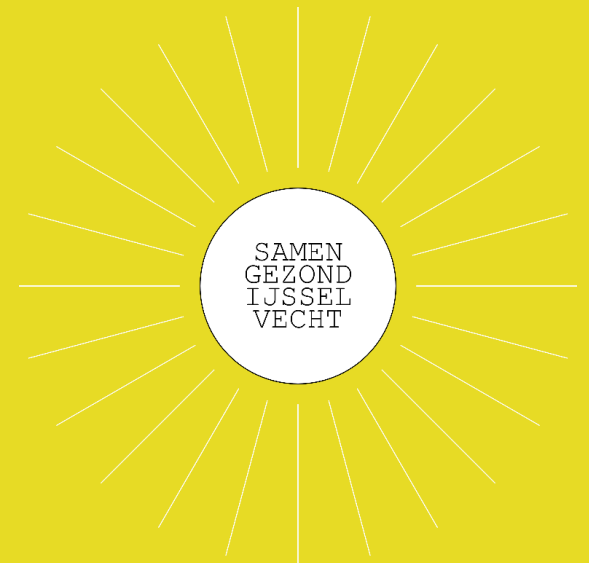


Transformatieplan

Mentale gezondheidsnetwerk regio IJssel-Vecht

Auteurs: Louise Pansier & Evelien Rijken, Bureau HHM



Managementsamenvatting

Met dit transformatieplan vraagt de regio IJssel-Vecht transformatiebudget aan om de beweging naar snellere passende zorg of ondersteuning op de juiste plek voor inwoners met mentale problemen te versterken. Dit plan geeft een nadere uitwerking van het regiobeeld en regioplan voor het onderdeel Mentaal Welbevinden (hoofdstuk 1). De betrokken partijen willen de samenwerking versterken tussen huisartsen, ggz en sociaal domein in een mentale gezondheidsnetwerk (hoofdstuk 2). Het transformatieplan is tot stand gekomen met inbreng vanuit alle relevante perspectieven: huisartsen, aanbieders (maatschappelijke) ggz, gemeenten, sociaaldomeinaanbieders en cliëntvertegenwoordiging/ ervaringsdeskundigheid. Deze partijen werken al op verschillende manieren samen binnen het Netwerk Tijdige en Passende Mentale Zorg en de netwerkorganisatie Samen Gezond IJssel-Vecht en zetten deze samenwerkingsstructuur voort (hoofdstuk 3).

Door de uitbreiding van het mentale gezondheidsnetwerk beogen de partijen dat hulp- en ondersteuningsvragen op het gebied van mentale problemen snel en op de juiste plek worden opgepakt, waardoor onnodige instroom in de ggz wordt voorkomen en de beschikbare capaciteit (ggz, huisarts en sociaal domein) in de regio optimaal wordt benut. Het transformatieplan omvat de ontwikkeling en implementatie van het verkennend gesprek (hoofdstuk 4 en 5) en het inrichten van een consultatiefunctie (hoofdstuk 6). Als randvoorwaarden voor de gewenste transformatie is in het plan ook aandacht voor digitale zorg, groepsgericht werken en de ontwikkeling van laagdrempelige steunpunten.

Het plan van aanpak kent een experiment- en opschalingsfase met aandacht voor leren en ontwikkelen binnen het mentale gezondheidsnetwerk, in alle fasen en tussen alle betrokkenen (hoofdstuk 7). Het plan voorziet ook in een aanpak op hoofdlijnen voor monitoring en bijsturing (hoofdstuk 8).

Om transformatiemiddelen aan te kunnen vragen is een businesscase opgesteld (hoofdstuk 9). Deze bevat alle verwachte kosten voor de uitvoering van het plan, zoals de inzet en scholing van professionals voor het verkennend gesprek, het organiseren van lokale pilots en de inzet van een regionale projectleider voor uitwisseling en verbinding. Voor een deel van deze kosten worden transformatiemiddelen aangevraagd. Ook zijn de verwachte baten voor de Zvw en (deels) het sociaal domein gekwantificeerd. Hiervoor zijn onder andere aannames gedaan over de afbuiging van de ggz naar het sociaal domein.

De belangrijkste impact van de beschreven transformatie is een versterkte mentale veerkracht van inwoners, doordat zij op een passende manier kunnen werken aan hun herstel. Voor ggz-aanbieders betekent de transformatie dat zij minder verwijzingen krijgen, vaker geconsulteerd worden door huisartsen en sociaal domein, meer zicht krijgen op de mogelijkheden en zienswijze in het sociaal domein en meer gaan samenwerken met partners uit andere domeinen. Huisartsen zullen gaan merken dat zij verschillende vormen van ondersteuning krijgen voor het vinden van passende zorg of ondersteuning voor hun patiënten en meer zicht krijgen op de mogelijkheden en zienswijze in het sociaal domein. De impact voor het sociaal domein (gemeenten en aanbieders) ligt in een groter beroep op ondersteuning, een sterkere lokale samenwerking met huisartsen en ggz en (naar verwachting) bredere maatschappelijke baten, zoals meer (arbeids)participatie en minder financiële problemen van inwoners.

Zowel voor het opstellen van het plan als geheel als de businesscase is gebruik gemaakt van landelijke richtlijnen en regionale ervaringen. De gegevens zijn aangeleverd door een multidisciplinaire werkgroep en de doorrekening is besproken met financials van meerdere organisaties. Dit neemt niet weg dat de inschatting van zowel de kosten en als de baten een bepaalde mate van

onzekerheid kent. Daarbij zijn verschillende randvoorwaarden en risico's geïdentificeerd (hoofdstuk 10).

Het is belangrijk dat de partijen elkaar vasthouden en scherp houden in de samenwerking om de gezamenlijke opgave te realiseren. Het is wenselijk dat op landelijk niveau de juiste randvoorwaarden worden gecreëerd, waaronder passende financiering op lange termijn.

Inhoud

Managementsamenvatting.....	2	4.	Het verkennend gesprek.....	22
1.	Inleiding en aanleiding.....	6	4.1	Wat is het VG.....
1.1	Inleiding.....	6	4.2	Positionering.....
1.2	Aanleiding.....	6	4.3	Doelgroep, profiel, vindplaats en instroom
1.3	Totstandkoming transformatieplan	7	4.4	Rol van huisarts en POH ggz
1.4	Doel van de transformatie	8	4.5	Locatie.....
2.	Mentale GezondheidsNetwerk IJssel-Vecht.....	10	4.6	Methode
2.1	Visie op MGN en het werken met verkennend gesprek	10	4.7	Inzet van professionals.....
2.2	Functies binnen het MGN	10	5.	Na het verkennend gesprek.....
2.3	Aanvullende functies.....	12	5.1	Opvolging in het sociaal domein
2.4	Samenhang en samenwerking in het netwerk	13	5.2	Opvolging in de ggz.....
3.	Samenwerking in de regio, structuur en governance.....	15	5.3	Opvolging in huisartsenzorg.....
3.1	Huidige netwerkstructuur als basis.....	15	6.	Consultatie en deskundigheidsbevordering.....
3.2	MGN als regionale netwerkstructuur.....	18	6.1	Wat is consultatie en deskundigheidsbevordering
3.3	Participatie en betrokkenheid van ggz-partijen.....	19	6.2	Positionering.....
3.4	Participatie en betrokkenheid van sociaaldomeinaanbieders.....	19	6.3	Inzet van professionals.....
3.5	Participatie en betrokkenheid van gemeenten.....	19	7.	Plan van aanpak
3.6	Participatie en betrokkenheid van huisartsen(groep).....	19	7.1	Fasering
3.7	Participatie en betrokkenheid van cliënt- en naasten- vertegenwoordiging en ervaringsdeskundigen	20	7.2	Experimentfase.....
3.8	Participatie en betrokkenheid zorgverzekeraars.....	20	7.3	Opschalingsfase.....
3.9	Deelnemende partijen	20	7.4	Leren en ontwikkelen in MGN

8.	Monitoren en bijsturen.....	34
8.1	Monitoring MGN.....	34
9.	Businesscase en data.....	37
9.1	Opbouw.....	37
9.2	Kosten.....	38
9.3	Baten.....	38
9.4	Aannames en bandbreedtes.....	43
9.5	Impactanalyse.....	44
9.6	MKBA.....	44
9.7	Capaciteitsanalyse.....	47
9.8	KPI's.....	48
9.9	Leerproces, monitoring en bijsturing.....	48
10.	Randvoorwaarden en risico's.....	49
10.1	Randvoorwaarden.....	49
10.2	Risico's.....	49
Bijlage 1.	Organisaties in stuurgroep en werkgroep ontwikkeling transformatieplan	52
Bijlage 2.	Kostenoverzicht per domein per jaar	53
Bijlage 3.	Aannames t.b.v. businesscase, per onderwerp incl. bronvermeldingen.....	55
Bijlage 4.	KPI's en mijlpalenplanning	63

1. Inleiding en aanleiding

1.1 Inleiding

In de regio IJssel-Vecht staan we voor grote uitdagingen om de zorg toegankelijk, hoogwaardig en betaalbaar te houden: de vraag naar zorg neemt toe, de beschikbaarheid van zorg neemt af door toenemende krapte op de arbeidsmarkt en de betaalbaarheid staat onder druk. Dit geldt ook voor de zorg bij mentale problemen. De partijen in de regio IJssel-Vecht werken samen om het tij te keren. De regio omvat gemeenten Dalfsen, Hardenberg, Kampen, Ommen, Staphorst, Steenwijkerland, Zwartewaterland en Zwolle en de hier werkzame ggz-, huisartsen en sociaaldomein-organisaties (incl. zelfregie en herstel/ ervaringsdeskundigheid). Het regioplan beschrijft:

Onze ambitie is om de informele en professionele ondersteuning zo te organiseren dat iedereen mentaal veerkrachtig kan zijn en kan meedoen.

Mentaal welbevinden is een vraagstuk over alle domeinen en groepen inwoners heen. Een vraagstuk dat niet altijd thuishoort in de specialistische ggz. Heel veel passende steun vindt juist plaats in de maatschappelijke ggz, het sociaal werk en de sociale basis. Dit vraagt dus om een brede aanpak met commitment van alle betrokken partijen. Bovendien is de toegankelijkheid van de ggz een blijvend aandachtspunt. Dit vraagt om een preventieve aanpak en het afbuigen van vragen die beter elders passen dan in de behandel-ggz. Zo is een snellere instroom mogelijk voor mensen die de ggz echt nodig hebben.

1.2 Aanleiding

We bouwen met dit transformatieplan verder op het fundament van het IZA en het regiobeeld en regioplan. Het regiobeeld geeft inzicht in de belangrijkste knelpunten en het regioplan schetst op hoofdlijnen hoe de regio aan de slag wil met de uitdagingen in IJssel-Vecht.

Relatie met landelijke IZA-afspraken

Met de afspraken in het IZA hebben de landelijke partijen de ambitie uitgesproken om toegankelijke, goede en betaalbare zorg te behouden. De inspanningen zijn erop gericht om mensen met mentale problemen eerder de juiste ondersteuning en zorg te bieden, door als huisartsenzorg, ggz en sociaal domein samen te werken in een mentale gezondheidsnetwerk. In de regio IJssel-Vecht onderschrijven we deze beweging.

Relatie met regiobeeld

In het regiobeeld IJssel-Vecht 2023 zijn de belangrijkste knelpunten geschetst op het gebied van mentaal welbevinden:

- Het mentaal welbevinden van inwoners in de regio daalt.
- Eenzaamheid onder ouderen en jongvolwassenen komt veel voor en het aandeel is in 2022 gestegen.
- In de regio zijn hoge percentages volwassenen met matig tot hoog risico op angst en depressie (vergelijkbaar met landelijke cijfers).
- De helft van de jongvolwassenen ervaart psychische klachten en iets minder dan de helft ervaart vaak stress.
- Wachtlijsten en toegang tot ggz was in 2022 een groter knelpunt dan gemiddeld landelijk gezien. De [Informatiekaart Wachtlijsten](#) van de NZa laat zien dat, hoewel voor 6 diagnosegroepen de wachttijd boven de treeknorm ligt, de wachttijden in de regio voor de meeste diagnosegroepen inmiddels onder de landelijke gemiddelden liggen (cijfers december 2023).

Naast knelpunten die zichtbaar worden in cijfers bevat het regiobeeld kwalitatieve inbreng van inwoners en professionals. Daarin wordt onder andere opgeroepen tot het stimuleren van ontmoeting en omzien naar elkaar, tot aandacht voor welzijn en normaliseren en tot het verbeteren van de samenwerking en verbinding tussen organisaties.

Tot slot zien we in 'De staat van de arbeidsmarkt geestelijke gezondheidszorg 2023' dat in de sector ggz 45% van de werknemers de werkdruk (veel) te hoog vindt en dat 16% zich opgebrand voelt door het werk. 38% van de werkgevers geeft personeelstekort aan als grootste HRM-knelpunt.

Relatie met regioplan

Op basis van het regiobeeld zijn de partijen in de regio gekomen tot drie opgaven die met prioriteit moeten worden opgepakt rond het thema mentaal welbevinden, uitgewerkt in drie actielijnen en als volgt beschreven in het regioplan:

1. Mentale vaardigheden versterken: De samenleving is zich bewust dat uitdagingen bij het normale leven horen (normaliseren) en versterkt de mentale vaardigheden om met deze uitdagingen om te gaan.
2. Informele steun versterken: Informele ondersteuning is vanzelfsprekend beschikbaar, toegankelijk, dichtbij en bekend, in samenwerking met alle betrokkenen.
3. Samenwerking ggz, huisartsen en het sociaal domein* versterken: drempelloze tijdige toegang tot het juiste netwerk van de 1e en 2e lijnszorg en sociale basis, dat overzichtelijk is, een doorlopende zorg- en welzijnslijn kent en waarin wederkerigheid plaatsvindt.

** Onder sociaal domein verstaan we hier zowel gemeenten als de door gemeenten gefinancierde aanbieders. Als we ze onderscheiden, spreken we van 'gemeenten' en 'sociaaldomeinaanbieders'. Sociaaldomeinaanbieders kennen een grote diversiteit, zoals zelfregie- en herstelcentra, coördinatie vrijwilligers en mantelzorg-ondersteuning, welzijnswerk, maatschappelijk werk en maatschappelijke ggz. Hoe dit lokaal is georganiseerd kan per gemeente sterk verschillen; daarom spreken we in dit plan steeds over het sociaal domein in de volle breedte. Alleen in de businesscase maken we onderscheid naar het voorliggend veld (ondersteuning die vrij toegankelijk is, eventueel na een toets op doelgroep/behoefte) en maatwerk-voorzieningen (ondersteuning waar een beschikking van de gemeente voor nodig is, zoals ambulante begeleiding, dagbesteding en beschermd wonen).*

Voor het versterken van de samenwerking tussen ggz, huisartsen en het sociaal domein heeft de regio besloten om met twee activiteiten aan de slag te gaan: de invoering van het verkennend gesprek voor mensen met mentale problemen en de consultatiefunctie. Voor deze onderwerpen is in het voorjaar van 2024 een snelle toets ingediend en goedgekeurd, als opmaat naar dit transformatieplan.

1.3 Totstandkoming transformatieplan

Het opstellen van het transformatieplan is een co-creatie geweest van een brede vertegenwoordiging van partijen uit de regio. We hebben een structuur gehanteerd van een stuurgroep, een werkgroep en een klankbordgroep. Deze structuur is ontleend aan de bestaande structuur met de netwerkorganisatie Samen Gezond IJssel-Vecht (en daarbinnen de coalitie Mentaal Welbevinden) en het Netwerk Tijdige en Passende Mentale Zorg (TPMZ); in hoofdstuk 4 vindt u een nadere toelichting op deze samenwerkingsverbanden in het kader van de governance.

De stuurgroep voor de ontwikkeling van het transformatieplan bestaat uit de trekkers van de coalitie Mentaal Welbevinden (De Dimence Groep en Gemeente Kampen), aangevuld met bestuurlijke vertegenwoordiging van de huisartsen (HRZ), cliënten/ervaringsdeskundigheid (Focus) en sociaaldomein-aanbieders (De Kern) en beleidsmatige vertegenwoordiging van de zorg-verzekeraar (Zilveren Kruis). De werkgroep wordt gevormd door de regiegroep van TPMZ (Dimence, PsyQ, RIBW, Nexus, ZwolleDoet!, WijZ/WerV, gemeente Zwolle, HRZ, Medrie/Charis), aangevuld met extra vertegenwoordiging vanuit gemeenten (Hardenberg; Zwartewaterland) en sociaal domein (De Stuw). Zorgverzekeraar Zilveren Kruis heeft, vanwege hun rol als beoordelaar van het transformatieplan, alleen deelgenomen aan de stuurgroep. Zie bijlage 1 voor een volledig overzicht van de vertegenwoordiging in stuurgroep en werkgroep. De klankbordgroep wordt gevormd door de coalitie Mentaal Welbevinden.

In alle drie deze groepen zijn alle relevante perspectieven vertegenwoordigd: ggz-aanbieders, sociaaldomeinaanbieders, gemeenten, zorgverzekeraar, huisartsenzorg en cliëntvertegenwoordigers/ervaringsdeskundigen (waarbij sommige organisaties meerdere van deze perspectieven vertegenwoordigen). Via regulier bestuurlijk overleg en beleidsoverleg zijn de overige partijen uit het netwerk Samen Gezond IJssel-Vecht (SGIJV) tussentijds op de hoogte gebracht van de voortgang en inhoud.

De regio begon natuurlijk niet op nul. Er vinden al allerlei activiteiten plaats vanuit het Netwerk TPMZ, dat is aangewezen als uitvoerder van actielijn 3. Ook is met de deelnemers van actielijn 3 uit de coalitie Mentaal Welbevinden al een aantal inhoudelijke keuzes gemaakt. Bij het opstellen van het transformatieplan hebben we verder gebouwd op deze input. We hebben daarbij ook gebruikgemaakt van de ervaringen die nu al worden opgedaan in projecten en pilots en van ervaringen uit andere regio's. Voor de cijfermatige onderbouwing hebben we daarnaast gegevens gebruikt die beschikbaar zijn gesteld door het landelijke programmeerteam MGN. Tot slot hebben we ook landelijke documenten gebruikt over het Mentale Gezondheidsnetwerk. Het transformatieplan is op basis van deze input geschreven door een onafhankelijk duo van penvoerders.

1.4 Doel van de transformatie

Dit transformatieplan betreft de beoogde transformatie uit het regioplan, om inwoners snel passende zorg of ondersteuning op de juiste plek te bieden op verschillende momenten in het leven. Dit doen we door zorg en ondersteuning te gaan bieden vanuit een netwerk en hier onze processen op in te richten. Afhankelijk van de vraag of behoefte worden steeds andere partners uit het netwerk betrokken, gelijktijdig of volgtijdelijk met soepel in- en uitvoegen. Het verkennend gesprek speelt hierin een speciale rol omdat die de inwoner wegwijst binnen het totale netwerk (los van alle andere verbanden die binnen het netwerk bestaan). Door bij de start van een hulpvraag een deel van de

mensen via het verkennend gesprek naar het juiste domein te (be)geleiden, komen zij in één keer op de juiste plek terecht. Daardoor neemt het aantal juiste verwijzingen toe, maar het totaal aantal verwijzingen naar de ggz neemt af. Inwoners die de ggz echt nodig hebben, moeten sneller kunnen instromen. Dit leidt tot efficiëntere inzet, zowel van behandelaren als van verwijzers, triagisten en intakers. Ook draagt het verkennend gesprek direct bij aan herstel door aandacht voor de krachten en mogelijkheden van de persoon, door informele hulpbronnen in te schakelen en te kijken naar factoren die de mentale problematiek veroorzaken of in stand houden (zoals problemen op andere leefgebieden). Hierdoor kan een deel van de hulpvragen zonder verwijzing naar de ggz worden opgelost. Om dit te bereiken, is voor een deel van de mensen ondersteuning uit het sociaal domein nodig, gericht op mentaal welbevinden of op onderliggende factoren zoals huisvesting, armoede, schulden en/of werk. In aanvulling hierop zorgen consultatie en deskundigheidsbevordering voor een beter zicht op de hulpvraag en helpen om een passende oplossing te vinden of te creëren. Als toch een doorverwijzing nodig is, maken zorgverleners gebruik van de al verzamelde informatie. Dit leidt tot een effectievere en efficiëntere inzet van personeel.

Kortom, met het mentale gezondheidsnetwerk willen we bereiken dat:

- De hulp- en ondersteuningsvraag van personen en hun naasten snel en op de juiste plek worden opgepakt, waardoor de persoon geholpen is, verergering van klachten wordt voorkomen én onnodige instroom in de ggz wordt voorkomen.
- De beschikbare capaciteit (ggz, huisarts en sociaal domein) in de regio optimaal wordt benut.

Het zwaartepunt van dit transformatieplan ligt op activiteiten uit actielijn 3 van het thema Mentaal Welbevinden uit het regioplan (samenwerking ggz, huisartsen en sociaal domein). De regio wil binnen deze actielijn met prioriteit aan de slag met twee onderdelen, namelijk de functies uit het Mentale Gezond-

heidsnetwerk (verkenkend gesprek, domeinoverstijgend casusoverleg, transfermechanisme en informatievoorziening wachttijden) en de consultatiefunctie & deskundigheidsbevordering. Onderdelen zoals het verkenkend gesprek hebben een plek als concrete interventies, maar kunnen pas goed functioneren als er goede verbindingen zijn in het netwerk. Daarom nemen we ook zaken op die randvoorwaardelijk zijn voor het slagen van de transformatie: activiteiten uit actielijn 2 van het regioplan en activiteiten rond groepsaanbod.

Om daadwerkelijk stappen te kunnen zetten, is het belangrijk deze transformatie regionaal aan te vliegen en een gezamenlijk speelveld te creëren waar we van en met elkaar kunnen leren vanuit het gezamenlijke belang van passende zorg op de juiste plek (met waar nodig en mogelijk ruimte voor couleur locale). Hiervoor is het van belang dat zorgaanbieders, zorgverzekeraars en gemeenten in contractafspraken dezelfde beweging nastreven. Omdat er een verschuiving zal optreden van tweedelijnszorg naar het sociaal domein en omdat er aan de voorkant investeringen nodig zijn voor bijvoorbeeld verkenkend gesprek en consultatie/deskundigheidsbevordering, moeten alle partijen de doelen en aanpak onderschrijven en vertalen naar passende afspraken. Hiermee voorkomen we dat bepaalde partijen of perspectieven onevenredig belast worden (financieel, in menskracht etc.). Daarnaast draagt een goed werkende netwerksamenwerking bij aan het verminderen van de ervaren werkdruk en wordt het werkplezier vergroot. Verbetering van deze elementen draagt bij aan het behoud van arbeidskrachten voor de zorg- en maatschappelijke sector. Daarvoor is samenhang en verbinding nodig tussen alle domeinen, initiatieven en professionals. Deze verbindingen worden lokaal ingevuld conform de regionale afspraken die hierover zijn, zoals de ketenaanpak Welzijn op recept en het hanteren van positieve gezondheid als gemeenschappelijke taal.

De transformatie als geheel is breder dan dit transformatieplan, zowel in scope als in doorlooptijd. De activiteiten beogen ook verandering in de maatschappij:

normaliseren dat uitdagingen bij het leven horen. Dat is een zaak van lange adem. Om deze transformatie mogelijk te maken is over de volle breedte van de domeinen een andere manier van denken en doen nodig. Dit begint met elkaar regelmatig ontmoeten en – over domeinen heen – van elkaar te leren binnen concrete projecten. Zo gaan professionals elkaars werkwijze en taal kennen, begrijpen en vertrouwen. Als ze elkaars meerwaarde in projecten ervaren, zullen ze elkaar ook op andere vlakken steeds makkelijker opzoeken. Dat vraagt van professionals ook om hun eigen gedrag waar nodig aan te passen; we kunnen niet blijven doen wat we altijd al deden. Het beoogde doel is dat professionals hun werkwijzen steeds beter op elkaar aansluiten en samen een netwerk of ecosysteem vormen.

2. Mentale Gezondheids- Netwerk IJssel-Vecht

2.1 Visie op MGN en het werken met verkennend gesprek

In de regio IJssel-Vecht streven we naar een integrale benadering voor een samenhangende en duurzame ontwikkeling in de regio. Het organiseren van een mentale gezondheidsnetwerk (MGN) is een passende manier om deze samenhang en duurzame ontwikkeling te bereiken voor mensen met mentale problemen. Het gaat om het organiseren van verbindingen en ontwikkelen van een netwerk, waardoor professionals elkaar gaan kennen, vertrouwen en betrekken. De concrete interventies zoals verkennend gesprek, transfertafel en consultatie zijn hier een middel voor en niet een doel op zich.

Centrale principes voor het organiseren van het MGN in de regio IJssel-Vecht:

- We werken samen op basis van wederkerigheid, gelijkwaardigheid en vertrouwen.
- We streven ernaar elkaar te leren kennen en begrijpen, vanuit oprechte nieuwsgierigheid naar elkaars wereld en werkwijze.
- In alle lagen en processen zijn we gericht op co-creatie en gezamenlijk eigenaarschap. Daarbij worden op lokaal niveau regiehouders benoemd om de gezamenlijkheid vorm te geven.
- We nemen samen verantwoordelijkheid voor passende zorg en ondersteuning, waarbij ieder binnen diens mogelijkheden bijdraagt.
- We willen samen leren en experimenteren om te ontdekken wat in welke situatie de meest passende interventie is.
- We gebruiken positieve gezondheid en herstelgericht werken als manier van kijken in het hele MGN.

- We maken gebruik van bestaande structuren, initiatieven en plekken en rusten deze waar nodig verder toe.
- Wat niet (meer) werkt, laten we los.

Deze principes geven richting aan de activiteiten binnen het MGN, waarbij we de uitkomst van onze activiteiten continu toetsen aan de opdracht zoals we die geformuleerd hebben in het regioplan.

2.2 Functies binnen het MGN

1. Verkennend gesprek

Het invoeren van het verkennend gesprek voor mensen met mentale klachten in samenhang met andere problemen is een van de hoofdonderdelen van dit transformatieplan. In hoofdstuk 5 & 6 beschrijven we hoe het verkennend gesprek willen invullen en opvolgen. Het plan van aanpak is uitgewerkt in hoofdstuk 8.

Het verkennend gesprek maakt nog geen structureel onderdeel uit van de werkwijze in de regio. Wel is in een aantal initiatieven al ervaring opgedaan met een vorm van verkennend gesprek. In Zwolle is Wachtkracht ontwikkeld, waarin mensen die op de wachtlijst staan voor ggz-behandeling een verkennend gesprek met een ervaringsdeskundige krijgen aangeboden. De aard van het gesprek is vergelijkbaar met het verkennend gesprek (vanuit principes van herstelbevordering en positieve gezondheid). De gesprekken worden gevoerd door ervaringsdeskundige professionals die vooral kijken naar oplossingen in het sociaal domein om al te starten met het herstel. Daarnaast is in april een projectgroep gestart om een pilot met het verkennend gesprek voor te bereiden in Zwolle Zuid. In de projectgroep werken huisartsen en een POH ggz samen met het sociaal wijkteam, ggz-aanbieder Dimence (onderdeel De Dimence Groep) en medewerkers van Wachtkracht. De pilot is in juni 2024 gestart. Het doel is om 20 verkennende gesprekken uit te voeren conform de afspraak in het regioplan en daarbij met elkaar te leren wat werkt. Vanuit deze

aanpak is een leidraad ontwikkeld die andere organisaties in de regio handvatten geeft om een pilot op te starten.

2. Transfermechanisme

In de regio IJssel-Vecht zijn twee transfertafels actief. De eerste is in februari 2023 gestart met als werkgebied Zwolle en omgeving; de coördinatie wordt verzorgd door De Dimence Groep. De tweede is sinds april 2024 actief in de Vechtdal-gemeenten Dalfsen, Ommen en Hardenberg; de coördinatie is hier in handen van Medrie. In beide transfertafels zijn naast (een vertegenwoordiging van) ggz-partijen organisaties vanuit het sociaal domein aanwezig voor een goede verbinding en benutting van het aanbod in dat domein. Het doel van de transfertafels is tijdige en passende mentale zorg op de juiste plaats organiseren voor mensen die op een wachtlijst voor ggz staan. Dit kan gaan om individuele personen bij wie na verwijzing of intake blijkt dat de organisatie niet (volledig) kan bieden wat ze nodig hebben (individuele transfer). Ook kunnen huisartsen casuïstiek inbrengen als zij vragen hebben over een passende verwijzing. Hierdoor hebben de transfertafels ook het karakter van een domeinoverstijgende casusoverleg (zie subparagraaf 4). Naast individuele transfers kan sprake zijn van transfers van cliëntgroepen, bijvoorbeeld als de wachttijd voor een bepaald aanbod bij de ene organisatie lang is en een andere organisatie juist ruimte heeft. De kracht van de transfertafels is dat deelnemers elkaar en elkaars aanbod kennen, dat ze kennis delen en afspraken maken over doorverwijzingen. Casuïstiek waar geen oplossing voor wordt gevonden in deze (sub)regionale tafels wordt opgeschaald naar de bovenregionale casuïstiektafel van Pro Persona voor Overijssel en Gelderland.

3. Informatievoorziening wachttijden

De informatievoorziening over wachttijden in de regio is georganiseerd binnen de mogelijkheden die er zijn. De deelnemers van de transfertafel Zwolle houden de wachttijden bij in een gezamenlijk bestand dat elke twee weken wordt geactualiseerd. Dit bestand is vooralsnog alleen toegankelijk voor de

transfertafel. Er wordt onderzocht hoe deze informatie voor een breder publiek en in het bijzonder verwijzers kan worden opengesteld. Vanuit de coördinator van transfertafel Vechtdal (in dienst bij Medrie) is een online document beschikbaar met alle ggz-zorgverleners in de regio en daarbij URLs naar de pagina's met wachttijden per instelling. Er wordt momenteel gezocht naar een manier om deze informatie zonder doorklikken te ontsluiten voor verwijzers en andere betrokkenen. Dit is een tijdelijke oplossing, tot het landelijke traject voor inzicht in wachttijden is afgerond. Vanuit dit transformatieplan wordt hier geen extra actie op gezet, maar wordt t.z.t. het landelijk advies gevolgd.

Beide transfertafels hebben een overzicht gemaakt van het aanbod van de aangesloten organisaties: welke zorg of ondersteuning bieden ze, voor welke doelgroep, in welke gemeenten/wijken et cetera. Ook voor deze informatie geldt dat die op dit moment alleen toegankelijk is voor de transfertafel. Via de deelnemers kan deze informatie worden ontsloten voor een breder publiek.

4. Domeinoverstijgend casusoverleg

Het domeinoverstijgend casusoverleg wordt momenteel al ingevuld door de transfertafels. Deze zijn bedoeld voor mensen met mentale klachten en ggz-verwijsvraag waarbij het via de reguliere weg niet lukt om een passende plek met juiste zorg en ondersteuning te vinden. En voor (door)verwijzingen vanuit de ggz of andere zorgorganisaties, waarbij de organisatie er intern (bijv. na MDO) niet uit komt en het niet mogelijk of wenselijk is om zelf regulier te verwijzen. De casus wordt op de transfertafel vanuit verschillende invalshoeken bekeken, zodat de persoon passende zorg en/of ondersteuning op de juiste plek krijgt. De afspraak is dat de bespreking niet wordt afgesloten zonder dat duidelijk is wat de passende vervolgstap is. Dit kan betekenen dat de casus wordt overgenomen, dat expertise vanuit een andere organisatie (ggz of sociaal domein) wordt toegevoegd of dat de casusinbrenger adviezen krijgt waarmee hij zelf verder kan.

Vanuit de individuele casuïstiek ontstaat ook zicht op overstijgende knelpunten en signalen. De transfertafels zetten hier zelf actie op en/of de coördinatoren van de transfertafels agenderen deze punten bij het Netwerk TPMZ, zodat structurele maatregelen kunnen worden genomen. Andersom kan de regiegroep van het Netwerk TPMZ signalen inbrengen bij de transfertafels om met de deelnemende organisaties aan oplossingen te kunnen werken.

Tijd voor deelnemers aan de transfertafels wordt in kind of vanuit andere financiële mogelijkheden betaald door de deelnemende organisaties. In het transformatieplan nemen we daarom geen activiteiten op voor het transfermechanisme en het domeinoverstijgend casusoverleg.

2.3 Aanvullende functies

Consultatiefunctie en deskundigheidsbevordering

Onder een consultatiefunctie verstaan we een manier om elkaars expertise te benutten en elkaar te kunnen vinden wanneer je aanvullende expertise nodig hebt. Het doel hiervan is om de inwoners sneller en passende zorg te bieden. Nevendoel is dat hulpverleners worden ontlast omdat hulp in het juiste domein door de juiste expertise plaatsvindt. Consultatie is indirect een vorm van deskundigheidsbevordering. Daarnaast zijn andere vormen van deskundigheidsbevordering mogelijk door samenwerking tussen verschillende domeinen. Denk aan de transfertafels, waarin de deelnemers van elkaar leren in de casuïstiekbespreking.

De stakeholders die betrokken moeten worden zijn huisartsen/POH ggz, ggz-aanbieders, sociaaldomeinaanbieders, toegang sociaal domein, gemeenten en zorgverzekeraar. Welke partijen precies aangehaakt moeten worden, verschilt per gemeente. Het gaat er vooral om dat professionals gebruik maken van elkaars expertise om zo beter aan te kunnen sluiten bij de hulpvraag van de inwoner en niet passende verwijzingen te voorkomen. Daarbij hebben partijen behoefte aan consultatie die twee kanten op gaat, dus zowel het brengen van kennis uit de ggz naar andere domeinen als vice versa. Ook hier geldt dat we geleerde lessen uit bestaande initiatieven meenemen.

Voor de consultatiefunctie is er onderscheid tussen verschillende domeinen, met ieder hun eigen financieringsstromen. In de praktijk gebeurt er al het een en ander, maar dit is niet optimaal. In hoofdstuk 7 gaan we hier verder op in.

Digitale zorg

Partijen in de regio stellen een apart transformatieplan op voor de ontwikkeling en opschaling van digitale/hybride zorg en het ontsluiten hiervan (breder dan alleen voor mentale gezondheid). Daarom maakt digitale zorg geen deel uit van dit transformatieplan.

Via een separate subsidie wordt verkend welke wensen, behoeften en mogelijkheden er zijn voor digitale of hybride inzet bij het verkennend gesprek, de consultatiefunctie en inzicht in de capaciteit van groepsbehandeling binnen organisaties en eventueel organisatie-overstijgend. Dit maakt daarom geen onderdeel uit van dit transformatieplan.

Groepsaanbod en groepsgericht werken

Diverse partijen in de regio zien kansen voor de ontwikkeling van groepsaanbod, vanuit de visie dat dit eigen regie en herstel bevordert. Denk aan peer support, herstelgroepen en groepsbehandeling. Dit kan geïnitieerd worden door inwoners, ggz-aanbieders of welzijnsaanbieders. Door meer in groepen te behandelen en begeleiden, kan bovendien de schaarse capaciteit van professionals beter worden benut, zowel in het sociaal domein als in de ggz. De uitwerking van een visie op en de ontwikkeling van (mogelijk zelfs gezamenlijk) groepsaanbod vragen extra aandacht als we dit als wezenlijk onderdeel van de transformatie willen inzetten. Er is hiervoor nog geen plan uitgewerkt door de regionale partijen.

Om deze ontwikkeling in gang te zetten, is enerzijds een verandering nodig binnen organisaties. Daarvoor nemen we een regionale aanjaagfunctie op. Anderzijds is bij professionals een andere mindset nodig: het vraagt om anders te kijken naar patiënten en naar passend aanbod, minder protocollair en meer aansluitend bij de context van de patiënt. En dit naar collega's, patiënten en

verwijzers kunnen uitdragen. Daarom gaan we via dit transformatieplan inzetten op scholing van behandelaren rond groepsgericht werken voor ggz en sociaal domein. Mogelijk vraagt een toename van groepen ook om aanpassing van gebouwen. Omdat we geen zicht hebben op benodigd en beschikbaar aanbod, blijft dit buiten beschouwing.

Herstelcentra en inlooppunten

De ontwikkeling van herstelcentra en inlooppunten is belegd in actielijn 2. De regio streeft naar een dekkend netwerk van laagdrempelige steunpunten. Dit is een belangrijke randvoorwaarde om meer hulpvragen buiten de ggz op te kunnen pakken of na ggz-behandeling sneller af te kunnen schalen, oftewel om afbuiging van ggz na verkennend gesprek te realiseren. Daarom is de regionale coördinatie hiervan onderdeel van het transformatieplan.

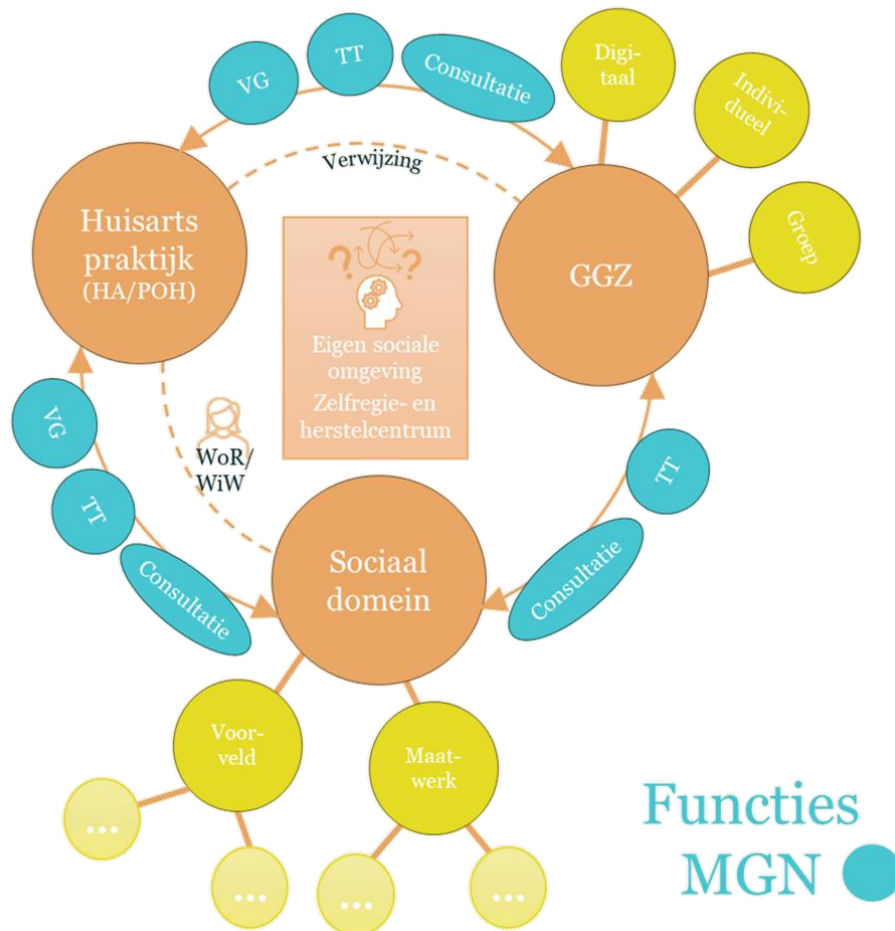
Een laagdrempelig steunpunt is voor iedereen toegankelijk en in het bijzonder voor mensen met (ernstige/langdurige) psychische (de EPA-doelgroep) en/of sociaal-emotionele kwetsbaarheid en hun naasten. Het steunpunt is gericht op leren, herstel en ontwikkeling, dit gaat verder dan alleen een luisterend oor en koffie. De ondersteuning krijgt vorm vanuit de behoeften van de mensen. Zowel bezoekers/deelnemers als medewerkers hebben iets te halen én te brengen. In het steunpunt komt collectieve ervaringskennis samen en

ervaringsdeskundigen en/of -werkers zijn in de lead. Zij werken samen met sociaal domein en gemeente, en zijn goed bekend bij ggz en huisartsen. In het laagdrempelig steunpunt is sprake van co-creatie en gezamenlijk eigenaarschap, van wederkerigheid en gelijkwaardigheid (elkaar zien als mens, niet als cliënt of hulpverlener), op basis van wederzijds begrip, herkenning en erkenning. Er wordt gewerkt vanuit 'wat past bij jou', zonder stappenplannen of protocollen, er is een aanbod van methodische zelfhulp dat zich vanuit co-creatie en peer support steeds verder ontwikkelt.

2.4 Samenhang en samenwerking in het netwerk

Om de samenhang weer te geven van de verschillende interventies hebben we deze samengevat in figuur 1. Daarbij nemen we het proces via de huisarts als uitgangspunt. Veel mensen met mentale problemen starten immers hun hulpvraag bij de huisarts en in de landelijke uitgangspunten voor het MGN is de huisarts de formele verwijzer voor het verkennend gesprek. Een verdere toelichting staat onder de figuur.

Hoe het verkennend gesprek verder wordt ingevuld en gepositioneerd in de regio beschrijven we in hoofdstuk 4. Eerst gaan we in op structuur en governance van de samenwerking in hoofdstuk 3.



Figuur 1. Samenhang MGN plus relatie met andere onderdelen in netwerk

Toelichting bij figuur 1

De verschillende partijen vormen samen een Mentale Gezondheids**netwerk**.

De inwoner heeft primair te maken met diens eigen sociale omgeving en eventueel initiatieven voor zelfregie en herstel. Waar nodig kan passend aanbod geboden worden vanuit de huisartsenpraktijk, GGZ of het sociaal domein.

De functies in het MGN (in blauw) helpen bepalen wat het best passende aanbod is. Waarbij het verkennend gesprek (VG) nadrukkelijk wordt gevoerd **met** de inwoner, is die over het algemeen niet aanwezig bij de transfertafel (TT) of consultatie.

De huisarts kan ook verwijzen zonder gebruik te maken van de MGN-functies. Bestaande mogelijkheden voor ondersteuning hierbij zijn bijv. Welzijn op Recept (WoR) en Waar is Wally (WiW), die helpen passend aanbod in het sociaal domein te vinden en ontsluiten, vanuit principes van positieve gezondheid (zonder betrokkenheid van de ggz).

N.B. Het startpunt voor verkennend gesprek ligt nu bij de huisarts, conform de landelijke eisen. De regio IJssel-Vecht wil op termijn graag onderzoeken of een directe route mogelijk is vanuit het sociaal domein. Voordat mensen zich bij de huisarts melden met mentale problemen, kunnen zij al gebruik maken van mogelijkheden in het sociaal domein; hiervoor is geen verwijzing van de huisarts nodig. We hebben er een aantal weergegeven, maar dit is niet sluitend. Hoe de toegang tot voorzieningen is geregeld, is een lokale gemeentelijke verantwoordelijkheid. Gemeenten kunnen ervoor kiezen toegangsmedewerkers in te zetten voor de verkennende gesprekken om zo de samenhang te bewaken.

N.B. Medewerkers die de lokale variant van WOR/WIW uitvoeren, kunnen deel gaan uitmaken van het team van professionals dat verkennende gesprekken gaat voeren namens het sociaal domein. Als uit het verkennend gesprek blijkt dat meer nodig is om iemand goed te laten 'landen' in het sociaal domein, kan deze persoon daar vanuit zijn rol binnen WOR/WIW invulling aan geven.

3. Samenwerking in de regio, structuur en governance

3.1 Huidige netwerkstructuur als basis

In de regio IJssel-Vecht zijn twee samenwerkingsnetwerken actief met gedeeltelijk overlap in doelstelling en activiteiten. Deze netwerken vormen de basis voor de verdere samenwerking in het MGN. We schetsen daarom eerst kort de beide netwerken en hoe ze zich tot elkaar verhouden.

Netwerk Tijdige en Passende Mentale Zorg (TPMZ)

In de regio is al enige jaren het netwerk Tijdige en Passende Mentale Zorg actief (TPMZ). Het netwerk is een doorontwikkeling van de regionale taskforce wachttijden (operationeel sinds 2019) en geeft invulling aan de opdracht van de landelijke stuurgroep Wachttijden & Toegankelijkheid ggz.

Onderwerpen die al enkele jaren binnen het netwerk TPMZ een plek hebben zijn de transfertafel (combinatie van transfermechanisme, informatievoorziening wachttijden en domeinoverstijgend casusoverleg, zie hst. 3), verbeteren van samenwerking rond mensen met ernstige psychische aandoeningen (EPA) en werkafspraken zoals de 'warme overdracht' (van ggz naar huisarts). Uit de transfertafel komen ook doorstroom bevorderende afspraken voort.

In het netwerk TPMZ participeren de hiervoor relevante organisaties: ggz-aanbieders, sociaaldomeinaanbieders, ervaringsdeskundigen, huisartsenorganisaties, gemeenten en zorgverzekeraar. Het netwerk TPMZ heeft uit de eigen gelederen een regiegroep samengesteld met gemandateerde vertegenwoordigers vanuit deze domeinen.

Samen Gezond IJssel-Vecht

In 2023 is de netwerkorganisatie Samen Gezond IJssel-Vecht (SGIJV) ingericht. Het netwerk heeft zes coalities, een Regiotafel en een Bestuurlijk overleg. Eén van de coalities is gericht op Mentaal Welbevinden en omvat de drie actielijnen zoals beschreven in hoofdstuk 1. In zowel het brede netwerk als in de coalitie participeren alle hiervoor relevante organisaties: sociaaldomeinaanbieders, ervaringsdeskundigen, huisartsenorganisaties, zorgaanbieders (o.a. ggz), gemeenten en zorgverzekeraar.

De coalitie Mentaal Welbevinden wordt aangestuurd door kerngroep van twee bestuurders (wethouder en bestuurder ggz-aanbieder). Zij worden ondersteund door een coalitiecoördinator die zorgt voor voortgang en verbinding. Per actielijn is een werkgroep actief die zorgt voor vertaling van het regioplan naar concrete acties. Per werkgroep zijn alle relevante perspectieven vertegenwoordigd. Voor actielijn 3 wordt de werkgroep ingevuld door de regiegroep van het netwerk TPMZ. Elke actielijn heeft een trekker(sduo). Voor actielijn 3 zijn dat een manager van een ggz-organisatie en een bestuurder van de huisartsenvereniging.

De deelnemers uit de drie coalitiewerkgroepen komen enkele keren per jaar een dagdeel bij elkaar voor ontmoeting, inspiratie en uitwisseling.

De leidende principes en uitgangspunten van het netwerk zijn beschreven in het regioplan (p.12).

Samenhang TPMZ en coalitie Mentaal Welbevinden

Na de publicatie van het IZA heeft het netwerk TPMZ de ontwikkeling van het verkennend gesprek en consultatiefunctie omarmd. Toen korte tijd later werd gestart met het vormen van de netwerkorganisatie SGIJV is door betrokken partijen gekeken hoe de beide netwerken zich tot elkaar verhouden en is een gezamenlijke efficiënte governancestructuur gevormd (figuur 2). Links van de stippellijn staat de structuur van SGIJV, waar besluitvorming op bestuurlijk niveau is geborgd. Rechts van de stippellijn staat de structuur van TPMZ.

De rode stippellijn rond actielijn 3 en de werkgroepen van TPMZ laat zien dat de uitvoering van actielijn 3 van de coalitie Mentaal welbevinden is belegd bij het Netwerk Tijdige en Passende Mentale Zorg (TPMZ). Redenen hiervoor zijn dat het netwerk een jarenlange succesvolle samenwerking heeft, alle benodigde perspectieven hierin zijn vertegenwoordigd (waarmee de beoogde transformatie gedragen wordt door álle benodigde partijen) en het netwerk de benodigde slagvaardigheid in de besluitvorming, uitvoering en monitoring geborgd heeft.

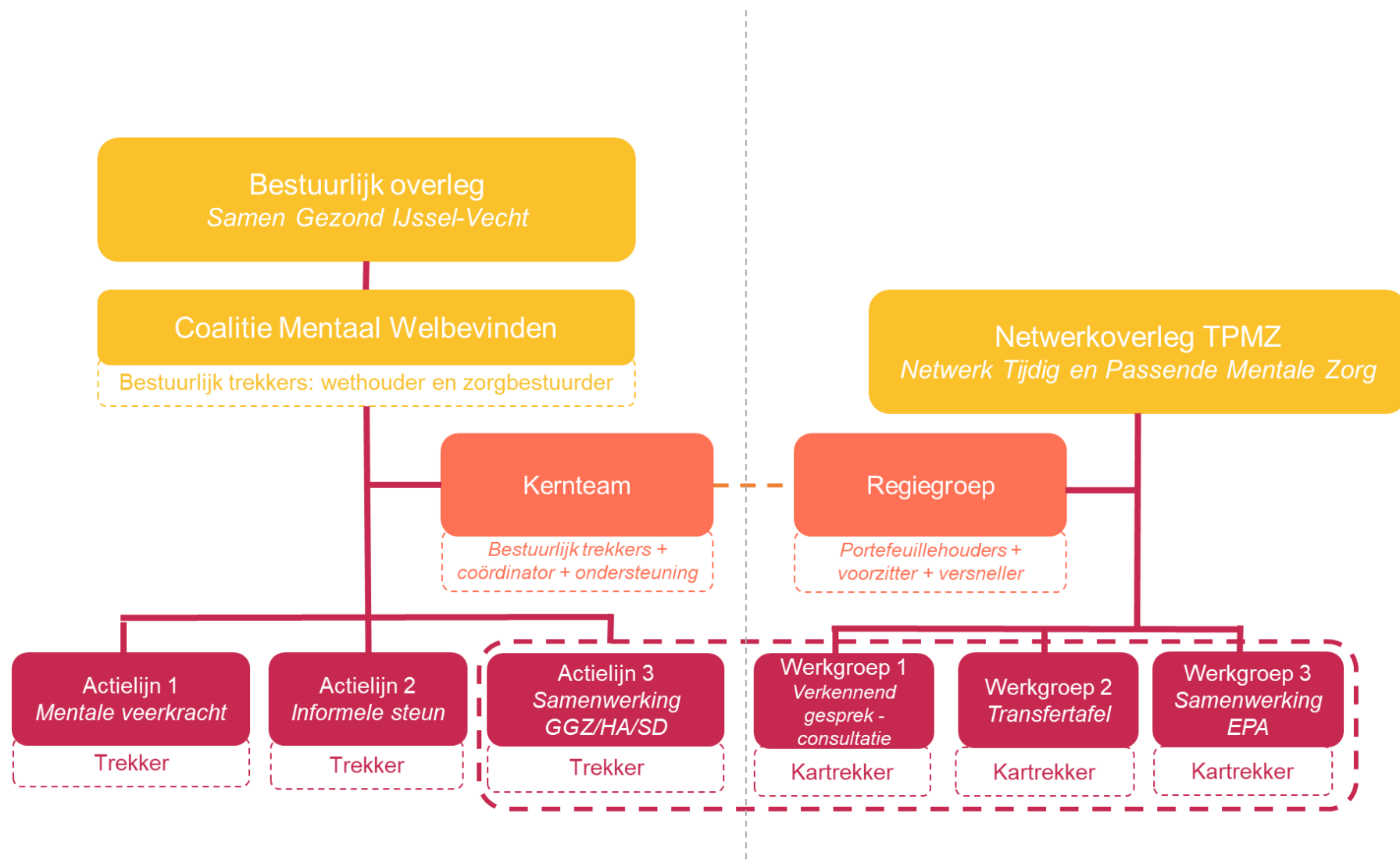
Voor de sturing op de samenwerking op het gebied van mentaal welbevinden is een verbinding gelegd tussen het kernteam van de coalitie Mentaal Welbevinden van SGIJV en de regiegroep van het Netwerk TPMZ.

Relatie met andere coalities

We zien verschillende verbindingen met andere coalities binnen SGIJV, in het bijzonder de coalitie Gezond Leven & Preventie. In het kader van de preventie-infrastructuur zijn ook de ketenaanpakken GALA en de regionale uitwerking van de landelijke visie Eerstelijnszorg 2030 relevant. Met de coalitie Digitalisering wordt afgestemd over het benutten van data om te bepalen welke inwoners het meeste baat hebben bij een verkennend gesprek en over het inrichten van de monitoring.

Relatie met andere regio's

Diverse partijen (ggz-aanbieders, sociaaldomeinaanbieders en huisartsen-organisaties) zijn niet alleen actief in regio IJssel-Vecht, maar ook in omliggende gemeenten of regio's, met eigen regioplannen. Met name voor huisartsen is van belang dat zij een uniforme werkwijze kunnen volgen. De coalitie Mentaal Welbevinden neemt daarom initiatief om met omliggende regio's tot coördinatie en waar mogelijk uniformiteit te komen.



Figuur 2. Governancestructuur coalitie Mentaal Welbevinden & netwerk TPMZ

3.2 MGN als regionale netwerkstructuur

Voor de (borging van de) samenwerking tussen alle partijen, behoudt het MGN de huidige vorm van de regionale netwerkstructuur, omdat voor het slagen van het MGN de bijdrage van een breed palet aan partijen uit verschillende domeinen noodzakelijk is. De bestaande netwerkstructuren in de regio (zoals beschreven in paragraaf 4.1) worden behouden. In het netwerk zijn afspraken over besluitvorming, mandaat en vormgeven van de uitvoering al geborgd.

Daarvoor heeft SGIJV o.a. de volgende afspraken gemaakt:

- Besluitvorming in het netwerk gaat uit van consent, dat wil zeggen: geen bezwaar.
- Iedereen kan meedoen, maar als je meedoet participeer je ook echt.
- Het fundament van het netwerk wordt gevormd door bestuurlijke betrokkenheid. Bestuurlijk mandaat geeft waarde aan het netwerk en is niet overdraagbaar.
- Deelname in het netwerk is op basis van een sociaal contract. Dit betreft de morele verbondenheid de gezamenlijke verantwoordelijkheid voor de regio.
- Binnen de coalitie worden afspraken gemaakt over besluitvorming rondom de thema's en worden plannen en richtingen uit het regioplan concreter uitgewerkt.
- Besluiten die consequenties hebben op bedrijfsvoering van de individuele deelnemende organisaties worden in die organisaties genomen.

Alle deelnemende partijen aan SGIJV en aan het transformatieplan, hebben zich aan deze afspraken gecommitteerd. Hieronder ligt een uitgebreide beschrijving van de governance: netwerkpartners, uitgangspunten en structuur (incl. rollen en spelregels).

Voor het schrijven van het transformatieplan is een stuurgroep ingesteld waarin alle relevante perspectieven vertegenwoordigd zijn (ggz, sociaal domein, gemeente, huisarts, ervaringsdeskundige en verzekeraar). Deze

stuurgroep blijft tijdens de uitvoering van het transformatieplan actief en zal de voortgang monitoren. Bij noodzaak tot bijstellen, zal de stuurgroep een voorstel neerleggen in het bestuurlijk overleg van SGIJV.

De samenwerking tussen alle betrokken professionals in het MGN op uitvoeringsniveau wordt lokaal vormgegeven, rondom (samenwerkende) huisartsenpraktijken in de verschillende gemeenten. Voor veel inwoners is de huisarts namelijk het eerste aanspreekpunt en in principe zijn alle inwoners verbonden aan een huisarts. In hoofdstuk 7 staat beschreven hoe dit wordt ingericht.

Alle teams die (starten met) verkennende gesprekken uitvoeren, worden gefaciliteerd en gemonitord door de regionaal projectleider (en tot de projectleider is aangesteld, door de coalitiecoördinator). Bij zorgelijke signalen kan de projectleider opschalen naar de trekkers van actielijn 3 of zo nodig naar de stuurgroep van het MGN.

Bijdrage van individuele partijen

Om de beoogde doelen te bereiken is betrokkenheid van alle partijen niet voldoende. Het gaat erom dat de partijen:

- verantwoordelijkheid nemen voor hun bijdrage aan de gezamenlijke opgave, op alle lagen (uitvoerend, management, bestuur).
- Een transformatie (met per individuele organisatie een onzekere impact) met elkaar aan durven gaan en daarbij personele inzet vooruit durven financieren waar nodig.
- Elkaar kunnen aanspreken op verantwoordelijkheden.
- De benodigde activiteiten die beschreven zijn per domein vertalen naar een onderlinge werkverdeling per partij op lokaal niveau.

Met het ondertekenen van dit transformatieplan committeren partijen zich hieraan. Daarmee gaan zij het eerder vastgestelde regioplan verder concretiseren en uitvoeren en de benodigde activiteiten structureel borgen. Wederkerigheid in het dragen van de uitvoering en het verlenen van mandaat

zijn sleutelwoorden hierbij. Daarbij is van belang om oog te hebben voor mogelijk conflicterende belangen en deze bespreekbaar te maken. Elkaar (aan)spreken gebeurt op verschillende lagen: in de lokale uitvoering, op operationeel niveau (zoals in het netwerk TPMZ) en op bestuurlijk niveau (binnen de coalitie). Waar nodig worden hier lokale of regionale samenwerkingssafspraken voor gemaakt/uitgebreid, waarin het mandaat van betrokkenen op de verschillende lagen wordt beschreven.

3.3 Participatie en betrokkenheid van ggz-partijen

De ggz-partijen in de regio zijn actief betrokken in de ontwikkeling van het MGN en hebben ook een rol in de uitvoering daarvan (deels is dat al zo, denk aan de transfertafels).

Doordat de ggz gaat participeren in de pilots verkennend gesprek kunnen we gaandeweg met verschillende combinaties van gespreksvoerders tot een optimaal functieprofiel komen, incl. voor de professionals van de ggz. Ook voor een goede afbakening van de doelgroep en verwijzrichtlijnen is de inbreng van de ggz cruciaal. Andersom geeft hun betrokkenheid in het proces de ggz-partijen ook inzicht in de veranderingen in de instroom in de ggz en biedt het kans zich te oriënteren op de consequenties die dit heeft voor hun organisatie. Er zal een gedeeltelijke verschuiving gaan optreden van personele inzet voor diagnostiek en behandeling, naar verkennend gesprek.

Omdat de samenwerking rond verkennend gesprek en consultatie zich lokaal gaat vormen, zullen huisartsen en sociaal domein vooral met lokaal betrokken ggz-aanbieders gaan samenwerken. De betrokkenheid van de ggz blijft dus niet beperkt tot één of enkele grote instellingen. Ook kleinere aanbieders en vrijgevestigden kunnen hierin een rol krijgen.

3.4 Participatie en betrokkenheid van sociaaldomeinaanbieders

De betrokkenheid van sociaaldomeinaanbieders is cruciaal. De bedoeling is immers dat meer mensen buiten de ggz geholpen kunnen worden om mentaal veerkrachtig te zijn, door sociale netwerken te versterken en voorzieningen uit

de sociale basis in te zetten. Het sociaal domein heeft aandacht voor alle relevante levensdomeinen van een inwoner. Sociaaldomeinaanbieders zullen inwoners en verwijzers helpen de weg te vinden naar passende voorzieningen en ervoor zorgen dat dit beschikbaar is, zowel voorliggend veld (welzijn, maatschappelijk werk, enz.) als maatwerkvoorziening (bijv. begeleiding of vervoersvoorziening). Hiervoor worden ook bestaande structuren benut waarin sociaaldomeinprofessionals zorgen voor de verbinding tussen medisch en sociaal domein.

Omdat de samenwerking rond verkennend gesprek en consultatie zich lokaal gaat vormen, zullen huisartsen en ggz-aanbieders vooral met lokale sociaaldomeinaanbieders (eventueel gekoppeld aan lopende projecten) gaan samenwerken. Hun betrokkenheid blijft dus niet beperkt tot één of enkele grote welzijnsorganisaties. Ook kleinere aanbieders kunnen hierin een rol krijgen.

3.5 Participatie en betrokkenheid van gemeenten

De betrokkenheid van de acht gemeenten in de regio is een belangrijke sleutel in de beoogde transformatie, omdat zij financier zijn voor de sociaaldomein-aanbieders die in het MGN meewerken. De gemeenten zijn daarom vertegenwoordigd in het netwerk TPMZ en de coalitie Mentaal Welbevinden. In de werkgroep van het transformatieplan hebben 4 van de 8 gemeenten actief bijgedragen. Op verschillende momenten zijn de IZA-coördinatoren van alle 8 gemeenten geïnformeerd over de ontwikkeling van het MGN en de rol van gemeenten hierin, in het bijzonder voor het opzetten van de pilots voor het verkennend gesprek. De leidraad met handvatten hiervoor is met de IZA-coördinatoren besproken.

3.6 Participatie en betrokkenheid van huisartsen(groep)

Huisartsen ervaren het huidige verwijzproces als onoverzichtelijk en tijdrovend en de verantwoordelijkheid voor complexe patiënten die nog niet in zorg zijn kan druk geven. Een belangrijke sleutel in de beoogde transformatie is daarom de

(lokale) samenwerking tussen huisartsen, ggz en sociaal domein. Omdat voor inwoners het startpunt bij psychische kwetsbaarheid vaak de huisarts is en omdat in principe iedere inwoner verbonden is aan een huisarts, organiseren we het verkennend gesprek rondom de huisartsenpraktijken. Hierdoor is vanaf de start van het verwijsproces expertise uit de andere domeinen beschikbaar en wordt de huisarts ondersteund om mensen met mentale problemen naar de juiste plek te verwijzen. Als een combinatie van zorg- en ondersteuningsvormen nodig is, kan dit snel worden georganiseerd. Daarnaast leidt een efficiëntere manier van deskundigheidsbevordering (bijvoorbeeld via consultatie) ertoe dat huisartsen zich beter toegerust voelen en mensen beter geholpen worden. Huisartsen hebben als verwijzers een cruciale rol in alle onderdelen van het MGN. Op termijn verwachten we dat door de intensievere samenwerking en de geleerde lessen uit het MGN, verwijzingen gaan afbuigen, ook zonder de inzet van MGN-activiteiten.

3.7 Participatie en betrokkenheid van cliënt- en naastenvertegenwoordiging en ervaringsdeskundigen

Het perspectief en de betrokkenheid van ervaringsdeskundigen is cruciaal bij het opzetten en de uitvoering van het MGN. Daarom zullen zij onderdeel uitmaken van alle teams die verkennende gesprekken gaan uitvoeren. Initiatieven voor zelfregie en herstel vormen bovendien een belangrijk onderdeel van het aanbod in het sociaal domein. De onderdelen uit actielijn 2 worden nadrukkelijk vormgegeven op basis van input van inwoners.

3.8 Participatie en betrokkenheid zorgverzekeraars

De preferente zorgverzekeraar in de regio IJssel-Vecht, Zilveren Kruis, is actief betrokken bij de transformatie in de regio. Zilveren Kruis participeert in het netwerk TPMZ en in SGIJV. Zilveren Kruis verzorgt ook de afstemming met tweede verzekeraar VGZ.

Gelijkgerichtheid is één van de belangrijkste randvoorwaarden voor de transformatie. Zorgverzekeraars spelen hierin een belangrijke rol, door beleid

te maken op basis van gelijkgerichtheid: hun inkoopafspraken met de direct betrokken (zorg)organisaties zijn nodig om de inhoudelijke transformatie te realiseren. Van gelijk belang zijn de afspraken met de (zorg)organisaties die geen onderdeel zijn van dit transformatieplan. Dit vraagt ook volgreleid door andere zorgverzekeraars.

Gelijkgericht beleid voorkomt dat de beoogde, impactvolle zorgtransformatie teniet worden gedaan door contra-effectief beleid vanuit één of meer niet aangesloten (zorg)organisaties: het bekende ‘waterbed effect’, zorg die wordt vermeden door de transformatie wordt alsnog elders geboden.

3.9 Deelnemende partijen

De volgende partijen laten middels ondertekening van het transformatieplan hun commitment zien voor een actieve deelname aan de beschreven transformatie:

Huisartsen

- Charis
- Dokter Drenthe
- Huisartsenvereniging Regio Zwolle
- Medrie

Aanbieders behandel-ggz

- Dimence Groep (w.o. Dimence, Mindfit)
- Dokter Bosman
- Eleos
- Forte GGZ
- Molemann
- Prisma Psychologie (vrijgevestigden)
- PsyQ
- Tactus

Aanbieders maatschappelijke ggz

- LIMOR
- RIBW Overijssel

Gemeenten

- Gemeente Dalfsen
- Gemeente Hardenberg
- Gemeente Kampen
- Gemeente Ommen
- Gemeente Staphorst
- Gemeente Steenwijkerland
- Gemeente Zwartewaterland
- Gemeente Zwolle

Sociaaldomeinaanbieders

- Baalderborg Groep
- De Stuw
- Dimence Groep (w.o. De Kern/WijZ/WerV)
- GGD IJsselland
- Tintengroep (w.o. Sociaal werk de Kop)
- Travers (w.o. Travers Welzijn, ZwolleDoet!)

Cliëntvertegenwoordiging/ervaringsdeskundigheid

- Focus
- Zorgbelang Overijssel

4. Het verkennend gesprek

De regio sluit aan op de landelijke uitgangspunten en heeft deze op een aantal punten verder geconcretiseerd.

4.1 Wat is het VG

Het verkennend gesprek voor mensen met mentale problemen is een open gesprek waarin hulpvraag en krachten van de inwoner worden verkend, oftewel: een brede hulpvraagverheldering. Het doel is om inwoners hun eigen (veer)kracht te laten (her)ontdekken en snel passende zorg/ondersteuning op de juiste plek te bieden. Daardoor wordt hun mentale veerkracht versterkt, wordt het aantal juiste verwijzingen verhoogd, maar het totaal aantal verwijzingen (met name naar de ggz) verminderd.

4.2 Positionering

De focus van het verkennend gesprek is breder dan (behandeling in) de ggz, dus niet diagnose- of stoornisgericht. Het uitgangspunt is het bieden van passende zorg en ondersteuning, met eigen regie voor de inwoner. Het gesprek vindt daarom vroegtijdig plaats, vóór een eventuele verwijzing door de huisarts naar de ggz, om breed te kijken naar mogelijkheden en behoeften en om te voorkomen dat mensen vastlopen in het systeem (in één keer op de juiste plek).

4.3 Doelgroep, profiel, vindplaats en instroom

In aanmerking komen (conform de landelijke werkwijze MGN) mensen met psychische klachten én problemen op andere levensdomeinen. Het betreft inwoners die nog niet verwezen zijn naar of in behandeling zijn bij de ggz, waarvan de huisarts onvoldoende beeld heeft welk aanbod passend is of hoe een combinatie van aanbod te coördineren. Dit kunnen zowel inwoners zijn die

voor het eerst te maken hebben met psychische klachten, als inwoners die al eerder of zelfs langdurig behandeling in de ggz hebben ontvangen. De beoogde groep inwoners moet goed afgebakend worden. Niet met het doel om inwoners uit te sluiten, maar om met schaarse capaciteit een verkennend gesprek te voeren met inwoners die er het meeste baat bij hebben. Bij een te brede groep ontstaat lange wachttijd voor het verkennend gesprek. Bij een te smalle groep komen alléén hele complexe casussen in aanmerking. We gaan daarom monitoren welke inwoners het meeste baat hebben bij een verkennend gesprek, om de doelgroep gaandeweg steeds beter te kunnen afbakenen. Daarbij kijken we ook naar de regionaal geuite wens om een route naar het verkennend gesprek te organiseren vanuit het sociaal domein en dit zo mogelijk open te stellen voor een bredere doelgroep. Voor verwijzers moet het onderscheid tussen verkennend gesprek en andere initiatieven helder zijn (zie paragraaf 2.3 voor de samenhang tussen de onderdelen van het MGN).

4.4 Rol van huisarts en POH ggz

We kiezen er voornamelijk voor dat de huisarts aanmelder is voor het verkennend gesprek om drie redenen. Ten eerste is dit nu nog een landelijke verplichting. Ten tweede melden veel mensen met psychische klachten zich bij de huisarts. De huisarts ziet dus veel potentiële deelnemers aan het verkennend gesprek. Ten derde is het praktisch gezien het handigste om de uitrol via (samenwerkende) huisartspraktijken in te richten. Als andere professionals een verkennend gesprek passend vinden, geven ze dit aan bij de huisarts van de inwoner.

Als de huisarts een verkennend gesprek passend vindt, informeert en adviseert deze de inwoner hierover. Er komt communicatiemateriaal voor inwoners beschikbaar met uitleg over het verkennend gesprek. Als de inwoner akkoord is, wordt deze door de huisarts aangemeld bij het team dat (lokaal) de verkennend gesprekken uitvoert.

De huisarts kan als poortwachter altijd blijven verwijzen zonder de route via het verkennend gesprek, als evident is dat ggz-behandeling noodzakelijk is. In de pilots willen we bijhouden hoe vaak dit gebeurt en of dit de gewenste uitkomst is.

Het plan wordt na het verkennend gesprek teruggekoppeld aan de huisarts. Bij advies om te verwijzen naar de ggz doet de huisarts deze verwijzing zelf. In deze periode gelden de reguliere afspraken tussen huisartsen en ggz over medische verantwoordelijkheid voor patiënten.

N.B. op langere termijn ziet de regio graag dat aanmelden bij verkennend gesprek en opvolging richting ggz niet noodzakelijkwijs via de huisarts hoeft. Voor nu is dit echter nog verplicht. De regio volgt de landelijke afspraken.

N.B. in dit proces kan ook de POH ggz betrokken zijn, deze werkt altijd onder verantwoordelijkheid van de huisarts.

4.5 Locatie

Het gesprek vindt bij voorkeur plaats op een fysieke plek in de wijk waar inwoners toch al komen. Het gesprek kan ook bij de inwoner thuis of digitaal plaatsvinden. De voorkeur van de inwoner en de praktische haalbaarheid (beschikbaarheid van ruimtes, reistijd van professionals) worden beiden meegewogen.

N.B. voor het verkennen van digitale mogelijkheden wordt een apart traject doorlopen, gefinancierd middels een STOZ-subsidie. Dit is daarom geen onderdeel van het transformatieplan. Uiteraard wordt wel gezorgd voor inhoudelijke verbinding.

4.6 Methode

De ambitie is dat de inwoner binnen 1-2 weken wordt uitgenodigd voor een verkennend gesprek. De inwoner wordt gestimuleerd een naaste mee te nemen, iemand die een belangrijke hulpbron is. Meestal is 1 gesprek van ongeveer een uur voldoende, bij complexe hulpvragen zijn het maximaal 2

gesprekken. De verwachting is dat het aantal 2^e gesprekken steeds lager wordt, naarmate gespreksvoerders meer ervaring opdoen. Aanvullend is per verkennend gesprek voor het team gezamenlijk gemiddeld 1,5 uur aan indirecte tijd beschikbaar voor plannen, verslagleggen en opvolgen.

Het verkennend gesprek is dialogisch, integraal en herstelgericht. De inwoner staat centraal en houdt regie over de eigen gezondheid. Het gesprek wordt gevoerd vanuit uitgangspunten van positieve gezondheid.

In het verkennend gesprek wordt een vaste set thema's uitgevraagd, om ongeacht de achtergrond van de vragensteller, dezelfde output te krijgen, namelijk: de kracht en kwetsbaarheid van de inwoner. Zeker in de eerste fase helpt dit professionals om los te komen van de eigen bestaande mindset. Regionaal wordt overal gewerkt vanuit het principe van positieve gezondheid. Lokaal krijgen pilots vrijheid om een methodiek te proberen die hierop aansluit en die tot dezelfde uitkomst moet leiden, bijvoorbeeld het herstel-ondersteunend gesprek (HOG) en de methodiek zoals ontwikkeld binnen WachtKracht. Na de pilotperiode kiest de regio één uniforme methodiek, op basis van de pilotresultaten en -ervaringen.

4.7 Inzet van professionals

Het verkennend gesprek wordt gevoerd door twee professionals: een uit de ggz en een uit het sociaal domein. Bij voorkeur is minimaal een van hen een geschoold ervaringsdeskundige of geschoold om ervaringskennis in te zetten. Inbreng van ervaringsdeskundigheid is een landelijke eis en vindt de regio van groot belang, maar uit de eerste pilotervaringen is gebleken dat een verkennend gesprek met drie professionals door inwoners als onprettig wordt ervaren. Daarom streven we naar zoveel mogelijk inzet van zorgmedewerkers met ervaringsdeskundigheid. In elk team dat verkennende gesprekken uitvoert, is minimaal een geschoold ervaringsdeskundige aanwezig vanuit ggz of sociaal domein. Die persoon kan verkennende gesprekken voeren, collega-gespreksvoerders advies geven en eventueel voorbespreken met een inwoner als dat wenselijk is.

Ook is expertise op gebied van verslavingszorg en LVB beschikbaar. Op basis van de informatie die de huisarts meestuurt met de verwijzing bepaalt het team welke gespreksvoerders worden ingezet.

Gespreksvoerders beschikken over de juiste achtergrond, het juiste profiel en de juiste ervaring om verkennende gesprekken te voeren. Dit betekent concreet dat zij:

- in staat het gesprek te voeren zoals het bedoeld is,
- een brede kijk hebben over domeinen heen (medisch en sociaal) en verbanden kunnen leggen tussen verschillende probleemgebieden,
- het mogelijke aanbod (in ieder geval vanuit het eigen domein) kunnen overzien,
- het gezamenlijk advies dat uit het verkennend gesprek volgt kunnen motiveren en daarin door hun eigen achterban en door verwijzers worden vertrouwd.

De kwaliteit van de gesprekken is namelijk van groot belang om de beoogde impact te kunnen behalen. Tegelijkertijd dient er rekening gehouden te worden met de beschikbaarheid van personeel.

Voor professionals vanuit de ggz gaat het bijvoorbeeld om sociaal psychiatrisch verpleegkundigen, psychologen of andere professionals met het juiste profiel en de juiste ervaring. Voor professionals vanuit het sociaal domein gaat het bijvoorbeeld om social workers, maatschappelijk werkers en sociaal pedagogisch hulpverleners (hbo-niveau). Deze professionals brengen kennis in van de sociale kaart in de betreffende gemeente. Voor ervaringsdeskundigen gaat het om opgeleide mensen die werken op het beroepsniveau 'uitvoerend en coördinerend ervaringsdeskundige' uit het Beroepscompetentieprofiel Ervaringsdeskundigheid. Omdat de gesprekken gevoerd worden door maximaal 2 professionals zetten we bij voorkeur zorgprofessionals met ervaringsdeskundigheid in (ZME). Omdat dit waarschijnlijk niet in alle gevallen mogelijk is, zorgen we voor beschikbaarheid van ervaringsdeskundigen in het

team. Alle professionals die verkennende gesprekken voeren, zijn hiervoor opgeleid.

N.B. Tussen gemeenten is er variatie wat betreft de inrichting van sociaal-wijkteams en de inzet van sociaaldomeinorganisaties. Lokaal wordt aangesloten bij de bestaande structuur.

5. Na het verkennend gesprek

De uitkomst van het verkennend gesprek is een gezamenlijke beslissing van de inwoner en de gespreksvoerders en vormt een advies aan de aanvragende huisarts voor de juiste zorg en ondersteuning, gegeven de urgentie. Het advies is afgestemd op de leefomgeving van de inwoner en diens netwerk. Het advies beschrijft in begrijpelijke taal:

- Wat de inwoner (eventueel met hulp van diens naasten) zelf kan.
- Welke steun de inwoner op korte en lange termijn nodig heeft.
- Welke aanbieder(s) de passende zorg/ondersteuning gaan verlenen en bij welk 'loket' de inwoner terecht kan.

Het wordt zo ingericht dat partijen vertrouwen hebben in elkaar en een verwijzing kunnen accepteren: verwijzing en indicatiestelling zijn na het verkennend gesprek een formaliteit.

Voorwaarde daarvoor is dat de gespreksvoerders goed zicht hebben op passend aanbod. Om de best passende en snelst beschikbare mogelijkheid te kunnen benutten, is bekendheid van plekken waar inwoners heen kunnen na het verkennend gesprek van belang, inclusief de wachttijden en instroommogelijkheden (zie samenhang functies MGN, paragraaf 2.3). Het streven (uit het IZA) dat bij verwijzing naar de ggz binnen vier weken de behandelverantwoordelijkheid wordt overgenomen, is afhankelijk van voorkeur van de inwoner, inkoopafspraken, wachttijden en afspraken van de transfertafel. Het verkennend gesprek is géén verkorte route (buiten de wachtlijst om) naar de ggz.

Eerste ervaringen met het verkennend gesprek in een pilot laten zien dat een deel van de mensen dat zich meldt met psychische klachten ook zonder ggz-behandeling tot vermindering van hun problemen kan komen. Het verkennend gesprek kan op zichzelf al voldoende zijn voor iemand om verder te kunnen, of

de persoon kan worden geholpen met ondersteuning uit het sociaal domein. Ook is een combinatie van ggz-behandeling en inzet vanuit het sociaal domein mogelijk, waardoor op meerdere leefgebieden wordt ingezet en ondersteuning effectiever is. Mogelijk is regievoering nodig om (bij meerdere betrokken partijen) de samenwerking te organiseren. Tot slot is het mogelijk initiatieven uit het sociaal domein te benutten tijdens de wachttijd om deze periode niet zonder hulp te hoeven overbruggen, om het werken aan herstel of problemen op andere domeinen al eerder te beginnen en om de hulpvraag te verhelderen.

Wanneer een inwoner ondersteuning nodig heeft bij de stap naar het juiste loket leggen de gespreksvoerders een lijntje met de lokale 'wegwijzers' (zoals het sociaal wijkteam, de welzijnscoach vanuit Welzijn op Recept of de 'Wally', afhankelijk van hoe de gemeente het sociaal domein heeft ingericht).

5.1 Opvolging in het sociaal domein

Om vervolginzet vanuit het sociaal domein te borgen, zorgen we ervoor dat de professionals sociaal domein die het verkennend gesprek voeren, een goed overzicht hebben van en verbinding hebben met de lokale sociaaldomeinfuncties. De gespreksvoerders kunnen bijvoorbeeld de welzijnscoaches zijn vanuit Welzijn op Recept of Waar is Wally, die nu al de functies hebben om 'de weg te wijzen' in het sociaal domein. Dit bevordert dat mensen daadwerkelijk 'landen'. Na het verkennend gesprek kan het namelijk nodig zijn dat zij mensen een 'duwtje in de rug geven', om daadwerkelijk bij het geadviseerde aanbod aan te komen. Beschikbaarheid van passende ondersteuning binnen het sociaal domein is voorwaardelijk om de gestelde doelen te kunnen behalen. De partijen in het sociaal domein bereiden zich hierop voor binnen actielijn 1 van de coalitie door het toerusten van bestaande structuren en digitaal preventief aanbod, binnen actielijn 2 door het ontwikkelen van laagdrempelige steunpunten, door de ketenaanpak Welzijn op recept en de toegankelijkheid van gezondheidsinformatie vanuit de coalitie Preventie en gezond leven.

Het sociaal domein richt zich samen met welzijnspartners op preventie in brede zin. Het welzijn omvat een groot scala aan activiteiten voor (groepen van) inwoners, die bijdragen aan hun (mentaal) welbevinden. Een selectie van voorbeelden: de vrijwilligersvacaturebank, mantelzorgondersteuning, buurtwerkers en maatschappelijk werkers, praktische hulp rond administratie, scheiding of opvoedondersteuning, weerbaarheidstraining en project sleutelpersonen statushouder.

We lichten enkelen vormen en initiatieven nader uit:

Vroegtijdig inwoners helpen actie te ondernemen t.a.v. stressmanagement, mindfulness of andere activiteiten die helpen een gezonde (mentale) leefstijl te bereiken is een effectieve interventie. Eén van de methoden die in het regioplan is beschreven is een e-healthplatform. Zo'n zelfhulpbron vergroot de zelfredzaamheid van inwoners en biedt gerichte ondersteuning bij het versterken van de mentale weerbaarheid. Daarnaast helpt e-Health de druk op de zorgcapaciteit te verlagen.

Maar juist ook gewone ontmoetingen tussen mensen en samen dingen doen in en voor je eigen buurt zijn bevorderend voor het mentaal welbevinden. Een mooi voorbeeld uit de regio zijn de Doe-Mee-Groepen, waarin inwoners elkaar wekelijks ontmoeten en ondersteunen. Andere voorbeelden zijn Maatjes om samen gezellige dingen te doen en te genieten van alledaagse dingen. Onder de mensen komen, is gemakkelijker met z'n tweeën. Een maatje kan helpen bij het zoeken naar andere contacten. Een maatje is iemand om één keer per week, of één keer in de twee weken iets leuks te gaan doen: een goed gesprek, wandelen, tuinieren, hardlopen, een bezoek aan een museum of een gezellig kopje koffie op een terrasje; het kan van alles zijn.

Het sociaal domein levert daarnaast een belangrijke bijdrage in de vorm van initiatieven voor zelfregie en herstel. Daar kunnen inwoners een hersteltraining volgen waarin ze leren hoe ze zelf om kunnen gaan met je psychische kwetsbaarheden. Ze krijgen te maken met peersupport. Door herkenning bij anderen gaan ze erkenning ervaren en hoop, steun en perspectief vinden. Ook

kunnen ze op den duur zelf activiteiten ontplooiën, waardoor hun zelfvertrouwen groeit. Door samen te werken met anderen, leren ze ook delen. Herstelverhalen delen, geeft anderen juist weer hoop. Dit delen helpt tegen eenzaamheid. Mensen komen weer in verbinding met anderen. Bij zelfregiecentra kunnen deze inwoners voorlichtingen geven. Doordat ze leren praten over hun aandoening, helpen ze stigmatisering tegen te gaan, ook bij zichzelf, waardoor ze vrijmoedigheid ontwikkelen om weer mee te doen in de maatschappij. Bestaande initiatieven in de regio zijn bijvoorbeeld Focus, Nexus en @ease.

Ook kunnen in het sociaal domein nieuwe samenwerkingsvormen ontstaan. Een voorbeeld daarvan is het Anker, waarin een sportmakelaar mensen met een kwetsbaarheid naar laagdrempelige beweegmogelijkheden bij reguliere sportscholen- en verenigingen helpt. Uiteraard is het moeilijk voorspellen welke nieuwe vormen er precies kunnen gaan ontstaan. Het gaat om organisch georganiseerde voorzieningen waar mensen met en zonder indicatie terecht kunnen, en waar professionals en vrijwilligers samenwerken. In zo'n omgeving kan snel worden op- en afgeschaald als de ondersteuningsbehoefte verandert.

5.2 Opvolging in de ggz

Voor een aanzienlijk deel van de mensen blijft inzet vanuit de ggz nodig. Om vervolginzet in de ggz te borgen, moet een goede inschatting gemaakt worden van welke inzet passend is. Zo ontstaat een verwijzing waar zowel de huisarts als de ggz vertrouwen in hebben. De professionals die vanuit de ggz het verkennend gesprek voeren en deelnemen aan de transfertafels, moeten dus een goed overzicht hebben van het aanbod en de wachttijden in de ggz (ondersteund door een goede informatievoorziening). Zo kunnen zij de inwoner in het verkennend gesprek het juiste advies geven over passend aanbod, als ze gezamenlijk concluderen dat een behandeling in de ggz aan de orde is. In dat geval zal de huisarts de daadwerkelijke verwijzing doen (niet anders dan de huidige situatie). Als tijdens het verkennend gesprek

onvoldoende duidelijk wordt welk aanbod passend is, kan ook de transfertafel worden ingeschakeld om dit te verhelderen en de huisarts advies te geven. Het zorggebruik in de ggz zal ook van aard veranderen. Niet alles hoeft individueel en face-to-face. De arbeidsmarktkrapte betekent dat minder behandelaren meer patiënten zullen moeten gaan behandelen om te kunnen garanderen dat een ggz-behandeling snel opgestart kan worden na het verkennend gesprek. Dit betekent meer groepsbehandeling en toename van digitale behandelvormen en/of dat behandeltrajecten korter gaan duren. In lijn met de veranderende kijk op mentaal welbevinden gaat de ggz meer dan nu het geval is werken vanuit een herstelgerichte visie. Het nu nog dominante medisch model gaat meer naar de achtergrond en op basis van de hulpvraag wordt een passend behandel aanbod geboden (bestaande uit trans-diagnostisch en/of specifiek klachtgericht aanbod). Wanneer behandelaren breder leren kijken, zien zij bovendien sneller mogelijkheden om af te schalen naar maatschappelijke initiatieven, wat bijdraagt aan de gewenste beweging van normaliseren.

5.3 Opvolging in huisartsenzorg

Voor een deel van de mensen zal vervolginzet in de huisartspraktijk passend zijn. Omdat de huisarts verwijzer is voor het verkennend gesprek en (een deel van de patiënten op) de transfertafel, verwachten we dat dit een klein percentage is. De huisarts heeft immers de optie van het inzetten van de POH ggz al overwogen vóór de verwijzing naar het verkennend gesprek. Doordat in het MGN perspectieven bij elkaar komen en nieuwe inzichten kunnen ontstaan, kan inzet van de POH ggz na het verkennend gesprek mogelijk toch passend zijn.

6. Consultatie en deskundigheidsbevordering

Naast het verkennend gesprek is consultatie en deskundigheidsbevordering een belangrijk onderwerp dat de regio wil realiseren / verbeteren. We zien dit als een onderdeel van het MGN waar we op regioniveau afspraken over maken die waar mogelijk op lokaal niveau worden uitgevoerd door de teams die verkennende gesprekken gaan uitvoeren. Daar zit immers expertise vanuit ggz en sociaal domein met daaromheen een schil van aanvullende expertises.

Een inventarisatie van de huidige situatie heeft getoond dat er verschillende mogelijkheden zijn, die niet optimaal worden gebruikt of waar belemmeringen in worden ervaren. We beschrijven hier de wijze waarop de partijen in de regio deze situatie willen verbeteren.

6.1 Wat is consultatie en deskundigheidsbevordering

Consultatie en deskundigheidsbevordering hebben tot doel dat professionals gebruik maken van elkaars expertise om zo beter aan te kunnen sluiten bij de hulpvraag van de inwoner. Met consultatie kunnen verwijzingen worden voorkomen, bijv. omdat een huisarts voelt zich gesteund of gedekt voelt en de patiënt verder kan met de medicatie of diagnose. Als wel een verwijzing naar de ggz nodig is, is duidelijk waar je daarvoor terecht kan. Andersom is de verwachting dat het kunnen consulteren van een huisarts door de ggz bijdraagt aan de effectiviteit van de behandeling, bijv. omdat de huisarts contextinformatie kan bieden.

Naast consultatie op de lijn tussen huisarts en ggz is er behoefte aan vergelijkbare uitwisseling tussen sociaal domein en ggz en tussen sociaal

domein en huisartsen en vice versa. Ook hiermee kunnen mogelijk (niet passende) verwijzingen worden voorkomen en kunnen trajecten uit verschillende domeinen goed op elkaar worden afgestemd of aangesloten.

6.2 Positionering

Bij consultatie en deskundigheidsbevordering zijn alle perspectieven betrokken: huisarts en POH ggz, ggz-aanbieders en sociaaldomeinaanbieders. Er is hierbij sprake van wederkerigheid: de uitwisseling is over en weer nodig. Consultatie en deskundigheidsbevordering vindt al op verschillende manieren plaats binnen het MGN. Zo heeft de casuïstiekbespreking op de transfertafel een rol in de uitwisseling van kennis en het inzetten van expertise uit verschillende domeinen. Omdat niet iedere casus thuishoort op de transfertafel is er behoefte om andere consultatielijnen te creëren en (waar ze al bestaan) beter bekend te maken en te benutten.

Huisarts – ggz vice versa

Huisartsen kunnen de ggz consulteren en hiervoor bestaat een betaaltitel. In de praktijk wordt het nog heel weinig gebruikt. Dit komt doordat niet alle huisartsen op de hoogte zijn van de financieringsmogelijkheden, de huidige verwijsafspraken met ggz-instellingen (inclusief telefoonnummers voor bereikbaarheid) en de complexe organisatie (incl. veel administratietijd). Een bekende naam, een bekend gezicht of een goede ervaring helpt huisartsen om consultatievragen te stellen en op het antwoord te durven vertrouwen. Kennis over de mogelijkheden en lokale verbindingen tussen professionals zijn dus cruciaal. Ook een simpele organisatie helpt daarbij, bijv. door het consultatieproces te organiseren conform het proces in de somatiek.

Sociaal domein – ggz vice versa

Zowel Tactus als Dimence hebben hiervoor een telefonisch bereikbaarheid georganiseerd en bieden de mogelijkheid tot fysieke consultatie aan het sociaal domein. Ook consultatie van het sociaal domein vanuit de ggz is wenselijk. Dit

gebeurt al deels via de transfertafels, maar het is nodig dat mogelijkheden, routes en aanspreekpunten/contactpunten in het sociaal domein duidelijk worden.

Huisarts – sociaal domein

In een deel van de gemeenten is een vorm van Welzijn op recept en/of Waar is Wally ingericht, wat huisartsen helpt om passende ondersteuning in het sociaal domein te vinden. Ook hiervan worden de mogelijkheden nog niet ten volle benut. Voor consultatie van huisartsen door het sociaal domein is van belang duidelijk te maken welke mogelijkheden er zijn binnen de kaders van AVG en (medisch) beroepsgeheim, zodat geen onnodige belemmeringen worden opgeworpen.

6.3 Inzet van professionals

Bij consultatie is het vooral belangrijk om elkaar te kennen en korte lijnen te hebben. We willen daarom de uitvoering van consultatie en deskundigheidsbevordering vooral lokaal laten plaatsvinden en zoveel mogelijk inbedden bij de teams verkennend gesprek (of andere bestaande werkwijzen). Om de bestaande mogelijkheden bekendheid te geven en waar nodig verder door te ontwikkelen, zal de regionale projectleider verkennend gesprek ook een aanjaagfunctie op consultatie krijgen. Deze projectleider moet ervoor zorgen dat regionaal de kennis en verbindingen worden verbeterd. En dat regionaal keuzes worden gemaakt voor eventuele centrale inkoop en financiering van de consultatie van de ggz door huisartsen, met het oog op efficiëntie.

7. Plan van aanpak

7.1 Fasering

In het regioplan zijn de volgende afspraken gemaakt over de fasering:

- In 2024 is elke gemeente gestart met verkennende gesprekken rondom minimaal één huisartsenpraktijk. Dit betekent 8 pilots waarin minimaal 20 gesprekken worden gevoerd. N.B. dit wordt doorgetrokken naar Q1 2025 in verband met beschikbaar komen van transformatiemiddelen.
- In 2025 wordt het verkennend gesprek opgeschaald naar andere praktijken.
- In 2026 is het verkennend gesprek regionaal volledig ingebed in de reguliere werkwijze.
- In 2026 is er een dekkend netwerk van laagdrempelige steunpunten.
- N.B. voor consultatie en groepsaanbod is in het regioplan nog geen concrete mijlpaal opgenomen.

We werken dit verder uit in een experimentfase en een opschalingsfase, waarbij we zowel aandacht hebben voor de activiteiten die lokaal plaatsvinden als die regionaal worden opgepakt.

7.2 Experimentfase

Model, aannames, doelgroep, monitoring

Om aan de slag te gaan met het verkennend gesprek en de consultatiefunctie wil de regio starten met 8 pilots: 1 per gemeente. Indien geen spontaan initiatief ontstaat wijst de gemeente een lokale trekker aan die partijen bij elkaar brengt: een (of meerdere samenwerkende) huisartsenpraktijk, ervaringsdeskundige, sociaaldomeinaanbieder en ggz-aanbieder (inclusief expertise vanuit verslavingszorg en het VG-domein). Gemeenten kunnen hiervoor bestaande lokale initiatieven en samenwerkingen inzetten.

Lokaal (MGN)

Het lokale pilotteam gaat een gezamenlijke werkwijze en taal ontwikkelen om lokaal mee aan de slag te gaan. Daarvoor is een 'leidraad pilots verkennend gesprek' beschikbaar die beschrijft welke stappen ze moeten doorlopen en welke regionale uitgangspunten zij moeten volgen. Binnen de gestelde kaders maakt het pilotteam keuzes over:

- Gespreksmethodiek (methodiek voor herstelondersteunende gespreksvoering, aanvullend op positieve gezondheid).
- Rol- en taakverdeling (waaronder coördinatie) en werkprocessen op het gebied van:
 - Gespreksvoerders en samenstelling per gesprek
 - Aanmelden van inwoners
 - Plannen van gesprekken
 - Opvolging/verwijzing na gesprekken en terugkoppeling aan verwijzer
 - Verantwoordelijkheden (ook in geval van crisis)
 - Communicatie met de inwoner
 - Onderlinge communicatie
 - Communicatie met / positionering van Wmo-consulenten, wijkteams en aanbieders sociaal domein (verschillend ingericht per gemeente)
 - Mandaat richting vervolgzorg en afstemming hiermee
- Scholing.
- Communicatiemateriaal voor inwoners en verwijzers.
- Aansluiten van aanvullende expertise, bijv. op gebied van verslaving, LVB en/of schulden.
- Locatie waar de gesprekken kunnen plaatseten.
- Werkafspraken over consultatie (nadat op regionaal niveau duidelijkheid is over de inrichting van de consultatiefunctie).

Centraal in de pilots staat om gezamenlijk en kort-cyclisch te leren en bij te sturen en het onderling vertrouwen te vergroten. Een manier om dit te doen is een iteratieve en stapsgewijze aanpak met meerdere sprints. Iedere sprint bestaat uit een x aantal gesprekken, waarna het pilotteam de resultaten

beschrijft en evalueert en zo nodig de werkwijze aanpast voor de volgende sprint. De pilotmedewerkers leren zo over de invloed, kracht en beperkingen van hun eigen (medisch/sociaal/mensgericht) denkkader en brengen hun ervaringen met de gesprekken in om de werkwijze aan te scherpen. Voor deze fase van ontwikkelen en leren is voor elk pilotteam tijd beschikbaar.

Omdat er nog geen definitieve keuze is gemaakt voor de gespreksmethodiek en we de pilots willen benutten om hier gezamenlijk inzicht in te krijgen, zetten we in de experimentfase professionals in die al geschoold zijn in positieve gezondheid en/of herstelondersteunende gespreksvoering.

Regionaal (MGN)

Regionaal wordt het opzetten van de pilots ondersteund door een projectleider; zo lang deze nog niet is aangesteld wordt de vorming van lokale initiatieven gecoördineerd door de coördinator van de coalitie Mentaal Welbevinden.

De regionale projectleider faciliteert de uitwisseling tussen de pilots, om het onderlinge leren en ontwikkelen te bevorderen en overstijgende vraagstukken te kunnen adresseren bij relevante partijen. De projectleider brengt hierbij ook de ervaringen van andere regio's in. De projectleider coördineert de monitoring op basis van een regionaal uniforme monitoringssystematiek. Ook coördineert de projectleider de inzet van de consultatiefunctie, binnen de pilots (als dit in de betreffende samenwerking nog niet gebeurt).

Op regionaal niveau wordt ook verbinding gelegd tussen de pilots en de twee transfertafels, zodat de expertise die in de transfertafel aanwezig is kan worden benut (bijvoorbeeld uit de verslavingszorg en gehandicaptenzorg). Ook kunnen de gespreksvoerders voor of na een verkennend gesprek tot de conclusie komen dat een verwijzing naar de ggz nodig is, maar de route

hiernaartoe onduidelijk is. De casus kan dan worden ingebracht op de transfertafel.

Voor de consultatiefunctie moet (op basis van een verkenning door de partijen, aangestuurd door de projectleider) nog worden besloten of de inrichting (financiering en werkafspraken) centraal wordt gedaan of dat dit op basis van individuele afspraken gebeurt tussen huisarts-ggz-sociaal domein. Zodra de keuzes helder zijn, worden afspraken gemaakt over productiemiddelen en wordt de implementatie verder vormgegeven.

Laagdrempelige steunpunten

Zoals in voorgaande hoofdstukken beschreven is een dekkend netwerk van laagdrempelige steunpunten een belangrijke randvoorwaarde om meer hulpvragen buiten de ggz op te kunnen pakken of na ggz-behandeling sneller af te kunnen schalen. Daarom maakt het opzetten van dit netwerk onderdeel uit van dit transformatieplan; voor de uitvoering wordt de aanpak gevolgd die hiervoor is opgesteld in actielijn 2 van de coalitie mentaal welbevinden (onderdeel van het regioplan). De regio zet in op lokale aanjagersduo's, bestaande uit een ervaringsdeskundige ggz en een lokale projectleider (bijv. werkzaam bij de lokale welzijnsorganisatie of een ander bestaand initiatief). Dit duo gaat in opdracht van een lokale gemeente aan de slag met de stappen:

- Klankbordgroep inrichten met lokale partijen (die lokale plannen toetsen op haalbaarheid en ambassadeur zijn richting hun achterban) en inwoners.
- Lokaal met samenwerkingspartners onderzoeken welke initiatieven er al zijn en welke behoeften inwoners lokaal hebben m.b.t. een laagdrempelig steunpunt.

We gaan uit van 6 lokale aanjagersduo's, omdat vermoedelijk 2 duo's van gemeenten op dit vlak samen gaan optrekken. Deze aanjagersduo's zoeken actief de verbinding met de teams voor het verkennend gesprek, om wederzijds gebruik te maken van de inzichten die ontstaan over behoeften van inwoners met mentale problemen.

7.3 Opschalingsfase

Regionaal (MGN)

Op basis van de ervaringen in de lokale pilots stelt de projectleider een regionaal uniforme werkwijze op die als leidraad dient voor de opschaling en borging van het verkennend gesprek en de consultatiefunctie in de reguliere werkwijze. Hierin wordt gespecificeerd wat regionaal wordt vastgelegd (in ieder geval de gespreksmethodiek en afbakening van de doelgroep verkennend gesprek) en welke ruimte er is voor lokale variatie (in ieder geval uitvoerende organisaties verkennend gesprek en consultatie). Dit is beoogd voor Q2 2025.

Op basis van de regionaal vastgestelde werkwijze kan scholing voor de uitvoerders van het verkennend gesprek worden ontwikkeld en aangeboden. Docenten van de betrokken organisaties die opgeleid zijn in relevante methoden, zoals positieve gezondheid, SRH en HOG, leiden professionals op voor de breed verkennende gesprekken. Voor de toepassing van de gekozen methodiek kan worden gewerkt met bijv. rollenspellen of een trainingsacteur. Aandachtspunt is het ontwikkelen van gezamenlijke taal en werkwijzen: de regio streeft ernaar om het verkennend gesprek uniform aan te bieden. Omdat het om relatief kleine aantallen professionals per gemeente kan gaan, organiseren we de scholing regionaal. Het vormen van een team (elkaar leren kennen) en de werkafspraken voor de uitvoering worden lokaal gemaakt. In een grotere gemeente kan dit zo nodig nog verder worden ingedeeld, bijvoorbeeld op wijkniveau.

Op basis van de regionaal vastgestelde werkwijze kunnen ook regionale afspraken over consultatie worden gemaakt, bijv. om de administratieve lasten voor declaraties te verminderen.

De projectleider ontwikkelt ondertussen, in afstemming met de betrokken huisartsenorganisaties Medrie en Dokter Drenthe, communicatie/voorlichting om huisartsen te informeren en committeren, door hen mee te nemen in overwegingen, ervaringen en afspraken. Wanneer de regionale werkwijze is

vastgesteld en medewerkers zijn geschoold, kan de opschaling naar andere huisartspraktijken plaatsvinden. We gaan hierbij uit van de volgende fasering:

- Q1 2025: 8 pilots gestart.
- Q4 2025: verkennend gesprek in 25% van de huisartspraktijken.
- Q4 2026: verkennend gesprek beschikbaar voor alle inwoners.

Elk team dat in een huisartsenpraktijk gaat starten krijgt tijd beschikbaar om zaken praktisch met elkaar in te regelen en te leren/ontwikkelen met elkaar.

Groepsaanbod

Om het groepsaanbod in de regio door te ontwikkelen, nemen we in 2025 en 2026 een regionale aanjaagfunctie op. Ook zetten we in deze jaren in op scholing van professionals in ggz en sociaal domein rond groepsgericht werken, om toe te werken naar een andere mindset en dit uit te kunnen dragen naar inwoners en stakeholders.

Laagdrempelige steunpunten

Voor de opschalingsfase zetten de aanjagersduo's per gemeente de volgende stappen:

- Op basis van de eerder genoemde inventarisatie, met kernteam en gemeente bespreken de verdere richting bespreken.
- Met inwoners plan ontwikkelen om deze richting uit te voeren en steunpunt te ontwikkelen, in afstemming met de gemeente.
- Uitgevoerd plan evalueren met kernteam en gemeente en zoeken naar duurzame inbedding.

7.4 Leren en ontwikkelen in MGN

Het samenwerken in een MGN vraagt een nieuwe manier van denken en werken. De verandering van mindset moet bij alle betrokkenen gaan landen, in alle fasen (experiment, opschaling en reguliere werkwijze), in alle perspectieven (huisarts, sociaal domein en ggz) en zowel op uitvoerend, management- als bestuurlijk niveau.

Tijdens de experimentfase vindt het leren en ontwikkelen plaats in en tussen de pilots. Dit is vooral ervaringsgericht leren, in de praktijk, waarbij ook ervaringen uit andere regio's worden meegenomen. Door te doen en tussentijds te evalueren, zien we wat werkt en passen we processen en werkwijzen zo nodig aan, om daarna opnieuw te kijken wat het effect is. Om te zorgen dat niet iedereen het wiel zelf hoeft uit te vinden, faciliteert de regionaal projectleider de uitwisseling tussen de pilots. Het is niet gezegd dat wat op de ene plek werkt, ook het beste is voor de andere lokale situatie. De lokale pilots reflecteren regelmatig op hun werkwijze en maken hierbij de afweging welke aanpassingen nodig zijn.

Leren en ontwikkelen vindt al plaats binnen de transfertafels en hier is veel kennis aanwezig van de sociale kaart. De regionaal projectleider verbindt de lokale pilots met de subregionale transfertafels om waar nodig te zorgen voor kennisuitwisseling. Ook zorgt de projectleider dat overstijgende lessen uit de consultatie breder worden verspreid zodat alle professionals hiervan kunnen leren. Dit is de eerste stap naar een lerend netwerk in de regio IJssel-Vecht waarin kennis die lokaal en regionaal wordt ontwikkeld, wordt verrijkt en gedeeld, bijvoorbeeld via domeinoverstijgende intervisie.

De nieuwe denk- en werkwijze rond mentale problemen moet niet alleen leidend zijn bij het verkennend gesprek en consultatie, maar ook bij het vervolg in de ggz of het sociaal domein. Dit moet landen in de werkwijze van alle betrokken organisaties en hun professionals. Daarom staat het werken vanuit de principes van positieve gezondheid en herstelondersteuning regelmatig op de agenda van coalitiebijeenkomsten en bestuurlijk overleg.

Tot slot is het van belang dat ook de inwoners van IJssel-Vecht worden meegenomen in een nieuwe kijk op mentale weerbaarheid en het omgaan met mentale vaardigheden. De publiekscampagne die vanuit actielijn 1 wordt georganiseerd heeft hierin een belangrijke functie, dit wordt opgepakt binnen

de coalitie, met ondersteuning van het communicatieteam SGJIV-breed, en valt buiten de scope van dit transformatieplan. Waar nodig wordt natuurlijk verbinding gezocht. Daarnaast wordt communicatiemateriaal ontwikkeld met uitleg over het verkennend gesprek. Onder andere huisartsen kunnen dit gebruiken om inwoners te informeren, zodat zij met de juiste verwachtingen het verkennend gesprek ingaan.

8. Monitoren en bijsturen

8.1 Monitoring MGN

We richten de monitoring in met drie doelen:

1. Sturingsinformatie verzamelen om zo nodig te kunnen bijstellen als inzet of resultaten teveel afwijken van de verwachting.
2. Verantwoorden richting financier om transformatiemiddelen te ontvangen voor geleverde inzet bij behaalde resultaten.
3. Verantwoorden richting het netwerk om inzet in relatie tot resultaten te laten zien.

Het gaat kortom steeds om het monitoren van inzet en resultaat. Resultaten monitoren we zowel kwalitatief als kwantitatief. Daarbij streven we naar het verzamelen van informatie die daadwerkelijk relevant en noodzakelijk is voor de doelen van de monitoring en het beperken van administratieve lasten.

De monitoring heeft een meerjarenperspectief: niet alle resultaten zullen direct vanaf het begin zichtbaar zijn omdat het MGN gaandeweg wordt opgeschaald in de regio. De monitoring wordt minimaal elk kwartaal besproken in de stuurgroep MGN en het bestuurlijk overleg SGIJV, zodat waar nodig kan worden bijgestuurd.

Monitoren van inzet

Voor het monitoren van de inzet (mensen en middelen) moeten afspraken worden gemaakt met alle partijen die inzet plegen in het kader van het transformatieplan. De parameters in de businesscase kunnen hiervoor als basis dienen. Ook het monitoringsformat dat nu al gebruikt wordt in de 1^e pilot verkennend gesprek dient als basis. Het gaat bijv. om:

- Ureninzet voor pilots en transformatieactiviteiten, per onderdeel.
N.B. omwille van beperking van administratieve lasten beperken we ons tot monitoring van activiteiten in relatie tot de transformatiemiddelen.

- Overige kosten t.b.v. pilots en transformatieactiviteiten (bijv. scholing, communicatiemateriaal, locaties).

De gegevens worden door de betreffende professionals en projectleiders aangeleverd bij de kassier. De rol van kassier wordt vervuld door de Dimence Groep, waar o.a. de grootste ggz-aanbieder Dimence en enkele welzijnsorganisaties onder vallen. De kassier zal op basis hiervan elk kwartaal de transformatiemiddelen aanvragen.

Indien de inzet van partijen niet matcht met de onderling gemaakte afspraken, wordt dit in eerste instantie teruggelegd in de regiegroep TPMZ. Zo nodig kan worden opgeschaald naar de stuurgroep of het bestuurlijk overleg.

Op basis van de monitoring van inzet, krijgt de regio ook inzicht in de geleverde capaciteit en in de verschuiving/extra inzet/ontlasting van personeel.

Monitoren van kwantitatieve resultaten

Voor het monitoren van resultaten worden de KPI's als uitgangspunt gebruikt (zie paragraaf 9.7). Daarmee wordt naast de resultaten ook de voortgang over de tijd in beeld gebracht.

Om de administratieve lasten te beperken willen we zoveel mogelijk gebruik maken van bestaande registraties. Een registratie van zowel gevoerde verkennende gesprekken als adviezen voor vervolg is versnipperd bij de lokale teams verkennend gesprek en huisartsenpraktijken aanwezig. Een registratie van zowel gevoerde verkennende gesprekken en daadwerkelijk geleverde ggz- of POH-zorg is alleen versnipperd bij verschillende zorgverzekeraars beschikbaar (en met vertraging bij Vektis). Een registratie van alle daadwerkelijke inzet vanuit het sociaal domein is nergens beschikbaar (alleen beschikkingen van maatwerkvoorzieningen worden op inwonerniveau vastgelegd).

Daarom kiezen we voor de combinatie van gegevensverzameling:

- Aan de teams verkennend gesprek wordt gevraagd te registreren:
 - Hoeveel verkennende gesprekken ze voeren.
 - Wat de wachttijd is voor het verkennend gesprek.
 - Hoe vaak de verschillende vervolgmogelijkheden worden geadviseerd (inwoner zelf, brede sociale basis, sociaal domein, ggz, POH ggz).
 - Hoeveel consultatievragen ze beantwoorden en aan welk domein.
 - Wat de vervolginzet is na een consultatievraag.
- Aan de zorgverzekeraar wordt gevraagd om inzicht te geven in aantallen verkennende gesprekken in de regio en welk zorggebruik na het VG heeft plaatsgevonden in de ggz en bij de POH ggz (Zvw). Bijvoorbeeld op basis van het aantal mensen dat na het VG wel/geen gebruik heeft gemaakt van ggz-behandeling of gesprekken bij de POH ggz (binnen drie maanden na VG en binnen een jaar na VG).
- Voor het monitoren van ondersteuning uit het sociaal domein na (ar aanleiding van) het VG, wordt na de pilotfase een steekproefsgewijze monitor ingericht.
- De wachttijden voor de ggz worden gemonitord zoals in de huidige situatie.

Uit deze gegevens volgt de afbuiging van ggz-zorg, omdat mensen die in aanmerking komen voor het verkennend gesprek in de oude situatie allemaal naar de ggz zouden zijn verwezen.

Monitoren van kwalitatieve resultaten

In aanvulling op de cijfermatige monitoring is een kwalitatieve monitoring van belang om inzicht te krijgen op:

- Hoe heeft de inwoner het VG ervaren en wat heeft het VG de inwoner gebracht in diens herstel?
- Wat zijn redenen voor huisartsen om geen VG in te zetten en redenen voor inwoners om geen verkennend gesprek te willen?

- Hoe wordt de werkwijze en de samenwerking in het MGN ervaren door professionals en bestuurders (met andere woorden: hoe ontwikkelt het MGN zich als netwerk)?

Voor deze monitoring wordt een aparte onderzoeksopzet gemaakt. Hiervoor ligt al een basis, omdat voor het monitoren van de 1^e pilot verkennend gesprek al ooit een onderzoeksvoorstel is ingediend.

Monitoren pilots

Gedurende de pilots verkennend gesprek monitoren we extra intensief, omdat we in deze fase gaan leren welke uniforme werkwijze bruikbaar is voor de regio. Door de uitvoerders van de pilots wordt daarom, aanvullend aan bovenstaande, het monitoringsformat van de 1^e pilot verkennend gesprek gebruikt. Daarin leggen zij vast:

- Criteria op basis waarvan mensen verwezen zijn naar verkennend gesprek.
 - Wachttijd tot het verkennend gesprek.
 - Leefgebieden waarop een vraag is geconstateerd.
 - Advies aan de huisarts: wat gaat patiënt zelf doen en wat wordt gevraagd van sociale basis, formele hulp sociaal domein en ggz.
 - Uiteindelijk resultaat.
 - Leerpunten per gesprek.
 - Redenen om niet te verwijzen naar verkennend gesprek.
 - Redenen waarom patiënten geen verkennend gesprek willen.
- Na de pilotfase kan er meer op hoofdlijnen worden gemonitord.

Relatie met KPI's

Van alle gegevens komt per kwartaal een overzicht. De regie voor het bij elkaar brengen en inzichtelijk maken van de gegevens ligt bij de projectleiders voor de verschillende onderdelen. Deze resultaten worden ook elk kwartaal gedeeld met de kassier, ter verantwoording van de behaalde KPI's.

Indien de resultaten niet matchen met de gestelde KPI's (binnen de afgesproken bandbreedte), wordt dit in eerste instantie teruggelegd in de

regiegroep. Zo nodig kan worden opgeschaald naar de stuurgroep of het bestuurlijk overleg.

9. Businesscase en data

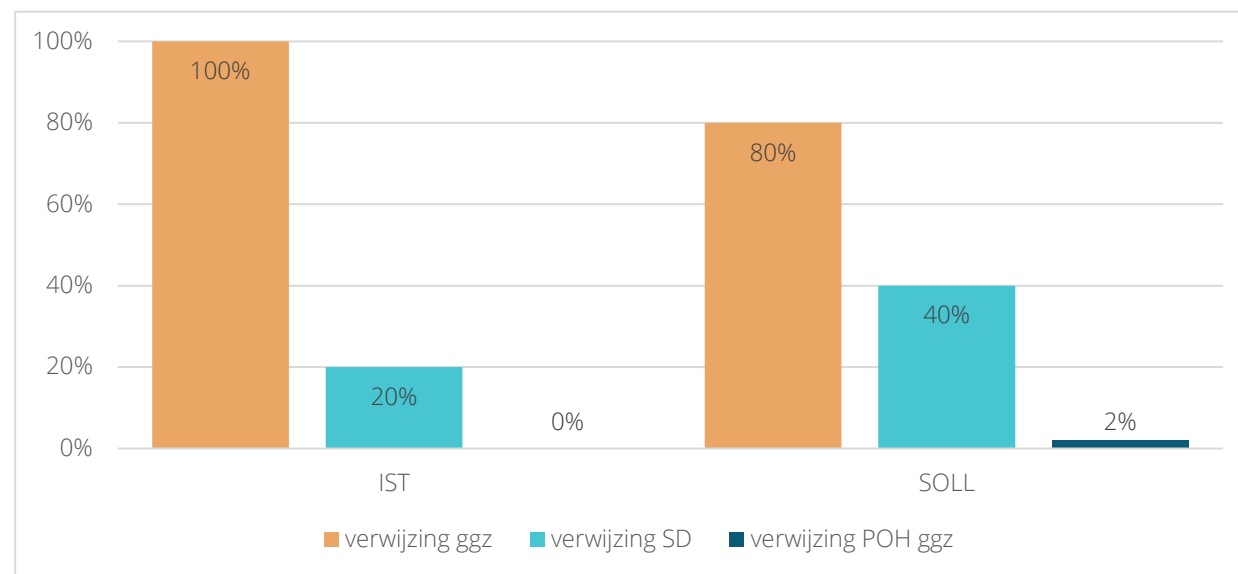
9.1 Opbouw

De businesscase bestaat uit de onderdelen van het MGN (inclusief de consultatiefunctie) plus de onderdelen uit het regioplan die randvoorwaardelijk zijn voor de transformatie: het aanjagen van de laagdrempelige steunpunten en groepsgericht werken.

De kosten zijn per jaar berekend, op basis van de activiteiten zoals beschreven in dit plan (diverse hoofdstukken) en de fasering zoals beschreven in hoofdstuk 7.

De baten zijn berekend op basis van niet-gemaakte kosten door afbuiging van verwijzingen en toegewezen aan het jaar waarin de verwijzing zou plaatsvinden. We zijn uitgegaan van een huidige situatie ('IST') waarin alle inwoners die in aanmerking komen voor het verkennend gesprek een ggz-verwijzing krijgen en een klein deel daarvan al bekend is in het sociaal domein. Daartegenover staat een toekomstige situatie ('SOLL') met minder ggz-verwijzingen maar extra verwijzingen naar het sociaal domein en (in veel mindere mate) de POH ggz (zie figuur 3).

Voor een deel van de inwoners geldt dus dat er overlap zal zijn: zowel inzet sociaal domein als (POH-)ggz-inzet.



Figuur 3. Verschil tussen huidige en toekomstige situatie, voor de doelgroep die in toekomstige situatie in aanmerking komt voor verkennend gesprek

9.2 Kosten

We nemen in de businesscase de kosten op voor de volgende activiteiten, voor de jaren 2025 t/m 2029:

- MGN opzetten
 - Tijdsinzet voor opzetten verkennend gesprek & consultatie (experimentfase)
 - Tijdsinzet voor opschalen verkennend gesprek & consultatie
 - Regionaal projectleider verkennend gesprek en consultatie voor aanjagen, coördineren, verbinden, monitoren, evalueren en bijstellen
 - Communicatiemateriaal ontwikkelen voor inwoners en verwijzers
 - Scholing professionals voor verkennend gesprek (scholingskosten en tijd voor deelname)
- MGN uitvoeren
 - Tijdsinzet professionals
 - Locatiekosten voor verkennend gesprek
- Randvoorwaardelijke activiteiten
 - Meer gebruik van sociaal domein en POH ggz (door extra verwijzingen)
 - Scholing professionals ggz en sociaal domein voor groepsgericht werken (scholingskosten en tijd voor deelname)
 - Aanjager groepsgericht werken
 - Lokale aanjagersduo's voor inventariseren behoeften en opzetten van laagdrempelige steunpunten
- Algemene activiteiten
 - Schrijven transformatieplan
 - Monitoring kwantitatief en kwalitatief (zoals beschreven in hoofdstuk 8)
 - Kassiersfunctie
 - Stuurgroep MGN
- N.B. (nog) niet opgenomen: frictiekosten voor verschuiving van personeel in de ggz.

De kosten splitsen we uit naar financieringsbron:

- Transformatiemiddelen (tabel 1):
 - Zvw (incidenteel)
 - SPUK (incidenteel)
 - Addendum (structurele activiteiten sociaal domein)
- Reguliere financiering (tabel 2)
 - Zvw
 - Sociaal domein

Dit laatste doen we omdat niet alle kostenposten mogen worden opgevoerd als transformatiemiddelen, maar we wel een totaaloverzicht van kosten en baten voor de regio maken voor de periode 2025 t/m 2029.

Zie bijlage 2 voor een kostenoverzicht per domein (voor zowel aangevraagde transformatiemiddelen als kosten uit overige financieringsbronnen).

9.3 Baten

We nemen in de businesscase de volgende baten op (tabel 2):

- Minder gebruik van diagnostiek en aanbod ggz door afbuiging van verwijzingen
- Minder gebruik van aanbod door kortere behandelduur
- Minder ggz-inzet en huisartseninzet door kortere wachttijsten
- Minder uitkeringen en schuldhulpverlening als effect van de inzet van laagdrempelige steunpunten
- Overig herstel door laagdrempelige steunpunten/groepsaanbod: minder dagbesteding, overig sociaaldomeingebruik of overige maatschappelijke baten (niet gekwantificeerd) en effecten voor een bredere doelgroep dan alleen die voor het verkennend gesprek.

De baten wijzen we toe aan het jaar waarin de afbuiging plaatsvindt (2025 t/m 2029). De baten vallen deels in het domein van de Zorgverzekeringswet en deels binnen de Participatiewet en de Wet gemeentelijke schuldhulpverlening

(omdat deze beide onder verantwoordelijkheid van de gemeenten vallen, zullen we verder in dit document steeds spreken van 'sociaal domein').

Er zijn allerlei maatschappelijke baten van herstel denkbaar, voortkomend uit de laagdrempelige steunpunten. Het Instituut voor publieke waarden (IPW) geeft hierover aan dat deze initiatieven voor ieder een ander effect teweeg brengen en deze daarom moeilijk te meten en generaliseren zijn. Wel zien zij in de praktijk dat bezoekers vrijwel zonder uitzondering aangeven dat het hun individueel welzijn positief beïnvloedde. Een deel van de bezoekers:

- ging weer meedoen in de vorm van vrijwilligerswerk of betaald werk,
- had minder crisisopnames in de ggz,
- maakte minder gebruik van ggz-dagactiviteitencentra,
- maakte minder gebruik van ondersteuning en dagbesteding in de Wmo.

Een kostenbatenanalyse van het IPW laat zien dat de Return on Investment van zelfregie- en herstelinitiatieven 1,35 is. Dat wil zeggen dat de investering van € 1, in baten € 1,35 oplevert¹.

In de businesscase kwantificeren we alleen de effecten op bijstandsuitkeringen en schuldhulpverlening, omdat we die in onderzoek naar een vergelijkbaar zelfregie- en herstelinitiatief kwantitatief terugzien². Hoewel we bij de voorloper van het verkennend gesprek WachtKracht nog enkele andere secundaire baten zien, zijn de aantallen te beperkt om te kunnen extrapoleren.

¹ Kroeze, Munneke en Kruijer (2018). De waarde van zelfregie- en herstelinitiatieven. Utrecht, Instituut voor Publieke Waarden.

² Voskamp, Koning & Vos (2021). Maatschappelijke waarde van de Stadskamer. Rotterdam, Rebel.

Kostenoverzicht aangevraagde transformatiemiddelen per jaar	2025	2026
MGN opzetten		
Tijdsinzet voor opzetten verkennend gesprek & consultatie (pilots, experimentfase)	€ 246.568	
Tijdsinzet voor opschalen verkennend gesprek & consultatie (opschalingsfase)	€ 332.238	€ 909.284
Regionaal projectleider verkennend gesprek & consultatie voor aanjagen, coördineren, verbinden, monitoren en bijsturen	€ 214.594	€ 192.352
Communicatiemateriaal ontwikkelen voor inwoners en verwijzers	€ 10.000	
Scholing professionals voor verkennend gesprek (scholingskosten en tijd voor deelname)	€ 70.190	€ 19.229
MGN uitvoeren		
Uitvoering verkennend gesprek (voor zover niet via reguliere middelen gefinancierd)	€ 149.933	€ 448.587
Randvoorwaardelijke activiteiten		
Meer gebruik van sociaal domein (door extra verwijzingen), onder aanname dat dit aanvullend gefinancierd moet worden	€ 299.633	€ 951.602
Scholing professionals (ggz en sociaal domein) voor groepsgericht werken (scholingskosten en tijd voor deelname)	€ 69.322	€ 72.094
Aanjager groepsaanbod	€ 92.477	€ 96.176
Lokale aanjagersduo's voor inventariseren behoeften en opzetten van laagdrempelige steunpunten	€ 682.906	
Algemene activiteiten		
Schrijven transformatieplan door werkgroepleden + penvoerders*	€ 106.200*	
Monitoring kwantitatief en kwalitatief	€ 140.000	€ 140.000
Kassiersfunctie	€ 50.000	€ 25.000
Stuurgroep MGN	€ 24.000	€ 24.960
TOTAAL	€ 2.488.061	€ 2.879.283

Tabel 1. Kostenoverzicht aangevraagde transformatiemiddelen per jaar

* Kosten voor schrijven transformatieplan zijn gemaakt in 2024 en voorgefinancierd in overleg met Zilveren Kruis

Kostenoverzicht overige financieringsbronnen	2025	2026	2027	2028	2029
MGN opzetten					
Scholing professionals voor verkennend gesprek (Zvw)			€ 4.777	€ 4.834	€ 4.893
Scholing professionals voor verkennend gesprek (sociaal domein)			€ 2.389	€ 2.417	€ 2.446
MGN uitvoeren					
Uitvoering verkennend gesprek (via reguliere middelen gefinancierd)	€ 349.339	€ 1.045.191	€ 2.108.716	€ 2.193.065	€ 2.280.788
Locatiekosten voor verkennend gesprek	€ 31.625	€ 59.488	€ 85.068	€ 88.471	€ 92.009
Randvoorwaardelijke activiteiten					
Meer gebruik van sociaal domein (door extra verwijzingen)			€ 1.409.669	€ 1.466.056	€ 1.524.698
Meer gebruik van POH ggz (door extra verwijzingen)	€ 2.222	€ 9.970	€ 15.354	€ 15.968	€ 16.607
Algemene activiteiten					
Monitoring			€ 40.000	€ 40.000	€ 40.000
Stuurgroep MGN			€ 25.958	€ 26.997	€ 28.077
TOTAAL	€ 383.186	€ 1.114.649	€ 3.691.932	€ 3.837.808	€ 3.989.518

Tabel 2. Kostenoverzicht overige financieringsbronnen per jaar



Batenoverzicht	2025	2026	2027	2028	2029
Minder gebruik van ggz-aanbod	€ 522.247	€ 1.785.618	€ 2.749.852	€ 2.859.846	€ 2.974.240
Kortere behandeling ggz	€ 57.855	€ 188.832	€ 290.802	€ 302.434	€ 314.531
Minder wachtlijsten (t.b.v. ggz en huisartsenzorg)	€ 27.167	€ 92.886	€ 143.045	€ 148.767	€ 154.717
Secundaire baten: minder uitkeringen en schuldhulpverlening	€ 94.321	€ 338.596	€ 521.438	€ 542.295	€ 563.987
Overige effecten van groepsaanbod en laagdrempelige steunpunten	Onbekend				
TOTAAL	€ 701.590	€ 2.405.933	€ 3.705.137	€ 3.853.342	€ 4.007.476

Tabel 3. Batenoverzicht per jaar

9.4 Aannames en bandbreedtes

De hoogte van de kosten en baten zijn gebaseerd op aannames. Per onderwerp schetsen we de aannames en de bron waarop deze gebaseerd zijn in bijlage 3. We hebben zoveel mogelijk gebruik gemaakt van eerdere ervaringen, uit de regio of elders. Waar dit niet beschikbaar was, hebben we in de multidisciplinaire werkgroep gezamenlijke inschattingen gemaakt.

We doen verder drie belangrijke overstijgende aannames, die te maken hebben de kosten / baten van vervolginzet ná het verkennend gesprek.

1. In de huidige situatie zijn wachtlijsten voor ggz-behandeling. De behandelcapaciteit die naar verwachting vrijkomt door afbuiging als gevolg van het verkennend gesprek, zal in eerste instantie worden ingezet voor mensen die al op de wachtlijst staan. Door deze inhaalslag neemt het gebruik van Zvw-zorg niet direct zichtbaar af. Omdat wachtlijsten geen statisch gegeven zijn en diverse factoren een rol spelen bij het ontstaan en in stand blijven ervan, is een inschatting op welke termijn de wachtlijsten als gevolg van de transformatie afnemen onzeker. Bovendien moeten deze wachtlijsten hoe dan ook weggewerkt worden (en zou dat zonder transformatie dus juist méér capaciteit vragen). In de businesscase kiezen we er daarom voor om de afbuiging van ggz-zorg niet te corrigeren voor de wachtlijsten in de ggz, maar de afbuiging volledig op te nemen als besparing.
2. Het MGN gaat naar verwachting zorgen voor minder instroom in de ggz. Om deze baten te kwantificeren, gaan we ervanuit dat deze afbuiging plaatsvindt bij verschillende patiëntgroepen. Om aannames te doen voor de financiële baten, gaan we primair uit van twee groepen:
 - a. Patiënten met een vraag naar kortdurende behandeling (typisch aangeboden binnen de Bggz, voor Common Mental Health Disorders (CMD)).

- b. Patiënten met een terugkerende vraag naar langer durende behandeling (typisch aangeboden binnen de Sggz, voor ernstig psychiatrische aandoeningen (EPA)).

Voor deze twee groepen rekenen we met een gewogen gemiddelde (80% CMD en 20% EPA). Uiteraard is de variëteit aan patiënten in de praktijk groter. We verwachten hiermee echter een reëel gewogen gemiddelde te presenteren.

3. Het MGN gaat naar verwachting zorgen voor meer instroom in het sociaal domein. Daar wordt al veel gewerkt met groepsaanbod, waarbij groepen niet altijd vol zitten. Dat betekent dat in het huidige aanbod mogelijk nog ruimte is (absorptievermogen) voor nieuwe instroom, zonder dat dit om extra capaciteit of financiering vraagt. We doen de aanname dat dit absorptievermogen 10% bedraagt. Voor de rest van de extra verwijzingen naar het sociaal domein nemen we de kosten op in de businesscase. Een fors deel hiervan komt ten laste van de gemeenten. Indien het absorptievermogen in de praktijk groter blijkt, vallen de kosten lager uit. N.B. Vanaf 2025 is per jaar een indexatie van 4% toegepast (o.b.v. indexatie zorg en welzijn 2024).

Hierbij hanteren we bandbreedtes. Wanneer de resultaten volgens de monitoring buiten deze bandbreedtes dreigen te vallen, moet worden bijgestuurd. Voorstel voor de belangrijkste bandbreedtes (grootste impact):

- Aantal verkennende gesprekken: tussen 1-2% van de volwassen bevolking in de regio per jaar, verdisconteerd naar het aantal deelnemende huisartsenpraktijken.
- Afbuiging ggz: vanaf 2025 minimaal 18% (afkappunt voor een positieve businesscase in de Zvw) en maximaal 50% (daarboven is het risico op negatieve bij-effecten te groot).
- Percentage tweede gesprekken bij verkennend gesprek maximaal 25% vanaf 2026.

9.5 Impactanalyse

De belangrijkste impact van de beschreven transformatie is een versterkte mentale veerkracht van inwoners, doordat zij op een passende manier (met eventueel zorg en/of ondersteuning) kunnen werken aan hun herstel.

Beschrijving impact per stakeholder

Inwoners zullen gaan merken dat:

- werken aan herstel niet altijd en niet alleen hoeft via behandeling in de ggz,
- ondersteuning op andere levensdomeinen bijdraagt aan herstel,
- een brede hulpvraagverheldering zorgt voor een gerichtere hulpvraag en gerichtere beantwoording van de hulpvraag.

Ggz-organisaties zullen gaan merken dat:

- zij beter passende verwijzingen maar in totaal minder verwijzingen krijgen (effect van alle functies van het MGN plus consultatie),
- zij vaker geconsulteerd worden door huisartsen en sociaal domein,
- zij meer zicht krijgen op de mogelijkheden en zienswijze in het sociaal domein,
- zij meer gaan samenwerken met partners uit andere domeinen zodat de inwoner de doelen uit het behandelplan beter en sneller kan behalen.

Huisartsen zullen gaan merken dat:

- zij verschillende vormen van ondersteuning krijgen voor het vinden van passende zorg of ondersteuning voor hun patiënten (alle functies van het MGN plus consultatie),
- zij meer zicht krijgen op de mogelijkheden en zienswijze in het sociaal domein.

Het sociaal domein zal gaan merken dat:

- het voorliggend veld en maatwerkvoorzieningen meer benut zullen worden,
- lokaal de samenwerking met huisartsen en ggz wordt versterkt,
- er andere maatschappelijke baten kunnen optreden doordat inwoner mentaal veerkrachtiger zijn, zoals: meer inwoners (duurzaam) aan het werk en minder financiële problemen.

9.6 MKBA

De totale businesscase (of maatschappelijke kostenbatenanalyse, MKBA) ziet er als volgt uit (tabel 4), weergegeven in duizenden euro's.

N.B. hierin ontbreken:

- De kwantificering van secundaire baten en herstel van inwoners, omdat we niet alle aannames hierover op voorhand voldoende kunnen onderbouwen. We zien deze effecten wel op kleine schaal bij WachtKracht. We hebben alleen de baten gekwantificeerd die we ook op grotere schaal in onderzoek elders zien (namelijk: minder uitkeringen en schuldhulpverlening) en waarvan we een relatie verwachten met het verkennend gesprek en voldoende vertrouwen hebben dat we die kunnen realiseren met de activiteiten zoals beschreven in dit plan.
- De mate waarin de regio met alternatieve vormen (herstel- en groepsgericht) meer inwoners kan bedienen dan in 1-op-1 begeleiding of behandeling.

Voor deze factoren zal de monitoring moeten gaan uitwijzen hoe groot de effecten zijn.

	2025	2026	2027	2028	2029
Kosten/jaar	€ 2.871	€ 3.994	€ 3.692	€ 3.838	€ 3.990
Baten/jaar	€ 702	€ 2.406	€ 3.705	€ 3.853	€ 4.007
Netto/jaar	-€ 2.170	-€ 1.588	€ 13	€ 16	€ 18
Kosten cumulatief	€ 3.255	€ 6.865	€ 10.557	€ 14.395	€ 18.384
Baten cumulatief	€ 733	€ 3.108	€ 6.813	€ 10.666	€ 14.673
Netto baten cumulatief	-€ 2.522	-€ 3.758	-€ 3.744	-€ 3.729	-€ 3.711

Tabel 4. MKBA, in duizenden euro's

Addendum

Transformatiemiddelen mochten oorspronkelijk worden aangevraagd voor:

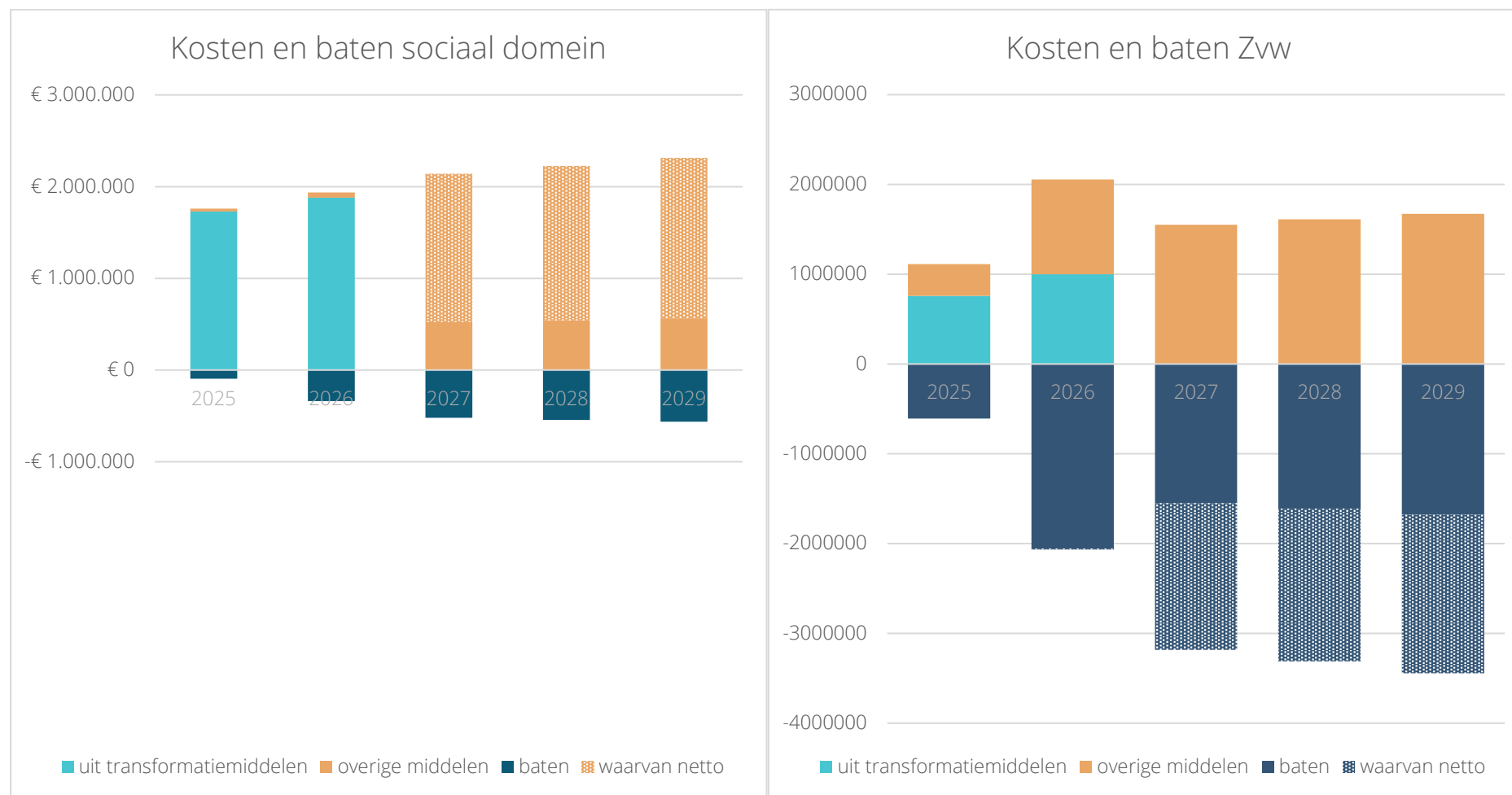
- Projectmatige (niet structurele) inzet en transformatiekosten door Zwv-partijen (WTZa / AGB).
- Projectmatige (niet structurele) inzet en transformatiekosten door sociaal domein partijen.

Via een addendum is in september 2024 bekend geworden dat ook structurele inzet in het sociaal domein, benodigd voor de transformatie, gefinancierd kan worden uit de transformatiemiddelen, waarbij de aan te vragen transformatiemiddelen zijn gemaximeerd tot de potentiële besparing in de Zwv. De uitvoering van het verkennend gesprek betreft een structurele activiteit (oorspronkelijk dus niet te financieren vanuit transformatiemiddelen). Voor de inzet van professionals werkzaam binnen de Zwv is een aparte prestatie beschikbaar. De inzet van sociaaldomeinaanbieders ten behoeve van het verkennend gesprek valt onder het addendum en kan daarmee wel worden gefinancierd uit de transformatiemiddelen.

Voor overige kosten die niet gefinancierd kunnen worden uit de transformatiemiddelen moeten andere financieringsbronnen worden aangesproken.

De businesscase per domein is grafisch weergegeven in figuur 4.

De verdeling over de verschillende domeinen en financieringsstromen is weergegeven in tabel 5.



Figuur 4. Kosten en baten per domein

N.B. Netto Zw-baten worden grotendeels ingezet als transformatiemiddelen

	Transformatiemiddelen			Overige financiering	
	Incidenteel		Structureel	Structureel	
Cumulatief	Zvw	SPUK	SD	Zvw	SD
Kosten	€ 1.761	€ 1.756	€ 1.850	€ 6.244	€ 6.774
Baten	€ 0	€ 0	€ 0	€ 12.613	€ 2.061
Netto baten	-€ 1.761	-€ 1.756	-€ 1.850	€ 6.369	-€ 4.713

Tabel 5. Verdeling van kosten en baten (2025 t/m 2029) over de domeinen en financieringsbronnen, in duizenden euro's

Zvw = zorgverzekeringswet, SPUK = Specifieke uitkering, SD = sociaal domein.

De totaal aangevraagde transformatiemiddelen zijn: € 5.367.344, waarvan:

- € 1.761.307 t.b.v. de Zvw
- € 3.606.037 t.b.v. het sociaal domein, waarvan:
 - € 1.756.282 incidenteel ('SPUK transformatiemiddelen')
 - € 1.849.755 structureel (addendum)

De netto baten voor de Zvw zijn:

- € 6.369.267 (totaal)
- € 1.001.922 (na aftrek van aangevraagde transformatiemiddelen).

N.B. Het tijdelijke rijksbudget SPUK-IZA 24 wordt verstrekt aan gemeenten en aan reeds door gemeenten gesubsidieerde en gecontracteerde organisaties voor de extra inspanningen zoals die zijn voorzien in dit transformatieplan. De gemeenten hebben getoetst dat de inzet van SPUK-transformatiemiddelen voor deze extra inspanningen van de betreffende partijen voldoen aan de eisen die de betreffende SPUK stelt aan staatssteun.

9.7 Capaciteitsanalyse

De verdeling van benodigde capaciteit per domein staat in tabel 6. In deze berekening is meegenomen:

- de benodigde extra inzet voor het opzetten en uitvoeren van het verkennend gesprek per domein, op basis van het aantal uren waarmee we hebben gerekend.
- De benodigde extra inzet voor verwijzingen naar het sociaal domein en de POH ggz, omgezet in aantal uren o.b.v. de tarieven.
- De verwachte minder inzet in de ggz door afbuiging van verwijzingen, omgezet in aantal uren o.b.v. de tarieven.
- Een netto werkbaar aantal uren per FTE van 1.446 (fulltime dienstverband min ziekte, verlof, scholing en intern organisatieoverleg).

Zie hiervoor ook de aannames in bijlage 3.

Het aantal netto FTE van de ggz is onder de aannames dat er geen wachtlijsten zijn in de ggz en de afbuiging daadwerkelijk zorgt voor minder inzet van personeel. Dit is conform de aanname die we in de businesscase hebben gedaan.

Het netto aantal FTE van het sociaal domein is onder de aanname dat alle extra verwijzingen naar het sociaal domein om extra inzet vragen. Zie daarvoor de genoemde nuancerings in paragraaf 9.6.

Netto FTE	2024	2025	2026	2027	2028	2029	Totaal
Ggz	0,3	0,0	-1,0	-3,6	-3,6	-3,6	-11,6
Sociaal domein	0,7	2,4	7,1	8,2	8,2	8,2	34,8
Ervaringsdeskundige	0,3	1,4	3,9	3,7	3,7	3,7	16,6
HA + POH ggz	0,3	0,5	1,3	0,1	0,1	0,1	2,3

Tabel 6. Impact op benodigde capaciteit per domein

9.8 KPI's

De KPI's en mijlpalenplanning zijn te vinden in bijlage 4.

9.9 Leerproces, monitoring en bijsturing

Door middel van monitoring van de inzet en resultaten (zie hoofdstuk 8) wordt bijgehouden of de kosten en baten uitpakken zoals vooraf ingeschat, in relatie tot de mijlpalen. In het bestuurlijk overleg worden afspraken vastgesteld over welke bandbreedtes geaccepteerd worden en bij welke bandbreedtes er acties in gang worden gezet om bij te sturen. Eén van die acties kan een herbeschikking zijn. Paragraaf 9.4 beschrijft een voorstel voor de belangrijkste bandbreedtes.

10. Randvoorwaarden en risico's

10.1 Randvoorwaarden

Om de transformatie te laten slagen moet een aantal randvoorwaarden worden ingevuld. Een aantal punten die binnen de invloedssfeer van de coalitie Mentaal Welbevinden liggen, hebben we al benoemd in dit plan:

- Als basis onder alle activiteiten ligt het versterken van mentale weerbaarheid en mentale vaardigheden in de samenleving, waaraan gewerkt wordt vanuit actielijn 1 van het regioplan.
- De ontwikkeling van een dekkend netwerk van laagdrempelige steunpunten (actielijn 2 van het regioplan) is van belang zodat meer hulpvragen met informele ondersteuning kunnen worden opgepakt.
- Om personeel vrij te maken voor verkennende gesprekken en opvolging daarvan (zorg en ondersteuning), moet de regio keuzes maken over hoe het schaarse personeel passend en efficiënt in te zetten. Dit doet de regio o.a. met ontwikkeling van groepsaanbod in alle domeinen. Dit zorgt ervoor dat mensen elkaar kunnen helpen en professionele inzet efficiënter wordt georganiseerd.
- De samenwerking wordt ingericht op basis van gedeelde principes, waardoor partijen elkaar scherp houden en elkaar vasthouden. Daarbij is gelijkgerichtheid tussen de betrokken partijen en in het bijzonder de zorgverzekeraars cruciaal.

De transformatie is alleen mogelijk wanneer alle betrokken partijen hieraan meewerken, door het beschikbaar stellen van mensen en middelen. Op verschillende manieren hebben we hiervoor de basis gelegd:

- Door een brede vertegenwoordiging van partijen te betrekken bij het schrijven van dit transformatieplan.
- Door de netwerkstructuur van SGJIV en TPMZ te benutten.
- Door in de businesscase niet alleen inzichtelijk te maken welke transformatiemiddelen nodig zijn, maar ook welke aanvullende financiering uit reguliere bronnen nodig is en hierover op bestuurlijk niveau al gesprekken te voeren.

De deelnemende gemeenten hebben de ambitie om de inzet van het sociaal domein gedurende de gehele periode van dit transformatieplan mogelijk te maken. De financiering van de inzet van het sociaal domein in dit transformatieplan wordt voor 2025 en 2026 geborgd met het beschikbaar stellen van IZA-transformatiemiddelen. De intentie van de gemeenten is om de inzet van het sociaal domein duurzaam te financieren vanaf 2027 en zij spannen zich hiervoor maximaal in. Medio 2026 wordt hier een definitief besluit over genomen, in afstemming met de stuurgroep. Het MGN is een samenwerkingsverband van huisartsen, organisaties uit het sociaal domein, gemeenten en ggz-organisaties. Indien gemeenten onvoldoende in staat zijn om vanaf 2027 de middelen hiervoor vrij te maken – en dus niet langer participeren in het MGN – kunnen het MGN en het Verkennend Gesprek geen doorgang vinden. In het kader van de zorgplicht van verzekeraars, wordt hiervan dan melding gemaakt bij onder andere de NZa.

10.2 Risico's

Voor de daadwerkelijke uitvoering zien we een aantal risico's, die we waar mogelijk met mitigerende maatregelen proberen te ondervangen. Door periodiek te monitoren en evalueren krijgen de partijen inzicht in de resultaten en kan zo nodig worden bijgestuurd of bijgesteld.

Experimenteren met een onzekere uitkomst

Om te beginnen gaat een transformatie altijd gepaard met onzekerheden. Op voorhand weten we niet wat we gaan tegenkomen in het proces, of alle aannames kloppen en of alle verwachte uitkomsten kunnen worden gerealiseerd. We willen met elkaar leren van ervaringen om uiteindelijk te komen tot een nieuwe werkwijze waarmee de beoogde doelen worden bereikt. Dit vraagt om ruimte om te experimenteren, en (inherent hieraan) om te mislukken: we weten immers nog niet wat wel en niet werkt. Het feit dat de transformatiemiddelen pas worden toegekend als de resultaten worden bereikt, legt een grote claim op partijen die mensen en middelen leveren. Het risico is dat partijen, wanneer zij onvoldoende comfort ervaren, hun inzet terugtrekken. Of dat een eenzijdige focus ontstaat op cijfers (zoals aantallen verkennende gesprekken en percentage afbuiging), terwijl het eigenlijke doel van de juiste zorg op de juiste plek uit beeld raakt.

Mitigerende maatregel: Het commitment van partijen die mensen en middelen leveren wordt voorafgaand aan indiening van het plan geïnventariseerd en tijdens de transformatie is dit steeds onderwerp van gesprek. In de monitoring volgen we naast kwantitatieve ook kwalitatieve baten voor een juiste beoordeling van de resultaten. Verder vragen de partijen de zorgverzekeraars om maximale ruimte te bieden voor het proces van leren, ontwikkelen en bijsturen. Tussentijds (fors) bijsturen of zelfs een opt-out moet in overleg met de verschillende partijen mogelijk zijn, als de resultaten daarom vragen.

Ontwikkelingen buiten onze invloedssfeer

Naast de complexiteit van de transformatie op zich, vindt deze ook plaats in een complexe en dynamische omgeving. Er kunnen zich omstandigheden voordoen waar de regionale partijen geen invloed op hebben die forse wijzigingen in vraag- of aanbod tot gevolg hebben ten opzichte van de huidige situatie. Denk aan maatschappelijke ontwikkelingen of crises zoals een pandemie. Dit vraagt van de partijen om het plan zo nodig gaandeweg aan te passen.

Mitigerende maatregel: De partijen vragen de verzekeraars om de uitbetaling van transformatiemiddelen niet stop te zetten wanneer omstandigheden die buiten de invloedssfeer van de partijen liggen, leiden tot het niet-behalen van de resultaten.

Uitkering van transformatiemiddelen

Transformatiemiddelen worden uitgekeerd nadat de regio aantoonbaar de bijbehorende KPI's heeft behaald. De partijen in de regio financieren de benodigde inzet dus zelf voor. Het risico is bestaat een KPI ondanks geleverde inzet niet wordt behaald (ook niet na uitstel) en dat de inzet niet gefinancierd wordt.

Mitigerende maatregel: Door monitoring heeft de regio steeds zicht op de inzet en resultaten en kan zo tijdig bijsturen. Bij niet behalen van een KPI is er mogelijkheid tot uitstel. Een aanzienlijk deel van de KPI's betreft inspannings-KPI's, waar de regio meer invloed op heeft dan op resultaat-KPI's. Door een goede samenwerking en governance kan de regio borgen dat partijen hun toegezegde inzet leveren.

Het financieel risico is hierdoor beperkt en bovendien verdeeld over een groot aantal partijen.

Investerings lange termijn

Naast de transformatiemiddelen staat voor een aantal onderdelen een aanvullende investering in de businesscase voor (met name) gemeenten (vanaf 2027). De omvang van deze investering hangt af van de mate waarin het beschikbare aanbod in het sociaal domein passend en toereikend is (of gemaakt kan worden) voor de verwachte nieuwe instroom. De financiële situatie van gemeenten kan vanaf 2026 fors verslechteren, waardoor zij mogelijk andere keuzes zullen maken. Voor de gemeenten zijn ook baten te verwachten door secundaire effecten (bijv. minder dagbesteding) en herstel, maar die zijn op voorhand moeilijk allemaal te kwantificeren en toe te wijzen aan het verkennend gesprek en daarom nog niet volledig inzichtelijk.

Mitigerende maatregel: Voor de uitvoering van het verkennend gesprek worden bestaande structuren zoveel mogelijk benut, waardoor niet alle nieuwe instroom hoeft te leiden tot extra activiteiten en financiering. Gemeenten en sociaaldomeinaanbieders kijken gezamenlijk welke activiteiten zij nu al uitvoeren, wat het absorptievermogen binnen huidige voorzieningen is, wat aanvullend ontwikkeld moet worden en wat beëindigd kan worden. In de monitoring hebben we aandacht voor secundaire effecten van herstel, dit is onderdeel van de kwalitatieve monitoring. Hiermee kunnen in potentie veel kosten bespaard worden, zoals blijkt uit de eerste resultaten van WachtKracht, een voorloper van het verkennend gesprek. Tot slot zal de regio op landelijk niveau blijven communiceren dat voor een structurele afbuiging van ggz-aanbod naar sociaaldomeinaanbod, óók een financiële verschuiving nodig is.

Arbeidsmarkt

Alle betrokken sectoren hebben nu al in meer of mindere mate te maken met arbeidsmarktproblematiek. Dit vormt een risico voor de bemensing van pilots en teams voor het verkennend gesprek: er zijn eerst extra mensen nodig voor er sprake is van afbuiging van instroom of afbouw van activiteiten. Partijen willen voorkomen dat er een wachtlijst ontstaat voor het verkennend gesprek. *Mitigerende maatregel:* Voor de bemensing wordt gekeken naar onbenut potentieel onder bestaande medewerkers, bijvoorbeeld mensen die bereid zijn om bovenop hun huidige aanstelling een aantal uren ingezet te worden voor nieuwe activiteiten. Op termijn kunnen mogelijk professionals onder supervisie van anderen ingezet worden, bijv. voor het verkennend gesprek, mits de kwaliteit overeind blijft.

Tijdpad

Het transformatieplan kent een ambitieus tijdpad.

Mitigerende maatregel: Door monitoring hebben de partijen zicht op de voortgang en resultaten en zal zo nodig bijsturing plaatsvinden. Als een KPI niet gehaald wordt op het ijkmoment, is het mogelijk om daarvoor uitstel aan te vragen en op een later moment alsnog het resultaat of de inspanning te laten zien.

Organisatieverandering

De transformatie vraagt van partijen binnen de eigen organisatie om ook veranderingen. Denk aan het anders inzetten van personeel en aanbod.

Mitigerende maatregel: Door te werken met een experimentfase en geleidelijke opschalingsfase, kunnen partijen de benodigde verandering gaandeweg doorvoeren. Omdat de veranderingen niet overal tegelijkertijd starten, is er ruimte voor enthousiaste koplopers om eerst aan de slag te gaan. Anderen kunnen eerst de ervaringen en resultaten van deze koplopers afwachten voor ze zelf aan de slag gaan.

De geleidelijke opschaling is ook doorgevoerd in de aannames en KPI's. Dat betekent dat de resultaten niet vanaf het begin volledig zichtbaar hoeven zijn, maar de regio hier gaandeweg naartoe kan groeien.

Bijlage 1. Organisaties in stuurgroep en werkgroep ontwikkeling transformatieplan

Stuurgroep

Perspectief	Organisatie
GGZ	De Dimence Groep
Gemeente	Gemeente Kampen
Huisartsenzorg	HRZ
Cliënt/Ervaringsdeskundigheid	Focus Zwolle
Sociaal domein	De Kern (via Dimence Groep)
Zorgverzekeraar	Zilveren Kruis

Tabel 7. Samenstelling stuurgroep transformatieplan

Werkgroep

Perspectief	Organisaties
GGZ	De Dimence Groep, PsyQ, RIBW Overijssel
Cliënt/Ervaringsdeskundigheid	Nexus (onderdeel van RIBW Overijssel)
Huisartsenzorg	HRZ, Medrie, Charis
Sociaal domein	ZwolleDoet!, WijZWerV (onderdeel De Dimence Groep), De Stuw
Gemeente	Zwolle, Hardenberg, Kampen, Zwartewaterland
Overstijgend	Voorzitter Netwerk TPMZ Coördinator Coalitie Mentaal Welbevinden

Tabel 8. Samenstelling werkgroep transformatieplan

Bijlage 2. Kostenoverzicht per domein per jaar

Transformatiemiddelen	2025	Waarvan: Incidenteel			Structureel	2026	Waarvan: Incidenteel			Structureel
	Totaal 2025	ggz	1 ^e lijn	SD	SD	Totaal 2026	ggz	1 ^e lijn	SD	SD
MGN opzetten										
Opzetten MGN (pilots)	€ 246.568	€ 159.934	€ 12.803	€ 73.832						
Opschalen MGN	€ 332.238	€ 211.762	€ 60.881	€ 59.596		€ 909.284	€ 579.558	€ 166.620	€ 163.105	
Projectleider	€ 214.594			€ 214.594		€ 192.352			€ 192.352	
Communicatie	€ 10.000			€ 10.000						
Scholing medewerkers VG	€ 70.190	€ 46.794		€ 23.397		€ 19.229	€ 12.819		€ 6.410	
MGN uitvoeren										
Uitvoering VG	€ 149.933				€ 149.933	€ 448.587				€ 448.587
Randvoorwaardelijke activiteiten										
Meer gebruik sociaal domein	€ 299.633				€ 299.633	€ 951.602				€ 951.602
Scholing groepsgericht werken	€ 69.322	€ 34.661		€ 34.661		€ 72.094	€ 36.047		€ 36.047	
Aanjager groepsaanbod	€ 92.477	€ 92.477				€ 96.176	€ 96.176			
Aanjagersduo's actielijn 2	€ 682.906			€ 682.906						
Algemene activiteiten										
Schrijven transformatieplan	€ 106.200	€ 3.200	€ 3.200	€ 99.800						
Monitoring	€ 140.000	€ 70.000		€ 70.000		€ 140.000	€ 70.000		€ 70.000	
Kassiersfunctie	€ 50.000	€ 50.000				€ 25.000	€ 25.000			
Stuurgroep MGN	€ 24.000	€ 9.600	€ 4.800	€ 9.600		€ 24.960	€ 9.984	€ 4.992	€ 9.984	
TOTAAL	€ 2.488.061	€ 678.427	€ 81.683	€ 1.278.385	€ 449.566	€ 2.879.283	€ 829.584	€ 171.612	€ 477.898	€ 1.400.189

Tabel 9. Kostenoverzicht aangevraagde transformatiemiddelen per domein (uitsplitsing van tabel 1)

* VG = verkennend gesprek, SD = sociaal domein

N.B. onderliggende aannames staan per gearceerd onderwerp in bijlage 3.

Kosten overige financieringsbronnen per jaar ('25-'26)	2025	Waarvan		2026	Waarvan		2027 t/m 2029
	Totaal 2025	Zvw	SD	Totaal 2026	Zvw	SD	Zie vervolgtabel hieronder
MGN uitvoeren							
Uitvoering VG	€ 349.339	€ 349.339	€ 0	€ 1.045.191	€ 1.045.191	€ 0	
Locatiekosten VG	€ 31.625	€ 0	€ 31.625	€ 59.488	€ 0	€ 59.488	
Randvoorwaardelijke activiteiten							
Meer gebruik POH ggz	€ 2.222	€ 2.222	€ 0	€ 9.970	€ 9.970	€ 0	
TOTAAL	€ 383.186	€ 351.561	€ 31.625	€ 1.114.649	€ 1.055.161	€ 59.488	

Kosten overige financieringsbronnen per jaar ('27-'29)	2027	Waarvan		2028	Waarvan		2029	Waarvan	
	Totaal 2027	Zvw	SD	Totaal 2028	Zvw	SD	Totaal 2029	Zvw	SD
MGN opzetten									
Scholing VG	€ 7.166	€ 4.777	€ 2.389	€ 7.251	€ 4.834	€ 2.417	€ 7.339	€ 4.893	€ 2.446
MGN uitvoeren									
Uitvoering VG	€ 2.108.716	€ 1.475.461	€ 633.256	€ 2.193.065	€ 1.534.479	€ 658.586	€ 2.280.788	€ 1.595.859	€ 684.929
Locatiekosten VG	€ 85.068		€ 85.068	€ 88.471		€ 88.471	€ 92.009		€ 92.009
Randvoorwaardelijke activiteiten									
Meer gebruik SD / POH ggz	€ 1.425.023	€ 15.354	€ 1.409.669	€ 1.482.024	€ 15.968	€ 1.466.056	€ 1.541.305	€ 16.607	€ 1.524.698
Algemene activiteiten									
Monitoring	€ 40.000	€ 40.000		€ 40.000	€ 40.000		€ 40.000	€ 40.000	
Stuurgroep MGN	€ 25.958	€ 15.575	€ 10.383	€ 26.997	€ 16.198	€ 10.799	€ 28.077	€ 16.846	€ 11.231
TOTAAL	€ 3.691.932	€ 1.551.167	€ 2.140.765	€ 3.837.808	€ 1.611.480	€ 2.226.328	€ 3.989.518	€ 1.674.204	€ 2.315.314

Tabel 10. Kostenoverzicht overige financieringsbronnen per domein (uitsplitsing van tabel 2)

N.B. onderliggende aannames staan per gearceerd onderwerp in bijlage 3.

Bijlage 3. Aannames t.b.v. businesscase, per onderwerp incl. bronvermeldingen

We starten met algemene aannames, inclusief aannames voor het aantal verkennende gesprekken en de tarieven voor verschillende professionals. Vervolgens geven we de aannames per onderwerp. De subkoppen corresponderen met de onderdelen uit het kostenoverzicht (MGN opzetten, MGN uitvoeren, randvoorwaardelijke activiteiten en algemene activiteiten) en batenoverzicht (minder gebruik ggz, kortere behandeling ggz, minder wachtlijsten, minder uitkeringen en schuldhulpverlening).

Algemene aannames

- In de huidige situatie zijn wachtlijsten voor ggz-behandeling. De behandelcapaciteit die naar verwachting vrijkomt door afbuiging als gevolg van het verkennend gesprek, zal in eerste instantie worden ingezet voor mensen die al op de wachtlijst staan. Door deze inhaalslag neemt het gebruik van Zvw-zorg niet direct zichtbaar af. Omdat wachtlijsten geen statisch gegeven zijn en diverse factoren een rol spelen bij het ontstaan en in stand blijven ervan, is een inschatting op welke termijn de wachtlijsten als gevolg van de transformatie afnemen onzeker. Bovendien moeten deze wachtlijsten hoe dan ook weggewerkt worden (en zou dat zonder transformatie dus juist méér capaciteit vragen). In de businesscase kiezen we er daarom voor om de afbuiging van ggz-zorg niet te corrigeren voor de wachtlijsten in de ggz, maar de afbuiging volledig op te nemen als besparing.
- Het MGN gaat naar verwachting zorgen voor minder instroom in de ggz. Om deze baten te kwantificeren, gaan we ervanuit dat deze afbuiging

plaatsvindt bij verschillende patiëntgroepen. Om aannames te doen voor de financiële baten, gaan we primair uit van twee groepen:

- Patiënten met een vraag naar kortdurende behandeling (typisch aangeboden binnen de Bggz, voor Common Mental Health Disorders (CMD)).
- Patiënten met een terugkerende vraag naar langer durende behandeling (typisch aangeboden binnen de Sggz, voor ernstig psychiatrische aandoeningen (EPA)).

Voor deze twee groepen rekenen we met een gewogen gemiddelde (80% CMD en 20% EPA). Uiteraard is de variëteit aan patiënten in de praktijk groter. We verwachten hiermee echter een reëel gewogen gemiddelde te presenteren.

- Het MGN gaat naar verwachting zorgen voor meer instroom in het sociaal domein. Daar wordt al veel gewerkt met groepsaanbod, waarbij groepen niet altijd vol zitten. Dat betekent dat in het huidige aanbod mogelijk nog ruimte is (absorptievermogen) voor nieuwe instroom, zonder dat dit om extra capaciteit of financiering vraagt. We doen de aanname dat dit absorptievermogen in het formeel en informeel voorliggend veld 10% bedraagt. Voor de rest van de extra verwijzingen naar het sociaal domein nemen we de kosten op in de businesscase. Een fors deel hiervan komt ten laste van de gemeenten. Indien het absorptievermogen in de praktijk groter blijkt, vallen de kosten lager uit.

Aantal verkennende gesprekken	Bron
Aantal inwoners in de regio: 387.623 (peildatum 1-1-2024)	CBS
Omvang doelgroep verkennend gesprek: 1 inwoner per HA per 1-2 weken komt in aanmerking, waarvan 75% van de inwoners akkoord gaat = 1,35% van de inwoners in de regio per jaar.	Huisartsenorganisatie o.b.v. volwassen patiëntpopulatie, verificatie a.d.h.v. landelijke BC
% inwoners met 2 ^e VG: aflopend door toenemende ervaring: 40% (pilots), 30% (2025), 20% (2026), 10% (2027 e.v.)	Op basis van ervaringen pilot en landelijke BC
Aantal verkennende gesprekken experimentfase: 8 pilots (1 per gemeente), 20 verkennende gesprekken per pilot	Regioplan
Aantal verkennende gesprekken opschalingsfase: in 2025 komt VG (geleidelijk) beschikbaar via 25-35% van de huisartsenpraktijken (n = 19 teams) en in 2026 (geleidelijk) via 100% (n = 77 teams).	In afstemming met regionale huisartsenorganisatie
N.B. Dit aantal gesprekken wordt meegenomen in verdere berekeningen	

Gemiddeld tarief per professional	Bron
Ggz (incl. verslavingszorg): ZPM sectie 3, ambulant, diagnostiek, gemiddelde SPV / klinisch psycholoog + reistijd • € 233,14 / uur (incl. indirecte tijd) • € 267,90 / verkennend gesprek	NZa, zorgprestatie-model
SD & EVD (inclusief LVB): social worker, o.b.v. CAO ggz & sociaal werk, schaal 8/9 • € 76 / uur (excl. indirecte tijd) • € 87 / uur (incl. beperkte indirecte tijd) • € 130 / verkennend gesprek	Kostprijs deelnemende partijen, geverifieerd a.d.h.v. kostprijsmodel bureau HHM
Huisarts en POH ggz: vacatietarieven • Huisarts: € 96,55 / uur • POH ggz: € 81,20 / uur	Regionale huisartsenorganisatie
N.B. deze tarieven worden meegenomen in verdere berekeningen	

Aannames t.b.v. MGN opzetten

Tijdsinzet opzetten MGN (experimentfase)	Bron
Indirecte tijdsinzet projectgroep (sociaal domein, ggz, EVD en HA/POH), per pilot: 3 maanden voorbereiding: gezamenlijk 12 uur per week voor overleg en regelzaken 3 maanden uitvoering & evaluatie: 8 uur per week voor overleg en regelzaken - Totaal per pilot: 260 uur	Op basis van benodigde inzet en ervaring 1 ^e pilot
Tijdsinzet opschalen MGN (opschalingsfase)	Bron
Indirecte tijd teams verkennend gesprek & consultatie, per nieuw startend team: 2 maanden: gezamenlijk 16 uur per week voor overleg en regelzaken - Totaal per team: 139 uur	Op basis van benodigde inzet en ervaring 1 ^e pilot
Regionaal projectleider verkennend gesprek & consultatie	Bron
Tijdsinzet: fulltime vanaf start pilots t/m borging in alle reguliere praktijken (2 jaar en 2 maanden)	Op basis van benodigde inzet
Uurtarief projectleider: € 95	Conform andere regionale projectleiders
Communicatiemateriaal ontwikkelen	Bron
Kosten communicatiemateriaal ontwikkelen (2025): € 10.000	Op basis van eerdere ervaring
Scholing professionals voor verkennend gesprek	Bron
Aantal te scholen medewerkers o.b.v. benodigde capaciteit voor aantal VG (max. 4 VG / professional / week naast regulier werk)	Aantal VG & inrichtingskeuzes
Scholingskosten per medewerker: €300 + 2 dagdelen tijdsinzet per deelnemer	Op basis van bestaande scholingen Pos. Gzh & HOG
Jaarlijks 10% extra scholing vanwege verloop	Factsheet arbeidsmarkt van De NL GGZ

Aannames t.b.v. MGN uitvoeren

Uitvoering verkennend gesprek	Bron
Gemiddelde tijdsinzet per professional per gesprek: • Ggz: 1 uur gesprek + 0,5 uur indirect (inbegrepen in tarief) + reistijd • SD: 1 uur gesprek + 0,5 uur indirect (deels inbegrepen in tarief) + reistijd • EVD: 0,5 uur (inzet aanvullend op de andere professionals waar nodig).	Op basis van ervaring 1 ^e pilot en VG elders
Locatiekosten voor verkennend gesprek	Bron
Locatiekosten / dagdeel: €50 + koffie/thee	Kostprijs deelnemende partijen
Aantal dagdelen o.b.v. aantal gesprekken per jaar	

Aannames t.b.v. randvoorwaardelijke activiteiten

Méér gebruik van sociaal domein	Bron
Verwijzingen sociaal domein ná verkennend gesprek: • 18% naar informeel voorliggend veld, bijv. welzijn, zelfregie en herstelinitiatief à €700 / inwoner • 7% naar formeel voorliggend veld, bijv. maatschappelijk werk à €800 / inwoner Bij deze percentages is zijn de aannames verrekend dat 20% van de inwoners reeds bekend is in het sociaal domein en 10% wordt opgevangen binnen bestaand aanbod. • 4% naar Wmo maatwerk, bijv. individuele begeleiding, dagbesteding à €3000 / inwoner	Micro kosten/batenanalyse WachtKracht, inschatting multidisciplinaire werkgroep, landelijke businesscase, onderzoek LPGGz (voorloper Mind) naar kosten/baten van zelfregie en herstelcentra + indexatie
Méér gebruik van POH ggz	Bron
Verwijzing POH ggz ná verkennend gesprek: 1,5% (2025), 2% 2026 e.v.)	Inschatting multidisciplinaire werkgroep
Kosten POH ggz ná verkennend gesprek / inwoner: 8x consulten > 20 minuten: totaal € 173	Op basis van ervaring met doelgroep voor VG & NZa
Scholing groepsgericht werken	Bron
Aantal te scholen medewerkers: 36 per jaar (GZ-psychologen)	Inschatting multidisciplinaire werkgroep
Scholingskosten per medewerker: €200 + 2 dagdelen tijdsinzet per deelnemer	Op basis van bestaande scholingen
Aanjager groepsaanbod	Bron
Tijdsinzet: halftijds in 2025 en 2026	Op basis van benodigde inzet
Uurtarief projectleider: € 95	Conform andere regionale projectleiders
Lokale aanjagersduo's laagdrempelige steunpunten	Bron
Tijdsinzet: 45 weken à 16 uur / week voor een projectleider & ervaringsdeskundige	Op basis van projectplan en begroting actielijn 2
Uurtarief: o.b.v. tarief social worker	Zie eerder

Aannames t.b.v. algemene activiteiten

Schrijven transformatieplan	Bron
Schrijven transformatieplan: • Penvoerders: € 87.000 • Inzet werkgroep: 192 uur à gemiddeld uurtarief € 100	Op basis van daadwerkelijke inzet
Monitoring	Bron
KPI-monitoring per jaar: €40.000	Op basis van inschatting multidisciplinaire werkgroep
Monitoring van kwalitatieve effecten per jaar: €100.000	Op basis van eerder geschreven onderzoeksvoorstel (nog geen financiering voor beschikbaar)
Kassiersfunctie	Bron
Domein ggz & sociaal domein: • 2025: ½ FTE controller (€ 50.000) • 2026: ¼ FTE controller (€ 25.000)	Inschatting o.b.v. benodigde activiteiten
Domein 1 ^e lijn: 100 uur / jaar (dit neemt de regionale huisartsenorganisatie voor eigen rekening, niet begroot)	Inschatting o.b.v. benodigde activiteiten
Stuurgroep MGN	Bron
Deelname door 5 bestuurders, tijdsinzet per bestuurder: 32 uur / jaar à € 150 / uur	Inschatting o.b.v. benodigde activiteiten

Aannames t.b.v. baten

Minder gebruik van ggz-aanbod	Bron
Verwijzingen ggz ná verkennend gesprek: 80%, waarvan: • Common Mental health Disorders (CMD): 80% • Ernstige psychiatrische aandoeningen (EPA): 20%	Op basis van ervaringen elders en huidig aantal niet-passende verwijzingen ggz. Voor verdeling CMD / EPA: zie algemene aannames
Vermeden kosten ggz, per inwoner: • Diagnostiek: 2u SPV + 1u klinisch psycholoog: € 746 • Behandeling CMD (+/- 80% van de doelgroep): gemiddelde kosten/patiënt (Bggz kort/middel): € 1.322 • Behandeling EPA (+/- 20% van de doelgroep): gemiddelde kosten/patiënt (Sggz, m.u.v. hoog-specialistisch, klinisch, verblijf): € 6.505 N.B. gewogen gemiddelde CMD- en EPA-doelgroep: € 2.359 / patiënt	Op basis van data ggz-partijen huidige praktijk & NZa / Zorgprestatiemodel
Kortere behandeling ggz	Bron
Kortere behandeling ná verkennend gesprek: 20%	O.b.v. overlap verwijzingen naar ggz en sociaal domein ná verkennend gesprek à 20%, waarbij ggz-behandeling naar verwachting effectiever en gericht is en daarom korter
Vermeden kosten ggz, per patiënt: gemiddeld 2 consulten à € 164,17	NZa, Zorgprestatiemodel
Minder wachtlijsten	Bron
Ggz: besparing administratietijd ter waarde van €150 / inwoner die niet op de wachtlijst komt	Inschatting ggz-partijen
Huisarts: besparing 1 consult / inwoner van 5-20 minuten (à € 11,51) die niet op de wachtlijst komt	Huisartsenorganisatie op basis van ervaring met de doelgroep

Minder uitkeringen en schuldhulpverlening	Bron
Van de mensen die ná verkennend gesprek worden verwezen naar sociaal domein: • Gaat 2% (terug) aan het werk. Dit levert een besparing op aan uitkeringen van €15.406/inwoner • Wordt bij 1% problematische schulden voorkómen. Dit levert een besparing op aan schuldhulpverlening van €9.500/inwoner.	Onderzoek maatschappelijke effecten Stadskamer Rijksoverheid Onderzoek maatschappelijke effecten Stadskamer Divosa (peil 2020 + indexatie)

Bijlage 4. KPI's en mijlpalenplanning

Voor de invulling van de specifieke onderdelen, verwijzen we naar beschrijvingen in dit transformatieplan, met name hoofdstukken 4, 6 en 7.

Omschrijving KPI	Deliverables	Type KPI	Ijkmoment	Aan te vragen bedrag per ijkmoment		
1) Transformatieplan MGN opgeleverd	Ingediend en goedgekeurd transformatieplan MGN IJssel-Vecht	Inspanning	31-03-2025	€ 106.200 waarvan:	ggz 1 ^e lijn SD	€ 3.200 € 3.200 € 99.800
2a) 8 pilots verkennend gesprek en consultatie (zoals beschreven in hoofdstuk 7.2) zijn gestart, per pilot: - is een projectteam geformeerd bestaande uit professionals uit ggz, sociaal domein en vanuit ervaringsdeskundigheid. - En is een lokaal pilotplan opgesteld waarin de regionale leidraad is vertaald in lokale werkafspraken voor de uitvoering van de pilot	8 lokale pilotplannen waarin de regionale leidraad is vertaald in lokale werkafspraken voor de uitvoering van de pilot, waarmee het projectteam aan de slag gaat	Inspanning	31-03-2025	€ 259.596 waarvan:	ggz 1 ^e lijn SD	€ 119.167 € 9.539 € 130.890
2b) 8 pilots verkennend gesprek en consultatie (zoals beschreven in hoofdstuk 7.2) zijn gereed, per pilot: - zijn het verkennend gesprek (+/- 20 gesprekken) en consultatie (naar behoefte) uitgevoerd op basis van het beschreven pilotplan - En is de uitvoering geëvalueerd.	8 lokale evaluaties van de uitgevoerde pilots verkennend gesprek en consultatie met leerpunten voor de regio	Inspanning	30-06-2025	€ 62.851 waarvan:	Ggz 1 ^e lijn SD	€ 40.768 € 3.263 € 18.820
3a) De opschalingsfase verkennend gesprek en consultatie (zoals beschreven in hoofdstuk 7.3) is voorbereid: de regionale uniforme werkwijze voor verkennend gesprek en consultatie is beschreven.	- Uniforme regionale werkwijze verkennend gesprek en consultatie - Communicatieplan opschaling verkennend	Inspanning	30-06-2025	€ 125.999 waarvan:	ggz 1 ^e lijn SD	€ 32.400 € 1.200 € 92.399

Omschrijving KPI	Deliverables	Type KPI	Ijkmoment	Aan te vragen bedrag per ijkmoment	
En het communicatieplan voor huisartsen en deelnemers is gereed.	gesprek en consultatie voor de regio				
3b) De opschalingsfase verkennend gesprek en consultatie (zoals beschreven in hoofdstuk 7.3) is in uitvoering, waarbij de volgende activiteiten aantoonbaar worden uitgevoerd: - Begeleiding van lokale teams bij opstarten verkennend gesprek & consultatie volgens lokale uitgangspunten, - faciliteren van kennisdeling en uitwisselen van leerervaringen, - monitoring van het aantal verkennende gesprekken en de resultaten daarvan, - terugkoppeling aan stuurgroep van zaken die bijsturing vragen.	Voortgangsverslag per kwartaal van de projectleider VG aan de stuurgroep, met daarin: - stand van zaken opschaling per huisartsenpraktijk, - uitgewisselde leerervaringen - aantal verkennende gesprekken en resultaten	Inspanning			
			30-03-2025	€ 66.008 waarvan:	ggz € 32.400 1 ^e lijn € 1.200 SD € 32.408
			30-09-2025	€ 82.268 waarvan:	ggz € 32.400 1 ^e lijn € 1.200 SD € 48.668
			31-12-2025	€ 133.551 waarvan:	ggz € 32.400 1 ^e lijn € 1.200 SD € 99.951
			31-03-2026	€ 95.755	ggz € 8.746



Omschrijving KPI	Deliverables	Type KPI	Ijkmoment	Aan te vragen bedrag per ijkmoment		
				waarvan:	1 ^e lijn	€ 1.248
					SD	€ 85.761
			30-06-2026	€ 95.755	ggz	€ 8.746
				waarvan:	1 ^e lijn	€ 1.248
					SD	€ 85.761
			30-09-2026	€ 119.545	Ggz	€ 8.746
				waarvan:	1 ^e lijn	€ 1.248
					SD	€ 109.551
			31-12-2026	€ 119.545	Ggz	€ 8.746
				waarvan:	1 ^e lijn	€ 1.248
					SD	€ 109.551
4) Het totaal aantal (samenwerkende) huisartsenpraktijken voor wiens patiënten het verkennend gesprek en voor wiens professionals consultatie beschikbaar is en uitgevoerd wordt door een lokaal team, volgens de regionaal uniforme werkwijze (cumulatieve aantallen op ijkmoment):		Inspanning				
10 (incl. de 8 praktijken waar reeds een pilot is gestart)	Kwantitatieve monitoring verkennend gesprek per kwartaal incl. indicator voor het aantal deelnemende huisartsenpraktijken waarvoor een team verkennend gesprek actief is.		30-06-2025	€ 34.972	ggz	€ 22.291
				waarvan:	1 ^e lijn	€ 6.408
					SD	€ 6.273

Omschrijving KPI	Deliverables	Type KPI	Ijkmoment	Aan te vragen bedrag per ijkmoment		
• 14			30-09-2025	€ 116.183 waarvan:	ggz 1 ^e lijn SD	€ 44.581 € 12.817 € 58.785
• 27			31-12-2025	€ 273.559 waarvan:	ggz 1 ^e lijn SD	€ 144.890 € 41.655 € 87.015
• 35			31-03-2026	€ 193.573 waarvan:	ggz 1 ^e lijn SD	€ 92.729 € 26.659 € 74.185
• 47			30-06-2026	€ 266.316 waarvan:	ggz 1 ^e lijn SD	€ 139.094 € 39.989 € 87.233
• 60			30-09-2026	€ 284.502 waarvan:	ggz 1 ^e lijn SD	€ 150.685 € 43.321 € 90.495
• 77 (regionaal dekkend, volgens de indeling van de regionale huisartsenorganisaties)			31-12-2026	€ 357.244 waarvan:	ggz 1 ^e lijn SD	€ 197.050 € 56.651 € 103.544
5) De regio heeft op basis van onderzoek door lokale duo's en kernteams de lokale behoefte aan zelfregie- en herstelinitiatieven (ZRHI) (volgens regionale uitgangspunten) in beeld, met als doel om toe te	Opdrachtsomschrijving aan de lokale duo's en kernteams en lijst van personen die hiertoe zijn aangesteld.	Inspanning	31-06-2025	€ 170.726 waarvan:	ggz 1 ^e lijn SD	€ 0 € 0 € 170.726



Omschrijving KPI	Deliverables	Type KPI	Ijkmoment	Aan te vragen bedrag per ijkmoment	
werken naar de inrichting van een dekkend aanbod van laagdrempelige steunpunten.					
	Voortgangsverslag van de lokale duo's aan de stuurgroep, met daarin de stand van zaken van het onderzoek naar lokale behoeftes aan ZRHI.	Inspanning	30-09-2025	€ 256.090 waarvan:	ggz € 0 1 ^e lijn € 0 SD € 256.090
	Rapportages van afgeronde lokale onderzoeken naar behoeftes aan ZRHI en lokale plannen voor de inrichting van laagdrempelige steunpunten	Inspanning	31-12-2025	€ 256.090 waarvan:	ggz € 0 1 ^e lijn € 0 SD € 256.090
6) Totaal aantal medewerkers geschoold in regionaal uniforme methodiek verkennend gesprek (cumulatieve aantallen op ijkmoment, vanaf de start van de trainingen):	Voortgangsverslag per kwartaal van de projectleider VG aan de stuurgroep, met daarin: Overzicht aantal geschoolde deelnemers.	Inspanning			
35			30-06-2025	€ 55.345 waarvan:	ggz € 36.897 1 ^e lijn € 0 SD € 18.448
55			31-12-2025	€ 14.845 waarvan:	ggz € 9.897 1 ^e lijn € 0 SD € 4.948



Omschrijving KPI	Deliverables	Type KPI	Ijkmoment	Aan te vragen bedrag per ijkmoment		
65			30-06-2026	€ 9.614 waarvan:	ggz 1 ^e lijn SD	€ 6.410 € 0 € 3.205
75			31-12-2026	€ 9.614 waarvan:	ggz 1 ^e lijn SD	€ 6.410 € 0 € 3.205
7) Totaal aantal verkennende gesprekken gevoerd volgens regionaal uniforme werkwijze (cumulatieve aantallen op ijkmoment, vanaf de start van de pilots):	Kwantitatieve monitoring verkennend gesprek per kwartaal incl. indicator voor het aantal gevoerde verkennende gesprekken.	Resultaat				
100			31-03-2025	€ 63.833 waarvan:	ggz 1 ^e lijn SD	€ 0 € 0 € 63.833
230			30-06-2025	€ 32.259 waarvan:	ggz 1 ^e lijn SD	€ 0 € 0 € 32.259
460			30-09-2025	€ 57.074 waarvan:	ggz 1 ^e lijn SD	€ 0 € 0 € 57.074
1100			31-12-2025	€ 158.814 waarvan:	ggz 1 ^e lijn SD	€ 0 € 0 € 158.814



Omschrijving KPI	Deliverables	Type KPI	Ijkmoment	Aan te vragen bedrag per ijkmoment		
1800			31-03-2026	€ 258.026 waarvan:	ggz € 17.500 1 ^e lijn € 0 SD € 258.026	
2500			30-06-2026	€ 258.026 waarvan:	ggz € 17.500 1 ^e lijn € 0 SD € 258.026	
3400			30-09-2026	€ 161.165 waarvan:	ggz € 17.500 1 ^e lijn € 0 SD € 143.665	
4300			31-12-2026	€ 161.165 waarvan:	ggz € 17.500 1 ^e lijn € 0 SD € 143.665	
8) De regio stimuleert de (door)ontwikkeling van groepsaanbod in de ggz en het sociaal domein en stelt daartoe een plan op en ontwikkelt een trainingsopzet om het groepsgericht werken bij professionals te stimuleren.						
	- Afgerond plan voor het (door)ontwikkelen van groepsaanbod - En een trainingsopzet voor het stimuleren van groepsgericht werken bij professionals	Inspanning	30-09-2025	€ 161.798 waarvan:	ggz € 127.138 1 ^e lijn € 0 SD € 34.661	

Omschrijving KPI	Deliverables	Type KPI	Ijkmoment	Aan te vragen bedrag per ijkmoment		
	Voortgangsverslag van de projectleider groepsgericht werken aan de stuurgroep, met daarin: Overzicht aantal geschoolde deelnemers in de 1^e ronde training stimuleren groepsgericht werken	Inspanning	31-03-2026	€ 84.135 waarvan:	ggz 1 ^e lijn SD	€ 66.112 € 0 € 18.024
	Voortgangsverslag van de projectleider groepsgericht werken aan de stuurgroep, met daarin: Overzicht aantal geschoolde deelnemers in de 1^e ronde training stimuleren groepsgericht werken	Inspanning	30-09-2026	€ 84.135 waarvan:	ggz 1 ^e lijn SD	€ 66.112 € 0 € 18.024
9) Van de mensen die een verkennend gesprek hebben gehad volgens de regionale uitgangspunten, in het half jaar voorafgaand aan het ijkmoment, heeft maximaal 81% als uitkomst dat een verwijzing naar de ggz passend is.	Kwantitatieve monitoring verkennend gesprek per kwartaal incl. indicator voor het aantal adviezen 'verwijzing ggz'.	Impact	Elk kwartaal (deels t.b.v. sturings-informatie)			
			30-09-2026	€ 160.583 waarvan:	ggz 1 ^e lijn SD	€ 0 € 0 € 160.583



Omschrijving KPI	Deliverables	Type KPI	Ijkmoment	Aan te vragen bedrag per ijkmoment		
			31-12-2026	€ 160.583 waarvan:	ggz 1 ^e lijn SD	€ 0 € 0 € 160.583
10) Van de mensen die een verkennend gesprek hebben gehad volgens de regionale uitgangspunten, in het kwartaal voorafgaand aan het ijkmoment, heeft minimaal 30% als uitkomst dat inzet vanuit het sociaal domein passend is.	Kwantitatieve monitoring verkennend gesprek per kwartaal incl. indicator voor het aantal adviezen ‘inzet sociaal domein’.	Impact	Elk kwartaal	Geen bedrag, KPI is t.b.v. sturingsinformatie voor de regio		
11) Van de mensen die een verkennend gesprek hebben gehad volgens de regionale uitgangspunten, in het kwartaal voorafgaand aan het ijkmoment, heeft maximaal 5% als uitkomst dat inzet van de POH ggz passend is.	Kwantitatieve monitoring verkennend gesprek per kwartaal incl. indicator voor het aantal adviezen ‘inzet POH ggz’.	Impact	Elk kwartaal	Geen bedrag, KPI is t.b.v. sturingsinformatie voor de regio		