 uur (3 x 2 uur) x € 85	€ 2.040	8 x 8 uur (4 x 2 uur) x € 85	€ 5.440	8 x 6 uur (3 x 2 uur) x € 85	€ 4.080
Intervisiebijeenkomsten ervaringsdesk.	4 x 6 uur (3 x 2 uur) x € 80	€ 1.920	8 x 8 uur (4 x 2 uur) x € 80	€ 5.120	8 x 6 uur (3 x 2 uur) x € 80	€ 3.840
Intervisiebijeenkomsten pog-ggz	6 x 6 uur (3 x 2 uur) x € 85	€ 360	12 x 8 uur (4 x 2 uur) x € 85	€ 8.160	12 x 6 uur (3 x 2 uur) x € 85	€ 6.120
	incl. btw en indexering	€ 10.058	incl. btw en indexering	€ 36.868	incl. btw en indexering	€ 28.479

De kosten voor scholing en intervisie betreffen de vervangingskosten van professionals uit de eerstelijnszorg, ggz, sociaal domein en de ervaringsdeskundigen en de docentkosten voor de workshops/trainingen. De accommodatiekosten zijn beperkt opgenomen, omdat zoveel gebruik gemaakt gaat worden van eigen locaties.

De materiële kosten betreffen de aankoopkosten voor digitale ondersteuning van de functies van het MGN (geen licentiekosten) en de voorlichtings- en communicatiekosten, waaronder bewonersbijeenkomsten om inwoners bekend te maken met het MGN en de laagdrempelige steunpunten en hen voor te lichten in de omslag van ziekte en zorg naar preventie, veerkracht en gezondheid.

8.3 Fasering aangevraagde eenmalige investeringsmiddelen

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, vindt naar verhouding een groter deel van het totale investeringsbedrag in de eerste jaren plaats. Het totale eenmalige investeringsbudget is voor ten minste 30% gekoppeld aan resultaat-KPI's (dus ten minste € 520.108).

Nr.	Deliverable	Soort KPI	Opleverdatum	Uitbetalingsmoment	Bedrag
1.	Snelle toets	I	30-06-2024		€ -
2.	Opdrachtformulering MGN en LS en Overzicht van werkgroepleden per werkgroep	I	31-12-2024		€ 55.000
3.	Transformatieplan	I	31-12-2024		€ 100.000
				Na Q4 '24	€ 155.000
4.	Architectuur digitale ondersteuning functies MGN	I	31-03-2025		€ 50.000
5a.	Deelprojectplan collegiale consultatie	I	31-03-2025		€ 20.000
5b.	Deelprojectplan verkennend gesprek	I	31-03-2025		€ 30.000
5c.	Deelprojectplan wachtlijstbeheer en transfermechanisme	I	31-03-2025		€ 30.000
5d.	Deelprojectplan domeinoverstijgend casusoverleg	I	31-03-2025		€ 30.000
5e.	Deelprojectplan digitale zelfhulpmodules	I	31-03-2025		€ 30.000
5f.	Projectplan laagdrempelige steunpunten	I	31-03-2025		€ 30.000
6a.	Beschrijving uniforme werkwijze van de collegiale consultatie	I	30-06-2025		€ 20.000
6b.	Beschrijving uniforme werkwijze van het verkennend gesprek	I	30-06-2025		€ 30.000
6c.	Beschrijving uniforme werkwijze van het wachtlijstbeheer en transfermechanisme	I	30-06-2025		€ 30.000
6d.	Beschrijving uniforme werkwijze van het domeinoverstijgend casusoverleg	I	30-06-2025		€ 30.000
6e.	Beschrijving uniforme werkwijze van de digitale zelfhulpmodules	I	30-06-2025		€ 30.000
6f.	Beschrijving werkwijze laagdrempelige steunpunten per gemeente	I	30-06-2025		€ 30.000
7.	Overzicht van deelnemende huisartsenpraktijken in de pilot	I	30-06-2025		€ 25.000
8.	Overzicht van uitgevoerde bijeenkomsten en deelnemers	I	30-06-2025		€ 50.000
				Na Q2 '25	€ 465.000
9a.	Evaluatie met een PvA voor aanscherping van de opzet van de collegiale consultatie	I	31-12-2025		€ 30.000
9b.	Evaluatie met een PvA voor aanscherping van de opzet van de verkennende gesprekken	I	31-12-2025		€ 30.000
9c.	Evaluatie met een PvA voor aanscherping van de opzet van het wachtlijstbeheer	I	31-12-2025		€ 30.000
10.	Samenwerkingsconvenant	I	31-12-2025		€ 50.000
11.	Rapport met cijfermatig inzicht van aantal en gebruik laagdrempelige steunpunten	I	31-12-2025		€ 50.000
				Na Q4 '25	€ 190.000
12a.	Evaluatie met een PvA voor aanscherping van de opzet van het domeinoverstijgend casusoverleg	I	30-06-2026		€ 25.000

12b.	Evaluatie met een PvA voor aanscherping van de opzet van de digitale zelfhulpmodules	I	30-06-2026		€ 25.000
12c.	Evaluatie met een PvA voor aanscherping van de opzet van de laagdrempelige steunpunten	I	30-06-2026		€ 25.000
13.	Rapport met cijfermatig inzicht digitale ondersteuning	I	30-06-2026		€ 30.000
14.	Afspraken over de structurele bekostiging na 2027	I	30-06-2025		€ 25.000
15.	Overzicht van gehouden bewonersbijeenkomsten	I	30-06-2025		€ 30.000
				Na Q2 '26	€ 160.000
16.	Rapportage: 10% van de betrokken professionals bij het MGN en LS zet digitale zelfhulpmodules in ter ondersteuning van de behandeling (uitvraag in enquête).	R	31-12-2026		€ 55.000
17.	Rapportage: 215 verkennende gesprekken in 2026	R	31-12-2026		€ 55.000
18.	Rapportage: 3 laagdrempelige steunpunten in Amstelland	I	31-12-2026		€ 40.000
19.	Rapportage: 125 inwoners van Amstelland maken gebruik van laagdrempelige steunpunten	R	31-12-2026		€ 55.000
20.	Rapportage: afbuiging in de instroom het aantal patiënten in de ggz van 3,3% t.o.v. 01-10-2025	R	31-12-2026		€ 55.000
				Na Q4 '26	€ 260.000
21.	Plan van aanpak incl. uitkomsten evaluatie m.b.t. digitale zelfhulp	I	30-06-2027		€ 45.000
22.	Plan van aanpak incl. uitkomsten evaluatie m.b.t. het samenwerkingsconvenant	I	30-06-2027		€ 45.000
23.	In alle gemeenten van Amstelland maken huisartsenpraktijken gebruik van het verkennend gesprek (overzicht van deelnemende huisartsenpraktijken)	R	30-06-2027		€ 55.000
24.	Rapport met cijfermatig inzicht: wachttijd in ggz met 50% gedaald	R	30-06-2027		€ 60.000
				Na Q2 '27	€ 205.000
25.	Overeenkomst structurele financiering MGN	I	31-12-2027		€ 65.000
26.	Plan van aanpak incl. uitkomsten evaluatie m.b.t. de digitale ondersteuning	I	31-12-2027		€ 45.000
27.	Rapport met cijfermatig inzicht: 486 verkennende gesprekken	R	31-12-2027		€ 60.000
28.	Rapport met cijfermatig inzicht: 250 inwoners maken gebruik van LS	R	31-12-2027		€ 60.000
29.	Rapportage: afbuiging in de instroom het aantal patiënten in de ggz van 6,7% t.o.v. 01-10-2025	R	31-12-2027		€ 68.694
				Na Q4 '27	€ 298.694
				TOTAAL	€ 1.733.694

8.4 Totale aanvraag transformatiemiddelen

De totale aanvraag voor IZA-transformatiemiddelen voor het MGN en de laagdrempelige steunpunten in Amstelland betreft de bovenstaande eenmalige investeringsmiddelen en de in paragraaf 7.3 vermelde uitvoeringskosten van het MGN en substitutiekosten in het sociaal domein:

Totale aanvraag transformatiemiddelen	2024	2025	2026	2027	Totaal
Eenmalige investeringsmiddelen	€ 146.075	€ 655.076	€ 543.730	€ 388.813	€ 1.733.694
Uitvoeringskosten MGN		€ 76.735	€ 217.596	€ 424.399	€ 718.730
Substitutiekosten sociaal domein		€ 37.904	€ 144.945	€ 304.487	€ 487.336
Laagdrempelige steunpunten		€ 100.000	€ 154.500	€ 159.135	€ 413.635
Totaal IZA-transformatieaanvraag	€ 146.075	€ 869.715	€ 1.060.770	€ 1.276.835	€ 3.353.395

8.5 Lange termijn financiering na 2027

De lange termijn investering na 2027 verdient aandacht. Op dit moment zijn daarvoor nog geen concrete oplossingen. Iedere deelnemende partij spant zich in om de transformatie na 2027 verder te borgen en door te ontwikkelen. Per partij wordt gekeken welke ruimte daarin gemaakt kan worden. Na het pilotjaar 2025 worden in 2026 afspraken gemaakt voor de structurele financiering na de IZA-periode (eind 2027), zodat we daarna verder kunnen opschalen en borgen. Dit wordt vastgelegd in het Samenwerkingsconvenant.

9. Programmastructuur en governance

Voor het opstellen en uitvoeren van de plannen voor 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.

9.1 Thematafel Mentale Gezondheid

De thematafel Mentale Gezondheid in de regio Amstelland is verantwoordelijk voor de uitvoering van dit transformatieplan. De thematafel bestaat uit de volgende organisaties en personen:

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)	Arkin, Parnassia-groep, Invivo Clinics 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, Mantelzorg & Meer en TEAM ED.
Zorg & Zekerheid	Peter Baak (ggz-inkoper Zorg & Zekerheid)	

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. 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 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 laagdrempelige steunpunten). 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. Op basis van een opdrachtformulering (zie bijlage) geven de werkgroepen uitwerking aan de invulling van de functies van het MGN en de laagdrempelige steunpunten. Daarbij hebben zij aandacht voor burgerparticipatie.

9.2 Stuurgroep

De bestuurlijk verantwoordelijke stuurgroep voor dit transformatieplan- conform het beoordelingskader transformatieplannen van de NZa - bestaat uit de bestuurders van de deelnemende organisaties aan de thematafel, te weten:

Deelnemende organisatie	Personen
Gemeente Amstelveen	Marijn van Ballegooijen (wethouder)
GGZ inGeest	Fred Paling (bestuurder)
Amstelland Zorg	Jacomien de Jong (bestuurder)
Participe	Marcel Bastiaansen (bestuurder)
Zorg & Zekerheid	Susanne Rutten

De stuurgroep ziet toe op de uitvoering van het transformatieplan, in het bijzonder het behalen van de afgesproken doelen en kritische prestatie-indicatoren en is verantwoordelijk voor de financiële verantwoording van de toegekende IZA-investeringsmiddelen. In het bijzonder heeft de stuurgroep aandacht voor de risico's ten aanzien van domeinoverstijgende kosten, dubbele bekostiging en ongeoorloofde staatssteun. De stuurgroep komt ten minste jaarlijks bijeen.

De gemeente Amstelveen treedt als hoofdindienaar van dit transformatieplan op en is namens de deelnemende partijen verantwoordelijk voor de inhoudelijke en financiële verantwoording aan de zorgverzekeraars. Elk deelnemende (zorg)partij houdt zijn eigen projectadministratie (en dus ook

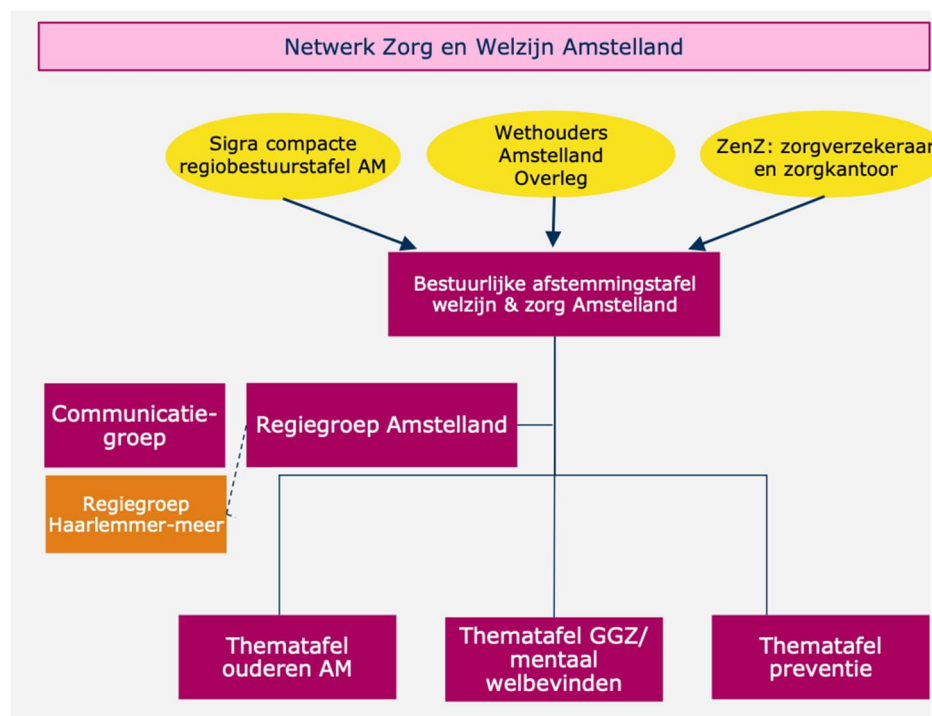
kostenregistratie) bij, waarbij minimaal één aparte grootboekregel wordt gebruikt waar de kosten en uitbetalingen van transformatiemiddelen worden geboekt met het oog op transparantie en navolgbaarheid. Achteraf dient inzichtelijk te zijn waaraan de kosten zijn besteed én dat deze navolgbaar zijn, bijvoorbeeld door middel van een factuur of memoriaal (interne doorbelasting).

Om risico's af te dekken en onderlinge aansprakelijkheden te regelen wordt een samenwerkingsconvenant opgesteld.

9.3 Bredere governancestructuur

De programmastructuur voor het transformatieplan Mentale Gezondheidsnetwerken is ingebed in een bredere en al langer functionerende governancestructuur in Amstelland op het gebied van zorg en welzijn. De bestuurders van alle betrokken partijen monitoren periodiek de voortgang en sturen bij waar nodig.

*thematafel ggz/ mentaal welbevinden wordt ook wel thematafel mentale gezondheid genoemd.



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
- Handvatten voor het opstellen van KPI’s en Transformatieplannen, 2024
- Verantwoordingskader Transformatieplannen NZa, 2024



Amstelland-gemeenten, Marijn van Ballegooijen	TEAM ED, Georgette Groutars
GGZ inGeest, Fred Paling	Participe Amstelland, Marcel Bastiaansen
Arkin, Dick Veluwenkamp	Coherente, Anneke Mulder
Parnassia Groep, Jan van Schilt	MEE, Esselien de Leeuw
Invivo Clinics, Saskia Dijkma	Mantelzorg & Meer, Esselien de Leeuw
Amstelland Zorg, Jacomien de Jong	