

de Routekaart naar het Ecosysteem Mentale Gezondheid



Inleiding

Voor je ligt de Routekaart voor de transitie naar een netwerk van lokale Ecosystemen Mentale Gezondheid. Dit is geen statisch plan, maar een levend document dat ons gezamenlijk kompas vormt op een reis waar we middenin zitten. Het beschrijft wat we doen en nodigt nieuwe bondgenoten uit om aan te sluiten.

De kracht van deze beweging zit in een unieke, co-creatieve samenwerking tussen drie groepen die elkaar versterken:

De regionale koplopers

Zij vormen het hart van de beweging, de plekken waar de verandering daadwerkelijk plaatsvindt. In februari 2026 is een eerste groep van vijf pionierende regio's van start gegaan, en de deur staat nadrukkelijk open voor nieuwe regio's die de ambitie van deze Routekaart omarmen. In deze lokale ecosystemen ontstaat de verandering, gedragen door brede coalities. Denk hierbij aan een samenwerking tussen bijvoorbeeld ervaringsdeskundigen, huisartsen, ggz-organisaties, gemeenten en WMO-partners. De precieze samenstelling varieert en groeit, passend bij de lokale context en de drive om de coalitie zo breed mogelijk te maken.

Team Overheid

De landelijke systeem partijen. Dit zijn de organisaties die de transitie op nationaal niveau mogelijk maken: het Ministerie van VWS, de Nederlandse Zorgautoriteit (NZA), Zorginstituut Nederland (ZiNL) en MIND, de koepel van cliënten- en familieorganisaties. Hun rol is meer dan alleen het creëren van randvoorwaarden; zij zijn actieve leerpartners. Door de nieuwe manier van denken, doen en organiseren samen met de regio's te doorleven, ontdekken we gezamenlijk wat dit vraagt van landelijke kaders, financiering, wet- en regelgeving en cultuur.

Team de Nieuwe ggz

Als denktank en aanjager heeft De Nieuwe ggz de afgelopen vijftien jaar, gevoed door wetenschap en de cliëntenbeweging, de visie voor deze transitie gearticuleerd. Het team fungeert als verbinder en brengt de verschillende partners en kenniswerelden bij elkaar.

Deze brede coalitie deelt niet alleen de urgentie om het anders te doen, maar vooral een gezamenlijk perspectief op *hoe* het anders kan. Onze aanpak is gebouwd op een fundamentele overtuiging: een duurzaam Ecosysteem voor Mentale Gezondheid vraagt om een verandering op drie niveaus tegelijk. Deze driedeling vormt de ruggengraat van onze Routekaart:

1. Een andere manier van DENKEN. De basis is een gedeelde visie op mentale gezondheid. Dit fundament is de afgelopen jaren ontwikkeld door De Nieuwe ggz en wordt nu verrijkt en gedragen door alle partners.

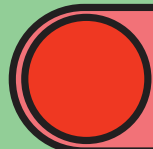
2. Een andere manier van DOEN. In de regio's geven de koplopers, in co-creatie met De Nieuwe ggz, vorm aan concrete bouwstenen. Dit zijn de tastbare projecten en werkwijzen die het verschil maken in het leven van mensen.

3. Een andere manier van ORGANISEREN. Om de nieuwe praktijken duurzaam te maken, is een ander systeem nodig. De Nieuwe ggz heeft, geïnspireerd door transitie modellen (Drift/Loorbach), een voorstel ontwikkeld voor een instrumentarium, onderzoek en een gezamenlijke businesscase, die we samen met de systeempartijen en regio's verder invullen en implementeren.

Tot slot: deze Routekaart is geen rigide blauwdruk, maar een uitnodiging tot dialoog. Een kernprincipe van onze werkwijze is publiek leren: we delen onze bouwstenen, inzichten en ook onze dilemma's zo open mogelijk. We doen dit omdat we hopen een beweging te inspireren die groter is dan ons eigen netwerk. Een beweging waarin ook andere initiatieven, zowel binnen als buiten het domein van mentale gezondheid, zich herkennen en hun kennis en netwerken willen verbinden. Zo bouwen we samen, lerend en in alle openheid, aan een toekomst waarin mentale gezondheid van ons allemaal is.



Inhoud Routekaart

**1****Anders DENKEN****2****Anders DOEN****3****Anders ORGANISEREN****DOEL**

In een netwerk van nationale en regionale partners, bestuurlijk mandaat en

De Visie op Mentaal Lijden en Mentale Gezondheid en een Waardengedreven en Publiek antwoord daarop

Vier Bouwstenen als basis voor de co-creatie die de koploperregio's in staat stellen de nieuwe kaders voor financiering, kwaliteit en governance te ontwikkelen

De Transitie aanpak en het instrumentarium. Een model voor leren en besluiten op regionaal en nationaal niveau

financiering voor de doorontwikkeling van de onderdelen door een dedicated team te organiseren. In eerste instantie voor 2026, met een horizon van meerdere jaren.





ANDERS DENKEN

Artikel gepubliceerd in TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE – JAARGANG 68 – APRIL 2026

Psychisch lijden vereist een klinische houding van ontmoeting; een beschouwend essay

J.J. van Os

Achtergrond	Psychisch lijden vormt het hart van de psychiatrische praktijk, maar wordt vaak benaderd in termen van stoornis, defect of symptoom. Daarmee raakt de ervaring zelf uit beeld.
Doel	Verkennen hoe psychisch lijden opnieuw verstaan kan worden als menselijke ervaring in context, en wat dat vraagt van de klinische houding.
Methode	Beschouwend essay op basis van literatuur, filosofische reflectie en klinische ervaring.
Resultaten	Psychisch lijden verschijnt niet als breindefect, maar als ontregeling van menselijke samenhang: belichaamd, affectief, relationeel en temporeel. Het manifesteert zich wanneer de natuurlijke samenhang tussen verleden, heden en toekomst stopt, en de mens zijn plaats in de wereld tijdelijk verliest. Lijden is contextueel ingebed – in lichaam, biografie, relaties en samenleving – en kan zich uiten als machtig, dwingend of ondoordringelijk. Niet al het lijden is transparant of betekenisvol, maar elk lijden vraagt om nabijheid en verstaan. De klinische ontmoeting is een gedeelde hermeneutische ruimte waarin ervaringskennis en professionele kennis elkaar aanvullen en corrigeren.
Conclusie	Psychisch lijden vraagt geen reparatie, maar erkenning; geen reductie, maar aanwezigheid en dialoog. Een klinische houding van luisteren, resonantie en overdraagbaarheid – eerder verstaan dan verklaren – maakt ruimte voor herstel van samenhang, betekenis en menselijkheid.

De dominante manier waarop in de psychiatrie en geneeskunde naar psychisch lijden wordt gekeken, is nog altijd overwegend medisch en reducerend. Binnen dat kader verschijnt lijden als symptoom, als signaal van een pathologische stoornis of als 'probleem' dat moet worden opgelost. Daarmee verdwijnt iets wezenlijks uit beeld: de ervaring zelf, de dynamiek van lijden als menselijke toestand.

Psychisch lijden als uitgangspunt voor de klinische ontmoeting

Een zoekopdracht in PubMed met 'suffering' in de titel en 'mental' of 'psychiatric' ergens in de tekst levert ongeveer 1700 artikelen op, waarvan minder dan 10 met relevantie voor de ervaring van lijden – een opmerkelijk klein aantal in verhouding tot de miljoenen publicaties over psychische stoornissen. Nog opvallender is dat geen van die 10 artikelen diepgaand ingaat op de aard of fenomenologie van psychisch lijden zelf. De focus ligt vrijwel altijd op *kaders* waarbinnen lijden moet worden begrepen of beoordeeld, bijvoorbeeld in de context van medische beslissingen of euthanasie, maar niet op het perspectief van degene die lijdt. Parra Jounou en collega's stellen dat 'suffering is a hostage of healthcare

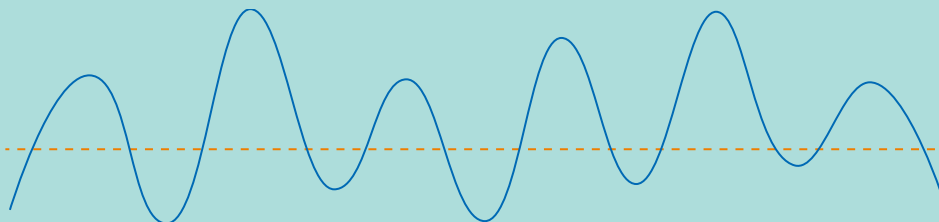
professionals' authority: het begrip is 'gekaapt' door de medische professie en ontdaan van zijn menselijke grond. Het wordt beoordeeld in termen van observatie, meetbaarheid en beslisbaarheid – vooral in situaties waarin de vraag naar 'ondraaglijk lijden' juridische betekenis heeft, zoals bij euthanasie. Zo ontstaat een paradox: het spreken over lijden gebeurt 'voor de patiënt, maar zonder de patiënt'.¹

Terwijl de medische literatuur dus vooral worstelt met de definitieve status van lijden, bestaat er in de filosofie juist een traditie waarin de ervaring zelf centraal staat. Filosofen als Kierkegaard, Ricoeur, Merleau-Ponty, Buber en Levinas hebben lijden beschreven als existentiële, relationele of belichaamde breukervaring. In **tabel 1** geef ik een beknopt overzicht van enkele van deze perspectieven. Ze bieden een rijk palet aan inzichten: over betekenisverlies, vervreemding, de pijn van niet-samenvallen met jezelf, of de oproep van de ander in het gelaat van diens lijden, maar ze zijn niet direct bruikbaar binnen het gangbare klinische kader van psychiatrie, psychologie en neurowetenschappen. Vanuit de ervaringsdeskundigheid is er de laatste decennia een beweging ontstaan die lijden opnieuw wil inschrijven in de menselijke ervaring. Auteurs als

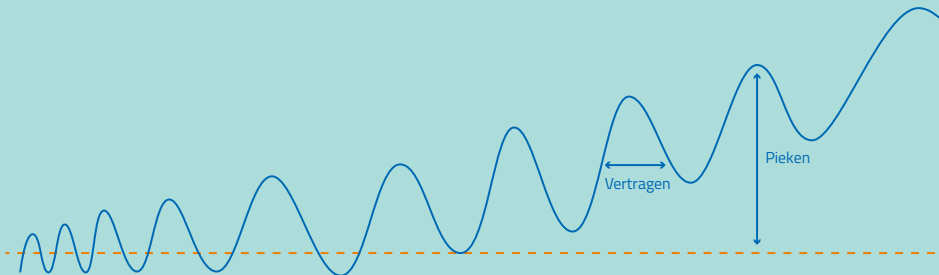
Tabel 1. Filosofisch-klinische perspectieven op psychisch lijden

Denker	Kernidee over lijden/bewustzijn	Relevantie voor klinisch verstaan van psychisch lijden
Karl Jaspers (1883-1969)	Psychopathologie begint bij Verstehen van de innerlijke beleving, niet bij objectivering.	Lijden vraagt om fenomenologisch begrip in plaats van verklaren; therapeut als luisterende getuige.
Paul Ricoeur (1913-2005)	Onderscheid tussen pijn (lichamelijk) en lijden (existentieel verlies van handlingsvermogen en betekenis). Lijden breekt de continuïteit van het narratief zelf.	Therapie als narratieve coconstructie; herstel van handlingszin en identiteit door verhalen opnieuw te verbinden.
Søren Kierkegaard (1813-1855)	Lijden als wanhoop: de pijn van het niet samenvallen met jezelf, existentiële vervreemding.	Lijden onthult vrijheid en verantwoordelijkheid; klinisch helpt dit om lijden te zien als weg naar authenticiteit i.p.v. als een defect.
Maurice Merleau-Ponty (1908-1961)	Bewustzijn is belichaamde intentionaliteit: we ervaren de wereld via ons lichaam.	Psychisch lijden is een verstoring van het belichaamde zijn-in-de-wereld; herstel vraagt lichamelijke en zintuiglijke heroriëntatie.
Martin Buber (1878-1965)	Menselijk bestaan voltrekt zich in relaties. In de Ik-Hetrelatie wordt de ander tot object gemaakt; in de Ik-Jijrelatie verschijnt de ander als uniek en onherleidbaar. Lijden verdiept zich wanneer iemand structureel niet meer als Jij wordt ontmoet.	Herstel vraagt om een echte ontmoeting waarin de patiënt niet wordt gereduceerd. De therapeutische relatie is geen techniek, maar een relationele gebeurtenis waarin wederkerigheid en aanwezigheid centraal staan.
Eugène Minkowski (1885-1972) (gebaseerd op Henri Bergson (1859-1941))	Lijden als verlies van élan vital – de vitale stroom van innerlijke tijd en beweging.	Depressie of psychose als stilvallen van temporele vitaliteit; herstel betekent heropenen van tijdservaring en toekomstgerichtheid.
Emmanuel Levinas (1906-1995)	De Ander verschijnt in het gelaat als ethische ontregeling: we worden aangesproken, uit onszelf gehaald.	Lijden onthult afhankelijkheid en verantwoordelijkheid; klinische ontmoeting als asymmetrische ethische gebeurtenis, niet symmetrisch 'responsief'.
Arthur Kleinman (1941)	Onderscheid disease vs. illness: lijden is altijd cultureel en moreel ingebed.	Psychisch lijden vraagt om sociaal en moreel verstaan, niet enkel klinische classificatie.
Thomas Fuchs (1958)	Lijden als verstoring van tijdservaring en affectieve afstemming op de wereld.	Depressie: verlies van toekomstgevoel; klinische focus op hernieuwde affectieve resonantie.
Hannah Arendt (1906-1975)	Menselijk handelen is altijd gesitueerd in een publieke, politieke ruimte.	Psychisch lijden is niet enkel individueel, maar ook maatschappelijk bepaald – contextueel begrip voorkomt pathologisering.
Arthur Frank (1949)	Lijden breekt narratieven; herstel begint met een nieuw gedeeld verhaal.	Het klinisch gesprek als ruimte voor hervertelling – de patiënt als verteller i.p.v. als object.
Atoine Mooij (1944)	Lijden is niet primair een symptoom, maar een bestaansfeit, een relationeel en betekenisvol verschijnsel dat hoort bij mens-zijn. Het ontstaat doordat de mens zichzelf kan bezien en beoordelen, en daardoor vast kan lopen in zelfbeoordeling.	Voor de psychiatrie betekent dit dat lijden niet mag worden gereduceerd tot een storing of defect dat gerepareerd moet worden. Hij pleit voor een existentieel en relationeel verstaan van psychisch lijden
Henricus Cornelius Rümke (1893-1967)	Lijden als een wezenlijk aspect van de menselijke existentie, dat niet losstaat van persoonlijkheid. Hij sprak over het 'existentieel tekort' – de ervaring van gemis en ontoereikendheid die eigen is aan mens-zijn; en 'verstoorde resonantie' tussen de persoon en zijn wereld.	De arts moet leren meetrillen met het lijden van de patiënt om het te verstaan. Deze empathische resonantie is geen sentiment, maar een vorm van professioneel verstaan – de basis van elke betekenisvolle therapeutische relatie.
Arie Janse de Jonge (1917-1965)	Psychisch lijden als een crisis in de persoonlijke samenhang – het moment waarop de mens zichzelf en zijn wereld niet meer begrijpt. Lijden is voor hem een proces van desintegratie en heroriëntatie van betekenis.	Psychiatrische zorg moet niet in de eerste plaats herstellen, maar hermeneutisch begeleiden: samen zoeken naar zin in desintegratie.



Figuur 1A. Afwezigheid van psychisch lijden als staat van dynamisch emotioneel evenwicht

Emotionele beweging naar een positieve of een negatieve staat wordt altijd gevolgd door een beweging terug in de richting van de uitgangswaarde (grondlijn).⁵

Figuur 1B. Psychisch lijden als staat van emotionele disbalans

De normale emotionele golfbeweging piekt en de beweging terug in de richting van de uitgangswaarde (grondlijn) vertraagt.⁵

Boevink en Kusters beschrijven het niet alleen als iets dat geëlimineerd moet worden, maar ook als een ervaring die een rol speelt bij het leerproces van herstel en betekenisgeving.^{2,3} Dat perspectief is ook terug te vinden in het CHIME-D-model van herstel, waarin de *D* – van *distress of difficulty* – pas later is toegevoegd om juist die pijnlijke, onregelende ervaring te erkennen als integraal onderdeel van de *lived experience* van lijden en herstel.⁴

In het boek *We zijn God niet deden* Myrre van Spronsen en ik een poging om psychisch lijden te beschrijven als een dynamisch proces.⁵ Lijden werd daarin, naar Karl Jaspers, opgevat als een grenservaring, een verstoring van het zelfregulerende evenwicht van het mentale, die vraagt dat we verdragen, maar ook dat we in beweging komen.⁵ Dat perspectief is ontstaan op het snijvlak van filosofische reflectie, ervaringskennis en klinische praktijk.⁷ In dit essay vindt u een kortere en meer geconcentreerde versie van die verkenning. Het doel is niet om een uitputtende theoretische beschrijving te geven, maar om bij te dragen aan een taal en een attitude waarin het gesprek over psychisch lijden gevoerd kan worden op het niveau van de ervaring zelf.

De aard van psychisch lijden en bewustzijn

Om psychisch lijden werkelijk te begrijpen – en dus ook klinisch zinvol te kunnen benaderen – moeten we het niet alleen zien als stoornis, maar ook als bewustzijns-

ervaring. Een ervaring waarin iets niet klopt, waarin het vanzelfsprekende zijn-in-de-wereld hapert, en waarin de toekomst – normaal gesproken een impliciete belofte – wegvalt. Psychisch lijden is daarmee niet een storing in bewustzijn, maar een veranderde, verstoorde of vastgelopen toestand van bewustzijn. En dat maakt het tegelijkertijd intrusief, existentieel, én relationeel. Zoals elders beschreven, is bewustzijn de ervaring *dat we ervaren*. Het is de plek waar gevoel, waarneming, betekenis en zelfbeleving samenkomen. Deze ervaring heeft een structurele dubbelheid: we zijn iets aan het voelen, denken of meemaken, en we kunnen ons daar tegelijk toe verhouden. Die dubbele laag – het ervaren én het besef van dat ervaren, beschreven door Plessner en in navolging van hem door Fuchs – maakt dat we betekenis kunnen toekennen, afstand kunnen nemen, maar ook kunnen vastlopen in een zelfbeleving die dwingend en ontwrichtend is.^{5,8,9}

Denkers als Damasio en Solms wijzen erop dat gevoel en emotie wellicht de kern vormen van bewustzijn.^{10,11} Niet cognitie, niet waarneming, maar affect – de innerlijke gevoelsstroom die zegt: dit klopt wel of niet, dit voelt veilig of bedreigend, dit doet pijn of het troost. Zoals elders beschreven, begeleiden emoties ons voortdurend bij het afstemmen op een toekomst die nog niet is, maar die voortdurend geanticipeerd wordt. In gezonde zelfregulatie is er een vloeiende beweging tussen pieken

en terugkeer naar de grondlijn; psychisch lijden is het moment waarop die beweging stopt, vertraagt of piekt zonder terugkeer. De persoon blijft hangen in een toestand waarin de toekomst is afgesneden – en dát is een centrale ervaring van lijden (zie [figuur 1](#)).⁵

Het voorspellende breinmodel sluit hier goed bij aan.¹² In dit model is het brein een predictiemachine die voortdurend probeert de kloof te verkleinen tussen wat het verwacht en wat het ervaart. Wanneer die kloof – *prediction error* – te groot wordt, en niet goed meer bijgesteld kan worden, kan lijden ontstaan. Emoties functioneren dan als signalen van *mismatch*: angst, somberheid, wanhoop als uitingen van een verstoorde afstemming op de wereld. Vanuit dit model is psychisch lijden niet een 'defect', maar een noodkreet van een systeem dat zijn balans kwijt is.¹³

Vanuit fenomenologische perspectieven wordt bewustzijn gezien als belichaamd, temporeel en relationeel.¹⁴⁻¹⁶ Thomas Fuchs beschrijft depressie als een aandoening van tijdservaring: de wereld verliest zijn belofte, de tijd wordt stroperig, het lichaam zwaar.¹⁵ Deze temporaliteit is essentieel: de ervaring van psychisch lijden is vaak een ervaring van het wegvallen van de toekomst. Als de dynamiek van emotie en anticipatie stopt, verliest de mens het gevoel van oriëntatie. Niet alleen 'ik voel me slecht', maar: 'ik weet niet meer waarheen, waarom, waartoe.' De beweging komt tot stilstand. Herstel begint daarom vaak niet met het reduceren van symptomen, maar met het opnieuw tot beweging brengen van het gevoelsleven – met het heropenen van een toekomstperspectief.⁵

Daarnaast is bewustzijn ook relationeel. Levinas stelt dat het zelf ontstaat in de ontmoeting met de ander – dat onze ervaring van onszelf altijd mede geconstrueerd wordt in het appel van de ander.¹⁷ Psychisch lijden is dan ook vaak een ervaring van isolement, gemis aan echte ontmoeting. Maar psychisch lijden is niet alleen ander-relatieel, het is ook zelf-relatieel: juist omdat bewustzijn altijd ook een reflectieve component heeft, dwingt het lijden ons tot een verhouding met onszelf – een verhouding die scheefgroeit, omdat het lijden zich als machtige en dwingende aanwezigheid opdringt, zonder dat het 'ik' daar altijd greep op heeft. De kwalificatie van machtig en dwingend is generiek, ongeacht de vorm van psychisch lijden: de ervaring van *craving* bij verslaving is dwingend net zoals de ervaring van stemmen, angst, de doodswens, anorexia en dwang dat zijn.⁵

Wat wij 'bewustzijn' noemen, is de levende manifestatie van deze verhoudingen (tijd, zelf en ander); lijden toont zich als een verschuiving in die manifestatie. De klinische houding die hieruit volgt, is dus niet gebaseerd op het benoemen van 'defecten', maar op het herkennen van verstoringen in de relationele, temporele en affectieve lagen van bewustzijn.

De contexten van psychisch lijden

Psychisch lijden ontstaat niet in het luchtledige. Het is geen geïsoleerde storing bij een individu, maar een

ervaring die altijd ingebed is in context: relationeel, sociaal, existentieel, lichamelijk en historisch.

Existentiële context. De eerste en misschien wel meest fundamentele context is de existentiële. Psychisch lijden is vaak een signaal dat het zelf geen zin meer kan vinden in zijn bestaan. Zoals Yalom schrijft, komt elk mens vroeg of laat oog in oog te staan met de vier existentiële pijlers: dood, vrijheid, zinloosheid en eenzaamheid. Als die pijlers instorten, stukt het levensverhaal. De persoon voelt zich niet meer in beweging naar een toekomst, maar verdwaald in een niemandsland van betekenisloosheid.¹⁸ Verbinding is hierbij cruciaal. Een bestaan wordt pas werkelijk dragend wanneer het gedeeld wordt. Psychisch lijden ontstaat of verergert wanneer iemand zich niet (meer) verbonden weet – met geliefden, met een gemeenschap, met een groter geheel.⁵

Relationele context. Dan is er de relationele context – zowel in relatie tot anderen als tot het zelf. Veel psychisch lijden wortelt in intermenselijke breuken: trauma, verlating, verwaarlozing, gebrek aan erkenning. Maar ook in zelfrelaties waarin schaamte, afwijzing of dissociatie de boventoon voeren. Ons zelfgevoel is geen neutrale constante, maar ontstaat uit een voortdurende stroom van lichamelijke en zintuiglijke feedback die positief of negatief gekleurd raakt door ervaringen uit het verleden. Wanneer die stroom wordt vermengd met afwijzing, ontstaat een ondergrond van zelfhaat, met alle gevolgen van dien voor het psychisch functioneren.⁵

Lichamelijke context. Deze is evenzeer van belang. Het lijden manifesteert zich niet alleen in het hoofd, maar ook in het lichaam – zoals Bessel van der Kolk laat zien.¹⁹ Het lichaam is geen object dat we hebben, maar een subjectieve bron van bewustzijn. Als het lichaam wordt geobjectiveerd of gemarginaliseerd, raken we onszelf kwijt – soms letterlijk, in de vorm van zelfafwijzing, lichaamsdissociatie of destructieve copingstrategieën.⁵

Maatschappelijke context. Ook de maatschappelijke context verdient aandacht. In een neoliberaal tijdsgewricht waarin succes, snelheid en prestatie centraal staan, wordt psychisch lijden al snel gereduceerd tot individueel falen.²⁰ Maar veel lijden is sociaal bepaald: het product van structurele ongelijkheid, uitsluiting, prestatiedruk en eenzaamheid. In die zin is psychisch lijden niet zelden een vorm van maatschappelijk protest dat ten onrechte wordt gepathologiseerd. Scull heeft laten zien hoe psychiatrie op die manier soms onbedoeld de samenleving uit de wind houdt door de pijn te individualiseren.²¹

Historische context. De historische context van het individu zelf – de biografie – is uiteraard eveneens cruciaal. Pijn van vroeger steekt vaak opnieuw de kop op in tijden van ontregeling. De herbeleving van oude kwetsuren, triggers of vergeten trauma's is een veelvoorkomende bron van psychisch lijden. Dit bevestigt het belang van traumageïnformeerde zorg, waarin niet de diagnose, maar de levensgeschiedenis centraal staat.

Leefstijlcontext. Tot slot is er de leefstijlcontext: voeding, slaap, beweging, digitale overbelasting, middelenge-



bruik en het 'kortsluiten' van het beloningssysteem door snelle kicks. We leven in een aandachtseconomie waarin jongeren structureel worden losgeweekt van natuurlijke bronnen van beloning en verbondenheid. Dit creëert een broedplaats voor lijden dat niet individueel, maar systemisch is.²²

Kortom: psychisch lijden is contextueel. Wie lijdt, lijdt nooit alleen in zijn hoofd – maar altijd ook in relatie tot verleden, lichaam, anderen, systeem en samenleving. Een klinische houding die dit erkent, biedt een attitude waarmee het lijden verstaan kan worden zoals het werkelijk beleefd wordt – niet als defect, maar als ontregeling binnen een veelheid van levenslagen.

De psychologie van psychisch lijden: dwingend, machtig en dialogisch

Zoals eerder uiteengezet, heeft psychisch lijden een dwingend karakter. Het vraagt iets – soms schreeuwt het. Niet zelden ervaart iemand het als een macht buiten zichzelf: een innerlijke stem die gebiedt, een gevoel dat zich opdringt, een gedachte die zich eindeloos herhaalt. In die zin is psychisch lijden niet enkel een object van waarneming, maar een subjectieve kracht waarmee men een relatie heeft.

Deze relatie is zelden neutraal. Psychisch lijden eist mentale ruimte op, overspoelt andere ervaringen en bepaalt het perspectief. Het is machtig: het kan bepalen wat je doet, wat je denkt, waar je op focust, wat je vermijdt. Psychose is hier een extreme vorm van: het moment waarop de innerlijke ervaring volledig wordt geëxternaliseerd, wanneer de stemmen niet meer innerlijk worden herkend ('ik ben waardeloos'), maar als externe entiteiten worden beleefd ('jij bent waardeloos'). Maar ook in minder extreme vormen van lijden zien we deze externalisatie. Angst, depressie, verslaving, zelfafwijzing – telkens voelt het alsof er iets is dat van buitenaf regeert over het innerlijke leven.

Tegelijkertijd is lijden ook dialogisch: de mens heeft geen directe controle over zijn ervaring, maar wél over zijn verhouding ermee.⁸ Hier komt het boeddhistische perspectief binnen: lijden is niet alleen pijn, maar ook de strijd tegen de pijn. De weerstand, de angst, de verkramping – dát maakt de ervaring ondraaglijk. De innerlijke matroesjka van verzet, oordeel en paniek. In die zin is de therapeutische opgave vaak: niet het lijden wegmaken, maar de relatie ermee verschuiven.

Deze relatie is vaak gevormd door eerdere relaties – met ouders, opvoeders, partners. Daarom is het zinvol – en noodzakelijk – om het psychisch lijden te begrijpen als een relationeel fenomeen: de macht van het lijden weerspiegelt vaak een eerdere machtsverhouding met een ander. Dit vraagt om psychologisch luisteren met een biografisch oor.

Een tweede belangrijk kenmerk van psychisch lijden is de ervaring van onvrijheid. Mensen zeggen: 'Ik móet dit doen', 'ik kán dit niet laten', 'ik mag dit niet denken.' Of het nu gaat om dwang, verslaving, stemmen, zelfverachting of angst – telkens is er sprake van innerlijke drang.

Dit maakt lijden niet alleen zwaar, maar ook existentieel: het tast het zelfbeschikkingsrecht aan.

Psychisch lijden is ook eenzaam. Het is vaak onzichtbaar en onuitlegbaar. Je kunt het niet aanwijzen, niet scannen, niet bewijzen. Je kunt het nauwelijks delen, want de ander begrijpt het meestal niet – of wil het soms niet begrijpen.

Een belangrijk therapeutisch antwoord op deze eenzaamheid is het principe van coverdraagbaarheid: lijden wordt dragelijker als het gedeeld wordt. Niet als medelijden, maar als gedeelde aanwezigheid. Dat is de kracht van de therapeutische relatie – of van ervaringsdeskundigheid.

Tot slot is psychisch lijden vaak een beweging op de as *verdragen-verzet*. Soms lukt het om het lijden toe te laten, het te observeren, ermee te zijn. Maar vaak wint het verzet: de wil om het kwijt te raken, het te onderdrukken, te bevechten. Deze dynamiek is niet verkeerd, maar vraagt om bewustzijn. Verzet kan het lijden versterken door de machtsas nog verder scheef te trekken. De paradox is dus: pas als je het lijden erkent, stopt het met schreeuwen. De persoon hoeft dan niet 'sterk' te zijn, maar beschikbaar.⁹

De psychologie van psychisch lijden leert ons dus: lijden is niet alleen een innerlijke toestand, maar ook een relationele en morele ervaring. Het spreekt tot ons, eist iets van ons, en plaatst ons in een verhouding tot onszelf (zelfrelationeel). Een klinisch raamwerk dat dit erkent, zoekt niet naar eliminatie, maar naar verheldering van de verhouding – en naar herbezinning op wat verdragen, loslaten of transformeren betekent. Het maakt ruimte voor de vraag: hoe leef jij met dat wat jou leeft?

Conclusie: lijden als gedeelde hermeneutische ruimte

Het risico bij het spreken over psychisch lijden is dat we, in een poging de ervaring centraal te stellen, een 'straw man' creëren: alsof er werkelijk iemand zou beweren dat ervaring niet belangrijk is. In de praktijk is de spanning subtieler. De vraag is niet óf de ervaring van de patiënt ertoe doet, maar hoe die ervaring kan blijven ademen binnen een klinische ontmoeting die óók gestoeld is op professionele kennis, klinische redenering en wetenschappelijke kaders.

Het is precies in die spanning – tussen het geleefde en het geleerde, tussen ervaring en expertise – dat de ontmoeting haar betekenis krijgt. Niet door dat verschil uit te wissen, maar door het te dragen. De klinische ontmoeting is, zoals Levinas zou zeggen, een asymmetrische gebeurtenis: de ander verschijnt niet als object van kennis, maar als ethisch appel.¹⁷ Tegelijkertijd is die ontmoeting, in de geest van Jaspers, ook een *Verstehen*: een fenomenologisch verstaan dat zich onderscheidt van *Erklären*, het verklaren in termen van oorzaken. De arts of therapeut beweegt dus voortdurend tussen twee houdingen – verklarend en begrijpend – en de kunst is juist om die beweging niet te reduceren, maar vruchtbaar te maken.⁶

Nederlandse denkers als Rümke, Janse de Jonge en Mooij hebben dat vroeg onderkend.²³⁻²⁵ Rümke sprak over de noodzaak van professionele resonantie – het vermogen van de arts om ‘mee te trillen’ met het lijden van de patiënt zonder erin te verdwijnen. Janse de Jonge zag lijden als een crisis in de persoonlijke samenhang, een desintegratie die om hermeneutische begeleiding vraagt, niet om technische reparatie. En Mooij herinnerde ons eraan dat lijden geen symptoom is, maar een bestaansfeit – een relationele ontregeling die alleen verstaan kan worden in dialoog.

Vanuit dat perspectief wordt de ontmoeting tussen patiënt en clinicus geen fusie van perspectieven, maar een gedeelde ruimte van betekenisgeving waarin beide werelden zich tot elkaar verhouden en elkaar corrigeren. De expert voegt niet volledig in in het perspectief van de patiënt, en de patiënt niet in dat van de expert; wat zich tussen hen vormt, is een derde mogelijkheid: een hermeneutische ruimte waarin ervaring en kennis elkaar wederzijds vertalen.

Daarin kan ook recht worden gedaan aan het tweede punt van kritiek: dat niet al het lijden transparant of betekenisvol is. Er bestaan inderdaad vormen van lijden die zich onttrekken aan interpretatie – de ‘fysiologische stormen’ van paniek, dwang of delier. Maar juist dan blijft de taak van de clinicus om nabij te blijven, niet om betekenis te produceren, maar om aanwezig te blijven bij het ontbreken ervan. En volgens Viktor Frankl wordt ondragelijk lijden lichter als iemand er betekenis aan leert verbinden, via wat je doet en maakt, via liefde, of door bewust te kiezen voor een waardige houding tegenover pijn die je niet kunt vermijden.²⁶

Zo wordt psychisch lijden niet gereduceerd tot defect, maar evenmin verheven tot iets wat altijd betekenis draagt. Het is een verschijnsel dat zich uitdrukt in de breuk tussen betekenissen, in het falen van samenhang, en dat daarom vraagt om een houding van bescheiden hermeneutiek.²⁷ Zoals Jaspers al schreef: verklaren is nodig om te weten wat er gebeurt, maar verstaan is nodig om mens te blijven.⁶

LITERATUUR

- 1 Parra Jounou I, Delgado J, Blanc S, e.a. ‘Suffering is a hostage of healthcare professionals’ authority’: shifting to a patient-centred definition. *Am J Bioeth* 2025; 25: 40-2.
- 2 Boevink W. Lijfsbehoud, levenskunst en lessen om van te leren: HEE-gesch(r)ift. Utrecht: Trimbos-instituut; 2009.
- 3 Kusters W. Filosofie van de waanzin: fundamentele en grensoverschrijdende inzichten. Rotterdam: Lemniscaat; 2014.
- 4 Stuart SR, Tansey L, Quayle E. What we talk about when we talk about recovery: a systematic review and best-fit framework synthesis of qualitative literature. *J Ment Health* 2017; 26: 291-304.
- 5 van Spronsen M, van Os J. We zijn God niet. Een pleidooi voor een nieuwe psychiatrie van samenwerking. Amsterdam: Lannoo-Campus; 2021.
- 6 Jaspers K. *Algemeine Psychopathologie: ein Leitfaden für Studierende, Ärzte und Psychologen*. Berlin: Springer; 1913.
- 7 van Os J. Een relationeel-contextueel kader voor lijden en behandelen in de geneeskunde? *Nederlands Tijdschrift voor Revalidatiegeneeskunde* 2024. <https://www.revalidatie.nl/ntr/een-relationeel-contextueel-model-van-lijden-en-behandelen-voor-de-geneeskunde/>
- 8 Plessner H. *Die Stufen des Organischen und der Mensch: Einleitung in die philosophische Anthropologie*. Berlin: de Gruyter; 1928.
- 9 Fuchs T. Are mental illnesses diseases of the brain? In: Choudhury S, Slaby J, red. *Critical neuroscience: A handbook of the social and cultural contexts of neuroscience*. Hoboken: Wiley Blackwell; 2012. pp. 331-44.
- 10 Damasio AR. *The feeling of what happens: body and emotion in the making of consciousness*. [1st ed.]. New York: Harcourt Brace; 1999.
- 11 Solms M. *The hidden spring: a journey to the source of consciousness*. Londen: Profile Books; 2022.
- 12 Friston K. The free-energy principle: a unified brain theory? *Nat Rev Neurosci* 2010; 11: 127-38.
- 13 Clark A. *Surfing uncertainty: prediction, action, and the embodied mind*. Oxford: Oxford University Press; 2016.
- 14 Merleau-Ponty M. *Phenomenology of perception*. [vert. Landes DA]. Abingdon: Routledge; 1962.
- 15 Fuchs T. *Ecology of the brain: the phenomenology and biology of the embodied mind*. Oxford: Oxford University Press; 2018.
- 16 Minkowski E. *Le temps vécu. Études phénoménologiques et psychopathologiques*. Parijs: Presses Universitaires de France; 2013.
- 17 Levinas E, Bloechl J. *The face of the other and the trace of God: Essays on the philosophy of Emmanuel Levinas*. New York: Fordham University Press; 2000.
- 18 Yalom ID. *Existential psychotherapy*. New York: Basic Books; 1980.
- 19 Van der Kolk BA. *The body keeps the score: brain, mind, and body in the healing of trauma*. New York: Penguin Books; 2014.

De overige literatuurverwijzingen zijn online te raadplegen.

AUTEUR

Jim van Os, hoogleraar Psychiatrie en voorzitter Divisie Hersenen, UMC Utrecht.

Correspondentie

Prof. dr. Jim van Os (j.j.vanos-2@umcutrecht.nl).

Geen strijdige belangen gemeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 14-1-2026.

Citeren

Tijdschr Psychiatr. 2026;68(04):189-194



2 ANDERS DOEN

De vier bouwstenen zijn te zien als ‘strategische interventies’. Want: het zijn geen puntoplossingen, maar interventies die het systeem vanuit Ecosysteem waarden uitdagen. Ze creëren de noodzakelijke frictie met bestaande structuren en de praktijkervaring die nodig is om nieuwe, duurzame kaders voor financiering, kwaliteitsmeting en governance te ontwikkelen. Ze zijn de motor die de transitie aandrijft, van binnenuit.

We beschrijven hieronder per bouwsteen het principe ervan. In het hoofdstuk “Instrumentarium” worden ze in detail uitgewerkt en worden vanuit Ecosysteem principes beleidsvoorstellen gedaan.

HET NIEUWE GESPREK



Het ‘nieuwe gesprek’ normaliseert psychisch lijden en verplaatst de focus van classificatie naar het levensverhaal en de context. Het is de kern van de menselijke maat.

Dit gesprek bestaat inmiddels als ‘Verkenkend Gesprek’ op steeds meer plaatsen in Nederland.

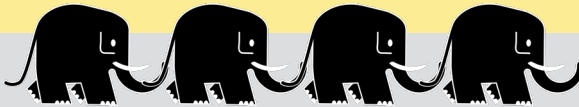
Vanuit de Ecosystemische gedachte willen we gaan ontdekken wat de beste plaats(en) voor het gesprek is (zijn), wat het beste profiel voor een gesprekshouder is en wat de ideale randvoorwaarden zijn.



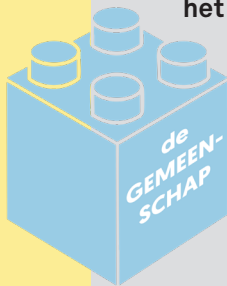
WAT MAAKT DEZE BOUWSTEEN MOGELIJK?

Op deze manier kunnen we met elkaar de opties voor de PLAATS en HET PROFIEL van het Nieuwe Gesprek en degene die het geeft vergroten. Op elke plek waar je als regio wilt gaan experimenteren. Dus zowel in “het domein van de ZVW” als dat van de WMO. Zonder verwijzing toegankelijk, met financiering onafhankelijk van wel of niet stellen van een DSM classificatie.

de GEMEENSCHAP



Herstel vindt plaats in een context van verbondenheid. Dit vraagt om het activeren van de fysieke en digitale gemeenschap als de primaire helende omgeving. De verschuiving gaat van zorg voor het individu naar het versterken van de sociale weefkracht.



Er zijn inmiddels in het Ecosysteem (neem het GEM Groepenhuis in de Noordwestelijke Veluwe) en buiten het Ecosysteem (neem het Huis van de Tijd van de Sociale Benadering Dementie in Amsterdam) veel ervaringen opgedaan die we verder kunnen brengen.

Hiervoor is, net als voor 'Het Nieuwe Gesprek'

Instrumentarium en vrije ruimte nodig om met elkaar te leren.

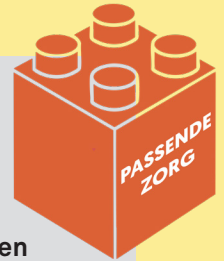
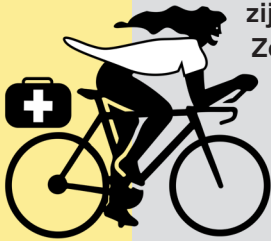


WAT MAAKT DEZE BOUWSTEEN MOGELIJK?

80% van alle interventies vindt in gemeenschappen plaats. Met een drempelvrije toegang voor alle inwoners. Zonder indicatieplicht: instroom vanuit het Nieuwe Gesprek of door zelfaanmelding. Groepen zijn gelijkwaardig aan elkaar en worden aangeboden door alle partners in het Ecosysteem. Gezamenlijk gefinancierd vanuit de ZVW, WMO en Preventiebudgetten. Experimenten met bonnensysteem/recht op bijvoorbeeld 10 sessies per jaar per inwoner zijn mogelijk.

PASSENDE ZORG

Zorg wordt ingebed in het gewone leven, met flexibele nabijheid en snelle opschaling. De specialist is niet langer 'eigenaar van het traject', maar de verbindende factor binnen het ecosysteem (mens, netwerk, omgeving). Vanuit de Nieuwe ggz zijn hier de afgelopen jaren diverse ontwerpen voor gemaakt. Ze hebben nog nauwelijks geoperationaliseerd kunnen worden, omdat de huidige financieringsstructuren, de wet- en regelgeving dit (nog) niet mogelijk maken. Het instrumentarium biedt ons die gelegenheid wel.



WAT MAAKT DEZE BOUWSTEEN MOGELIJK?

De GGZ krijgt een consultatieve en modulaire rol binnen het Ecosysteem. Zo zijn GGZ professionals kortdurend en flexibel onderdeel van lopende trajecten in het Ecosysteem. Op het niveau van de individuele inwoner, gemeenschappen en degenen die hen als hulpgever bijstaan. Hiervoor is geen formele verwijzing vereist. Financiering via de ZVW, maar met regionale verschuiving van 20-30% van het budget naar gezamenlijke Ecosysteem Fondsen (ZVW+WMO).

DIGITALE ZORG als VERLENGDE NABIJHEID



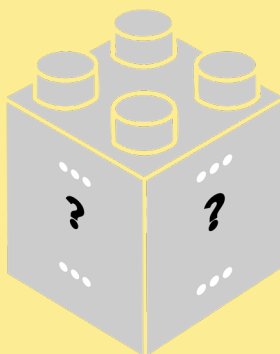
Digitale omgevingen maken nabijheid, peer support en leren schaalbaar. Het is een laag van ontmoeting die is verbonden met de fysieke praktijken in de wijk. Op nationaal niveau is hier veel ervaring mee opgedaan, denk aan PsychoseNet en Proud2BMe). Lokaal nog minder, zeker nog niet in de verbinding met een lokaal Ecosysteem “op de grond” en nationale digitale gemeenschappen of apps. Als koploperregio’s bouwen we samen aan regionale digitale gemeenschappen, delen we bouwstenen en infrastructuur en sluiten we samen aan op nationale (backbone) ontwikkelingen.



WAT MAAKT DEZE BOUWSTEEN MOGELIJK?

Elke regio heeft een drempelloze digitale ontmoetingsplaats waar inwoners en de andere drie bouwstenen samenkomen. Deze sluit naadloos aan op de offline bouwstenen van het Ecosysteem (digitale verkennende gesprekken, digitale consultatie, voor Gemeenschappen een extra optie om elkaar niet in de steek te laten, een “sociale kaart” gebaseerd op klantreizen a la Polar Steps) en wordt structureel gefinancierd als onderdeel van de publieke ggz. De bouwstenen van de digitale gemeenschap worden met deelnemende regio’s en nationale partners ontwikkeld en gedeeld. Vanuit de digitale ontmoetingsplaats worden landelijke en lokale digitale tools ontsloten.

Toekomstige geco-creëerde Bouwstenen



De vier bouwstenen op deze pagina vormen een ‘minimale’ set waarmee een fundament voor een ecosysteem gelegd kan worden. Elk bouwsteen is onmisbaar.

Uiteraard hopen we uiteindelijk op een veel rijkere verzameling uit te komen met aanvullingen die we samen met de partners gaan ontwikkelen.



3

ANDERS ORGANISEREN

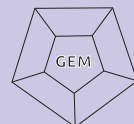
Om vanuit de bouwstenen stapsgewijs met elkaar te leren hoe een ecosysteem te realiseren zijn beleidsvoorstellen nodig op verschillende terreinen. Instrumentarium op het gebied van kader/geld, proces/drempels, kwaliteit, systeem, bedrijfsvoering en governance. Zodat op basis van die voorstellen instrumentarium kan worden ontwikkeld om die voorstellen

Een eerste versie

De tabel hiernaast is op de volgende pagina's op groter formaat afgebeeld. Het is een eerste aanzet. Dit is geen rigide blauwdruk, maar een eerste schot voor de boeg van instrumentarium dat in co-creatie met zorgverzekeraars is ontworpen. Dat zal eerst via 'geitenpaadjes' vormgegeven worden om al doende met elkaar tot duurzame oplossingen te komen. Met name de financiële en procesmatige instrumenten zijn ver ontwikkeld en kunnen als vliegwiel voor de transitie dienen. Het doel is in 2026 dit eerste voorstel samen door te ontwikkelen tot een set krachtige instrumenten die 'startklaar' is op het moment dat de eerste regio's hun onboarding succesvol hebben afgerond en we met elkaar het vertrouwen hebben om ermee aan de slag te gaan. Onze inschatting is dat dit tussen juni en eind 2026 zal zijn. Waarbij de start per regio afhankelijk zal zijn van het lokale onboarding proces.

Bouwsteen	Proces/ Drempels	Kader/Geld	Kwaliteit	Systeem	Bedrijfsvoering	Governance	Verwachte effecten
Het Gesprek als Publieke Praktijk van Betekenis	1) Geen Verwijping of Beschikking nodig. 2) Plek moet overal kunnen zijn. 3) Burgers kunnen zonder indicatie binnengaan op elke plek in het ecosysteem. 4) Digitale en fysieke toegang zijn gewenst. 5) Financiering rugg met afhankelijk zijn van beschikking, drukte van GEM-clinische. 6) Administratieve drempels worden gemeenschappelijk: regionale beslist tot datum, lokale en betrokken partijen.	1) Het verkenend gesprek wordt erkend als afzonderlijke propositie onder de Zorgverzekeringwet (Zvw) en collectief gefinancierd via de Zvw en Wmo (50/50). 2) Iedere inwoner krijgt recht op drie verkenende gesprekken per jaar. In samen op verschillende locaties (huisarts, PCH-GGZ, sociaal domein, herstelacademie).	Komende jaren werken aan kwaliteitskaders VK. We formuleren een Noord Veluwe kwaliteitskader VK, daarbij weten aansprekbaar zijn. Kwaliteit wordt geborgd via een landelijke handreiking verkenend gesprek, ontwikkeld door Landelijke Ecosysteemraad waarin landelijke en regionale partners participeren en die aangevuld is op de regionale GEM Academies (1 dag per regio per maand om te co-creëren, trainen, leren, op te schalen...). Standaard, co-creëer, contextueel, gericht op krachten en bronnen van hulp. Evalueren via feedback van deelnemer en netwerk (niet via RCM). Op de agenda van de Kwaliteitsraad. Hoe kunnen we vanuit het oude systeem omgaan met de juridische en medische aansprakelijkheid? Behandelteste?	Declaratie via aparte code 'verkenend gesprek' in Zvw (PCH-GGZ, generalistische basis-GGZ, sociaal domein). Wmo-bijdrage via lumpsum aan lokale overheden. Verantwoording op regionaal niveau, via luitelgen en landoverheid, niet via individuele OBC's. Data-eigenaarschap ligt bij burger.	Organisatie in regionale netwerken van aanbesteders (huisartsen, sociaal domein herstelacademies, ervaringswerkers). Eensgez. registratiesysteem. Tienet op basis van gedeelde kopijrecht per gesprek. Geen aparte indicatie, of trajectadministratie nodig. Organiseren de beschikbaarheid van een flex-team.	Lokale governance via Regionale Ecosysteemraad, waarin GGZ, gemeenten, sociaal domein, ervaringsorganisaties en burgerparticipatie, zitting hebben. Toelating van aanbesteders via onderaansluiting van de GEM waardeverdeling (geplaatst, menselijke, contextgerichtheid deze activiteiten richten op burgers en verzekerden, zaken en gezonden, professionals en niet-professionals, who en zwet en en daarmee deelnemers (rechtbreeds of via het netwerk) aan de Ecosysteemraad.	Snellere toegang, minder medicalisering, minder inroepen in specialistische GGZ, verspreiding van zelfhulp en lokale samenwerking. Aanbesteding verschuiving van curatie naar preventie en holding Kostenverhaal binnen bestaand GGZ-budget, publieke en maatschappelijke baten: meer gezondheid en participatie, minder eenzaamheid en meer lokale.
De Gemeenschap als Natuurlijke Omgeving van Herstel en Verbinding	1) Geen Verwijping of Beschikking nodig. Introom via verkenend gesprek of zelfaansluiting. 2) Burgers kunnen zonder aangevuld door GGZ, herstelacademies, ervaringsorganisaties of ervaringswerkers. 3) Gemeenschappelijke dearmie.	1) Best Guess is dat Groepsaandbod als basisvorm van zorg en ondersteuning 80% van alle interventies inhoudt. 2) Financiering via Zvw (groepsoverheidskosten GGZ), Wmo (herstel- en participatieprogramma's) en specifieke preventiebudgetten (Gezond Leven). Gemeenschappelijk per groepsessie, onafhankelijk van diagnose of behandelplan. 3) Mogelijke optie: deelname via boringsysteem of recht op (vri) ten groepsessies per jaar per inwoner.	Landelijke kwaliteitsstandaard voor groepswork, met aandacht voor veiligheid, peer-support, ervaringsdeskundigheid en herstelondersteuning. Indien nodig, Supervisie of co-begleiding vanuit het Ecosysteem. Evalueren via groepsfeedback. Op de agenda van de Kwaliteitsraad. Hoe kunnen we vanuit het oude systeem omgaan met de juridische en medische aansprakelijkheid? Behandelteste?	Declaratie via vereenvoudigde productcode 'groepsessie' (Zvw of Wmo-lumpsum). Geen ZRM-registratie of individuele verslaggeving. Kwaliteitsverantwoording via audit van groepsfacilitatoren en deelnemers.	Regionale groepschouwen of herstelacademies coördineren planning en toelating GGZ-professionals. leveren flexibele consultatieve roning. Combinatie van betaalde professionals en betaalde ervaringswerkers.	Toelating van groepsaandbod via regionale ecosystemen, onder toezicht van een lokale kwaliteitsraad. Deelnemersaand bodt feedback en transparantie.	Vermindering wachtlijden en druk op individuele behandeling, hogere participatieaand, hername van verkeeracht en sociale cohesie. Kostenverhaal door schaalvergroting.
Passende Zorg als Publieke Actor	1) Geen Diagnose, Verwijping of Beschikking nodig. Introom via verkenend gesprek. 2) Individuële helpervormen (Jouwvrij! Functionerings Raad WLZ/MGQ, Zvw...) stellen flexibel aan te de overige onderdelen van het Ecosysteem. 3) Drempels worden door directe samenwerking alle individuele helpervormen (Jouwvrij! Functionerings Raad). 4) Alle hulpverleners hebben, naast andere rollen, ook een consultatieve en modulaire rol binnen het ecosysteem gericht op herstel. Betreft opstapen en advies aan cliënten en hulpverleners in lopende trajecten. 5) Geen behandelteste maar flexibele en kortdurende ondersteuning.	2) De gezamenlijke organisaties in het ecosysteem krijgen de ruimte om vanuit financiering via Zvw + Wmo + WLZ maar met regionale verschuiving van 20-30% van het budget naar gezamenlijke ecosystemenfondsen.	Kwaliteit geborgd via gezamenlijke casusbespreking en consultatiegereguleers. Beoordeling op samenwerking, bereik, en clienttevredenheid. Minder nadruk op prestaties, meer op relatieve kwaliteit. Op de agenda van de Kwaliteitsraad. Hoe kunnen we vanuit het oude systeem omgaan met de juridische en medische aansprakelijkheid? Behandelteste?	Facturering via overeen te komen 'consultatieve tarieven' of 'modulair samenwerking ecosystem'. Geen ZRM, toelating op basis van tijdsbesteden en bijdrage aan regionaal ecosysteem. Verantwoording collectief via kwaliteitsrapportages.	Alle partners (niet alleen GGZ-instellingen dus...) reserveren een deel van de functie van 'sahelende functies' (flex teams). Kostenbegroting door minder inroepen in langdurige zorg.	Aanbidding via regionale ecosystemenraad. Iedereen heeft daarin gelijkewaardige stem (GGZ, sociaal domein en burgerverenigingsvoering). Contractering op ecosystemniveau, niet per instelling.	Vermindering wachtlijden, hogere effectiviteit door vroegtijdig bijstand, minder "bureaucratische" groe, grotere tevredenheid bij professionals (meer autonomie en samenwerking).
De Digitale Gemeenschap als Verlengde van Nabijheid	1) Geen toegang-geen Diagnose, Verwijping of Beschikking nodig. 2) Continue wijk- en informele, zelfhulp, chatgroepen, digitale verkenende gesprekken en groepsessies. 3) Integriteit met lokale ecosystemen en andere actoren, die de inwoners en resources in de regio de online vorm van het verkenend gesprek, groepen, sociaal domein, etc. 4) (Digitale gemeenschapspraktijk) zoals Psychosociale, Psychosociale, GEM Online worden ingezet in lokale ecosystemen en structureel gefinancierd als onderdeel van de publieke GGZ.	Financiering deels via Zvw (digitale consultatie), deels via WVD-subsidie en regionale cofinanciering (Wmo).	Toelating via gebruikskeuzevredigheid, bereik, herstelindicatoren. Moderatie en begeleiding door gezonde ervaringsdeskundigen en professionals. Kwaliteitsbeoordeling via RCM-commissie voor online zorg. Op de agenda van de Kwaliteitsraad. 1) Hoe willen we omgaan met nieuwe hulpverleners? 2) Hoe kunnen we vanuit het oude systeem omgaan met de juridische en medische aansprakelijkheid? Behandelteste?	Declaratie via digitale productcodes (Zvw) of subsidie op basis van gebruik. Aansluiting op regionale informatiesystemen via restige API's. Data-eigenaarschap bij gebruikers, AVG-comform.	Centrale organisatie met regionale hubs, hybride teams van ervaringsdeskundigen en GGZ-consultanten. Schaalverhaal door landelijke dekking.	Inhouding in nationale digitale infrastructuur (VZZZ / Medix). Regionale inbedding via ecosystemen. Gedeeld eigenaarschap door publieke-private samenwerking.	Toename laagdrempelige toegang tot steun, vroegtijdige hulp, minder crisisaanmeldingen, hogere zelfhulp. Vermindering druk op fysieke zorg. Minder crisisaanmeldingen.

Deze tabel is op de volgende pagina's op groter formaat afgebeeld.



Bouwsteen	Proces/ Drempels	Kader/Geld	Kwaliteit
Het Gesprek als Publieke Praktijk van Betekenis	1) Geen Verwijzing of Beschikking nodig. 2) Plek moet overal kunnen zijn. 3) Burgers kunnen zonder indicatie binnenlopen op elke plek in het ecosysteem. 4) Digitale en fysieke toegang zijn gelijkwaardig. 5) Financiering mag niet afhankelijk zijn van Beschikking, Diagnose of DSM-classificatie. 6) Administratieve drempels worden geminimaliseerd: registratie beperkt tot datum, locatie en betrokken partijen.	1) Het verkennend gesprek wordt erkend als afzonderlijke prestatie onder de Zorgverzekeringswet (Zvw) en collectief gefinancierd via de ZVW en Wmo (50/50). 2) Iedere inwoner krijgt recht op drie verkennende gesprekken per jaar, te voeren op verschillende locaties (huisarts, POH-GGZ, sociaal domein, herstelacademie).	Komende jaren werken aan kwaliteitskaders VK. We formuleren een Noord Veluws kwaliteitskader VK, daarop willen aanspreekbaar zijn. Kwaliteit wordt geborgd via een landelijke handleiding verkennend gesprek, ontwikkeld door Landelijke Ecosysteemraad waarin landelijke en regionale partners participeren en die aangesloten is op de regionale GEM Academies (1 dag per regio per maand om te co-creëren, trainen, leren, op te schalen ...). Standaard: co-creatief, contextueel, gericht op krachten en bronnen van hulp. Evaluatie via feedback van deelnemer en netwerk (niet via ROM). Op de agenda van de Kwaliteitsraad: Hoe kunnen we vanuit het oude systeem omgaan met de juridische en medische aansprakelijkheid/ Behandelrelatie?
De Gemeenschap als Natuurlijke Omgeving van Herstel en Verbinding	1) Geen Verwijzing of Beschikking nodig. Instroom via verkennend gesprek of zelfaanmelding. 2) Groepen kunnen worden aangeboden door GGZ, herstelacademies, welzijnsorganisaties of ervaringswerkers. 3) Drempelloze deelname.	1) Best Guess is dat Groepsaanbod als basisvorm van zorg en ondersteuning 80% van alle interventies inhoudt. 2) Financiering via Zvw (groepsbehandelingen GGZ), Wmo (herstel- en participatiegroepen), en specifieke preventiebudgetten (Gezond Leven). Gemiddeld tarief per groepssessie, onafhankelijk van diagnose of behandelvorm. 3) Mogelijke optie: deelname via bonnensysteem of recht op (bv) tien groepssessies per jaar per inwoner.	Landelijke kwaliteitsstandaard voor groepswerk, met aandacht voor veiligheid, peer-support, ervaringsdeskundigheid en herstelondersteuning. Indien nodig, Supervisie of co-begeleiding vanuit het Ecosysteem. Evaluatie via groepsfeedback. Op de agenda van de Kwaliteitsraad: Hoe kunnen we vanuit het oude systeem omgaan met de juridische en medische aansprakelijkheid/ Behandelrelatie?
Passende Zorg als Publieke Actor	1) Geen Diagnose, Verwijzing of Beschikking nodig. Instroom via verkennend gesprek. 2) Individuele hulpbronnen (ongeacht financieringsbron zoals WLZ/WMO, ZVW) sluiten flexibel aan bij de overige onderdelen van het Ecosysteem 3) Drempelreductie door directe samenwerking van alle individuele hulpverleners (ongeacht financiersbron). 4) Alle hulpverleners hebben, naast andere rollen, ook een consultatieve en modulaire rol binnen het ecosysteem gericht op kortdurend, flexibele bijstand en advies aan cliënten en hulpverleners in lopende trajecten. 5) Geen behandelrelatie maar flexibele en kortdurende ondersteuning	2) De gezamenlijke organisaties in het ecosysteem krijgen de ruimte om vanuit financiering via Zvw + Wmo + WLZ maar met regionale verschuiving van 20–30% van het budget naar gezamenlijke ecosysteemfondsen.	Kwaliteit geborgd via gezamenlijke casusbespreking en consultatieregisters. Beoordeling op samenwerking, bereik, en cliënttevredenheid. Minder nadruk op protocollen, meer op relationele kwaliteit. Op de agenda van de Kwaliteitsraad: Hoe kunnen we vanuit het oude systeem omgaan met de juridische en medische aansprakelijkheid/ Behandelrelatie?
De Digitale Gemeenschap als Verlengde van Nabijheid	1) Open toegang: geen Diagnose, Verwijzing of Beschikking nodig. 2) Combinatie van (o.m) informatie, zelfhulp, chatgesprekken, digitale verkennende gesprekken en groepsmodules. 3) Integratie met lokale ecosystemen (attenderen naar fysiek aanbod). 4) dé online ontmoetingsplaats van de inwoners en resources in de regio: de online versie van het verkennend gesprek, groepen, modulaire ggz 5) Digitale gemeenschappen (zoals PsychoseNet, Proud2Bme, GEM Online) worden "ingeplugd" in lokale ecosystemen en structureel gefinancierd als onderdeel van de publieke GGZ.	Financiering deels via Zvw (digitale consultatie), deels via VWS-subsidie en regionale cofinanciering (Wmo).	Toetsing via gebruikerstevredenheid, bereik, herstelindicatoren. Moderatie en begeleiding door getrainde ervaringsdeskundigen en professionals. Kwaliteitsborging via NEN-normen voor online zorg. Op de agenda van de Kwaliteitsraad: 1) Hoe willen we omgaan met nieuwe hulpaanbieders? 2) hoe kunnen we vanuit het oude systeem omgaan met de juridische en medische aansprakelijkheid/ Behandelrelatie?

Systeem	Bedrijfsvoering	Governance	Verwachte effecten
Declaratie via aparte code "verkennd gesprek" in Zvw (POH-GGZ, generalistische basis-GGZ, sociaal domein). Wmo-bijdrage via lumpsum aan lokale uitvoerders. Verantwoording op regionaal niveau via tellingen en tevredenheid, niet via individuele DBC's. Data-eigenaarschap ligt bij burger.	Organisatie in regionale netwerken van aanbieders (huisartsen, sociaal domein, herstelacademies, ervaringswerkers). Eenvoudig registratiesysteem. Tarief op basis van gemiddelde kostprijs per gesprek. Geen aparte indicatie- of trajectadministratie nodig. Organiseer de beschikbaarheid van een flex-team,	Lokale governance via Regionale Ecosysteemraad, waarin GGZ, gemeente, verzekeraar, ervaringsdeskundigen en burgerparticipanten zitting hebben. Toelating van aanbieders via ondertekening van de GEM-waardenverklaring (gelijkwaardigheid, menselijkheid, contextgerichtheid <i>deze nadrukkelijk richten op burgers en verzekerden, zieken en gezonden, professionals en niet-professionals, wmo en zvw etc etc</i>) en daarmee deelnemend (rechtstreeks of via het netwerk) aan de Ecosysteemraad.	Snellere toegang, minder medicalisering, minder instroom in specialistische GGZ, versterking van zelfregie en lokale samenwerking. Aantoonbare verschuiving van curatie naar preventie en holding. Kostenneutraal binnen bestaand GGZ-budget. publieke en maatschappelijke baten: meer gezondheid en participatie, minder eenzaamheid en meer inclusie
Declaratie via vereenvoudigde productcode "groepssessie" (Zvw) of Wmo-lumpsum. Geen ZPM-registratie of individuele verslaglegging. Kwaliteitsverantwoording via audit van groepsfacilitatoren en deelnamecijfers.	Regionale groepshuizen of herstelacademies coördineren planning en toeleiding. GGZ-professionals leveren flexibele consultatieve inbreng. Combinatie van betaalde professionals en betaalde ervaringswerkers.	Toelating van groepsaanbieders via regionale ecosystemen, onder toezicht van een lokale kwaliteitsraad. Deelnemersraad borgt feedback en transparantie.	Vermindering wachttijden en druk op individuele behandeling, hogere participatiegraad, toename van veerkracht en sociale cohesie. Kostenverlaging door schaalvergroting.
Facturering via overeen te komen "consultatieve tarieven" of "module samenwerking ecosysteem". Geen ZPM; bekostiging op basis van tijdseenheden en bijdrage aan regionaal ecosysteem. Verantwoording collectief via kwartaalrapportages.	Alle partners (niet alleen GGZ-instellingen dus ...) reserveren een deel van de formatie voor "uitvliegende functies" (flex-teams). Kostenbesparing door minder instroom in langdurige zorg.	Aansturing via regionale ecosysteemraad. Iedereen heeft daarin gelijkwaardige stem (GGZ, sociaal domein en burgervertegenwoordiging). Contractering op ecosysteemniveau, niet per instelling.	Vermindering wachttijden, hogere effectiviteit door vroegtijdige bijstand, minder heraanmeldingen ggz, grotere tevredenheid bij professionals (meer autonomie en samenwerking).
Declaratie via digitale productcodes (Zvw) of subsidie op basis van gebruik. Aansluiting op regionale informatiesystemen via veilige API's. Data-eigendom bij gebruiker; AVG-conform.	Centrale organisatie met regionale hubs; hybride teams van ervaringsdeskundigen, vrijwilligers en GGZ-consulenten. Schaalvoordeel door landelijke dekking.	Inbedding in nationale digitale infrastructuur (VZVZ / MedMij). Regionale inbedding via ecosysteemraden. Gedeeld eigenaarschap door publiek-private samenwerking.	Toename laagdrempelige toegang tot steun, vroegtijdige hulp, minder crisisaanmeldingen, hogere zelfregie. Vermindering druk op fysieke zorg. Minder crisisaanmeldingen .

Governance

Een voorstel voor een Gelaagde, Lerende Governance

De transitie is een dynamische, bottom-up beweging. Het succes ervan wordt bepaald door een leerarchitectuur die op drie niveaus tegelijkertijd en in samenhang functioneert: binnen de regio, tussen de regio's en tussen de praktijk en het landelijke systeem.

Het volgende is een beschrijving van die samenhangende leerlagen met een eerste voorstel om dat praktisch in te richten.

Lokaal Leren: De Lokale Regionale Leercyclus

Het zwaartepunt van het leren is bottom up. Dus: vanuit de principes en bouwstenen in de regio. Uitgangspunt is dat oplossingen alleen werken als ze passend zijn in de lokale context. Het als regio leren hoe je bottom up vanuit waarden leert is een proces op zich waarin we veel van elkaar kunnen leren: het vormgeven van de bouwstenen (leren door te doen), het vormgeven van een waardengedreven transitieteam (leren door te verbinden) en het vormgeven van een waardengedreven stuurgroep (leren door ruimte te maken en de eigen transitiepijn te delen).

Horizontaal Leren: De Kracht van het Netwerk tussen regio's

Geen enkele regio staat er alleen voor. Om te versnellen en het wiel niet steeds opnieuw uit te vinden, is een gestructureerd proces voor horizontale kennisdeling essentieel. Regio's delen actief hun successen, mislukkingen, dilemma's en doorbraken met elkaar. Ze leren van elkaars 'Knelpunten

Co-Creatief Leren

is een leerarchitectuur op drie nivo's:

- ✓ **Lokaal Leren**, is leren binnen een regio samen met lokale partners altijd in relatie met de lokale context;
- ✓ **Horizontaal Leren**, is leren samen met andere regio's. Regio's zullen van elkaar verschillen maar op andere punten sterk met elkaar overeenkomen;
- ✓ **Vertikaal Leren**, is leren met de nationale systeempartners. Uiteindelijk zal veel van het geleerde in wetten en richtlijnen vevat moeten worden.

Rapporten' en ontwikkelen gezamenlijk oplossingen voor gedeelde uitdagingen.

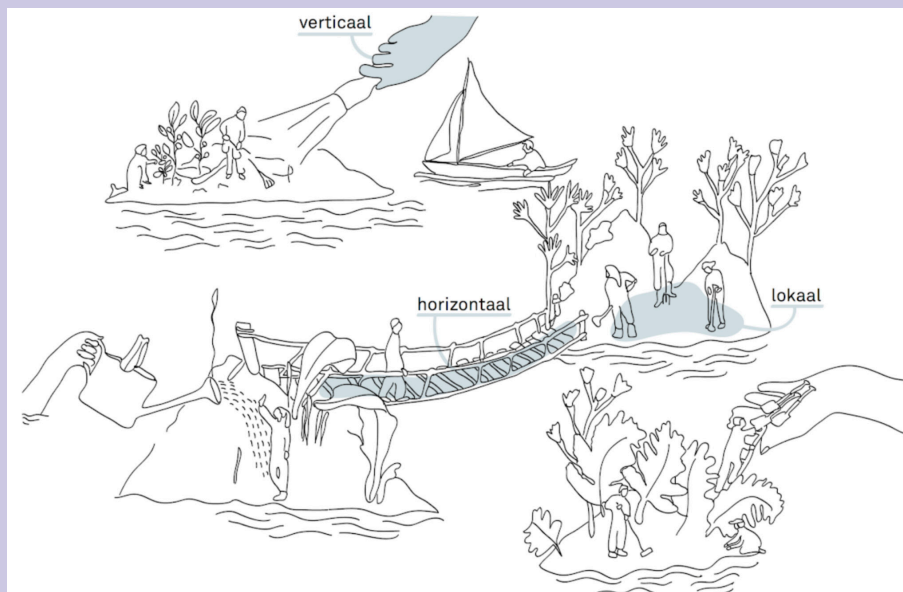
Verticaal Leren: De Dialoog tussen Praktijk en Systeem

Dit is de cruciale leer-cyclus voor duurzame verandering. Het is de permanente dialoog tussen het netwerk van regio's en de nationale systeempartners, gericht op gezamenlijk leren over wat werkt en wat er nodig is om landelijke kaders (wet, financiering, governance) aan te passen op basis van praktijkbewijs.

'Wat werkt er in de praktijk en waarom?', 'Hoe werkt het en wat zijn de kritische succesfactoren?', 'Wat is er concreet nodig van systeempartners om deze nieuwe werkwijzen structureel mogelijk te maken?', 'Hoe kunnen systeempartners leren wat er nodig is om tot een duurzaam nieuw stelsel te komen op het gebied van financiering, kwaliteit, governance en wetgeving?'

De antwoorden op deze vragen, voortkomend uit de gecombineerde ervaring van alle regio's, vormen de basis voor evidence-based aanpassingen van de landelijke kaders. De Nieuwe ggz faciliteert deze continue dialoog met ook 3 maal per jaar een landelijke Academie te organiseren met trekkers van de regio's en de systeempartijen.

Deze drie, met elkaar verweven leercycli vormen samen een robuust systeem dat garandeert dat de transitie wordt gestuurd door de praktijk, wordt versterkt door het netwerk en wordt verankerd in het nationale beleid.



De hier beschreven leerarchitectuur is afkomstig van Suzanne Potjer. Download hier de publicatie van Urban Futures Studio in 'Van mogelijke, naar haalbare, naar gangbare vernieuwing'.

<https://public.3.basecamp.com/p/wAr56RGUumQiR4QyUCJinEey>

Onboarding: Voorstel Praktische Uitwerking



.....
We denken op dit moment aan een praktische opzet die de beweging focus en samenhang biedt. Want: iedereen is naast het creëren van deze beweging druk doende met allerlei andere zaken. We 'verbouwen met de winkel open'. Dat vraagt om het creëren van momenten van focus om met elkaar de diepte in te gaan en in verbinding te blijven tussen die momenten.
.....

Een 'Work in Progress' Voorstel

We stellen voor om eens per 6 weken een Ecosysteem Dag per regio te organiseren (regionaal leren tussen het regionale team en De Nieuwe ggz, aangevuld met andere partners waar nodig) en 3 keer per jaar een verbindende dag met vertegenwoordigers van de regio's en de nationale partners (horizontaal en verticaal leren).

Laten we dit geheel aan lerend netwerk voorlopig 'Academie' noemen. Het staat iedereen uiteraard vrij om lokale bijeenkomsten in eigen termen te framen: 'hackathon', 'werksessies', of wat dan ook.

De regio is de organisator van de lokaal leren dagen en zorgt dat er op die dagen met een dedicated regionaal team aanwezig is. Vanuit De Nieuwe ggz wordt met de regio de agenda voorbereid (verbinden regionale, horizontale en verticale thema's) zodat we op de dag met elkaar de juiste focus hebben op de routekaart.

De waarden, bouwstenen, principes en veranderaanpak

Sessies op tactisch en strategisch niveau om deze met elkaar te doorleven, begrijpen en implementeren om het onboarding proces te doorlopen.

Het instrumentarium

- Inhoudelijk doorontwikkelen met lokale en nationale partners;
- Consequenties voor de lokale manier van werken onderzoeken en samen vormgeven (in de praktijk, in de lerende organisatie, bestuurlijk);
- Uiteindelijk het instrumentarium implementeren.

Ecosysteem Governance & Onboarding

De cultuur van Ecosystemisch werken

In principe verbinden we ons in een koploper netwerk. Dat doen we niet tegenover bestaande ontwikkelingen, we leren juist hoe bijvoorbeeld het AZWA of de Sociale Benadering kan werken.

Dat vraagt om een Governance waarin we als koplopers daadwerkelijk ruimte maken om horizontaal en verticaal te leren. En verbinding zoeken met, maar ons niet laten vertragen door de staande leerlijnen en structuren van onder andere het AZWA. Dat vraagt zowel om een eerste schets van rollen als om een serie van te beantwoorden praktische randvoorwaarden om van de wal te

'What's In It For Me?'

Koploper zijn betekent invloed hebben op de inhoud van het instrumentarium door het zelf bottom-up up mee te ontwikkelen. Het betekent ook er eerder over te kunnen beschikken en hierdoor meer mogelijkheden te hebben om een betere job te doen voor de mentale gezondheid van inwoners. En op vele niveaus met elkaar te leren wat de werkende elementen en noodzakelijke randvoorwaarden zijn voor de transitie (denk aan cultuur, organisatie, mensen, middelen, technologie, wet- en regelgeving, administratieve lasten).

In deze beweging stappen levert een netwerk aan partners op om samen in regionale diversiteit te kunnen leren. Koploper zijn betekent ook fouten maken. Er zijn nog geen gebaande paden.

Deze voordelen komen echter niet zomaar tot stand. Een traject als dit is uiteindelijk een cultuurveranderingstraject, met de bouwstenen en het instrumentarium als hefboom. Dat moet je echt willen, daar moet je als netwerk klaar voor zijn. Vandaar dat we voorstellen om in de eerste periode niet alleen het instrumentarium zelf uit te werken, maar ook een 'onboarding proces' aan te gaan, met 'go/no go momenten' om in- en uit te stappen. Verschillende regio's zullen op verschillende momenten 'klaar' zijn om het instrumentarium te implementeren. Sommige regio's zullen gedurende het onboarding proces kiezen om niet in het koplopersproces door te gaan. Andere regio's zullen zich mogelijk juist melden gedurende het traject om aan te haken.



Stappen en Rollen Routekaart	ONBOARDING STAP 1	ONBOARDING STAP 2	ONBOARDING STAP 3	ONBOARDING STAP 4
Regionaal Collectief	Benoemt Routekaart expliciet als agenda voor transitie en committeert zich aan landelijke lerende gemeenschap onboarding proces gebaseerd op die Routekaart (inclusief bijdrage lidmaatschap). Faciliteert in samenspraak met Nieuwe ggz team eens in de 6 weken een regionale bijeenkomst met de volgende onboarding stappen en de routekaart als agenda. Neemt minimaal 3x per jaar deel aan horizontale (met andere regio's) en verticale (met landelijke systeempartners) leersessies. Neemt deel aan de digitale leergemeenschap en deelt daar voortgang.	Met Veranderteam en Bestuurlijke coalitie. Verdiepen, doorleven onderdelen routekaart en opstellen regionaal plan van aanpak. Zowel op het niveau van het regionale veranderteam als bestuurlijk. Onderwerpen zijn naast de waarden en de inhoudelijke bouwstenen de kolommen van de spreadsheet (kader/geld, proces/drempels, kwaliteit, systeem, bedrijfsvoering, governance, verwachte effecten). Na deze doorloop vormen deze met een basaal Plan van Aanpak de onderdelen de volgende stappen van de onboarding (verdieping per onderdeel).	Met Veranderteam. Bouwstenen: Ecosystemen bestaan natuurlijk al. De Bouwstenen zijn instrumenten om op basis van inhoudelijke waarden en dialogen de opties te vergroten van dat al in de sociale basis en mentale gezondheidszorg projecten aanwezig is. Een onboarding stap is om met elkaar de bouwstenen inhoudelijke te doorleven, een inventarisatie te maken van het aanwezige en op basis daarvan het instrumentarium regionaal te verdiepen (kade/geld, proces/drempels, kwaliteit, governance, verwachte uitkomsten/meting). Wat vastgelegd wordt in een actieplan/plan van aanpak/GAP analyse.	Met Bestuurlijke Coalitie. Parallel vindt bestuurlijke onboarding plaats door op basis van de Routekaart een ontwerp te maken voor de gewenste bedrijfsvoering en de veranderaanpak en governance van een Ecosysteem aanpak. Het veranderteam zal ook voorstellen voor de onderdelen als kader/geld, proces/drempels, kwaliteit en verwachte uitkomsten/meting doen die in deze bestuurlijke leerlijn worden ingebracht.
de Nieuwe ggz	Verbindt zich als team vliegende brigade aan het regionaal, horizontaal en verticaal leren. Functionerend als aangever, verbinder, curator, geweten, archivaris, ontwerper vanuit regionale en landelijke partners. Team de Nieuwe ggz heeft een vaste kern, maar is een open team (aan te vullen met diverse expertise en op te schalen naar gelang van de beweging). Krijgt hiervoor mandaat en financiering vanuit de regionale en landelijke partners.	Organiseert samen met de regionale (en parallel met de landelijke partners) sessies en het proces eromheen om de routekaart op deze manier te doorlopen. Functioneert daarin als aangever, geweten, curator, archivaris in het horizontaal en verticaal leren.	Helpt regionale veranderteams om de Bouwstenen te operationaliseren, bestaande projecten en bewegingen te integreren, experimenten rond bouwstenen op te starten of te versnellen. Door inhoudelijk advies, landelijke voorbeelden, beschikbaar stellen van methodieken. Helpt het netwerk van regio's en landelijke partners door werkzame elementen van aanpak in de routekaart te beschrijven. Helpt regio's en landelijke partners in tijdig agenderen issues.	Helpt Bestuurlijke Coalities om workshops te organiseren om in proces te komen en in dialoog antwoorden te formuleren op het gebied van het instrumentarium en de implicaties. Dialogen helpen om tot antwoorden te komen op het gebied van de benodigde transitie op het gebied van o.a. cultuur, structuur, aansturing, financiering en technologie. Helpt het netwerk van regio's en landelijke partners door werkzame elementen van aanpak in de routekaart te beschrijven. Helpt regio's en landelijke partners in tijdig agenderen issues en verbindingen te maken.
Zorgverzekeraar	Neemt GEM op als prioritaire zorgvorm in regionale strategie.	Contracteert GEM als integraal regionaal arrangement.	Maakt afspraken met zorg en sociaal domein-partners.	Vergoedt opstart- en transitiekosten expliciet.
Gemeenten	Neemt GEM op als prioritaire zorgvorm in regionale strategie.	Contracteert GEM als integraal regionaal arrangement.	Maakt afspraken met zorg en sociaal domein-partners.	Vergoedt opstart- en transitiekosten expliciet.
MIND	Benoemt Routekaart expliciet als onderdeel van de landelijke strategie	Verbindt projecten zoals Campagne eCommunity en Lerende Gemeenschap aan de beweging	Leert mee in het netwerk van regio's	
NZA	Vertaalt beleids- en pakketduiding naar uitvoerbare regelgeving.	Biedt ruimte voor opportuniteitenfinanciering (bestaand, nieuw of experiment).	Maakt hybride bekostiging mogelijk waar nodig.	Staat transitiekosten en afwijking van productie toe.
ZINL	Duidt GEM-zorg als passende zorg binnen het basispakket (of als samenstel daarvan).	Geeft duidelijkheid over pakketstatus van GEM-elementen (wel/niet verzekerd).	Flexibiliseert de grens zorg / sociaal domein binnen GEM.	Ondersteunt met inhoudelijke kaders voor evaluatie (wat telt als waarde?).
VWS	Benoemt GEM expliciet als beleidsinstrument om een instrumentarium passende zorg te ontwikkelen met koploperregio's van het AZWA. Ondersteunt het proces van de Routekaart door middel van Lidmaatschap namens de Nationale Partners financieel.	Geeft politieke en beleidsmatige legitimatie voor regionale zorgorganisatie.	Faciliteert domeinoverstijgende samenwerking (zorg + sociaal domein).	Reserveert of legitimeert transformatie- en opschalingsmiddelen.

GO/ NO GO	IMPLEMENTATIE INSTRUMENTARIUM	IMPLEMENTATIE INSTRUMENTARIUM	IMPLEMENTATIE INSTRUMENTARIUM	IMPLEMENTATIE INSTRUMENTARIUM
om op basis van het lokaal ontwikkelde Plan van Aanpak de samenwerking voort te zetten en het instrumentarium te implementeren en evalueren	De regionale coalitie ontwikkelt in co-creatie met WMO partners en zorgverzekeraar op basis van de bouwstenen een lokale variant van het instrumentarium en maakt daarbij onderscheid tussen 1) WAT KAN EN MOET NU AL (PRIORITERING)? 2) WAAR IS STEUN VAN DE LANDELIJKE PARTNERS VOOR NODIG (INBRENGEN OP HORIZONTALE EN VERTICALE OVERLEGGEN)? 3) WAT VOORZIEN WE VOOR DE LANGERE TERMIJN AAN STRUCTURELE OPLOSSINGEN (EN WAT IS DAARVOOR NODIG, INBRENGEN OP HORIZONTALE EN VERTICALE OVERLEGGEN)?	De regionale coalitie maakt met de regionale gemeenten en zorgverzekeraar contractafspraken met het instrumentarium en de routekaart als uitgangspunt, inclusief kwaliteitskader, plan van aanpak (op alle onderdelen van het onboarding proces).	Daadwerkelijk vrijgeven en implementeren instrumentarium en start opvolging (leren, meten, werkzame en opschaalbare elementen ophalen, geleerde lessen delen).	Tijdens implementatiefase 3 vindt in de verticale- en horizontale samenwerking een ontwerp plaats om de volgende stappen om tot een duurzaam instrumentarium te komen vorm te geven.
Ondersteunt regio's en landelijke partners in de realisatie en evaluatie van hun plannen van aanpak om tot een go/no go besluit te komen voor de daadwerkelijke implementatie van het instrumentarium	Is co-creator in dit proces, verbindt ervaringen vanuit regio's	verzamelt geleerde lessen en voegt deze toe aan de roadmap en het instrumentarium	organiseert een digitale lerende gemeenschap en toolbox	...
Contracteert op uitkomsten en substitutie.	Zet GEM om in meerjarige structurele inkoop.	Sluit contracten met regionaal collectief.	Schaalt succesvolle GEM teams op naar andere regio's.	Communiqueert richting verzekerden dat GEM reguliere, dus verzekerde zorg is.
Contracteert op uitkomsten en substitutie.	Zet GEM om in meerjarige structurele inkoop.	Sluit contracten met regionaal collectief.	Schaalt succesvolle GEM teams op naar andere regio's.	Communiqueert richting verzekerden dat GEM reguliere, dus verzekerde zorg is.
Borgt proportionele verantwoording (geen productiedwang).	Zet tijdelijke regelingen om naar structurele bekostiging.	Accepteert regionale samenwerkingsverbanden als contractpartij.	Zorgt voor juridische en financiële reproduceerbaarheid.	Communiqueert richting aanbieders hoe zij GEM mogen bekostigen.
Co-cereert welke uitkomstmaten relevant zijn voor passende zorg.	Adviseert over structurele pakketinbedding van GEM	Accepteert nieuwe zorgvormen die niet 1-op-1 bij bestaande aanspraken horen.	Borgt uniforme duiding zodat regio's niet opnieuw hoeven te vechten.	Communiqueert richting veld wat wel en niet verzekerd is.
Stuurt op uitkomsten i.p.v. volume als stelselprincipe.	Zet in op structurele stelselverandering bij succes.	Schept randvoorwaarden voor regionale governance & regie.	Zorgt voor landelijke consistentie en opschaalbaarheid.	Communiqueert richting politiek en maatschappij.

De Tijdlijn (2026 – 2035)

Een ruwe tijdlijn bevat ideeën van de zorgverzekeraars, regio's en moet steeds in co-creatie op inhoud opgesteld worden. Dus 2026 is en blijft onboarding: met regio's doorleven bouwstenen, veranderstrategie en gevolgen voor bedrijfsvoering, kwaliteit, co-creëren instrumentarium op lokaal en landelijk niveau. Opzetten horizontaal en verticaal leren. Go/No Go moment. En daarnaast/meer naar de toekomst gericht: Wat kan je in totaal in de komende twee jaar doen, wat verder in de tijd:

- *Tot 2 jaar: je hebt zicht op een oplossing, kan evt. een punt oplossing zijn, partijen zijn helder, gaat vooral om commitment, tijd, actie.*
- *2 tot 4 jaar: je hebt ongeveer zicht op een oplossing, maar complex(er) probleem, partijen en rollen niet precies helder, niet helder of het opgeschaald kan worden. Vraagt dus meer onderzoek, of een route naar verandering.*
- *Vanaf 4 jaar: alle majeure veranderingen die raken aan de kern van je stelsel; in het huidige stelsel niet mogelijk want bijv. staat in de zorgverzekeringswet of dermate grote gevolgen voor iemand dat impact en route veel uitwerking vragen. Je hebt nog geen route kaart over hoe je daar gaat komen, die moet je eerst nog ontwikkelen, actoren en rollen mss. wel helder maar er is een traject nodig waarin samen gezien wordt wat mogelijke oplossingsroutes zijn. Die routes vragen vaak weer afstemming intern of extern met andere belanghebbenden;*



Financiering

Het MOMENT van de WAARHEID

.....

Een cultuuromslag als deze in co-creatie vormgeven is een majeure operatie. Het eerste commitment in januari vraagt zowel om het mandaat op deze Routekaart als Plan van Aanpak. Om het in dat proces met elkaar onze rollen leren pakken. Het vraagt ook om een team te mandateren en financieren dat met Go/No Go momenten zorgt dat we met elkaar van de wal komen.

.....

De meest cruciale, niet-gedefinieerde stap in de aanloop naar de lancering is commitment van de nationale partners op dit plan en daarbij specifiek om

vraag januari: financiering team met mandaat om

- instrumentarium door te ontwikkelen zodat het vrijgegeven kan worden;
- onboarding vorm te geven;
- lerend netwerk voorstel door te ontwikkelen;
- onderzoeksvoorstel uit te werken;
- Governance voorstel door te ontwikkelen;

1,5 FTE te financieren waarvan helft via nationale partners en helft via regio's;

Het team is een inhoudelijk en procesmatig coördinerend netwerkteam vanuit DNG, met (geoormerkte uren, in-kind?) regionale- en nationale partners;

Gedurende 2026/ start 2027 naar een regiobudget vanuit AZWA?

Volgende Stappen: Het Moment van de Waarheid: Akkoord op Routekaart als PvA & Boter bij de Vis!



Bijlage:

Doel en Ambitie

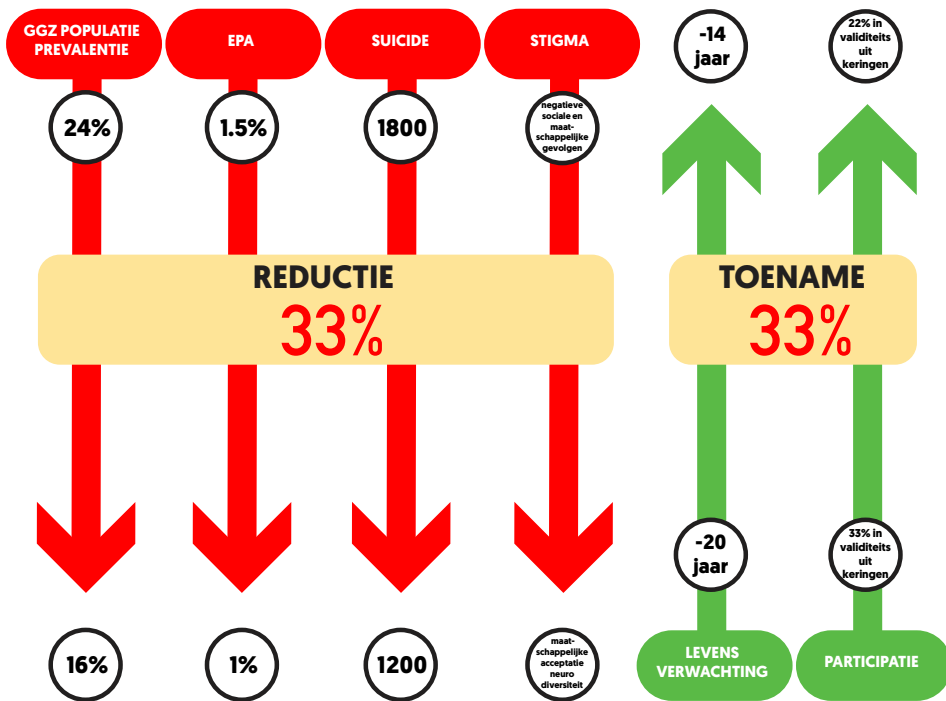
De propositie voor de 'ecosysteem mentale gezondheid gaat uit van een zesttal ambities (realiseerbaar na volledige implementatie en na 10 jaar - effect op de levensverwachting na 20 jaar).

De Ambities (zie ook nevenstaande illustratie)

- 1/3 minder mentaal lijden: van 24% naar 16% (van de bevolking)
- 1/3 minder ernstig psychisch lijden: van 1.5% naar 1% (van de bevolking)
- 1/3de minder suicides: van 1800 naar 1200 per jaar
- 1/3de meer maatschappelijke participatie: van 1/3 van de invaliditeitsuitkeringen naar 22%
- 1/3de langere levensverwachting voor mensen met ernstig psychisch lijden: van een levensverwachting van -20 jaar naar -14 jaar
- 1/3de minder maatschappelijk stigma: moeilijk te operationaliseren — zie verder

Het uitgangspunt van GEM is een kwalitatief betere ggz zorg (niet enkel op basis van bovengenoemde KPI's maar ook ook in de beleving van mensen met zorgnoden, de betrokkenen en de maatschappij als geheel - zie de discussie over personen met onbegrepen gedrag) en dit bij een gelijk blijvende maatschappelijke dotatie*.

Gezien de budgettaire druk op de gezondheidsmiddelen en de schaarste aan professionals wensen we de ggz ook duurzaam te veranderen. Wij verwachten dat door deze GEM zorgverschuivingen, de wachtlijsten onbestaand zullen zijn, en het maatschappelijk probleem rond mensen met onbegrepen gedrag, opgelost wordt - althans binnen bevredigende proporties blijft.

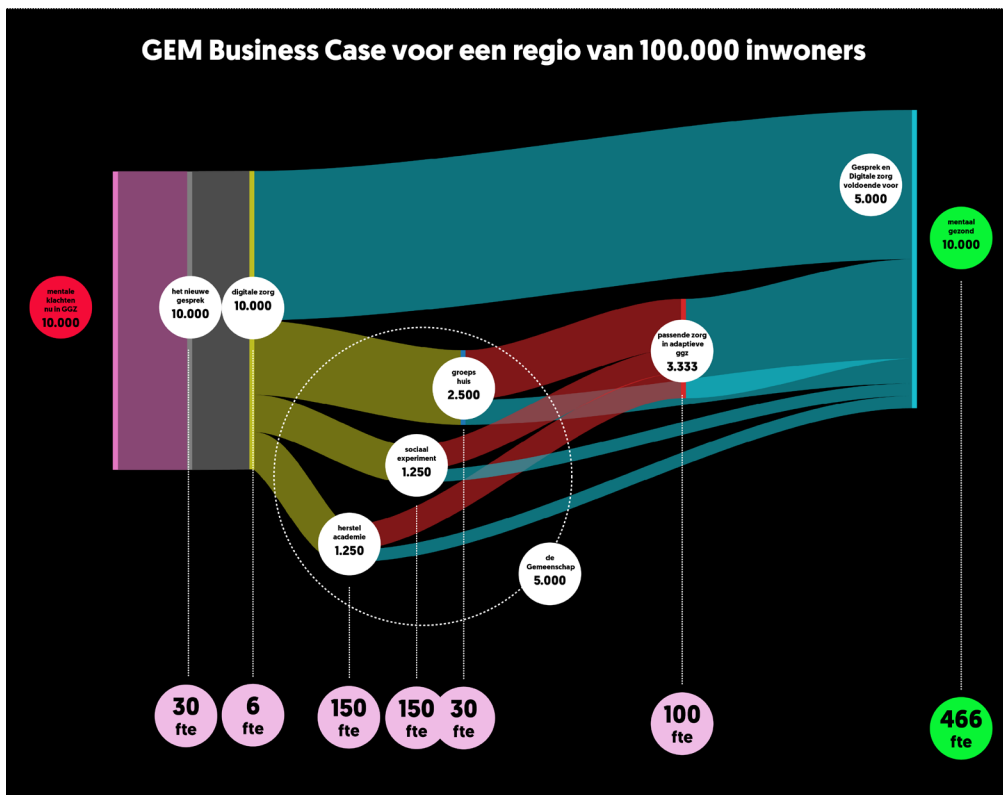


Bijlage:

De GEM Business Case

Vooruitlopend op de onderzoeksresultaten make we een inschatting van een volledig en door cliënten en systeempartijen geaccepteerd ecosysteem. Dit is een 'work in progress' inschatting: onderdelen die nog niet zijn opgenomen (de kliniek/forensische zorg/RIBW (40+% van het regionaal budget, de crisisdienst (5% van het budget) moeten z.s.m. een plaats in de inschatting krijgen

Hieronder is op basis van de getallen hiernaast schematisch weergegeven hoeveel mensen gebruik maken van de verschillende opties en hoeveel mensen er werkzaam zullen zijn in die opties. Op basis daarvan begroten we dat 466 fte werkzaam zal zijn in het ecosysteem, tegen 1000 fte nu in de ggz en het sociaal domein. Overigens is het schema geen afbeelding van de 'cliëntreis' die immers geen lineair pad aflegt maar eerder van een chaotisch traject, dwars door alle opties heen gebruik kan maken.



Uitgangspunten	aantal	Voorziening	fte	Toelichting
Kosten	€28,000,000			28 miljoen euro aan ggz-diensten (inclusief Wet langdurige zorg en langdurige ggz), waarvan ongeveer 7 miljoen euro voor 'opname'.
Aantal inwoners Regio	[90000]	Mentaal Gezond		90.000 mensen doen geen beroep op ggz: "We gaan uit van een regio van 100.000 mensen. Uit nationale cijfers weten we dat ongeveer 8% van de volwassen bevolking jaarlijks aanklopt voor ggz-hulp (inclusief poh-ggz), maar dat dat kan oplopen tot 12% bij hoge sociaaleconomische deprivatie. Voor onze regio gaan we uit van de middenpositie: een volwassenen jaarprevalentie van 10%, oftewel 10.000 mensen, waarvan 1250 patiënten (12,5%) met een ernstige psychische aandoening (EPA; projectie op basis van nationale cijfers).
Aantal inwoners Regio	[10000]	Mentale Klachten		10.000 mensen doen WEL beroep op ggz
Werkzaam in GGZ	750			fte
Werkzaam in Sociaal Domein	350			fte
Mentale Klachten	[10000]	Het Nieuwe Gesprek	30	allen met mentale klachten, 10.000, gaan 3-5 Verkennende Gesprekken aan.
Het Nieuwe Gesprek	[10000]	Digitale zorg	6	alle 10.000 minimaal 1x bezoek e-com waaronder de Chat. De eCommunities zijn een nationale resource waaraan 1000 fte verbonden zijn, dus het aandeel van deze stad is 6 fte
Digitale zorg	[5000]	Mentaal Gezond	0	5.000 na VK en e-com stromen uit naar 'mentaal gezond'
Digitale zorg	[2500]	De Gemeenschap: Groepshuis	130	Verder gaan we ervan uit dat de andere helft, 5000 mensen, gemiddeld vijftien sessies groepsbehandeling zal willen kiezen, van elk ongeveer twee uur, met acht patiënten en twee begeleiders per groep en 70% face-to-face tijd.
Digitale zorg	[1250]	De Gemeenschap: Herstel Academie	100	12,5% van de 5.000 gaat direct naar het recovery college, omdat er sprake is van existentiële problematiek in het kader van psychisch lijden, persisterende complexe problematiek in het kader van stemmen horen, trauma, verslaving of eetstoornis, ernstige demoralisatie en onverdragelijk lijden. Ook zij hebben vier contacturen per week nodig bij 70% face-to-face tijd gedurende 40 weken per jaar
Digitale zorg	[1250]	De Gemeenschap: Sociaal Experiment of Sociale Onderneming	100	Vanuit de HOI gaat ongeveer 12,5% van de 5.000 direct naar een sociaal experiment of de sociale onderneming, omdat er sprake is van sociale problematiek of behoefte aan hulp bij een arbeidsbeperking. We gaan ervan uit dat ze gemiddeld vier contacturen per week nodig hebben bij 70% face-to-face tijd gedurende 40 weken per jaar, dus dat zijn 150 fte.
De Gemeenschap: Herstel Academie	[416]	Passende Zorg: Adaptieve GGZ	33	we verwachten dat bij ongeveer een derde van de 5.000 nog een individuele modulaire interventie nodig is vanuit het FACT-team van gemiddeld twee uur per modulaire interventie per week gedurende 20 weken en 70% face-to-face tijd, hetgeen neerkomt op ongeveer 100 fte (of 10 FACT-teams).
De Gemeenschap: Herstel Academie	[834]	Mentaal Gezond		
De Gemeenschap: Sociaal Experiment of Sociale Onderneming	[416]	Passende Zorg: Adaptieve GGZ	33	
De Gemeenschap: Sociaal Experiment of Sociale Onderneming	[834]	Mentaal Gezond		
De Gemeenschap: Groepshuis	[834]	Passende Zorg: Adaptieve GGZ	33	
De Gemeenschap: Groepshuis	[1666]	Mentaal Gezond		
Passende Zorg: Adaptieve GGZ	[1666]	Mentaal Gezond		

Bijlage:

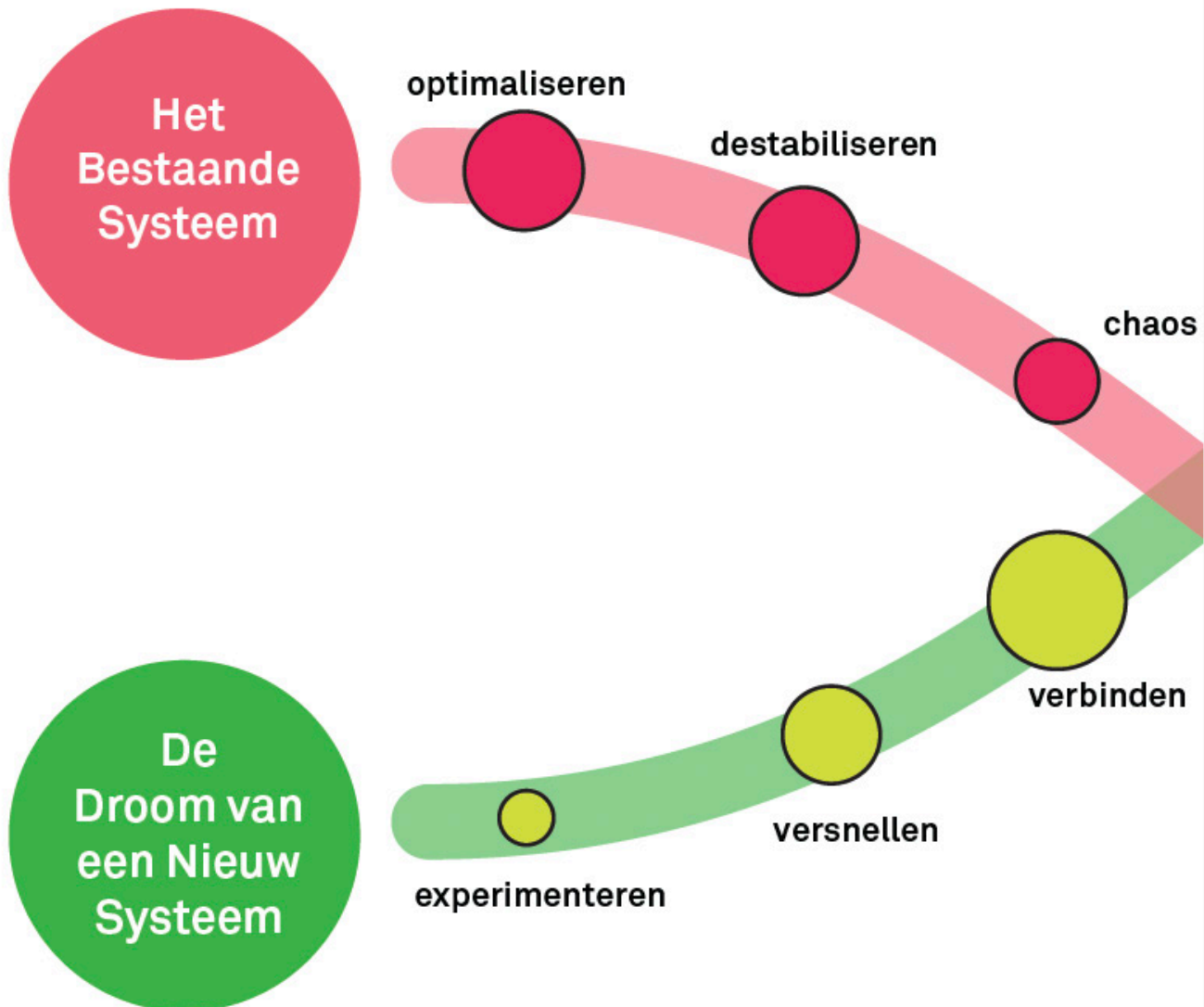
Transitie middels de X-Curve

.....

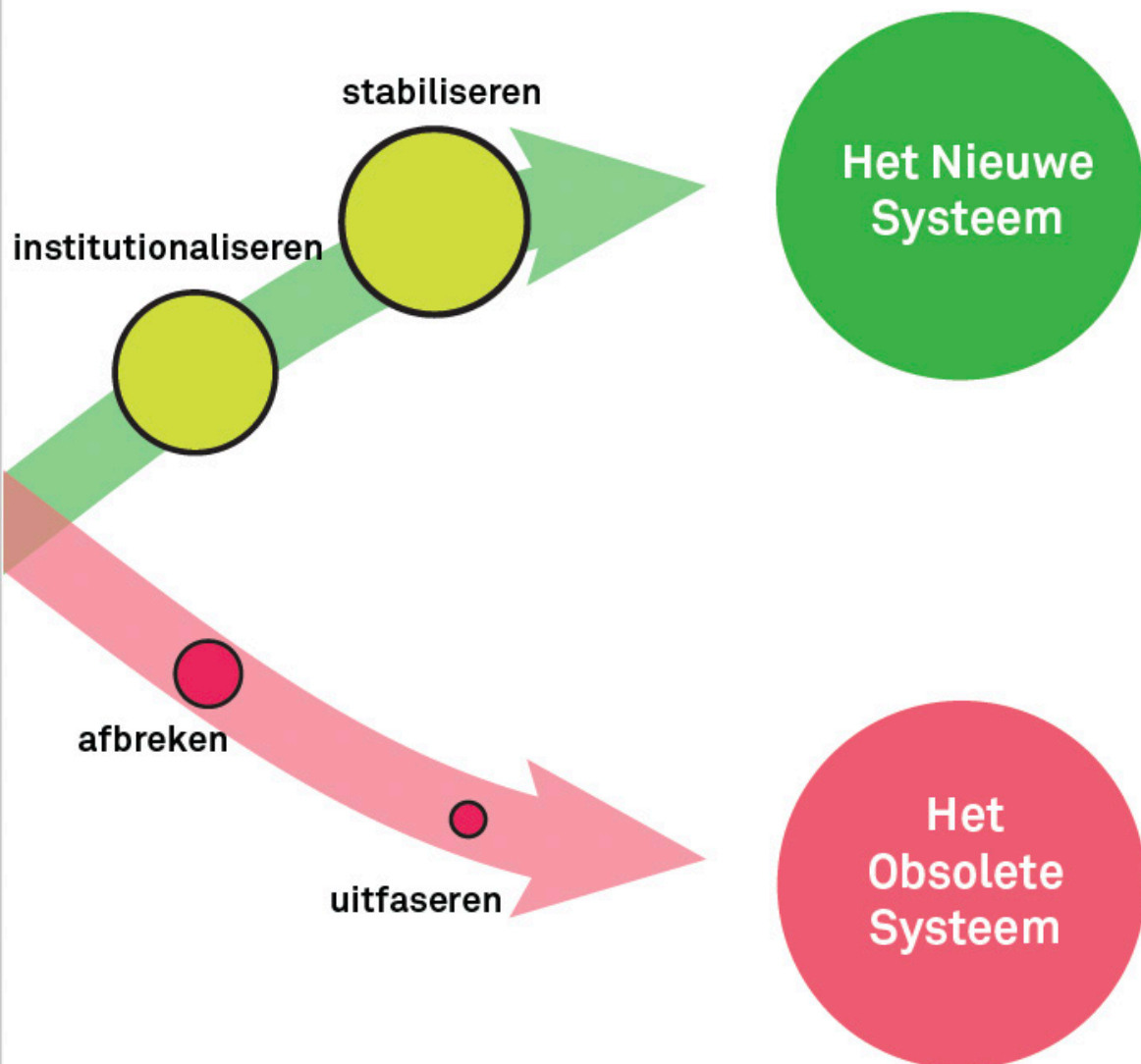
Iets nieuws opbouwen betekent ook iets ouds afbreken.

Bouwstenen zijn inspiratiebronnen, startpunten, referenties (noem ze zoals u wil) voor Experimenten die ons moeten leren hoe ermee te werken.

.....



Pas als we daar in slagen gaan we 'Versnellen' (opschalen),
'Verbinden' (met andere bouwstenen en nieuwe toevoegen).
Hebben de experimenten succes dan dagen ze daarmee de
bestaande cultuur uit om ook te veranderen. Het 'systeem' zal dan
geen keus meer hebben om zich te richten naar die nieuwe cultuur.



De X-Curve is een concept van Studio Drift).

Bijlage: Meten

Het volgen van de ontwikkeling van Ecosystemen vraagt om meerdere manieren van meten en onderzoeken. Regio's monitoren zelf al, nationale partners hebben hier ideeën (en eisen) voor.

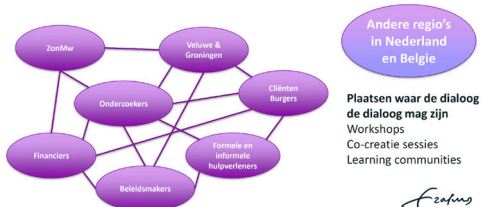
Laten we afspreken om gedurende 2026 tot een samenhangende monitoring te komen, gebruikmakend van wat er al is.

Wat werkt voor wie, hoe en wat is daarvoor nodig?

...luidt de onderzoeksvraag die het Erasmus School of Health Policy &

Management zichzelf heeft gesteld in haar lopende onderzoek in de Noordwestelijke Veluwe en Groningen. Meer in het bijzonder wordt onderzocht op welke wijzen, in welke contexten en voor welke doelgroepen van personen die psychisch lijden, de transitie van traditionele GGZ naar een ecosysteem mentale gezondheid (GEM) leidt tot verbetering voor de persoon die psychisch lijdt (de mens), de zorg- en ondersteuningsprocessen (proces) en het zorgsysteem (systeem)?

Ecosysteem onderzoek



Een Realist Evaluation-perspectief

- Klassieke methoden zijn niet geschikt
- Voorbij de RCT: kosteneffectiviteit en zogenaamd harde maten
- Veranderende paradigma's, processen, cultuur, denkpatronen en maatschappelijke impact
- Waarbij verschillen mogelijk zijn



CIMO-logica: Context, Interventie, Mechanisme, Uitkomst



De GEM-monitor

Jim van Os ontwikkelde ook concepten om GEM te valideren. Deze gaan uit van een populatiegerichte benadering waarin gezondheidszorggebruik in kleinere gebieden geanalyseerd wordt. De indicatoren zijn gerelateerd aan het gebruik van ggz op populatieniveau, alsmede de sociale voorspellers en klinische uitkomsten daarvan. *Hiernaast: de kosten van psychische hulp per inwoner.*

