

Verslag Themadag (opgesteld met behulp van AI)

Mentale Gezondheidsnetwerken

Samen verantwoordelijk & korter wachten

21 september 2026



Samenvatting

Op 21 september 2026 vond de tweede landelijke themadag van de Mentale Gezondheidsnetwerken (MGN) plaats, met als thema 'Samen verantwoordelijk & korter wachten'. Het ochtendprogramma stond in het teken van samenwerking en het samen nemen van verantwoordelijkheid. De rest van de dag ging over wachttijden in de GGZ, en meer concreet over welke sturingsinformatie er is over aanbod en wachttijden, hoe digitale hulpmiddelen vraag en aanbod beter op elkaar kunnen laten aansluiten, wat de evaluatie van de regionale versnellersaanpakken heeft opgeleverd en hoe proactieve zorgbemiddeling door zorgverzekeraars werkt.

De presentatie van Common Eye waar de dag mee startte, bood een kader om naar samenwerking te kijken: waarde ontstaat niet binnen één organisatie, maar in het samenspel tussen organisaties. Vijf condities bepalen of samenwerking kansrijk is: een concrete gemeenschappelijke ambitie, het bespreken van belangen, vertrouwen, een lichte organisatie en een proces van regelmatige reflectie. In de groepsgesprekken naar aanleiding van de presentatie kwam een herkenbare spanning naar voren. Mentale gezondheidsnetwerken worden in de praktijk vaak ervaren als programma met vooraf vastgelegde doelen en KPI's, terwijl netwerken juist draaien op vrijwillige verbinding rond gedeelde vraagstukken. Het risico is dat de middelen belangrijker worden dan het doel: de inwoner sneller en beter helpen.

Over wachttijden werden verschillende soorten informatie naast elkaar gezet. Vektis ontsluit retrospectieve wachttijden op basis van declaratiegegevens en gaat deze binnenkort ook op het niveau van MGN-regio's beschikbaar stellen. Slim Verwijzen en het Mentaal Schakelpunt (MSP) richten zich op actueel, vooruitkijkend inzicht in aanbod en capaciteit. De initiatieven (en Mentale gezondheidsnetwerken) lopen tegen vergelijkbare vragen aan: hoe actueel is de informatie, wie mag wat inzien, hoe krijg je het sociaal domein en kleinere aanbieders in beeld, en hoe voorkom je dat er naast elkaar platforms ontstaan die hetzelfde proberen te doen. Deelnemers vroegen om meer landelijke afstemming tussen deze initiatieven.

De evaluatie van het Trimbos-instituut liet zien dat de grootste opbrengst van de versnellersaanpakken ligt in de relationele infrastructuur: partijen kennen elkaar beter, vertrouwen is gegroeid en lijnen zijn korter. Of dit ook leidt tot kortere wachttijden en betere uitkomsten voor mensen, is nog onvoldoende bekend. De samenwerking richtte zich vooral op de instroomkant van de GGZ, en het gevaar daarvan is dat het verkennend verwordt tot een 'verdeelstation'. De laatste presentatie, over proactieve zorgbemiddeling, liet zien dat door deze nog relatief nieuwe activiteit van zorgverzekeraars zowel voor MSZ als voor GGZ ruim 3 procent van de mensen met een verwijzing naar een plek met een kortere wachttijd kon worden bemiddeld.

De belangrijkste conclusie van de dag is dat data en digitale hulpmiddelen pas werken als ze zijn ingebed in samenwerking en vertrouwen in de regio. Ook werd duidelijk dat er een grote wens is om ook effecten voor inwoners te meten en niet alleen procesindicatoren.

Verder is er behoefte aan het open bespreken van mijlpalen en KPI's die niet haalbaar blijken, en aan betere voorzieningen om kennis en ervaringen tussen regio's te delen.

Inleiding

Op 21 september 2026 vond op Landgoed Zonneoord in Ede de tweede themadag van de Mentale Gezondheidsnetwerken plaats. Het thema was 'Samen verantwoordelijk & korter wachten'. De bijeenkomst werd georganiseerd door de landelijke werkgroep MGN namens de brancheorganisaties en mede mogelijk gemaakt door de Noaber Foundation. Deelnemers kwamen uit het hele land: projectleiders en netwerkcoördinatoren van mentale gezondheidsnetwerken, vertegenwoordigers van brancheorganisaties, zorgverzekeraars, het ministerie van VWS en kennisinstituten.

Het doel van de dag was van elkaar te leren, inzicht te krijgen in initiatieven die rond wachttijden in ontwikkeling zijn en met elkaar in gesprek te gaan over gezamenlijke verantwoordelijkheid. De opzet bestond uit een ochtendprogramma over samenwerking met een presentatie en groepsgesprekken, gevolgd door vijf presentaties over wachttijden, aanbod en zorgbemiddeling, en een plenaire afsluiting.

Opening en welkom

Cornelis Jan Diepeveen opende de dag als dagvoorzitter namens de landelijke werkgroep en de brancheorganisaties. Hij bedankte de Noaber Foundation voor het beschikbaar stellen van de locatie. Uit een korte inventarisatie bleek dat de meeste aanwezigen actief betrokken zijn bij een mentaal gezondheidsnetwerk in hun regio, en dat er deelnemers waren uit vrijwel alle provincies.

Diepeveen schetste dat netwerken nog volop worstelen met de vraag hoe zij samenwerking vormgeven, welke afspraken zij vastleggen en wat dat betekent voor verantwoordelijkheden. Uiteindelijk gaat het erom dat partijen in het MGN samen verantwoordelijkheid ervaren, maar de manier waarop dat wordt ingevuld kan per regio verschillen. Deelnemers werden uitgenodigd om in de pauzes vooral ook mensen uit andere regio's op te zoeken.

Voor de verslaglegging werden geluidsopnames gemaakt. Sprekers kunnen in dit verslag worden genoemd; inbreng van deelnemers uit de zaal wordt niet op naam weergegeven.

Presentatie A: Conditie die samenwerking kansrijk maken (Common Eye)

Tibor van Bakkum (Common Eye) nam de deelnemers mee in een model voor samenwerking tussen organisaties. Common Eye is gespecialiseerd in samenwerkingsvraagstukken rond maatschappelijke opgaven, zoals in de zorg, het sociaal domein, de energietransitie en het onderwijs. Mentale gezondheidsnetwerken zijn in dat opzicht niet anders: allerlei partijen zijn wederzijds afhankelijk en vullen elkaar aan.

Van egocentrisch denken naar ecosysteemdenken

Van Bakkum stelde dat waardecreatie bij maatschappelijke opgaven niet plaatsvindt binnen één organisatie, maar in het samenspel tussen organisaties. Dat vraagt een omkering van perspectief. In het 'egocentrische' perspectief is de eigen strategie het

vertrekpunt en wordt van anderen verwacht dat zij zich daarnaar voegen. In het ecosysteem perspectief staat de gemeenschappelijke opgave centraal en ziet een organisatie zichzelf als één schakel in een netwerk. De vraag wordt dan: hoe kunnen wij zo goed mogelijk bijdragen aan het samenspel?

Samenwerking wordt bemoeilijkt door spraakverwarring (dezelfde begrippen met een andere betekenis), wederzijdse afhankelijkheid en het moeten inleveren van autonomie, een onduidelijk machtscentrum, verschillende wereldbeelden en 'split loyalties': professionals voelen zich verantwoordelijk voor zowel hun eigen organisatie als de samenwerking, en die twee staan soms op gespannen voet.

Vijf condities voor effectieve samenwerking

Het model van Common Eye, het 'Kijkglas', is gebaseerd op promotieonderzoek van twee van de oprichters. Samenwerking tussen onafhankelijke partijen is een complex systeem dat niet lineair te sturen valt, de onderzoekers wezen vijf dimensies aan die bepalen of samenwerking kansrijk is:

- Gedeelde ambitie. Partijen gaan pas samenwerken als zij geloven dat de samenwerking betekenisvol is en ook meerwaarde oplevert voor de eigen organisatie. Een abstracte ambitie ('toegankelijke zorg', 'wereldvrede') laat zoveel ruimte voor interpretatie dat zij niet bindt. Vermijd daarom 'jubeljargon' en concretiseer stap voor stap wat de ambitie vraagt en welke oplossingsrichtingen partijen legitiem en uitvoerbaar vinden. Gebeurt dat niet, dan ontstaat schijnsamenwerking.
- Belangen. Belangen spelen op drie niveaus: het collectief, de deelnemende organisaties en de individuele actoren. Ze zijn lastig te bespreken, maar het niet bespreken ervan is een van de grootste risico's: partijen gaan uiteindelijk toch handelen naar hun werkelijke belangen. Respect voor elkaars belangen, zonder te moraliseren, is het uitgangspunt.
- Relatie. Samenwerken is mensenwerk; persoonlijke verhoudingen zijn net zo belangrijk als inhoudelijke argumenten. Zonder voldoende vertrouwen is het niet mogelijk om ambitie en belangen open te bespreken. Volledig vertrouwen is geen realistisch doel; een gezonde mate van waakzaamheid hoort erbij. Investeer tijd in het leren kennen van de persoon achter de functie en durf de lastige onderwerpen te benoemen en te bespreken.
- Organisatie. 'Travel as light as possible.' Overorganisatie voelt als een dwangbuis en roept weerstand op. Gebrek aan vertrouwen leidt vaak tot de neiging alles vast te leggen. Belangrijk is wel dat horizontale verbindingen op strategisch, manageriaal en professioneel niveau én de verticale lijnen binnen elke organisatie goed zijn georganiseerd. Soms is een eenvoudige belijst de meest effectieve interventie.
- Proces. Organiseer regelmatige reflectie op hoe de samenwerking functioneert. Wie dat pas doet als er problemen zijn, ervaart het als een motie van wantrouwen. Een vaste check-in, bijvoorbeeld elk kwartaal, op de vijf condities houdt de samenwerking vitaal.

Deelnemers ontvangen na afloop een uitgebreidere toelichting op het model. Op de website van Common Eye (Kennislabs) zijn daarnaast artikelen en modellen vrij beschikbaar.

Groepsbespreking en plenaire terugkoppeling

Met een quickscan beoordeelden deelnemers individueel een samenwerking waarin zij actief zijn op de vijf dimensies, met een cijfer en een paar kernwoorden. Daarna wisselden zij in groepjes van vier à vijf personen hun scores en ervaringen uit. In de plenaire terugkoppeling kwamen de volgende thema's naar voren.

Gedwongen ambitie

Een eerste dilemma: wat als een ambitie van buitenaf wordt opgelegd en partijen aan tafel worden geroepen zonder dat zij die ambitie zelf delen? Van Bekkum erkende dat een gedwongen ambitie die nergens intrinsiek aansluit, een ingewikkeld vertrekpunt is. Tegelijk hebben vooral publieke organisaties bijna een ethische verantwoordelijkheid om zich tot de opgave te verhouden. Een opdracht als 'de toegankelijkheid van zorg verbeteren' is te abstract; daaronder liggen veel deelthema's. Het gesprek zou moeten gaan over wat partijen werkelijk kan binden om bij te dragen.

Netwerk of programma?

Van Bekkum maakte onderscheid tussen netwerken en coalities. Een netwerk is een platform waarop veel partijen elkaar ontmoeten, kennis uitwisselen en aanknopingspunten vinden. Binnen dat platform ontstaan deelcoalities: groepjes partijen die zich verbinden aan een concreet vraagstuk dat ook bij hun eigen agenda past. Niet alle partijen hoeven overal aan mee te doen, maar de uitkomsten van deelcoalities moeten terugvloeien naar het netwerk, zodat anderen ervan kunnen leren en goede praktijken kunnen worden opgeschaald. Een ondersteunend gremium zorgt dat de dynamiek op het platform zo groot mogelijk is.

Meerdere deelnemers gaven aan dat het MGN in de praktijk eerder als programma dan als netwerk wordt ervaren: met vooraf gedefinieerde doelen, een KPI-stelsel en weinig ruimte. Ook werd opgemerkt dat lokale gemeenten niet altijd belang ervaren bij een netwerk dat deels top-down wordt neergezet. Van Bekkum herkende dit. Netwerken kiezen zelf vaak een programmatische inrichting omdat die vertrouwd en controleerbaar voelt ('maar daarmee kopen we een illusie'), en institutionele partijen schetsen kaders die meer bij een programma passen dan bij een netwerk. Hij verwees naar de afscheidsrede van Patrick Kenis (Tilburg University) over de spanning tussen lineaire logica en de relationele, ontwikkelende aard van netwerken.

Doel versus middel

Vanuit een brancheorganisatie werd benadrukt dat het hoogste doel niet het netwerk zelf is, maar de cliënt die eerder, beter en passender geholpen wordt. Daar zit de energie van alle betrokkenen. In een groepje werd gesignaleerd dat het onderscheid tussen doel en middel vaak verloren gaat: de programmatische aanpak maakt de middelen op een gegeven moment belangrijker dan het doel. Dan is het ook niet vreemd dat partijen uitstappen. De vraag is tijdig te herkennen welk gesprek er dan gevoerd moet worden.

Systeemondernemerschap

Een deelnemer vertelde dat het 'lucht geeft' om in gesprek te gaan met financiers over kaders die niet passen, ook als dat veel voeten in de aarde heeft. Van Bekkum zag dit als een goed voorbeeld: een ecosysteem functioneert zoals het functioneert omdat alle partijen zich aan de spelregels conformeren. Wie verandering wil, moet bereid zijn die spelregels ter discussie te stellen. Alle partijen hebben niet alleen de verantwoordelijkheid om aan eisen te voldoen, maar ook om bij te dragen aan een productieve dynamiek. Dat vraagt ondernemerschap op systeemniveau, wat ook op kleine schaal kan beginnen. Tot slot werd opgemerkt dat het niet gaat om een keuze tussen netwerk en programma, maar om het verbinden van beide, met oog voor zowel de belangen van mensen als de organisatie, en voor het meenemen van de achterban in alle lagen van de deelnemende organisaties. Er is geen 'walhalla' aan één van beide kanten: het blijft maatwerk en een zoektocht die regio's samen moeten durven aangaan.

Presentatie B: Korter wachten – sturingsinformatie retrospectief (Vektis)

Guus de Ruiter liet zien hoe Vektis wachttijden afleidt uit declaratiegegevens en hoe deze informatie beschikbaar kan komen voor de mentale gezondheidsnetwerken. Vektis is het informatiecentrum voor de zorg: het beheert standaarden voor declaratieberichten en referentiebestanden (zoals het register van zorgaanbieders en prestatiecodes), verzamelt declaratiegegevens van zorgverzekeraars en maakt daar informatie van.

Wachttijden uit declaratiegegevens

Tot voor kort berekenden zorgaanbieders hun wachttijden zelf en leverden ze die maandelijks aan bij de NZa. Dat gebeurde met verschillende methodes en soms incompleet of onjuist, waardoor de uitkomsten minder herkenbaar en betrouwbaar waren. Sinds 1 januari 2026 berekent Vektis de wachttijden uit landelijke declaratiedata, volgens één landelijke werkwijze die in veldafspraken is vastgelegd. Dat is mogelijk geworden doordat declaratie-informatie sinds de invoering van het zorgprestatieproces veel sneller beschikbaar komt. Zorgaanbieders hoeven geen wachttijden meer aan te leveren bij de NZa, en alle GGZ-aanbieders (per AGB-code) worden op dezelfde manier meegenomen.

Per zorgtraject worden drie momenten bepaald: de verwijfsdatum (die in de declaratie is opgenomen), het eerste contact (meestal diagnostiek) en de eerste behandeling. Daaruit volgen de aanmeldwachttijd, de behandelwachttijd en de totale wachttijd. Het gaat om retrospectieve wachttijden: terugkijkend wordt vastgesteld hoe lang mensen die inmiddels in zorg zijn gekomen, hebben gewacht. Prospectieve informatie ('als je nu wordt verwezen, hoe lang moet je dan wachten?') is iets anders. Gecontracteerde en niet-gecontracteerde zorg tellen mee; zorg die mensen zelf betalen en zorg die door gemeenten wordt gefinancierd, valt er buiten.

Wat is er al beschikbaar?

Vektis publiceert interactieve rapportages, deels openbaar en deels besloten (bijvoorbeeld voor zorgverzekeraars). Wachttijden zijn uit te splitsen naar DSM-hoofdgroep, regio (op basis van de woonplaats van de patiënt), zorgaanbieder en periode, met keuze tussen

gemiddelde en mediaan. Regio's kunnen zich spiegelen aan andere regio's of het landelijk beeld, en verzekeraars kunnen inzoomen op individuele aanbieders. Ook is af te leiden hoeveel mensen op een bepaald moment wachtten en welk percentage binnen een bepaalde termijn in zorg kwam.

Enkele inzichten uit de data: de totale wachttijd valt in 56 procent van de gevallen binnen de Treeknorm van veertien weken, maar in 5 procent van de gevallen duurt het wachten langer dan een jaar. Er zijn grote verschillen tussen doelgroepen, met extreme wachttijden bij ADHD. Het duurt ongeveer drie maanden voordat er een betrouwbaar beeld van een maand is, omdat declaraties eerst bij de verzekeraar en daarna bij Vektis binnenkomen. De vulling van de verwijzdatum in declaraties is in de afgelopen jaren sterk verbeterd en ligt nu rond de 95 procent.

Vragen en discussie

- Retrospectieve cijfers laten niet zien wie afhaakt. Mensen die na verwijzing nooit in zorg komen, 'verdampen' uit de cijfers. Deelnemers wezen erop dat dit niet betekent dat zij geen zorg nodig hadden. Ook overbruggingszorg door gemeenten is niet zichtbaar. Dit verklaart deels waarom de beleving in de regio soms afwijkt van wat de cijfers laten zien.
- Behoeftte aan meer dan wachttijden. Regio's willen ook inzicht in behandelduur, instroom en uitstroom per maand en de capaciteit die vrijkomt als behandelingen eerder worden afgerond, afgeschaald of in groepsvorm worden gegeven. Vektis ziet dit als relevante vragen die mogelijk volgend jaar beantwoord kunnen worden. Een ander team van Vektis heeft een monitor met gemeentelijke informatie die kan helpen inschatten hoeveel inwoners jaarlijks GGZ gebruiken.
- Verkennend gesprek. Zodra verkennende gesprekken worden gedeclareerd, kan Vektis zien hoeveel mensen een VG hebben gehad en hoeveel daarna in de GGZ instromen. De eerste declaraties komen nu binnen. Wat er richting het sociaal domein gebeurt, blijft buiten beeld.
- Wie mag wat zien? Op dit moment mogen alleen wachttijden per aanbieder worden gepubliceerd en niet het aantal wachtenden bij die aanbieder, vanwege mededingingsregels. Of dat kan veranderen, wordt onderzocht. Daarnaast is de vraag hoe toegang voor netwerken wordt geregeld: openbaar of besloten, en zo besloten, wie per regio toegang krijgt. Gesuggereerd werd om dit te koppelen aan de governance en de samenwerkingsafspraken van de netwerken, met een landelijk uniform format.
- Kleinere aanbieders. In 2024 declareerden bijna 5.000 zorgaanbieders binnen de geneeskundige GGZ: ongeveer 600 (vaak grote) instellingen en 4.400 vrijgevestigde praktijken. Kleinere aanbieders worden wel meegenomen in het regiobeeld, maar niet individueel getoond. Vektis vroeg de deelnemers welke informatie over hen nodig is.
- Verwijzingen. Vektis beschikt niet over het aantal verwijzingen. Als alternatief kan worden gekeken naar de maandelijkse instroom in de GGZ, het aantal mensen bij de POH-GGZ of het aantal verkennende gesprekken.

Vektis verwacht in het vierde kwartaal van 2026 de wachttijden per MGN-regio in het openbare deel beschikbaar te stellen, naast de huidige zorgkantoorregio's. Ontsluiting op het niveau van zorgaanbieders is in voorbereiding; eerst moet worden uitgezocht wat openbaar kan en wat beveiligd moet, en hoe eenduidig wordt vastgelegd wie toegang krijgt. Voor 2027 staat inhoudelijke doorontwikkeling gepland, waaronder het aantal wachtenden en het aantal verkennende gesprekken met de doorstroom van VG naar GGZ. Vanaf 2027 komt ook de postcode van de zorglocatie mee in de declaratie, waardoor zichtbaar wordt vanuit welke regio de zorg is geleverd. Een klankbordgroep met vertegenwoordigers van ongeveer acht netwerken denkt mee over prioriteiten. Deelnemers werden uitgenodigd aanvullende ideeën per mail aan Vektis te sturen.

Toelichting Noaber Foundation

Aan het begin van het middagprogramma lichtte Maarten Fischer de rol van de Noaber Foundation toe. De stichting zet haar vermogen in voor fysieke, sociale en mentale gezondheid in Nederland. Op het gebied van mentale gezondheid richt zij zich, samen met Nationale-Nederlanden, op preventie: initiatieven voor studenten en kinderen, sportinitiatieven, inloophuizen en de sociale basis. De stichting steunt ruim zestig organisaties gericht op het voorkomen van mentale uitval.

Omdat dezelfde mensen vaak ook in de GGZ komen, is de Noaber Foundation geïnteresseerd in de verbinding tussen preventie, het voorliggend veld en de curatieve zorg. Fischer stelde voor om in een van de volgende bijeenkomsten samen te verkennen hoe een zorgpad eruitziet en waar initiatieven uit de sociale basis, bijvoorbeeld rond levensvragen, daarop kunnen aansluiten.

Presentatie C: Korter wachten prospectief – Slim Verwijzen in de praktijk

Jet Driessen (GGZ-consulent bij Onze Huisartsen in de regio Arnhem en werkzaam als POH-GGZ) en Linda Honig (netwerkcoördinator, betrokken bij MGN Samen Sterker Eemland) vertelden hoe zij Slim Verwijzen gebruiken. Zij presenteerden nadrukkelijk als gebruikers, niet als leveranciers.

Aanleiding

In de regio Arnhem-Nijmegen werd tijdens een pilot met een centraal toeleidingspunt een Excel-overzicht gemaakt van alle GGZ-aanbieders, inclusief kleinere aanbieders en vrijgevestigde praktijken. Het aantal bleek veel groter dan verwacht, en huisartsen wilden dit overzicht ook hebben. In Eemland kwam de taskforce wachttijden tot de conclusie dat de wachttijdproblematiek niet alleen met de grote instellingen op te lossen is en dat het complete aanbod in de regio zichtbaar moet worden. Beide regio's kwamen zo uit bij Slim Verwijzen.

Wat is Slim Verwijzen?

Slim Verwijzen is een landelijk platform en een inzichtsmontor voor de GGZ, dat inzicht geeft in het aanbod in de regio zonder dat daarbij cliëntgegevens worden gedeeld. Aanbieders registreren zich zelf en vullen hun aanbod in: behandeltypen en -vormen

(online, groep, één-op-één), exclusiecriteria, talen, toegankelijkheid, diagnosegroepen, gecontracteerde verzekeraars, het aantal wachtenden en het aantal beschikbare intakeplekken in de komende weken. Ook aanmeldstops, algemeen of per verzekeraar, zijn zichtbaar. De AGB-registratie van aanbieders wordt gecontroleerd bij Vektis. Huisartsen en POH's-GGZ kunnen zoeken en filteren, bijvoorbeeld op afstand, diagnosegroep en verzekeraar, en signaleren wanneer wachttijden verouderd zijn. Sinds de vernieuwde versie 2.0 kunnen zij de gevonden aanbieders direct naar de patiënt mailen, zodat die thuis rustig een keuze kan maken. Ook het verkennend gesprek is als aanbod vindbaar. Slim Verwijzen is nadrukkelijk geen verwijsplatform. Het is een zoeklaag, een soort sociale kaart van de GGZ. Het verwijzen zelf loopt via de bestaande kanalen, zoals ZorgDomein of Zorgmail.

Het platform groeide het afgelopen jaar van 30 aanbieders naar ongeveer 1.500 zorglocaties en 850 verwijzers, en van één naar elf regio's. Partners zijn onder meer Menzis, Pro Persona, Onze Huisartsen, de LVVP en Samen Sterker Eemland.

Ervaringen

- Zichtbaarheid van vrijgevestigden. Kleinere aanbieders hebben vaak geen ZorgDomein-abonnement en zijn daardoor minder zichtbaar. Via Slim Verwijzen vinden huisartsen aanbieders die zij nog niet kenden, ook vlak om de hoek. Aanbieders die er nog niet op staan, kunnen worden uitgenodigd.
- Actuele informatie voorkomt teleurstelling. In ZorgDomein blijkt een aanmeldstop of een bereikt omzetplafond vaak pas na het verwijzen. In Slim Verwijzen is dat vooraf zichtbaar.
- Bijhouden vraagt discipline. Aanbieders wordt gevraagd hun gegevens elke drie weken bij te werken. Zij kunnen makkelijk aangeven dat er niets is veranderd, wat het bijwerken tot enkele minuten beperkt. Wie lang niets heeft bijgewerkt, is herkenbaar. Wachttijden op websites wijken soms af van de monitor; de sprekers benadrukten dat partijen elkaar daar binnen de samenwerking op moeten aanspreken.
- Gebruik in het casusoverleg. In Eemland wordt Slim Verwijzen gebruikt in het domeinoverstijgend casusoverleg (DOCO) om samen te zien welk aanbod er rond een inwoner is. Dat levert soms verrassende oplossingen op. Ook in het advies na een verkennend gesprek en bij uitstroom uit de GGZ kan een vervolgplek worden opgenomen.
- Regionale monitor. Op regioniveau geeft de monitor inzicht in wachttijden, aantallen wachtenden per diagnosegroep, aanmeldstops en trends over 13, 26 of 52 weken. De signalen zijn geanonimiseerd en gebundeld, niet herleidbaar tot individuele aanbieders: het gaat om regionaal sturen op trends, niet om controleren. Er blijkt vaker aanbod binnen vier weken te zijn dan gedacht. De monitor helpt om knelpunten te onderbouwen richting zorgverzekeraars en het gesprek over exclusiecriteria en aanmeldstops in de regio te voeren. Zo bleek in een regio weinig aanbod voor autismediagnostiek; een derdelijns instelling ging daarop een tweedelijns instelling scholen.

Het sociaal domein is nog maar beperkt in Slim Verwijzen opgenomen; voor dit deel wordt een eerste versie verkend, waarbij onder meer herstelgroepen en preventiegroepen in

beeld kunnen komen. Verder staan een groepsmodule, verdere dekking van het GGZ-aanbod, jeugdzorg en toegang voor inwoners op de agenda; of het platform ook een verwijfs functie krijgt, is een open vraag. Vanuit de zaal werd gewaarschuwd voor de groeiende hoeveelheid platforms waarmee huisartsen te maken krijgen, en gevraagd hoe Slim Verwijzen zich verhoudt tot de wachttijdinformatie van Vektis. De monitor van Slim Verwijzen kijkt vooruit (intakeplekken in de komende weken), terwijl Vektis terugkijkt. Beide partijen zien meerwaarde in het verder verkennen van de combinatie.

Presentatie D: Matchen van vraag en aanbod – het Mentaal Schakelpunt

Curien Brouwer, programmamanager van het Mentaal Schakelpunt (MSP), lichtte toe wat het MSP is en hoe het werkt. Nog niet alle aanwezigen bleken het initiatief te kennen.

Aanleiding en ambitie

Meer dan 100.000 mensen wachten op GGZ, met een gemiddelde wachttijd van circa 24 weken. De inschatting is dat ongeveer 20 procent van de verwijzingen niet in één keer passend is, wat leidt tot extra wachttijd, herverwijzingen en verergering van klachten. Binnen de regio's ontstond behoefte aan beter inzicht in aanbod, wachttijden en capaciteit, wat leidde tot eigen oplossingen, met het risico op versnippering. Om te voorkomen dat processen verschillen afhankelijk van waar iemand woont (bijvoorbeeld voor een huisarts op de grens van twee regio's), hebben negen MGN-regio's zich verenigd in de coöperatie Mentaal Schakelpunt. De ambitie is een landelijke, regionaal toepasbare nutsvoorziening zonder winst oogmerk, die GGZ en sociaal domein samen in beeld brengt, waar nodig ook over regiogrenzen heen.

Werking

Brouwer vergeleek het MSP met Netflix: aan de ene kant de vraag, aan de andere kant een catalogus van aanbod, en daartussen een zo goed mogelijke match. Het MSP krijgt drie functies. Als eerste aanbodmonitoring: een landelijke, uniforme aanbodcatalogus van GGZ en sociaal domein, gebouwd op landelijke standaarden, als 'single source of truth' (de aanbodmonitor bestaat uit deze catalogus en een viewer). Ten tweede, vraaginformatie: verwijzers ondersteunen bij het zorgvuldig in kaart brengen van de hulpvraag, zodat die beter te matchen is. En als derde, matching: vraag actief koppelen aan passend aanbod, rekening houdend met inhoudelijke criteria en actuele capaciteit. Uitgangspunten daarbij zijn 'in één keer goed', een optimale spreiding over het aanbod en administratieve lastenverlichting.

Brouwer liet een conceptuele demo zien, met de nadrukkelijke kanttekening dat dit geen definitief ontwerp is. Via een API kan het MSP aan ongeveer 85 procent van de huisartsinformatiesystemen gekoppeld worden. Met een MSP-knop in het HIS komt de verwijzer direct in het MSP. De vraag kan worden ingesproken, beluisterd tijdens het consult, getypt of via een vragenlijst of ICPC-code worden ingevoerd. De vraag wordt vervolgens automatisch vertaald naar een gestandaardiseerd vraagprofiel. Bekende gegevens, zoals de postcode, worden automatisch overgenomen. Het profiel bevat zowel GGZ-thema's als thema's uit het sociaal domein, zoals baanverlies of geldzorgen. Waar nodig wordt aanvullende informatie gevraagd, bijvoorbeeld over eerdere behandelingen.

Daarna toont het MSP passend aanbod met een matchingscore en de actuele wachttijd. De verwijzer kan ook bewust kiezen om, als GGZ-aanbod langer op zich laat wachten, eerst een interventie in het sociaal domein in te zetten. Het verwijzen zelf verloopt via de bestaande kanalen.

Organisatie en planning

- Regiotafel. Vertegenwoordiging van de deelnemende regio's, met één stem per regio. De regiotafel komt maandelijks bijeen, toetst en besluit over product, proces en implementatie, en is officieel opdrachtgever en investeerder (via reeds toegewezen middelen).
- Landelijke tafel. Elk kwartaal komen landelijke partijen bijeen, waaronder organisaties van cliënten, GGZ, eerstelijns, huisartsen, sociaal domein en zorgverzekeraars. Deze tafel stemt landelijke uitgangspunten voor interoperabiliteit en informatiestandaarden af en bevordert landelijke samenhang en draagvlak. Zij adviseert, maar besluit niet.
- Werkorganisatie. Experts uit verschillende organisaties werken onder leiding van de programmamanager dagelijks aan het MSP en vergaderen wekelijks, ondersteund door werkgroepen met experts uit de regio's.
- Planning. Het MSP groeit stapsgewijs. Stap 1, inzicht creëren (eind 2026): een landelijk overzicht van aanbod, expertise en wachttijden en een uniforme beschrijving van aanbod. Stap 2, begrijpen van de hulpvraag (2027): vraaginformatie en ondersteuning voor verwijzers. Stap 3, slimmer matchen (2027): matching op inhoudelijke criteria en beschikbaarheid, stapsgewijs doorontwikkeld op basis van praktijkervaring. Mondeling gaf Brouwer aan dat de negen aangesloten regio's zich dit najaar voorbereiden op livegang in januari. Op 23 september organiseerde het MSP een webinar over onder meer de leveranciersselectie, de bouw van de eerste versie en het aanvraagproces voor doorbraakmiddelen.

Vragen en discussie

- Wachttijdgegevens. Bij de start zullen aanbieders hun wachttijden waarschijnlijk nog deels zelf moeten invoeren. Het MSP onderzoekt vier sporen om dit te automatiseren, waaronder Vektis-gegevens en een pilot dit najaar met een 'databox' die aanbod- en wachtlijst informatie rechtstreeks uit het EPD van grotere GGZ-instellingen haalt. Een deelnemer pleitte ervoor om kleinere aanbieders daar ook in mee te nemen, omdat bij hen veel winst te behalen is maar zij andere IT-uitdagingen hebben. Brouwer noemde dit een waardevol punt.
- Sociaal domein. Voor de GGZ kan het vermoeden van een diagnose als vertrekpunt dienen; voor het sociaal domein is classificatie veel lastiger omdat elke gemeente het anders inricht. Er is een eerste indeling in twaalf categorieën voor volwassenen (bijvoorbeeld werkloosheid, financiën en huiselijk geweld). Jeugd zit nog niet in het MSP. De categorieën worden met vertegenwoordigers van de negen regio's verder uitgewerkt.
- Eigendom. Op de vraag of het MSP een initiatief van zorgverzekeraars is, antwoordde Brouwer dat verzekeraars in het begin een duw hebben gegeven,

maar dat het MSP van en voor de MGN-regio's is. De regio's zijn als leden van de coöperatie opdrachtgever en investeerder.

- Verhouding tot Slim Verwijzen en andere initiatieven. Er vindt overleg plaats. Het MSP wil naast een eigen propositie ook toegang bieden tot zijn database, zodat andere initiatieven daarop kunnen voortbouwen. Uiteindelijk is het streven 'één plek, één waarheid'. Een huisarts die weet dat er om de hoek plek is, blijft vrij om rechtstreeks te verwijzen.
- Doorbraakmiddelen en capaciteit. Deelnemers vroegen hoe realistisch het is dat alle regio's naast hun lopende werk ook het MSP implementeren, mede gezien de looptijd van de doorbraakmiddelen. Brouwer gaf aan dat aansluiten een gezamenlijke inspanning blijft die ook in de regio capaciteit vraagt, en dat regio's verschillende keuzes maken in tempo en inzet van middelen. Op de vraag naar landelijke coördinatie gaf Diepeveen aan dat de verhouding tussen initiatieven onderwerp is van landelijk overleg met de brancheorganisaties.

Presentatie E: Resultaten evaluatie regionale versnellersaanpakken (Trimbos-instituut)

Jasper Nuijen en Jenny Boumans (Trimbos-instituut) presenteerden de evaluatie van het ZonMw-programma 'Versnellers in de GGZ' (2022–2025). In 21 regio's werden met een start- en uitvoeringssubsidie projecten uitgevoerd om de regionale domeinoverstijgende samenwerking in de aanpak van wachttijden te verbeteren, ondersteund door een onafhankelijke procesregisseur (de 'versneller'). Deze aanpakken kunnen worden gezien als voorlopers van de mentale gezondheidsnetwerken. Het evaluatietraject liep van augustus 2023 tot maart 2026.

Het probleem

De retrospectieve instroomgegevens over augustus en september 2025 laten zien: in de specialistische GGZ kregen 47.000 mensen een intakegesprek, van wie 61 procent langer dan vier weken had gewacht; van de 40.000 mensen die een behandeling startten, wachtte 33 procent langer dan tien weken. In de basis-GGZ lagen die percentages op 64 procent (7.500 intakes) en 27 procent (6.500 behandelingen). Het probleem zit dus vooral in de aanmeldwachttijd. In de specialistische GGZ hebben acht hoofddiagnosegroepen op vier peilmomenten tussen begin 2024 en eind 2025 consistent een gemiddelde totale wachttijd van twintig weken of meer, ruim boven de Treeknorm van veertien weken: eetstoornissen, neurobiologische ontwikkelingsstoornissen, obsessief-compulsieve stoornissen, persoonlijkheidsstoornissen, trauma, angststoornissen, bipolaire stemmingsstoornissen en een restgroep. Volgens deskundigen wachten vooral mensen met complexe problemen het langst.

Wachten heeft grote gevolgen: klachten verergeren, mensen raken in crisis of krijgen suicidale gedachten, en sommigen haken af. Na de start van de behandeling is de kans op uitval groter en kan de behandeling langer en intensiever zijn. Ook naasten, huisartsen en POH's-GGZ ervaren de gevolgen, onder meer doordat zij noodgedwongen overbruggingszorg bieden. De oorzaken zijn complex. Twee belangrijke categorieën: de mentale gezondheid van Nederlanders gaat achteruit, wat vooral leidt tot meer gebruik van

de huisartsenzorg en de POH-GGZ terwijl het specialistische aanbod stabiel blijft; en knelpunten in financiering en organisatie, zoals personeelstekorten en prikkels die het aantrekkelijker maken om mensen met minder complexe problemen te behandelen.

Aanpak van de evaluatie

Het doel van de evaluatie was werkzame elementen in de versnellersaanpakken te identificeren, met bijzondere aandacht voor de inzet van versnellers en de domeinoverstijgende samenwerking. Voor alle 21 aanpakken samen werd een overkoepelende veranderingstheorie ontwikkeld, die loopt van de activiteiten van de versnellers via mechanismen en directe effecten naar het uiteindelijke doel: toegankelijke en goede GGZ met korte wachttijden voor wie dat nodig heeft. Kern van de evaluatie was een begeleide zelfevaluatie: met elke regio werden aan het begin en eind gesprekken gevoerd over de doelen, de mate waarin die zijn bereikt en wat wel en niet werkte. Daarnaast is verdiepend gekeken naar twee veelgebruikte samenwerkingsmechanismen, het verkennend gesprek (VG) en het domeinoverstijgend casusoverleg (DOCO), en is een literatuurinventarisatie uitgevoerd.

Bevindingen

- Relationale infrastructuur als fundament. In alle regio's is een stevig fundament gelegd. Doorslaggevend waren niet de nieuwe overlegstructuren, maar de verbeterde relaties: partijen leerden elkaar kennen, er ontstond vertrouwen, lijnen werden korter en er groeide gedeeld eigenaarschap voor het vraagstuk. Dit kostte veel inspanning. De onafhankelijkheid van de versneller werd in alle regio's als cruciaal ervaren om de verbinding te leggen en het grotere verhaal centraal te houden.
- Smalle focus. De samenwerking concentreerde zich op de instroomkant van de GGZ. Samenwerkingsmechanismen werden bovenop het bestaande systeem geplaatst, met het risico dat innovaties naast het systeem blijven bestaan. En de aanname dat in één gesprek breed kan worden vastgesteld wat de hulpvraag en de beste vervolgstap is, kon niet worden onderbouwd.
- Effecten nog niet aangetoond. Er is veel bereikt in het opstarten van samenwerking en het ontwikkelen van mechanismen, maar of dit leidt tot kortere wachttijden en passende zorg kon niet worden vastgesteld. Er is vooral gemonitord op tevredenheid en afbuigingspercentages; die zeggen weinig over hoe het met mensen gaat, en wachttijden kunnen ook verschuiven naar andere plekken. Voor pioniersprojecten is dat begrijpelijk, maar het is een belangrijke les voor de MGN.

Aanbevelingen

De onderzoekers formuleerden tien aanbevelingen.

Vier gaan over voorwaarden voor succesvolle domeinoverstijgende samenwerking:

- Blijf bij de inrichting en uitrol van de mentale gezondheidsnetwerken investeren in relationele infrastructuur en borg een onafhankelijke procesregisseur. Dit is doorlopend werk, geen eenmalige implementatie.

- Benut de al opgebouwde regionale kennis, behoud regionale en lokale experimenteerruimte en stimuleer uitwisseling tussen regio's. Te vroeg standaardiseren haalt de beweging eruit.
- Versterk de inhoudelijke invulling van de samenwerking door de kennis van direct betrokkenen (hulpvragers, naasten, ervaringsdeskundigen en professionals) structureel en continu te benutten.
- Pak de structurele belemmeringen voor domeinoverstijgende samenwerking aan, zoals financiering en schotten tussen domeinen, en creëer randvoorwaarden voor opschaling.

Drie aanbevelingen gaan over een bredere scope en invulling:

- Zet ook in op domeinoverstijgende samenwerking rond door- en uitstroom, niet alleen de instroom.
- Veranker integraal werken in de interne werkwijzen van organisaties en zorg dat nieuwe werkwijzen een samenhangend pakket vormen met het bestaande aanbod.
- Stimuleer het relationele en herstelondersteunende potentieel van mechanismen als het verkennend gesprek, zodat dat geen verdeelstation wordt. Continuïteit van zorg gaat boven snel doorverwijzen.

Twee aanbevelingen gaan over monitoring en evaluatie:

- Zorg voor continue beschikbaarheid van volledige, betrouwbare en actuele informatie over wachttijden en het beschikbare aanbod van zorg en ondersteuning in een regio.
- Richt de monitoring en evaluatie van de mentale gezondheidsnetwerken zo in dat ervaringen en uitkomsten van professionals, maar bovenal van hulpvragers, leidend zijn. Procesindicatoren, zoals aantallen verkennende gesprekken en afbuigingspercentages, zeggen vooral iets over wat het systeem doet en weinig over wat het mensen oplevert.

De tiende aanbeveling: erken dat er geen enkelvoudige oplossing bestaat voor de wachttijdenproblematiek. Ook capaciteitsproblemen, ongewenste financiële prikkels en maatschappelijke factoren achter de toenemende zorgvraag moeten worden aangepakt. Het eindrapport en vier achtergrondrapporten staan op de website van het Trimbos-instituut. De onderzoekers boden aan in een aparte sessie verder door te praten over het meten van effecten voor inwoners.

Presentatie F: Proactieve zorgbemiddeling en het MGN (Zilveren Kruis)

Tom Zwetsloot (zorgbemiddelaar) en Ankie de Winter (Zilveren Kruis) lichtten toe hoe zorgbemiddeling werkt en wat de eerste ervaringen zijn met proactieve zorgbemiddeling. Zorgbemiddeling is een wettelijke taak van alle zorgverzekeraars. Bij Zilveren Kruis zijn ruim zestig collega's vanuit Leiden en Leeuwarden bereikbaar voor vrijwel alle zorgsoorten, waaronder GGZ, ziekenhuiszorg, huisartsenzorg en kraamzorg.

Reactieve zorgbemiddeling

Verzekerden kunnen telefonisch (op werkdagen van 9 tot 17 uur) of via een online formulier om bemiddeling vragen. In 2025 ging het om ongeveer 96.800 telefoontjes en ruim 32.000 wachtlijstbemiddelingen, waarvan circa 10.300 in de GGZ. Volgens Zilveren Kruis werden daarmee ongeveer 1,9 miljoen wachtdagen bespaard; in de GGZ werden mensen gemiddeld dertig weken eerder geholpen. Tien jaar geleden ging het om ongeveer een half miljoen bespaarde wachtdagen per jaar. De bemiddelaars combineren verschillende bronnen, zoals websites, kwaliteitsstatuten, een interne databank en direct contact met aanbieders. Zij geven advies en opties, maar de verzekerde kiest zelf, desnoods ook voor een niet-gecontracteerde aanbieder. Een ander team belt steekproefsgewijs na om te controleren of het advies klopte. Zorgbemiddeling heeft ook een signaalfunctie richting zorginkoop, bijvoorbeeld bij tekorten in autismezorg of zorg voor complex trauma. De bemiddelaars merken dat de vragen die bij hen terechtkomen steeds complexer worden.

Proactieve zorgbemiddeling

Proactieve zorgbemiddeling vloeit voort uit het Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord (AZWA) van 2025 en is per april 2026 ingevoerd. Het doel is verzekerden die te lang wachten actief te benaderen. Patiënten kunnen bij een verwijzing via ZorgDomein aangeven dat zij door hun zorgverzekeraar benaderd willen worden. Dit is gefaseerd ingevoerd en geldt inmiddels voor alle verwijzingen. De verzekeraar ziet alleen de hoofddiagnosegroep en de verwijzdatum en vraagt de patiënt daarom een formulier in te vullen met de hulpvraag en voorkeuren, zoals maximale reisafstand en openheid voor online behandeling. Bij twijfel wordt de patiënt gebeld. Als alle partijen akkoord zijn, kan de zorgcoach de verwijzing via ZorgDomein heradresseren zonder nieuwe verwijzing van de huisarts. Dat kan alleen bij verwijzingen voor een intake, niet bij andere typen consulten. In de GGZ is men hier voorzichtig mee, omdat iemand bij omzetten zijn plek op de wachtlijst verliest. Bij een duidelijke afwijking tussen de verwijzdiagnose en het verhaal van de patiënt wordt eerst met de verwijzer overlegd.

Tussen 20 april en 9 augustus gingen ruim 1,5 miljoen verwijzingen uit waarbij patiënten digitaal werden geïnformeerd, waarvan 192.295 naar de GGZ. Door de gefaseerde invoering kregen ruim 776.000 patiënten de mogelijkheid aangeboden. 24.132 van hen gaven toestemming om benaderd te worden: ongeveer 3 procent (in de GGZ 3.141, ofwel 3,6 procent). Ruim duizend mensen trokken die toestemming later weer in. De sprekers noemden deze deelname zelf verrassend laag. Mogelijke verklaringen zijn een voorkeur voor de oorspronkelijke aanbieder, beperkte tijdwinst, grotere afstand, de behoefte aan een klik met de behandelaar en het feit dat mensen soms bij meerdere aanbieders tegelijk staan aangemeld. Of iemand daadwerkelijk bij een alternatief is gestart, wordt meestal niet teruggekoppeld. In het vierde kwartaal volgt landelijke communicatie vanuit Zorgverzekeraars Nederland en de huisartsen.

Verbinding met het MGN

Zilveren Kruis noemde de mentale gezondheidsnetwerken cruciaal. Eigen onderzoek in drie gemeenten laat zien dat de helft van de mensen met psychische klachten na een verkennend gesprek naar het sociaal domein werd doorverwezen, en dat mensen vaker

sneller op de juiste plek terechtkomen. De bemiddelaars zien kansen in afstemming met het verkennend gesprek. Verkenner kennen het hele verhaal van de inwoner en het aanbod in de wijk, maar niet de actuele wachttijden; bemiddelaars kennen de wachttijden, maar niet het hele verhaal. Een inwoner die na een verkennend gesprek goed kan vertellen welke richting gezocht moet worden, is beter te bemiddelen. Vanuit de zaal werd ook gewaarschuwd voor dubbel werk: in een casus gingen verkenner, POH-GGZ en zorgbemiddeling tegelijk op zoek naar een plek voor dezelfde inwoner. Diepeveen wees erop dat sommige regio's het verkennend gesprek ook inzetten voor mensen die al op een wachtlijst staan, waarbij een integraal beeld kan helpen om iemand op de juiste plek te krijgen, bijvoorbeeld wanneer depressieve klachten samenhangen met baanverlies of schulden.

Afsluiting en vooruitblik

Cornelis Jan Diepeveen sloot de dag af met een vooruitblik en een inventarisatie van wensen voor volgende bijeenkomsten.

- Volgende themadagen. De volgende themadag is op 12 november 2026; de inschrijving wordt binnenkort opengesteld. Daarna volgen bijeenkomsten in januari, maart en mei. De volgende editie staat meer stil bij de sociale basis en de verbinding tussen het formele en informele circuit. Deelnemers met goede initiatieven uit de sociale basis worden uitgenodigd zich te melden.
- Verbinding tussen projectleiders. Er is behoefte om de projectleiders van de netwerken in het land persoonlijk te leren kennen, naast de bestaande appgroep.
- Kennisinfrastructuur. Uit de landelijke monitor blijkt grote behoefte aan onderlinge verbinding en aan het voorkomen dat elke regio het wiel opnieuw uitvindt. Landelijk wordt verkend of er een centrale plek kan komen met relevante documenten, bijvoorbeeld een bibliotheek met standaarddocumentatie.
- Mijlpalen en KPI's. Meerdere regio's hebben mijlpalen die inmiddels zijn verstreken, en aantallen verkennende gesprekken die niet gehaald worden. Diepeveen erkende dat dit een actueel vraagstuk is waarover landelijk met de brancheorganisaties wordt gesproken: men wil de beweging stimuleren en niet afrekenen, maar heeft ook resultaatverplichtingen naar elkaar uitgesproken. Gevraagd werd dit in een volgende sessie te bespreken, inclusief de financiële gevolgen voor regio's.
- Effecten op de lange termijn. Deelnemers willen meer weten over de langetermijneffecten van verkennende gesprekken en over hoe afbuiging duurzaam wordt. Vanuit de huisartsenzorg werd opgemerkt dat huisartsen snel afhaken als het advies dat terugkomt niet bruikbaar is. Genoemd werd dat in Zuid-Limburg wetenschappelijk onderzoek naar het MGN loopt; voorgesteld werd de onderzoekers uit te nodigen.
- Werkvorm. Er is behoefte aan meer kleinschalige uitwisseling en intervisie, bijvoorbeeld over hoe netwerken sturen, naast plenaire presentaties.

- Borgen van lessen. Een terugkerende vraag was hoe de vele lessen uit de regio's kunnen worden vastgehouden en gedeeld, zodat ze over een paar jaar niet verloren zijn gegaan.

Conclusies en aanbevelingen

Lessons learned voor de regio's

Op basis van de presentaties, de groepsgesprekken en de plenaire discussies kunnen de volgende lessen worden getrokken.

- Samenwerking is het fundament, niet de techniek. Zowel de evaluatie van het Trimbos-instituut als de ervaringen met Slim Verwijzen laten zien dat de opbrengst zit in relaties, vertrouwen en korte lijnen. Platforms en data werken pas als partijen elkaar durven aanspreken op actualiteit en afspraken.
- Maak de ambitie concreet en bespreek belangen. Een abstracte ambitie als 'toegankelijke zorg' bindt niet. Het expliciet bespreken van belangen op het niveau van het netwerk, de organisaties en de individuen voorkomt schijnsamenwerking.
- Organiseer licht en reflecteer regelmatig. Te veel structuur is vaak een compensatie voor gebrek aan vertrouwen. Een vaste check-in op de vijf condities maakt het bespreken van de samenwerking normaal in plaats van spannend.
- Bewaak het onderscheid tussen doel en middel. Het verkennend gesprek, het casusoverleg en de KPI's zijn middelen. Het doel is dat inwoners eerder en passender worden geholpen.
- Kijk verder dan de instroom. Domeinoverstijgende samenwerking levert meer op als zij de hele patiëntreis bestrijkt, inclusief mensen op de wachtlijst en de uitstroom uit de GGZ.
- Houd het verkennend gesprek herstelondersteunend. Het gesprek heeft meerwaarde als relationeel en herstelgericht moment, niet als verdeelstation.
- Gebruik meerdere bronnen voor wachttijden en ken hun beperkingen. Retrospectieve cijfers zijn betrouwbaar maar laten wie afhaakt niet zien; prospectieve informatie is actueel maar afhankelijk van de discipline van aanbieders. In combinatie geven ze het beste beeld.
- Breng kleinere en vrijgevestigde aanbieders in beeld. Zij vormen een substantieel deel van het aanbod en zijn met eenvoudige middelen beter vindbaar te maken.

Aanbevelingen voor de regio's

- Gebruik het model van de vijf condities om periodiek met de netwerkpartners te reflecteren op de samenwerking, en maak dit vanaf het begin een vast onderdeel van de werkwijze.
- Ga het gesprek aan met financiers en landelijke partijen wanneer kaders of KPI's niet passen bij de werkwijze van het netwerk. Onderbouw dit met de stappen die wel worden gezet.
- Leg in de samenwerkingsafspraken vast wie namens het netwerk toegang krijgt tot (besloten) wachttijdinformatie en hoe partijen elkaars wachttijd- en capaciteitsgegevens delen.

- Combineer de MGN-regiocijfers van Vektis met actuele informatie uit Slim Verwijzen of het MSP om knelpunten in de regio te onderbouwen en het gesprek met aanbieders en zorgverzekeraars te voeren.
- Zorg voor afstemming tussen verkenner, POH's-GGZ en zorgbemiddeling, zodat niet meerdere partijen tegelijk voor dezelfde inwoner op zoek gaan naar een plek.
- Betrek hulpvragers, naasten en ervaringsdeskundigen al bij het ontwerp van nieuwe werkwijzen.
- Monitor naast procesindicatoren ook wat er met inwoners gebeurt na het verkennend gesprek, en deel de aanpak met andere regio's.

Aanbevelingen voor landelijke partijen

- Zorg voor landelijke afstemming tussen Slim Verwijzen, het Mentaal Schakelpunt en andere initiatieven, zodat wildgroei aan platforms en dubbele investeringen worden voorkomen en huisartsen niet met steeds meer systemen te maken krijgen.
- Bespreek met zorgverzekeraars en gemeenten hoe wordt omgegaan met mijlpalen en KPI's die niet haalbaar blijken. Stimuleer de beweging in plaats van af te rekenen op aantallen, en geef duidelijkheid over de financiële gevolgen voor regio's.
- Investeer in het meten van effecten voor inwoners, zoals passende zorg en herstel, naast procesindicatoren. Benut daarbij de kennis van het Trimbos-instituut en lopend onderzoek in de regio's.
- Pak randvoorwaarden aan die regio's zelf niet kunnen oplossen, zoals financiering, schotten tussen domeinen, capaciteit en ongewenste prikkels.
- Werk samen met Vektis een uniform format uit voor toegang van netwerken tot wachttijdinformatie, en verken hoe ook informatie over behandelduur, in- en uitstroom en verkennende gesprekken beschikbaar kan komen.
- Faciliteer een centrale kennisplek met documenten en ervaringen, en organiseer naast plenaire bijeenkomsten ook kleinschalige uitwisseling en intervisie tussen projectleiders.
- Zorg dat sociaal domein en sociale basis volwaardig worden meegenomen, zowel in digitale voorzieningen als in toekomstige themadagen.

Slotopmerking

De themadag van 21 september 2026 liet zien dat er in het land veel wordt ontwikkeld om wachttijden inzichtelijk te maken en vraag en aanbod beter op elkaar af te stemmen. Tegelijk werd duidelijk dat data en platforms alleen niet volstaan. Kortere wachttijden en passende zorg vragen om netwerken waarin partijen elkaar kennen en vertrouwen, belangen bespreekbaar zijn, en waarin de ruimte bestaat om kaders ter discussie te stellen als die het doel in de weg zitten. Door kennis te delen, initiatieven op elkaar af te stemmen en samen te leren meten wat het oplevert voor inwoners, kunnen de mentale gezondheidsnetwerken verder groeien.