

Rapportage

Implementatiemonitor Mentale Gezondheidsnetwerken

Juli 2026

1. Inleiding en respons

In de periode mei t/m juli 2026 zijn 37 implementatiemonitors ingevuld. Die bevatten informatie over 41 van de 45 mentale gezondheidsnetwerken (MGN's).¹

De monitor bevraagt de stand van zaken op het gebied van functies, bekostiging, contractering, ICT en aansluiting van partners. Dit document biedt een overkoepelende analyse voor bespreking in de landelijke IZA/AZWA werkgroep Mentale gezondheidsnetwerken.

Deze monitor staat niet op zichzelf. De implementatiemonitor is een van de instrumenten waarmee de betrokken partijen gezamenlijk leren en verbeteren. De uitkomsten dragen bij aan de doorontwikkeling van de mentale gezondheidsnetwerken in de werkgroep en worden verbonden met de bredere monitoring van de landelijke afspraken.

De antwoorden laten een gevarieerd beeld zien: van netwerken die nog volledig in de voorbereidingsfase zitten tot netwerken die al vele tientallen verkennende gesprekken hebben gevoerd.

De werkgroep bedankt iedereen die een bijdrage heeft geleverd aan deze monitor.

¹ We gaan hierna in tabellen en tellingen uit van het aantal ingevulde vragenlijsten: 37.

2. Implementatiefase en uitvoering

2.1 Fase van het verkennend gesprek

De implementatie van het verkennend gesprek (VG) bevindt zich in de meeste netwerken in een tussenfase: gestart, maar nog niet volledig uitgerold.

Fase	Aantal netwerken
Vorbereidingsfase	10
Pilotfase	5
Gedeeltelijk geïmplementeerd	19
Volledig geïmplementeerd	2
Geborgd	1

2.2 Functies in uitvoering

Netwerken gaven aan welke functies in mei 2026 daadwerkelijk in uitvoering zijn. Coördinatie is niet meegenomen als antwoordoptie (die is impliciet aanwezig als een netwerk bestaat); de overige vier functies tonen het volgende beeld:

Functie	Netwerken met functie in uitvoering	% van 37
Verkennend gesprek	29	78%
Transfermechanisme	19	51%
Informatievoorziening wachttijden en aanbod	14	38%
Domeinoverstijgend casusoverleg (DOCO)	27	73%

Dertien netwerken boden de functies aan in de hele regio; 21 netwerken in een deel van de regio; drie netwerken waren nog niet gestart of werken via een eigen route.

Opvallend: het DOCO staat met 27 netwerken op een hoge tweede plek. Veel

regio's hadden al een overlegtafel of taskforce GGZ die zij hebben omgebouwd tot DOCO. De informatievoorziening wachttijden en aanbod loopt het meest achter. Waarschijnlijk omdat dit een technisch complexe functie is.

Vooruitblik: 20 netwerken noemen een termijn waarop alle functies naar verwachting in de hele regio worden aangeboden. Acht verwachten dit in de loop van 2026, twee rond de jaarwisseling 2026/2027, acht in 2027 en twee in 2028. Twee netwerken beschrijven een gefaseerde uitrol zonder einddatum; vijftien netwerken weten het nog niet of lieten de vraag open.

2.3 Aantal gevoerde verkennende gesprekken

Over de periode januari t/m april 2026 werden door de 37 netwerken samen 1.695 verkennende gesprekken geregistreerd. De spreiding is groot: tien netwerken hadden nog geen enkel gesprek gevoerd (voorbereidingsfase), terwijl het netwerk met het hoogste aantal er 351 registreerde.

Verschillende netwerken geven aan dat de toeleiding door huisartsen achterblijft bij de verwachting. De aanlooperperiode is langer dan gepland: huisartsen moeten bekend raken met de werkwijze en het nut inzien, systemen moeten worden ingericht en verwijroutines moeten worden gecommuniceerd.

Risico: meerdere netwerken signaleren dat hun KPI-doelstelling voor 2026 onder druk staat door trage instroom. Dit kan leiden tot financieel verlies bij uitvoerende organisaties die capaciteit hebben vrijgemaakt maar onvoldoende declarabele inzet kunnen realiseren. Netwerken vrezen dat transformatiemiddelen worden ingehouden.

2.4 Termijnen: VG en opvolging

Netwerken werden gevraagd of zij de landelijke streefnormen halen: het VG binnen twee weken na aanmelding en opvolging (indien nodig) binnen vier weken na het gesprek.

Norm	Ja / doorgaans wel	Nee / doorgaans niet	Weet niet
VG binnen 2 weken na aanmelding	24 (65%)	13 (35%)	—
Opvolging binnen 4 weken na VG	10 (27%)	11 (30%)	16 (43%)

VG-termijn: twee derde van de netwerken haalt de tweewekennorm doorgaans wel. Oorzaken zijn onder meer onregelmatige instroom (huisartsen verwijzen onregelmatig, waardoor plannen lastig is) en netwerken die nog niet gestart zijn.

Opvolging: de vierwekennorm voor opvolging wordt door ruim de helft van de netwerken vaker niet dan wel gehaald. Het patroon is consistent: voor het sociaal domein lukt het doorgaans, voor de GGZ niet. Deze conclusie volgt vooral uit de toelichtingen. Aan het percentage zelf kan daarom niet veel waarde worden gehecht. In een volgende monitor willen we onderscheid maken tussen opvolging in de GGZ en opvolging in het sociaal domein. Dat opvolging binnen de GGZ langer duurt, heeft te maken met de wachtlijsten. Bijna de helft van de netwerken (16 van 37) zegt voor zorgopvolging überhaupt geen zicht te hebben op de doorlooptijd: dit is een onderwerp dat aandacht vraagt bij de verdere monitoring.

2.5 Landelijke werkwijze en gedachtengoed

30 van de 37 netwerken geven aan de functies aan te bieden conform de landelijke werkwijze. De zeven netwerken die (nog) afwijken, doen dat veelal bewust: zij kozen voor een andere disciplinemix bij het VG (bijvoorbeeld inzet van de POH-GGZ of ervaringsdeskundigen) of implementeren de functies lokaal en in onderlinge samenhang. Enkele netwerken geven aan dat de landelijke kaders pas later bekend werden en dat zij hun werkwijze daar nu naartoe vertalen.

Vrijwel alle netwerken (35 van 37) werken daarnaast vanuit een expliciet gedachtengoed of een specifieke methodiek. Positieve Gezondheid wordt door 30 netwerken genoemd, vaak in combinatie met GEM (7 netwerken), de netwerkintake (5), de Samenwerkwijze (3) of herstelgericht werken (4). Dit gedeelde gedachtengoed biedt een gemeenschappelijke taal binnen de regio's.

3. Hoofdaannemers per functie

Netwerken werden gevraagd welk type organisatie als hoofdaannemer optreedt voor elk van de vijf MGN-functies. De uitkomsten laten een duidelijk patroon zien. (RHO staat voor regionale huisartsenorganisatie.)

Functie	GGZ-kerninstelling	RHO	Nog onbekend
Coördinatie MGN	25 (68%)	3 (8%)	9 (24%)
Verkenkend gesprek	17 (46%)	14 (38%)	6 (16%)
Transfermechanisme	25 (68%)	3 (8%)	9 (24%)
Informatievoorziening wachttijden en aanbod	24 (65%)	1 (3%)	12 (32%)
Domeinoverstijgend casusoverleg	23 (62%)	7 (19%)	7 (19%)

GGZ-kerninstelling als hoofdaannemer komt het meeste voor. Voor vier van de vijf functies is het verschil met RHO als hoofdaannemer aanzienlijk. Uitzondering is het verkennend gesprek, waar de RHO een substantieel aandeel heeft (38%). Dit weerspiegelt de landelijke keuze om het VG dichterbij de huisartsenzorg te beleggen.

‘Nog onbekend’ is een zorgpunt. Bij informatievoorziening over wachttijden en aanbod is in twaalf van de 37 netwerken (32%) de hoofdaannemer nog niet bepaald. Voor coördinatie en transfermechanisme geldt dit voor negen netwerken. Dit wijst op een nog niet uitgewerkte governance in een aanzienlijk deel van de netwerken.

4. Bekostiging en contractering

4.1 Bekostigingsvorm

De meeste netwerken werken met een combinatie van financieringsstromen: bijvoorbeeld transformatiemiddelen voor organisatie, implementatie en uitrol, een Zvw-contract voor het VG en SPUK/IZA-transformatiemiddelen voor het sociaal domein. Incidenteel zijn er ook *in-kind* bijdragen en voorfinanciering door uitvoerende partijen zelf.

Bekostigingsvorm	Aantal netwerken
Combinatie	17
Reguliere prestaties (contractering)	6
Transformatiemiddelen	4
Anders (incl. geen bekostiging)	10

Noot: de vraag 'Ervaart u knelpunten in de bekostiging?' was in de monitor alleen zichtbaar voor netwerken die bij de vorige vraag 'Anders' hadden ingevuld. Daardoor hebben slechts tien van de 37 netwerken deze vraag beantwoord: zeven van hen zeggen ja. De antwoorden op de contracteringsvragen geven een completer beeld als het gaat om knelpunten in bekostiging. Die beide vragen hebben we daarom in de analyse gecombineerd.

4.2 PGGAZ-beleidsregel

De PGGAZ-beleidsregel (patiëntengroepsgebonden afstemming) wordt door meerdere netwerken als knelpunt genoemd, zowel qua beschikbaarheid van gelden als qua inhoudelijke passendheid. Een aantal voorbeelden: Een netwerk geeft aan dat de DOCO's niet passen binnen de PGGAZ-beleidsregel. Het maximumaantal GGZ-deelnemers en de maximale vergoeding per DOCO sluiten niet aan bij hoe de DOCO's in de praktijk worden uitgevoerd. Bovendien sluiten de verplichtingen uit de productiemonitor MGN niet aan bij de praktijk. Een ander netwerk meldt dat PGGAZ-gelden nog niet beschikbaar zijn, omdat de overige MGN-functies niet waren opgenomen in het transformatieplan. Weer een ander netwerk meldt dat PGGAZ voor GGZ-partijen weliswaar een route geeft, maar dat het sociaal domein daarbuiten valt.

4.3 Contractering met zorgverzekeraars

22 van de 37 netwerken rapporteren knelpunten bij de contractering met zorgverzekeraars. De genoemde knelpunten zijn divers, maar op hoofdlijnen zien we zes thema's:

Tarief: Een aantal netwerken geeft aan dat het tarief voor het VG onvoldoende is, zeker gezien de 'outreaching' aard van de zorg en de noodzakelijke opvolging.

Inconsistentie: Binnen en tussen zorgverzekeraars is er niet altijd consistentie. Afstemming tussen de GGZ-, huisartsenzorg- en IZA-teams van de zorgverzekeraar schiet soms tekort. Soms weigert de ene zorgverzekeraar de andere zorgverzekeraar te volgen in de gemaakte afspraken.

Declaratiesystematiek: Sommige netwerken geven aan dat de manier van declareren niet past bij de manier waarop men afspraken wil maken. Het VG moet bijvoorbeeld op persoonsniveau worden gedeclareerd. De enige beschikbare route loopt dan via een prestatiecode in de ZPM-systematiek, met facturen per individuele verzekerde naar afzonderlijke verzekeraars. Dat strookt niet met de manier waarop het netwerk is georganiseerd en niet met de onderlinge afspraken over administratie en financiering.

Onduidelijke en veranderende kaders: Meerdere netwerken melden dat de kaders voor contractering van de overige MGN-functies onduidelijk zijn of tijdens het proces veranderden; zo kwam bij één netwerk tijdens de contractgesprekken het bericht dat er een vast bedrag voor alle vier de functies zou gelden. Ook bureaucratie en een niet-gebruiksvriendelijk aanleverportaal worden genoemd.

Voorfinanciering: Uitvoerende partijen financieren voor omdat contractering nog niet rond is terwijl de uitvoering al loopt. Dit brengt organisaties in een kwetsbare financiële positie.

Geen kassier: Soms is er binnen een netwerk nog discussie over wie de hoofdaannemer wordt voor bepaalde functies.

4.4 Contractering met gemeenten en SPUK

Achttien van de 37 netwerken rapporteren knelpunten bij de contractering met gemeenten.

Lange doorlooptijden DUS-i: Een enkele regio geeft aan dat de aanvraag bij DUS-i een lange doorlooptijd heeft (normaal veertien weken). In dit voorbeeld is een aanvraag ingediend in januari en is er in juni nog geen goedkeuring, terwijl de uitvoering al loopt en de kassiersgemeente alles moet voorfinancieren. DUS-i hanteert bovendien andere voorwaarden dan de NZa-beschikking.

KPI-financiering botst met SD-systematiek: Enkele regio's geven aan dat financiering op basis van KPI's botst met de reguliere subsidiesystematiek in het sociaal domein. Partijen in het SD zijn gewend aan vooraf toegekende subsidies; ze zijn niet ingericht op een resultaatafhankelijke bekostiging.

Bestuurlijke complexiteit: Een van de netwerken geeft aan dat een besluit door achttien colleges moet worden genomen, wat de formalisering sterk vertraagt. Weer een ander netwerk geeft aan dat een wisseling van kassiersgemeente grote vertraging veroorzaakte.

Structurele borging na 2028 ontbreekt: Meerdere regio's geven aan dat de potentiële vervolgcosten in het sociaal domein op langere termijn niet zijn gedekt in de AZWA-financiering. Ook andere netwerken benoemen dit risico: gemeenten willen zich niet committeren zolang structurele financiering na afloop van de transformatiemiddelen onduidelijk is.

5. Aansluiting van partners

Netwerken beoordeelden de aansluiting van vier groepen partners: huisartsen, GGZ-aanbieders, aanbieders in het sociaal domein en ervaringsdeskundigen.

Partner	Hoog	Voldoende	Beperkt	Onvoldoende
Huisartsen	6	22	7	2
GGZ-aanbieders	8	21	7	1
Sociaal domein	7	26	4	–
Ervaringsdeskundigen	8	19	3	7

De aansluiting van het sociaal domein wordt het meest positief beoordeeld. Ervaringsdeskundigen kennen de hoogste score voor 'onvoldoende': financiering en capaciteit zijn hier de voornaamste drempels.

5.1 Belemmeringen per partnergroep

Huisartsen – meest genoemde belemmeringen:

- Onbekendheid met het VG (21 netwerken)
- Onvoldoende ervaren meerwaarde (14 netwerken)
- Administratieve belasting (13 netwerken)
- Capaciteitsgebrek (9 netwerken)

GGZ-aanbieders – meest genoemde belemmeringen:

- Capaciteitsgebrek (21 netwerken)
- Financiering (19 netwerken)
- (Gezamenlijke) organisatie (10 netwerken)
- Administratieve belasting (11 netwerken)

Sociaal domein – meest genoemde belemmeringen:

- Financiering (21 netwerken)
- Capaciteitsgebrek (17 netwerken)
- (Gezamenlijke) organisatie (9 netwerken)
- Administratieve belasting (6 netwerken)

Ervaringsdeskundigen – meest genoemde belemmeringen:

- Capaciteitsgebrek (22 netwerken)

- Financiering (15 netwerken)

Opvallend: bij huisartsen staat onbekendheid bovenaan. Dit wijst op een communicatie- en overtuigingsvraagstuk, niet primair een capaciteitsvraagstuk. Bij GGZ en het sociaal domein domineren capaciteit en financiering.

6. ICT en informatiesystemen

6.1 Systemen voor aanvraag en registratie

Er bestaat geen gestandaardiseerde ICT-oplossing voor de MGN-functies. Netwerken werken met een mix van systemen, zoals verwijsportalen, huisartseninformatiesystemen (HIS), tweedelijns-EPD's, eigen systemen, HIS-koppelingen en beveiligde e-mail, waarbij systemen vaak niet op elkaar aansluiten.

Geschiktheid aanvraagstelsysteem	Aantal netwerken
Passend, zonder aanpassingen	8
Passend, maar met workarounds	16
Niet passend – duidelijke beperkingen	13

Slechts acht van de 37 netwerken beschikken over een systeem dat zonder aanpassingen werkt. De overige 29 netwerken werken met *workarounds* of ondervinden duidelijke beperkingen.

Ook registratie en declaratie van het VG knellen volgens 32 van de 37 netwerken. Genoemd worden onder meer handmatige invoer (door ontbrekende koppelingen), doorbetaling aan verschillende uitvoerders die lastig te organiseren is, declaraties die worden afgekeurd door tussentijds gewijzigde registratie-eisen en systemen waarin partners uit andere domeinen niet kunnen werken. Eén netwerk wijst er daarbij op dat het VG onder de WGBO valt, waardoor aparte afspraken over declaratie en bewaarplicht nodig zijn; dat staat volgens dit netwerk haaks op het uitgangspunt om de administratieve lasten niet te laten stijgen.

6.2 Belemmeringen informatie-uitwisseling

De informatie-uitwisseling tussen de drie domeinen (huisartsenzorg, GGZ, sociaal domein) is nog onvoldoende geregeld. De meest genoemde structurele belemmeringen:

- Ontbrekende technische koppelingen (18 netwerken)
- AVG- en privacyvraagstukken (15 netwerken)
- Verschillen tussen systemen (13 netwerken)
- Onduidelijkheid over verantwoordelijkheden (10 netwerken)

Terugkerend signaal: meerdere netwerken geven aan dat er behoefte is aan een gezamenlijk planningssysteem voor het VG. Nu wordt veel gewerkt met Excel-lijstjes of handmatige koppeling tussen systemen, wat tijdrovend en foutgevoelig is.

Technisch: de kern van de technische belemmeringen is dat systemen van huisartsenzorg, GGZ en sociaal domein niet op elkaar aansluiten en dat koppelingen ontbreken. Systemen zijn bovendien standaard ingericht, terwijl het MGN-werkproces om maatwerk vraagt. Netwerken overbruggen dit met Excel-bestanden en handwerk; meerdere netwerken benoemen expliciet dat dit geen duurzame situatie is.

AVG en privacy: de privacyvraagstukken gaan verder dan techniek. Elke regio doorloopt nu afzonderlijk een eigen AVG-traject, wat tijd en geld kost; netwerken pleiten voor landelijke regels zodat niet elke regio het wiel opnieuw hoeft uit te vinden. Daarnaast keert de AVG-discussie steeds opnieuw terug bij verschillende organisaties en medewerkers, en is onduidelijk wie waarvoor verantwoordelijk is bij het delen van informatie, mede door het vraagstuk van behandelverantwoordelijkheid.

7. Grootste knelpunten voor verdere opschaling

Op de open vraag naar het grootste belemmerende knelpunt voor opschaling geven netwerken een consistent beeld. De meest terugkerende thema's zijn:

Capaciteit en personeel

Vrijwel elk netwerk noemt capaciteitsproblemen: te weinig beschikbare verkenner (GGZ én sociaal domein), moeilijk te plannen inzet bij onzekere instroom, concurrentie met andere zorgpaden.

Tijdsdruk en stapeling van opgaven

Veel netwerken geven aan dat de implementatietijdlijn te krap is. Regio's werken tegelijkertijd aan MGN, transformatieplannen, RESV, AZWA, IZA en andere opgaven. Dit leidt tot overbelasting van zorgverleners en verlies van overzicht.

Financiering en KPI-druk

De onzekerheid over financiering na 2028, de spanning tussen KPI-verantwoording en de benodigde ruimte voor leren en experimenteren worden veelvuldig als knelpunt benoemd. Netwerken die voor hun KPI's afhankelijk zijn van het aantal VG's, lopen een financieel risico als de instroom achterblijft.

Draagvlak en gedragsverandering

Meerdere netwerken benoemen dat het MGN draagvlak vraagt van professionals die van oudsher vanuit eigen organisaties denken. Huisartsen moeten overtuigd worden van de meerwaarde; organisaties moeten leren samenwerken over domeingrenzen heen. Dit kost meer tijd dan gepland.

8. Gewenste landelijke afspraken

Netwerken werden gevraagd over welke nog niet genoemde onderwerpen landelijke afspraken gemaakt zouden moeten worden. De meest genoemde onderwerpen zijn:

Onderwerp	Aantal netwerken
Verantwoordelijkheidsverdeling	16
Privacy / AVG	20
Verwijzing naar GGZ na VG (gesloten envelop)	24
Informatie-uitwisseling	22
Registratie en declaratie	18
ICT-koppelingen	19

De verwijzing naar de GGZ na het VG (de zogeheten ‘gesloten envelop’) en informatie-uitwisseling worden het meest urgent geacht. Beide onderwerpen hebben een technische én een juridische component die landelijke afstemming vereisen.

Toelichting bij ‘verantwoordelijkheidsverdeling’: uit de toelichtingen blijkt dat dit vooral gaat over de vraag wie verantwoordelijk is voor de persoon tijdens en na het VG. Het vraagstuk van behandelverantwoordelijkheid speelt hier nadrukkelijk: netwerken willen voorkomen dat met het VG een behandelrelatie in de GGZ ontstaat en merken dat de discussie hierover steeds terugkeert. Ook binnen samenwerkingsverbanden zonder rechtspersoonlijkheid is het zoeken waar verantwoordelijkheden liggen.

Toelichting bij ‘gesloten envelop’: hiermee wordt de werkwijze bedoeld waarbij de huisarts bij de aanvraag van het VG alvast een verwijzing naar de GGZ meegeeft. Die verwijzing wordt alleen gebruikt als uit het gesprek blijkt dat GGZ-opvolging nodig is. Zo kan na het VG direct worden doorverwezen, zonder extra stap terug naar de huisarts.

8.1 Overige signalen aan de landelijke werkgroep

In de afsluitende open vraag gaven 26 netwerken de werkgroep iets mee. Het meest genoemd is de behoefte aan onderlinge kennisdeling: 'het wiel wordt heel vaak opnieuw uitgevonden'. Netwerken vragen om een omgeving om informatie te delen, inhoudelijke sessies voor netwerkleiders en meer communicatie vanuit de werkgroep. Eén netwerk stelt een gezamenlijke signalenbox voor, zodat kwesties die in veel regio's spelen landelijk en met één stem kunnen worden geagendeerd.

Daarnaast herhalen netwerken dat echte transformatie meer tijd en structurele financiering vraagt en dat een oplossing nodig is om na het VG direct te kunnen verwijzen. Ook wordt de vraag gesteld hoe het aanbod zich verhoudt tot jongeren onder de 18 jaar.

Tot slot geven meerdere netwerken feedback op de vragenlijst zelf: verplichte velden dwongen soms tot antwoorden die niet altijd volledig op de werkelijkheid zijn gebaseerd. Voor netwerken die net starten ontbrak soms de optie 'nog niet van toepassing'. Dit wordt meegenomen in de volgende uitvraag. Meerdere netwerken vragen de monitor periodiek te herhalen om breed levende knelpunten te blijven ophalen.

9. Conclusie en aandachtspunten voor de werkgroep

Op basis van de implementatiemonitor tekenen zich tien overkoepelende aandachtspunten af:

- 1. De implementatie vordert, maar ongelijkmatig.** Er is een grote variatie in fase en tempo. Twee netwerken zijn volledig geïmplementeerd; tien netwerken hebben nog geen VG gevoerd. Een realistische verwachting over tijdspaden is nodig.
- 2. Governance is deels onvolgroeid.** In 20 netwerken is de hoofdaannemer voor een of meer functies nog niet bepaald. Zolang deze ontbreekt, zijn bekostiging, contractering en verantwoording niet goed te organiseren.
- 3. Bekostiging is een structureel risico.** Zowel de korte termijn (PGGAZ-gelden niet beschikbaar, SPUK-transformatiemiddelen nog niet toegekend) als de lange termijn (na 2028) geven netwerken zorgen. Gemeenten en het sociaal domein dreigen af te haken bij te weinig zekerheid over structurele financiering.
- 4. Contractering is een knelpunt langs twee fronten.** 22 van 37 netwerken ervaren problemen met de contractering door zorgverzekeraars. Achttien van 37 netwerken ervaren knelpunten bij het maken van afspraken met gemeenten.
- 5. Huisartsen zijn onvoldoende bekend met het VG.** De instroom van verwijzingen blijft in veel regio's achter. Onbekendheid is een belangrijke oorzaak. Gerichte communicatie en uitleg over meerwaarde zijn nodig.
- 6. De vierwekennorm voor GGZ-opvolging is onhaalbaar zonder systeemingreep.** Het sociaal domein haalt de norm doorgaans wel, de GGZ vaak niet vanwege wachtlijsten. Bijna de helft van de netwerken heeft geen zicht op doorlooptijden.
- 7. ICT is een bottleneck.** Slechts acht netwerken hebben een passend systeem. De overige 29 werken met *workarounds* of ondervinden duidelijke beperkingen. Er is brede behoefte aan landelijke afspraken over informatie-uitwisseling, ICT-koppelingen en over de aanvraag- en registratieomgeving.

8. KPI-druk botst met de transformatielogica. Meerdere netwerken vragen expliciet om meer ruimte voor leren en experimenteren. Strakke verantwoordingseisen beperken die ruimte, terwijl netwerken met achterblijvende VG-aantallen bovendien een financieel risico dragen.

9. Netwerken vragen landelijke regie op specifieke onderwerpen. De gewenste landelijke afspraken concentreren zich op informatie-uitwisseling, de 'gesloten envelop' voor doorverwijzing, privacy/AVG, ICT-koppelingen, contractering, KPI's, registratie en declaratie, en de verdeling van verantwoordelijkheden. Netwerken vragen daarbij landelijk te regelen wat landelijk kan, met ruimte voor regionale invulling.

10. Draagvlak en gedragsverandering vragen blijvende aandacht. De transformatie vraagt van professionals dat zij over domeingrenzen heen leren samenwerken en van huisartsen dat zij de meerwaarde van het VG gaan ervaren. Netwerken geven aan dat dit meer tijd kost dan gepland. Systeemoplossingen alleen zijn niet genoeg; communicatie, goede voorbeelden en kennisontwikkeling van professionals zijn minstens zo belangrijk.