

Nota voor Burgemeester en Wethouders

Team:

Onderwerp:

Transformatieplan ecoysteem mentale gezondheid

Notagegevens

Bestuursorgaan	: B-en-W 4-03-2025
Notanummer	: 2025-154
Datum	: 4-03-2025
Programma	: 09 - Jeugd en onderwijs
Portefeuillehouder	: Wethouder De Geest,
Bijlage(n)	: 20250217 Indieningsformat Transformatieplan GEM Midden-IJssel zonder handtekeningen (003).pdf,20250217 Transformatieplan GEM Midden-IJssel (versie 1.21).pdf,Kopie van 20250217 KPItabel Transformatieplan GEM Midden-IJssel (versie 1.21).xlsx,XZ20250120 Eindrapportage MBC Vriendendiensten (definitief).pdf

Parafering

25-02-2025: Wethouder25-02-2025: Programmamanager Meedoen (Welzijn, Zorg en Sport)

Agendering

* 27-02-2025: Teammanager Concernstaf en Adjunct-secretaris

* 26-02-2025: Gemeentesecretaris/algemeen directeur

Definitieve akkoord

4-03-2025

B & W d.d.: 4-03-2025

Besluit

1. In te stemmen met het transformatieplan "GEM ecosysteem mentale gezondheid Regio Midden IJssel 2025-2027"
2. Het onderzoek "Op waarde geschat, een onderzoek naar maatschappelijke effecten van zelfregie en herstelorganisatie Vriendendiensten" vast te stellen
3. Wethouder R.S. de Geest te machtigen om het transformatieplan "Gem ecosysteem mentale gezondheid Regio Midden IJssel 2025-2027" te ondertekenen
4. De raadsmededeling vast te stellen
5. De stukken aan te bieden aan de raad

De nota en het besluit openbaar te maken

Inleiding

Het transformatieplan gaat over het ecosysteem mentale gezondheid (GEM). Waarbij het ecosysteem bestaat uit alle betrokkenen die rondom iemand met een mentale kwetsbaarheid aanwezig zijn. GEM is een samenwerkingsverband tussen zorg (ggz en huisartsen) en het sociaal domein. Waarbij het zich nadrukkelijk richt op het versterken van de sociale basis, "het normale leven". Veerkracht en zelfregie spelen hierbij een belangrijke rol. In het transformatieplan zijn afspraken gemaakt om extra in te zetten en ondersteuning te bieden in het 'normale leven'. Het gaat hierbij om o.a. extra inzet van ervaringsdeskundigen en meer bezoekers mogelijk maken voor het zelfregiecentrum van de Vriendendiensten.

Eind 2022 is het integraal zorgakkoord (IZA) getekend. Gemeenten hebben dit akkoord mede ondertekend. Dit akkoord bevat afspraken tussen diverse partijen om de via de Zorgverzekeringswet (Zvw) gefinancierde zorg in de toekomst goed, toegankelijk en betaalbaar te houden. Veel afspraken gaan over anders werken: transformeren. Het ecosysteem mentale gezondheid (GEM) zoals dit ontwikkeld wordt in onze regio, wordt hierin genoemd als goed voorbeeld van een transformatie. Het IZA biedt mogelijkheden voor financiële middelen om deze transformatie mogelijk te maken. Deze (IZA transformatie)middelen dienen via een transformatieplan aangevraagd te worden.

Eind 2023 is het transformatieplan (zoals door het college vastgesteld op 7 november 2023) ingediend en na beoordeling door de zorgverzekeraars aangehouden. Belangrijke reden bij het aanhouden was het gegeven dat verzekeraars gemeenten niet uit het transformatie budget mogen bekostigen en dat structurele kosten niet voor vergoeding in aanmerking komen. Afgelopen jaar is er veel overleg tussen de IZA partijen geweest om dit probleem op te lossen. In 2024 is er een addendum opgesteld waarbij vergoeding van deze kosten via het transformatieplan mogelijk is geworden. In oktober 2024 is het herschreven plan opnieuw door de zorgverzekeraars beoordeeld en eind 2024 is een positieve reactie ontvangen waarbij op een aantal punten meer informatie is gevraagd. Tevens zijn de deelnemende gemeenten verzocht om de intentie uit te spreken om ook na de transformatieperiode (tot en met 2027) de structurele kosten in het sociale domein te vergoeden. Ook is er afgelopen jaar een beperkte (landelijke) set aan KPI's vastgesteld om de administratieve lasten te verlichten. In de tussentijd is tevens het landelijk programma Mentale gezondheidsnetwerken (MGN) opgestart. In het IZA is afgesproken dat iedere regio een MGN krijgt; zo ook Midden IJssel. In het voorliggende transformatieplan zijn al deze punten verwerkt.

Deze versie van het transformatieplan is een evenwichtig compromis tussen inhoudelijke ambities en wat er maximaal mogelijk is; in praktische en financiële zin. Telkens is er gekeken naar wat er wél mogelijk is om een gezamenlijke, domein overstijgende beweging in gang te zetten binnen de huidige kaders.

Het transformatieplan gaat over het ecosysteem mentale gezondheid (GEM) in de regio Midden-IJssel. Het ecosysteem gaat over alle betrokkenen die rondom iemand met een mentale kwetsbaarheid aanwezig zijn. GEM is bij uitstek een samenwerkingsverband tussen zorg (ggz en huisartsen) en het sociaal domein. Veerkracht en zelfregie spelen een belangrijke rol.

Het GEM project bestaat in Deventer sinds 2021 (gemeente Deventer, Dimence, Vriendendiensten Deventer). Een ZonMw aanvraag is in 2022 gehonoreerd voor de hele regio Midden IJssel (Olst-Wijhe, Voorst, Raalte en Deventer) om de veerkracht en zelfregie van inwoners met mentale problematiek te vergroten. Het GEM-project is per 2023 uitgebreid met (vertegenwoordiging vanuit) alle vier regiogemeenten, zorgverzekeraar Salland en huisartsencoöperatie HCDO. Vanaf 2022 is gewerkt in een aantal "veranderateliers" (werkgroepen met betrokken professionals, ervaringsdeskundigen en inwoners) aan het verbeteren van mentale gezondheid van alle inwoners van de regio Midden-IJssel. De veranderateliers gingen onder andere over anders werken in het sociaal domein, anders toelederen naar de zorg en anders werken in de zorg. GEM richt zich nadrukkelijk op het versterken van de sociale basis, het werken in groepen en op het terugdringen van (onnodig) medicalisering. Het ecosysteem zorgt voor zoveel mogelijk verbinding met het 'normale leven'. Het is dan ook voor de hand liggend om in het kader van het IZA een transformatieplan GEM te maken die de doelstellingen (en ervaringen tot nu toe) van GEM een verdere impuls kunnen geven. Het transformatieplan GEM Midden-IJssel richt zich, gezien de aard en het karakter van het IZA, specifiek op die onderdelen van GEM met een directe link met

Zorgverzekeringswet gefinancierde zorg. Hierbij is nadrukkelijk aandacht voor het effect van veranderingen in de zorg, op het sociaal domein.

Samengevat komt de transformatie zoals beschreven in het transformatieplan neer op drie veranderingen:.

1. een andere manier van intake bij de huisarts bij mentale problematiek; een verkennend gesprek. Het verkennende gesprek wordt niet gevoerd vanuit alleen het medisch domein, maar juist door twee professionals en met een brede blik: iemand die het sociale domein kent én iemand die de zorg kant kent. In dit verkennend gesprek vindt er een verschuiving van de GGZ naar het 'normale leven' plaats.

2. in het 'normale leven' vindt extra inzet en ondersteuning plaats: extra inzet van ervaringsdeskundigen en bezoekers in het zelfregiecentrum van de Vriendendiensten. Het normale leven bestaat verder nog uit onder andere de inzet van eigen regie en het inzetten van een contactpersonen voor iemand met mentale problemen.

3. in de GGZ gaat men minder individueel behandelen maar meer in groepen waardoor men per zorgprofessional meer mensen kan behandelen. Dit leidt onder andere tot kortere wachttijden én meer beschikbaarheid van ggz-professionals voor consultatie, advies en afstemming met het sociaal domein.

Het college wordt gevraagd in te stemmen met het aangepaste transformatieplan dat als bijlage is toegevoegd. En wethouder De Geest te machtigen het nu voorliggende concept transformatieplan te ondertekenen. Na instemming wordt het transformatieplan opnieuw ingediend bij de twee grootste zorgverzekeraars in regio; Salland Zorgverzekeraar en Zilveren Kruis. Zij zullen het transformatieplan vervolgens opnieuw beoordelen. Na goedkeuring door de zorgverzekeraars komen de gevraagde middelen vrij om de activiteiten te financieren, zoals beschreven in het transformatieplan. De betaling van de transformatiemiddelen gaat in termijnen over de periode van 2025 tot en met 2027. Deventer zal als kassier optreden voor de andere gemeenten. De hoogte van de jaarlijkse termijnen hangt samen met de vereiste middelen voor dat jaar.

Daarnaast wordt het college gevraagd het bijgevoegde onderzoek naar de maatschappelijke effecten van zelfregie en herstelorganisatie Vriendendiensten vast te stellen. Het onderzoek bevestigt de positieve effecten van inzet bij de Vriendendiensten in de GEM beweging en daarmee is het een goede onderbouwing voor extra inzet bij de Vriendendiensten zoals in het transformatieplan omschreven. Het onderzoek laat zien dat de inzet in de afgelopen periode van de Vriendendienst een positief effect heeft op de kwaliteit van leven, sociale netwerken, (vrijwilligers)werk, ondersteuningsbehoefte, financiële problematiek en zorggebruik.

Beoogd maatschappelijk resultaat

De doelstellingen in het transformatieplan zijn:

- * Verbeteren mentale gezondheid van alle inwoners in de regio Midden-IJssel
- * Minder maatschappelijke uitval
- * De-stigmatisering ggz
- * Effectievere zorg en ondersteuning, naar verwachting dalen de zorgkosten in de Zorgverzekeringswet op termijn
- * Verlagen druk op zorgpersoneel

* De mens in plaats van de zorg centraal (positieve gezondheid, eigen regie, veerkracht, ondersteuning sociaal domein) meer samenhang in de geboden zorg en ondersteuning voor mensen met psychische somatiek

* Naar verwachting doen zich positieve, secundaire effecten voor, op onder andere het gebied van schuldhulpverlening en participatie en minder overlast. Of dit effect ook daadwerkelijk optreedt, wordt gemonitord gedurende de periode 2025 – 2027. Het bijgevoegde onderzoek naar de maatschappelijke effecten van de Vriendendiensten geven een onderbouwing voor deze verwachting.

In het transformatieplan worden deze doelstellingen vertaald naar concrete activiteiten en afspraken voor de komende jaren (tot en met 2030); de looptijd van het transformatieplan.

Kader

- * Integraal Zorg Akkoord
- * Beleidskader van Wieg naar Werk 2023- 2026
- * Preventieplan Sociaal domein

Betrokken partijen en participatie

De direct bij het transformatieplan betrokken partijen zijn: de Huisartsen Coöperatie Deventer en Omgeving (HCDO), Vriendendiensten Deventer, de DimenceGroep, Salland Zorgverzekeraar en de vier regiogemeenten. De gemeente Deventer en de gemeente Voorst zijn lid van de 'kerncoalitie' van GEM Midden-IJssel. Deze kerncoalitie treedt gedurende de transformatieperiode op als Stuurgroep. De gemeente Voorst vertegenwoordigt in dit overleg ook de gemeente Olst-Wijhe en Raalte. De bestuurders c.q. wethouders van deze organisaties zijn verenigd in het BO Mentaal Welbevinden Midden-IJssel, dat zowel de voortgang van deze transformatie als de uitvoer van het regioplan op dit thema bewaakt.

Het transformatieplan bouwt voort op de ervaringen en gesprekken die zijn opgedaan in de veranderateliers van het GEM (ZonMw-gefinancierde) project. In de veranderateliers zijn professionals betrokken van diverse zorginstellingen en partijen uit het sociale domein. Ook ervaringsdeskundigen en inwoners zijn betrokken.

Het onderzoek is mede tot stand gekomen door verdiepende gesprekken met medewerkers, deelnemers en betrokken stakeholders.

Toelichting op participatiebeleid

n.v.t.

Argumenten voor en tegen

Voor

Dit transformatieplan sluit aan op de afspraken uit het Integraal Zorg Akkoord. Alvorens dit transformatieplan werd opgesteld diende een korte schets ter beoordeling aan de zorgverzekeraars voorgelegd te worden: een zogenaamde snelle toets. De snelle toets is voor de zomer 2023 positief doorlopen. De snelle toets is ook ondertekend door alle vier regio-gemeenten, Dit transformatieplan sluit

aan op het regiobeeld Midden IJssel waarin mentaal welbevinden een van de vijf thema's is. Op basis van dit regiobeeld heeft de regio een regioplan opgesteld, met daarin beschreven welke thema's aangepakt gaan worden. Mentale gezondheid is een van de thema's. Dit transformatieplan sluit dus aan op het in het IZA vastgestelde proces van: regiobeeld – regioplan - snelle toets – transformatieplan – uitvoeren transformatieplan.

In het transformatieplan staat beschreven hoe de effecten worden gemeten met KPI's. Het plan wordt ieder half jaar herijkt; op inhoud en financiële impact. Dit wordt gedaan aan de hand concrete proces- en resultaatindicatoren, op basis van de vier componenten van impactvolle zorgtransformaties: toegankelijkheid (kortere wachttijden), kwaliteit, betaalbaarheid en tot slotte het behouden en het ontzorgen van zorgprofessionals.

Het transformatieplan bouwt voort op de ervaringen en gesprekken die zijn opgedaan in de veranderateliers van het ZonMw-gefinancierde project mentale gezondheid.

Het onderzoek naar de maatschappelijke effecten van de Vriendendienst bevestigt de positieve waarde van extra inzet bij de vriendendienst in het transformatieplan. Het laat zien dat de inzet van de Vriendendienst een positief effect heeft op de kwaliteit van leven, sociale netwerken, (vrijwilligers)werk, ondersteuningsbehoefte, financiële problematiek en zorggebruik.

Tegen

De onduidelijkheid over de toekomstige financiering (na 2027) van de investeringen in het sociale domein.

Het onderzoek naar de maatschappelijke effecten van de Vriendendiensten belicht de grote maatschappelijke effecten in het sociaal domein en in mindere mate de (indirecte) positieve effecten in de Zorgverzekeringswet. Hiermee zou het onderzoek (ondanks de in het rapport aangegeven methodologische beperkingen) de suggestie kunnen wekken dat gezien de hoge opbrengsten in het sociale domein gemeenten geen (of minder) geld nodig zouden hebben vanuit het transformatiefonds.

Financiële consequenties en dekking

De looptijd van het plan is 2025 tot en met 2030.

De kosten tot en met 2027 van de activiteiten uit het transformatieplan (€4.778.000) worden gedekt uit de middelen die aangevraagd worden middels het transformatieplan. De financiering van het transformatieplan gaat vanuit de IZA-transformatie gelden die ter beschikking worden gesteld door VWS. De activiteiten uit het transformatieplan die bekostigd worden zijn: extra inzet van medewerkers voor het verkennende gesprek (in het sociaal domein, bij de huisarts en in de GGZ), extra inzet voor het herstelnetwerk, kosten voor het overstappen naar groepsbehandeling, projectondersteuning en voor de oprichting van een mentaal gezondheidsnetwerk. Structureel zijn in het transformatieplan de vermeden kosten voor de Zorgverzekeringswet per 2030 naar verwachting jaarlijks €1 mln. lager dan de gemaakte kosten. Deze besparing is inclusief de kosten in het sociale domein en nog zonder de verwachte positieve secundaire effecten van GEM.

Van de €4.778.000 aan kosten is €1.525.000 voor het sociale domein bestemd dat aan de gemeente Deventer zal worden overgemaakt (kassiersfunctie). De overige middelen zullen aan de Dimencegroep overgemaakt worden die de kassiersfunctie vervult voor de zorgpartijen. Het geld dat overgemaakt wordt aan Deventer is

bestemd voor de kosten voor het uitvoeren van het verkennend gesprek door professionals in het sociaal domein en voor de Vriendendiensten (zelfregie en herstel) voor de hele regio. Zodra het plan is goedgekeurd en het geld via een SPUK regeling door de gemeente is ontvangen zal de begroting gewijzigd worden. Deventer zal als kassier voor de andere gemeenten optreden en als penvoerder richting VWS optreden om de gelden te verantwoorden.

Vanaf 2028 zullen de kosten voor de zorgactiviteiten die vallen binnen de Zorgverzekeringswet door de verzekeraars worden betaald.

Vanaf 2028 zullen de kosten voor de activiteiten binnen het sociaal domein door gemeenten betaald worden. Gemeenten is verzocht de intentie uit te spreken (zie appendix 7) om de kosten van 2028 tot en met 2030 (€2.813.000) op zich te nemen. Dit in het geval er geen nieuwe (financierings)regeling vanuit het rijk komt. Aan deze intentie is expliciet toegevoegd dat gemeenten deze intentie hebben mits dit binnen de mogelijkheden van de gemeentelijke begroting past. Dit omdat de financiële mogelijkheden binnen de gemeentelijke begroting o.a. met de komst van “het ravijnjaar” nog onduidelijk zijn.

Het onderzoek naar de maatschappelijke effecten van de Vriendendienst heeft geen financiële consequenties. Het maakt inzichtelijk dat iedere euro subsidie aan de Vriendendienst €4,50 aan maatschappelijke effecten oplevert.

Openbaarmaking en communicatie

Communicatie zal samen met de partijen worden opgepakt (nadat het plan definitief is goedgekeurd)

Het onderzoek zal openbaar worden gemaakt, ministerie van VWS en de landelijke vereniging van zelfregie en herstel hebben interesse getoond in het onderzoek.

Aanpak en uitvoering

Na instemming in de colleges van Deventer, Olst-Wijhe, Voorst en Raalte wordt het transformatieplan ingediend bij de twee grootste zorgverzekeraars in de regio (Salland Zorgverzekeraar en Zilveren Kruis) die het plan vervolgens beoordelen.

Na goedkeuring door de zorgverzekeraars komen de gevraagde middelen vrij om de activiteiten te financieren, zoals beschreven in het transformatieplan.

Vanaf medio april 2025 zal worden gestart met uitvoering geven aan het transformatieplan.

Het plan wordt ieder half jaar door de in te stellen bestuurlijk overleg mentaal welbevinden herijkt op zowel inhoud als kwantificering.

RAADSMEDEDELING

Onderwerp	Transformatieplan ecostysteem mentale gezondheid		
Nummer	2025-154	Portefeuillehouder	Wethouder De Geest,
Team	DEV-BLD-MO	Datum	4-03-2025

Inleiding

Eind 2022 is het integraal zorgakkoord (IZA) getekend. Dit akkoord bevat afspraken tussen diverse partijen om de via de Zorgverzekeringswet (Zvw) gefinancierde zorg in de toekomst goed, toegankelijk en betaalbaar te houden. Veel afspraken gaan over anders werken: transformeren. Het ecosysteem mentale gezondheid (GEM) zoals dit ontwikkeld wordt in onze regio, wordt hierin genoemd als goed voorbeeld van een transformatie. Het IZA biedt mogelijkheden voor financiële middelen om deze transformatie mogelijk te maken. Deze middelen dienen via een transformatieplan aangevraagd te worden.

Eind 2023 bent u geïnformeerd (raadsmededeling 2023-1038) over het ingediende transformatieplan "GEM ecosysteem mentale gezondheid Regio Midden IJssel 2024-2028". Na beoordeling door de zorgverzekeraars is dit plan aangehouden. Belangrijke reden bij aanhouden was het gegeven dat verzekeraars gemeenten niet uit het transformatie budget mogen bekostigen en dat structurele kosten niet voor vergoeding in aanmerking komen. Afgelopen jaar is er veel overleg tussen de IZA partijen geweest om dit probleem op te lossen. In 2024 is er een addendum opgesteld waarbij vergoeding van deze kosten via het transformatieplan mogelijk is geworden. In oktober 2024 is het herschreven plan opnieuw door de zorgverzekeraars beoordeeld en eind 2024 is een positieve reactie ontvangen waarbij op een aantal punten meer informatie is gevraagd. Tevens zijn de deelnemende gemeenten verzocht om de intentie uit te spreken om ook na de transformatieperiode (tot en met 2027) de structurele kosten in het sociale domein te vergoeden. Ook is er afgelopen jaar een beperkte (landelijke) set aan KPI's vastgesteld om de administratieve lasten te verlichten. In de tussentijd is tevens het landelijk programma Mentale gezondheidsnetwerken (MGN) opgestart. In het IZA is afgesproken dat iedere regio een MGN krijgt; zo ook Midden IJssel.

In het herschreven transformatieplan zijn al deze punten verwerkt.

Deze versie van het transformatieplan is een evenwichtig compromis tussen inhoudelijke ambities en wat er maximaal mogelijk is; in praktische en financiële zin. Telkens is er gekeken naar wat er wél mogelijk is om een gezamenlijke, domein overstijgende beweging in gang te zetten binnen de huidige kaders.

Afgelopen periode is onderzoek gedaan naar de maatschappelijke effecten van zelfregie en herstelorganisatie Vriendendiensten. Het onderzoek bevestigt de positieve effecten van inzet bij de Vriendendiensten in de GEM beweging en daarmee is het een goede onderbouwing voor extra inzet bij de Vriendendiensten zoals in het transformatieplan omschreven. Het onderzoek laat zien dat de inzet in de afgelopen periode van de Vriendendienst een positief effect heeft op de kwaliteit van leven, sociale netwerken, (vrijwilligers)werk, ondersteuningsbehoefte, financiële problematiek en zorggebruik. En maakt inzichtelijk dat iedere euro subsidie aan de Vriendendienst €4,50 aan maatschappelijke effecten oplevert.

Kader

- * Integraal Zorg Akkoord
- * Beleidskader van Wieg naar Werk 2023- 2026
- * Preventieplan Sociaal domein

Kern van de boodschap

De gemeente Deventer, Olst-Wijhe, Voorst en Raalte, de Huisartsen Coöperatie Deventer en Omgeving (HCDO), Vriendendiensten Deventer en de DimenceGroep hebben een herzien transformatieplan "GEM ecosysteem mentale gezondheid Regio Midden IJssel 2025-2027"

ingediend. Het plan beoogt de mentale gezondheid van inwoners in de regio Midden IJssel te verbeteren.

Het onderzoek naar de maatschappelijke effecten van de Vriendendiensten bevestigt het beeld dat investeren in het sociaal domein (Vriendendiensten) een positief effect heeft op haar deelnemers en de samenleving. En daarmee een onderbouwing is voor (extra) inzet aan de Vriendendiensten in het transformatieplan mentale gezondheid (ecosysteem mentale gezondheid)

Nadere toelichting

Dit transformatieplan gaat over het ecosysteem mentale gezondheid (GEM) in de regio Midden-IJssel. Het ecosysteem gaat over alle betrokkenen die rondom iemand met een mentale kwetsbaarheid aanwezig zijn. GEM is bij uitstek een samenwerkingsverband tussen zorg (ggz en huisartsen) en het sociaal domein. Veerkracht en zelfregie spelen een belangrijke rol.

Het GEM project bestaat in Deventer sinds 2021 (gemeente Deventer, Dimence, Vriendendiensten Deventer). Een ZonMw aanvraag is in 2022 gehonoreerd voor de hele regio Midden IJssel (Olst-Wijhe, Voorst, Raalte en Deventer) om de veerkracht en zelfregie van inwoners met mentale problematiek te vergroten. Het GEM-project is per 2023 uitgebreid met (vertegenwoordiging vanuit) alle vier regiogemeenten, zorgverzekeraar Salland en huisartsencoöperatie HCDO. Vanaf 2022 is gewerkt in een aantal “veranderateliers” (werkgroepen met betrokken professionals, ervaringsdeskundigen en inwoners) aan het verbeteren van mentale gezondheid van alle inwoners van de regio Midden-IJssel. De veranderateliers gingen onder andere over anders werken in het sociaal domein, anders toeleiden naar de zorg en anders werken in de zorg. GEM richt zich nadrukkelijk op het versterken van de sociale basis, het werken in groepen en op het terugdringen van (onnodig) medicalisering. Het ecosysteem zorgt voor zoveel mogelijk verbinding met het ‘normale leven’. Het is dan ook voor de hand liggend om in het kader van het IZA een transformatieplan GEM te maken die de doelstellingen (en ervaringen tot nu toe) van GEM een verdere impuls kunnen geven. Het transformatieplan GEM Midden-IJssel richt zich, gezien de aard en het karakter van het IZA, specifiek op die onderdelen van GEM met een directe link met Zorgverzekeringswet gefinancierde zorg. Hierbij is nadrukkelijk aandacht voor het effect van veranderingen in de zorg, op het sociaal domein.

Samengevat komt de transformatie zoals beschreven in het transformatieplan neer op drie veranderingen:.

1. een andere manier van intake bij de huisarts bij mentale problematiek; een verkennend gesprek. Het verkennende gesprek wordt niet gevoerd vanuit alleen het medisch domein, maar juist door twee professionals en met een brede blik: iemand die het sociale domein kent én iemand die de zorg kant kent. In dit verkennend gesprek vindt er een verschuiving van de GGZ naar het ‘normale leven’ plaats.
2. in het ‘normale leven’ vindt extra inzet en ondersteuning plaats: extra inzet van ervaringsdeskundigen en bezoekers in het zelfregiecentrum. Het normale leven bestaat verder nog uit onder andere de inzet van eigen regie en het inzetten van een contactpersonen voor iemand met mentale problemen.
3. in de GGZ gaat men minder individueel behandelen maar meer in groepen waardoor men per zorgprofessional meer mensen kan behandelen. Dit leidt onder andere tot kortere wachttijden én meer beschikbaarheid van ggz-professionals voor consultatie, advies en afstemming met het sociaal domein.

De doelstellingen in het transformatieplan zijn:

- * Verbeteren mentale gezondheid van alle inwoners in de regio Midden-IJssel
- * Minder maatschappelijke uitval
- * De-stigmatisering ggz
- * Effectievere zorg en ondersteuning, naar verwachting dalen de zorgkosten in de zorgverzekeringswet op termijn
- * Verlagen druk op zorgpersoneel

- * De mens in plaats van de zorg centraal (positieve gezondheid, eigen regie, veerkracht, ondersteuning sociaal domein) meer samenhang in de geboden zorg en ondersteuning voor mensen met psychische somatiek
- * Naar verwachting doen zich positieve, secundaire effecten voor, op onder andere het gebied van schuldhulpverlening en participatie en minder overlast.

In het transformatieplan worden deze doelstellingen vertaald naar concrete activiteiten en afspraken voor de komende 6 jaar (tot en met 2030); de looptijd van het herziene transformatieplan.

De vriendendiensten Deventer is een regionaal zelfregie- en herstelorganisatie, en heeft als missie om de mentale gezondheid van mensen met (beginnende) mentale klachten, psychische kwetsbaarheid of psychosociale problemen te verbeteren. Dit doen ze door een omgeving te creëren waar mensen hun mentale balans, stabiliteit en veerkracht kunnen terugvinden of vergroten. Vriendendiensten werkt vanuit een bottom up benadering, co creatie met deelnemers waarbij peer-support, ervaringsdeskundigheid en ervaringskennis een belangrijke rol spelen. De vriendendienst wordt door de gemeente Deventer gesubsidieerd. Om beter inzicht te krijgen in de maatschappelijke effecten die worden behaald met de inzet van de Vriendendiensten, afgezet tegen de subsidie die de gemeente verstrekt is een onderzoek gedaan.

Het onderzoek is tot stand gekomen na analyse, literatuuronderzoek, verdiepende gesprekken met medewerkers, deelnemers en betrokken stakeholders van de Vriendendiensten. Het onderzoek laat zien dat naast de waardevolle plek die Vriendendiensten biedt deze ook een maatschappelijke waarde heeft in financiële zin. Iedere gesubsidieerde euro levert €4,50 aan maatschappelijk effect op. Met name doordat deelnemers minder professionele ondersteuning vanuit de WMO en Zorgverzekeringswet nodig hebben, financiële problemen worden voorkomen en deelnemers gaan meer (vrijwilligers)werk doen waarbij een uitkering voorkomen wordt.

Indieningsformat: Transformatieplan impactvolle zorgtransformatie voor beoordeling

Dit indieningsformat kunnen indieners en beoordelaars van een plan voor impactvolle zorgtransformatie gebruiken om snel inzichtelijk te maken of een transformatieplan aan de criteria en voorwaarden voldoet voor een impactvolle zorgtransformatie. Het format kan worden gebruikt als oplegger bij het transformatieplan en geeft een beknopte samenvatting van de onderdelen van het plan.

Voor indieners: Vul hieronder in de naam van het plan, indienende partijen inclusief handtekening en contactpersoon
Naam plan: Transformatieplan GEM: Ecosysteem Mentale Gezondheid Regio Midden-IJssel 2025 – 2027
Indienende partijen: DimenceGroep, Gemeente Deventer, Gemeente Voorst, Gemeente Olst-Wijhe, Gemeente Raalte, HCDO en Vriendendiensten Deventer
Handtekening per indienende partij: zie pagina 4
Contactpersoon namens indienende partijen (naam, organisatie, emailadres en telefoonnummer): Harm Gijsman, Dimence, h.gijsman@dimence.nl / via secretariaat: 0570 604 200

Beoordeling transformatieplan

Het transformatieplan wordt beoordeeld, teneinde te toetsen of wordt voldaan aan onderstaande voorwaarden zoals beschreven in het IZA.

A. Voorwaarden transformatieplan

Beoordelingskader: Criterium/voorwaarde	Toelichting:	Voor indieners: Licht hieronder toe op welke manier in het plan wordt voldaan aan de voorwaarde	Voor beoordelaars: Geef hieronder aan of wordt voldaan
Er ligt een transformatieplan met SMART-geformuleerde afspraken (concreet, meetbaar en toetsbaar) die bijdragen aan het bereiken van passende zorg, om de toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid van zorg inclusief het behouden en ontzorgen van zorgprofessionals te borgen.	<i>Toelichting: Dit met een beschrijving van de wijze waarop deze doelen bereikt worden (al dan niet gefaseerd), verantwoordelijkheden van partijen, een tijdplanning.</i>	<p>Dit transformatieplan verbetert het mentaal welbevinden van de inwoners van de regio Midden-IJssel; één van de vijf belangrijkste thema's uit het regiobeeld. Dit bereiken we door het ecosysteem mentale gezondheid ('GEM') uit te bouwen en flexibel samen te werken. Hiermee vergroten we de veerkracht en zelfregie van inwoners en stimuleren we positieve gezondheid.</p> <p>De GEM-transformatie in Midden-IJssel kent vijf doelen: minder maatschappelijke uitval, destigmatisering, ggz als netwerkonderdeel (i.p.v. stap in de keten), effectievere zorg en ondersteuning en het verlagen van de druk op het zorgpersoneel.</p> <p>In het transformatieplan vertalen wij deze perspectieven en lange termijn doelstellingen naar concrete doelen en afspraken voor over drie jaar: de looptijd van het transformatieplan. In deze drie jaar schalen we op van wat ooit begon als proeftuin in Deventer naar een brede uitrol in de hele regio Midden-IJssel. GEM vormt in feite een structurele, regionale samenwerkingsvorm.</p> <p>De inrichting van het Mentaal Gezondheidsnetwerk (MGN) Midden-IJssel is ook onderdeel van het transformatieplan. Qua inhoud en schaalgrootte past deze ontwikkeling perfect binnen de transformatie. Het verkennend gesprek is tevens één van de onderdelen van het MGN, dus de integratie in dit plan is een logische stap.</p> <p>Hoofdstuk 5 (vanaf pagina 66) bevat (o.a.) een overzicht van:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitoringsafspraken (paragraaf 5.1) - Fasering en mijlpalen van de uitrol (paragraaf 5.2) - De governancestructuur, inclusief rol- en taakverdeling van het BO Mentaal Welbevinden in de regio Midden-IJssel, de stuurgroep, en projectorganisatie. Het transformatieplan wordt ieder half jaar herijkt op inhoud en kwantificering in het BO (paragraaf 5.3) - Risico's en mitigerende maatregelen (paragraaf 5.5) 	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
Er is sprake van een positieve (maatschappelijke) businesscase waaruit blijkt op welke wijze de transformatie gaat bijdragen aan passende zorg en/of andere IZA-doelen (waaronder kwaliteit van zorg), voor de in het IZA genoemde doelgroepen en resultaten.	<i>Toelichting: Een business case betekent dat wordt uitgewerkt wat de kosten zijn en wat de opbrengsten. De reden dat er "(maatschappelijke) business case" staat houdt in dat de opbrengsten niet alleen financieel hoeven te zijn, maar ook een maatschappelijk positieve impact kunnen betreffen (bijvoorbeeld verhogen kwaliteit of toegankelijkheid van zorg).</i>	<p>Hoofdstuk 3 (vanaf pagina 30) beschrijft de maatschappelijke meerwaarde van de GEM transformatie. Dit is onder andere uitgewerkt in een 'effectenboom', waarin uitgangspunten, uitwerking en te realiseren effecten staan weergegeven.</p> <p>Binnen hoofdstuk 3 is ook expliciet aandacht voor secundaire effecten van de GEM-transformatie; positieve maatschappelijke ontwikkelingen die indirect voortkomen uit deze transformatie (zie paragraaf 3.2), wat de consequenties voor het sociaal domein zijn en welk onderzoek</p>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee

		<p>we daarvoor willen plegen (3.3), hoe die zich verhouden tot in september 2024 aangenomen addendum op de beoordeling van transformatieplannen (3.4) en de beoogde effecten van het MGN in Midden-IJssel (3.5).</p> <p>In hoofdstuk 4 (vanaf pagina 44) zijn de kosten en baten gekwantificeerd. De transformatie leidt tot een structurele netto besparing van 0,975 miljoen euro per jaar in 2030. De totale structurele besparing van de transformatie in de Zvw is 8,6 miljoen over de periode 2025 – 2030.</p> <p>Dit transformatieplan is een voorstelbare toekomst, en geen voorspelbare toekomst. De kwantificering geeft inzicht in de te realiseren effecten en de omvang ervan. Deze kan niet los worden gezien van goede monitoringafspraken en de noodzaak om het plan minimaal ieder jaar te herijken.</p> <p>Dit biedt de mogelijkheid om binnen de toegekende transformatiemiddelen aanpassingen te doen, ten behoeve van meevallende en tegenvallende resultaten binnen de business cases van het transformatieplan.</p>	
<p>Er is met de betrokken partijen een zorgvuldige impactanalyse gedaan voor de voorzienbare effecten van het transformatieplan op (waar van toepassing):</p> <ol style="list-style-type: none"> Patiënten en burgers (kwaliteit, veiligheid en toegankelijkheid van zorg); De betrokken zorgaanbieders (o.a. bedrijfsvoering, personeel, ICT- en andere en infrastructuur en vastgoed); én De rest van de zorgketen. 	<p><i>Toelichting: Daarbij wordt het plan gezien in een bredere context, waaronder regionale en landelijke afspraken met als doel om de toegankelijkheid, kwaliteit, betaalbaarheid van zorg inclusief behouden en ontzorgen van zorgprofessionals te borgen.</i></p>	<p>Het transformatieplan is in nauwe samenwerking opgesteld met alle betrokken organisaties (zie 'Inleiding' op pagina 5).</p> <p>In hoofdstuk 3 (vanaf pagina 30) zijn de effecten van GEM uitgewerkt naar alle vier (hiernaast genoemde) componenten van impactvolle zorgtransformaties. Per onderdeel staat beschreven wat gaat veranderen en hoe dit wordt gemeten.</p> <p>Hoofdstuk 4 (vanaf pagina 44) bevat de kwantitatieve impactanalyse van de GEM transformatie. In dit hoofdstuk staat telkens kort beschreven wat de omvang, kosten, vermeden kosten en vereiste transformatiemiddelen zijn per onderdeel. Hierbij is ook aangegeven hoe de kwantificering tot stand is gekomen.</p> <p>Appendix 3 bevat de (financiële) impact van ieder onderdeel van de GEM-transformatie per betrokken partij. Per onderdeel is de financiële impact (omzetstijging, -daling en eventueel te ontvangen transformatiemiddelen) per partij per jaar (2025 – 2030) in kaart gebracht.</p>	<p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee</p>
<p>Executiekraft en gelijkgerichtheid tussen en binnen alle bij het transformatieplan betrokken partijen ten aanzien van het transformatieplan zijn (aantoonbaar) georganiseerd.</p>	<p><i>Toelichting: Door middel van een implementatieplan met aandacht voor (project)organisatie, capaciteit, mijlpaalplanning en besluitvorming. Er is aantoonbaar commitment op de consequenties van de transformatie op hun organisatie. In het geval van ziekenhuizen geldt dat inclusief de afspraken met het Medisch Specialisten Bedrijf (MSB) in het ziekenhuis.</i></p>	<p>Paragraaf 5.4 (vanaf pagina 72) gaat in op de projectorganisatie. Hierin staat de rol- en taakverdeling van de gehele projectorganisatie uitgewerkt. De eerste aanspreekpunten per organisatie zijn de Stuurgroeleden. Zij zijn primair verantwoordelijk voor het behoud van gelijkgerichtheid binnen hun eigen organisatie en tussen de organisaties die betrokken zijn uit de realisatie van het transformatieplan. Zij zijn daarmee zowel de motor voor executiekraft als voor de vereiste gelijkgerichtheid.</p> <p>In het aparte Excelexport zijn alle KPI's opgenomen, conform het landelijke format. Aan iedere KPI is een uit te keren bedrag van transformatiemiddelen gekoppeld.</p> <p>Alle deelnemende partijen zijn aantoonbaar gecommitteerd. De bestuurders ondertekenden eerder al de 'snelle toets', en nu het transformatieplan. Er is tevens een intentieverklaring van alle vier betrokken gemeenten opgenomen t.a.v. hun commitment voor voorzetting na afloop van de transformatieperiode (Appendix 7).</p> <p>De vereiste gelijkgerichtheid van deelnemers (paragraaf 5.3.2) en van zorgverzekeraars (paragraaf 1.8) staat uitgebreid toegelicht in het plan.</p> <p>Zorgverzekeraar Salland is lid van de Stuurgroep GEM Midden-IJssel. Als beoordelaars van het transformatieplan tekenen zij niet mee. Zij zijn echter nauw betrokken bij alle facetten van GEM in Midden-IJssel; zo ook bij de totstandkoming van het plan.</p>	<p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee</p>
<p>De in het transformatieplan geformuleerde afspraken voor de transformatie worden binnen vijf jaar behaald.</p>	<p><i>Toelichting: Dit moet blijken uit de planning/mijlpalen die staan beschreven in het plan.</i></p>	<p>De laatste mijlpaal is 1-12-2027; ruim 2,5 jaar na de start van de transformatie. Meerdere onderdelen zijn al (ruim) binnen de periode van 3 jaar getransformeerd.</p>	<p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee</p>

In het transformatieplan wordt (indien van toepassing) beschreven wat de impact is van de transformatie ten aanzien van duurzaamheid in de zorg.	<i>Toelichting: Het transformatieplan draagt waar mogelijk bij aan het verminderen van de klimaat- en milieu-impact van de betreffende zorg, of mag deze in ieder geval niet vergroten t.o.v. de huidige situatie. Partijen besteden (indien van toepassing) in hun plan waar van toepassing (beknopt) aandacht aan veranderingen in het gebruik van gebouwen, reizenbewegingen van personeel en patiënten, geneesmiddelen en ICT. Een gedetailleerde doorrekening van bijvoorbeeld de CO₂-voetafdruk is daarbij niet noodzakelijk.</i>	Paragraaf 3.6 ('Effecten van GEM-transformatie op de verschillende IZA-doelen en opschaalbaarheid') bevat een korte beschrijving van de impact van deze transformatie op duurzaamheid.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> N.v.t.
--	--	--	--

Overige aspecten (situationeel van toepassing)

In aanvulling op bovenstaande voorwaarden onder A. is er nog een aantal aspecten waar bij de beoordeling (indien van toepassing) naar wordt gekeken en die bedoeld zijn om vooraf rekening mee te houden voor een succesvolle impactvolle transformatie.

Beoordelingskader: Aspect	Toelichting:	Voor indieners: Licht hieronder (indien van toepassing) toe op welke manier in het plan met dit aspect wordt omgegaan	Voor beoordelaars: Geef hieronder aan of dit aspect adequaat wordt geadresseerd dan wel niet van toepassing is
In het transformatieplan is helder beschreven welke gelijkgerichte (contract) afspraken ter facilitering van de transitie noodzakelijk zijn om de doelstellingen te behalen en voor welke periode.	<i>Toelichting: Dit is een vraag met het oog op de mededingingswet. Beschrijf hier waarom de gelijkgerichtheid proportioneel is ten opzichte van de beoogde transformatiedoelstellingen en dat deze niet breder of langer wordt ingezet dan nodig.</i>	Paragraaf 1.8 (pagina 17) is gewijd aan de vereiste gelijkgerichtheid om de transformatie te laten slagen. In deze paragraaf worden ook de landelijk opgestelde vragen t.a.v. noodzaak van gelijkgerichte contractering beantwoord. Daarnaast staat in paragraaf 5.3.2 (pagina 71) ook concreet beschreven wat er vanuit de deelnemende partijen vereist is.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> N.v.t.
Voor zorgaanbieders die in de transitie volume afbouwen, zijn niet vrijblijvende afspraken over het tempo van afbouw van fte en organisatiekosten onderdeel van het plan evenals transparantie over de realisatie van die afspraken.	<i>Toelichting: Indien er sprake is van afbouw van volume bij een of meerdere zorgaanbieders, moet in het transformatieplan worden opgenomen hoe dit zich vertaalt in afbouw van fte en organisatiekosten.</i>	Appendix 3 bevat een uiteenzetting van de kwantificering van ieder onderdeel van de GEM-transformatie. Per onderdeel staat per jaar weergegeven welke afbouw wanneer gerealiseerd wordt.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> N.v.t.
In het transformatieplan wordt onderbouwd wat de best passende schaal is voor de transformatie (individueel, lokaal, regionaal of landelijk).	<i>Toelichting: Het betreft dus geen voorstellen voor de desbetreffende zorgaanbieders waarbij beter kan worden aangesloten bij andere initiatieven of die effectiever of efficiënter (boven)regionaal of landelijk kunnen worden opgepakt. Voor de eerstelijns kan het ook gaan om subregionale plannen.</i>	In de regio Midden-IJssel hebben partijen een eigen invulling gegeven aan het landelijke GEM-gedachtegoed; passend bij de uitdagingen, bestaande infrastructuur en de gedeelde oplossingen in de regio. Zo sluit GEM in de regio Midden-IJssel naadloos aan op het regioplan Midden-IJssel. Paragraaf 1.5 gaat nader in op de overeenkomsten en verschillen tussen dit transformatieplan en GEM Landelijk. Een dergelijke transformatie leent zich zeer goed voor uitrol op regionaal niveau. Immers, alle partijen in een regio vormen al een ecosysteem. Zij hebben elkaar nodig om samen de juiste zorg en ondersteuning te kunnen bieden. Kleiner dan regionaal heeft onvoldoende schaal om impact te hebben en dekt bovendien niet alle onderdelen van de (zorg)transformatie. Bovenregionale uitrol maakt de onderlinge verhoudingen te complex en te 'dun'. De regio Midden-IJssel sluit bovendien goed aan bij de gewenste schaalgrootte voor GEM-transformaties, zoals beschreven door GEM Landelijk (ca. 200.000 inwoners).	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> N.v.t.
Bij kleinere initiatieven wordt in het transformatieplan beschreven welke mogelijkheden er zijn tot opschaalbaarheid, dan wel in welke fase van de implementatie hier naar wordt gekeken.	<i>Toelichting: Om kleinere initiatieven in aanmerking te laten komen voor impactvolle transformaties, moet er sprake zijn van (potentiële) opschaalbaarheid. In een deel van de initiatieven is van tevoren al duidelijk dat een transformatie opschaalbaar is; in dat geval wordt dit beschreven in het transformatieplan. In een deel van de initiatieven kan op voorhand niet met zekerheid worden gezegd of er sprake is van opschaalbaarheid, bijvoorbeeld omdat de beoogde transformatie zich nog moet bewijzen; in dat geval wordt in het</i>	Het GEM-gedachtegoed is goed op te schalen naar andere regio's. Sterker nog, niet alleen in de regio Midden-IJssel, maar ook in Noord-Veluwe, de Achterhoek, Amsterdam en Nijmegen wordt gewerkt aan impactvolle zorgtransformaties op basis van GEM. De gebundelde kennis uit deze regio's maakt uitrol in andere regio's eenvoudiger. Tijdens het schrijven van het transformatieplan voor de regio Midden-IJssel is er afstemming geweest met de regio's Noord-Veluwe en de Achterhoek. Het is logisch om ook bij de feitelijke uitvoer van de transformatie zowel met GEM Landelijk als met de andere regio's regelmatig af te stemmen.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> N.v.t.

	<i>transformatieplan als mijlpaal opgenomen in welke fase van de implementatie wordt gekeken naar opschikbaarheid.</i>	Het transformatieplan van de regio Midden-IJssel is geschreven vanuit de huidige situatie. De impactvolle zorgtransformatie is de verandering ten opzichte van de huidige inrichting. Deze insteek maakt het eenvoudiger voor potentiële nieuwe regio's om te bepalen of en zo ja in welke mate, de gevraagde transformatie op dezelfde wijze kan worden gerealiseerd. (Zie ook paragraaf 3.6; vanaf pagina 42)	
Indien het transformatieplan digitale transformaties omvat, kan de verbinding worden gelegd met het Kenniscentrum Digitale Zorg.	<i>Toelichting: Het Kenniscentrum Digitale Zorg zijn kennis en ervaring op het gebied van innovatie, medisch advies, zorginkoop, gezondheidsrecht, ethiek, data en kunstmatige intelligentie gebundeld. Daarmee kunnen partijen worden ondersteund bij het versnellen van de implementatie van relevante digitale zorgtoepassingen.</i>	Paragraaf 3.6 ('Effecten van GEM-transformatie op de verschillende IZA-doelen en opschikbaarheid') bevat een korte beschrijving van de impact van deze transformatie op digitalisering.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> N.v.t.

B. Transformatiemiddelen (indien van toepassing)

Indien er in het plan voor een impactvolle transformatie om inzet van transformatiegelden wordt gevraagd, dient aan onderstaande voorwaarden te worden voldaan. (Indien er geen sprake is van de inzet van transformatiemiddelen, kan deel C. weggelaten worden uit de oplegger bij de indiening van het plan.)

<p>Voor indieners: Geef hieronder aan of er sprake is van een aanvraag voor de inzet van transformatiemiddelen</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee</p> <p>Indien ja, vul hier het gevraagde bedrag in (uitgesplitst naar sectoren):</p> <p>MSZ: €</p> <p>Huisartsenzorg: €</p> <p>Wijkverpleging: €</p> <p>GGZ: € 3.205.500 (betreft incidentele transformatiemiddelen ggz, en de projectkosten in de periode 2025 t/m 2027, aangezien DimenceGroep optreedt als kassier)</p> <p>Overig: € 1.574.500 (betreft incidentele transformatiemiddelen sociaal domein & structurele kosten Wmo, vergoed via transformatiemiddelen in de periode 2025 t/m 2027; gemeente Deventer is hiervoor kassier)</p> <p><i>Bovenstaande bedragen zijn gebaseerd op de huidige kwantificering en betreffen alleen de transformatiegelden (dus los van structurele impact); geaccumuleerd over de gehele looptijd van het transformatieplan (2025 t/m 2027).</i></p>

Beoordelingskader: Voorwaarde	Toelichting:	Voor indieners: Licht hieronder toe op welke manier blijkt dat het plan in lijn is met het uitgangspunt	Voor beoordelaars: Geef hieronder aan of aan het uitgangspunt wordt voldaan
De transformatie kan op korte termijn niet anders bereikt, substantieel versneld en/of opgeschaald worden dan door inzet van transformatiemiddelen.	<i>Toelichting: Dit is een vraag met het oog op de mededingingswet. Beschrijf hier waarom voor de transformatie transformatiemiddelen nodig zijn en dit niet binnen de reguliere contractafspraken kan worden opgelost.</i>	<p>Zoals beschreven in de introductie van hoofdstuk 4 (vanaf pagina 44) is deze transformatie, waar veel verschillende partijen, gefinancierd vanuit verschillende wetten, bij betrokken zijn niet op een andere manier te realiseren dan door de inzet van transformatiemiddelen.</p> <p>Waar het verschuivingen binnen reguliere zorg betreft, is dit verwerkt in een omzetsjijging c.q. daling bij de betreffende partijen. Voor overige onderdelen van de transformatie worden er transformatiemiddelen aangevraagd.</p> <p>We maken in het transformatieplan onderscheid naar inzet van transformatiemiddelen ten behoeve van twee soorten kosten:</p> <ul style="list-style-type: none"> Incidentele transformatiekosten zijn eenmalige uitgaven, zoals specifieke trainingen (voor bijvoorbeeld het verkennend gesprek), ICT-investeringen (inrichting van datawarehouses, aansluiten op ICT-systemen) en eenmalige kosten t.a.v. coördinatie/infrastructuur en monitoring van het MGN. Structurele kosten Wmo t.b.v. transformatie zijn tijdelijk vanuit transformatiemiddelen vergoede kosten, zoals de inzet van de gespreksvoerder sociaal domein bij het verkennend gesprek of de inzet van (betaalde) ervaringsdeskundigen binnen het Herstelnetwerk. Dit zijn structurele kosten die, onder voorwaarden, in de periode 2025 t/m 2027 vergoed worden vanuit de transformatiemiddelen. 	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee

<p>Het betreft een éénmalige investering voor de standbrenging van de beoogde transformatie.</p>	<p><i>Toelichting: Dus geen structurele kosten; deze moeten, indien van toepassing, uit de reguliere zorgcontractering betaald worden. Afbouw en uitfaseren van activiteiten/desinvesteringen en niet via de tarieven te bekostigen aanloopkosten kunnen hier wel onder vallen. Dat geldt ook voor de transformatie van onroerend goed.</i></p>	<p>Zoals hierboven vermeld: waar het verschuivingen binnen reguliere zorg betreft, is dit verwerkt in een omzetstijging c.q. daling bij de betreffende partijen. Voor overige onderdelen van de transformatie worden er transformatiemiddelen aangevraagd.</p> <p>Alle transformatiemiddelen zijn eenmalig; ook de transformatiemiddelen voor het sociaal domein. In Appendix 7 staat de intentieverklaring van de vier gemeenten om ook na 2027 structureel in te blijven zetten op de GEM-beweging vanuit reguliere middelen.</p>	<p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee</p>
<p>De inzet van transformatiemiddelen is gekoppeld aan concrete transformatieafspraken.</p>	<p><i>Toelichting: De transformatieafspraken kunnen het karakter hebben van inspanningsverplichting en waar mogelijk en/of resultaatsverplichting die beide goed moeten kunnen worden gemonitord. Waar mogelijk en van toepassing worden transformatiemiddelen toegekend in batches, gekoppeld aan tussentijdse mijlpalen. Betaling vindt plaats op basis van de realisatie van deze transformatieafspraken, die transparant gedeeld worden.</i></p>	<p>In het aparte Exceldocument zijn alle KPI's opgenomen, conform het landelijke format. Aan iedere KPI is een uit te keren bedrag van transformatiemiddelen gekoppeld.</p> <p>Het meten van de proces- en uitkomstindicatoren begint al direct in 2025. In paragraaf 5.1 beschreven op welke onderdelen er wordt gemonitord door de projectorganisatie.</p>	<p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee</p>
<p>In het transformatieplan is duidelijk aangegeven hoe de aangevraagde transformatiemiddelen worden ingezet bij de verschillende zorgsectoren en de betrokken partijen.</p>	<p><i>Toelichting: De indienende partijen maken onderling afspraken welk deel van de transformatiemiddelen wordt toegeschreven aan de verschillende sectoren: MSZ, GGZ, huisartsenzorg, wijkverpleging. Indien (een deel van) de transformatiemiddelen niet aan deze sectoren kan worden toegeschreven, wordt in het plan onderbouwd waarom dit zo is.</i></p>	<p>Paragraaf 4.2 geeft een overzicht van de beoogde inzet van alle aangevraagde transformatiemiddelen, en de structurele baten en lasten die volgen uit de transformatie.</p> <p>Appendix 3 bevat een uiteenzetting van de kwantificering van ieder onderdeel van de GEM-transformatie. Per onderdeel staat per jaar 2025 – 2030 weergegeven hoe de omvang, kosten, vermeden kosten en frictiekosten zijn opgebouwd. Dit geeft een gedetailleerd inzicht in de beoogde inzet van de transformatiemiddelen.</p>	<p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee</p>
<p>Er is geen sprake van dubbele financiering dan wel financiering van zaken waarvoor andere gealloceerde middelen beschikbaar zijn.</p>	<p><i>Toelichting: Er mag geen sprake zijn van vergoeding van transformatiekosten binnen reguliere contractafspraken die ook vergoed worden door middel van transformatiemiddelen. Indien er sprake is van transformatiemiddelen, kan er geen sprake zijn van andere subsidies of additionele middelen voor zover de kosten worden gedekt door de transformatiemiddelen.</i></p>	<p>De aangevraagde transformatiekosten hebben nadrukkelijk alleen betrekking op frictiekosten en uitbreiding van de projectorganisatie ten behoeve van de transformatie.</p> <p>De projectondersteuning wordt vanaf 2026 stapsgewijs afgebouwd. In 2027 is er geen externe inhuur meer.</p> <p>Daar waar het reguliere zorg en/of ondersteuning betreft, zijn de veranderingen in de Wmo/ Zvw verwerkt in de reguliere inkoopafspraken. (structurele impact: omzetstijging c.q. omzetsdaling). Dit is per onderdeel c.q. per organisatie ook weergegeven in de kwantitatieve overzichten. Er is dus geen sprake van dubbele financiering.</p> <p>Zie ook de uitkomst van de staatssteuntoets in Appendix 7. Er wordt voldaan aan de eisen die de betreffende SPUK stelt aan staatssteun.</p>	<p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee</p>

De mentale gezondheid in de regio Midden-IJssel vormt een grote uitdaging. We kunnen dit alleen samen oplossen. Daarom vergroten we de veerkracht en zelfregie van alle inwoners in regio Midden-IJssel via GEM; ecosysteem mentale gezondheid.

Wij bekrachtigen dit door middel van ondertekening van het transformatieplan GEM Midden-IJssel. We committeren ons, na goedkeuring, aan de realisatie van dit transformatieplan.



Leontine V
Lid Raad v

Handtekening wordt getoond als DimenceGroep instemt met transformatieplan



Handtekening wordt getoond als College van B&W gemeente Olst-Wijhe instemt met transformatieplan

South Compagner
Wethouder sociaal domein



Rob de Geest
Wethouder sociaal domein

Handtekening wordt getoond als College van B&W gemeente Deventer instemt met transformatieplan



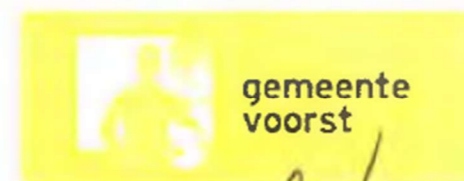
Handtekening wordt getoond als HCDO instemt met transformatieplan

Ine van Son
Directeur



Gerria Toeter
Wethouder sociaal domein

Handtekening wordt getoond als College van B&W gemeente Raalte instemt met transformatieplan



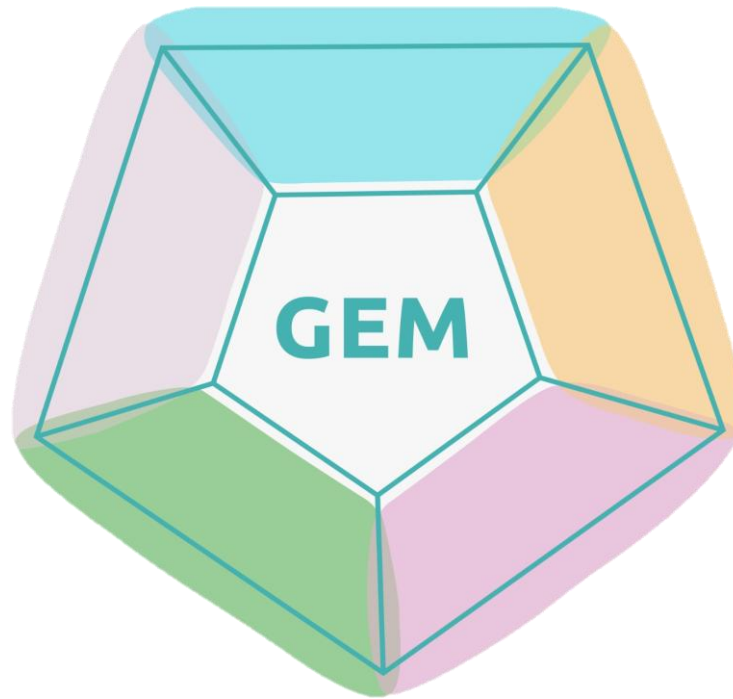
Peter Wormskamp
Wethouder sociaal domein

Handtekening wordt getoond als College van B&W gemeente Voorst instemt met transformatieplan



Lori van Egmond
Directeur

Handtekening wordt getoond als Vriendendiensten instemt met transformatieplan



Transformatieplan GEM

Ecosysteem Mentale Gezondheid

Regio Midden-IJssel 2025 – 2027

inclusief oprichting Mentaal Gezondheidsnetwerk Midden-IJssel



Versie: 1.21 – 17 februari 2025

Herziene versie na 2^e beoordeling

Zie versie met groen gearceerde tekst als 'track changes' om de wijzigingen t.o.v. versie 1.1 te zien. Zie ook toelichting op beoordeling in separaat document

Samenvatting

Mentale gezondheid is een zeer actueel thema in Nederland. De zorgvraag stijgt en de wachtlijsten lopen op. Dit geldt ook voor de regio Midden-IJssel (Deventer, Voorst, Raalte en Olst-Wijhe). In het Regioplan Midden-IJssel is mentaal welbevinden één van de vijf belangrijkste thema's.

In de regio Midden-IJssel wordt mentaal welbevinden onder andere bevorderd door het Ecosysteem Mentale Gezondheid; kortweg GEM. Dit model gaat uit van het vergroten van veerkracht en zelfregie van het individu, en bestaat in Deventer al sinds 2021. GEM wordt genoemd als één van de goede voorbeelden in het Integraal Zorgakkoord (IZA). Het bestuurlijk overleg van GEM wordt gevormd door Vriendendiensten Deventer, Dimence Groep, Salland Zorgverzekeraar, huisartsenorganisatie HCDO en de gemeenten Deventer, Voorst, Raalte en Olst-Wijhe.

GEM heeft oog voor de samenloop van psychische klachten en bestaansonzekerheid. GEM zet in op minder maatschappelijke uitval; destigmatisering; ggz als netwerkonderdeel; effectievere zorg en ondersteuning; en het verlagen van de druk op zorgpersoneel.

Om dit te bereiken, zijn uitgangspunten geformuleerd. Het gedachtegoed van GEM is vertaald naar wat er nodig is in de regio Midden-IJssel. Ook de inrichting van alle vier functies van het Mentale Gezondheidsnetwerk (eveneens een IZA-afspraken) is onderdeel van dit transformatieplan. Het is een plan op maat, met concrete doelen én stappen. Hierbij bouwen we zoveel mogelijk voort op wat al staat. Wat goed is, wordt versterkt; niet vervangen. Daarnaast zet GEM in op het 'verkennd gesprek', als onderdeel van het normale leven, én als onderdeel van het 'Mentale Gezondheidsnetwerk' (MGN).

Het verkennd gesprek wordt daar ingezet waar er behoefte is aan meerdere perspectieven (sociaal domein, GGZ, POH GGZ) ten aanzien van de inwoner met psychische klachten. Aan de hand van vier vragen kijk je samen wat er nodig is: zorg, ondersteuning, een zinvolle dagbesteding, of (nog) iets anders. Verder worden mensen aangemoedigd om een 'contactpersoon' mee te nemen naar een verkennd gesprek. Iemand die contact houdt; er is, -en verder niets.

We gaan telkens uit van groepen. Behandeling in de (s)ggz kan in groepen. Mensen kunnen zich ook aansluiten bij groepen van de bestaande zelfregiecentra in de vier gemeenten. Daarbij wordt de inzet van ervaringsdeskundigen vanuit het Herstelnetwerk Deventer verdubbeld. Zo kunnen meer inwoners - in groepen- leren van elkaar.

Ook (zorg)professionals worden aangemoedigd groepen te vormen. In deze groepen vindt consultatie plaats tussen sociaal domein, huisarts en ggz. Ook kan men leren door vanuit verschillende achtergronden te werken aan verkennende gesprekken, het transfermechanisme, informatievoorziening wachttijden en domeinoverstijgend casuoverleg (tezamen de vier functies van het MGN).

Zelfregie, positieve gezondheid en veerkracht zijn cruciale componenten in de transformatie. Een transformatie die telkens de balans zoekt tussen diversificatie en het creëren van voldoende samenhang. Vernieuwen, en het tegelijkertijd simpel houden. Transformatiemiddelen worden ingezet om deze transformatie mogelijk te maken. De beoogde effecten van GEM als ecosysteem zijn zowel kwalitatief (o.a. betere toegankelijkheid en betere regionale samenwerking) als kwantitatief (o.a. structurele verlaging van de Zvw-kosten van de ggz).

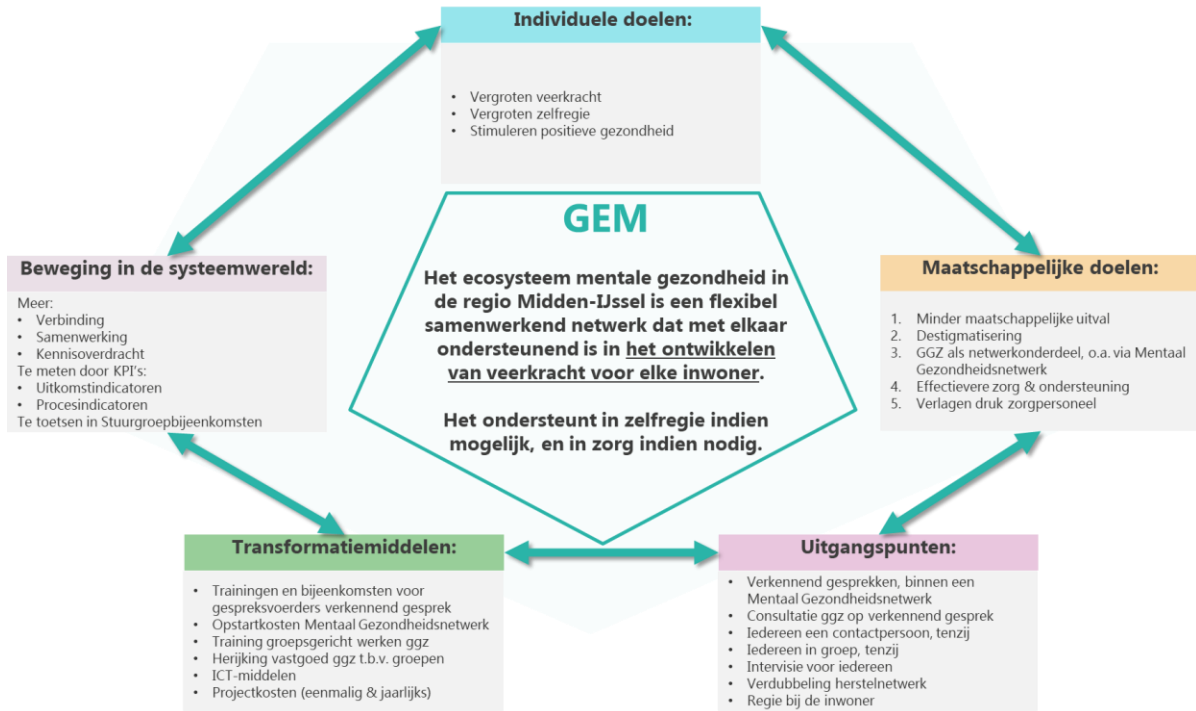
Alle componenten uit het transformatieplan, inclusief de vereiste projectorganisatie zijn gekwantificeerd. **De netto, cumulatieve besparing voor de hele regio is nu geraamd op ca. 0,975 miljoen per 2030 (besparingen Zvw minus transformatiemiddelen en structurele kosten Wmo).**

De vier betrokken gemeenten hebben voor de volledige looptijd van het transformatieplan hun commitment afgegeven. Dit hebben zij bevestigd in een addendum, dat bijgevoegd is bij dit plan.

Tijdens de looptijd van het transformatieplan (2025 tot en met 2027) wordt het plan jaarlijks door de stuurgroep op inhoud én op kwantificering beoordeeld. Hiervoor zijn proces- en uitkomstindicatoren vastgesteld. De Stuurgroep is verantwoordelijk voor borging en draagvlak binnen de betrokken organisaties. Zij worden ondersteund door een goede projectorganisatie.

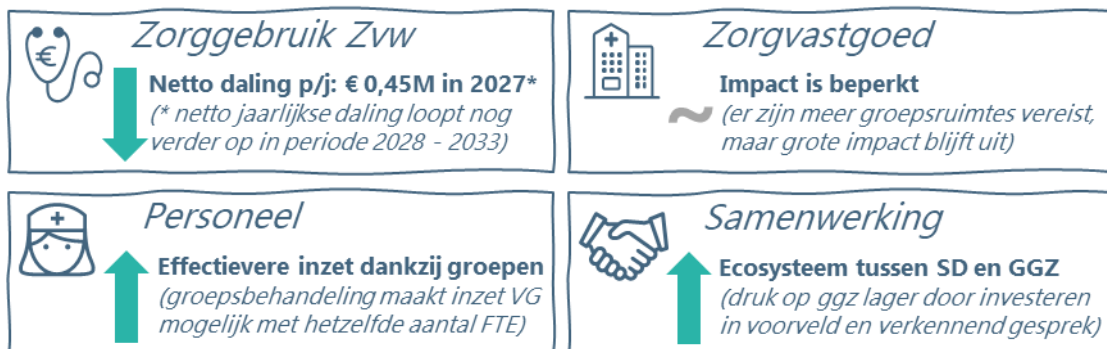
Schematische weergave inhoudelijke en kwantitatieve basis GEM-transformatie

Het transformatieplan GEM Midden-IJssel is opgebouwd vanuit een inhoudelijke visie, vertaald naar individuele doelen, maatschappelijke doelen en uitgangspunten. Daarbij zijn ook de vereiste transformatiemiddelen en bewegingen in de systeemwereld uitgewerkt.



Transformatieplan GEM – regio Midden-IJssel en IZA-kaders

In het IZA worden ‘impactvolle transformaties’ gedefinieerd als er sprake is van substantiële impact op het zorggebruik in de Zvw, de inzet van personeel, regionale herverdelingsvraagstukken en/of omvang van het zorgvastgoed. Dit transformatieplan heeft positieve effecten op deze vier onderdelen:



Figuur 1 Uitkomsten op de vier pijlers van impactvolle transformaties

In het transformatieplan GEM Midden-IJssel zijn de verschillende onderdelen gekwantificeerd, om zo de structurele impact op de Zvw, Wmo en Wlz inzichtelijk te maken. Daarbij maken we onderscheid tussen structurele baten, structurele lasten en transformatiemiddelen (tijdelijke middelen om de transformatie te realiseren) in de komende drie jaar. De volgende pagina toont de business case op één pagina.

Business case transformatieplan GEM-regio Midden-IJssel

Hieronder staan de business case, aangevraagde transformatiegelden en de structurele effecten per GEM-onderdeel, uitgesplit over de jaren 2025 t/m 2030. Zie voor een nadere toelichting per onderdeel hoofdstuk 4.

Business case GEM Midden-IJssel (in EURk) - op hoofdlijnen	2025	2026	2027	2028	2029	2030	
A. Structurele kosten en opbrengsten (Zvw)							
Modulaire ggz- vermeden kosten - Zvw - o.b.v. behandeling in groepen	274,3	573,3	1.198,1	1.251,9	1.308,1	1.366,8	
Verkennd gesprek- vermeden kosten door deelname Verkennd Gesprek (ggz-gebruikers)	103,4	324,2	643,6	873,1	997,2	1.042,0	
Verkennd gesprek- vermeden kosten door deelname Verkennd Gesprek (niet-ggz-gebruikers)	10,2	32,0	63,5	86,2	98,4	102,9	
Zelfregie en herstel- vermeden kosten - Zvw - o.b.v. gemiddelde ggz-kosten per inwoner	29,4	30,7	32,1	33,5	35,0	36,6	
Zelfregie en herstel- vermeden kosten - Zvw - o.b.v. EPA-kosten - deelnemers met ggz-behandeling	65,4	138,0	216,3	226,1	236,2	246,8	
Totaal structurele opbrengsten (vermeden kosten)	482,7	1.098,2	2.153,6	2.470,7	2.675,0	2.795,1	
Verkennd gesprek: Personeelskosten GGZ-professional	(80,7)	(252,9)	(502,1)	(681,2)	(778,0)	(813,0)	
Totaal structurele kosten	(80,7)	(252,9)	(502,1)	(681,2)	(778,0)	(813,0)	
Totaal - Structurele kosten en opbrengsten (Zvw)	402,0	845,3	1.651,5	1.789,5	1.896,9	1.982,1	Totaal
<i>Cumulatief - structurele besparing Zvw</i>	<i>402,0</i>	<i>1.247,3</i>	<i>2.898,7</i>	<i>4.688,3</i>	<i>6.585,2</i>	<i>8.567,3</i>	8.567,3
B. Incidentele transformatiemiddelen (incl. projectkosten)							
Projectkosten (eenmalig en jaarlijks)	(839,1)	(475,8)	(336,7)	-	-	-	
Modulaire ggz - transformatiemiddelen (trainingskosten, vacatiegelden)	(420,7)	(439,5)	(459,3)	-	-	-	
Verkennd gesprek - transformatiemiddelen (trainingskosten, vacatiegelden, bijeenkomsten)	(65,6)	(34,3)	(42,4)	-	-	-	
Oprichtingskosten Mentaal Gezondheidsnetwerk	(140,0)	-	-	-	-	-	
Totaal - Incidentele transformatiemiddelen (incl. projectkosten)	(1.465,4)	(949,7)	(838,4)	-	-	-	
C. Structurele kosten Wmo (vergoed via transformatiemiddelen)							
Verkennd gesprek - Personeelskosten Sociaal Domein professional	(65,7)	(206,0)	(408,9)	-	-	-	
Zelfregie en herstel: Operationele kosten herstelnetwerk	(269,2)	(281,3)	(293,9)	-	-	-	
Totaal - Structurele kosten Wmo (vergoed via transformatiemiddelen)	(334,9)	(487,3)	(702,8)	-	-	-	Totaal
Totaal - Transformatiemiddelen	(1.800,3)	(1.437,0)	(1.541,2)	-	-	-	(4.778,5)
D. Structurele kosten Wmo (via gemeentelijke financiering)							
Verkennd gesprek - Personeelskosten Sociaal Domein professional	-	-	-	(554,7)	(633,6)	(662,0)	
Zelfregie en herstel: Operationele kosten herstelnetwerk	-	-	-	(307,1)	(320,9)	(335,3)	
Totaal - Structurele kosten Wmo (vergoed via transformatiemiddelen)	-	-	-	(861,8)	(954,5)	(997,4)	Totaal
<i>Cumulatief - structurele kosten Wmo</i>	<i>-</i>	<i>-</i>	<i>-</i>	<i>(861,8)</i>	<i>(1.816,3)</i>	<i>(2.813,7)</i>	(2.813,7)
Netto effect transformatie (= baten Zvw -/- transformatiemiddelen -/- structurele kosten Wmo)	-1.398,3	-591,7	110,2	927,7	942,4	984,8	
<i>Cumulatief - netto effect transformatie</i>	<i>(1.398,3)</i>	<i>(1.990,0)</i>	<i>(1.879,7)</i>	<i>(952,1)</i>	<i>(9,6)</i>	<i>975,2</i>	
							Totaal
							975,2

Tabel: Verkennd Gesprek

Structureel effect Verkennd gesprek op de Zvw - in EURk	2025	2026	2027	2028	2029	2030
Opbrengsten / vermeden kosten						
Vermeden kosten door deelname Verkennd Gesprek (ggz-gebruikers)	103,4	324,2	643,6	873,1	997,2	1.042,0
Vermeden kosten door deelname Verkennd Gesprek (niet-ggz-gebruikers)	10,2	32,0	63,5	86,2	98,4	102,9
Totaal	113,6	356,2	707,1	959,3	1.095,7	1.144,9
Operationele kosten - Zvw						
Personeelskosten GGZ-professional	(80,7)	(252,9)	(502,1)	(681,2)	(778,0)	(813,0)
Totaal	(80,7)	(252,9)	(502,1)	(681,2)	(778,0)	(813,0)
Gesaldeerd - structureel effect op Zvw (+/-) Verkennd Gesprek	32,9	103,3	205,0	278,1	317,6	331,9
Operationele kosten - Wmo						
<i>Operationele kosten lopen via Wmo vanaf 2028* - tot die tijd via transformatiemiddelen</i>				(554,7)	(633,6)	(662,0)
Transformatiemiddelen - totaal	(131,3)	(240,3)	(451,3)			
Waarvan structurele kosten Wmo (vergoed via transformatiemiddelen)*	(65,7)	(206,0)	(408,9)	-	-	-

* Betreft personeelskosten Sociaal Domein-professional

Tabel: Zelfregie

Structureel effect Zelfregie en herstel op de Zvw - in EURk	2025	2026	2027	2028	2029	2030
Opbrengsten / vermeden kosten						
Vermeden kosten - Zvw - o.b.v. gemiddelde ggz-kosten per inwoner	29,4	30,7	32,1	33,5	35,0	36,6
Vermeden kosten - Zvw - o.b.v. EPA-kosten - deelnemers met ggz-behandeling	65,4	138,0	216,3	226,1	236,2	246,8
Totaal	94,8	168,7	248,4	259,6	271,2	283,4
Gesaldeerd - structureel effect op Zvw (+/-) Zelfregie & Herstel	94,8	168,7	248,4	259,6	271,2	283,4
Operationele kosten						
<i>Operationele kosten lopen via Wmo vanaf 2028 - tot die tijd via transformatiemiddelen</i>				(307,1)	(320,9)	(335,3)
Transformatiemiddelen - totaal	(269,2)	(281,3)	(293,9)			
Waarvan structurele kosten Wmo (vergoed via transformatiemiddelen)*	(269,2)	(281,3)	(293,9)	-	-	-

* Uitbreiding herstelnetwerk loopt via Vriendendiensten Deventer, maar leidt tot extra inzet bij alle 5 aangesloten partijen

Tabel: Modulaire ggz

Structureel effect Modulaire ggz op de Zvw - in EURk	2025	2026	2027	2028	2029	2030
Opbrengsten / vermeden kosten						
Vermeden kosten - Zvw - o.b.v. behandeling in groepen	274,3	573,3	1.198,1	1.251,9	1.308,1	1.366,8
Totaal	274,3	573,3	1.198,1	1.251,9	1.308,1	1.366,8
Operationele kosten						
N.v.t.						
Gesaldeerd - structureel effect (+/-) Modulaire ggz	274,3	573,3	1.198,1	1.251,9	1.308,1	1.366,8
Transformatiemiddelen - totaal	(420,7)	(439,5)	(459,3)			
Waarvan structurele kosten Wmo (vergoed via transformatiemiddelen)*	-	-	-	-	-	-

Inleiding

In september 2022 werd het Integraal Zorgakkoord (IZA) ondertekend. In het IZA zijn allerlei afspraken gemaakt die de zorg in Nederland beter én houdbaar maken. Het IZA richt zich op integrale, domeinoverstijgende afspraken; zo ook tussen sociaal domein, huisarts en ggz. In Deventer (en omliggende gemeenten in Midden-IJssel) bestond een dergelijke samenwerking al langer; in de vorm van het Ecosysteem Mentale Gezondheid; kortweg GEM. Sterker nog, GEM Deventer wordt genoemd als goed voorbeeld in het IZA. Het opstellen van een transformatieplan GEM Midden-IJssel is een logische volgende stap om impactvolle, domeinoverstijgende afspraken vorm te geven én te realiseren.

Het is belangrijk om ons te realiseren dat dit transformatieplan impactvolle zorgtransformaties beschrijft, maar op zichzelf 'een' onderdeel is van het (veel) grotere geheel. Dit blijkt bijvoorbeeld uit de doelgroep van dit transformatieplan: inwoners van de regio Midden-IJssel met psychische problematiek. Een omvangrijke groep, maar de *groepsdoelen* van de gemeenten zijn breder dan deze *doelgroep*. De groepsdoelen betreffen alle inwoners; ons allemaal. We willen en moeten met elkaar anders gaan denken over (mentale) gezondheid. Deze bredere transitie is al ingezet; GEM is hierbij een kapstok.

In de tussentijd is ook het landelijk programma Mentale Gezondheidsnetwerken (MGN) opgestart. In het IZA is afgesproken dat iedere regio een MGN krijgt; zo ook Midden-IJssel. De onderdelen van een MGN zijn noodzakelijke elementen bij het verder ontwikkelen van een ecosysteem mentale gezondheid. Derhalve is het inrichten van het MGN integraal onderdeel van dit transformatieplan.

Het transformatieplan volgt de lijnen uit het beoordelingsformat van IZA voor impactvolle zorgtransformaties. Dit format leidt tot gespecificeerde bedragen aan transformatiemiddelen en structurele impact op Zvw, Wmo en Wlz tot en met 2030. De bedragen in dit plan moeten worden gezien als een 'voorstelbare toekomst': de uitkomst van het laten 'stollen' van de huidige aannames. Een jaarlijkse herijking van het plan en het actief monitoren en bijsturen op alle afspraken is derhalve integraal onderdeel van het plan.

Totstandkoming plan

Dit transformatieplan is opgebouwd aan de hand van verschillende informatiebronnen, waaronder interviews, data-aanleveringen en verslagen van bijeenkomsten waaronder 'GEM VeranderAteliers'. In totaal zijn 43 mensen gesproken; sommigen meerdere keren. Alle direct betrokken partijen (zorgverzekeraar, gemeenten en (zorg)aanbieders) hebben kwantitatieve en kwalitatieve gegevens aangeleverd. Het opstellen van dit transformatieplan was niet mogelijk geweest zonder de actieve en bevlogen opstelling van alle betrokkenen.

Het transformatieplan is getoetst door de -voor dit plan opgerichte- inhoudelijke werkgroep, de initiatiefnemers van GEM ('GEM Landelijk') en door enkele andere inhoudelijke sleutelfiguren. De conceptversies van het transformatieplan zijn van commentaar voorzien door de leden van de Stuurgroep en de bestuurders. Het rekenmodel waarbij ter kwantificering bedrijfsgevoelige informatie is verwerkt is door twee controllers volledig nagelopen.

Het oorspronkelijke plan is in november 2023 ingediend, en van feedback voorzien door de coördinerende zorgverzekeraars. Deze herziene versie bevat alle aanpassingen en aanvullingen die volgden voorafgaand aan (april – oktober 2024), en na de tweede beoordeling van december 2024.

Deze versie van het transformatieplan is een evenwichtig compromis tussen inhoudelijke ambities en wat er maximaal mogelijk is; in praktische en financiële zin. Telkens keken we naar wat er wél mogelijk is om een gezamenlijke, domeinoverstijgende beweging in gang te zetten binnen de huidige kaders.

Inhoudsopgave

1. Visie: transformatie ecosysteem mentale gezondheid (GEM) in Midden-IJssel	7
1.1 Waarom transformatie?	7
1.2 Transformatiedoelen	10
1.3 Uitleg GEM	10
1.4 Inwoner- en cliëntperspectief als integraal onderdeel van GEM	12
1.5 Vertaling visie GEM naar regionale situatie Midden-IJssel	14
1.6 Wat gemeenten al doen ten behoeve van mentaal welbevinden	17
1.7 Nieuw evenwicht	17
1.8 Vereiste gelijkgerichtheid om transformatie te laten slagen	17
2. Inhoudelijke uitgangspunten en afspraken GEM in Midden-IJssel	21
2.1 Uitgangspunten van de GEM-transformatie	22
2.2 Van uitgangspunten naar afspraken voor de transformatie	27
3. Maatschappelijke meerwaarde van de GEM-transformatie	30
3.1 Effecten van GEM op de inwoners van de regio Midden-IJssel	30
3.2 Secundaire effecten van GEM-transformatie	36
3.3 GEM-transformatie in relatie tot het sociaal domein	37
3.4 Inzet van transformatiemiddelen t.b.v. sociaal domein (conform addendum).....	37
3.5 GEM-transformatie in relatie tot Mentale Gezondheidsnetwerk Midden-IJssel	39
3.6 Effecten van GEM-transformatie op de verschillende IZA-doelen en opschaalbaarheid	42
4. Impactanalyse GEM-transformatie.....	44
4.1 Impactanalyse per GEM-onderdeel	45
4.2 Financiële impact GEM-transformatie per partij	62
4.3 4.3 Onderlinge samenhang tussen de verschillende GEM-onderdelen	64
4.4 Samenhang transformatieplan GEM Midden-IJssel met andere afspraken.....	65
5. Realisatieplan GEM-transformatie, inclusief monitoring en fasering	66
5.1 Monitoring: aan de hand van KPI's en overall projectmonitoring	66
5.2 Fasering meet- en evaluatiemomenten transformatieplan	68
5.3 Actief bijsturen	69
5.4 (Taken en rolverdeling) projectorganisatie en Stuurgroep GEM.....	72
5.5 Risico's en mitigerende maatregelen	73
5.6 Commitment op het transformatieplan van betrokken partijen	77
Appendix 1 Verklarende woordenlijst	78
Appendix 2 Literatuur en referenties	79
Appendix 3 Nadere uitwerking kwantificering transformatie Midden-IJssel	81
Appendix 4 Nadere uitleg uitgangspunten t.b.v. training en praktijk.....	94
Appendix 5 Nadere toelichting op wat gemeenten al doen t.b.v. mentaal welbevinden	106
Appendix 6 Index handreiking opstellen MGN transformatieplan	110
Appendix 7 Intentieverklaring gemeenten Midden-IJssel	112

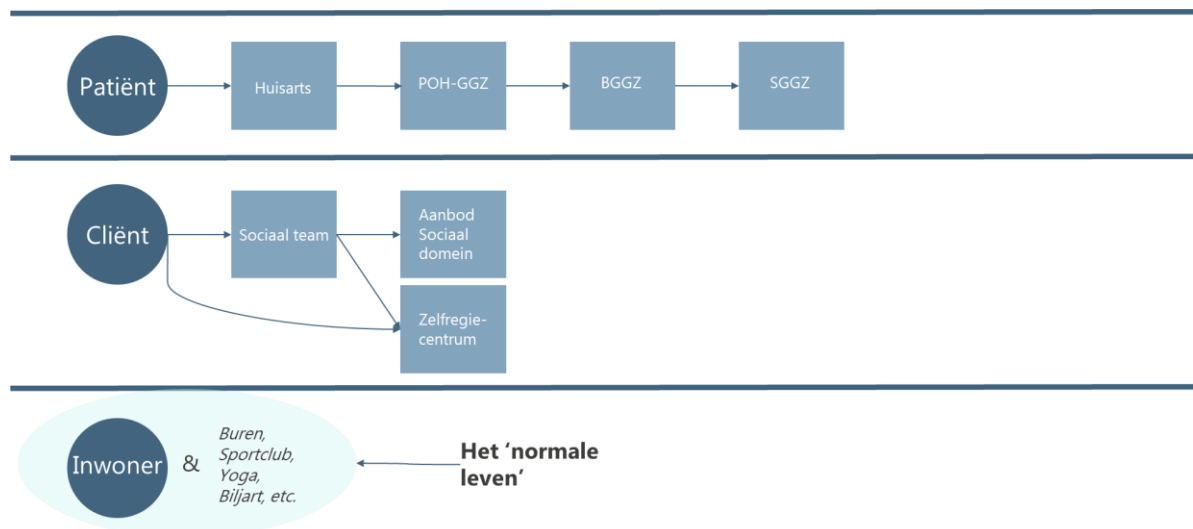
1. Visie: transformatie ecosysteem mentale gezondheid (GEM) in Midden-IJssel

In dit hoofdstuk wordt toegelicht waarom GEM een impactvolle zorgtransformatie is. GEM gaat over het verbeteren van mentale gezondheid; een actueel thema in Nederland én in de regio Midden-IJssel. Mentaal welbevinden is één van de vijf thema's uit het regioplan Midden-IJssel. In Deventer, Voorst, Raalte en Olst-Wijhe werken ggz-aanbieders, huisartsen, zelfregie- en herstelorganisaties, gemeenten en zorgverzekeraars samen aan betere zorg en ondersteuning bij psychische problemen. Dit doen zij vanuit het gedachtegoed van GEM: ecosysteem mentale gezondheid.

Deze impactvolle zorgtransformatie leidt tot minder maatschappelijke uitval; destigmatisering; ggz als netwerkonderdeel; effectievere zorg en ondersteuning; en verlagen druk op zorgpersoneel. GEM gaat daarbij uit van positieve gezondheid, veerkracht en zelfregie. GEM zet in op meer verbinding, samenwerking en kennisoverdracht naar lokale en regionale netwerken van zorg en welzijn.

1.1 Waarom transformatie?

Mentale gezondheid is een zeer actueel thema in Nederland. De zorgvraag stijgt en de wachtlijsten lopen op. Anders organiseren van de geestelijke gezondheidszorg is noodzakelijk om het tij te keren. In 2021 is in Deventer het initiatief genomen tot een netwerk in de vorm van het ecosysteem mentale gezondheid¹. Dit vanuit het idee dat het anders kan en moet.



Figuur 2: Zorgketens in plaats van netwerken: huidige inrichting van zorg en ondersteuning

In het welvarende Nederland is steeds meer mogelijk en wordt om die reden ook steeds meer verwacht, waardoor de druk op mensen toeneemt en de veerkracht afneemt. Ons zorglandschap wordt steeds ingewikkelder waardoor het steeds moeilijker wordt om passende hulp of de juiste zorg op de juiste plek te bieden. Het zorgveld is nu vooral georganiseerd in ketens (zie Figuur 2) in plaats van in

¹ Gemeente Deventer, Dimence Groep* en Vriendendiensten Deventer zijn de initiatiefnemers van GEM in Midden-IJssel. Salland zorgverzekeraar en HCDO zijn participerende partijen. In 2023 zijn ook de gemeenten Voorst, Raalte en Olst-Wijhe aangesloten bij dit initiatief. (* Dimence Groep is een ggz-aanbieder, met daaronder verschillende merken: Transfore (forensische zorg), Den Kern (maatschappelijke dienstverlening), Jeugd ggz (jeugdggz), WijZ Welzijn (welzijnswerk), Impluz (welzijn) Mindift (ggz in de Zvw) en Dimence (ggz in de Wlz en Zvw). Binnen dit transformatieplan zijn met name Mindfit en Dimence betrokken)

netwerken. Ketens betekenen verzuiling of verkokering. Je bent en raakt afhankelijk van de keten waar je in terecht komt. Hierdoor haken zowel zorgvragers als zorgverleners af.

In het in december 2023 gepubliceerde Regioplan Midden-IJssel² is mentaal welbevinden één van de vijf belangrijkste thema's. Veel jongeren en volwassenen in de regio hebben (risico op) psychische problemen. Het gebruik van de ggz ligt dan ook hoog. Dit leidt tot druk op de wachtlijsten en zorgkosten van de ggz. Daarnaast speelt eenzaamheidsproblematiek in toenemende mate een rol in de regio Midden-IJssel. De mate van eenzaamheid komt in de huidige prognoses bovendien hoger uit dan in 2019, bij het vorige regiobeeld, was voorspeld.

Binnen de regio zijn er ook verschillen. De ggz-problematiek is nadrukkelijker aanwezig in de gemeente Deventer dan in de andere drie gemeenten; zo blijkt onder andere uit het aantal ggz-gebruikers per 10.000 inwoners (zie Figuur 3).

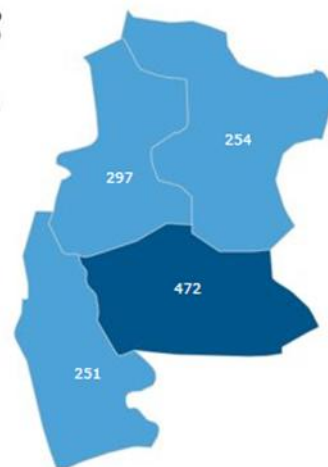
Uit het regiobeeld blijkt verder dat de gemiddelde kosten voor de basisggz en de langdurige ggz in de regio over de hele linie hoger liggen dan het landelijk gemiddelde.

Binnen de specialistische ggz liggen de kosten in de leeftijdscategorieën tot en met 54 jaar boven het landelijk gemiddelde. Bij 55-plussers liggen de zorgkosten op of net onder het landelijk gemiddelde.

Aantal cliënten (totaal) in GGZ in 2021

Index

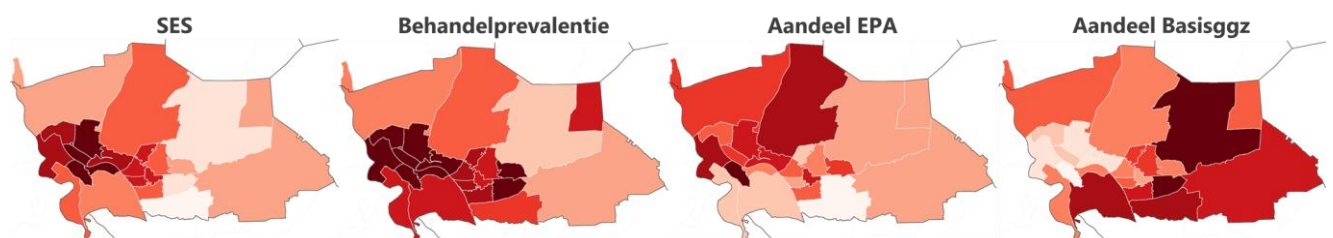
Aantal per 10.000
 Minder dan 150
 150 tot 250
 250 tot 350
 350 tot 400
 meer dan 400
 Geen gegevens



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

Figuur 3: Aantal ggz-clënten per gemeente (2021) Midden IJssel; gemeente Deventer is donkerblauw

Ook binnen de gemeentegrenzen zijn er grote verschillen. Onderstaande analyses van GEM Landelijk van de stad Deventer laten dit zien. Enkele wijken binnen de stad springen er duidelijk uit. Er lijkt een correlatie tussen sociaal economische status (SES) en behandelprevalentie. Als we verder inzoomen op de soort behandeling (EPA-patiënten versus basisggz) is de correlatie lastiger te vinden.



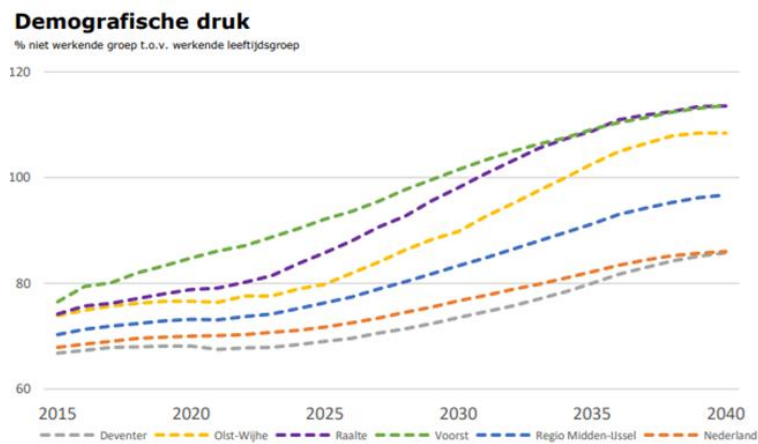
Figuur 4 Vier doorsnedes van de stad Deventer (SES, behandelprevalentie, aandeel EPA en aandeel basisggz)

² Zie

<https://www.dejuistezorgopdejuisteplek.nl/uc/fb1b803fe0102ac19b6005974a602850bf5146cdb5df800/Regioplan%20Midden-IJssel%202023.pdf>

Zorgen om mentale gezondheid van specifieke doelgroepen

Naast het algemene beeld over mentale gezondheid in de regio, zijn er ook zorgen over de mentale gezondheid van specifieke doelgroepen in de regio Midden-IJssel. In 2023 vond er een GGD-onderzoek naar de mentale gezondheid van agrariërs in drie van de vier gemeenten van de regio Midden-IJssel plaats³. Onder hen velen met psychische problemen, doordat de toekomst van hun bedrijf (en dus hun eigen bestaanszekerheid) op dit moment erg ongewis is. Tegelijkertijd is dit een groep inwoners die niet snel de stap naar de huisartsen en de ggz zal zetten. Zo vindt 76% van de ondervraagden het moeilijk om hulp te vragen; 40% denkt dat er onvoldoende hulp is. Een andere aanpak, gericht op het verbeteren van de mentale gezondheid van burgers in de brede zin, is hiervoor vereist.



Figuur 5: Verhouding niet-werkenden t.o.v. werkenden per gemeente (prognose)

Niet alleen het zorggebruik in de ggz is een knelpunt in de regio: arbeidsmarkttekorten vergroten de noodzaak tot transformatie. In bijna alle zorgsectoren wordt krapte verwacht, met mogelijk onderlinge concurrentie tot gevolg. Daarbij speelt dat de werkende populatie vergrijsst en er maar beperkte instroom bij de opleidingen is.

Dit leidt tot toenemende demografische druk.

In 2030 zijn er naar verwachting in de gemeente Voorst en Raalte meer niet-werkenden dan werkenden. Ook in de gemeenten Olst-Wijhe en Deventer loopt de demografische druk op (zie Figuur 5).

Deze gecombineerde problematiek noopt tot ingrijpende veranderingen. Kortom: transformatie is noodzakelijk!

³ Zie https://www.ggdijssel.nl/fileadmin/Bestanden/Onderzoek/Factsheet_Boeren_in_Beeld.pdf

1.2 Transformatiedoelen

Doelen GEM Midden-IJssel:

- Minder maatschappelijke uitval
- Destigmatisering mentale gezondheid
- GGZ als netwerkonderdeel i.p.v. stap in de keten
- Effectievere zorg en ondersteuning
- Verlagen druk op zorgpersoneel

Het kan ook anders: via veerkracht en zelfregie. Daarbij staat de mens in plaats van de zorg centraal. Gezondheid is meer dan de afwezigheid van ziekte, mensen zijn niet hun diagnose. Positieve gezondheid bestaat naast psychisch of mentaal welzijn ook uit zingeving, kwaliteit van leven, meedoen, dagelijks en lichamelijk functioneren⁴. Duurzame mentale gezondheid richt zich vanuit het aanpassingsvermogen van de mens op zowel vermindering van klachten als op het versterken van welbevinden⁵.

Psychische klachten gaan vaak samen met problemen ten aanzien van bestaanszekerheid. Schulden, armoede, werkloosheid en eenzaamheid hebben allemaal invloed op de mentale gezondheid. Veerkracht en zelfregie zorgen voor aanpassingsvermogen.

Het ecosysteem vergroot de mentale veerkracht door flexibel te ondersteunen in zelfregie indien mogelijk en zorg te bieden indien nodig. We hebben de volgende doelen voor de transformatie in de regio Midden-IJssel: minder maatschappelijke uitval; destigmatisering; ggz als netwerkonderdeel (o.a. via een Mentaal Gezondheidsnetwerk); effectievere zorg en ondersteuning; en verlagen druk op zorgpersoneel.

1.3 Uitleg GEM

We bereiken deze doelen via GEM: een acroniem voor Ecosysteem Mentale Gezondheid. GEM gaat uit van positieve gezondheid, veerkracht en zelfregie. Het is daarom gericht op het maken van een kanteling richting meer verbinding, samenwerking en kennisoverdracht naar lokale en regionale netwerken van zorg en welzijn. Het ecosysteem mentale gezondheid (GEM) is een landelijk initiatief⁶.

Dit transformatieplan is nadrukkelijk een regionale vertaling van het GEM-gedachtegoed

In de regio Midden-IJssel hebben partijen een eigen invulling gegeven aan het landelijke GEM-gedachtegoed; passend bij de uitdagingen, bestaande infrastructuur en de gedeelde oplossingen in de regio. Zo sluit GEM in de regio Midden-IJssel naadloos aan op het regioplan Midden-IJssel. In paragraaf 1.4 gaan we nader in op de regionale vertaling van GEM.

Binnen deze regionale context is er ook nauwe samenwerking is met andere GEM-regio's. GEM Midden-IJssel trekt nadrukkelijk samen op met andere GEM-regio's in Nederland, en GEM Landelijk is ook betrokken bij GEM Midden-IJssel. **Zie paragraaf 1.5 voor een nadere toelichting.**

⁴ Huber, positieve gezondheid; zie o.a. www.iph.nl

⁵ Bohlmeijer & Westerhof, A new model for sustainable mental health

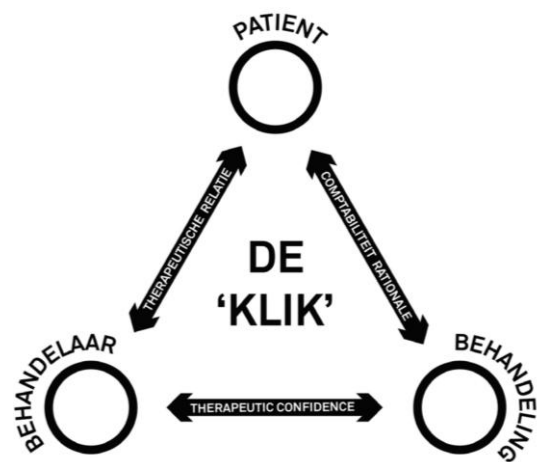
⁶ Van Os, Delespaul, Milo, Ockeloen e.a.; zie o.a. www.denieuweggz.nl/nieuws/gem-ecosysteem-mentale-gezondheid

Volgens GEM is goede geestelijke gezondheidszorg: de persoon en zijn omgeving bijstaan in een persoonlijk en moeilijk leerproces van ‘je ding kunnen doen’ ondanks de uitdaging van een meer dan gemiddelde psychische kwetsbaarheid. Daarbij helpen vier vragen om erachter te komen hoe je je ding kunt doen:⁷

- | | |
|--|---|
| 1. Wat is er met je gebeurd? | 3. Waar wil je naar toe / wat zijn je doelen? |
| 2. Wie ben jij eigenlijk: wat is je kwetsbaarheid en wat is je kracht? | 4. Wat heb je daarvoor nodig? |

Het ‘je ding kunnen doen’ vindt echter altijd plaats in verhouding tot anderen. We leven nou eenmaal in een groep. De mens heeft de ander nodig, al is het maar om zich tegen af te zetten⁸. Pas vanuit de veiligheid van de groep is het mogelijk om te erkennen dat iedereen verschilt en daarmee uniek is.

Daarnaast is het slagen van behandeling in de geestelijke gezondheidszorg voor een groot deel niet afhankelijk van specifieke therapie, maar van non-specifieke factoren in de therapeutische relatie⁹: deze factoren zorgen voor 50-70% van het effect van een behandeling¹⁰. Non-specifieke of gedeelde factoren zijn bijvoorbeeld hoop (oftewel placebo-effecten), empathie en aandacht, maar ook acceptatie en afgrenzing (realiteitstoetsing). Deze non-specifieke factoren zijn gebaseerd op het vertrouwen van de behandelaar in de behandeling; op het vertrouwen van de behandelde in de behandeling; en tenslotte op het vertrouwen van de behandelde in de behandelaar: de ‘klik’¹¹ (zie Figuur 6).



Figuur 6: De 'klik' tussen behandelaar, patiënt en behandeling

Als alle drie de relaties goed zijn, is er een ‘klik’. Dan heeft de behandeling het meeste effect. De ‘klik’ is dus veel belangrijker voor het effect van de behandeling dan sec de specifieke therapie die wordt uitgevoerd. In een groep kunnen bovendien therapeutische relaties tussen groepsgenoten ontstaan¹².

Dat betekent vooral dat er binnen alle domeinen mogelijkheden zijn om via de ‘klik’ maatschappelijke uitval te voorkomen en mentale gezondheid en veerkracht te vergroten: niet alleen in ggz of welzijn; ook juist bij maatschappelijke initiatieven zoals buurt- of sportverenigingen en in vriendengroepen of bij maatjesprojecten. Tegelijkertijd: specialistische ggz kennis is onontbeerlijk. Voor sommige mensen is het aangaan van relaties met anderen door hun problematiek zo ingewikkeld, dat het juist op dat vlak steeds weer mis gaat. GGZ-professionals zijn bij uitstek opgeleid om een vertrouwensrelatie op te

⁷ Van Os, De DSM-5 voorbij!

⁸ Levy-Warren, Separation-individuation theory

⁹ Cuijpers et al, The role of common factors in psychotherapy outcomes

¹⁰ Zie Bordin 1979; Horvath & Greenberg 1986-1989; Lambert 1992; Safran & Muran 1996, Yalom & Leszcz 2005; Hafkenscheid 2014; Fluckiger et al 2018

¹¹ Van Oenen, Het misverstand psychotherapie

¹² Burlingame & Strauss, Efficacy of small group treatments & Rosendahl et al, Recent developments in group psychotherapy research

bouwen met mensen die relaties aangaan en onderhouden ingewikkeld vinden. Vanuit die relatie kunnen ze vervolgens gericht behandelingen aanbieden die het mogelijk maken dat mensen ook in het gewone leven steunende relaties kunnen aangaan. We verplaatsen de “klik” naar het gewone leven indien en zodra dat mogelijk is.

De sleutel ligt in blijvende verbinding tussen de verschillende ketens of domeinen. Elkaar kennen betekent elkaar kunnen gaan vertrouwen. We verplaatsen de ‘klik’ naar het normale leven, indien mogelijk. Maar ggz-professionals zoals psychotherapeuten worden bij uitstek opgeleid om gebruik te maken van zowel de therapeutische relatie als specifieke behandeltechnieken. Daar maken we gebruik van, indien nodig.

Transformatie is het doorbreken van de neerwaartse spiraal van steeds meer zorg. We moeten - juist om ook goede individuele zorg te kunnen blijven leveren - zorgen voor minder zorg, maar meer veerkracht. Zorgen dat, in plaats van zorgen voor. Minder zorg betekent dus ook: niet iedereen die wordt aangemeld in behandeling nemen; en niet iedereen binnen de ggz-keten blijven behandelen. Dat kan regelmatig crisis opleveren. Transformatie gaat sowieso moeite en tijd kosten en niet makkelijk worden. Maar om te zorgen voor minder uitval -zowel bij hulpvragers als hulpverleners- en meer veerkracht is transformatie noodzakelijk.

1.4 Inwoner- en cliëntperspectief als integraal onderdeel van GEM

GEM zet ook in op co-creatie mét burgers; inwoners én cliënten. Dit door aan te sluiten op bestaande structuren, en input op te halen bij klankbordgroepen, burgerraden, cliëntenraden, deelnemers, vrijwilligers en ervaringsdeskundigen. Zij zijn allemaal onderdeel van het ecosysteem en dus van de GEM-transformatie. Dit in aanvulling op participatie van burgers (inwoners en cliënten) in VeranderAteliers nu; en in de toekomst.

Verweven met het ecosysteem, werkt GEM landelijk en regionaal aan een communicatiestrategie: ‘Nationale beweging visie op psychisch lijden’. Deze strategie heeft tot doel een andere beeldvorming rond psychisch lijden te creëren. Het gaat hierbij om zelfregie en om gebruik maken van publieke voorzieningen: het normaliseren van mentale klachten, meer zelfregie en veerkracht ontwikkelen, inzetten op positieve gezondheid en meer omzien naar elkaar.

In Midden-IJssel ondersteunen we uiteraard deze landelijke beweging en communicatiestrategie, maar zijn we er tegelijkertijd van overtuigd dat het creëren van een andere beeldvorming rond psychisch lijden ook een grote regionale inspanning vraagt. Om aan te sluiten bij de leefwereld van inwoners in de regio Midden-IJssel en ook daar een verandering teweeg te brengen, maakt dat we de publiekscampagne ook zien als een belangrijk onderdeel van het transformatieplan: het inwoner- en cliëntperspectief.

We willen via twee paden nauw aansluiten bij de leefwereld van inwoners:

1. Via een publiekscampagne met als doel een andere beeldvorming te creëren ten aanzien van psychisch lijden.
2. Door de participatie van inwoners in het verandertraject goed te borgen.

Publieks-/communicatiecampagne

Voor het slagen van de GEM-beweging is het noodzakelijk dat de beeldvorming van psychisch lijden verandert. Naast een cultuurverandering in de zorg vraagt dit een brede gedragsverandering in de gehele maatschappij. Met een publiekscampagne willen we inwoners niet alleen direct bereiken, maar

juist ook via werkgevers, scholen en bijvoorbeeld cultuur- of sportverenigingen. In de periode 2025-2027 zetten we daarom via bijeenkomsten en media in op een gedragsverandering bij inwoners in de regio Midden-IJssel.

We hebben expliciet aandacht voor de verschillen tussen de vier gemeenten en sluiten aan op de leefwereld van alle (groepen) inwoners. De publiekscampagne zal vooral bestaan uit bijeenkomsten waarin nadrukkelijk ook de dialoog met inwoners wordt gezocht. In Appendix 5 staan voorbeelden van bijeenkomsten waaraan gedacht kan worden.

Naast evenementen wordt er ook via traditionele en sociale media in Midden IJssel aandacht gevraagd voor het thema mentale gezondheid. Dit wordt ook verder ontwikkeld samen met inwoners en cliënten. Hierbij kan gedacht worden aan:

- Interviews (online en in kranten) met lokale ervaringsdeskundigen. In deze interviews wordt nader ingegaan op wat hen heeft geholpen, wat het belang is van met elkaar praten, etc.
- Interviews met bekende Nederlanders uit de regio, die mentale klachten hebben (gehad). Deze interviews dragen dezelfde boodschap uit: erover praten, naar elkaar luisteren en elkaar tot steun zijn, helpt!
- Een themareeks over mentale gezondheid in de Stentor en/of lokale krant.

Inwoner- en patiënten-participatie

Voor het regioplan is in een eerder stadium al nauwe afstemming gezocht met inwoner- en patiëntvertegenwoordigers. Wij vinden het belangrijk dat dit structureel geborgd blijft om aan te blijven sluiten bij de leefwereld van inwoners in de regio Midden-IJssel.

GEM vraagt een andere manier van kijken naar psychisch lijden en om die beweging van de grond te krijgen is de input van inwoners en patiënten noodzakelijk. Om dit te borgen maakt dit onderdeel uit van het transformatieplan.

- In de periode 2025-2027 geven we twee ervaringsdeskundigen de opdracht om binnen de formele en informele inwoner- en patiëntvertegenwoordiging een netwerk te creëren van inwoners en patiënten die actief betrokken worden in de GEM-beweging.
- Deze schil van inwoner- en patiëntvertegenwoordiging geeft continu input waarop bijgestuurd wordt/kan worden. Ook organiseert dit netwerk bijeenkomsten om de eigen achterban mee te nemen in de GEM-transformatie.

De publiekscampagne en communicatiestrategie worden ontwikkeld met input van dit netwerk.

1.5 Vertaling visie GEM naar regionale situatie Midden-IJssel

GEM is een transformatie: een beweging van samenhangende netwerkprojecten vanuit verschillende regio's. De regio Midden-IJssel is, samen met Doetinchem, de eerste regio waarin het GEM concept omarmd werd. Al in 2021 is men met elkaar aan de slag gegaan om te experimenteren op weg naar transformatie. Hierbij is de regio ondersteund door de landelijke GEM Stuurgroep. Inmiddels is GEM ook in andere regio's, zoals Noord-Veluwe, Almelo en Amsterdam Zuidoost, omarmd.

Samenspel tussen ontwikkeling van GEM in VeranderAteliers en het transformatieplan GEM

Vanuit de GEM-gedachte zijn VeranderAteliers ontworpen. In deze regionale VeranderAteliers werken ervaringsdeskundigen, vrijwilligers en professionals uit verschillende domeinen samen en bespreken wat, waarom, wie, hoe en waar, aan de hand van een thema zoals verkennend gesprek, een Herstelnetwerk, modulaire therapie of brede leergroepen. Deze VeranderAteliers zijn nodig om alle regionale partijen inclusief inwoners te betrekken en alle perspectieven voldoende te belichten.

VeranderAteliers als hét mechanisme voor verdere uitrol van GEM; ook in 2025 tot en met 2027

Daarbij blijft het gedurende de transformatie belangrijk dat er vanuit VeranderAteliers voldoende ruimte is voor regionale en lokale invulling en bijschaving. Het monitoren van de inhoudelijke en financiële uitwerking van de transformatie is daarom een integraal onderdeel van het plan.

Het transformatieplan als onderdeel van de GEM-transformatie

De GEM-transformatie als geheel is breder dan dit transformatieplan; zowel in scope als in doorlooptijd. Het transformatieplan beperkt zich tot impactvolle zorgtransformaties binnen de Zorgverzekeringswet (Zvw), en de effecten daarvan op de verschillende (aanpalende) domeinen.

Dit betekent dat de Zvw-verzekerde zorg het uitgangspunt vormt van dit transformatieplan. Het plan richt zich daarom op zorg voor 18+, en de directe effecten daarvan op (met name) het sociaal domein.

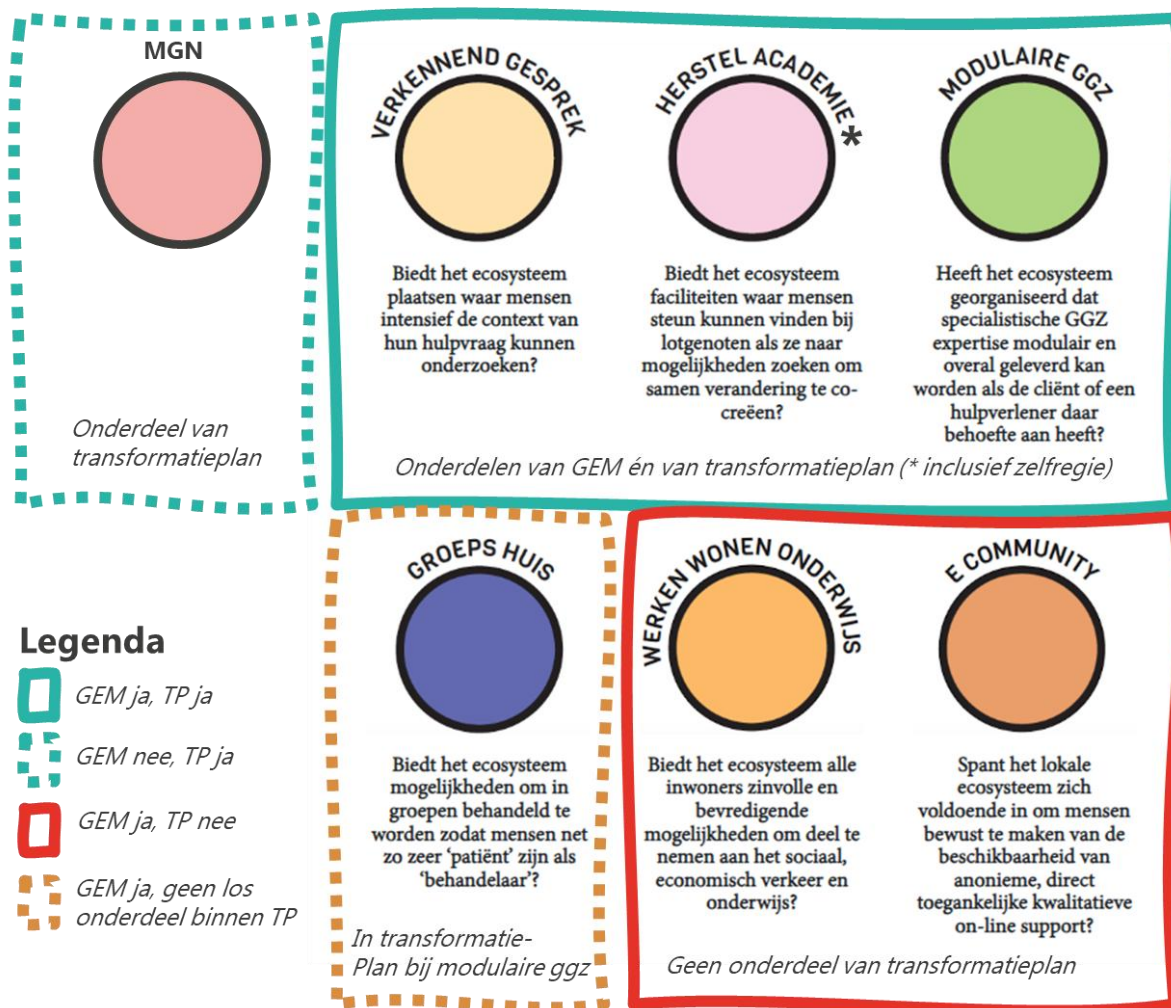
Het transformatieplan, en de daaraan gekoppelde kwalitatieve en kwantitatieve afspraken zijn één onderdeel binnen een breder geheel, met een langere tijdshorizon. De ambities van de betrokken partijen reiken verder dan in het plan beschreven staat. GEM omvat ook aspecten zoals sociale ondernemingen; het meer en beter toeleiden naar passend werk en participatie. Dergelijke initiatieven, aangevuld met 'Arbeid als Medicijn'¹³, en de Individuele Plaatsing en Steun¹⁴ (IPS) methodiek zijn essentieel voor het slagen van de transformatie. Deze zijn evenwel buiten scope van dit transformatieplan.

Het transformatieplan bevat dus maar een deel van de hele GEM-transformatie. En GEM als geheel is eveneens onderdeel van een grotere, al eerder ingezette beweging. Het verbeteren van het mentaal welbevinden van de inwoners in de regio-Midden-IJssel is breder dan alleen GEM of de scope van het IZA. Dit plan en het hierin geschetste 'nieuwe evenwicht' moeten in dit licht worden gezien.

¹³ Zie: <https://www.ggzstandaarden.nl/generieke-modules/arbeid-als-medicijn/introductie>

¹⁴ Zie: <https://kenniscentrumphrenos.nl/kennisproduct/individuele-plaatsing-en-steun-ips/>

Concreet betekent dit dat niet alle onderdelen van GEM onderdeel zijn van het plan. Bovendien is het Mentaal Gezondheidsnetwerk Midden-IJssel onderdeel van dit plan, maar niet van GEM. In het schema op de volgende pagina wordt dit weergegeven.



Figuur 7 Onderdelen transformatieplan (TP) vs. Ecosysteem Mentale Gezondheid (GEM) – bewerking van: denieuweggz.nl/nl

In paragraaf 2.1.1 wordt nader ingegaan op de maatschappelijke effecten van de onderdelen binnen scope van dit transformatieplan. In 2.1.2 wordt enige toelichting gegeven op de GEM-onderdelen die buiten scope zijn.

GEM-transformatieplan is één van de drie concrete werkpakketten in het Regioplan

De GEM-transformatie is één van de drie 'werkpakketten' ten aanzien van mentaal welbevinden in het Regioplan Midden-IJssel. De in dit transformatieplan beschreven acties en doelen zijn derhalve cruciaal voor het slagen van het Regioplan.

Het transformatieplan als onderdeel van het Mentaal Gezondheidsnetwerk Midden-IJssel

Het oprichten van een Mentaal Gezondheidsnetwerk (MGN) is onderdeel van dit transformatieplan. Net als GEM wordt het MGN genoemd in het IZA. Daarin is afgesproken dat iedere regio een Mentaal Gezondheidsnetwerk krijgt. Deze ontwikkeling sluit naadloos aan op de reeds in gang gezette ontwikkelingen in Midden-IJssel, rondom de GEM-transformatie.

De verkennende gesprekken (zie verderop) vanuit de GEM-gedachte vallen binnen het MGN. Het MGN is breder dan de verkennende gesprekken. De volgende drie functies vallen ook binnen het MGN:

- Functie II: Transfermechanisme
- Functie III: Informatievoorziening wachttijden
- Functie IV: Domeinoverstijgend casuoverleg

Deze drie ‘overige functies’ zijn, in tegenstelling tot het verkennend gesprek, geen tot op een individu herleidbare activiteiten. Het valt binnen de ‘*patiëntengroepsgebonden afstemming binnen Zwv-verzekerde zorg*’; een nieuwe beleidsregel van de NZa¹⁵.

Alle vier functies van het MGN vallen vanaf 2025 binnen de reguliere bekostiging van de Zwv. Daarom zijn alleen de eenmalige inrichtingskosten van het MGN onderdeel van dit transformatieplan. Ook het MGN is, net als GEM, dus breder dan alleen wat in dit transformatieplan staat.

We volgen bij de aanvraag voor het MGN-deel de landelijk vastgestelde Handreiking bij de aanvraag transformatieplannen voor mentale gezondheidsnetwerken¹⁶. Hierdoor sluiten inrichtingskosten van het MGN, de feitelijke uitvoer van MGN én de GEM-transformatie in bredere zin goed op elkaar aan.

Transformatieperiode: in 2025 tot en 2027 uitvoeren, aanscherpen en uitrollen

Voor een haalbaar, concreet en uitvoerbaar plan zijn nu ook kaders en afspraken nodig. Vanuit een inhoudelijke visie werken we het transformatieplan in de volgende hoofdstukken uit. We doen daarbij (goed onderbouwde!) aannames, waarbij we tegelijkertijd ook veel flexibiliteit inbouwen; op inhoud en op impact. De komende jaren monitoren we en passen we aan waar nodig. We kunnen ons immers de toekomst wel voorstellen, maar niet voorspellen: *‘you have to make the plan, to break the plan’*.

Transformatieplan als concrete tussenstap op weg naar structurele regionale samenwerking

In dit transformatieplan vertalen wij deze perspectieven en lange termijn doelstellingen naar concrete doelen en afspraken voor over drie jaar: de looptijd van het transformatieplan. In deze drie jaar moet een opschaling plaatsvinden van proeftuin Deventer naar een brede uitrol in de hele regio Midden-IJssel. GEM vormt in feite een structurele, regionale samenwerkingsvorm; in lijn met het regioplan.

Expliciet aandacht voor alle vier gemeenten in de regio

Om de rol van structurele, regionale samenwerkingsvorm te bereiken, moet er gedurende de transformatieperiode voldoende aandacht zijn voor het aansluiten van de gemeenten Olst-Wijhe, Raalte en Voorst. Niet alleen omdat zij na de pilotperiode aansluiten, maar ook omdat de problematiek rondom mentale gezondheid in deze drie gemeenten wezenlijk anders is dan in de gemeente Deventer (zie ook Figuur 2). In iedere BO Mentaal Welbevindenvergadering (zie paragraaf 5.3.1) zal expliciet aandacht zijn voor de impact van de volgende transformatiestappen in iedere gemeente.

¹⁵ Zie: https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_764185_22/#

¹⁶ Zie: https://www.mentalegezondheidsnetwerken.nl/app/uploads/2024/07/20240704-Handreiking_aanvraag_transformatiemiddelen_mgn.pdf

1.6 Wat gemeenten al doen ten behoeve van mentaal welbevinden

Dat de GEM-transformatie op allerlei vlakken raakt aan al bestaande initiatieven rondom mentaal welbevinden, blijkt uit de bestaande inzet van de gemeenten op dit onderwerp. Alle vier gemeenten zijn al zeer actief op dit onderwerp; in lijn met het regioplan. Dit transformatieplan rondom GEM is daarmee een logisch vervolg op de lopende initiatieven.

Het GALA en IZA geven gemeenten de opdracht om mentale gezondheid in hun bredere aanpak gezondheid en preventie te integreren. Het moet voor alle inwoners gebruikelijker zijn om te praten over hun mentale gezondheid, inwoners moeten beter de weg naar laagdrempelige ondersteuning kunnen vinden en weten welke handvatten er zijn om met hun mentale gezondheid aan de slag te gaan.

Deelname aan GEM betekent een extra toeloop van mensen met een psychische kwetsbaarheid in het sociale domein. Hiervoor zetten de gemeenten hun eigen middelen (algemene middelen, jeugdwet, participatiewet en Wmo) en daarnaast SPUK GALA en SPUK IZA middelen in.

Uitgebreid overzicht van alle bestaande initiatieven op gebied van mentaal welbevinden

In Appendix 5 staat per gemeente een uitgebreid overzicht van alle initiatieven die zij ontplooiën ten behoeve van het mentaal welbevinden van hun inwoners. Ieder genoemd initiatief raakt direct of indirect aan de GEM-transformatie die in dit plan wordt beschreven. Hierin is per gemeente ook het huidige (project)subsidiebedrag voor Vriendendiensten Deventer opgenomen; als concrete invulling van hun huidige inzet t.b.v. mentaal welbevinden.

1.7 Nieuw evenwicht

Na het verbinden van alle partners aan het regionale ecosysteem mentale gezondheid, is er sprake van een flexibel samenwerkend netwerk dat met elkaar ondersteunend is in het ontwikkelen van veerkracht voor elke inwoner. Het ecosysteem ondersteunt in zelfregie indien mogelijk en zorg indien nodig. De regio Midden-IJssel sluit bovendien goed aan bij de gewenste schaalgrootte voor GEM-transformaties (ca. 200.000 inwoners).

Een dergelijk ecosysteem vraagt dat alle partijen samen werken in dezelfde richting; zowel de direct betrokken (zorg)organisaties, als de financiers. De hele ggz én het hele sociaal domein moeten passen binnen het 'nieuwe evenwicht' van het ecosysteem. Er is onderlinge samenhang én afhankelijkheid. Kleine beetjes helpen, maar zijn niet voldoende voor een transformatie. Dat vraagt commitment en inzet van alle partijen. Dit maakt dat deze transformatie zich ook veruit het beste leent voor uitrol op regionale schaal. Niet alleen omdat het op deze manier, al voor het IZA, ingestoken is, maar ook omdat in een regio alle partijen samen een ecosysteem vormen. Daarom is betrokkenheid van zorgverzekeraar Salland en de gemeenten in de regio Midden-IJssel cruciaal voor het slagen van deze transformatie.

1.8 Vereiste gelijkgerichtheid om transformatie te laten slagen

Gelijkgerichtheid is één van de belangrijkste randvoorwaarden voor de GEM-transformatie. Zorgverzekeraars spelen hierin een belangrijke rol. Dit door beleid te maken op basis van gelijkgerichtheid: hun inkoopafspraken met de direct betrokken (zorg)organisaties zijn nodig om de inhoudelijke transformatie realiseren. Van gelijk belang zijn de afspraken met de (zorg)organisaties die geen onderdeel zijn van dit transformatieplan.

Gelijkgericht beleid voorkomt dat de beoogde, impactvolle zorgtransformatie (deels) 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 GEM-transformatie wordt alsnog elders geboden.

Als zorgverzekeraars hierin niet gelijkgericht optrekken, verdwijnt het *level playing field* en kunnen (zorg)organisaties c.q. inwoners de impactvolle zorgtransformatie (negatief) beïnvloeden. Inwoners kunnen dan gebruik maken van (zorg)organisaties die ‘oude’ zorg en ondersteuning bieden. Ze kunnen ook overstappen naar zorgverzekeraars met afwijkende afspraken en zo het beoogde effect tenietdoen.

Gelijkgerichtheid betekent ook het ‘comfort’ bieden om de beoogde effecten geleidelijk te vertalen naar de reguliere inkoopafspraken. De transformatie zal niet lineair verlopen, maar juist met pieken en dalen gaan. De reguliere inkoopafspraken moeten ruimte bieden om schommelingen op te vangen en niet iedere kostendaling direct als besparing in te boeken. Alleen als alle zorgverzekeraars op dezelfde, geleidelijke wijze omgaan met verschuivingen binnen de afspraken, is er voldoende ‘ruimte’ om de transformatie ook te realiseren.

Dit geldt evengoed voor de inkoop van gemeenten in het sociaal domein. Zij moeten inzetten op die domeinen die passen bij deze transformatie en passend bij de huidige inrichting van (het voorveld van) hun sociaal domein (zie paragraaf 1.6). Daarnaast moeten zij hun inkoop afstemmen met de betrokken (zorg)aanbieders en zorgverzekeraars. Hierbij moeten de huidige aanbestedingstermijnen voor Wmo maatwerk (bijvoorbeeld in Olst-Wijhe en Raalte tot en met 2026) worden gerespecteerd.

Een ander belangrijk element van de vereiste gelijkgerichtheid, is de koppeling met het regioplan Midden-IJssel. Alle afspraken uit het GEM-transformatieplan zijn in lijn met dit regioplan. Communicatie rondom het thema mentaal welbevinden uit het regioplan is eveneens ondergebracht in de publiekscampagne en inwonerparticipatie van dit transformatieplan (zie paragraaf 1.4).

De governancestructuur van deze transformatie is geïntegreerd met Salland United en de realisatie van het regioplan (zie paragraaf 5.3.1). De voortgang en de resultaten van deze transformatie komen ook terug in de monitoring van het regioplan. Zo ontstaat ook op dit vlak gelijkgericht handelen én volgen.

Hiervoor is helder commitment van alle partijen vereist. Commitment op het plan, maar ook begrip voor de onderlinge samenhang en afhankelijkheden.

Eén van deze afhankelijkheden is het voorkomen van een ‘waterbedeffect’, doordat organisaties die niet zijn aangesloten bij GEM tegenovergestelde bewegingen maken (bijvoorbeeld omzeilen van het verkennende gesprek en alleen individuele consulten bieden i.p.v. inzetten op zoveel mogelijk in groepen werken).

Alle GEM-partijen zijn daarmee afhankelijk van zorgverzekeraars voor het monitoren van het zorggebruik in de gehele regio. Ook gemeenten monitoren (onwenselijke) effecten bij contractrelaties die niet deelnemen aan deze transformatie.

Om gelijkgericht handelen te kunnen garanderen is een dialoog tussen partijen binnen en buiten het transformatieplan over wederzijdse beïnvloeding vereist. Het GGZ-platform Midden-IJssel is een geschikt gremium hiervoor. Ditzelfde platform wordt benut voor het inrichten van de ‘overige functies’ van het MGN, buiten het verkennende gesprek (zie paragraaf 3.5). Dat maakt het platform hét geschikte gremium om gelijkgericht handelen te bespreken én concreet vorm te geven in de regio.

Beantwoording vragen t.a.v. noodzaak gelijkgerichte contractering

Het belang van gelijkgericht handelen door zorgverzekeraars, lichten we toe aan de hand van onderstaande, op landelijk niveau vastgestelde set aan vragen. Deze vragen geven inzicht in wat er veranderd is na het transformatieplan op het gebied van volumestromen, kosten en capaciteit.

Alle genoemde punten worden verderop in dit transformatieplan nog uitgebreid toegelicht. Onderstaande antwoorden moeten derhalve worden gezien als een beknopte samenvatting van hoofdstuk 4: Impactanalyse GEM-transformatie. Omwille van de leesbaarheid zijn kruisverwijzingen naar (sub)paragrafen van dit hoofdstuk achterwege gelaten.

NB. Onderstaande dient enkel ter informatie voor alle zorgverzekeraars. Of én hoe dit doorwerkt in de contractering wordt bilateraal besproken.

Hoe werkt het transformatieplan door op het aantal FTE op organisatieniveau?

Deze transformatie heeft een tweeledig effect op de inzet van ggz-personeel:

- Er wordt meer inzet gevraagd in het voorveld door de introductie van het verkennend gesprek (in 2030 ca. 6,5 FTE voor de regio Midden-IJssel). Hiervoor zijn ggz-professionals nodig die als gespreksvoerder optreden. Daarnaast zijn er ggz-professionals nodig die consultatie bieden aan deze gespreksvoerders
- Er is minder personele inzet vereist gedurende de behandeling zelf. Dit volgt uit de nadrukkelijke inzet op modulaire ggz/ groepsgerichte behandeling. Hiermee wordt FTE-capaciteit vrijgespeeld t.b.v. inzet in het voorveld, consultatie en het behandelen van extra patiënten, ten einde de wachttijden te verkorten (in 2030 ca. 11 FTE, waarvan 6,6 FTE (60%) mee is genomen in dit plan).
- Daarnaast zorgt de preventieve/ dempende werking van het verkennend gesprek en het Herstelnetwerk ook tot een lagere zorgvraag. Dit effect is niet in FTE uitgedrukt; alleen in effect op de Zvw.

Deze transformatie heeft ook een effect op de inzet van personeel in het sociaal domein:

- Er is extra capaciteit vereist aan gespreksvoerders voor de verkennende gesprekken (in 2030 ca. 6,5 FTE voor de regio Midden-IJssel). Het structurele effect van verkennende gesprekken op de Wmo (meer of juist minder vereiste inzet) is onderdeel van de monitoring van het transformatieplan.
- De uitbreiding van het Herstelnetwerk schept betaalde en onbetaalde banen voor inwoners met ervaringsdeskundigheid (1,6 FTE; te verdelen over meerdere ervaringsdeskundigen; aangevuld met 1,3 FTE aan trainer en coördinator). In het verleden is gebleken dat werken binnen het Herstelnetwerk een opstap is naar een andere betaalde baan, binnen of buiten de zorg.

Hoe werkt het transformatieplan door op het zorggebruik op organisatieniveau?

Deze transformatie leidt tot minder zorggebruik in de Zvw:

- De inzet van verkennende gesprekken leidt tot minder doorverwijzingen c.q. kortere behandeling in de specialistische ggz (-1 miljoen euro in 2030)

- De inzet van verkennende gesprekken leidt tot een lichte daling in het aantal reguliere huisartsenconsulten (-0,1 miljoen euro in 2030)
- De inzet van het Herstelnetwerk heeft zowel een preventieve werking op het verwachte ggz-zorggebruik als een (over de jaren opgebouwde) afname van de ggz-vraag van deelnemende patiënten met ernstige psychiatrische aandoeningen (EPA). Gezamenlijk -0,3 miljoen euro in 2030.
- De inzet van modulaire ggz (groepsgericht behandelen) leidt tot minder Zwz-zorggebruik, doordat individuele behandelcontacten voor een deel worden omgezet naar groepsconsulten.
 - o Het effect van modulaire ggz (groepsgericht behandelen) zal in de praktijk niet leiden tot een daling van het zorggebruik in de ggz, zolang er wachtlijsten zijn. De inzet t.b.v. behandelen van extra patiënten is niet meegenomen in de business case van het plan. In de praktijk zullen hier -via de reguliere, bilaterale contractering- afspraken over worden gemaakt over herallocatie van behandeluren t.b.v. extra patiënten. Dit heeft effect op de getoonde Zwz-besparing in deze business case.

Wat is het effect van het plan op herverdeling/concentratie van zorg? Wat doet het met totale volume van uw instelling en de verhouding van dat volume binnen uw instelling (bijvoorbeeld: minder klinisch, meer dagbehandeling)?

Deze transformatie leidt tot meer zorg aan de ‘voorkant’ van de ggz; ter voorkoming of demping van de zorgvraag in de specialistische ggz. Tegelijkertijd doet zich een verschuiving voor van individuele behandelcontacten naar een groter aandeel groepsconsulten, als gevolg van de inzet op modulaire ggz/ groepsgericht behandelen.

Zijn er algemene effecten op de kostprijs, plus of min, van individuele zorgproducten of productcategorieën te verwachten als gevolg van doorwerking van het plan? Bijvoorbeeld afname kostprijs klinische producten bijvoorbeeld door minder ligdagen.

De noodzaak tot kostendekkende tarieven voor groepsconsulten is van groot belang voor het slagen van deze transformatie.

Is het belangrijk dat er specifieke zorgpaden o.i.d. ingekocht worden ten behoeve van dit transformatieplan?

Om deze transformatie te laten slagen is gelijkgerichte inkoop t.a.v. groepsbehandeling vereist. Wanneer er mogelijkheden ontstaan c.q. blijven ontstaan waarbij patiënten elders behandeling volledig bestaand uit individuele behandelcontacten kunnen krijgen, blijft de impact van deze transformatie achter. Dit vraagt eenduidig inkoopbeleid van alle zorgverzekeraars in de gehele regio.

Wat zijn de bedrijfskosten van de (zorg)partij als het gevolg van het transformatieplan (indien van toepassing)?

Alle extra bedrijfskosten van materiële omvang zijn opgenomen in dit transformatieplan, middels een onderbouwde aanvraag van eenmalige projectkosten. Alle eenmalige inspanningen worden binnen de looptijd van het transformatieplan afgerond. Bedrijfskosten die vallen binnen de reguliere bedrijfsvoering van de zorgpartijen zijn buiten beschouwing gelaten in dit transformatieplan en onderliggende business case.

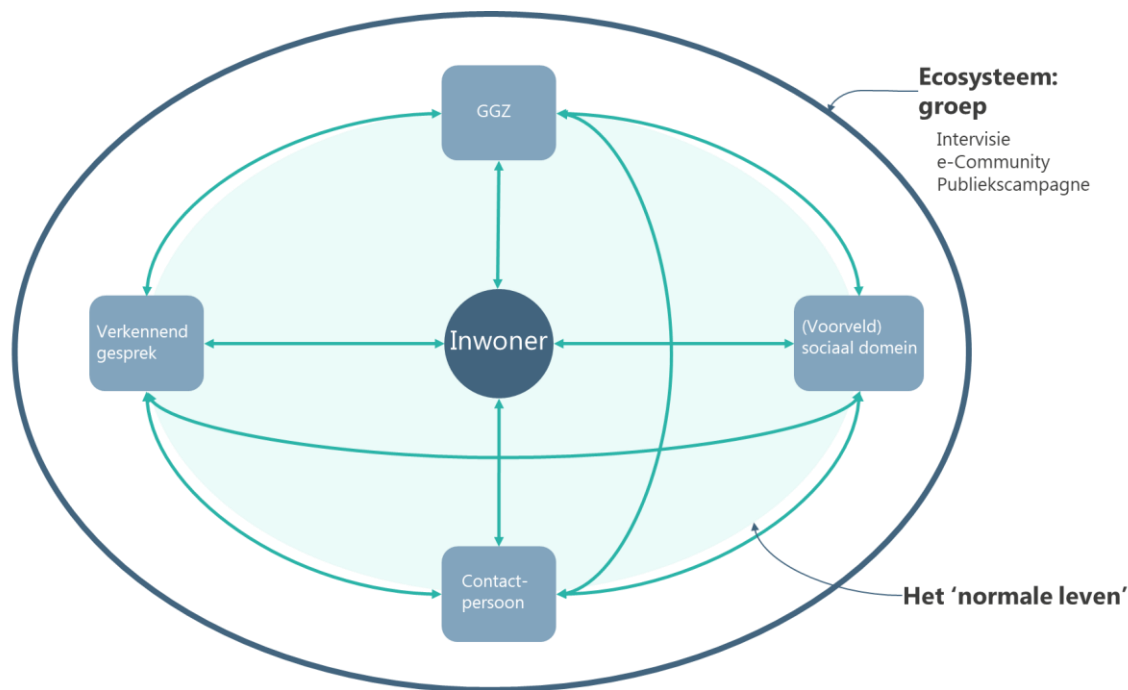
2. Inhoudelijke uitgangspunten en afspraken GEM in Midden-IJssel

Dit hoofdstuk beschrijft de concrete afspraken waarlangs GEM vorm krijgt tot en met 2027. We benoemen acht uitgangspunten. Deze vertalen we vervolgens naar concrete afspraken binnen het transformatieplan. We beschrijven ook welke 'beweegruiimte' er is gedurende de transformatieperiode. Alleen met voldoende flexibiliteit kunnen we de transformatie bewerkstelligen.

De afspraken hebben alleen betrekking op het deel van de GEM-transformatie dat past binnen de scope van het Integraal Zorgakkoord - en dus dit transformatieplan. Dit betekent dat alle concrete afspraken impactvolle veranderingen teweegbrengen binnen de Zorgverzekeringswet.

De concrete afspraken in het transformatieplan volgen uit onze inhoudelijke uitgangspunten, die schematisch zijn weergegeven in onderstaand figuur. De inwoner staat centraal en is per definitie onderdeel van een groep, namelijk onze samenleving. Bij psychische klachten gaat de inwoner via de huisarts en met een contactpersoon naar een verkennend gesprek.

Een verkennend gesprek biedt uitkomst voor een deel van de inwoners met mentale problematiek¹⁷. De kracht van het verkennend gesprek zit in de brede blik vanuit inwoner, ggz en sociaal domein. Vanuit deze driehoek worden bestaande verbindingen benut en nieuwe verbindingen gelegd. Daarbij zijn zowel ggz (medisch domein) als (het voorveld van) het sociaal domein (gemeentelijk domein), net als het normale leven, onderdelen van het ecosysteem in plaats van stappen in een keten. Om iedereen in het ecosysteem mee te krijgen, is er voldoende intervisie, e-community en publiekscampagne nodig.



Figuur 8: De onderdelen van het GEM-ecosysteem

De inhoudelijke uitgangspunten hebben we geformuleerd op basis van GEM-gedachtegoed en regionale vertaling via VeranderAteliers en interviews of gesprekken. We lichten hierna eerst de uitgangspunten van de transformatie kort toe. Daarna beschrijven we de bijbehorende afspraken, de bewegingsruimte voor de komende drie jaar én op welke wijze we deze afspraak in het transformatieplan

¹⁷ Zie voor een uitsplitsing Figuur 12: Stroomschema deelnemers verkennend gesprek per normpraktijk

hebben uitgewerkt. Om de gemaakte afspraken daadwerkelijk te kunnen uitvoeren in de praktijk, is nadere uitleg en inhoudelijke uitwerking noodzakelijk. Zie hiervoor Appendix 3.

2.1 Uitgangspunten van de GEM-transformatie

Onderstaande inhoudelijke uitgangspunten zijn grotendeels uitgewerkt in VeranderAteliers; de werkvorm waar binnen GEM wordt gewerkt aan transformatie (zie paragraaf 1.4). Hierbij bouwt GEM steeds voort op wat er al staat; op wat al werkt. Er is al veel en men werkt al goed samen. Dat maakt Midden-IJssel ook een geschikte regio voor deze transformatie. In dit transformatieplan beschrijven we alleen welke aanpassingen c.q. uitbreidingen er zijn ten opzichte van het bestaande ecosysteem. GEM kan dus alleen bestaan bij de gratie van een gedegen, goed samenwerkend sociaal domein en ggz-veld. Het ecosysteem is veel meer dan alleen de aanpassingen uit dit plan.

Het verkennend gesprek is al voor een groot deel uitgewerkt in een VeranderAtelier. Hierna is in Deventer een pilot met het verkennend gesprek gedraaid. Er zijn twee VeranderAteliers, brede leergroepen en modulaire ggz, die nadenken over groepen. Brede leergroepen richt zich op groepsaanbod; in zowel het sociaal- als medisch domein. Modulaire ggz richt zich op de best passende zorg geven aan cliënten. In dit transformatieplan is alleen het onderdeel modulair (groeps)aanbod uitgewerkt binnen het bredere kader van modulaire ggz.

In het VeranderAtelier modulaire ggz is ook nagedacht over vormen van consultatie door de ggz. Het VeranderAtelier Herstelnetwerk bouwt voort op het bestaande aanbod van Vriendendiensten en het Herstelnetwerk. In de regio Midden-IJssel zijn al meerdere zelfregiecentra en wordt er reeds ggz-cliëntondersteuning geboden, is er al georganiseerde inwonerondersteuning en zijn er al onafhankelijke cliëntondersteuners. Er is ruimte nodig om verder te experimenteren met de volgende uitgangspunten en doelen.

2.1.1 Uitgangspunten binnen scope van transformatieplan

Zoals toegelicht in paragraaf 1.7 is de scope van het transformatieplan smaller dan de GEM-transformatie als geheel. Daarom maken we onderscheid tussen uitgangspunten binnen en buiten scope van het transformatieplan. De GEM-transformatie kan alleen slagen als alle onderdelen van het ecosysteem transformeren. We benoemen derhalve ook die uitgangspunten die buiten dit transformatieplan vallen. Zie voor nadere uitleg van de uitgangspunten paragraaf 2.1.

Verkennend gesprek biedt uitkomst

Het verkennend gesprek kan voor inwoners zelf of door anderen geconstateerde psychische klachten een welkome oplossing zijn; als waardevolle aanvulling op de bestaande zorg en ondersteuning binnen de ggz, de huisarts en/of het sociaal domein. Het verkennend gesprek heeft een brede blik; van medische zorg tot ondersteuning. Bij psychische klachten spelen problemen zoals schulden, armoede, werkloosheid en eenzaamheid vaak een rol. De verkennende gesprekken worden per 2025 onderdeel van het bredere concept van het 'Mentaal Gezondheidsnetwerk Midden-IJssel'.

De kracht van het verkennend gesprek zit dan ook in het tegelijk aan tafel hebben van meerdere domeinen. Het is belangrijk om het verkennend gesprek in te zetten wanneer het toegevoegde waarde heeft boven een gesprek met expertise vanuit het sociaal domein (keukentafelgesprek) of medisch

domein (gesprekken met de POH-ggz, het Positieve Gezondheidsgesprek met de huisarts of de samenwerking tussen Dimence en de cliëntondersteuners van Vriendendiensten).

Bij de uitrol van GEM in Midden-IJssel kiezen we er vooralsnog voor om het verkennend gesprek via de huisarts aan te bieden. Dit heeft drie redenen. Ten eerste sluiten we hierbij aan bij de landelijke afspraken rondom MGN in de Zwv. Hierin staat dat de huisarts een verkennend gesprek adviseert/ aanvraagt. Dit is logisch, omdat veel mensen met psychische klachten zich melden bij de huisarts. De huisarts ziet dus eenvoudigweg veel potentiële deelnemers aan het verkennend gesprek. Ten tweede is het praktisch gezien het handigste om de uitrol per huisartspraktijk in te richten. Tot slot moet de huisarts (nu nog) standaard op de hoogte worden gebracht, om zorg in steeds opeenvolgende schakels ('ketens') te voorkomen. Andere professionals kunnen desondanks inwoners wijzen op het verkennend gesprek. Dit loopt echter via de huisarts van de potentiële deelnemer.

Vervolg na VG bij Huisarts en POH

De huisarts heeft bij het verkennend gesprek alleen de rol van poortwachter. De gesprekken worden gevoerd door een combinatie van een ggz-professional en een sociaal domein professional; al dan niet vergezeld door een ervaringsdeskundige.

In de regio Midden-IJssel kiezen we ervoor om een 'pool' van ggz-professionals in te richten. Deze ggz-professionals richten zich voor een belangrijk deel van de week (minimaal 8 uur per week) op het voeren van verkennend gesprekken. Zo ontwikkelen zij snel waardevolle gespreksvaardigheden, én hebben zij de kennis en ervaring om de volledige sociale kaart in de regio te overzien. Deze ggz-professionals kunnen naast hun werk als gespreksvoerder ook nog werkzaam zijn als POH-ggz, of als behandelaar/hulpverlener in de gespecialiseerde ggz. De sociaal domein professional is veelal in dienst bij een wijkteam van de gemeente of sociaal domein partner van de gemeente.

De huisarts weet wie er naar het verkennend gesprek gaat, en krijgt terugkoppeling van de uitkomsten.

Om zorg in opeenvolgende schakels ('ketens' binnen het medische- of juist sociale domein) te voorkomen, wordt het verkennend gesprek gevoerd door twee professionals van verschillende achtergrond, op een locatie naar keuze. In het gesprek komen in ieder geval de 4 vragen aan bod: (1) wat is er met je gebeurd? (2) wie ben jij eigenlijk: wat is je kwetsbaarheid en wat is je kracht? (3) waar wil je naartoe / wat zijn je doelen? En (4) wat/wie heb je daarvoor nodig? Vooraf wordt gevraagd wie je mee wil nemen naar het verkennende gesprek; je 'contactpersoon' (zie verderop).

Vervolg na VG bij GGZ

Na afloop van het verkennend gesprek ontvangt de huisarts een korte terugkoppeling, inclusief concrete op te volgen acties, indien van toepassing. Ten aanzien van de logistiek wordt dit zo laagdrempelig mogelijk ingericht. De organisaties waar de gespreksvoerders werkzaam zijn, sluiten zich aan bij ZorgDomein (verwijssysteem waar alle huisartsen al op zijn aangesloten).

Mocht toch vervolg in de ggz vereist zijn, is dit mogelijk zonder extra handelingen. Het verkennend gesprek wordt zo ingericht dat de huisarts niet onnodig belast wordt. Dit betekent dat de huisarts standaard ook een verwijzing aanmaakt voor de ggz, als hij iemand aanmeldt voor een verkennend gesprek. Als na het verkennend gesprek blijkt dat iemand doorverwezen moet worden naar de ggz, is er niet opnieuw een handeling (verwijzing) van de huisarts vereist.

De uitkomsten van het verkennend gesprek worden via consultatie besproken met ggz-professionals (zie hieronder) en komen ook -in algemene zin- aan bod in het in te richten transfermechanisme. Deze wisselwerking heeft naar verwachting een positief effect op de instroom, doorstroom en -dus- wachtlijst.

Consultatie ggz op verkennend gesprek is altijd mogelijk

Alle problematiek wordt op regelmatige basis (minimaal vier keer per jaar) en anoniem besproken door de gespreksvoerders onderling; op verzoek aan te vullen met ggz-professionals (via de consultatiefunctie sociaal domein. In de consultatie en intervisie reflecteert men met elkaar op de gepasseerde casuïstiek van de afgelopen periode. Deze consultatie wordt daarmee een domeinoverstijgende intervisie.

Vragen die aan bod komen zijn: voor welke deelnemers aan het verkennend gesprek blijken welke wegen binnen het ecosysteem mogelijk? Wanneer is een ggz-module een optie? En er wordt ook gekeken naar de urgentiegraad: wanneer is snelle interventie vanuit de ggz noodzakelijk?

Dergelijke gesprekken moeten steeds meer plaats gaan vinden in een bredere context dan alleen volgend op het verkennend gesprek. Hierdoor wordt vroegsignalering mogelijk en kan kruisbestuiving plaats gaan vinden; plus vanuit kennen groeit vertrouwen: samen doen en (ver-)dragen.

Iedereen een 'contactpersoon', tenzij

Iedereen heeft ondersteuning nodig en zeker bij (meer dan gemiddelde) psychische kwetsbaarheid of klachten. Niemand is alleen in het ecosysteem. Daarom is een belangrijk uitgangspunt dat iedere deelnemer aan het verkennend gesprek een 'contactpersoon' meeneemt. Bij voorkeur is deze contactpersoon of ondersteuner iemand uit de directe omgeving: een familielid, kennis, vriend of buur¹⁸. Ondersteuning komt sowieso uit de 'ruggensteungroep'¹⁹ of uit de 'resource group'²⁰. Maar voor iedereen is een contactpersoon nodig: dat is het normale leven; ook als je op vakantie gaat of een berg beklimt, is er een contactpersoon.

Als de inwoner met psychische klachten geen contactpersoon heeft, gaan deelnemer en gespreksvoerder(s) samen op zoek naar iemand. Een contactpersoon is er in feite altijd; die vormt de verbinding met het ecosysteem. Dat betekent echter zeker niet dat een contactpersoon altijd aanwezig is of overal van op de hoogte moet zijn. Uiteindelijk bepaalt de inwoner of er een contactpersoon meegaat naar het verkennend gesprek; dit is zeer wenselijk, maar niet verplicht. De regie ligt bij de inwoner.

Iedereen in groep, waar mogelijk

Iedereen sluit zich aan bij een groep. Het aanbod voor mensen met psychische klachten of een meer dan gemiddelde psychische kwetsbaarheid is georganiseerd in groepen. Individuele behandeling is een mogelijke volgende stap, en alleen mogelijk wanneer iemand voldoende is aangesloten bij een groep ('bij welke groep ben jij?'). In deze transformatie wordt daarom sterk ingezet op een flinke toename van het aantal groepsbehandelingen in de ggz: iedereen in een groep, waar mogelijk. Groepen zijn er niet

¹⁸ Deze persoon kan al mantelzorger zijn van de deelnemer, maar dat hoeft uiteraard niet

¹⁹ Delespaul et al, Goede GGZ!

²⁰ Stichting RACT Nederland; zie o.a. www.ract.nl

alleen in de ggz, maar juist ook in het normale leven. Ook in het sociaal domein zijn groepen van belang. Daarom is de verdubbeling van het aanwezige Herstelnetwerk ook onderdeel van de transformatie.

Intervisie voor iedereen

Intervisie moet georganiseerd worden voor iedereen die te maken heeft met psychische kwetsbaarheid en/of klachten. Dit is belangrijk om voldoende blijvende verbinding te creëren over domeinen heen, om elkaar voldoende te leren kennen en te vertrouwen, om het niet alleen te hoeven doen, om kennis uit te wisselen, om secundaire traumatisatie te voorkomen en om in tijden van crisis reeds samen een groep te hebben gevormd.

Iedere groep heeft een vorm van ‘intervisie’ in zich; een praatgroep, maar ook een kookclub of een team bij een sportclub. Iedereen heeft elkaar nodig en door in een groep te participeren leer je. Dat is waardevol voor iedereen, maar is in deze transformatie cruciaal voor alle betrokken professionals.

Verdubbeling Herstelnetwerk

Het Herstelnetwerk Deventer bestaat uit ervaringsdeskundigen van vijf verschillende organisaties²¹, waaronder Vriendendiensten. Zij voorzien in een grote behoefte en sluiten volledig aan bij GEM-gedachtengoed. Vriendendiensten beweegt zich tussen welzijn en geestelijke gezondheidszorg in - maar niet alleen in het voorveld; zij kunnen juist ook tussentijdse ondersteuning en nazorg bieden, aanvullend op, en regelmatig verkortend van ggz-behandeling (zorg vanuit een netwerk- in plaats van ketengedachte). Om haar functies goed te kunnen (blijven) vervullen, is verdubbeling van de capaciteit van het Herstelnetwerk noodzakelijk. Zo kunnen zij actief zijn in de hele regio Midden-IJssel. Samen met de betrokken gemeenten wordt per jaar bekeken hoe het Herstelnetwerk het meest effectief kan worden ingezet voor alle inwoners van de regio Midden-IJssel.

Onafhankelijke cliëntondersteuner als wachtlijstondersteuner en brugfunctie ggz sociaal domein

Om in de regio Midden-IJssel succesvol de beweging naar voren te maken en daarmee de samenwerking tussen ggz en sociaal domein te bevorderen, is het belangrijk dat er in de transformatieperiode voldoende ondersteuningsmogelijkheden zijn op het grensvlak sociaal domein-ggz. Het doel is om de toegankelijkheid van de ggz te verbeteren en concreet wachtlijsten te verkorten. Dit is een geleidelijk proces waarbij we ons niet moeten blindstaren op de lange termijn en we ons moeten realiseren dat er voor de korte termijn (ook) oplossingen nodig zijn. Door een onafhankelijke cliëntondersteuner specifiek in te zetten op het ondersteunen van mensen die op de wachtlijst staan, geven we daar invulling aan.

De behandelaren van drie teams van Dimence met de langste wachttijden (Ontwikkelingsstoornissen, Angst & en Persoonlijkheidsproblematiek & Complex Trauma) werken nauw samen met de onafhankelijke ggz-cliëntondersteuners van Vriendendiensten. Het doel van deze samenwerking is om voorafgaand, tijdens én na de ggz-behandeling, problemen op leefgebieden (vroegtijdig) op te sporen en op de juiste plek en door de juiste persoon aan te pakken. Binnen deze samenwerking worden cliënten die, naast psychische problemen ook problemen op leefgebieden hebben, actief doorverwezen naar de onafhankelijke ggz-cliëntondersteuners van Vriendendiensten. De cliëntondersteuners pakken vervolgens deze problemen aan, samen met de cliënt: na een brede (gespecialiseerde) vraagverheldering wordt er gekeken wie vanuit het eigen netwerk en/of het sociale domein met deze problemen praktisch aan de slag kan gaan. De cliëntondersteuners voeren vervolgens de regierol hierin en koppelen het

²¹ Huidige deelnemers: Dimence, IrisZorg, Vriendendiensten Deventer, Tactus en RIBW Overijssel

nodige terug aan de behandelaren. Door deze samenwerking en integrale werkwijze kunnen behandelaren van Dimence zich specifiek richten op de behandeling i.p.v. zich bezig te houden met hulpvragen op leefgebieden.

Regie bij de inwoner

Documentatie vindt zo veel mogelijk plaats onder regie van de inwoner zelf. Wanneer nodig, kan samen een hulpkaart of crisiskaart²² gemaakt worden. De inwoner is eigenaar van deze kaart waarin alleen minimale informatie staat met betrekking tot wie, wat en wanneer. Er zijn ook digitale mogelijkheden voor verslaglegging zoals een (leefstijl) app.

Ecosysteem in beweging oftewel ‘levende sociale kaart’

Een ecosysteem mentale gezondheid is prachtig, maar onoverzichtelijk. Diversificatie is belangrijk, maar moeilijk te overzien. De sociale kaart maar ook het zorglandschap verandert voortdurend. In een ingewikkeld systeem moeten we juist simpel blijven denken met elkaar. We willen het goed genoeg doen: doen we het goede, in plaats van doen we het goed. We gaan dus telkens terug naar de basis vier vragen en bespreken eerst samen wat of wie er binnen het eigen netwerk kan. Daarnaast zorgen we, door hulpverleners uit verschillende domeinen telkens met elkaar te verbinden, voor verschillende perspectieven waardoor er een netwerk ontstaat met verschillend en aanvullend aanbod in plaats van een trechter richting zorg.

2.1.2 Uitgangspunten binnen scope GEM, buiten scope van transformatieplan

De volgende twee uitgangspunten zijn geen onderdeel van het transformatieplan, omdat voor de realisatie van deze onderdelen al vanuit andere bronnen middelen beschikbaar zijn. Aangezien deze uitgangspunten cruciaal zijn voor het slagen van de transformatie als geheel, lichten we ze toch uit in deze paragraaf. Deze uitgangspunten worden niet gekwantificeerd in het vervolg van dit transformatieplan (zie ook Figuur 7).

eCommunity ter ondersteuning van regionaal ecosysteem

Vanuit GEM Landelijk is er een eCommunity beschikbaar voor alle inwoners van de regio Midden-IJssel. Deze eCommunity bouwt voort op de succesvolle eCommunity PsychoseNet. De community biedt zowel anonieme e-health modules als een e-spreekuur. Het vormt daarmee een online platform waar deelnemers aan het verkennend gesprek op gewezen kunnen worden en waar inwoners aanvullend gebruik van kunnen maken, naast zorg en/of ondersteuning in de regio Midden-IJssel.

Het gebruik van deze community is gratis. Het systeem wordt bekostigd vanuit een subsidie van het Zorginstituut Nederland. Structurele bekostiging van deze e-community is een randvoorwaarde voor het succes van regionale GEM-transformaties, zoals in Midden-IJssel.

Brede Leergroepen (= ‘werken wonen onderwijs’ en sociaal domein deel van ‘groepshuis’ GEM)

In de regio Midden-IJssel wordt middels een Veranderatelier verder invulling gegeven aan het concept Brede Leergroepen. De Brede Leergroepen worden gegeven in het voorveld en hebben een sterk psycho-educatief of trainingskarakter. Zij zijn, zonder verwijzing en indicatie, toegankelijk voor alle inwoners met een hulpvraag, die willen werken aan hun zelfherstellend vermogen. Kenmerkend voor de

²² Zie o.a. www.crisiskaart.nl en www.hulpkaart.nl

Brede Leergroepen is dat zij waardengericht van aard zijn. Binnen de groep wordt gebruik gemaakt van elkaars ervaringen, waar een normaliserende werking vanuit gaat. De thema's van de groepen zullen de hulpvragen van de inwoners gaan volgen.

2.2 Van uitgangspunten naar afspraken voor de transformatie

Bovenstaande uitgangspunten krijgen in de komende jaren vorm door nadere uitwerking in de praktijk.

Een ecosysteem dat continu in beweging is

Het is van belang om voldoende 'beweegruiimte' te houden om de uitgangspunten zo vorm te geven dat zij passen bij wat op dat moment en bij die inwoner en professional werkt.

Alle betrokken partijen geloven in deze transformatie. Tegelijkertijd zijn ook alle partijen ervan overtuigd dat de transformatie alleen succesvol is, als er ruimte is om bij te sturen, te divergeren en te integreren op basis van wat nodig is.

Dit vraagt om leren in de praktijk: doen, tegen dingen aanlopen, samen het proces anders inrichten en testen of het dan beter werkt. De transformatie wordt succesvol door telkens aan te sluiten bij wat de grootste maatschappelijke meerwaarde heeft.

Ook houden we landelijke ontwikkelingen goed in de gaten. Zo zorgen we dat we (ten aanzien van kaders) op inhoud, financiering en regelgeving synchroon (blijven) lopen. In paragraaf 5.1 gaan we nader in op monitoring en actief bijsturen.

Transformatieplan als *een* onderdeel van brede, impactvolle transformatie

De structuur van het transformatieplan vraagt om SMART-afspraken ten aanzien van de impactvolle zorgtransformatie. Een transformatie die bovendien breder is, en een langere doorlooptijd kent dan dit plan. Daar kunnen we, binnen de beoordelingskader van het IZA, in dit plan maar beperkt rekening mee houden.

Het vatten van een dergelijke transformatie in concrete afspraken vrij ver aan het begin van de transformatie staat op gespannen voet met de vereiste vrijheidsgraden om de transformatie te laten slagen. We houden het daarom zo simpel en zo concreet mogelijk. Zelfs dan is de transformatie al ingewikkeld genoeg.

Dit hebben we uitgewerkt in de tabel op de volgende twee pagina's. De tabel toont de wisselwerking tussen inhoudelijk uitgangspunt, beweegruiimte en de afspraken die ten grondslag liggen aan dit transformatieplan. Zo maken we tegelijkertijd heldere afspraken en bouwen we voldoende flexibiliteit in voor een kloppend organisch proces.

Uitgangspunt	Beweegruimte 2025 - 2027	Afspraak in dit transformatieplan
GEM bouwt zoveel mogelijk voort op het bestaande	De GEM-transformatie voegt alleen zaken toe wanneer dit vereist is voor het functioneren van het ecosysteem	<ul style="list-style-type: none"> • Het verkennend gesprek moet aansluiten bij bestaande structuren (Voor Elkaar Teams, de Wmo-coaches van Team Toegang Wmo, Team Toegang Jeugd, POH-ggz, huisartsenzorg en ggz) • Een analyse van eventueel vereiste aanpassingen in de huidige opzet van toe- en uitstroom tussen het sociaal domein, huisartspraktijk en de ggz vormt de basis voor de verdere uitrol in 2025.
Verkennend gesprek is onderdeel van het normale leven	Het verkennend gesprek is er voor iedereen met psychische klachten die geholpen is met deze nieuwe vorm van zorg en ondersteuning	Bij het aanbieden van het verkennend gesprek wordt gekeken naar wie het meeste baat heeft bij een verkennend gesprek. Het gesprek wordt ingezet waar er behoefte is aan meerdere perspectieven (sociaal domein, GGZ, POH GGZ) ten aanzien van de patiënt met psychische klachten. In het verkennend gesprek wordt de behoefte binnen de verschillende domeinen in kaart gebracht.
Verkennend gesprek is standaard aanbod	Iedere inwoner met psychische klachten krijgt binnen 1-2 weken een uitnodiging voor het verkennend gesprek	<ul style="list-style-type: none"> • Tussen 2025 en 2027 schalen we het verkennend gesprek op naar de hele regio Midden-IJssel. Het verkennend gesprek is een aanspraak vanuit de basisverzekering Zvw • In lijn met de door AKWA ontwikkelde uniforme werkwijze is de ambitie dat iedere potentiële deelnemer binnen 1-2 weken wordt benaderd. Samen plannen zij het verkennend gesprek • Niet alleen de huisarts, maar ook anderen kunnen het verkennend gesprek voorstellen. Zij adviseren de inwoner om dit aan de huisarts voor te leggen • Bij de introductie van het verkennend gesprek worden telkens goede procesafspraken gemaakt. Zo voorkomen we dat het verkennend gesprek bovenop bestaande gesprekken komt
Iedereen heeft een contactpersoon	Voorafgaand aan ieder verkennend gesprek wordt gevraagd aan de inwoner: wie is je contactpersoon?	Indien er niemand is, dan wordt er iemand gekoppeld, afhankelijk van wat nodig blijkt: bijvoorbeeld buur, cliëntondersteuner, maatje of zorgprofessional. Het zijn van 'contactpersoon' is op vrijwillige basis
Contactpersoon houdt alleen contact	Contactpersoon is alleen signalerend en verbindend aanwezig	<ul style="list-style-type: none"> • Contactpersoon heeft geen directe verantwoordelijkheid • Er is voldoende tijd beschikbaar om indien nodig mee te zoeken naar een contactpersoon
Het verkennend gesprek wordt gevoerd door twee mensen met verschillende achtergrond	Vanuit kruisbestuiving kan in principe iedere sociaal domein professional deelnemen aan verkennend gesprek	<ul style="list-style-type: none"> • Voor het Zvw-deel van het verkennend gesprek (inzet ggz-professional) conformeren we ons aan de NZa-beleidsregel • We starten het verkennend gesprek met sociaal domein professionals die werkzaam zijn voor Team Toegang Wmo (Wmo-coaches) en de Voor Elkaar Teams (Raster, MEE Samen, Solis, De Kern), Vriendendiensten Deventer, het Meldpunt Bijzondere Zorg Deventer (BZT)) • Bij uitbreiding van de verkennend gesprekken (in omvang en naar andere gemeenten) maken we een profielschets van de competenties van de gespreksvoerders. Hieruit volgen mogelijk nieuwe organisaties/ teams die gespreksvoerders leveren • Waar de gespreksvoerders tijdens deze transformatieplanperiode in dienst zijn, maakt niet uit. Dit kan bij de gemeente zelf zijn of bij een contractrelatie van de gemeente, of als zelfstandige. Welke organisaties aansluiten wordt bepaald in overleg met het BO (zie paragraaf 5.3)

		<ul style="list-style-type: none"> • Alle gespreksvoerders krijgen training, waarin de vraag wie neem je mee, en de vier vragen van het verkennend gesprek centraal staan • Er komen 2x per jaar bijeenkomsten waarvoor alle gespreksvoerders worden uitgenodigd, om elkaar te leren kennen en vertrouwen • Na 2 jaar (eind 2026) evalueren alle partijen welke organisaties de gespreksvoerders leveren
Vast team van gespreksvoerders verkennend gesprek	In de regio wordt gewerkt met een vast team van verkennend gespreksvoerders, Alle gespreksvoerders besteden een minimaal aantal uur per week (8 uur) aan het voeren van deze gesprekken.	<ul style="list-style-type: none"> • Huisarts en te consulteren ggz-professionals sluiten aan op intervisie team verkennend gesprek; kennen en vertrouwen • De bij het verkennend gesprek betrokken ggz-professional helpt bij uitrol van het verkennend gesprek. Hij/zij kan uitleggen wat het behelst, wat het oplevert en hoe de huisarts op de hoogte blijft
Consultatie vanuit ggz is altijd mogelijk	Consultatie en intervisie tussen gespreksvoerders verkennend gesprek vindt op reguliere basis plaats.	O.b.v. de gevoerde verkennende gesprekken wordt minimaal vier keer per jaar consultatie en intervisie ingepland; op verzoek aangevuld met andere ggz-professionals voor nadere consultatie. Dit overleg kan, maar hoeft niet op specifieke casuïstiek in te gaan. Het belangrijkste doel is intervisie
Team verkennend gesprek kent ecosysteem	Er is ruimte om huidig aanbod in kaart te brengen en er is ruimte voor diversificatie en nieuwe ideeën	Er is voldoende indirecte tijd beschikbaar om op de hoogte te blijven van aanbod.
Aansluiting bij groep is normaal	Aansluiting bij een groep(je) is voorwaarde voor eventueel individuele behandeling	Zie boven: er is voldoende indirecte tijd beschikbaar om op de hoogte te blijven van groepsaanbod en indien nodig nieuwe groepen te vormen
Groepen worden ook organisatie-overstijgend georganiseerd	Groepen zijn toegankelijk voor iedereen met psychische klachten	<ul style="list-style-type: none"> • Er wordt voldoende in kaart gebracht welke groepen er allemaal al zijn • Er is voldoende indirecte tijd beschikbaar om samen nieuwe groepen te starten • Groepsaanbod is zowel preventief als herstellend
Behandeling in groep is standaard aanbod	Behandeling wordt zo veel mogelijk georganiseerd in groepen	<ul style="list-style-type: none"> • Nascholing over groepsdynamiek en opleiding tot groepstherapeut wordt voor behandelaren mogelijk gemaakt • Optimale inzet van groepsruimten wordt meegenomen in de reguliere herijking van het strategisch vastgoedplan (buiten scope van dit transformatieplan). Hierbij wordt ook gekeken naar faciliteiten voor digitaal georganiseerde groepsconsulten (o.a. video conferencing)
Zelfregie, herstel veerkracht zijn cruciale componenten in de transformatie	Er is voldoende capaciteit aan Zelfregiecentra en Herstelnetwerk om een brugfunctie te vervullen binnen de transformatie. Iedere inwoner heeft daarbij zelf regie over informatie en eigen verhaal	<ul style="list-style-type: none"> • Een tweede Zelfregiecentrum Vriendendiensten in Deventer is vooralsnog niet haalbaar. Wel wordt de capaciteit van het Herstelnetwerk per 2025 verdubbeld • Wanneer nodig, kan samen een hulpkartaal of crisiskartaal gemaakt worden
GEM-transformatie zoekt telkens goede balans tussen diversificatie en samenhang	Een (soms radicaal) andere manier van werken vraagt om continu zoeken naar een goede balans tussen diversificatie en samenhang: voldoende vernieuwend, maar ook voldoende omvangrijk en uniform om impact te hebben.	<ul style="list-style-type: none"> • In (de herijking van) het transformatieplan maken we heldere keuzes, onderbouwd vanuit inhoud en cijfers • We houden rekening met lokale kleur en (veranderende) omstandigheden. De transformatie moet passen bij de (gemeente binnen de) regio Midden-IJssel • Het BO Mentaal Welbevinden heeft een actieve rol in de monitoring van de afspraken (zie paragraaf 5.4)
GEM-transformatie vraagt ook om transformatie van middelen	Er zijn voldoende structurele financiële middelen beschikbaar om de transformaties te bekostigen, zowel binnen de Zvw als in het sociaal domein	Partijen maken aanspraak op het in september 2024 overeengekomen addendum op de transformatiemiddelen t.b.v. inzet in sociaal domein (zie paragraaf 3.4) om de transformatie te realiseren.

3. Maatschappelijke meerwaarde van de GEM-transformatie

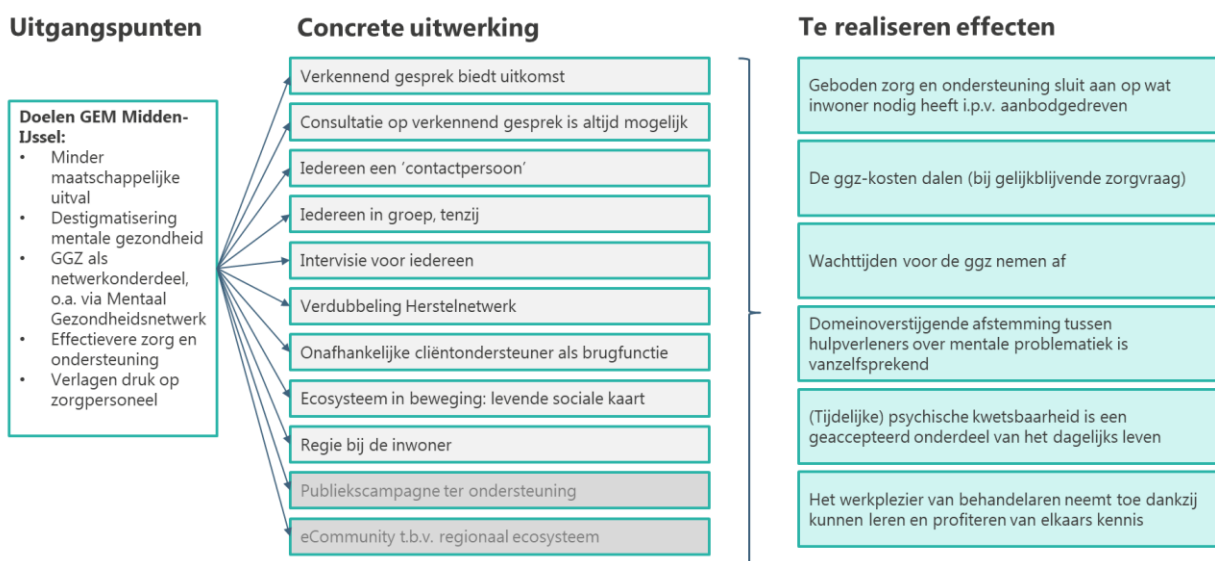
De transformatie naar GEM heeft grote maatschappelijke meerwaarde voor mensen met een psychische kwetsbaarheid; één van de doelgroepen uit het IZA. Maatschappelijke meerwaarde definiëren wij in dit transformatieplan als de (geconsolideerd positieve) kwalitatieve en kwantitatieve effecten van de transformatie.

In dit hoofdstuk verwoorden we de inhoudelijke uitgangspunten van GEM in de termen die het beoordelingsformat transformatieplannen hanteert (maatschappelijke meerwaarde in termen van toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid). Op deze wijze beschrijven we de transformatie vanuit het gedachtegoed van GEM (H1 en H2) en vanuit het gedachtegoed van het IZA (dit hoofdstuk). Bij elk effect benoemen we kort hoe we dit effect gaan meten gedurende de transformatieperiode.

3.1 Effecten van GEM op de inwoners van de regio Midden-IJssel

Inwoners van Midden-IJssel met (tijdelijke) psychische kwetsbaarheid profiteren op verschillende wijzen van GEM. De geboden zorg en ondersteuning sluit beter aan op hun behoeften, en wordt geboden in een 'ecosysteem', waar zorg, ondersteuning en 'het normale leven' met elkaar samenvallen. Ook voor professionals - o.a. betere afstemming en afnemende (mentale) druk - en voor financiers - o.a. verschuiving van (zwaardere) zorg naar preventie - zijn de (maatschappelijke) effecten van GEM positief.

De maatschappelijke meerwaarde van GEM hebben we geplot in onderstaand schema. Hierin komen alle onderdelen uit hoofdstuk 1 terug, inclusief de te realiseren effecten. De te realiseren effecten tezamen vormen de maatschappelijke meerwaarde van GEM.



Figuur 9: Effectenboom GEM-transformatie; van uitgangspunten naar uitwerking en te realiseren effecten

We beschrijven de effecten hieronder langs de vier verschillende onderdelen van impactvolle zorgtransformaties (zie kader). Bij ieder onderdeel beschrijven we de relevante te realiseren effecten. Daaronder beschrijven we ook de secundaire effecten: positieve ontwikkelingen breder dan zorg en sociaal domein, die volgen uit de GEM-transformatie.

Vier componenten van impactvolle zorgtransformaties:
 (1) toegankelijkheid; (2) kwaliteit; (3) betaalbaarheid en
 (4) behouden en het ontzorgen van zorgprofessionals.

Dit hoofdstuk bevat een kwalitatieve beschrijving van de maatschappelijke meerwaarde. GEM heeft ook in kwantitatieve zin impact op de zorg en ondersteuning. Dit hebben we uitgewerkt in hoofdstuk 4.

We beschrijven in deze hoofdstukken de effecten van de ‘losse’ elementen van de GEM-transformatie. De toegevoegde waarde van GEM als ecosysteem zit in het gecombineerde effect van alle onderdelen. Bij deze transformatie geldt echt dat het geheel meer is dan de afzonderlijke elementen.

Onderdeel impactvolle zorgtransformatie	Te realiseren effect?	Objectief meten?	Concrete acties?
Toegankelijkheid	Wachttijden ggz nemen af	<ul style="list-style-type: none"> - Aantal wachtenden in de regio - Aantal verkennend gesprekken in de regio & aantal deelnemende HA-praktijken - Beschikbaar aantal behandeluren ggz voor consultatie - Borging inhoudelijke doelen alle inkoopafspraken zorgverzekeraars en gemeenten 	<ul style="list-style-type: none"> - Zoveel mogelijk in groepen - Voeren van verkennend gesprekken - Inrichting Mentaal Gezondheidsnetwerk - GGZ speelt tijd vrij voor consultaties door meer in groepen werken - Dialoog met partijen binnen en buiten transformatie, incl. contractuele afspraken
Kwaliteit	<ul style="list-style-type: none"> - Geboden zorg en ondersteuning sluit aan op wat inwoner nodig heeft i.p.v. aanbod gedreven - (tijdelijke) psychiatrische kwetsbaarheid is een geaccepteerd onderdeel van het dagelijkse leven 	<ul style="list-style-type: none"> - Cliënttevredenheid o.b.v. CQ-index en/of SRS/ORS vragenlijst - Aantal x dat een deelnemer een contactpersoon heeft - Aantal verkennende gesprekken in regio Midden-IJssel - Waardering voor zelfregiecentra meten 	<ul style="list-style-type: none"> - Regie bij inwoner in verkennend gesprek gericht op mentaal welbevinden i.p.v. oplossen klachten - Patroon van automatisch doorverwijzen in keten verbreken - Toenemende inzet ervaringsdeskundigen, in Herstelnetwerk en verkennend gesprek - Focusgroepen organiseren onder inwoners
Betaalbaarheid	GGZ kosten dalen (bij gelijkblijvende zorgwaarde)	<ul style="list-style-type: none"> - Verhouding aantal groepsconsulten t.o.v. individuele behandelconsulten - Aantal gedeclareerde consultaties t.b.v. huisartsen en sociaal domein - Gemiddelde zorgkosten per unieke cliënt en totale zorgkosten ggz - Aantal verwijzingen huisarts en ingezet Wmo-maatwerk 	<ul style="list-style-type: none"> - Gesprekken over structurele financiering tussen gemeenten en zorgverzekeraars - Contractuele afspraken met aanbieders die geen onderdeel zijn van transformatie, om oneigenlijke beïnvloeding van de (inhoudelijke) doelen te voorkomen
Behouden en ontzorgen zorgprofessionals	<ul style="list-style-type: none"> - Domeinoverstijgende afstemming tussen hulpverlening is vanzelfsprekend - Werkplezier behandelaren neemt toe door kunnen leren en profiteren van elkaars expertise 	<ul style="list-style-type: none"> - Korte vragenlijst onder gespreksvoerders en huisartsen over de inzet en resultaten van het verkennend gesprek - Werkplezier professionals o.b.v. SRS/ORS vragenlijst 	<ul style="list-style-type: none"> - Consultatie mogelijk maken voor gespreksvoerders verkennend gesprek - Intervisie voor iedereen inrichten (georganiseerd voor professionals, via groepen in het ‘normale leven’ voor ieder ander) - Trainen van professionals in verkennend gesprek en in groepsgericht werken

Figuur 10 Samenvatting te realiseren effecten, meetwijzen en acties per onderdeel zorgtransformatie

Bovenstaande tabel toont de impact per onderdeel van de zorgtransformatie. Hieronder werken we deze punten nader uit, waarbij we telkens één of meerdere te meten elementen koppelen aan het beoogde doel. De genoemde te verwachten impact monitoren we gedurende de transformatieplan periode. In hoofdstuk 5 staan alle bijbehorende indicatoren, inclusief de afspraken ten aanzien van monitoring, beschreven.

3.1.1 Toegankelijkheid

De belangrijkste indicator waarlangs de toegankelijkheid van de ggz gemeten wordt, zijn de wachttijden. De combinatie van GEM-initiatieven zorgt voor een daling.

Te realiseren effect: wachttijden voor de ggz nemen af

Door zoveel mogelijk zorg in groepen aan te bieden, wordt de wachttijd voor ggz-behandeling verkort. Behandeling en ondersteuning in groepen vraagt minder behandelcapaciteit. Hiermee ontstaat ruimte voor extra te behandelen cliënten binnen de bestaande formatie.

De toegankelijkheid wordt verder vergroot door de inzet van het verkennend gesprek en de verdubbeling van het Herstelnetwerk. Dit leidt tot het voorkomen c.q. verminderen van de vraag naar ggz. Ook de ggz draagt hier zelf aan bij door tijd vrij te spelen voor consultatie, waardoor cliënten met (dreigende) terugval toch bij de huisarts en/of bij één van de (reeds bestaande) zelfregiecentra kunnen blijven, met meedenken of een module vanuit de ggz, in plaats van opnieuw naar een (wachttijd voor een) ggz-behandeling doorverwezen te worden.

Daarnaast functioneert de onafhankelijke cliëntondersteuner als brugfunctie tussen het sociale- en het medische domein, specifiek voor mensen die op de wachtlijst staan.

Dit effect meten we aan de hand van: aantal wachtenden in de regio Midden-IJssel; zowel bij Dimence en MindFit als bij andere ggz-aanbieders *(zie voor nadere uitwerking hoofdstuk 5)*

*Toename van de toegankelijkheid in de tijd*²³

De toegankelijkheid van de ggz treedt geleidelijk op. Zowel het meer in groepen behandelen als het verkennend gesprek moeten eerst worden opgeschaald:

- Tussen 2025 en 2027 wordt het verkennend gesprek geïntroduceerd in de regio. Vanaf 2025 is het een aanspraak vanuit de basisverzekering. In 2027 is het verkennend gesprek op reguliere wijze via iedere huisartsenpraktijk aan te vragen.
- Het opschalen van groepsconsulten vraagt tijd en energie. Eind 2026 is 50% van de beoogde toename van het werken in groepen binnen Dimence en Mindfit gerealiseerd.

De toegankelijkheid van hersteltrainingen neemt ook toe. De verdubbeling van het Herstelnetwerk wordt in 2025 gerealiseerd. Hiermee verdubbelt de capaciteit van 985 naar 1.970 uur inzet van betaalde ervaringsdeskundigen. Met deze uitbreiding wordt aanvullende inzet van nog eens 985 uur aan onbetaalde ervaringsdeskundigen mogelijk. Deze uitbreiding maakt inzet van Herstelnetwerk in de hele regio mogelijk; met derhalve een positief effect op de alle gemeenten in de regio.

Dit effect meten we aan de hand van: aantal deelnemers aan hersteltrainingen en lotgenotengroepen in alle vier gemeenten *(zie voor nadere uitwerking hoofdstuk 5)*

3.1.2 Kwaliteit

De toename van kwaliteit van zorg en ondersteuning zit voornamelijk in het ecosysteem zelf. Dat komt tot uiting in twee te realiseren effecten.

Te realiseren effect: geboden zorg en ondersteuning sluit aan op wat inwoner nodig heeft

Door het patroon van ‘automatisch’ doorverwijzen naar een volgende stap in de keten te doorbreken, ontstaat beter passend aanbod. Het verkennend gesprek gaat uit van ‘de vier vragen’ en is daarmee meer gericht op mentaal welbevinden, dan op het ‘oplossen’ van klachten²⁴. Anders gezegd: wat de inwoner nodig heeft staat voorop. Het verkennend gesprek is gericht op veerkracht, zelfregie waar mogelijk en zorg indien nodig.

Dit effect meten we aan de hand van: resultaten van de gestandaardiseerde vragenlijsten over de jaren heen *(zie voor nadere uitwerking hoofdstuk 5)*

Ook het hebben van een contactpersoon draagt bij aan vraag-gedreven zorg en ondersteuning. Dit in de vorm van een luisterend oor, ruggensteun en/of door een koppeling met het ‘normale’ leven.

²³ De fasering van het transformatieplan is nader uitgewerkt in paragraaf 5.2

²⁴ Bohlmeijer & Westerhof, A new model for sustainable mental health

Dit effect meten we aan de hand van: aantal keer dat er door deelnemers aan het verkennend gesprek, samen met de gespreksvoerders, (succesvol) is gezocht naar een contactpersoon (*zie voor nadere uitwerking hoofdstuk 5*)

Naar verwachting leidt dit ook tot minder zorg en ondersteuning naast elkaar (gelijktijdig, maar zonder onderlinge samenhang). In het verkennend gesprek ontstaat overzicht van alle betrokken partijen. In overleg kan de toegevoegde waarde van de ‘stapeling’ van zorg en ondersteuning worden besproken: (verschillende (soorten) Wmo-aanbieders, al dan niet in combinatie met zorgverlening door de huisarts, ggz of andere behandelaren).

Dit effect meten we aan de hand van: resultaten van de gestandaardiseerde vragenlijsten over de jaren heen (*zie voor nadere uitwerking hoofdstuk 5*)

Te realiseren effect: psychische kwetsbaarheid is geaccepteerd onderdeel van het dagelijks leven

Een contactpersoon hebben draagt bij aan de kwaliteit van leven: onderdeel uitmaken van een groep en in contact blijven met het ‘normale leven’ als inwoner met een psychische kwetsbaarheid, zorgt voor minder uitval²⁵.

Ook de verdubbeling van het Herstelnetwerk draagt bij aan de kwaliteit van leven, door het bieden van contact en verbinding voor inwoners en zo -onder andere- het voorkomen van eenzaamheid. Het zelfregiecentrum helpt bij het opbouwen van een netwerk c.q. vangnet en het (her)vinden van een nuttige daginvulling, structuur en zingeving.

Dit effect meten we aan de hand van: resultaten van de gestandaardiseerde vragenlijsten over de jaren heen (*zie voor nadere uitwerking hoofdstuk 5*)

Verder biedt de toenemende inzet van ervaringsdeskundigheid een positief toekomstbeeld (hoop) voor huidige deelnemers aan het verkennend gesprek, de zelfregiecentra en/of het Herstelnetwerk. Verdubbeling van het Herstelnetwerk biedt ruimte voor meer methodische zelfhulp en *peer support* en het verstevigen van de brugfunctie tussen ggz en zelfregie, onder andere door aanvullend, innovatief aanbod te ontwikkelen en soms ook gewoon letterlijk, door mee te gaan en te zorgen dat iemand aansluit bij een groep.

Dit effect meten we aan de hand van: kwalitatief onderzoek (focusgroepen) naar de effectiviteit van nieuw aanbod van het Herstelnetwerk (*zie voor nadere uitwerking hoofdstuk 5*)

*Toename van de kwaliteit in de tijd*²⁶

De kwaliteit van zorg en ondersteuning neemt op gelijke voet toe als de groei en versteviging van het ecosysteem. Iedere inwoner die gebruik maakt van één of meer GEM-onderdelen, krijgt beter aansluitende zorg en ondersteuning en behoudt een betere verbinding met het normale leven. In 2025 zullen dit ongeveer 400 inwoners zijn. In 2027 krijgen circa 2.300 inwoners een verkennend gesprek. Dit loopt op tot ongeveer 3.275 gesprekken in 2029; als alle huisartsenpraktijken op ‘volle sterkte’ zijn.

Dit effect meten we aan de hand van: aantal verkennende gesprekken per normpraktijk en totaal in de hele regio Midden-IJssel (*zie voor nadere uitwerking hoofdstuk 5*)

²⁵ Huber, positieve gezondheid; zie o.a. www.iph.nl

²⁶ De fasering van het transformatieplan is nader uitgewerkt in paragraaf 5.2

3.1.3 Betaalbaarheid

Te realiseren effect: ggz-kosten dalen (bij gelijkblijvende zorgwaarte)

Door een toename van het aantal groepsconsulten ten opzichte van het aantal individuele consulten, dalen de zorgkosten per cliënt.

Of dit effect daadwerkelijk optreedt, is afhankelijk van twee, zich tegelijkertijd voordoende effecten:

- Mate van succes bij omzetten van individuele behandelcontacten: niet alle behandelingen zijn geschikt voor groepen. Diagnostiekconsulten zijn uitgesloten van omzetting. In de kwantificering houden we hier rekening mee.
- Anders inzetten van vrijkomende behandelcapaciteit: de wijze waarop de vrij te spelen behandelcapaciteit wordt ingezet, heeft eveneens invloed op de ggz-kosten (per cliënt). Vrijvallende behandeluren kunnen bijvoorbeeld (ook) worden ingezet om meer cliënten te behandelen (en dus de wachtlijsten te verkorten) of om consultatie te bieden aan onder andere de huisarts en het sociaal domein.
 - Gemiddeld meer groepsconsulten per cliënt heeft dus geen een-op-een effect op het Zvw-budget; door de mogelijke herallocatie van behandeluren.
 - Of er extra cliënten, en zo ja, met welke zorgwaarte, in behandeling worden genomen, weegt mee in de zorgkosten per cliënt.
 - Hierbij speelt ook mee dat er op dit moment lange wachtlijsten zijn voor de specialistische ggz. Indienende én beoordelende partijen stellen de toegankelijkheid van de ggz in dergelijke gevallen boven het vermijden van zorgkosten. Vrijgevallen behandeluren zullen derhalve eerst en vooral worden ingezet om de wachtlijsten terug te dienen. Pas wanneer de wachtlijsten binnen de Treeknormen zijn, zullen mogelijk effecten in totale behandelinzet zichtbaar worden.

De combinatie van deze simultaan voordoende effecten resulteert in een verwachte daling van zorgkosten per cliënt, bij gelijkblijvende zorgwaarte. Derhalve meten we meerdere ontwikkelingen.

Dit effect meten we aan de hand van: verhouding aantal groepsconsulten ten opzichte van individuele behandelconsulten per cliënt (*zie voor nadere uitwerking hoofdstuk 5*)

Dit effect meten we aan de hand van: aantal gedeclareerde ggz-consultaties t.b.v. huisartsen en sociaal domein (*zie voor nadere uitwerking hoofdstuk 5*)

Daarnaast meten zorgverzekeraars (en maken zij afspraken over): gemiddelde kosten per unieke cliënt en totale zorgkosten per ggz-aanbieder (*zie voor nadere uitwerking hoofdstuk 5*)

Secundair effect: betaalbaarheid verbetert door betere aansluiting op wat inwoner nodig heeft

Door beter aan te sluiten op wat de inwoner nodig heeft, neemt de noodzaak tot inzet van ggz af. Dit is een secundair effect bij geboden zorg en ondersteuning die beter aansluit op wat inwoner nodig heeft; een effect dat primair leidt tot betere kwaliteit van zorg en ondersteuning (zie paragraaf 3.1.2).

Naar verwachting zal de vraag naar ggz afnemen, doordat er meer en betere ondersteuning wordt geboden in het sociaal domein en in het normale leven. Dit heeft naar verwachting een effect op de

gemiddelde zorgzwaarte van ggz-behandelingen. Als hiermee de minder (arbeids)intensieve zorgvraag vervalt, blijven alleen cliënten in zorg die relatief veel behandeling nodig hebben (en dus met relatief hogere kosten per cliënt). In dat geval dalen niet de zorgkosten per cliënt, maar de totale ggz-zorgkosten.

Toename van de betaalbaarheid in de tijd²⁷

Of het secundaire effect optreedt monitoren we gedurende de looptijd van dit transformatieplan. Zie paragraaf 3.2.

3.1.4 Behouden en ontzorgen van zorgprofessionals

De maatschappelijke meerwaarde van GEM richt zich niet alleen op de inwoners van Midden-IJssel, maar ook op de betrokken zorgprofessionals. GEM draagt op twee manieren bij aan het ontzorgen van professionals.

Te realiseren effect: Verschuiving in personele inzet van specialistische zorg naar de voorkant

Vanuit de gedachte dat zorg en ondersteuning wordt geleverd in een 'ecosysteem', dat zoveel mogelijk samenvalt met 'het normale leven', verschuift ook de personele inzet meer naar de voorkant. Binnen de ggz betekent dit een verplaatsing van behandelinzet in de specialistische zorg naar inzet bij verkennende gesprekken.

Zoals ook al in paragraaf 1.8 staat toegelicht, doen beide bewegingen zich tegelijkertijd voor:

- In 2030 is ca. 6,5 FTE inzet van de ggz-professional vereist voor het voeren van verkennende gesprekken in de regio Midden-IJssel.
- Door inzet op modulaire ggz (groepsgerichte behandeling) wordt FTE-capaciteit vrijgespeeld. In de business case rekenen we met ca. 6,6 FTE aan vrijgevallen uren.
- Daarnaast zijn er ggz-professionals nodig die consultatie bieden aan deze gespreksvoerders. Ook deze inzet is te realiseren via vrijvallende uren, o.a. als gevolg van het preventieve/verlagende effect van de verkennende gesprekken en het Herstelnetwerk op de Zwv.
- Deze transformatie heeft ook een effect op de inzet van personeel in het sociaal domein. In 2030 is ca. 6,5 FTE extra capaciteit vereist aan sociaal domein professionals t.b.v. gespreksvoerders voor de verkennende gesprekken.
- Het structurele effect van verkennende gesprekken op de Wmo (meer of juist minder vereiste inzet) is onderdeel van de monitoring van het transformatieplan.
- De uitbreiding van het Herstelnetwerk schept betaalde en onbetaalde banen voor inwoners met ervaringsdeskundigheid (1,6 FTE; te verdelen over meerdere ervaringsdeskundigen; aangevuld met 1,3 FTE aan trainer en coördinator). In het verleden is gebleken dat werken binnen het Herstelnetwerk een opstap is naar een andere betaalde baan, binnen of buiten de zorg.

Dit effect meten we aan de hand van: KPI's t.a.v. aantal verkennende gesprekken, t.a.v. gevolgde trainingen in het Herstelnetwerk en t.a.v. verhouding groepsconsulten t.o.v. totaal aantal consulten (zie voor nadere uitwerking hoofdstuk 5)

²⁷ De fasering van het transformatieplan is nader uitgewerkt in paragraaf 5.2

Te realiseren effect: Domeinoverstijgende afstemming is vanzelfsprekend

De inzet op standaard overleg tussen ggz, huisarts en sociaal domein maakt het mogelijk om samenhang in het aanbod te creëren. Het verkennend gesprek wordt sowieso door twee professionals met een verschillende achtergrond gevoerd. Meer samenhang leidt naar verwachting ook tot minder zorgvraag voor deze problematiek.

Het verkennend gesprek leidt tot een daling van het aantal huisartsconsulten, en daarmee tot afname van de druk op de huisartspraktijk. Inwoners die eigenlijk behoefte hebben aan een luisterend oor of contact krijgen via het verkennend gesprek alternatieve mogelijkheden aangeboden. De verwachting is dat zij hierdoor minder vaak contact opnemen met de huisartspraktijk.

Dit effect meten we aan de hand van: een korte vragenlijst onder gespreksvoerders en huisartsen over de inzet en resultaten van het verkennend gesprek (*zie voor nadere uitwerking hoofdstuk 5*)

Te realiseren effect: werkplezier van behandelaren neemt toe

Laagdrempelige afstemming en consultatie draagt bovendien bij aan het inzicht in en vertrouwen op elkaars expertise. Binnen de ggz leidt het gezamenlijk behandelen van groepen ook tot meer afstemming en (ruggen)steun tussen behandelaren²⁸. De huisarts profiteert van de kennis en expertise van de ggz-professional, sociaal domein professional en (eventueel aanwezige) ervaringsdeskundige bij het verkennend gesprek. Doordat de rol van de huisarts bij het verkennend gesprek en de consultatie beperkt is (zie paragraaf 2.1.1), houdt de huisarts naar verwachting meer tijd over voor andere (behandel)taken.

Periodiek ingeplande tijd voor domeinoverstijgende consultatie en afstemming vergroot de kans dat professionals hier ook daadwerkelijk gebruik van maken. Het feit dat professionals er niet alleen voor staan en ook daadwerkelijk gebruik kunnen maken van elkaars expertise, verlaagt de mentale druk.

Dit effect meten we aan de hand van: resultaten van de gestandaardiseerde vragenlijsten over de jaren heen (*zie voor nadere uitwerking hoofdstuk 5*)

3.2 Secundaire effecten van GEM-transformatie

De inzet van GEM heeft ook, op indirecte wijze, maatschappelijke meerwaarde; vaak ook breder dan de zorg. Eén element is het vergroten van het (betaalde en vrijwillige) arbeidspotentieel. Bijvoorbeeld doordat mensen helpen, maar ook omdat ze activiteiten, workshops en herstelcursussen leren opzetten, of elders een opleiding of (betaald) werk vinden. Daarnaast kan de brede blik en de blijvende verbindingen met de samenleving of het ecosysteem ook verzuim voorkomen.

Effecten van GEM-transformatie worden gedurende transformatieperiode nog verder uitgewerkt

GEM zorgt voor blijvende verbinding en vanuit positieve gezondheid: zingeving, kwaliteit van leven, meedoen, dagelijks en lichamelijk functioneren. Aansluiting bij een groep(je) of de gang naar een zelfregiecentrum zorgt voor lichamelijke beweging, dag-nacht-ritme en structuur. Deze effecten worden verder uitgewerkt in het -nog te starten- VeranderAtelier sociale ondernemingen. De inclusieve arbeidsmarkt is, naast zingeving, een onderdeel van dit VeranderAtelier.

²⁸ Verhagen & ter Haar, Leerboek groepspsychotherapie

Daarnaast zijn er nog secundaire, niet-gekwantificeerde effecten binnen de zorg. Zo zorgt meer stabiliteit en preventie naar verwachting ook tot minder crises, en dus minder aanspraak op de acute psychiatrie. Het exacte effect is op dit moment niet goed in te schatten, en derhalve niet gekwantificeerd.

3.3 GEM-transformatie in relatie tot het sociaal domein

Als de secundaire effecten van deze transformatie daadwerkelijk optreden, daalt mogelijk de aanspraak op uitkeringen en sociale voorzieningen; bijvoorbeeld ten aanzien van schuldenproblematiek. Daarnaast zullen inwoners naar verwachting actiever deelnemen aan het 'normale leven'. Ook zal de leefbaarheid van de wijk toenemen, onder andere door minder overlast en minder eenzaamheid. Dergelijke positieve neveneffecten zijn niet gekwantificeerd in dit transformatieplan. Op basis van monitoringsafspraken (zie paragraaf 5.1) kan dit wel worden gevolgd over de tijd.

Dit effect meten we aan de hand van: gegevens over ggz-gebruik en Wmo-kosten op PC4-niveau (zie voor nadere uitwerking hoofdstuk 5)

Directe effecten van investeringen sociaal domein in deze transformatie worden gemonitord

Naar verwachting leidt deze transformatie niet alleen tot structurele besparingen in de Zvw, maar ook binnen het sociaal domein. Deze besparingen zijn, in tegenstelling tot de besparingen in de Zvw, niet gekwantificeerd in dit transformatieplan (zie hierboven). Kosten vanuit het sociaal domein zien we daarom in dit plan als 'investeringen vanuit het sociaal domein' om besparingen in de Zvw mogelijk te maken.

Tegelijkertijd is er bij alle partijen behoefte aan inzicht in besparingen in het sociaal domein. In de monitoring van de transformatie nemen we ook de structurele effecten op het sociaal domein mee. Zo ontstaat inzicht in de kwalitatieve en kwantitatieve effecten van het verkennend gesprek en van zelfregie en herstel op het sociaal domein. Zo krijgt de GEM-projectorganisatie zicht op de (best) werkende elementen van de aanpak.

3.4 Inzet van transformatiemiddelen t.b.v. sociaal domein (conform addendum)

Op 30 september 2024 heeft het Bestuurlijk Overleg IZA een addendum aangenomen dat het mogelijk maakt om transformatiemiddelen aan te wenden voor het sociaal domein²⁹. De knelpuntenanalyse die vooraf gaat aan dit addendum, wordt door de indiende partijen volledig onderschreven:

1. *De inzet van het sociaal domein is essentieel in het realiseren van de IZA doelen. Echter, de omvang van de vanuit het IZA/GALA beschikbaar gestelde middelen blijkt te beperkt voor gelijkwaardige deelname van gemeenten in de transformatie die het IZA beoogt om de gewenste inzet in het sociaal domein uit eigen middelen in de transformatiefase op te schalen. Daarnaast beschikken gemeenten over onvoldoende middelen om de gewenste inzet structureel te borgen om de doelen uit het regioplan te realiseren.*
2. *Door de scheefgroei tussen taken en financiële middelen in het sociaal domein, is de structurele borging van de transformatieplannen en daarmee een structurele transformatie onzeker.*

²⁹ Zie: <https://www.dejuistezorgopdejuisteplek.nl/uc/f46d6c41f01026d1a0100b14d150339d2ffa1ca58c9e300/5%20B%20-%20Knelpuntenanalyse%20%20Addendum%20-%20Transformatiemiddelen%20zorg%20en%20sociaal%20domein.pdf>

3. *Het beoordelingskader van de transformatiemiddelen laat geen ruimte om incidentele middelen in te zetten voor bekostiging van kosten die structureel van aard zijn.*
4. *Het identificeren en concretiseren van opbrengsten om te komen tot concrete en positieve businesscases wordt als complex ervaren.*

Noodzaak tot structurele bekostiging gemeenten t.b.v. realisatie van GEM-transformatie

Deze transformatie heeft (onder andere) tot doel de inzet van ggz-behandelingen terug te dringen, ten faveure van goede voorzieningen in het sociaal domein: domeinoverstijgende besparingen.

Betere ondersteuning in het sociaal domein en het normale leven, vraagt om extra gelden in de Wmo. De besparingen komen ten bate van de Zvw, omdat er minder of geen Zvw-gefinancierde zorg vereist is. De effecten doen zich bovendien asynchroon voor: alleen als geïnvesteerd wordt in het sociaal domein, kan -na verloop van tijd- de Zvw-behandeling (in intensiteit) afnemen.

Om bij te dragen aan de doelstellingen in IZA zijn aan gemeenten deels structurele en deels incidentele middelen beschikbaar gesteld (via de SPUK IZA doelen 2023-2026 en de SPUK sport en bewegen, gezondheidsbevordering, cultuurparticipatie en de sociale basis 2023 -2026). De indieners van dit transformatieplan hebben al in 2023 vastgesteld dat deze middelen in de praktijk onvoldoende zijn om de gevraagde investeringen in het sociaal domein uit dit transformatieplannen te financieren.

In de knelpuntenanalyse van september 2024 wordt eveneens geconcludeerd dat structurele aanvullende financiering nodig is om tot uitvoering van de transformatie en accordering van een transformatieplan zorg-sociaal te komen. Ook de conclusie dat dit op korte termijn niet te realiseren is, wordt door de indieners van dit transformatieplan herkend.

Het addendum biedt een oplossing door, onder voorwaarden, transformatiemiddelen beschikbaar te stellen voor structurele kosten in het sociaal domein. Dit geldt voor de periode 2024 – 2027; de looptijd van het IZA.

Transformatiemiddelen, die verlopen via de Regeling SPUK Transformatiemiddelen IZA 2024-2027, kunnen, met deze uitzondering, voor het sociaal domein worden ingezet voor de tijdelijke dekking van structurele uitvoeringskosten in het sociaal domein voortvloeiend uit de transformatieplannen.

Deze route voorziet slechts in tijdelijke dekking van deze structurele kosten, gegeven de eindigheid van de transformatiemiddelen. Deze uitzonderingsbepaling geldt tot de huidige einddatum van de IZA-transformatiemiddelen. Op de middellange termijn is structurele borging van middelen voor het sociaal domein noodzakelijk om daadwerkelijk de transformatie van zorg naar gezondheid te kunnen borgen. In het addendum staat dat VWS de verantwoordelijkheid neemt om afspraken te maken met o.a. Ministerie van BZK en de VNG ten behoeve van de structurele financiering van deze plannen.

Gemeenten spannen zich vanaf de start in om GEM-transformatie te realiseren

In het addendum staat beschreven dat onderbouwd moet worden dat de plannen duurzaam geïmplementeerd worden en daar waar het sociaal domein betreft, de betreffende gemeenten de intentie uitspreken voor duurzame uitvoering van de plannen na 2027. Dit commitment is van belang, ook al is er op dit moment nog geen zekerheid over financiering na 2027.

De vier betrokken gemeenten hebben zich gecommitteerd aan deze transformatie, onder andere omdat dit aansluit op al bestaande initiatieven rondom mentaal welbevinden (zie paragraaf 0).

Structurele dekking is randvoorwaarde voor het slagen van de transformatie

Een randvoorwaarde voor het slagen van de GEM-transformatie in de volle breedte zijn structurele middelen voor de vier betrokken gemeenten, ter dekking van operationele kosten in het sociaal domein.. Deze financiële dekking kan via verschillende wegen tot stand komen:

- Vanuit de eigen begroting, door dalende Wmo-kosten ten gevolge van het preventieve effect van (o.a.) de verdubbeling van het Herstelnetwerk en de verkennende gesprekken³⁰;
- Door structurele gelden via het Ministerie van VWS, zoals in het addendum van september 2024 toegezegd;
- Vanuit eigen middelen, indien vereist (zie de intentieverklaring in Appendix 7).

Indieners van het transformatieplan benadrukken dat er structurele dekking gevonden moet worden in het sociaal domein na 2027, om deze transformatie voort te zetten. Gemeenten spreken de intentie uit om de vereiste middelen structureel in te zetten; zie hiervoor Appendix 7.

Alle partijen verbonden aan dit transformatieplan moeten gezamenlijk optrekken om deze gelden te realiseren; gemeenten en zorgverzekeraars voorop. Dit vraagt continu lobbyen en agenderen op landelijk niveau; direct vanaf de start; ondanks de toezegging uit het addendum van september 2024.

Bij de uitwerking van de business case wordt onderscheid gemaakt naar de kosten in het sociaal domein die incidenteel van aard zijn en structurele kosten in de Wmo, die vanuit het addendum vergoed worden uit de transformatiemiddelen. Dit is niet alleen van belang voor de goedkeuring van het plan maar ook van belang voor de monitoring van de inzet van de transformatiemiddelen, zodat er inzicht is in het totaal aan structurele Wmo-kosten die vanuit de transformatiemiddelen worden betaald. De gemeenten hebben de intentie uitgesproken om structurele kosten in de Wmo vanaf 2028 ten laste van de reguliere financiering te laten vallen. Zie hiervoor de intentieverklaring, zoals opgenomen in Appendix 7.

3.5 GEM-transformatie in relatie tot Mentale Gezondheidsnetwerk Midden-IJssel

Zoals in hoofdstuk 1 al toegelicht vallen ook de inrichtingskosten van het Mentaal Gezondheidsnetwerk Midden-IJssel binnen het transformatieplan. Het gaat hierbij om het opzetten van de vier MGN-functies:

Functie I: Verkennend gesprek: zie voor deze functie de uitgebreide uitwerking in paragrafen 2.1.1 (kwalitatief) en 4.1.1 (kwantitatief).

Functie II: Transfermechanisme: deze functie ziet toe op het matchen van vraag en aanbod om onnodig lange wachttijden te voorkomen en personen zo snel als mogelijk naar passende zorg en of ondersteuning op de juiste plek leiden. Aanbieders geven elkaar inzicht in aantallen en soorten zorgvragers op afzonderlijke wachtlijsten. Dit leidt tot beter inzicht in capaciteit voor zorg en ondersteuning in de regio. Hierdoor komen knelpunten sneller in beeld, en neemt naar verwachting de druk op gespecialiseerde GGZ af. Een transfermechanisme gaat meestal over patiëntgroepen, maar kan bij uitzondering ook over “anonieme” individuele personen gaan.

³⁰ Het effect op de Wmo wordt gemonitord gedurende de looptijd van de transformatie

Huidige toepassing zonder MGN: in de regio Midden-IJssel is toegankelijkheid en wachttijden een vast onderdeel op de agenda van het Platform GGZ. Bij dit platform zijn alle ggz-aanbieders uit de regio aangesloten, en HCDO als huisartsenorganisatie. In dit overleg wordt er regionaal gekeken naar de wachttijden. Ook wordt er besproken welk specifiek aanbod mist in de regio. Dit leidt in bepaalde gevallen tot aanpassing van het aanbod. Dit platform komt momenteel twee keer per jaar bij elkaar en is op dit moment ook nog geen totaaloverzicht van aantallen en soorten zorgvragen die op afzonderlijke wachtlijsten staan.

Toekomstbeeld: de huidige toepassing voldoet nog niet aan de vereisten van MGN in Midden-IJssel. Partijen stellen daarom een plan op om het transfermechanisme in 2025 in te richten. Dit plan vormt de theoretische basis van het transfermechanisme. Hierin wordt vastgelegd welke frequentie (minimaal iedere twee maanden bijeenkomen), welke verbindingen met andere regionale overleggen (o.a. ROAZ voor acute zorg) en welke inhoudelijke onderwerpen (o.a. cruciale ggz, ontsluiten aanbod sociaal domein) bereikt moeten worden. Ook toekomstige ambities t.a.v. het transfermechanisme/ MGN komen terug in het plan.

Bij het transfermechanisme zijn in ieder geval dezelfde partijen betrokken als bij het Platform GGZ. Het doel is om zo snel mogelijk uit te breiden naar alle ggz-aanbieders in de regio.

De projectleider van dit transformatieplan neemt het initiatief om samen met deze partijen een heldere opdracht te formuleren en het transfermechanisme daadwerkelijk in gang te zetten. De uitvoer vraagt een open opstelling van de deelnemende partijen, aan de hand van heldere afspraken (bijvoorbeeld verplichting om cliënten aan te nemen als er een vrije plek is).

Functie III: Informatievoorziening wachttijden: hiermee wordt informatie over wachttijden en aanbod in het sociaal domein en ggz gedeeld: actueel inzicht in wachtlijsten, wachttijden voor zorg en het actuele aanbod van ondersteuning. Ook dit met als doel dat de wachttijden afnemen. Uiteindelijk resultaat: wachttijden nemen af.

Huidige toepassing zonder MGN: binnen het Platform GGZ worden wachttijden van ggz-instellingen gedeeld. Deze wachtlijsten zijn niet geschoond van dubbelingen en er is nog geen gezamenlijk, regionaal beleid. Het actuele aanbod van het sociaal domein in de regio is op dit moment nog niet op één centrale plek ontsloten.

Toekomstbeeld: in 2025 wordt één regionale wachtlijst ontwikkeld, zonder dubbelingen. Dit vormt de basis voor regionaal beleid t.a.v. wachttijden. Hiervoor wordt in 2025 een ICT-project ingericht. Grofweg bestaat dit project uit de volgende stappen. De eenmalige kosten worden betaald vanuit de transformatiemiddelen; gebruikmakend van de 'reguliere' projectorganisatie van dit transformatieplan en een aanvraag voor het ICT-specifieke deel van dit MGN-onderdeel; zie paragraaf 4.1.4.

- Stap 1: projectdefinitie en scopebepaling: Hierin bepalen partijen de doelen en verwachtingen van het systeem. De eisen en wensen van alle betrokken partijen worden hierin beschreven
- Stap 2: vooronderzoek en analyse: Het analyseren van huidige systemen en processen bij de verschillende GGZ-partijen en het identificeren van technische mogelijkheden en beperkingen. Waar

nodig wordt een pilot ingericht om de haalbaarheid en uiteindelijke kosten beter in te kunnen schatten.

- Stap 3: ontwerp van het systeem: In deze stap wordt de softwarearchitectuur neergezet en de gebruikersinterface en gebruikerservaring uitgewerkt.
- Stap 4: ontwikkeling en implementatie: Hierin vindt de feitelijke softwareontwikkeling plaats volgens het ontwerp, inclusief testen en valideren van het systeem met eindgebruikers.
- Stap 5: training en uitrol: Het trainen van personeel en verwijzers in het gebruik van het systeem en -daarmee- een gefaseerde uitrol in de regio, eventueel per GGZ-instelling is stap 5 in het proces.
- Stap 6: evaluatie en bijsturing: Na de initiële uitrol vindt een evaluatie plaats, waarna vervolgens noodzakelijke aanpassingen en verbeteringen worden doorgevoerd in versie 1.1 van het ICT-systeem.

Naast dit ICT-systeem komt ook op andere wijze informatievoorziening wachttijden van de grond. Dankzij de verkennende gesprekken komt er ook meer samenhang tussen zorg en sociaal domein. Deze kruisbestuiving wordt meegenomen in het regionaal wachttijdenbeleid. Tegelijkertijd ontstaat er zo ook zicht op sociaal domein aanbod in de regio. Dit biedt verwijzers meerdere opties bij inwoners met mentale gezondheidsproblemen: een gesprek bij de POH-GGZ, een verkennend gesprek, doorverwijzen naar sociaal domein of naar de ggz. De laatste twee opties kunnen ook de uitkomst zijn van een verkennend gesprek.

Functie IV: Domeinoverstijgend casusoverleg: dit overleg gaat over individuele personen met complexe problematiek. Doel is de casus vanuit verschillende invalshoeken te bekijken, om zo tot een concrete oplossing voor deze persoon te komen. Het biedt bovendien inzicht in waar en wanneer het aanbod onvoldoende werkt of niet toereikend is.

Huidige toepassing zonder MGN: de regionale transfertafel biedt de mogelijkheid om mensen die lastig te plaatsen zijn, te bespreken. Op dit moment worden er nog relatief weinig cases ingebracht en leidt bespreking zelden tot daadwerkelijke transfers.

Toekomstbeeld: consultatie naar aanleiding van de verkennende gesprekken brengt naar verwachting domeinoverstijgend casusoverleg écht op gang. Partijen verwachten een ‘olievlekeffect’: eerst de meest prangende vragen vanuit de verkennende gesprekken, en zodra de informele lijntjes zijn gelegd, ook andere domeinoverstijgende casuïstiek. Het MGN faciliteert deze kennisuitwisseling.

Parallele processen

De inrichting van de drie overige functies volgen een parallel proces aan dat van het verkennend gesprek, met een eigen tempo en eigen stakeholders. Het doel is dat alle vier functies van (dus inclusief verkennend gesprek) op eenvoudige en eenduidige wijze te bereiken en benutten zijn voor alle betrokken partijen, en huisartsen in het bijzonder.

Zie Appendix 6 voor een index waar alle vereiste elementen voor een transformatieplan MGN te vinden zijn in dit transformatieplan.

3.6 Effecten van GEM-transformatie op de verschillende IZA-doelen en opschaalbaarheid

Deze paragraaf beschrijft de effecten van de GEM-transformatie in lijn met de uitgangspunten uit het landelijke beoordelingsformat. Deze paragraaf is dus een andere clustering van de in dit hoofdstuk genoemde elementen.

GEM draagt bij aan meerdere IZA-doelen. De (maatschappelijke) meerwaarde van GEM op deze doelen staat al (impliciet) beschreven in het eerste deel van het hoofdstuk. Graag lichten we toch enkele IZA-doelen eruit in deze paragraaf. Ook kijken we naar de mogelijkheden tot opschalen naar andere regio's.

Terugdringen van wachtlijsten in de ggz

GEM gaat uit van een ecosysteem van mentale gezondheid, waar ggz-behandeling één onderdeel is. Het gecombineerde effect van preventieve maatregelen (o.a. in het verkennend gesprek), het versterken van het voorveld (o.a. verdubbeling Herstelnetwerk) en het zo veel mogelijk in groepen behandelen is een daling van de wachtlijsten in de ggz.

Versterken van de samenwerking tussen sociaal domein en ggz

GEM is bij uitstek een samenwerkingsverband tussen zorg (ggz en huisartsen) en sociaal domein. Een samenwerkingsverband waarbij bovendien ook de financiers (zorgverzekeraar en alle vier gemeenten) bij aangesloten zijn. Ook in de praktijk wordt de samenwerking tussen sociaal domein en ggz verder versterkt, onder andere door de manier waarop het verkennend gesprek - en de daarmee samenhangende consultatie tussen ggz, huisarts en sociaal domein - is ingericht.

Opzetten van regionale duurzame structurele samenwerkingsvormen

Ook in bredere zin draagt GEM bij aan regionale samenwerking. De 'Stuurgroep GEM' bestaat al sinds begin 2022. Bij GEM zijn de grootste zorgverzekeraar, alle vier gemeenten uit de regio, de grootste ggz-aanbieder, de regionale huisartsenorganisatie en de zelfregie- en herstelorganisatie uit de regio aangesloten.

Het inrichten van het Mentaal Gezondheidsnetwerk Midden-IJssel sluit hier ook bij aan; zowel ten aanzien van verkennende gesprekken (onderdeel van GEM-transformatie) als de overige drie functies (parallel proces, maar in nauwe samenhang met het verkennend gesprek/ GEM).

Het gedachtegoed van GEM sluit tot slot voor alle de vier betrokken gemeenten ook goed aan bij de doelstellingen en aanvragen in het kader van het Gezond en Actief Leven Akkoord (GALA).

Duurzaamheid

De GEM-transformatie heeft geen grote, directe duurzaamheidseffecten. Wel wordt er telkens gekeken naar digitale oplossingen (eCommunity, groepsconsulten ook deels online organiseren, etc.). Daarnaast is het GEM-ecosysteem gericht op zoveel mogelijk oplossen in het 'normale leven'; dichtbij bij de inwoner. Dat betekent dat, als secundair effect, inwoners in de toekomst minder ver hoeven te reizen om 'hun ding te kunnen doen'. Bijvoorbeeld omdat zij, door een brede blik en tijdige interventies, af kunnen met ondersteuning dichtbij huis, in plaats van reizen naar een ggz-aanbieder.

Opschaalbaarheid transformatie(plan)

Deze impactvolle zorgtransformatie is ontstaan vanuit een landelijke beweging; GEM Landelijk. Zoals in hoofdstuk 1 al toegelicht, leent een dergelijke transformatie zich zeer goed voor transformatie op

regionaal niveau. Immers, alle partijen in een regio vormen al een ecosysteem. Zij hebben elkaar nodig om samen de juiste zorg en ondersteuning te kunnen bieden. Kleiner dan regionaal heeft onvoldoende schaal om impact te hebben en dekt bovendien niet alle onderdelen van de (zorg)transformatie. Bovenregionale uitrol maakt de onderlinge verhoudingen te groot en te dun.

Nauwe samenwerking met de andere GEM-regio's en GEM Landelijk

Dit wil niet zeggen dat het gedachtegoed van GEM zich niet leent voor andere regio's. Sterker nog, niet alleen in de regio Midden-IJssel, maar ook in Noord-Veluwe, de Achterhoek, Amsterdam en Nijmegen wordt gewerkt aan impactvolle zorgtransformaties op basis van GEM. De gebundelde kennis uit deze regio's maakt uitrol in andere regio's eenvoudiger; ook voor regio's die het GEM-gedachtegoed hebben omarmd, maar nog niet de stap hebben gezet richting een transformatieplan.

Tijdens het schrijven van het transformatieplan voor de regio Midden-IJssel is er afstemming geweest met de regio's Noord-Veluwe en de Achterhoek. Deze afstemming was voor alle partijen waardevol; zowel op inhoud als op proces. Het is logisch om ook bij de feitelijke uitvoer van de transformatie zowel met GEM Landelijk als met de andere regio's regelmatig af te stemmen.

Opbouw van de business case GEM Midden-IJssel biedt waardevolle inzichten voor andere regio's

Het transformatieplan van de regio Midden-IJssel is geschreven vanuit de huidige situatie. De impactvolle zorgtransformatie is de verandering ten opzichte van de huidige inrichting. Deze insteek maakt het eenvoudiger voor potentiële nieuwe regio's om te bepalen of en zo ja in welke mate, de gevraagde transformatie op dezelfde wijze kan worden gerealiseerd. De gestructureerde en gedetailleerde opbouw van de business cases maakt inzichtelijk welke investeringen c.q. aanpassingen vereist zijn om de GEM-transformatie te realiseren.

4. Impactanalyse GEM-transformatie

Het vorige hoofdstuk beschrijft de maatschappelijke meerwaarde van GEM in kwalitatieve bewoordingen. In dit hoofdstuk schetsen we de kwantitatieve impact van de transformatie.

We beschrijven dit eerst per GEM-onderdeel. Vervolgens zetten we uiteen wat het gecombineerde effect van de verschillende onderdelen is op elk van de betrokken partijen. Per onderdeel geven we ook een kwalitatief oordeel over de impact: is deze groot, klein, neutraal en is de impact positief of negatief.

Het kwantificeren van het transformatieplan toont *een* toekomstbeeld. Een met heldere, realistische aannames onderbouwd toekomstbeeld, maar niet per definitie dé verwachte uitkomst van de GEM-transformatie. We hebben een zo realistisch mogelijk beeld opgesteld, met databronnen vanuit zorgaanbieders, zorgverzekeraars, gemeenten en landelijke bronnen. Daarnaast hebben we overleg gehad met financial controllers van de eerst beoordelende zorgverzekeraar, een financieel adviseur van de gemeente Deventer en twee business controllers van de Dimence Groep.

De enige zekerheid die we hebben is dat toekomst onzeker is. Dit transformatieplan is een *voorstelbare* toekomst, en geen *voorspelbare toekomst*. De kwantificering geeft inzicht in de te realiseren effecten en de omvang ervan. Deze kan niet los worden gezien van goede monitoringafspraken en de noodzaak om het plan minimaal ieder jaar te herijken. Dit biedt de mogelijkheid om binnen de toegekende transformatiemiddelen aanpassingen te doen, ten behoeve van meevallende en tegenvallende resultaten binnen de business cases van het transformatieplan.

Herijking is al per juli 2025 van belang, omdat het daadwerkelijk aan de slag gaan met de transformatie al direct waardevolle informatie geeft ten aanzien van de voorspelde toekomst in dit transformatieplan.

In dit hoofdstuk staat telkens kort beschreven wat de omvang, kosten, vermeden kosten en vereiste transformatiemiddelen zijn per onderdeel. In Appendix 3 staan alle tabellen met cijfermatige uitwerking per onderdeel.

Succes van transformatieplan vraagt ambitie en concrete cijfers, maar ook flexibiliteit

Deze transformatie heeft impact als alle betrokken partijen geloven in de voorstelbare toekomst, en tegelijkertijd voldoende flexibel zijn om dit toekomstbeeld bij te stellen gedurende de looptijd. In lijn met de uitgangspunten en daarmee samenhangende bewegingsruimte en afspraken nemen we de komende drie jaar de ruimte om zaken aan te passen, te verbeteren of te beëindigen.

Er zit onherroepelijk spanning op de relatie tussen vastleggen van de transformatie in concrete cijfers en het experimentele en emergente karakter van GEM. Bij de totstandkoming van het transformatieplan hanteerden we de metafoer van kaarsvet: we laten het stollen om tot concrete afspraken en cijfers te komen. De transformatie (en de energie die daarbij vrij komt) zorgt ervoor dat het kaarsvet weer vloeibaar wordt. De praktijk leert ons wat het uiteindelijke effect wordt. (Half)jaarlijks herijken hoort dus

De combinatie van ambitieuze doelen stellen, een stapsgewijze realisatie over meerdere jaren heen én het (half)jaarlijks herijken van de doelstellingen draagt bij aan draagvlak bij inwoners en professionals. Zij hebben tijd nodig om te wennen aan de transformaties en zij hebben recht op wijzigingen in de doelstellingen indien daar reden toe is.

net zo goed bij de transformatie als de kwantificering in dit hoofdstuk. In paragraaf 5.3 gaan we nader in op actief bijsturen.

Transformatie kan alleen behaald worden door inzet van transformatiemiddelen

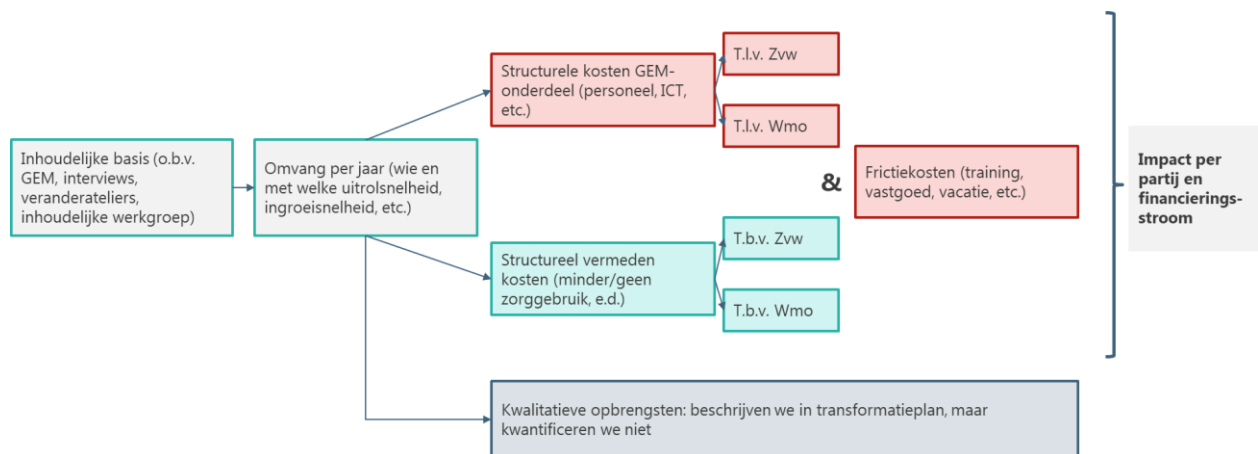
Deze transformatie, waar veel verschillende partijen, gefinancierd vanuit verschillende wetten, bij betrokken zijn kan niet op een andere manier behaald worden dan door de inzet van transformatiemiddelen.

Alle transformatiemiddelen betreffen eenmalige kosten. We maken hierbij onderscheid tussen incidentele uitgaven en structurele kosten Wmo t.b.v. transformatie:

- Incidentele transformatiekosten zijn eenmalige uitgaven, zoals specifieke trainingen (voor bijvoorbeeld het verkennend gesprek), ICT-investeringen (inrichting van datawarehouses, aansluiten op ICT-systemen) en eenmalige kosten t.a.v. coördinatie/infrastructuur en monitoring van het MGN.
- Structurele kosten Wmo t.b.v. transformatie zijn tijdelijk vanuit transformatiemiddelen vergoede kosten, zoals de inzet van de gespreksvoerder sociaal domein bij het verkennend gesprek of de inzet van (betaalde) ervaringsdeskundigen binnen het Herstelnetwerk. Dit zijn structurele kosten die, onder voorwaarden, in de periode 2025 t/m 2027 vergoed worden vanuit de transformatiemiddelen³¹ (zie paragraaf 3.4).

4.1 Impactanalyse per GEM-onderdeel

Het transformatieplan is langs drie onderdelen gekwantificeerd: het verkennend gesprek, ‘zelfregie & herstel’ modulaire ggz (groepsgericht behandelen) en het mentaal gezondheidsnetwerk. Ieder onderdeel bouwen we op dezelfde wijze op, in lijn met onderstaand schema:



Figuur 11: Opbouw van de kwantificering van iedere GEM-onderdeel

³¹ Voor de periode 2028 en verder is structurele financiering vereist. Hiertoe zijn meerdere mogelijkheden; zie hiervoor ook paragraaf 3.4.

Hoe gaan we om met indexaties in dit transformatieplan?

Voor de kwantificering zijn bronnen uit voorgaande jaren gebruikt. Alle kosten en opbrengsten van vóór 2024 zijn geïndexeerd naar het kostenniveau van 2024. Dit door indexatie toe te passen, huidige NZa-tarieven te hanteren en/of door te rekenen met de op dit moment geldige CAO²⁸.

Over de jaren 2025 – 2027 is een jaarlijkse indexatie van 4,49% toegepast, zowel voor lasten als voor baten. Dit percentage is het gewogen gemiddelde van de prijsindexcijfers van de NZa over de jaren 2020 tot en met 2024 voor personeelskosten, materiële kosten en kapitaalslasten²⁹.

4.1.1 Kwantificering verkennend gesprek

Voor nadere onderbouwing kwantificering zie Appendix 3

Omvang verkennend gesprek

Uitgangspunt bij het verkennend gesprek is een haalbare introductie van het verkennend gesprek in de hele regio. In lijn met de pilot vindt de introductie plaats op basis van het aansluiten van huisartspraktijken. Hierbij sluiten we aan op de huidige praktijk, waarbij inwoners met mentale problemen zich veelal als eerste melden bij de huisarts, én de beleidsregels t.a.v. Mentale Gezondheidsnetwerken.

De huisartsenpraktijken in Midden-IJssel worden tussen 2025 en 2027 in batches aangesloten. In 2025 starten er 30 praktijken, in 2026 30 en in 2027 nog eens 31. De deelname onder huisartsenpraktijken is in 2025 verdeeld over de gemeenten Deventer, Olst-Wijhe, Voorst en Raalte.

Uiteindelijk is de verwachting dat er jaarlijks per huisartspraktijk 36 verkennende gesprekken worden gevoerd. Iedere deelnemer één gesprek. Iedere praktijk kent een ingroeiperiode van twee jaar om van 0 naar 36 gesprekken te groeien. Dat betekent dat eind 2029 alle huisartspraktijken op gemiddeld 36 gesprekken per praktijk zitten³².

Deze 36 gesprekken zijn de beste inschatting van de verwachte instroom in de komende jaren. Mentale gezondheid staat al jaren onder druk. Recent onderzoek laat wederom een dalende trend zien in 2024³³. Het Trimbos heeft onderzocht dat ca. 48% van alle volwassenen ooit in z'n leven een psychische stoornis heeft gehad³⁴. Ongeveer 26% van de volwassenen had de afgelopen 12 maanden een psychische stoornis. Toch komt maar zo'n 5% van de mensen met psychische klachten bij de huisarts³⁵. Hierbij spelen veel factoren een rol, waaronder stigma en de lange wachtlijsten.

Het verkennend gesprek heeft een stigma- en drempelverlagende functie. Het liefste zouden partijen insteken op 'iedereen verkennend gesprek, tenzij'. Dit is niet haalbaar, maar we verwachten dat 60% van de mensen die met psychische klachten bij de huisarts komt, in aanmerking komt voor het verkennend gesprek. Ongeveer 30% daarvan ziet alsnog af van zo'n gesprek. Daarmee komt het percentage mensen

³² Immers, huisartsenpraktijken die in 2027 instromen hebben twee jaar de tijd om van 0 naar 36 gesprekken te groeien. Dit punt bereiken zij in 2029. Het aantal verkennende gesprekken zal dus ook na de transformatieperiode nog doorgroeien. 46

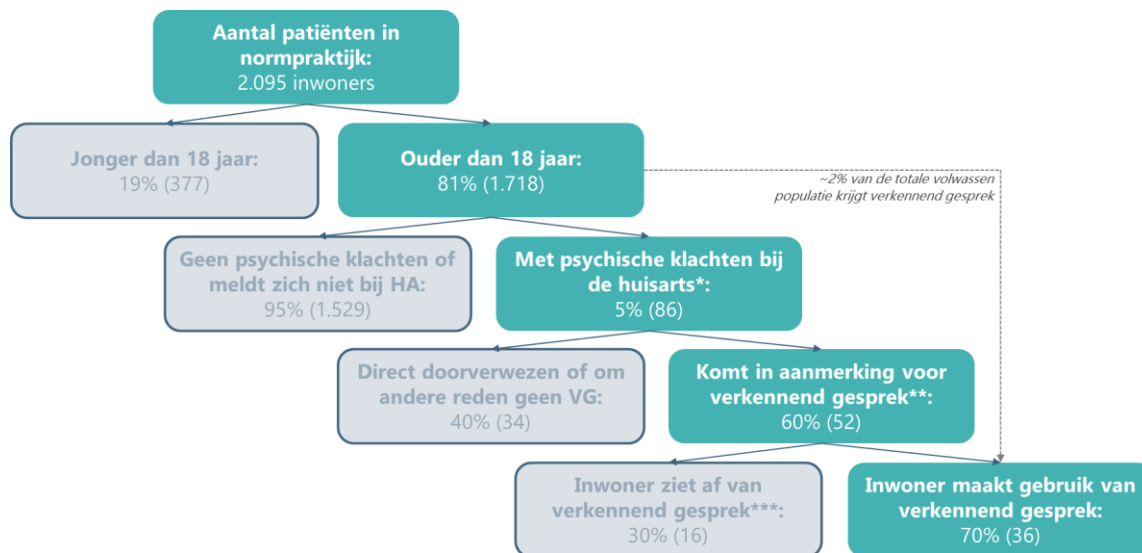
³³ Zie: <https://www.rivm.nl/gezondheidsonderzoek-covid-19/kwartaalonderzoek-volwassenen/mentale-gezondheid>. Bijvoorbeeld: 9% van de volwassenen heeft suïcidale gedachten en 14% voelde zich sterk eenzaam.

³⁴ Zie: <https://www.trimbos.nl/kennis/cijfers/psychische-gezondheid-ggz/>

³⁵ Zie: <https://www.vektis.nl/intelligence/publicaties/factsheet-ggz-2024>

dat een verkennend gesprek krijgt op circa 42% van het aantal mensen met psychische klachten; zo'n 2% van het totaal aantal volwassen patiënten in een normpraktijk. In andere woorden: van de 26% volwassenen met een psychische stoornis in de afgelopen maanden krijgt 2% een verkennend gesprek; de andere 24% ontvangt (g)een andere vorm van zorg, ondersteuning.

Hieronder is de opbouw van de deelnemers per huisartsnormpraktijk weergegeven.



*5% van de volwassenen meldt zich met psychische klachten bij de huisarts (Vektis - 2023)

** niet iedereen heeft verkennend gesprek nodig (direct doorverwijzen naar ggz, sociaal domein, naar zelfhulp, etc.)

*** niet iedereen die volgens huisarts in aanmerking komt voor een verkennend gesprek wil hier ook gebruik van maken

Figuur 12: Stroomschema deelnemers verkennend gesprek per normpraktijk

Welke huisartspraktijk wanneer aansluit hangt af van motivatie (wanneer wil de huisartspraktijk starten) en praktische zaken (trainen van gespreksvoerders en afspraken over het verkennend gesprek tussen de verschillende gemeenten en de partijen in het sociaal domein).

Omvang: Het aantal verkennende gesprekken per jaar loopt op van 405 in 2025 naar 2.309 in 2027, en groeit door naar 3.276 in 2030.

Operationele kosten verkennend gesprek

De operationele kosten voor het verkennend gesprek bestaan uit vier componenten: de kosten voor de gespreksvoerder vanuit de ggz, de gespreksvoerder van het sociaal domein, eventuele consultatie n.a.v. de verkennende gesprekken en vastgoed.

Van deze vier kostencomponenten nemen we er maar één mee in de business case:

- De inzet van de ggz-professional wordt vergoed vanuit de reguliere Zvw-financiering, onder de NZa-beleidsregel "experiment Deelname ggz aan Verkennend gesprek".³⁶ In dit transformatieplan hebben we gerekend met de kosten per uur voor de vereiste inzet van ggz-professionals, omdat er nog geen tarief per verkennend gesprek overeengekomen is (zie Appendix 3 voor de berekening van het vereist aantal uren en bijbehorende kosten).

³⁶ Zie: https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_768265_22/1?solrID=PUC_768265_22_1&solrQ=BR%2FREG-25145

Operationele kosten – in EUR x 1.000	2025	2026	2027
Inzet GGZ-professional (Zvw - regulier)	80,7	252,9	502,1
Inzet SD-professional (Wmo – via TM)*	65,7	206,0	408,9
Totaal	146,4	458,9	911,0

* = de inzet van de SD-professional loopt in de periode 2025 t/m 2027 via de transformatiemiddelen. Vanaf 2028 worden deze kosten vanuit de Wmo vergoed. Zie de tabel met doorlooptijd t/m 2030 voor een volledig kostenoverzicht 2025 – 2030 en Appendix 7 voor de intentieverklaring van gemeenten.

Twee kostencomponenten nemen we om uiteenlopende redenen niet mee in de business case:

- De kosten voor de aan het verkennend gesprek gekoppelde consultatie (waaronder ook overleg en intervisie) zijn niet apart begroot. Deze worden bekostigd vanuit de consultatiefunctie sociaal domein. Hierover heeft de ggz-kerninstelling (in de regio Midden-IJssel Dimence Groep) afspraken gemaakt met de zorgverzekeraars, op basis van de NZa- prestatie "Consultatie door sociaal domein"³⁷.
- De kosten voor vastgoed zijn nihil, omdat gebruik wordt gemaakt van bestaande ruimtes, op een plek naar keuze van de deelnemers aan het verkennend gesprek (bijvoorbeeld thuis).

Operationele kosten: vallen maar gedeeltelijk binnen de scope van de business case van het transformatieplan; zie hierboven.

De operationele kosten voor de inzet van de ggz-professional binnen het verkennend gesprek lopen op van 81 (2025) tot 502 (2027) - (EUR x 1.000).

De operationele kosten voor de inzet van de sociaal domein professional binnen het verkennend gesprek lopen op van 66 (2025) tot 409 (2027) - (EUR x 1.000).

Vermeden (zorg)kosten verkennend gesprek

Het voeren van het verkennend gesprek leidt tot het vermijden van zorgkosten. In dit transformatieplan hebben we de te realiseren kostenbesparing voor de ggz en voor de huisartsenzorg berekend. Andere mogelijke effecten zijn niet in geld uitgedrukt.

In tegenstelling tot in de landelijke business case MGN³⁸ maken wij onderscheid naar deelnemers aan het verkennend gesprek die al enige vorm van ggz-behandeling krijgen, en deelnemers die niet bekend in de ggz. De landelijke business case gaat uit van 20-30% minder doorverwijzingen naar de ggz over de hele populatie heen. De business case in dit transformatieplan maakt een nauwkeuriger onderscheid.

Een onderscheid in effecten tussen 'wel' en 'niet' bekend is de ggz is uiteraard nooit zuiver te maken noch zwart-wit te stellen. Toch denken we dat dit een betere benadering is dan de grove opbouw van de landelijke business case. Dit specifiekere onderscheid naar de soort deelnemers, maakt het mogelijk om zowel naar kosten in de huisartsendomein te kijken, als naar kosten in de ggz. Het biedt tevens de mogelijkheid om nauwkeuriger te bepalen hoeveel kosten er bespaard worden.

³⁷ Zie: https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_752102_22/

³⁸ Zie: <https://www.mentalegezondheidsnetwerken.nl/kennisbank/businesscase-mentale-gezondheidsnetwerken-2025-2028/>

- *Deelnemers bekend in de ggz:* van het totaal aantal deelnemers aan het verkennend gesprek verwachten we dat circa 22% al een vorm van behandeling krijgt in de ggz³⁹.
 - Binnen deze groep verwachten we bij 30% van de deelnemers een kwantitatief effect (dus bij ~8% van het totaal aantal deelnemers). Dit zijn 3 van de 36 deelnemers aan een verkennend gesprek per huisartspraktijk. Bij deze groep deelnemers is een verkennend gesprek met name van toegevoegde waarde om de samenhang tussen de (in het recente verleden) geboden zorg ondersteuning te beoordelen. Wellicht is minder specialistische zorg mogelijk, met de juiste begeleiding.
 - We veronderstellen hierbij dat de vereiste ggz-vraag volgend op het verkennend gesprek afneemt. Hoe groot de afname is, is sterk afhankelijk van de persoonlijke situatie van de deelnemer. Dit kan betekenen dat er geen verwijzing meer vereist is (afname van 100%) of dat er nog wel ggz behandeling vereist is, maar korter dan zonder integrale blik vooraf. We veronderstellen een gemiddelde besparing van 50% ten opzichte van de gemiddelde ggz-kosten van 7.738 euro⁴⁰ (*prijsspeil 2025*).
- *Deelnemers die niet bekend zijn in de ggz:* bij de 78% deelnemers die de afgelopen drie jaar geen ggz-behandeling hadden, veronderstellen we bij 65% een effect (dus bij ~51% van het totaal aantal deelnemers).
- Dit effect rekenen we niet toe aan de ggz, maar aan minder frequent bezoek aan de huisarts. Een besparing van 50 euro door vier consulten minder (*prijsspeil 2025*). Immers, het verkennend gesprek geeft inzicht in de vereiste zorg en ondersteuning en biedt deelnemers inzicht en richting. Hun problematiek wordt vanuit meerdere perspectieven belicht. Zelfs als men alsnog naar de ggz wordt doorverwezen, zullen ze minder vaak naar de huisarts hoeven gaan.

³⁹ Dit is een grove inschatting, en omvat alle vormen van ggz; POH-ggz, basisggz en specialistische ggz. In Nederland krijgen ⁴⁹ jaarlijkse 1,5 miljoen mensen een vorm van ggz-behandeling. Dat is ca. 11% van de totale 18+ bevolking (en dus ook ca. 11% van de volwassenen in iedere normpraktijk). We veronderstellen dat 0,5% (8 van de ca. 1.718 volwassenen) van de patiënten in een normpraktijk in deze categorie valt.

⁴⁰ Het bedrag van 7.738 is gebaseerd op door Vektis aangeleverde cijfers t.b.v. HCDO t.a.v. ggz-kostengebruik in de huisartspraktijk in 2020; afgerond en geïndexeerd. Het betreft de gemiddelde totale GGZ-kosten per ggz-gebruikende patiënt. Het effect van een verkennend gesprek bij een dergelijke patiënt loopt van geen enkele aanpassing (financiële effect nihil) tot de keuze om helemaal niet door te verwijzen naar de ggz (financiële effect gemiddeld 7.738). Een best guess inschatting is derhalve 50% van dit bedrag; zijnde 3.869 per patiënt. Zoals in

- Voor *alle overige deelnemers* rekenen we geen (monetaire) besparingen door.



Figuur 13 Onderverdeling huidige en toekomstig zorggebruik deelnemers verkennend gesprek

Vermeden kosten – in EUR x 1.000	2025	2026	2027
Huisarts	10,2	32,0	63,5
GGZ	103,4	324,2	643,6
Totaal	113,6	356,2	707,1

Vermeden (zorg)kosten: doen zich voor bij de huisarts (minder consulten) en bij de ggz (vermeden behandeling). Bij een deel van de deelnemers is er geen kwantitatief effect. De gecombineerde, vermeden (zorg)kosten bedragen ca. 280 – 300 euro per deelnemer (*incl. stijging t.g.v. indexatie*).

Dit effect kan optreden onder alle ggz-aanbieders in de regio; al dan niet aangesloten bij GEM.

N.B. de vermeden (zorg)kosten per deelnemer aan het verkennend gesprek liggen -mede dankzij de meer nauwkeurige benadering- iets lager dan in de landelijke business case MGN.

Die berekenen in 2025 € 48M minder uitgaven in de ggz door minder doorverwijzingen. Dat komt neer op 400 euro per deelnemer (aanneme landelijke business case: 120.000 mensen in heel Nederland).

Inzet transformatiemiddelen Verkennend gesprek

De inzet van transformatiemiddelen bij het verkennend gesprek valt uiteen in A) incidentele transformatiemiddelen en B) structurele kosten Wmo, vergoed via transformatiemiddelen.

A) Incidentele transformatiemiddelen

Om het verkennend gesprek goed te kunnen voeren moeten alle gespreksvoerders worden getraind. We berekenden hoeveel mensen we moeten aannemen en trainen om de verkennende gesprekken te kunnen voeren (*zie Appendix 3*).

Alle gespreksvoerders worden voordat zij aan de pool worden toegevoegd, getraind. Daarnaast is eens per half jaar een bijeenkomst met alle huidige gespreksvoerders nodig om de sociale kaart levend te houden en kennis en informatie uit te wisselen. De trainingskosten en vacatiegelden voor deze trainingen en zijn onderdeel van de incidentele kosten transformatiemiddelen.

Tot slot zijn er nog ICT-kosten. De *ICT-kosten* bestaan uit kosten voor het gebruik van ZorgDomein. Huisartsen en ggz zijn hier al op aangesloten. De partijen uit het sociaal domein nog niet. De ICT-kosten gestaffeld en dalen naarmate er meer deelnemers zijn. In de transformatiemiddelen zit alleen de eenmalige aansluitkosten. De operationele kosten worden gedekt vanuit het Zvw-tarief voor het verkennend gesprek en vallen buiten de scope van het transformatieplan.

Incidentele kosten transformatiemiddelen: bestaan uit eenmalige ICT-kosten , trainingskosten en bijeenkomsten (tussen de 34,6 en 65,6 (EUR x 1.000) per jaar; afhankelijk van het aantal te trainen gespreksvoerders).

B) Structurele kosten Wmo, vergoed vanuit transformatiemiddelen

Conform het addendum van september 2024 worden de vereiste structurele kosten vanuit de Wmo voor het verkennend gesprek, vergoed vanuit de transformatiemiddelen; zie hierboven. *(zie Appendix 3 voor de berekening van het vereist aantal uren en bijbehorende kosten).*

4.1.2 Kwantificering Zelfregie & Herstel

Voor nadere onderbouwing kwantificering zie Appendix 3

Voor Zelfregie & Herstel in de regio Midden-IJssel zijn meerdere mogelijkheden: in alle gemeenten zijn er zelfregiecentra. Daarnaast is er een Herstelnetwerk, waarin ervaringsdeskundigen hersteltrainingen geven.

Een nieuw zelfregiecentrum is op dit moment niet opportuun. Dit transformatieplan richt zich daarom alleen op uitbreiding van het Herstelnetwerk. Dit Herstelnetwerk kan echter niet bestaan zonder alle zelfregiecentra in de regio. Deelnemers aan het Herstelnetwerk bezoeken soms ook één van de zelfregiecentra. En andersom kunnen bezoekers van een zelfregiecentrum uiteindelijk ook opgeleid worden tot trainer binnen het Herstelnetwerk. De kwantificering van Zelfregie & Herstel in dit transformatieplan beslaat dus een smal deel van Zelfregie & Herstel in de regio.

Omvang Zelfregie & Herstel

Het hersteldeel heeft betrekking op de verdubbeling van het Herstelnetwerk Deventer, dat bestaat uit de inzet van ervaringsdeskundigen voor methodische zelfhulp en *peer support*. Op dit moment bedient het Herstelnetwerk circa 150 mensen. Alle inwoners van de regio Midden-IJssel kunnen gebruik maken van het Herstelnetwerk; juist nu dit netwerk in omvang verdubbelt. Deze verdubbeling is hard genoeg nodig; op dit moment staan er 116 mensen op de wachtlijst voor een hersteltraining of -cursus. De verdubbeling maakt dat nog eens 150 mensen gebruik kunnen maken van het Herstelnetwerk. Hiermee is de wachtlijst voor het Herstelnetwerk grotendeels opgelost.

In deze business case rekenen we met 150 extra mensen die gebruik kunnen maken van het Herstelnetwerk over drie jaar heen. Sommigen zullen in die periode één training volgen; anderen zullen meerdere trainingen over meerdere jaren volgen.

Op basis van inschattingen van Vriendendiensten Deventer gebaseerd op hun huidige deelnemers, veronderstellen we dat 50% deelnemers geen ggz behandeling krijgt en de andere 50% deelnemers wel; gelijk verdeeld over de EPA-vignetten.

In overleg met alle vier gemeenten verkent Vriendendiensten Deventer hoe de verdubbeling van het Herstelnetwerk het meest effectief kan worden ingezet voor alle inwoners van Midden-IJssel. Dit

betekent dat er (indien gewenst jaarlijks) gesprekken zijn met alle vier gemeenten over waar extra inzet (cursussen, thema-avonden, etc.) gewenst is. Indien alle partijen het erover eens zijn, kan de naam van het Herstelnetwerk worden aangepast naar Herstelnetwerk Midden-IJssel of Herstelnetwerk Salland.

Omvang: (ingroei naar) verdubbeling van de inzet van het Herstelnetwerk en dus ook het bereik van het Herstelnetwerk van 150 naar 300 mensen; 50-50 verdeeld over inwoners zonder ggz-behandeling en inwoners met ggz-behandeling. De deelnemers met ggz-behandeling zijn gelijk verdeeld over de EPA-vignetten.

In de business case van dit transformatieplan nemen we alleen de (te vermijden (zorg)kosten van de 150 *extra* deelnemers op.

Kosten Zelfregie & Herstel

De operationele kosten voor de verdubbeling van het Herstelnetwerk worden bekostigd vanuit de transformatiemiddelen, conform het addendum van september 2024.

Kosten: *Deze kosten worden uit de Regeling SPUK Transformatiemiddelen IZA 2024-2027 betaald, en vallen dus onder de transformatiemiddelen; zie aldaar.**

** = de kosten voor het Herstelnetwerk lopen in de periode 2025 t/m 2027 via de transformatiemiddelen. Vanaf 2028 worden deze kosten vanuit de Wmo vergoed. Zie de tabel met doorlooptijd t/m 2030 voor een volledig kostenoverzicht 2025 – 2030 en Appendix 7 voor de intentieverklaring van gemeenten.*

Vermeden (zorg)kosten Zelfregie & Herstel

Bij de te vermijden (zorg)kosten maken we bij het kwantificeren onderscheid naar deelnemers waarbij een hersteltraining een preventieve werking heeft en waar een hersteltraining leidt tot minder zorgvraag.

- Een hersteltraining heeft een preventieve werking voor deelnemers aan het Herstelnetwerk die (in de afgelopen drie jaar) geen ggz-behandeling hebben gehad.
- Bij deelnemers aan een hersteltraining die een ggz-behandeling volgen of recht (minder dan drie jaar geleden) hebben afgerond, veronderstellen we een reductie van de (ernstige) psychiatrische aandoeningen (en de daarmee samenhangende zorgkosten).

Naar inschatting van de huidige deelnemers aan de hersteltrainingen van het Herstelnetwerk is de verdeling 50-50.

Voor deelnemers zonder ggz-behandeling (50%) rekenen we met we een preventieve besparing, op basis van de gemiddelde ggz-kosten per inwoner (i.p.v. per cliënt) in Midden-IJssel: 392 euro (*prijsspeil 2025*). Dit bedrag is gebaseerd informatie van Vektis Open data, door de totale kosten ggz 2020 te delen door het aantal inwoners in 2020⁴¹. Dit getal is het gemiddelde van alle soorten ggz-kosten, van de huisarts en POH-GGZ tot specialistische ggz. Dit is de beste benadering van te verwachten zorgkosten ggz voor 'de gemiddelde inwoner' in de regio Midden-IJssel. We gaan bij deze groep immers uit van een preventieve werking.

Van de deelnemers met ggz-behandeling (de overige 50% van de deelnemers aan het herstelnetwerk) veronderstellen we dat zij in de EPA-doelgroep vallen. Door een hersteltraining te volgen vergroten zij

⁴¹ Op dit bedrag is vervolgens indexatie toegepast om tot prijspeil 2025 te komen.

hun handelingsmogelijkheden en verkleinen ze daarmee de kans op een terugval c.q. verslechtering. Bij deze groep rekenen we daarom met een daling in (EPA) behandelkosten. De kosten baseren we op (geïndexeerde) gemiddelde EPA kosten Zvw per patiënt: 8.006 euro per jaar ⁴² (prijspeil 2025). We veronderstellen, in lijn met de business case GEM Landelijk, geleidelijke daling naar 33% minder EPA-kosten over 3 jaar tijd. Dit effect raakt alle ggz-aanbieders in de regio; al dan niet aangesloten bij GEM.

We rekenen onszelf niet rijk met betrekking tot het aantal deelnemers (en dus de te vermijden zorgkosten). We gaan uit van 180 extra inwoners in die drie jaar tijd. Mogelijk zijn er meer deelnemers over die tijdspanne, omdat sommigen maar (een deel van) een jaar trainingen volgen.

Alle inschattingen t.a.v. soort deelnemers en verdeling van de deelnemers over de verschillende EPA-vignetten zijn gemaakt in nauwe samenspraak met Vriendendiensten. Op deze wijze hebben we, ondanks dat exacte gegevens over zorggebruik ontbreken, de beste inschatting van de (te vermijden zorgkosten van) de soort deelnemers aan herstelcursussen in de regio Midden-IJssel.

Voor de uitbreiding van het Herstelnetwerk zijn geen aanvullende vermeden (zorg)kosten berekend. Hierbij wordt verondersteld dat de samenhang tussen de (bestaande en toekomstige) zelfregiecentra en (de uitbreiding van) het Herstelnetwerk leidt tot (en vereist is voor) de kostenreductie.

Vermeden kosten – in EUR x. 1000	2025	2026	2027
Vermeden zorg – deelnemers zonder ggz-behandeling	29,4	30,7	32,1
Vermeden zorg – deelnemers met ggz-behandeling	65,4	138,0	216,3
TOTAAL	94,8	168,7	248,4

Inzet transformatiemiddelen Zelfregie & Herstel

De inzet van transformatiemiddelen bij Zelfregie & Herstel bestaat alleen uit B) structurele kosten Wmo, vergoed via transformatiemiddelen

B) Structurele kosten Wmo, vergoed vanuit transformatiemiddelen

Conform het addendum van september 2024 worden de vereiste structurele kosten vanuit de Wmo voor het Herstelnetwerk vergoed vanuit de transformatiemiddelen. Deze verdubbeling van het Herstelnetwerk bestaat uit drie soorten salariskosten:

- Inzet van betaalde en onbetaalde ervaringsdeskundigen: 985 uur betaald en 985 uur vrijwillige inzet (70k euro per jaar voor de betaalde inzet; vrijwillige inzet is om niet)
- Inzet van coördinatie, training en andere, niet-patiëntgebonden kosten: ca. 1,3 fte (114k per jaar tezamen voor de twee functies) – zie voor een inhoudelijke toelichting hierboven
- Inzet van een onafhankelijk cliëntondersteuner, als ‘brugfunctie’ tussen het sociaal- en medisch domein (specifiek in te zetten bij inwoners die (lang) op een wachtlijst voor ggz-behandeling staan)

⁴² Dit betreft een gemiddelde van alle vignetten. De Zvw-kosten per patiënt lopen uiteen per type vignet en leeftijdscategorie. Ter illustratie: Vignet 2: Zvw-kosten per patiënt is € 1.064 (prijspeil 2021) en Vignet 5 is € 35.957 (prijspeil 2021) per patiënt.

De extra inzet van ervaringsdeskundigen wordt betrokken vanuit de vijf huidige deelnemers aan het Herstelnetwerk (huidige deelnemers: Dimence Groep, IrisZorg, Vriendendiensten Deventer, Tactus en RIBW Overijssel). De betaalde ervaringsdeskundigen vervullen zo 'brugfunctie' tussen de zorgorganisaties en het sociaal domein, waardoor meer mensen bij de 'juiste ondersteuning' terecht komen. Uit ervaring blijkt dat behandelaren hiermee ook dan 'eerder los durven laten'.

De onafhankelijke cliëntondersteuner wordt naar verwachting door Vriendendiensten geleverd. Ook deze functie is een 'brugfunctie', maar dan specifiek gericht op (maatschappelijke, sociale) problematiek bij inwoners die lang op de wachtlijst voor ggz-behandeling staan. Door hen extra aandacht te geven, wordt terugval voorkomen en kan de ggz-professional zich richten op het 'medische deel' zodra de behandeling begint.

De 985 uur per jaar aan 'vrijwillige inzet' door vrijwillige ervaringsdeskundigen bestaat uit het opleiden van 10 tot 12 mensen tot vrijwillige ervaringsdeskundige. Dit gebeurt via cursussen, en vervolgens intervisie en - waar nodig - individuele ondersteuning. Dit traject heet 'van bezoeker zelfregiecentrum naar vrijwillige ervaringsdeskundige'. Deze mensen gaan vervolgens de herstelcursussen geven (in duo met betaalde ervaringsdeskundigen), lotgenotengroepen 'leiden' en herstelactiviteiten organiseren in alle vier gemeenten. De verwachting is ook dat 1 à 2 van deze 12 mensen ook daadwerkelijk de opleiding tot ervaringsdeskundige gaat volgen, om daarna in dienst te komen bij één van de vijf organisaties. Hiermee boren we ook nieuw arbeidspotentieel aan en verbreden we deze beweging van zelfregie, herstel en normaliseren.

De uitbreiding van het Herstelnetwerk met betaalde én een even grote extra inzet van onbetaalde ervaringsdeskundigen (zie paragraaf 3.1.1) vereist overkoepelende coördinatie en een jaarlijks scholingstraject, bestaande uit training en intervisie. Dit is noodzakelijk vanwege het sterk toegenomen aantal vrijwillige ervaringsdeskundigen. Op dit moment is er echter geen coördinator en geen trainer beschikbaar voor deze taken. In het transformatieplan is daarom voorzien in de aanstelling van een coördinator en een trainer.

De coördinator is verantwoordelijk voor de logistiek en planning van zowel de betaalde als de vrijwillige ervaringsdeskundigen, evenals van de deelnemers aan de door hen georganiseerde hersteltrainingen en lotgenotengroepen in alle vier gemeenten. Daarnaast geeft de coördinator voorlichting in de gehele regio om het volledige aanbod bekend te maken bij inwoners, behandelaren en andere professionals.

Naast de coördinator is een trainer noodzakelijk voor het scholingstraject en de ondersteuning van de vrijwillige ervaringsdeskundigen. Dit scholingstraject richt zich op bezoekers van zelfregiecentra met het potentieel om door te groeien naar de rol van vrijwillige ervaringsdeskundige binnen het Herstelnetwerk. Het traject bestaat uit een intensieve training en intervisie en is meerjarig nodig. Belangrijk om te vermelden is dat een deel van deze vrijwillige ervaringsdeskundigen als doel heeft om (op termijn) door te groeien naar een betaalde functie. Dit vraagt om meerjarig werven, trainen en begeleiden in hun doorstroom naar betaald werk.

Zowel de coördinator als de trainer zijn deeltijdfuncties (0,67 FTE; tezamen 1,3 FTE; zie ook Appendix 3).

N.B. Vriendendiensten Deventer treedt op als hoofdaannemer. De uiteindelijke onderverdeling van de inzet van ervaringsdeskundigen onder de deelnemende partijen van het Herstelnetwerk is nog nader in te vullen.

Structurele kosten Wmo, vergoed via transformatiemiddelen: de kosten voor de uitbreiding van het Herstelnetwerk zijn ca. 269 (EUR x 1.000) per jaar (prijspeil 2025). Inclusief indexatie loopt dit op tot 294 (EUR x 1.000) in 2027.

4.1.3 Kwantificering Modulaire ggz (groepsgericht behandelen)

Voor nadere onderbouwing kwantificering zie Appendix 3

Het kwantificeren van het GEM-onderdeel ‘iedereen in groepen, waar mogelijk’ krijgt vorm binnen de modulaire ggz (groepsgericht behandelen). In dit transformatieplan wordt hierbij ingezet op zoveel mogelijk groepsbehandelingen binnen de behandelingen van Dimence Groep merken Dimence en Mindfit. Uitbreiding van de deelnemende organisaties en de dimensies van ‘modulaire ggz’ (de best passende zorg geven aan cliënten; o.a. door modulair (groeps)aanbod) is op een later moment mogelijk. Hieronder lichten we toe welke aanpassingen binnen welke teams, bij welke soort consulten leidt tot welke soort vermeden (zorg)kosten en welke transformatiemiddelen hiermee gemoeid zijn.

Omvang Modulaire ggz (groepsgericht behandelen)

In hoofdstukken 1 en 2 is toegelicht welke inhoudelijke redenen er zijn om zoveel mogelijk in groepen te behandelen. Niet iedere behandeling in de ggz is onverkort om te zetten van individuele consulten naar groepsconsulten.

Bij het kwantificeren van dit GEM-onderdeel zijn heldere keuzes gemaakt ten aanzien van de scope (en dus omvang) van groepsbehandelingen binnen GEM. Vooralsnog richt de transformatie zich alleen op teams van Dimence en Mindfit in de regio Midden-IJssel. Het Zvw-deel van Transfore is niet meegenomen in dit transformatieplan.

In drie jaar tijd (van 2025 tot en met eind 2027) wordt stapsgewijs toegewerkt naar een 50-50 verhouding tussen individuele behandelconsulten en groepsconsulten. Diagnostiekconsulten zijn en blijven individuele consulten. Alle teams met niet-planbare zorg, klinische zorg en onderzoek zijn eveneens uitgesloten van deze transformatie.

Op dit moment is er grote spreiding tussen de verschillende teams. Binnen sommige teams wordt al een aanzienlijk deel van de behandeling in groepen aangeboden. In andere teams is er op dit moment niet of nauwelijks groepsaanbod. Alle teams werken toe naar de 50-50 verhouding in 2027.

Omvang: Cliënten van Mindfit en Dimence die ambulante, planbare zorg ontvangen vanuit één van de 16 geselecteerde kostenplaatsen in de regio Midden-IJssel hebben in 2027 een 50-50 verhouding tussen individuele behandelconsulten en groepsconsulten.

Kosten Modulaire ggz (groepsgericht behandelen)

Het bieden van zoveel mogelijk groepsbehandelingen is een andere manier van werken, binnen de bestaande kaders. Dit leidt niet tot structurele kostenverhogingen binnen de reguliere bedrijfsvoering van de ggz.

Kosten: zijn nihil, omdat het hier gaat om een andere manier van werken.

Vrijgemaakte directe behandeltime Modulaire ggz (groepsgericht behandelen)

Zoveel mogelijk groepsbehandelingen aanbieden leidt tot minder behandelminuten (en dus zorgkosten) per cliënt. Om een inschatting te maken van de vrijgemaakte directe behandeltime is op teamniveau gekeken naar de transformatie van individuele consulten naar groepsconsulten:

- De aard van het type behandeling en zorg, maakt dat niet alle teams binnen Dimence en Mindfit geschikt zijn voor omzetting naar groepsconsulten.
- Voor 16 teams, die als geschikt zijn bestempeld [door Dimence], is op basis van data over het aantal unieke cliënten per team en de duur van consulten (individuele en in groep) berekend wat de initiële verhouding tussen het aantal individuele en aantal groepsconsulten was.
- Dit is vervolgens vertaald in het vereiste aantal behandeluren groepsconsulten (uitgaande van het nieuwe aantal groepsconsulten). Hierbij hanteren we een ingroeiperiode van drie jaar
- Door het nieuwe aantal vereiste behandeluren af te trekken van het aantal uren in de huidige situatie kwam de hoeveelheid vrijgemaakt directe behandel tijd in beeld.

Bij het omzetten van vrijvallende behandeluren naar vermeden zorgkosten is het onvermijdelijk aannames te doen.

- T.a.v. de 'financiële waarde' van een uur behandeling kiezen we voor het rekenen met een forfaitaire ZPM-prestatie: *CO0629 Ambulant – kwaliteitsstatuut sectie III – multidisciplinair Gezondheidszorgpsycholoog (Wet Big artikel 3) Behandeling 60 minuten*. Deze ZPM prestatiecode wordt voldoende representatief geacht voor de pluriforme groep behandelaren wiens uren vrij komen te vallen over de periode 2025 – 2030.
- Hierbij rekenen we met 100% van het NZa tarief 2025, geïndexeerd in de jaren 2026 t/m 2030. Er is gerekend met het 100% NZa tarief 2025 (262,27 euro); geïndexeerd voor de jaren 2026 t/m 2030.
- T.a.v. hoeveel procent van de bruto vrijgevallen behandeluren daadwerkelijk vrijvallen, rekenen we met 60%. Deze veiligheidsmarge wordt gehanteerd omdat niet ieder vrijgevallen uur directe tijd 100% effectief opnieuw in te zetten is.

T.a.v. het daadwerkelijk realiseren van de berekende vrijgevallen uren geldt het volgende:

- Op dit moment zijn er lange wachtlijsten voor de specialistische ggz. In de praktijk zullen vrijgevallen behandeluren derhalve eerst en vooral worden ingezet om de wachtlijsten terug te dienen. Pas wanneer de wachtlijsten binnen de Treeknormen zijn, zullen mogelijk effecten in totale behandelinzet zichtbaar worden. De hier weergegeven vermeden zorgkosten betreffen dus een theoretische benadering, waarbij het terugdringen van ggz-wachtlijsten buiten beschouwing is gelaten.

Dankzij de modulaire ggz komt er ook tijd vrij voor consultatie aan andere hulpverleners c.q. inwoners (de brede sociale basis, zoals sportclubs, buurthuizen of andere vrijwilligers) en/of om de wachtlijsten te verkorten door meer cliënten in de tweedelijns ggz te zien.

In totaal is er in 2030 bruto ca. 6.900 uur behandel tijd beschikbaar om anders in te zetten. In de kwantificering rekenen met 60% van deze bruto tijden, tegen bovenstaand forfaitair bedrag.

Vermeden (zorg)kosten: In 2025 wordt -in een wereld zonder wachttijden in de ggz- voor ca. 0,275 miljoen euro aan zorgkosten bespaard door modulaire ggz (groepsgericht behandelen). Dit loopt op tot 1,2 miljoen in 2027

Dit effect betreft alleen Dimence en MindFit in de regio Midden-IJssel.

Transformatiemiddelen Modulaire ggz (groepsgericht behandelen)

De inzet van transformatiemiddelen bij modulaire ggz (groepsgericht behandelen) bestaat alleen uit A) incidentele transformatiemiddelen.

A) Incidentele transformatiemiddelen

Meer en meer in groepen werken betekent een sterke verandering in de werkwijze van ggz-professionals. Om deze verandering mogelijk te maken, krijgt iedere behandelaar die groepsconsulten gaat bieden een training groepsgericht behandelen, aangevuld met supervisie. De training wordt gespreid over drie jaar gegeven (2025 tot en met 2027). Voor de training en supervisie worden ook vacatiegelden gerekend. Deze kosten vormen tezamen het grootste deel van de aangevraagde transformatiemiddelen binnen dit onderdeel.

N.B. Er zijn ook aanpassingen aan de gebouwen en ICT-ondersteuning vereist. Deze kosten (herijken strategisch vastgoedplan, gebouwaanpassingen, ICT t.b.v. effectief gebruik van groepsruimten) zijn niet materieel en derhalve buiten scope van (de business case onderliggend aan) dit transformatieplan.

Incidentele kosten transformatiemiddelen - in EUR x 1.000	2025	2026	2027
Trainingskosten	115,7	120,9	126,4
Vacatiegelden training	304,9	318,6	332,9
Totaal	420,7	439,5	459,3

Incidentele kosten transformatiemiddelen: bestaan uit trainingskosten en vacatiegelden training (tussen de 421 en 459 ((EUR x 1.000) per jaar; afhankelijk van het aantal te trainen behandelaren).

4.1.4 Kwantificering Mentaal Gezondheidsnetwerk

Enmalige gelden vereist om stap van huidige toepassing naar functionerend MGN te maken

Alle vier functies van het MGN zijn op dit moment al aanwezig in de regio; zij het veelal in rudimentaire vorm. De oprichting van een MGN en dit transformatieplan zijn dé mogelijkheid om alle vier functies op zorgvuldige wijze te operationaliseren.

Voor de uitvoer van de verkennende gesprekken en de overige drie functies zijn reguliere NZa-beleidsregels opgesteld. Deze beleidsregels dekken niet de eenmalige inrichtingskosten voor de vier MGN-functies. Deze kosten zijn derhalve ondergebracht in dit transformatieplan:

- De eenmalige kosten voor het inrichten van functie I (verkennend gesprek) zijn uitgewerkt in hoofdstuk 4.
- In dit transformatieplan vragen we in totaal 140.000 euro aan eenmalige inrichtings- en oprichtingskosten aan. Deze kosten zijn bedoeld om één regionaal wachttijdinformatiesysteem in te richten. Zie tabel hieronder. Voor het bijbehorende plan van aanpak, zie paragraaf 3.5.
- De overige kosten zijn gedekt vanuit de projectorganisatie van dit transformatieplan.

Incidentele kosten transformatiemiddelen - in EUR x 1.000	2025	2026	2027
ICT projectmanagement	25,0		
ICT systeemontwerp	30,0		
Softwareontwikkeling	50,0		
Hardware en infrastructuur	10,0		
Training & implementatie	15,0		
Aanpassingen (versie 1.1)	10,0		
Totaal	140,0		

In bovenstaande kostenopgave is rekening gehouden met de ‘reguliere’ projectorganisatie van dit transformatieplan. Dit deelproject maakt o.a. gebruik van de overall projectleiding en -ondersteuning en benut tevens de bestaande governancestructuur. Zo wordt het project zo efficiënt mogelijk ingericht.

Incidentele kosten transformatiemiddelen: bestaan uit de ontwikkeling van een regionaal wachttijdsysteem (eenmalig 140 (EUR x 1.000) in 2025).

4.1.5 Kwantificering projectkosten

Deze transformatie is niet mogelijk zonder goede projectorganisatie. Sinds 2021 is er een ‘kerncoalitie’ actief, met afvaardiging vanuit alle betrokken partijen. In 2023 is deze ‘kerncoalitie’ uitgebreid met de gemeenten Voorst (mede namens de gemeenten Olst-Wijhe en Raalte). Nu de transformatie wordt opgeschaald, neemt hun takenpakket toe. De kerncoalitie neemt dan de rol van ‘Stuurgroep GEM’ aan. Naar verwachting zullen de Stuurgroepleden één dag per week ingezet worden voor deze transformatie, tot en met 2026. In 2027 wordt dit afgebouwd; voorsnog naar 4 uur per week. Deze inzet is ondergebracht bij de projectkosten van deze transformatie. Het tarief is gebaseerd op tijdelijke externe inhuur ter compensatie van de tijd die de Stuurgroepleden inzetten voor GEM.

Naast de inzet van de Stuurgroepleden is ook extra inzet vereist voor coördinatie en monitoring van de transformatie en projectondersteuning. Ook deze inzet is begroot. Hierbij dient nadrukkelijk te worden vermeld dat dit uitbreiding van de projectorganisatie ten behoeve van de transformatie betreft; aanvullend op de projectleiding die vanuit ZonMw gelden wordt vergoed. Er is dus geen sprake van dubbele financiering. De projectondersteuning wordt vanaf 2026 stapsgewijs afgebouwd.

Naast de reguliere projectorganisatie zijn ook posten opgenomen voor communicatiebudget (inclusief de publiekscampagne) en voor externe inhuur (waaronder GEM Landelijk). De meeste kosten zijn begroot voor 2025 en 2026. Vanaf 2027 is geen externe inhuur meer begroot. Afhankelijk van de daadwerkelijk vereiste inzet kan het BO Mentaal Welbevinden⁴³ bepalen in een jaar meer of minder transformatiemiddelen aan te vragen c.q. in te zetten voor externe inhuur. Tot slot is er een post onvoorzien opgenomen in het projectbudget.

⁴³ Voor een nadere toelichting op de rol en samenstelling van de BO Mentaal Welbevinden, zie paragraaf 5.3.2

Jaarlijkse projectkosten

Component	Kostensoort
Coördinatie & monitoring	1 FTE uitbreiding FWG 65b trede 13 ➤ In 2025 0,25 FTE extra inzet voor projectcontrol (t.b.v. opzetten monitoring)
Projectondersteuning	1 FTE uitbreiding FWG 40b – trede 13 ➤ In 2025 0,5 FTE extra inzet voor opzetten projectorganisatie en ondersteunen bij uitrol binnen organisaties
Communicatie	Externe inhuur (gerichte inzet, in 1 ^e jaar hoger dan 2026 e.v.)
Inzet externe inhuur (GEM Landelijk en overig)	Externe inhuur (gerichte inzet, in 1 ^e jaar hoger dan 2026 e.v.)
Inzet deelnemers Stuurgroep	Vergoeding inzet 6 deelnemers 8u p/w à 100 euro (40 wk/jr) ➤ Vanaf 2027 inzet Stuurgroep 4 uur per week
Post onvoorzien	Budget om onvoorziene kosten te ondervangen. Conform landelijke afspraken 1% van het transformatiebudget

Eenmalige projectkosten

Dit transformatieplan is opgesteld door gebruik te maken van externe inhuur. Dankzij deze inzet kon het transformatieplan met een onafhankelijke blik worden opgesteld. De kosten voor het opstellen van het transformatieplan zijn ook onderdeel van de projectkosten. Dit betreffen eenmalige kosten.

Naast kosten voor het opstellen van het transformatieplan zijn ook kosten voor het inrichten van een datawarehouse opgenomen. Dit datawarehouse maakt het mogelijk om de te verwachten transformaties te monitoren. Hiervoor moeten verschillende gegevensbronnen aan elkaar gekoppeld worden, serverruimte ingericht worden en -bovenal- goede encryptie en beveiliging op worden toegepast.

Component	Kostensoort
Opstellen transformatieplan	Externe inhuur
Inrichten Datawarehouse voor monitoring	Externe inhuur, licenties, ICT-beveiliging en datacapaciteit

Bovenstaande uitsplitsing naar jaarlijkse en eenmalige projectkosten leidt tot onderstaand financieel overzicht van projectkosten. In totaal betreft het tussen 2025 en 2027 een bedrag van ca. € 1,6 miljoen⁴⁴.

Projectkosten - GEM Midden-IJssel - in EURk	2025	2026	2027
Jaarlijkse projectkosten			
Projectorganisatie: Coördinatie en monitoring	(149,0)	(129,9)	(135,8)
Projectorganisatie: Projectondersteuning	(101,0)	(73,2)	(76,4)
Projectorganisatie: Communicatie	(41,8)	(21,8)	-
Projectorganisatie: Inzet externe inhuur (GEM landelijk en overig)	(65,3)	(27,3)	-
Kerncoalitie: Inzet deelnemers à 100 euro à 8 uur p/w; 40 wk. p/j	(200,6)	(209,6)	(109,5)
Post onvoorzien (1% van totale transformatiemiddelen)	(18,0)	(14,0)	(15,0)
Jaarlijkse projectkosten - totaal	(575,7)	(475,8)	(336,7)
Eenmalige projectkosten			
Opstellen transformatieplan	(185,0)	-	-
Inrichten Datawarehouse voor monitoring	(78)	-	-
Eenmalige projectkosten - totaal	(263,4)	-	-
Totaal projectkosten GEM Midden IJssel - per jaar	(839,1)	(475,8)	(336,7)
			(1.652)

⁴⁴ Hierbij dient aangetekend te worden dat een aanzienlijk deel van de kosten voor het opstellen van het transformatieplan in 2023 en 2024 zijn gemaakt (voorgefinancierd door Stichting Dimence).

4.1.6 Overzicht totale aanvraag transformatiemiddelen GEM-transformatie

In onderstaande tabel staat de totale aanvraag van transformatiemiddelen voor dit transformatieplan; opgedeeld naar incidentele kosten transformatiemiddelen t.b.v. transformatie, structurele kosten Wmo, vergoed via transformatiemiddelen en projectkosten. In totaal is de aanvraag voor de periode 2025 – 2027 € 4,7 miljoen. Dit bedrag is als volgt opgebouwd:

- € 1,65 miljoen aan projectkosten, waaronder ca. € 0,275 miljoen eenmalige kosten voor o.a. het inrichten van de monitoring;
- € 1,32 miljoen incidentele transformatiemiddelen voor o.a. training, vacatie voor Modulaire ggz (groepsgericht behandelen)
- €0,14 miljoen incidentele transformatiemiddelen voor o.a. trainingen, bijeenkomsten en vacatie voor de gespreksvoerders van het verkennend gesprek
- € 0,14 miljoen incidentele transformatiemiddelen voor de inrichting van het MGN. Zie voor meer details paragraaf 4.1.4.
- € 0,68 miljoen voor de operationele (= structurele) Wmo-kosten voor gespreksvoerders verkennend gesprek vanuit het sociaal domein. Zie voor meer details paragraaf 4.1.1.
- € 0,84 miljoen voor de operationele (= structurele) Wmo-kosten voor uitbreiding van het Herstelnetwerk. Zie voor meer details paragraaf 4.1.2.

In het volgende hoofdstuk staat het structurele effect per deelnemende partij weergegeven in 2025. In Appendix 3 staat een gedetailleerde uitsplitsing naar (structurele) baten en lasten per deelnemer.

Transformatiemiddelen (incidenteel & kosten Wmo cf. addendum) - in EUR x 1.000	2025	2026	2027	Totaal
Projectkosten				
<u>Incidentele transformatiemiddelen</u>				
Jaarlijkse projectkosten - totaal	(575,7)	(475,8)	(336,7)	(1.388,3)
Eenmalige projectkosten - totaal	(263,4)	-	-	(263,4)
Projectkosten - totaal	(839,1)	(475,8)	(336,7)	(1.651,7)
Modulaire ggz				
<u>Incidentele transformatiemiddelen</u>				
Trainingskosten	(115,7)	(120,9)	(126,4)	(363,0)
Vacatiegelden training	(304,9)	(318,6)	(332,9)	(956,5)
Incidentele transformatiemiddelen - Modulaire ggz	(420,7)	(439,5)	(459,3)	(1.319,5)
Verkennend gesprek				
<u>Incidentele transformatiemiddelen</u>				
Trainingskosten - Ggz-professional	(1)	(1,3)	(0,7)	(3,4)
Vacatiegelden - Ggz-professional	(6)	(6,0)	(3,5)	(15,9)
Organiseren bijeenkomsten - Ggz-professional	(4)	(4,4)	(5,3)	(13,3)
Vacatiegelden bijeenkomsten- Ggz-professional	(3)	(6,7)	(13,2)	(22,4)
Trainingskosten - Sociaal Domein professional	(1)	(1,3)	(0,7)	(3,4)
Vacatiegelden - Sociaal Domein professional	(5)	(4,9)	(2,8)	(12,9)
Organiseren bijeenkomsten - Sociaal Domein professional	(4)	(4,4)	(5,3)	(13,3)
Vacatiegelden bijeenkomsten- Sociaal Domein professional	(2)	(5,4)	(10,8)	(18,3)
Eenmalige aansluitkosten Zorgdomein - 2025	(39)	-	-	(39,4)
Incidentele transformatiemiddelen - Verkennend gesprek	(65,6)	(34,3)	(42,4)	(142,4)
<u>Structurele kosten Wmo (vergoed via transformatiemiddelen)</u>				
Personeelskosten Sociaal Domein professional	(65,7)	(206,0)	(408,9)	(680,6)
Structurele kosten Wmo (via trans.middelen) - Verkennend gesprek				(680,6)
Zelfregie en herstel				
<u>Structurele kosten Wmo (vergoed via transformatiemiddelen)</u>				
Operationele kosten herstelnetwerk	(269,2)	(281,3)	(293,9)	(844,4)
Structurele kosten Wmo (via trans.middelen) - Zelfregie en herstel				(844,4)
Mentaal Gezondheidsnetwerk				
<u>Incidentele transformatiemiddelen</u>				
Oprichtingskosten MGN	(140)			(140,0)
Incidentele transformatiemiddelen - Mentaal Gezondheidsnetwerk				(140,0)
Incidentele transformatiemiddelen - excl. structurele kosten Wmo (= projectkosten, incidentele kosten 3 onderdelen en MGN)				(3.253,5)
Transformatiemiddelen t.b.v. structurele kosten Wmo				(1.525,0)
Transformatiemiddelen - Totaal				Totaal (4.778,5)

4.2 Financiële impact GEM-transformatie per partij

In deze paragraaf vertalen we de effecten per GEM-onderdeel naar impact op elk van de deelnemende partijen. Op basis van de transformatiemiddelen per jaar en de structurele kostenstijging c.q. kostendaling worden de kwantitatieve effecten per partij inzichtelijk.

De kwantitatieve impact van de GEM-transformatie staat beschreven in paragraaf 3.1. In Appendix 3 staat een nadere specificatie per deelnemende partij.

Hieronder tonen we de uitsplitsing per jaar per organisatie. De transformatiemiddelen zijn hierbij gekoppeld aan de jaren waarin de kosten gemaakt worden. De uiteindelijke uitbetaling van de transformatiemiddelen wijkt, door de 1-op-1 koppeling aan KPI's (zie paragraaf 5.1) hier soms vanaf.

N.B. Dimence en de gemeente Deventer zijn aangemerkt als kassier van de te ontvangen transformatiemiddelen. Om inzicht te bieden in de onderverdeling van de inzet van sociaal domein professionals t.b.v. het verkennend gesprek in 2025 t/m 2027 is op de regel 'Te ontvangen vergoeding aan transformatiemiddelen' onder het kopje 'Verkennend gesprek' een uitsplitsing gemaakt naar gemeente (o.b.v. ratio naar aantal inwoners).

De incidentele transformatiemiddelen (training van gespreksvoerders) is niet onderverdeeld naar gemeenten, maar staat voor 100% onder de gemeente Deventer.

De feitelijke vergoeding aan gemeenten verloopt voor zowel de incidentele kosten als structurele kosten via de gemeente Deventer, o.b.v. uit te keren transformatiemiddelen, gekoppeld aan te behalen KPI's.

Uitsplitsing per organisatie - 2025		2025	Dimence & Mindifit	Huisartsen (FCDO)	Vriendendiensten	Gem. Deventer	Gem. Ols- & Wijhe	Gem. Raalte	Gem. Voorst	ZN
Modulaire ggz - T.a.v. transformatiemiddelen: Dimence kassier voor Zwv-gerelateerde gelden										
Omzetstijging (Zvw)		-								
Omzetdaling (Zvw)		(274,3)	(274,3)							
Te ontvangen vergoeding aan transformatiemiddelen		420,7	420,7							
Te betalen transformatiemiddelen		(420,7)								(420,7)
Effect Modulaire ggz		146,3	-	-	-	-	-	-	-	(420,7)
Verkennend gesprek - T.a.v. transformatiemiddelen: Dimence kassier voor Zwv-gerelateerde gelden; Deventer kassier voor sociaal domein gerelateerde gelden										
Omzetstijging (Zvw)		80,7	80,7							
Omzetdaling (Zvw)		(113,6)	(103,4)	(10,2)						
Omzetstijging (Sociaal domein)		65,7								
Omzetdaling (Sociaal domein)		PM								
Te ontvangen vergoeding aan transformatiemiddelen		147,3	53,4			64,7	6,6	13,6	9,0	
Te betalen transformatiemiddelen		(131,3)								(131,3)
Effect Verkennend gesprek		30,6	(10,2)	-		64,7	6,6	13,6	9,0	(131,3)
Zelfregie en herstel - T.a.v. transformatiemiddelen: Dimence kassier voor Zwv-gerelateerde gelden; Deventer kassier voor sociaal domein gerelateerde gelden										
Omzetstijging (Zvw)		-								
Omzetdaling (Zvw)		(94,8)	(94,8)							
Omzetstijging (Sociaal domein)		269,2			269,2					
Omzetdaling (Sociaal domein)		PM								
Te ontvangen vergoeding aan transformatiemiddelen		269,2				269,2				
Te betalen transformatiemiddelen		(269,2)								(269,2)
Effect Zelfregie en herstel		(94,8)	-	269,2	269,2	-	-	-	-	(269,2)
Totaal effect voor organisatie (excl. projectkosten / MGN)		82,2	(10,2)	269,2	333,9	6,6	13,6	9,0	(821,2)	
Projectkosten en MGN - Stichting Dimence als kassier										
Projectkosten			839,1							(839,1)
Mentaal Gezondheidsnetwerk			140,0							(140,0)
Totaal projectkosten en MGN		979,1	-	-	-	-	-	-	-	(979,1)

Uitsplitsing per organisatie - 2026								
2026	Dimence & Minifit	Huisartsen (HCO)	Vriendendiensten	Gem. Deventer	Gem. Olst-Wijhe	Gem. Raalte	Gem. Voorst	ZN
Modulaire ggz - T.a.v. transformatiemiddelen: Dimence kassier voor Zvw-gerelateerde gelden								
Omzetstijging (Zvw)	-							
Omzetsdaling (Zvw)	(573,3)	(573,3)						
Te ontvangen vergoeding aan transformatiemiddelen	439,5	439,5						
Te betalen transformatiemiddelen	(439,5)							(439,5)
Effect Modulaire ggz	(133,7)	-	-	-	-	-	-	(439,5)
Verkennd gesprek - T.a.v. transformatiemiddelen: Dimence kassier voor Zvw-gerelateerde gelden; Deventer kassier voor sociaal domein gerelateerde gelden								
Omzetstijging (Zvw)	252,9	252,9						
Omzetsdaling (Zvw)	(356,2)	(324,2)	(32,0)					
Omzetstijging (Sociaal domein)	206,0							
Omzetsdaling (Sociaal domein)	PM							
Te ontvangen vergoeding aan transformatiemiddelen	240,3	18,3		130,2	20,8	42,8	28,1	
Te betalen transformatiemiddelen	(240,3)							(240,3)
Effect Verkennd gesprek	(52,9)	(32,0)	-	130,2	20,8	42,8	28,1	(240,3)
Zelfregie en herstel - T.a.v. transformatiemiddelen: Dimence kassier voor Zvw-gerelateerde gelden; Deventer kassier voor sociaal domein gerelateerde gelden								
Omzetstijging (Zvw)	-							
Omzetsdaling (Zvw)	(168,7)	(168,7)						
Omzetstijging (Sociaal domein)	281,3		281,3					
Omzetsdaling (Sociaal domein)	PM							
Te ontvangen vergoeding aan transformatiemiddelen	281,3			281,3				
Te betalen transformatiemiddelen	(281,3)							(281,3)
Effect Zelfregie en herstel	(168,7)	-	281,3	281,3	-	-	-	(281,3)
Totaal effect voor organisatie (excl. projectkosten / MGN)	(355,4)	(32,0)	281,3	411,5	20,8	42,8	28,1	(961,1)
Projectkosten en MGN								
<i>Stichting Dimence als kassier</i>								
Projectkosten		475,8						(475,8)
Mentaal Gezondheidsnetwerk		-						-
Totaal projectkosten en MGN		-	-	-	-	-	-	(475,8)

Uitsplitsing per organisatie - 2027								
2027	Dimence & Minifit	Huisartsen (HCO)	Vriendendiensten	Gem. Deventer	Gem. Olst-Wijhe	Gem. Raalte	Gem. Voorst	ZN
Modulaire ggz - T.a.v. transformatiemiddelen: Dimence kassier voor Zvw-gerelateerde gelden								
Omzetstijging (Zvw)	-							
Omzetsdaling (Zvw)	(1198,1)	(1198,1)						
Te ontvangen vergoeding aan transformatiemiddelen	459,3	459,3						
Te betalen transformatiemiddelen	(459,3)							(459,3)
Effect Modulaire ggz	(738,8)	-	-	-	-	-	-	(459,3)
Verkennd gesprek - T.a.v. transformatiemiddelen: Dimence kassier voor Zvw-gerelateerde gelden; Deventer kassier voor sociaal domein gerelateerde gelden								
Omzetstijging (Zvw)	502,1	502,1						
Omzetsdaling (Zvw)	(707,1)	(643,6)	(63,5)					
Omzetstijging (Sociaal domein)	408,9							
Omzetsdaling (Sociaal domein)	PM							
Te ontvangen vergoeding aan transformatiemiddelen	451,3	22,7		246,4	41,3	84,9	55,9	
Te betalen transformatiemiddelen	(451,3)							(451,3)
Effect Verkennd gesprek	(118,7)	(63,5)	-	246,4	41,3	84,9	55,9	(451,3)
Zelfregie en herstel - T.a.v. transformatiemiddelen: Dimence kassier voor Zvw-gerelateerde gelden; Deventer kassier voor sociaal domein gerelateerde gelden								
Omzetstijging (Zvw)	-							
Omzetsdaling (Zvw)	(248,4)	(248,4)						
Omzetstijging (Sociaal domein)	293,9		293,9					
Omzetsdaling (Sociaal domein)	PM							
Te ontvangen vergoeding aan transformatiemiddelen	293,9			293,9				
Te betalen transformatiemiddelen	(293,9)							(293,9)
Effect Zelfregie en herstel	(248,4)	-	293,9	293,9	-	-	-	(293,9)
Totaal effect voor organisatie (excl. projectkosten / MGN)	(1.105,9)	(63,5)	293,9	540,4	41,3	84,9	55,9	(1.204,5)
Projectkosten en MGN								
<i>Stichting Dimence als kassier</i>								
Projectkosten		336,7						(336,7)
Mentaal Gezondheidsnetwerk		-						-
Totaal projectkosten en MGN		-	-	-	-	-	-	(336,7)

Uitsplitsing per organisatie - 2028									
	2028	Dimence & Mindfit	Huisartsen (HCDO)	Vriendendiensten	Gem. Deventer	Gem. Olst-Wijhe	Gem. Raalte	Gem. Voorst	ZN
Modulaire ggz									
Omzetstijging (Zvw)	-								
Omzetdaling (Zvw)	(1251,9)	(1251,9)							
Te ontvangen vergoeding voor transformatiemiddelen	-	-							
Effect Modulaire ggz	(1251,9)	-	-	-	-	-	-	-	-
Verkennd gesprek									
Omzetstijging (Zvw)	681,2	681,2							
Omzetdaling (Zvw)	(959,3)	(873,1)	(86,2)						
Omzetstijging (Sociaal domein)	554,7				n.t.b.	n.t.b.	n.t.b.	n.t.b.	
Omzetdaling (Sociaal domein)	PM								
Te betalen vanuit eigen gemeentelijke gelden	(554,7)	-			(307,7)	(56,1)	(115,2)	(75,8)	
Effect Verkennd gesprek	(191,9)	(86,2)	-	(307,7)	(56,1)	(115,2)	(75,8)	-	-
Zelfregie en herstel									
Omzetstijging (Zvw)	-								
Omzetdaling (Zvw)	(259,6)	(259,6)							
Omzetstijging (Sociaal domein)	307,1			307,1					
Omzetdaling (Sociaal domein)	PM								
Omzetstijging te betalen uit gemeentelijke gelden	(307,1)				(170,3)	(31,0)	(63,8)	(42,0)	
Effect Zelfregie en herstel	(259,6)	-	307,1	(170,3)	(31,0)	(63,8)	(42,0)	-	-
Totaal effect voor organisatie (excl. projectkosten / MGN)	(1.703,3)	(86,2)	307,1	(478,0)	(87,1)	(179,0)	(117,7)	-	-
Uitsplitsing per organisatie - 2029									
	2029	Dimence & Mindfit	Huisartsen (HCDO)	Vriendendiensten	Gem. Deventer	Gem. Olst-Wijhe	Gem. Raalte	Gem. Voorst	ZN
Modulaire ggz									
Omzetstijging (Zvw)	-								
Omzetdaling (Zvw)	(1308,1)	(1308,1)							
Te ontvangen vergoeding voor transformatiemiddelen	-	-							
Effect Modulaire ggz	(1308,1)	-	-	-	-	-	-	-	-
Verkennd gesprek									
Omzetstijging (Zvw)	778,0	778,0							
Omzetdaling (Zvw)	(1095,7)	(997,2)	(98,4)						
Omzetstijging (Sociaal domein)	633,6				n.t.b.	n.t.b.	n.t.b.	n.t.b.	
Omzetdaling (Sociaal domein)	PM								
Te betalen vanuit eigen gemeentelijke gelden	(633,6)	-			(351,4)	(64,1)	(131,6)	(86,6)	
Effect Verkennd gesprek	(219,2)	(98,4)	-	(351,4)	(64,1)	(131,6)	(86,6)	-	-
Zelfregie en herstel									
Omzetstijging (Zvw)	-								
Omzetdaling (Zvw)	(271,2)	(271,2)							
Omzetstijging (Sociaal domein)	320,9			320,9					
Omzetdaling (Sociaal domein)	PM								
Omzetstijging te betalen uit gemeentelijke gelden	(320,9)				(178,0)	(32,4)	(66,6)	(43,8)	
Effect Zelfregie en herstel	(271,2)	-	320,9	(178,0)	(32,4)	(66,6)	(43,8)	-	-
Totaal effect voor organisatie (excl. projectkosten / MGN)	(1.798,5)	(98,4)	320,9	(529,4)	(96,5)	(198,2)	(130,4)	-	-
Uitsplitsing per organisatie - 2030									
	2030	Dimence & Mindfit	Huisartsen (HCDO)	Vriendendiensten	Gem. Deventer	Gem. Olst-Wijhe	Gem. Raalte	Gem. Voorst	ZN
Modulaire ggz									
Omzetstijging (Zvw)	-								
Omzetdaling (Zvw)	(1366,8)	(1366,8)							
Te ontvangen vergoeding voor transformatiemiddelen	-	-							
Effect Modulaire ggz	(1366,8)	-	-	-	-	-	-	-	-
Verkennd gesprek									
Omzetstijging (Zvw)	813,0	813,0							
Omzetdaling (Zvw)	(1144,9)	(1042,0)	(102,9)						
Omzetstijging (Sociaal domein)	662,0				n.t.b.	n.t.b.	n.t.b.	n.t.b.	
Omzetdaling (Sociaal domein)	PM								
Te betalen vanuit eigen gemeentelijke gelden	(662,0)	-			(367,2)	(66,9)	(137,5)	(90,4)	
Effect Verkennd gesprek	(229,0)	(102,9)	-	(367,2)	(66,9)	(137,5)	(90,4)	-	-
Zelfregie en herstel									
Omzetstijging (Zvw)	-								
Omzetdaling (Zvw)	(283,4)	(283,4)							
Omzetstijging (Sociaal domein)	335,3			335,3					
Omzetdaling (Sociaal domein)	PM								
Omzetstijging te betalen uit gemeentelijke gelden	(335,3)				(186,0)	(33,9)	(69,6)	(45,8)	
Effect Zelfregie en herstel	(283,4)	-	335,3	(186,0)	(33,9)	(69,6)	(45,8)	-	-
Totaal effect voor organisatie (excl. projectkosten / MGN)	(1.879,3)	(102,9)	335,3	(553,2)	(100,8)	(207,1)	(136,3)	-	-

4.3 Onderlinge samenhang tussen de verschillende GEM-onderdelen

In dit hoofdstuk zijn de verschillende onderdelen van de GEM-transformatie stuk voor stuk nader uitgewerkt en gekwantificeerd. Deze losse onderdelen tezamen vormen één ecosysteem. Anders gezegd: (de transformatie van) het ene GEM-onderdeel kan niet gerealiseerd worden zonder de andere GEM-onderdelen.

Dit geldt ook voor het Mentaal Gezondheidsnetwerk. De inrichting daarvan is een parallel traject, maar kent nauwe verbondenheid (zie paragraaf 3.5).

De volgende uitgangspunten verdienen hierbij extra nadruk:

- De verdubbeling van het Herstelnetwerk is als eerste nodig om de andere onderdelen tot een succes te maken
- Het verkennend gesprek wordt alleen een succes als de gespreksvoerders goed kunnen adviseren c.q. doorzetten naar passende vormen van ondersteuning, begeleiding en/of zorg. Dit betekent dat zij het aanbod in het sociaal domein in de ggz moeten kennen en dat er voldoende capaciteit beschikbaar is om hierin te voorzien. Dit vraagt om een 'pool' van medewerkers die voldoende kennis en ervaring hebben met het voeren van verkennende gesprekken (en zo dus goed zicht hebben op de volledige sociale kaart van de regio)
- Voor een goed samenspel tussen sociaal domein, huisartsenzorg en ggz moet voldoende capaciteit binnen de ggz vrijgesteld worden om consultatie te kunnen bieden aan de gespreksvoerders van het verkennend gesprek (en de daaraan verbonden huisartsen).

4.4 Samenhang transformatieplan GEM Midden-IJssel met andere afspraken

Dit transformatieplan hangt nadrukkelijk samen met vier regionale/ landelijke afspraken:

- Integraal Zorgakkoord: De in dit plan beschreven GEM-transformatie (destijds nog beperkt tot alleen de stad Deventer) wordt genoemd in de hoofdtekst van het Integraal Zorgakkoord. De transformatiemiddelen en daarmee ook dit transformatieplan zijn een voortvloeisel uit het Integraal Zorgakkoord.
- Regiobeeld en regioplan Midden-IJssel: Alle transformatieplannen dienen aan te sluiten op de ontwikkelingen uit het regiobeeld. De GEM-transformatie is al eerder gestart dan dat het regiobeeld gepubliceerd is. Zoals in paragraaf 1.1 beschreven sluiten transformatieplan en regiobeeld alsnog naadloos op elkaar aan.
- Landelijke handreiking bij de aanvraag transformatieplannen voor de functie van het verkennende gesprek binnen de mentale gezondheidsnetwerken: In dit transformatieplan zijn de uitgangspunten van landelijke handreiking ten aanzien van verkennende gesprekken verwerkt. De scope van dit transformatieplan is breder dan het verkennende gesprek, maar alle in de handreiking beschreven elementen komen in dit plan terug. Zie ook
- Landelijke handreiking m.b.t. het realiseren van een landelijk dekkend netwerken van laagdrempelige steunpunten (waaronder zelfregie- en herstelorganisaties): Deze handreiking verscheen in het vierde kwartaal van 2023, als concrete invulling van een IZA-afspraken over samenwerking huisartsen, ggz en sociaal domein. De uitgangspunten van deze handreiking worden verwerkt in de concrete invulling van GEM-onderdelen Zelfregie en Herstel.

5. Realisatieplan GEM-transformatie, inclusief monitoring en fasering

Monitoren en actief bijsturen zijn cruciale onderdelen voor het slagen van de GEM-transformatie. In dit hoofdstuk werken we de realisatie van GEM nader uit. We beschrijven de verschillende soorten KPI's, wanneer het plan wordt herijkt en wie welke rol heeft binnen de projectorganisatie. Alle KPI's koppelen we aan mijlpalen, met uit te keren transformatiegelden.

In dit hoofdstuk wordt eveneens nader ingegaan op mogelijke risico's en bijbehorende mitigerende maatregelen en op het vereiste commitment van alle partijen.

De crux van deze transformatie zit, net als bij iedere andere grote verandering, in de realisatie ervan. Dit hoofdstuk gaat over haalbaarheid. GEM wordt gefaseerd gerealiseerd in Midden-IJssel. In dit hoofdstuk staan de verschillende mijlpalen beschreven, inclusief duidelijke evaluatiemomenten. Het monitoren van de afspraken gebeurt continu. Daarnaast is er in dit hoofdstuk aandacht voor de vereiste (project)organisatie, capaciteit en besluitvorming.

Het succes van deze impactvolle zorgtransformatie meten we op verschillende manieren en niveaus. Deze indicatoren worden iedere drie maanden besproken in een stuurgroepoverleg, waarbij alle bestuurders van de deelnemende partijen aanwezig zijn. Op basis van ieder stuurgroepoverleg is aanpassing van het transformatieplan mogelijk. Het transformatieplan wordt in ieder geval ieder jaar opnieuw bekrachtigd.

Naast monitoren en bijsturen op regionaal niveau, houden we ook rekening met landelijke ontwikkelingen op het gebied van (kaders ten aanzien van) inhoud, financiering en regelgeving.

5.1 Monitoring: aan de hand van KPI's en overall projectmonitoring

Omdat GEM uitgaat van een ecosysteem, is het succes ervan niet zozeer af te meten aan veranderingen bij individuele personen, maar juist op populatieniveau. Alle betrokken partijen willen wel weten of de uitrol van de verschillende interventies goed verloopt. En welke (zorginhoudelijke en financiële) effecten de GEM-transformatie bewerkstelligt.

KPI's

Daarom monitoren we het succes van GEM nauwlettend aan de hand van 'kritische prestatie indicatoren (KPI's). KPI's zijn niet alleen van belang voor het volgen van de voortgang. Ook de uitbetaling van de transformatiegelden is gekoppeld aan het behalen van de KPI's. De KPI's voor dit transformatieplan zijn opgenomen in een apart Excelandocument, conform het landelijk overeengekomen format.

Overall projectmonitoring GEM-transformatie

Om als BO Mentaal Welbevinden actief bij te kunnen sturen (zie paragraaf 5.3.2), moeten zij beschikken over goede stuurinformatie. Actief bijsturen betekent ook (met een specifiek onderdeel) stoppen bij onvoldoende voortgang⁴⁵.

Hieronder hebben wij een groslijst opgesteld van alle indicatoren die we ieder kwartaal c.q. ieder jaar willen verzamelen (indicatieve lijst; nog nader te bepalen).

⁴⁵ Een conclusie kan uiteraard ook zijn om niets aan te passen.

Per kwartaal te verzamelen:

- Aantal wachtenden in de regio Midden-IJssel voor de ggz (op basis van driemaandsgemiddelde)
- Uitkomsten van het verkennend gesprek (naar welke soort zorg of ondersteuning verwezen, welke zorg of ondersteuning is beëindigd)
- Aantal georganiseerde groepen (sociaal domein en ggz separaat, en eventuele gecombineerde groepen)
- Aantal deelnemende huisartspraktijken bij verkennende gesprekken, uitgesplitst naar gemeente
- Aantal verkennende gesprekken in de gehele regio; uit te splitsen naar deelnemende huisartspraktijken, en naar gemeente
- Indicatoren zoals vastgesteld in de landelijke monitor verkennend gesprek en mentaal gezondheidsnetwerken
 - *Zie hiervoor de landelijk vastgestelde Leidraad contractering Mentale Gezondheidsnetwerken⁴⁶*
- Aantal door de ggz geregistreerde consultatieafspraken met sociaal domein en huisarts (indien mogelijk uitgesplitst naar gemeente) – in lijn met consultatiefunctie ggz voor het sociaal domein
- Aantal keer dat een 'contactpersoon' is gezocht voor het verkennend gesprek (inclusief uitsplitsing naar succesvol/ niet-succesvol) ;
- Voortgang gesprekken over structurele financiering transformatie tussen gemeenten en grootste zorgverzekeraars (te meten vanaf juli 2026)
- Inzet Wmo-maatwerk per gemeente t.b.v. inzicht in de structurele effecten van het verkennend gesprek en zelfregie & herstel op de inzet sociaal domein (waar mogelijk gespecificeerd naar doelgroepen c.q. groepsdoelen)

Jaarlijks te verzamelen (voorlopige inventarisatie; eventueel bij te stellen in BO Mentaal Welbevinden):

- Aantal deelnemers aan bijeenkomst gespreksvoerders verkennend gesprek
- Aantal getrainde zorgprofessionals t.b.v. groepsgericht werken
- Aantal getrainde (zorg)professionals t.b.v. verkennend gesprek
- Cliënttevredenheid via focusgroepen. Vragen die centraal staan in de focusgroepen zijn: voelt men zich gehoord en gezien? Is deze zorg zinnig? Is dit beter dan hoe het hiervoor was ingericht? Wat is de toegevoegde waarde van nieuw aanbod? Wat zijn belemmerende factoren⁴⁷?
- Werkplezier zorgprofessionals via focusgroepen (is deze zorg zinnig? Is dit beter dan hoe het hiervoor was ingericht? Wat zijn belemmerende factoren?)
- Effect op de huisartspraktijk in kwalitatieve zin, via een korte vragenlijst huisartsen over de inzet en resultaten van het verkennend gesprek (in algemene zin (wat werkt wel, wat werkt niet) en het uitlichten van sprekende casuïstiek)
- Effect van het verkennend gesprek, via kwalitatief onderzoek naar uitkomsten verkennend gesprek, op basis van de terugkoppeling van het verkennend gesprek aan de huisarts van de deelnemer (steekproef van 20 geanonimiseerde terugkoppelingsverslagen)
- Cliënttevredenheid o.b.v. zowel gestandaardiseerde vragenlijsten (de Session Rating Scale (SRS) en Outcome Rating Scale (ORS) vragenlijst of CQ-index)

⁴⁶ Zie: https://www.mentalegezondheidsnetwerken.nl/app/uploads/2024/07/20240718-MGN_LEIDRAAD.pdf

⁴⁷ Eventueel in overleg met Phrenos nog aan te vullen c.q. aan te scherpen.

- Werkplezier zorgprofessionals o.b.v. zowel gestandaardiseerde vragenlijsten (de Session Rating Scale (SRS) en Outcome Rating Scale (ORS) vragenlijst)
- Aantal Wmo-indicaties (uitgesplitst naar dagbesteding en begeleiding) per 1.000 inwoners, per gemeente
- PC4 gegevens over ggz-gebruik, Wmo (ondersteuning en begeleiding). Uitgesplitst naar man/vrouw, leeftijdscohorten

5.2 Fasering meet- en evaluatiemomenten transformatieplan

Alle onderdelen van de GEM-transformatie zijn in hoofdstuk 4 geconcretiseerd. De realisatie verdeeld over de komende drie jaar. Onderstaand overzicht toont wanneer het plan formeel start, eindigt en tussentijds formeel wordt geëvalueerd; in aanvulling op de KPI's (zie paragraaf 5.1).

2025	
Mijlpalen	Datum
Indienen transformatieplan versie 1.2	5-3-2025
Akkoord transformatieplan (uiterlijk)	19-4-2025
Formele start uitvoer GEM-transformatieplan (feestelijke borrel)	1-5-2025
BO Mentaal Welbevinden (ieder kwartaal)	1-7-2025
BO Mentaal Welbevinden & toets transformatieplan (<i>conclusies verbinden aan tussentijdse resultaten monitoring</i>)	31-12-2025

2026	
Mijlpalen	Datum
BO Mentaal Welbevinden (ieder kwartaal)	1-4-2026
BO Mentaal Welbevinden & toets transformatieplan (<i>conclusies verbinden aan tussentijdse resultaten monitoring</i>)	1-7-2026
BO Mentaal Welbevinden & toets transformatieplan (<i>conclusies verbinden aan tussentijdse resultaten monitoring</i>)	31-12-2026

2027	
Mijlpalen	Datum
BO Mentaal Welbevinden (ieder kwartaal)	1-4-2027
Eindrapportage onderzoek effecten GEM-transformatie o.b.v. procesindicatoren	1-7-2027
BO Mentaal Welbevinden & bespreken rapportage	1-9-2027
Verantwoording transformatieplan afgerond	1-10-2027
Afsluitende bijeenkomst, inclusief presentatie van behaalde resultaten transformatieplan	1-11-2027

5.3 Actief bijsturen

Dit transformatieplan beschrijft een transformatie die meerdere organisaties, meerdere financieringsvormen en meerdere vormen van zorg en ondersteuning raakt. Onderdelen en organisaties die in elkaar grijpen en elkaar beïnvloeden. Actief bijsturen op de realisatie is derhalve een integraal onderdeel van dit transformatieplan.

Actief bijsturen betekent stoppen wanneer de beoogde effecten niet zichtbaar zijn

Actief bijsturen betekent op basis van KPI's (zie paragraaf 5.1) bepalen of de GEM-onderdelen op koers liggen. Als de resultaten achterblijven, wordt dit besproken in een stuurgroepvergadering. Daarin worden concrete acties besproken om de resultaten alsnog te behalen. Dit proces start direct bij aanvang van het transformatieplan. De eerste evaluatie vindt medio 2025 plaats, op basis van de bevindingen na een half jaar transformeren.

Deze acties worden nauwlettend gevolgd en besproken in de volgende stuurgroepvergaderingen. Als na een jaar de beoogde effecten alsnog niet worden behaald, kan besloten worden te stoppen met het GEM-onderdeel. Het BO Mentaal Welbevinden (zie paragraaf 5.3.1) heeft hierin de beslissende stem. Het BO Mentaal Welbevinden besluit ook over eventuele herallocatie van middelen binnen de toegekende transformatiemiddelen, op basis van meevallende c.q. tegenvallende (financiële) resultaten.

Vertegenwoordiging van huisartsen: veelal door HCDO, deels door andere RHO's

Regionale huisartsenorganisatie HCDO is nauw betrokken bij GEM. Zij vertegenwoordigen het leeuwendeel van de huisartsen die te maken krijgen met deze transformatie. De uitrol van het MGN en GEM in Midden-IJssel raakt echter ook huisartsen(praktijken) die bij andere regionale huisartsenorganisaties (RHO's) zijn aangesloten. Bij verdere uitrol van de verkennende gesprekken, is het van belang ook deze RHO's goed mee te nemen. De projectorganisatie van GEM Midden-IJssel zal hierin samen optrekken met HCDO, om andere huisartsenpraktijken- en organisaties te informeren over verkennende gesprekken, het MGN en GEM in bredere zin.

5.3.1 Governancestructuur transformatieplan Midden-IJssel

In de regio Midden IJssel wordt het regioplan IZA uitgevoerd door Salland United, een breed samenwerkingsverband van zorginstellingen in de regio. Met ingang van 2025 zal de regioplan pijler Mentaal Welbevinden worden uitgevoerd door middel van dit transformatieplan. Hierbij geven de bestaande Stuurgroep (vanaf 2025: Stuurgroep) en het bestuurlijk overleg vorm aan de ontwikkeling van GEM in de regio.

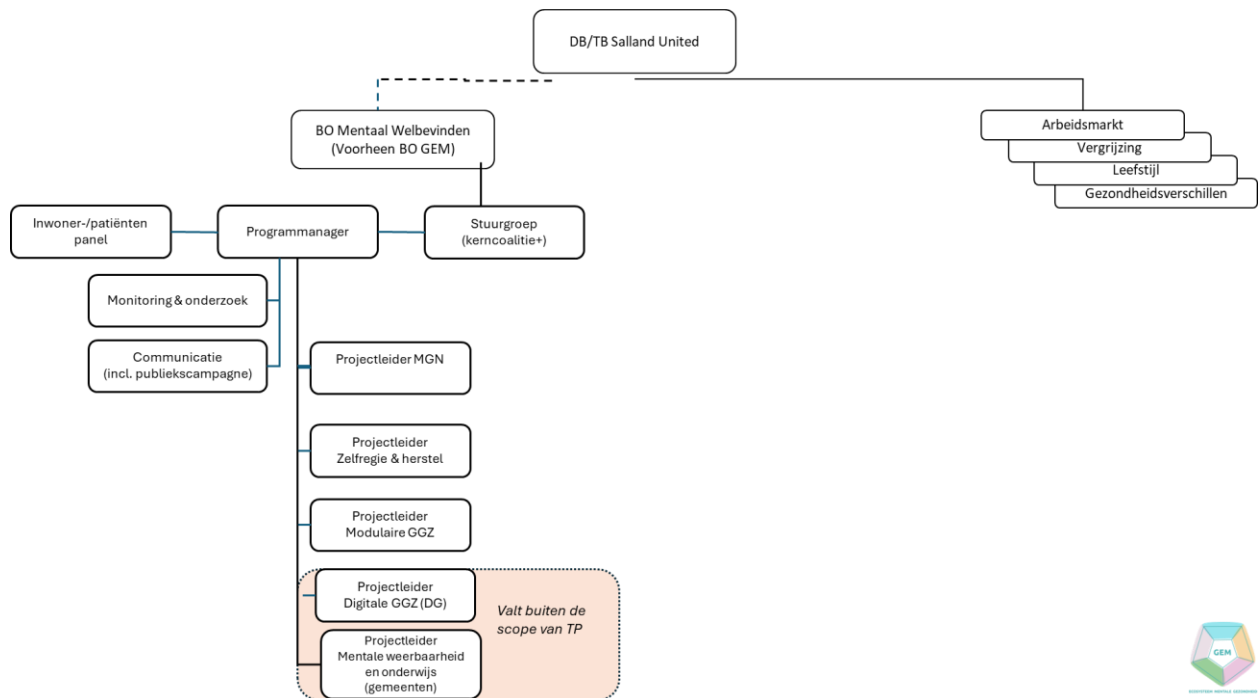
In Figuur 14 staat de governancestructuur van het transformatieplan c.q. de pijler Mentaal Welbevinden uitgewerkt. Alle taken vallen onder het DB/TB van Salland United⁴⁸.

In het Bestuurlijk Overleg Mentaal Welbevinden zitten: Salland Zorgverzekeraar, Vriendendiensten Deventer, de gemeente Deventer, de gemeente Voorst (mede namens de gemeenten Olst-Wijhe en Raalte), HCDO en Dimence Groep⁴⁹.

⁴⁸ In Salland United werken vier gemeenten, meer dan 40 zorg- en welzijnsorganisaties, de zorgverzekeraar en het zorgkantoor samen aan hoogwaardige, laagdrempelige en betaalbare zorg. Zie: <https://www.sallandunited.nl/>

⁴⁹ In Figuur 14 staan twee projecten die buiten scope van dit transformatieplan vallen. Deze projecten zijn opgenomen in het regioplan en worden op een ander, later moment opgepakt. De Stuurgroep van die projecten bestaat uit dezelfde leden als de Stuurgroep voor dit transformatieplan.

Onder dit BO valt een Stuurgroep. Dit is de voortzetting van de huidige ‘kerncoalitie GEM Midden-IJssel’. Naar verloop van de transformatie en verdere invulling van de pijler Mentaal Welbevinden, zal deze Stuurgroep worden uitgebreid met andere aanbieders uit ggz en sociaal domein; om zo eveneens invulling te geven aan het mentaal gezondheidsnetwerk (MGN) in de regio.



Figuur 14 Governancestructuur Transformatieplan/ pijler Mentaal Welbevinden

De belangrijkste taak van de Stuurgroep is het borgen van de executiekracht; zowel binnen hun eigen organisaties als in de samenwerking tussen de organisaties. De Stuurgroepleden zijn de vaandel dragers van de transformatie namens hun organisatie⁵⁰.

De Stuurgroepleden zijn bovendien ook het eerste aanspreekpunt van het BO Mentaal Welbevinden. Het BO Mentaal Welbevinden komt minimaal eens per kwartaal bijeen om de voortgang van het transformatieplan formeel vast te stellen, en waar nodig bij te sturen. Het BO Mentaal Welbevinden is tevens de directe link met Salland United⁵¹.

Het BO Mentaal Welbevinden informeert Salland United actief over de voortgang van de doelen uit het IZA regioplan en komt met een voorstel indien deze doelen niet gehaald worden. De bestuurder van Dimence Groep vormt in deze de verbinding tussen beide gremia.

Aansturing en inrichting van de projectorganisatie

De projectorganisatie van GEM Midden-IJssel wordt aangestuurd door de Stuurgroep. Onder de projectorganisatie vallen de Programmamanager en Projectondersteuning (gefinancierd vanuit IZA transformatiemiddelen). De projectondersteuning valt uiteen in monitoring en onderzoek, communicatie en ondersteuning van de inhoudelijk projectleiders van de verschillende onderdelen⁵².

⁵⁰ Zie voor een nadere toelichting op de taken en verantwoordelijkheden van de Stuurgroep paragraaf 5.4

⁵¹ Zie voor een nadere toelichting op de rol van het BO Mentaal Welbevinden paragraaf 5.3.2

⁵² Zie voor een nadere toelichting op de projectorganisatie paragraaf 5.4

Parallel traject: governance inrichting MGN

De inrichting van het MGN vraagt een bredere vertegenwoordiging van de partijen die samenkomen in de Stuurgroep. De leden van de Stuurgroep sturen ook de projectleider MGN aan. Die neemt het voortouw bij het inrichten van de governance van het MGN. Naast de eerder genoemde partijen sluiten hier gemandateerde partijen aan namens de ggz, verslavingszorg en het sociaal domein. De afvaardiging daarvan gebeurt in samenspraak met de partijen die nu verenigd zijn in het Platform GGZ in Midden-IJssel.

5.3.2 Rol BO Mentaal Welbevinden bij actief bijsturen

In ieder overleg van het BO Mentaal Welbevinden Midden-IJssel wordt de voortgang besproken en wordt expliciet vastgesteld of extra c.q. andere investeringen vereist zijn om de transformatie tot een succes te maken. In de BO's worden ook exogene (= niet zelf te beïnvloeden) factoren besproken die invloed hebben op de realisatie van het transformatieplan. Tot slot wordt in ieder BO expliciet stilgestaan bij mogelijke uitbreiding van het BO, de Stuurgroep en/of projectleiderschap met andere (zorg)organisaties.

Ieder half jaar de voortgang formeel vaststellen en expliciet commitment op uitvoer bespreken

Ieder half jaar wordt de voortgang van de verschillende onderdelen formeel vastgesteld. Minimaal één keer per jaar (en vaker indien nodig) wordt het transformatieplan op inhoud en op kwantificering herijkt. De werkwijze en beoogde resultaten van ieder onderdeel worden getoetst: past de inhoud en de berekening nog bij de verwachtingen voor de komende jaren? Dit kan leiden tot aanpassingen, toevoegingen of, bij onvoldoende resultaat, beëindiging van bepaalde (sub)onderdelen.

Ook kunnen KPI's, worden bijgesteld. Immers, als de transformatie zich volgens alle BO-leden in de goede richting ontwikkelt, maar een bepaalde KPI om moverende redenen toch niet meer passend is, moet deze aangepast kunnen worden. Het gaat immers om de daadwerkelijke realisatie; niet om het vasthouden aan vooraf bedachte indicatoren.

Iedere herijking is daarmee tegelijkertijd een formeel 'go/ no go' moment voor elk van de GEM-onderdelen en de wijze van (resultaat)meten.

Ook indien er geen wijzigingen doorgevoerd worden, wordt dit expliciet besloten in het BO. In de fasering en bij de mijlpalen van deze transformatie (zie paragraaf 5.2) wordt direct zoveel als mogelijk rekening gehouden met deze jaarlijkse herijking.

Bij het monitoren van de voortgang wordt ook gekeken naar mogelijke afstemming c.q. gelijkgericht optreden naar niet-deelnemende partijen. Denk hierbij onder andere aan andere ggz-aanbieders, om de transformatie t.a.v. modulaire ggz (groepsgericht behandelen) te realiseren als gehele regio. Eén mogelijke uitkomst kan zijn om niet-deelnemende partijen te vragen alsnog te participeren (op deelonderwerpen), of hen actief te informeren. Ieder kwartaal expliciet stilstaan bij de vereiste gelijkgerichtheid binnen de regio als geheel vergroot de kans van slagen van de transformatie aanzienlijk.

Regionale inbedding: periodiek informeren en stilstaan bij mogelijke uitbreiding (toetreding en uittreding)

Bij iedere tussenevaluatie van de vereiste gelijkgerichtheid t.b.v. het transformatieplan wordt ook expliciet stilgestaan bij het laten aansluiten van nieuwe partijen (bijvoorbeeld andere ggz-aanbieders) bij GEM Midden-IJssel en/of het MGN Midden-IJssel. Hierbij wordt telkens ook Salland United geïnformeerd.

5.3.3 Rol Programmamanager bij actief bijsturen

Tegelijkertijd staan de ontwikkelingen in de maatschappij, in het sociaal domein, in de ggz en binnen GEM ook niet stil. Bij het verkennend gesprek heeft bijvoorbeeld de samen met Akwa GGZ, NHG en VNG te ontwikkelen kwaliteitsstandaard invloed op de realisatie. Dergelijke relevante ontwikkelingen worden gemonitord door de programmamanager. Relevante punten worden ingebracht in de Stuurgroep. Bij iedere herijking worden impactvolle ontwikkelingen meegenomen bij het actief bijsturen op het transformatieplan.

De overall monitoring van zorg en ondersteuning op populatieniveau wordt eveneens gebruikt als ‘bewijslast’ voor de gezamenlijke lobby richting VWS voor het beschikbaar stellen van voldoende structurele middelen voor de realisatie van de GEM-transformatie; zie paragraaf 3.3.

5.4 (Taken en rolverdeling) projectorganisatie en Stuurgroep GEM

De huidige kerncoalitie blijft bestaan en komt, onder de naam ‘Stuurgroep GEM’, iedere twee weken bijeen. De Stuurgroep monitort de voortgang van de transformatie. Enerzijds door de projectgroepleden aan te sturen. Anderzijds door te escaleren naar het BO Mentaal Welbevinden, indien vereist.

Projectstructuur beperkt de vereiste inzet van externe inhuur

Met deze inrichting is de inzet van externe inhuur beperkt. De uitbreiding van de projectorganisatie geschiedt bij voorkeur middels tijdelijke aanstellingen bij één van de betrokken organisaties.

Structuur van GEM-transformatie borgt voortzetting na afloop van het transformatieplan

De projectorganisatie en de Stuurgroep GEM zijn onderdeel van een groter geheel. De transformatie wordt van onderaf vormgegeven via (voortzettingen van de) ‘VeranderAteliers’ waar onder andere (zorg)professionals in deelnemen. Ieder(e) werkgroep (volgend op een) VeranderAtelier heeft een projectleider; een manager of directeur die zorgt dat de afspraken en ideeën vanuit (de werkgroep (volgend op) het VeranderAtelier ook worden gerealiseerd. De projectleiders kunnen terugvallen op projectondersteuning vanuit de projectorganisatie. Samen zorgen zij voor de vereiste samenwerking en executiekracht.

Deze constructie staat al sinds 2021. Dit geeft vertrouwen dat de betrokken organisaties samen de transformatie kunnen voortzetten, ook na afloop van de oorspronkelijke VeranderAteliers c.q. het transformatieplan.

Kerncoalitieleden primair verantwoordelijk voor betrekken van professionals uit hun organisatie

De Stuurgroepleden van GEM Midden-IJssel⁵³ zijn verantwoordelijk voor het betrekken van hun eigen achterban. Dit betreft niet alleen bestuur en management, maar juist ook de (zorg)professionals. Bij iedere stap in de uitrol moet er expliciet aandacht zijn voor de impact op de werkvloer. Uiteraard hoeven de Stuurgroepleden dat niet zelf c.q. alleen te doen. Zij zijn wel het eerste aanspreekpunt voor andere Stuurgroepleden. De programmamanager en de projectleiders van de verschillende onderdelen van de VeranderAteliers ondersteunen de Stuurgroepleden hierbij.

Link met Raden van Toezicht / Raden van Commissarissen zorgt voor borging binnen organisaties

Het BO Mentaal Welbevinden bij dit project zorgt voor bestuurlijk commitment van alle partijen. Desondanks kan niet uitgesloten worden dat (juist) de bestuurders 'ongemakkelijke' besluiten moeten nemen; bijvoorbeeld akkoord gaan met plannen die leiden tot impactvolle omzetsdaling. Vooroverleg met de eigen Raad van Toezicht / Raad van Commissarissen, voorafgaand aan een BO Mentaal Welbevinden is derhalve wenselijk. Dit zorgt voor borging binnen de eigen organisatie én het maakt dat er direct afspraken gemaakt kunnen worden in het BO Mentaal Welbevinden.

Projectcoördinator is gedelegeerd verantwoordelijke voor de gefaseerde uitrol

Dit transformatieplan beschrijft op hoofdlijnen de uitrol van de (tot nu toe gekwantificeerde) GEM-onderdelen in de regio Midden-IJssel. Het operationaliseren van de transformatie vraagt een meer gedetailleerde uitwerking van alle facetten van GEM. De programmamanager maakt hiervoor minimaal twee keer per jaar een uitgebreid overzicht van de te realiseren onderdelen in de komende 12 maanden.

Denk hierbij bijvoorbeeld aan de uitrol van het verkennend gesprek naar huisartsen buiten Deventer. Hiervoor moeten de juiste partijen worden geselecteerd voor het voeren van de gesprekken in overleg met de gemeente. Een deel van hun medewerkers moet, als beoogde gespreksvoerder, worden getraind. Ook huisartsen, inwoners en andere betrokken (sociaal domein) partijen moeten worden geïnformeerd.

De programmamanager is bij elke uitbreidingsstap het eerste aanspreekpunt voor de betrokken professionals en managers. Dit door proactieve communicatie en overall coördinatie. De programmamanager is tevens verantwoordelijk voor (uniforme) inrichting van de monitoring.

De programmamanager werkt samen met de projectleider, wordt ondersteund door de projectondersteuner en wordt aangestuurd door de Stuurgroep.

5.5 Risico's en mitigerende maatregelen

Geen impactvolle transformatie zonder risico's. Daarom zetten we bij de realisatie van dit transformatieplan ook stevig in op monitoren en actief bijsturen. Daarnaast nemen we mitigerende maatregelen om de impact van risico's zoveel mogelijk te beperken. Deze risico's en maatregelen staan hieronder uitgewerkt. We maken hierbij onderscheid tussen risico's ten aanzien van de transformatie en inhoudelijke risico's binnen de transformatie.

⁵³ Zie 0 voor wie namens welke organisatie deelneemt aan de Stuurgroep GEM Midden-IJssel

Transformatierisico	Mitigerende maatregel(en)
<p>Het is niet mogelijk om structurele gelden te verkrijgen t.b.v. GEM-transformatie</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Alle partijen zetten vanaf de start alles op alles om structurele gelden t.b.v. realisatie van de GEM-transformatie mogelijk te maken; • Er zijn twee opties voor het verkrijgen van structurele financiering: <ul style="list-style-type: none"> ○ Vanuit de eigen begroting, door dalende Wmo-kosten ten gevolge van het preventieve effect van (o.a.) de verdubbeling van het Herstelnetwerk en de verkennende gesprekken; ○ Door structurele gelden via het Ministerie van VWS, zoals in het addendum van september 2024 toegezegd. • Dit laatste punt vraagt actief agenderen, lobby voeren en - waar nodig - escaleren en problematiseren op bestuurlijk niveau;
<p>Er is onvoldoende personeel beschikbaar om de transformatie te realiseren</p>	<ul style="list-style-type: none"> • We zoeken ambassadeurs onder medewerkers en benutten hun enthousiasme om personeel te behouden en nieuw personeel te werven • We gaan in gesprek met relevante partijen in zorg en welzijn, inclusief vrijgevestigde aanbieders, om potentiële verkennend gespreksvoerders te werven. Ook binnen het onderwijs zoeken we naar mogelijkheden (bijvoorbeeld als minor binnen opleiding ervaringsdeskundigen) • We realiseren ons dat deze transformatie leidt tot een toenemende druk op het sociaal domein. In de projectorganisatie en in het BO Mentaal Welbevinden stellen we minimaal twee keer per jaar vast of de beoogde uitbreiding haalbaar is. Door de geleidelijke uitrol over 3 jaar, inclusief halfjaarlijkse herijking zetten we alleen daar waar nodig extra mensen in
<p>Betrokken professionals zijn onvoldoende gemotiveerd om anders te gaan werken</p>	<ul style="list-style-type: none"> • De transformatie vraagt een cultuurverandering. Hiervoor worden tijd en middelen beschikbaar gesteld vanuit het project • De programmamanager en de leden van de Stuurgroep werken nauw samen om draagvlak te creëren onder de betrokken professionals • We benadrukken nadrukkelijk dat ook op de werkvloer zelfregie in transformatie van toepassing is • We informeren huidige medewerkers tijdig en grondig over de aanstaande veranderingen • De te ontwikkelen trainingen worden ontwikkeld in (samenspraak met) de bestaande VeranderAteliers en met het management en HR-afdelingen van de betrokken organisaties
<p>Binnen de betrokken organisaties bestaat onenigheid over het nut en noodzaak van de transformatie</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Het (inhoudelijke deel van het) transformatieplan gebruiken we als communicatiemiddel • We betrekken de medezeggenschapsraden en Raden van Commissarissen van de betrokken organisaties bij deze transformatie • De programmamanager stemt af met de communicatieadviseurs van de betrokken partijen om ruchtbaarheid te geven aan de transformatie én om de veranderbereidheid onder medewerkers te vergroten
<p>Organisaties buiten de transformatieplanpartijen vertonen opportunistisch gedrag, gericht op eigen belang.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Financiers (zorgverzekeraars en gemeenten) voeren een dialoog met niet-aangesloten (zorg)organisaties over het transformatieplan • Financiers (zorgverzekeraars en gemeenten) maken afspraken om oneigenlijke effecten van de transformatie tegen te gaan
<p>De kosten voor één of meer GEM-onderdelen valt hoger</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Kosten, opbrengsten en tempo van uitrol monitoren we continu, om tijdig in te kunnen grijpen

<p>uit dan beschreven in het transformatieplan</p>	<ul style="list-style-type: none"> Iedere drie maanden is er een BO Mentaal Welbevinden waarin de voortgang besproken wordt Ieder jaar, of zoveel vaker als nodig, wordt het transformatieplan bijgesteld op inhoud en kwantificering, inclusief eventuele herverdeling van middelen binnen de bestaande transformatiegelden
<p>De beoogde te vermijden (zorg)kosten voor één of meer GEM-onderdelen valt lager uit dan beschreven in het transformatieplan</p>	<ul style="list-style-type: none"> Een publiekscampagne helpt inwoners bij het doorgronden van de inhoudelijke uitgangspunten van de transformatie <i>Beoogde doel is een veranderende houding onder inwoners (inzetten op zelfregie en veerkracht in plaats van oplossen en de maakbaarheid van het bestaan). Het secundaire orde effect hiervan is een dempend effect op de (zorg)kosten.</i> Kosten, opbrengsten en tempo van uitrol monitoren we continu, om tijdig in te kunnen grijpen Iedere drie maanden is er een BO Mentaal Welbevinden waarin de voortgang besproken wordt Ieder jaar, of zoveel vaker als nodig, wordt het transformatieplan bijgesteld op inhoud en kwantificering
<p>Een te groot deel van de transformatie komt bij één van de huidige betrokken partijen te liggen</p>	<ul style="list-style-type: none"> In het BO Mentaal Welbevinden moet besproken worden welke onderdelen van de transformatie door welke partij worden uitgevoerd. Groei in omvang en verantwoordelijkheden moet te dragen zijn In het BO Mentaal Welbevinden moet telkens oog zijn voor alternatieven en andere partijen; diversificatie is van belang voor een gezond ecosysteem

Inhoudelijk risico	Mitigerende maatregel(en)
<p>Bij verkennend gesprek proberen gespreksvoerders te ‘matchen’ aan deelnemer</p>	<ul style="list-style-type: none"> In training verkennend gesprek insteken op de gevaren van selectie vooraf (vooroordelen en veroordelen) <i>Doel is juist “niet zorgen voor, maar zorgen dat”. Benadruk dat juist af en toe schuren of fouten maken nodig is. Nadruk ligt op leren dat het leven niet maakbaar is; veerkracht en zelfregie.</i>
<p>Individuele huisarts is niet overtuigd van werkwijze verkennend gesprek</p>	<ul style="list-style-type: none"> Vanuit de projectorganisatie wordt ingezet op goede informatievoorziening richting huisartsen, voorafgaand aan deelname. Hierbij is ook ruimte voor vragen van huisartsen. Er wordt expliciet aandacht besteed aan o.a. de ingroeiperiode van 3 jaar, de tussentijdse aanpassingen indien er verbeteringen vereist zijn en de beoogde voordelen van het verkennend gesprek voor de huisarts HCDO biedt toelichting op specifieke vragen van huisartsen gedurende de uitrol van het verkennend gesprek in zijn/haar praktijk Enthousiaste huisartsen worden ingezet als ambassadeur voor het Verkennend Gesprek
<p>Effect op de huisartspraktijk is lastig te voorspellen</p>	<ul style="list-style-type: none"> Naar verwachting neemt door, onder andere, het verkennend gesprek de druk op de huisarts af. Patiënten die nu druk op de huisartsenpraktijk geven, krijgen beter passende zorg en ondersteuning, onder andere in het sociaal domein De druk op de huisartspraktijk monitoren we daarom met een jaarlijkse vragenlijst (zie paragraaf Fout! Verwijzingsbron niet gevonden.).
<p>Verwijzing naar de ggz voorkomen wordt doel op zich</p>	<ul style="list-style-type: none"> In training verkennend gesprek insteken op de bedoeling van het verkennende gesprek: samen bedenken wie of wat welke bijdrage kan hebben.

	<p><i>Een module in de ggz kan hier een onderdeel van zijn. Dat is niet altijd noodzakelijk, maar moet ook niet vermeden worden. Daarom is het juist noodzakelijk dat bij het verkennende gesprek verschillende domeinen betrokken worden.</i></p>
<p>Behandelaar en cliënt vormen samen al een groep</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Direct bij de start van een behandeling is aansluiting bij een groep(-je), buiten de individuele behandelrelatie, vereist. Hiervoor moet aandacht zijn bij de training groepsgericht werken <p><i>Zo wordt voorkomen dat er bij cliënten geen behoefte meer is aan een groep, buiten het 'groepje' met de behandelaar. Die constructie maakt een cliënt afhankelijk van hulpverlening en er wordt onvoldoende ingezet op zelfregie en veerkracht.</i></p>
<p>Individuele behandeling blijft 'de gouden standaard' volgens behandelaren</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Deelname aan groepen blijven stimuleren; via 'ambassadeurs' en -indien gewenst- met andere stimuleringsmaatregelen ('nudging') • Training groepsgericht werken verplicht stellen voor betrokken behandelaren <p><i>Na deelname aan groepsbehandeling ervaren mensen juist de voordelen van groepsbehandeling. Dit verandert alleen als we onze behandeling standaard aanbieden in groepen.</i></p>
<p>Cliënten worden (onterecht) 'groepsongeschikt' geacht</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Deelname aan groepen blijven stimuleren; via 'ambassadeurs' en -indien gewenst- met andere stimuleringsmaatregelen ('nudging'). Dit geldt voor <u>alle</u> cliënten. <p><i>Een groep hoeft niet helemaal te passen, juist niet. Ook in de maatschappij is volledige aansluiting een illusie. Een groep(je) is echter noodzakelijk om basisvaardigheden te ontwikkelen of te onderhouden zoals structuur en vertrouwen.</i></p>
<p>Cliënten worden uitgesloten omdat zij 'groepsontwrichtend' worden geacht</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Deelname aan groepen blijven stimuleren; via 'ambassadeurs' en -indien gewenst- met andere stimuleringsmaatregelen ('nudging'). Dit geldt voor alle cliënten. <p><i>Bij groepsontwrichtend gedrag is juist van belang om te werken aan structuur en vertrouwen door stabiliteit aan te bieden. Iemand is dan namelijk net zo groepsontwrichtend in de maatschappij, of wanneer er sprake is van crisis, in de kliniek. Dit gaat over mensen bij wie vaak vele hulp- en zorgverleners betrokken zijn (geweest) en uitvallen. Juist dan is het van belang groepen te vormen. Deze groepen moeten gevormd worden in vreedstijd. Tijdens crisis is het te laat, ontstaat er parallelproces bij hulpverleners: ook zij raken logischerwijs in crisis wanneer zij er op dat moment alleen voor staan.</i></p>
<p>Inwoners accepteren niet dat psychische klachten (deels) bij het leven horen</p>	<ul style="list-style-type: none"> • De rol van de 'contactpersoon' in dit contact is belangrijk. Deze is aanwezig en signaleert alleen, en biedt geen directe hulp; ook niet bij crisis. • Inzetten op publiekscampagne om de houding van inwoners ten opzichte van (tijdelijke) psychische kwetsbaarheid ten positieve te veranderen.
<p>Het compleet maken van de sociale kaart leidt tot meer onduidelijkheid</p>	<ul style="list-style-type: none"> • De sociale kaart moet 'leven' door verbinding tussen professionals in de regio en door interactie tussen lokale, regionale en landelijke initiatieven <p><i>Er zijn heel veel bestaande initiatieven binnen het ecosysteem. Een volledig overzicht is een illusie. Alles vatten op -bijvoorbeeld- een website is niet zinvol (statisch, onoverzichtelijk).</i></p>

5.6 Commitment op het transformatieplan van betrokken partijen

Om van transformatieplan naar daadwerkelijke transformatie te komen is executiekracht nodig in elk van de betrokken organisaties. Executiekracht begint met commitment. Commitment op bestuurlijk niveau, maar ook op managementniveau en -zeker- op de werkvloer. Commitment op dit transformatieplan is opgehaald bij de bestuurders van de betrokken partijen.

De hele projectorganisatie van GEM is ingericht op het verkrijgen, behouden en uitbouwen van commitment. Dit komt tot uiting via de 'vaandeldragers' in de Stuurgroep, de projectleiders van de VeranderAteliers, maar ook door de ingebouwde 'beweegruiimte' in de afspraken en de jaarlijkse herijking van het transformatieplan. Immers, als de aannames niet meer 'voorstelbaar' blijken, vervliegt ook het commitment.

Commitment van gemeenten

Dit transformatieplan is besproken met de betrokken beleidsambtenaren en met de betrokken wethouders van iedere gemeente. De wethouders van de vier gemeenten hebben het transformatieplan ondertekend. De wethouders van alle vier gemeenten zijn het eerste aanspreekpunt voor de partijen van GEM Midden-IJssel. De wethouders van Deventer en Voorst (mede namens Olst-Wijhe en Raalte) zijn onderdeel van het BO Mentaal Welbevinden.

De gemeenten hebben zich ook gecommiteerd aan de inhoudelijke uitgangspunten van de GEM-transformatie. Hieruit spreekt de intentie om, bij inhoudelijk succes en bij structurele financiering, de investeringen in het gemeentelijk domein te realiseren.

Commitment van zorgverzekeraars

Dit transformatieplan vraagt helder commitment van alle zorgverzekeraars, op meerdere vlakken:

- Ten eerste is gelijkgerichtheid in afspraken vereist (zie paragraaf 1.8).
- Daarnaast moeten de inhoudelijke uitgangspunten van GEM ook geborgd worden in de contracten met alle (ggz-)aanbieders in Midden-IJssel.
- Ten derde moeten zorgverzekeraars zich committeren aan het uitkeren van de transformatiemiddelen. Dit vraagt vertrouwen in de inhoudelijke uitgangspunten van GEM Midden-IJssel.

Bovenstaande uitgangspunten krijgen vorm in de overeenkomst die gesloten wordt ten behoeve van deze transformatie. Hierin wordt ook vastgelegd wat alle betrokken partijen nodig hebben van systeempartijen, waaronder de NZa en de IGJ.

Commitment van financiers t.a.v. structurele financiering van transformatie

Bij het commitment op dit transformatieplan is ook extra aandacht vereist voor structurele financiering binnen het sociaal domein. De vier betrokken gemeenten nemen, samen met de twee grootste zorgverzekeraars in de regio Midden-IJssel, spannen zich hiervoor in; in lijn met de geopperde twee oplossingsrichtingen uit paragraaf 3.4 (inverdienen door lagere Wmo-kosten elders en/of gebruik maken van de toezegging van VWS t.a.v. structurele borging). Zie voor de intenties van de vier gemeenten Appendix 7.

Appendix 1 Verklarende woordenlijst

Begrip	Toelichting
Ecosysteem	Systeem van interacties waarbij de elementen in continue wisselwerking met elkaar zijn
GEM Midden-IJssel	Samenwerking tussen gemeenten Deventer, Olst-Wijhe, Raalte en Voorst; zorgverzekeraar Salland; zelfregie- en herstelorganisatie Vriendendiensten; ggz-instelling Dimence Groep en de huisartsencoöperatie Deventer en omstreken (HCDO)
Stuurgroep GEM Midden-IJssel	<p>Afgevaardigden vanuit de verschillende partijen verenigd in GEM Midden-IJssel: ‘vaandeldragers’ van GEM vanuit elk van de deelnemende organisaties.</p> <p>Stuurgroep hebben gedelegeerd mandaat om besluiten te nemen over de concrete invulling van GEM.</p> <p>De Stuurgroep bestaat uit de volgende organisaties:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Vriendendiensten Deventer - Dimence Groep - Gemeente Deventer - Gemeente Voorst, mede namens Olst-Wijhe en Raalte - Salland Zorgverzekeraar <p>Daarnaast sluiten programmamanager en periodiek ook externen (waaronder GEM Landelijk) aan bij de Stuurgroep. HCDO is nauw betrokken bij de Stuurgroep en sluit op uitnodiging aan.</p>
BO Mentaal Welbevinden Midden-IJssel	Alle bestuurders c.q. wethouders van de actief betrokken partijen in GEM Midden-IJssel (waarbij de gemeente Voorst mede namens Olst-Wijhe en Raalte deelneemt).
Transformatieplan	Plan voor impactvolle transformatie naar passende zorg, door samenwerking tussen regionale partijen en ter beoordeling van zorgverzekeraar(s)
Verkennd gesprek	<p>Een gesprek met twee professionals van verschillende achtergrond waarin in ieder geval de volgende vier vragen aan bod komen: (1) wat is er met je gebeurd? (2) wie ben jij eigenlijk: wat is je kwetsbaarheid en wat is je kracht? (3) waar wil je naar toe / wat zijn je doelen? En (4) wat/wie heb je daarvoor nodig?</p> <p>Het verkennd gesprek binnen GEM Midden-IJssel sluit op deze wijze aan bij het concept van mentale gezondheidsnetwerken (MGN).</p>
VeranderAtelier	<p>Methodiek van co-creatie binnen GEM, waarin inwoners, ervaringsdeskundigen, professionals en/of bestuurders samen een GEM-thema exploreren en een plan ontwikkelen.</p> <p>VeranderAteliers worden op verschillende momenten in het proces toegepast: aan het begin van de transformatie, maar ook om scherpte aan te brengen in het vervolg van het proces.</p>

Appendix 2 Literatuur en referenties

- Baart A. Een theorie van presentie. 2001. Utrecht.
- Bohlmeijer E, Westerhof G. A new model for sustainable mental health: integrating well-being into psychological treatment. 2021. In J. Kirby & P. Gilbert (Eds.), Making impact on mental health. The applications of psychological research. (1st ed., pp. 153–189). New York: Routledge.
- Bordin ES. The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. 1979. Psychother Theory Res Pract 16(3):252.
- Burlingame GM, Strauss B. Efficacy of Small Group Treatments: Foundation of Evidence Based Practice. 2021. In: Bergin and Garfield's Handbook of psychotherapy behavior change. Seventh Ed. Edited by Michael Barham et al. p.583-624.
- Cuijpers P, Reijnders M, Huibers MJH. The role of common factors in psychotherapy outcomes. 2018. Ann Rev Clin Psychol 15:207–231
- Crisiskaart, zie www.crisiskaart.nl
- Delespaul P, Milo M, Schalken F, Boevink W, Van Os J. Goede GGZ! Nieuwe concepten, aangepaste taal en betere organisatie. 2016. Leusden.
- Flückiger C et al. The alliance in adult psychotherapy: A meta-analytic synthesis. 2018. Psychotherapy (Chicago III) 55(4):316–340.
- GEM landelijk, o.a. figuur 'klik', zie ook www.denieuweggz.nl
- Hafkenscheid A. De therapeutische relatie. 2014. Utrecht.
- Horvath AO, Greenberg LS. The development of the Working Alliance Inventory. 1986. In: Greenberg LS (ed) The psychotherapeutic process: A research handbook. Guilford Press, New York, pp 529–556.
- Horvath AO, Greenberg LS. Development and validation of the Working Alliance Inventory. 1989. J Couns Psychol 36(2):223–233.
- Huber M, Positieve Gezondheid, via www.iph.nl (Institute for Positive Health)
- Hulpkaart, zie www.hulpkaart.nl
- Karver M et al. Meta-analysis of the prospective relation between alliance and outcome in child and adolescent psychotherapy. 2018. Psychotherapy (Chicago III) 55(4):341–355.
- Lambert MJ. Psychotherapy outcome research: Implications for integrative and eclectic therapists. 1992. In: J. C. Norcross & M. R. Goldfried (eds.), Handbook of psychotherapy integration, (pp. 94–129). New York : Basic.
- Levy-Warren M. I Am, You are, and so are We: A Current Perspective on Adolescent Separation-Individuation Theory. 1999. In: Adolescent Psychiatry, Routledge.
- Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport, Integraal Zorgakkoord: Samen werken aan gezonde zorg
- Murphy R, Hutton P. Practitioner Review: Therapist variability, patient-reported therapeutic alliance, and clinical outcomes in adolescents undergoing mental health treatment - a systematic review and meta-analysis. 2018. J Child Psychol Psychiatry 59(1):5–19.
- Netwerk intake, Floortje Scheepers, <https://www.umcutrecht.nl/nl/netwerk-intake>
- NVGP - Nederlandse vereniging voor groepsdynamica en groepspsychotherapie
- NVP - Nederlandse vereniging voor psychotherapie
- Oenen van FJ. Het misverstand psychotherapie. 2019. Boom, Meppel.
- Os van J. De DSM-5 voorbij! Persoonlijke diagnostiek in een nieuwe GGZ. 2017. Leusden.

- Os van J, Neeleman J. Caring for mentally ill people. *BMJ*. 1994;309(6963):1218-1221.
- Patroon intake, Parnassia & Redesigning Psychiatry
- Phrenos klankbordgroep ervaringsdeskundigen sessie regio Midden-IJssel
- Piper WE, Ogrodniczuk JS. The therapeutic alliance in group therapy. 2010. In J.C. Muran & J.P. Barber (Eds.), *The therapeutic alliance: An evidence-based guide to practice* (pp.263-282). The Guilford Press.
- POD, Peer-supported Open Dialogue
- Regiobeeld Midden-IJssel, www.dejuistezorgopdejuisteplek.nl
- RACT Nederland, resource groups, zie o.a. www.ract.nl
- Rosendahl J, Alldredge CT, Burlingame GM, Strauss B. Recent Developments in Group Psychotherapy Research. 2021. Published Online American Journal of Psychotherapy:22 Mar 2021 <https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.20200031>.
- Roth A, Fonagy P. *What works for whom: A critical review of psychotherapy research* (2nd ed.). 2005. Guilford Publications.
- Safran JD, Muran JC. The resolution of ruptures in the therapeutic alliance. 1996. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(3), 447–458.
- Spronsen van M, Os van J. *We zijn god niet: pleidooi voor een nieuwe psychiatrie van samenwerking*. 2021. Uitgeverij Lannoo, Tiel, België.
- Trimbos, *Persoonlijk en maatschappelijk herstel van mensen met ernstige psychische aandoeningen, ontwikkelingen in praktijk en beleid*, 2014.
- Verhagen P, ter Haar A. *Leerboek Groepspsychotherapie*. 2022. Boom Meppel.
- Verheij F. *Integratieve kinder- en jeugdpsychiatrie*. 2011. Assen.
- Winnicott DW, 'good enough' concept (Transitional Objects and Transitional Phenomena 1953 - *Playing and Reality* 2005)
- Yalom I, Leszcz M. *The theory and practice of group psychotherapy* (5th Ed.). 2005. New York: Basic Books.

Appendix 3 Nadere uitwerking kwantificering transformatie Midden-IJssel

3.1 Business case verkennend gesprek

Overzicht met onderbouwing aannames business case verkennend gesprek – Excel met berekeningen wordt separaat toegezonden aan beoordelaars

Omvang

Onderdeel	Kwantificering	Keuzes ten grondslag aan kwantificering
Aantal gesprekken per normpraktijk per jaar	36 gesprekken; 1 gesprek per deelnemer	Zie Figuur 12: Stroomschema deelnemers verkennend gesprek per normpraktijk
Uitroolsnelheid onder huisartsenpraktijken	2025: +30 2026: +30 2027: +31	<ul style="list-style-type: none"> • Uitrol van praktijken in 2025 is gemaximeerd op 30, o.b.v. bestuurlijk besluit gemeenten • De uitrol onder huisartspraktijken is eind 2027 afgerond • Dit betreft normpraktijken. In Midden-IJssel zijn nu ca. 88 normpraktijken; o.b.v. verwachte bevolkingsgroei zijn dit er 91 in 2027
Aantal gesprekken per jaar	2025: 405 2026: 1.215 2027: 2.309 2028: 2.997 2029: 3.276	<p>We hanteren een ingroeiperiode van twee jaar voor iedere huisartspraktijk</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1^e jaar 37,5% van het beoogde aantal verkennende gesprekken • 2^e jaar 75% van het beoogde aantal verkennende gesprekken • 3^e jaar 100% van het beoogde aantal verkennende gesprekken <p>Dit betekent dat in 2027 alle huisartspraktijken zijn aangesloten en dat in 2029 alle huisartsenpraktijk volledig operationeel zijn (d.w.z. 36 gesprekken)</p>

Operationele kosten

Onderdeel	Keuzes ten grondslag aan kwantificering
Kostprijs verkennend gesprek (<i>te bekostigen via reguliere contractering MGN</i>)	<ul style="list-style-type: none"> • GGZ-professionals voeren het verkennend gesprek: <ul style="list-style-type: none"> ◦ ggz-professional (naar verwachting een mix van ggz-professionals in FWG-schalen 55, 60 en 65. Rekenkundig uitgegaan van GGZ FWG 60 trede 10 • Het verkennend gesprek duurt gemiddeld 1 uur • Professionals werken met een opslag van 150% indirecte tijd (voorbereiding, reistijd, uitwerken en (onderling) overleg) • In de kostprijs is een overheadpercentage van 15% opgenomen
Kostprijs consultatie ggz o.b.v. verkennend gesprekken	<i>Niet nader uitgewerkt; te bekostigen via reguliere Zvw-prestatie consultatiefunctie sociaal domein (CFSD)</i>
Kosten vastgoed	Het verkennend gesprek vindt plaats op een nader te bepalen locatie, in afstemming met betreffende deelnemer. Mogelijk komt er op termijn een fysieke locatie. Dit is buiten scope van het transformatieplan, en dus zijn de vastgoedkosten nihil

Operationele kosten (structurele kosten Wmo, via transformatiemiddelen in 25-27; daarna Wmo)

Onderdeel	Keuzes ten grondslag aan kwantificering
Kostprijs verkennend gesprek – sociaal domein deel (<i>structurele kosten Wmo, te vergoeden via transformatiemiddelen</i>)	<ul style="list-style-type: none"> • Sociaal domein professionals voeren het verkennend gesprek: <ul style="list-style-type: none"> ◦ sociaal domein professional (50-50 verdeeld tussen schaal 8 en 9 CAO SW; trede 10) • Het verkennend gesprek duurt gemiddeld 1 uur • Professionals werken met een opslag van 150% indirecte tijd (voorbereiding, reistijd, uitwerken en (onderling) overleg) • In de kostprijs is een overheadpercentage van 15% opgenomen

Vermeden (zorg)kosten

Onderdeel	Keuzes ten grondslag aan kwantificering
<p>Onderscheid naar deelnemers mét en deelnemers zonder ggz-gebruik</p>	<p>Zie paragraaf 4.1.1 (</p> <p style="text-align: center;">Figuur 13)</p>
<p><u>30% patiënten met ggz-gebruik</u>: na gesprek 50% minder ggz kosten</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Vermeden kosten komen ten bate van de Zvw-kosten ggz • Hoogte is gelijk aan 50% van de gemiddelde jaarlijkse ggz-kosten per ggz-gebruiker in de regio- (o.b.v. Vektis gegevens 2020 t.b.v. HCDO – met indexatie naar 2025) • Succespercentage is reële aannahme o.b.v. (uiteenlopende) resultaten uit verschillende pilotregio's en in lijn met de landelijke business case MGN • Doordat verkennend gesprek breed kijkt, zowel naar zorg als ondersteuning, is niet reëel om met vermeden kosten in het sociaal domein te rekenen
<p><u>70% patiënten met ggz-gebruik</u>: verkennend gesprek heeft <i>geen</i> <i>kwantitatief</i> effect</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Verkennend gesprek heeft in deze gevallen alleen kwalitatief effect (mogelijk effectievere behandeling, eerder zicht op andere problematiek, etc.) • Doordat verkennend gesprek breed kijkt, zowel naar zorg als ondersteuning, is niet reëel om met vermeden kosten in het sociaal domein te rekenen
<p><u>65% patiënten zonder ggz-gebruik</u>: heeft meer overzicht in huidige zorg & ondersteuning, met dempend effect op vragen aan huisarts</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Vermeden kosten komen ten bate van de Zvw-kosten huisartsenzorg; • Hoogte is gelijk aan 4 reguliere huisartsconsulten – NZa tarieven 2025 • Doordat verkennend gesprek breed kijkt, zowel naar zorg als ondersteuning, is niet reëel om met vermeden kosten in het sociaal domein te rekenen
<p><u>35% patiënten zonder ggz-gebruik</u>: verkennend gesprek heeft <i>geen</i> <i>kwantitatief</i> effect</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Verkennend gesprek heeft in deze gevallen alleen kwalitatief effect (eerder zicht op andere problematiek, etc.) • Doordat verkennend gesprek breed kijkt, zowel naar zorg als ondersteuning, is niet reëel om met vermeden kosten in het sociaal domein te rekenen

Transformatiemiddelen

Onderdeel	Keuzes ten grondslag aan kwantificering
<p>Aantal vereiste medewerkers voor voeren van verkennende gesprekken</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Een medewerker is gemiddeld 40 weken per jaar voor 8 uur inzetbaar voor het voeren van verkennende gesprekken • Er is een sterke voorkeur voor zoveel mogelijk met een vast team van gespreksvoerders per huisartspraktijk
<p>Training in 4 vragen voor gespreksvoerders verkennend gesprek</p>	<ul style="list-style-type: none"> • De training in de 4 vragen duurt 8 uur en wordt gegeven in groepen van maximaal 20 man per trainer. Per training zijn er kosten voor de trainer en zaalhuur (2.730 per training; prijspeil 2025) • De vacatiegelden zijn berekend o.b.v. het uurtarief uit de kostprijsberekening van het verkennend gesprek
<p>Twee maal per jaar een bijeenkomst voor alle huidige gespreksvoerders verkennend gesprek</p>	<ul style="list-style-type: none"> • De bijeenkomst duurt een dagdeel (4 uur) • De kosten hiervoor variëren o.b.v. aantal deelnemers • De vacatiegelden zijn berekend o.b.v. het uurtarief uit de kostprijsberekening van het verkennend gesprek
<p>Eenmalige aansluitkosten ZorgDomein t.b.v. verkennend gesprek</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Dit zijn eenmalige aansluitkosten van de sociaal domein partijen om gebruik te maken van ZorgDomein. We gaan uit van 10 sociaal domein partijen, met ca. 4.000 euro per deelnemende partij (o.b.v. prijsopgave ZorgDomein). Deze eenmalige kosten vallen in 2025

3.2 Business case Zelfregie & Herstel

Overzicht met onderbouwing aannames business case Zelfregie & herstel – Excel met berekeningen wordt separaat toegezonden aan beoordelaars

Omvang

Onderdeel Herstel	Kwantificering	Keuzes ten grondslag aan kwantificering
Aantal deelnemers per jaar Herstelnetwerk	150 unieke deelnemers	<ul style="list-style-type: none"> Verdubbeling van de inzet van het Herstelnetwerk en dus ook het bereik van het Herstelnetwerk van 150 naar 300 mensen. In de business case kijken we alleen naar de 150 <i>extra</i> te helpen inwoners. De mensen die geholpen worden door de onafhankelijke cliëntondersteuner vallen ook binnen de 150 extra te helpen inwoners.
Samenstelling deelnemers	50% deelnemers heeft <i>geen</i> ggz behandeling; 50% deelnemers <i>met</i> ggz behandeling; gelijk verdeeld over de EPA-vignetten	<ul style="list-style-type: none"> De 50-50 verdeling is gelijk aan de samenstelling van de huidige deelnemers (inschatting Vriendendiensten) De deelnemers met een ggz-achtergrond zijn gelijk verdeeld over de EPA-vignetten (van licht tot zware zorg), conform de verdeling over de EPA-vignetten in de gemeente Deventer
Deelnemers Herstelnetwerk	Verdubbeling van inzet	<ul style="list-style-type: none"> Er zijn sinds 2024 wachtlijsten voor de trainingen en lotgenotengroepen verzorgd door het Herstelnetwerk. De verdubbeling van het Herstelnetwerk zorgt ervoor dat deze wachtlijsten (nagenoeg) verdwijnen.
Ondersteuning Herstelnetwerk	Toevoegen van planning en training	<ul style="list-style-type: none"> Verdubbeling van het Herstelnetwerk vraagt om ondersteuning voor effectieve inzet

Vermeden (zorg)kosten

Onderdeel Herstel	Keuzes ten grondslag aan kwantificering
<u>50% cliënten:</u> Vriendendiensten heeft preventief karakter voor deelnemers die <i>geen</i> ggz behandeling krijgen	<ul style="list-style-type: none"> Deelname aan zelfregiecentrum kent een preventieve werking ten aanzien van ggz-kosten Vermeden kosten komen ten bate van de Zvw-kosten ggz Welke ggz-kosten worden vermeden verschilt per deelnemer. Daarom rekenen we met de gemiddelde ggz-kosten per inwoner (i.p.v. per cliënt) in Midden-IJssel: 392 euro (<i>prijsspeil 2025</i>) Bron is Vektis Open Data bestand totale ggz-kosten 2020 (BGGZ, SGGZ, LGGZ) per inwoner van 20 jaar of ouder in de regio Midden-IJssel – met indexatie naar 2025.
<u>50% cliënten:</u> Vriendendiensten heeft effect op afname EPA bij deelnemers <i>met</i> ggz; bouwt op tot -33% in 5 jaar tijd	<ul style="list-style-type: none"> Vermeden kosten komen ten bate van de Zvw-kosten ggz EPA kosten Zvw 2021 per cliënt o.b.v. EPA Monitor Deventer zijn uitgangspunt, waarbij de volgende componenten niet zijn meegenomen: <ul style="list-style-type: none"> Wlz, MSZ en overige zorgkosten zijn niet meegenomen Vermeden kosten voor deelnemers met EPA-vignet 8 (SGGZ met klinische opname) zijn op 0 euro geschat Kosten komen dan op 8.006 euro p.p. (prijsspeil 2025) Effect van -33% EPA is gebaseerd op de business case GEM Landelijk

Operationele kosten (structurele kosten Wmo, te vergoeden via transformatiemiddelen)

Onderdeel Herstel	Keuzes ten grondslag aan kwantificering
Salariskosten Herstelnetwerk	<p>Bestaat uit:</p> <ul style="list-style-type: none"> Betaalde ervaringsdeskundigen (van 5 verschillende organisaties) – 985 uur per jaar, schaal 9 SW Betaalde ervaringsdeskundigen (van 5 verschillende organisaties) – 985 uur per jaar, schaal 9 SW Onafhankelijke cliëntondersteuner, 1 fte, SW, Schaal 9 trede 10 Kosten coördinatie en training (voor heel HerstelNetwerk, incl. bestaande 610 uur via gemeente Deventer) <ul style="list-style-type: none"> Logistiek/planning/coördinatie/voorlichting – 0,67 FTE – CAO SW, Schaal 9 – trede 10 Trainer voor: van bezoeker naar vrijwillige trainer – 0,67 FTE – CAO SW, Schaal 9 – trede 10 <p><i>O.b.v. CAO Social Work niveau juli 2024, met opslag sociale lasten</i></p>

3.3 Business case Modulaire ggz (groepsgericht behandelen)

Overzicht met onderbouwing aannames business case Verkennend gesprek – berekeningen kunnen in een overleg worden toegelicht aan beoordelaars (*Excel met berekeningen is niet te delen i.v.m. bedrijfsgevoelige informatie*)

Omvang

Onderdeel	Kwantificering	Keuzes ten grondslag aan kwantificering
Deelnemende organisaties	Dimence & Mindfit	<ul style="list-style-type: none"> In het transformatieplan wordt alleen de ggz-behandeling van Stuurgroepleden Dimence en Mindfit belicht. Uitbreiding van deelnemende organisaties is bij een tussenevaluatie van het transformatieplan mogelijk
Geïnccludeerde teams	Ambulante teams met locatie in Midden-IJssel met Zvw-omzet met planbare zorg	<p>Geïnccludeerde teams voldoen aan de volgende kenmerken:</p> <ul style="list-style-type: none"> Werken vanuit vestiging in regio Midden-IJssel Werken ambulant (klinische teams uitgesloten) Werken met planbare zorg (ANW, spoed, onderzoek uitgesloten) Leveren Zvw-gefinancierde zorg (Wlz, Jeugdwet, Wmo en overige financieringsbronnen uitgesloten) <p>In totaal betreft dit 16 verschillende kostenplaatsen.</p>
Geïnccludeerde cliënten	Cliënten in behandeling bij ambulante teams met locatie in Midden-IJssel met Zvw-omzet met planbare zorg	<p>In totaal zijn in de simulatie t.b.v. de business case ca. unieke 6.000 patiënten meegenomen, verdeeld over de 16 kostenplaatsen binnen de selectie van deze transformatie.</p> <p>Dit betreft alleen het behandelingsdeel van het zorgtraject (d.w.z. geen diagnostiek of acute ggz).</p>
Geïnccludeerde prestaties	ZPM-prestaties behandeling	<ul style="list-style-type: none"> In totaal betreft dit ca. 150.000 consulten <ul style="list-style-type: none"> <i>Dit zijn 'genormaliseerde' consulten op 30 minuten, om individuele behandeling en groepsbehandeling in tijdsduur gelijk te kunnen stellen; het daadwerkelijk aantal consulten wijkt hiervan af, afhankelijk van de feitelijke duur van het individuele behandelcontact</i> Diagnostiekconsulten zijn uitgesloten, omdat dergelijke consulten zich minder goed lenen voor groepsbehandelingen.
Eindpunt percentage groepsbehandelingen	50% groepsconsulten	<ul style="list-style-type: none"> Het credo 'iedereen in groepen, waar mogelijk' hebben we omgezet naar een eindwaarde van 50% groepsconsulten t.o.v. totaal aantal consulten. Dit is een haalbaar doel, met voldoende ruimte voor uitzonderingssituaties waarbij cliënten/ soort behandelingen/ soort consulten niet in groepen kunnen

Kosten

Onderdeel	Kwantificering	Keuzes ten grondslag aan kwantificering
Structurele kostenverhoging modulaire ggz (groepsgericht behandelen)	Nihil	<ul style="list-style-type: none"> Het GEM-onderdeel Modulaire ggz (groepsgericht behandelen) in dit transformatieplan gaat uit van een andere manier van werken (iedereen in groepen, waar mogelijk). Dit leidt niet tot aanvullende, structurele kosten Consultatie door- en overleg met de ggz is ondergebracht in de kwantificering van het verkennend gesprek. Deze kosten hier opvoeren leidt tot dubbeltellingen

Vermeden (zorg)kosten

Onderdeel	Keuzes ten grondslag aan kwantificering
Vermeden (zorg)kosten	<ul style="list-style-type: none"> • Het totaal aan vrijgevallen behandeluren wordt voor 60% meegenomen t.b.v. het berekenen van vermeden (zorg)kosten. Deze veiligheidsmarge wordt gehanteerd omdat niet ieder vrijgevalen uur directe tijd 100% effectief opnieuw in te zetten is • Het deel van de vrijgevallen behandeluren die meegenomen zijn in de business case zijn gekwantificeerd o.b.v. ZPM prestatiecode CO0629 (Ambulant – kwaliteitsstatuut sectie III – multidisciplinair Gezondheidszorgpsycholoog (Wet Big artikel 3) Behandeling 60 minuten). • Deze ZPM prestatiecode wordt voldoende representatief geacht voor de pluriforme groep behandelaren wiens uren vrij komen te vallen over de periode 2025 – 2030. • Er is gerekend met het 100% NZa tarief 2025 (262,27 euro); geïndexeerd voor de jaren 2026 t/m 2030. • N.B. Deze berekening geeft een <i>voorstelbare</i> uitkomst in een wereld waarin er geen wachtlijsten voor de specialistische ggz zijn. Dit is in de praktijk niet het geval. Zie ook paragraaf 4.1.3 en paragraaf 3.4 binnen Appendix 3
<i>Optimalisatie van groeps grootte naar 8 deelnemers bij bestaande groepsconsulten</i>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>De huidige groepsbehandelingen hebben veelal kleinere groepen dan 8 deelnemers. Door de groeps grootte van de al bestaande groepen aan te passen naar 8 deelnemers kunnen dezelfde cliënten in minder groepsconsulten worden gezien.</i> • <i>Deze efficiëncyslag is niet meegenomen in de kwantificering van dit GEM-onderdeel, omdat niet zonder meer aangenomen kan worden dat deze groepsconsulten hiervoor geschikt zijn</i>
Omzetten van individuele behandelcontacten naar groepsbehandeling	<ul style="list-style-type: none"> • Door individuele behandeling om te zetten naar behandeling in groepen, wordt de beperkte beschikbare tijd van behandelaren effectiever (= verdeeld over meer cliënten) ingezet • Elk om te zetten individueel behandelconsult wordt vervangen door twee groepsconsulten van dezelfde duur (immers, groepsconsulten worden door twee behandelaren geboden) • Voor een juiste omzetting van individuele behandelconsulten naar groepsconsulten zijn de realisatiecijfers genormeerd: <ul style="list-style-type: none"> ○ alle individuele behandelcontacten zijn rekenkundig omgezet naar contacten van 30 minuten • Alle toe te voegen groepsconsulten zijn consulten in groepen met een groeps grootte van 8 man. • Het toewerken naar het eindstadium (50% groepsconsulten) wordt stapsgewijs gerealiseerd in drie jaar tijd (2025 – 2027) • Teams die al 50% of meer genormeerde groepsconsulten bieden handhaven het huidige niveau

Tranformatiemiddelen

Onderdeel	Keuzes ten grondslag aan kwantificering
Training groepsgericht behandelen	<ul style="list-style-type: none"> • Per deelnemend team is bepaald welke professionals de training moeten volgen. In totaal zijn dit ca. 172 professionals • De professionals worden verspreid over 3 jaar getraind • Professionals kunnen al in groepen werken voordat ze de training hebben gevolgd • De trainingskosten per deelnemer zijn 1.500 euro (o.b.v. prijsopgaaf van NVGP) • Per training zijn er 30 trainingsuren en 25 supervisieuren • De vacatiegelden zijn berekend o.b.v. detacheringstarieven per beroepsgroep, zoals gehanteerd door de Dimence Groep. Deze tarieven dekken alleen de directe salariskosten; niet de sociale lasten en aanvullende premies

3.4 Financiële impact voor Dimence Groep

De structurele financiële impact van GEM is over alle ggz-aanbieders in de regio berekend; niet alle kosten en baten zullen bij DimenceGroep (Dimence & Mindfit) vallen.

Dit transformatieplan leidt tot de volgende (structurele) financiële impact op de Dimence Groep (en andere ggz-aanbieders in de regio Midden-IJssel), met in acht name van bovenstaand tekstblok.

Hierbij wordt aangetekend dat onderstaande kwantificering alleen geldt in een wereld waarin er geen wachtlijsten voor de (specialistische) ggz zijn. Dit is in 2025 (en naar verwachting 2026 en verder) uitdrukkelijk niet het geval.

Indienende én beoordelende partijen stellen de toegankelijkheid van de ggz in dergelijke gevallen het vermijden van zorgkosten. Vrijgevallen behandelingen zullen derhalve eerst en vooral worden ingezet om de wachtlijsten terug te dienen. Pas wanneer de wachtlijsten binnen de Treeknormen zijn, zullen mogelijk effecten in totale behandelinzet zichtbaar worden. Onderstaande omzetsdaling t.g.v. modulaire ggz/ groepsgericht behandelen zal zich in de praktijk dan ook niet voordoen.

Dimence & Mindfit	2025	2026	2027	2028	2029	2030
Modulaire ggz						
Omzetstijging (Zvw)	-	-	-	-	-	-
Omzetsdaling (Zvw)	(274,3)	(573,3)	(1.198,1)	(1.251,9)	(1.308,1)	(1.366,8)
Te ontvangen vergoeding voor transformatiemiddelen	420,7	439,5	459,3	-	-	-
Te betalen transformatiemiddelen	-	-	-	-	-	-
Effect Modulaire ggz	146,3	(133,7)	(738,8)	(1.251,9)	(1.308,1)	(1.366,8)
Verkennd gesprek						
Omzetstijging (Zvw)	80,7	252,9	502,1	681,2	778,0	813,0
Omzetsdaling (Zvw)	(103,4)	(324,2)	(643,6)	(873,1)	(997,2)	(1042,0)
Omzetstijging (Sociaal domein)	-	-	-	-	-	-
Omzetsdaling (Sociaal domein)	-	-	-	-	-	-
Te ontvangen vergoeding voor transformatiemiddelen	53,4	18,3	22,7	-	-	-
Te betalen transformatiemiddelen	-	-	-	-	-	-
Effect Verkennd gesprek	30,6	(52,9)	(118,7)	(191,9)	(219,2)	(229,0)
Zelfregie en herstel						
Omzetstijging (Zvw)	-	-	-	-	-	-
Omzetsdaling (Zvw)	(94,8)	(168,7)	(248,4)	(259,6)	(271,2)	(283,4)
Omzetstijging (Sociaal domein)	-	-	-	-	-	-
Omzetsdaling (Sociaal domein)	-	-	-	-	-	-
Te ontvangen vergoeding voor transformatiemiddelen	-	-	-	-	-	-
Te betalen transformatiemiddelen	-	-	-	-	-	-
Effect Zelfregie en herstel	(94,8)	(168,7)	(248,4)	(259,6)	(271,2)	(283,4)
Totaal effect voor organisatie (excl. projectkosten / MGN)	82,2	(355,4)	(1.105,9)	(1.703,3)	(1.798,5)	(1.879,3)
Projectkosten en MGN						
Projectkosten	839,1	475,8	336,7	-	-	-
Mentaal Gezondheidsnetwerk	140,0	-	-	-	-	-
Totaal projectkosten en MGN	979,1	475,8	336,7	-	-	-

3.5 Financiële impact voor huisartsen (vertegenwoordigd door HCDO)

De structurele financiële impact van GEM is over alle huisartsen in de regio berekend, ongeacht lidmaatschap bij HCDO.

Dit transformatieplan leidt tot de volgende (structurele) financiële impact op huisartsen, met in acht name van bovenstaand tekstblok.

Huisartsen (HCDO)	2025	2026	2027	2028	2029	2030
Modulaire ggz						
Omzetstijging (Zvw)	-	-	-	-	-	-
Omzetsdaling (Zvw)	-	-	-	-	-	-
Te ontvangen vergoeding voor transformatiemiddelen	-	-	-	-	-	-
Te betalen transformatiemiddelen	-	-	-	-	-	-
Effect Modulaire ggz	-	-	-	-	-	-
Verkennd gesprek						
Omzetstijging (Zvw)	-	-	-	-	-	-
Omzetsdaling (Zvw)	(10,2)	(32,0)	(63,5)	(86,2)	(98,4)	(102,9)
Omzetstijging (Sociaal domein)	-	-	-	-	-	-
Omzetsdaling (Sociaal domein)	-	-	-	-	-	-
Te ontvangen vergoeding voor transformatiemiddelen	-	-	-	-	-	-
Te betalen transformatiemiddelen	-	-	-	-	-	-
Effect Verkennd gesprek	(10,2)	(32,0)	(63,5)	(86,2)	(98,4)	(102,9)
Zelfregie en herstel						
Omzetstijging (Zvw)	-	-	-	-	-	-
Omzetsdaling (Zvw)	-	-	-	-	-	-
Omzetstijging (Sociaal domein)	-	-	-	-	-	-
Omzetsdaling (Sociaal domein)	-	-	-	-	-	-
Te ontvangen vergoeding voor transformatiemiddelen	-	-	-	-	-	-
Te betalen transformatiemiddelen	-	-	-	-	-	-
Effect Zelfregie en herstel	-	-	-	-	-	-
Totaal effect voor organisatie (excl. projectkosten / MGN)	(10,2)	(32,0)	(63,5)	(86,2)	(98,4)	(102,9)
Projectkosten en MGN						
Projectkosten	-	-	-	-	-	-
Mentaal Gezondheidsnetwerk	-	-	-	-	-	-
Totaal projectkosten en MGN	-	-	-	-	-	-

3.6 Financiële impact voor Vriendendiensten Deventer

De structurele financiële impact van GEM is toegerekend aan Vriendendiensten. Deze middelen worden -op basis van een nog overeen te komen verdeling- verdeeld onder de deelnemers aan het Herstelnetwerk (huidige deelnemers: Dimence Groep, IrisZorg, Vriendendiensten Deventer, Tactus en RIBW Overijssel)

Dit transformatieplan leidt tot de volgende (structurele) financiële impact op Vriendendiensten Deventer, met in acht name van bovenstaand tekstblok.

Vriendendiensten Deventer	2025	2026	2027	2028	2029	2030
Modulaire ggz						
Omzetstijging (Zvw)	-	-	-	-	-	-
Omzetsdaling (Zvw)	-	-	-	-	-	-
Te ontvangen vergoeding voor transformatiemiddelen	-	-	-	-	-	-
Te betalen transformatiemiddelen	-	-	-	-	-	-
Effect Modulaire ggz	-	-	-	-	-	-
Verkennd gesprek						
Omzetstijging (Zvw)	-	-	-	-	-	-
Omzetsdaling (Zvw)	-	-	-	-	-	-
Omzetstijging (Sociaal domein)	-	-	-	-	-	-
Omzetsdaling (Sociaal domein)	-	-	-	-	-	-
Te ontvangen vergoeding voor transformatiemiddelen	-	-	-	-	-	-
Te betalen transformatiemiddelen	-	-	-	-	-	-
Effect Verkennd gesprek	-	-	-	-	-	-
Zelfregie en herstel						
Omzetstijging (Zvw)	-	-	-	-	-	-
Omzetsdaling (Zvw)	-	-	-	-	-	-
Omzetstijging (Sociaal domein)	269,2	281,3	293,9	307,1	320,9	335,3
Omzetsdaling (Sociaal domein)	-	-	-	-	-	-
Te ontvangen vergoeding voor transformatiemiddelen	-	-	-	-	-	-
Te betalen transformatiemiddelen	-	-	-	-	-	-
Effect Zelfregie en herstel	269,2	281,3	293,9	307,1	320,9	335,3
Totaal effect voor organisatie (excl. projectkosten / MGN)	269,2	281,3	293,9	307,1	320,9	335,3
Projectkosten en MGN						
Projectkosten	-	-	-	-	-	-
Mentaal Gezondheidsnetwerk	-	-	-	-	-	-
Totaal projectkosten en MGN	-	-	-	-	-	-

3.7 Financiële impact voor Gemeente Deventer

In onderstaande berekening is de omzetsijging t.g.v. het verkennend gesprek vanaf 2028 nog niet toegerekend aan een partij. Dit komt tot uiting in de 'n.t.b.' op regel 'omzetsijging sociaal domein' onder het kopje verkennend gesprek.

Dit transformatieplan leidt tot de volgende (structurele) financiële impact op de gemeente Deventer, met in acht name van bovenstaand tekstblok.

Gemeente Deventer	2025	2026	2027	2028	2029	2030
Modulaire ggz						
Omzetsijging (Zvw)	-	-	-	-	-	-
Omzetsijging (Zvw)	-	-	-	-	-	-
Te ontvangen vergoeding voor transformatiemiddelen	-	-	-	-	-	-
Te betalen transformatiemiddelen	-	-	-	-	-	-
Effect Modulaire ggz	-	-	-	-	-	-
Verkennend gesprek						
Omzetsijging (Zvw)	-	-	-	-	-	-
Omzetsijging (Zvw)	-	-	-	-	-	-
Omzetsijging (Sociaal domein)	-	-	-	n.t.b.	n.t.b.	n.t.b.
Omzetsijging (Sociaal domein)	-	-	-	-	-	-
Vergoeding via TM (25-27)/ zelf te financieren (28-30)	64,7	130,2	246,4	(307,7)	(351,4)	(367,2)
Te betalen transformatiemiddelen	-	-	-	-	-	-
Effect Verkennend gesprek	64,7	130,2	246,4	(307,7)	(351,4)	(367,2)
Zelfregie en herstel						
Omzetsijging (Zvw)	-	-	-	-	-	-
Omzetsijging (Zvw)	-	-	-	-	-	-
Omzetsijging (Sociaal domein)	-	-	-	-	-	-
Omzetsijging (Sociaal domein)	-	-	-	-	-	-
Vergoeding via TM (25-27)/ zelf te financieren (28-30)	269,2	281,3	293,9	(170,3)	(178,0)	(186,0)
Te betalen transformatiemiddelen	-	-	-	-	-	-
Effect Zelfregie en herstel	269,2	281,3	293,9	(170,3)	(178,0)	(186,0)
Totaal effect voor organisatie (excl. projectkosten / MGN)	333,9	411,5	540,4	(478,0)	(529,4)	(553,2)
Projectkosten en MGN						
Projectkosten	-	-	-	-	-	-
Mentaal Gezondheidsnetwerk	-	-	-	-	-	-
Totaal projectkosten en MGN	-	-	-	-	-	-

3.8 Financiële impact voor Gemeente Olst-Wijhe

In onderstaande berekening is de omzetstijging t.g.v. het verkennend gesprek vanaf 2028 nog niet toegerekend aan een partij. Dit komt tot uiting in de 'n.t.b.' op regel 'omzetstijging sociaal domein' onder het kopje verkennend gesprek.

Dit transformatieplan leidt tot de volgende (structurele) financiële impact op de gemeente Olst-Wijhe, met in acht name van bovenstaand tekstblok.

Gemeente Olst-Wijhe	2025	2026	2027	2028	2029	2030
Modulaire ggz						
Omzetstijging (Zvw)	-	-	-	-	-	-
Omzetzaling (Zvw)	-	-	-	-	-	-
Te ontvangen vergoeding voor transformatiemiddelen	-	-	-	-	-	-
Te betalen transformatiemiddelen	-	-	-	-	-	-
Effect Modulaire ggz	-	-	-	-	-	-
Verkennend gesprek						
Omzetstijging (Zvw)	-	-	-	-	-	-
Omzetzaling (Zvw)	-	-	-	-	-	-
Omzetstijging (Sociaal domein)	-	-	-	n.t.b.	n.t.b.	n.t.b.
Omzetzaling (Sociaal domein)	-	-	-	-	-	-
Vergoeding via TM (25-27)/ zelf te financieren (28-30)	6,6	20,8	41,3	(56,1)	(64,1)	(66,9)
Te betalen transformatiemiddelen	-	-	-	-	-	-
Effect Verkennend gesprek	6,6	20,8	41,3	(56,1)	(64,1)	(66,9)
Zelfregie en herstel						
Omzetstijging (Zvw)	-	-	-	-	-	-
Omzetzaling (Zvw)	-	-	-	-	-	-
Omzetstijging (Sociaal domein)	-	-	-	-	-	-
Omzetzaling (Sociaal domein)	-	-	-	-	-	-
Vergoeding via TM (25-27)/ zelf te financieren (28-30)	-	-	-	(31,0)	(32,4)	(33,9)
Te betalen transformatiemiddelen	-	-	-	-	-	-
Effect Zelregie en herstel	-	-	-	(31,0)	(32,4)	(33,9)
Totaal effect voor organisatie (excl. projectkosten / MGN)	6,6	20,8	41,3	(87,1)	(96,5)	(100,8)
Projectkosten en MGN						
Projectkosten	-	-	-	-	-	-
Mentaal Gezondheidsnetwerk	-	-	-	-	-	-
Totaal projectkosten en MGN	-	-	-	-	-	-

3.9 Financiële impact voor Gemeente Raalte

In onderstaande berekening is de omzetsijging t.g.v. het verkennend gesprek vanaf 2028 nog niet toegerekend aan een partij. Dit komt tot uiting in de 'n.t.b.' op regel 'omzetsijging sociaal domein' onder het kopje verkennend gesprek.

Dit transformatieplan leidt tot de volgende (structurele) financiële impact op de gemeente Raalte, met in acht name van bovenstaand tekstblok.

Gemeente Raalte	2025	2026	2027	2028	2029	2030
Modulaire ggz						
Omzetsijging (Zvw)	-	-	-	-	-	-
Omzetsdaling (Zvw)	-	-	-	-	-	-
Te ontvangen vergoeding voor transformatiemiddelen	-	-	-	-	-	-
Te betalen transformatiemiddelen	-	-	-	-	-	-
Effect Modulaire ggz	-	-	-	-	-	-
Verkennend gesprek						
Omzetsijging (Zvw)	-	-	-	-	-	-
Omzetsdaling (Zvw)	-	-	-	-	-	-
Omzetsijging (Sociaal domein)	-	-	-	n.t.b.	n.t.b.	n.t.b.
Omzetsdaling (Sociaal domein)	-	-	-	-	-	-
Vergoeding via TM (25-27)/ zelf te financieren (28-30)	13,6	42,8	84,9	(115,2)	(131,6)	(137,5)
Te betalen transformatiemiddelen	-	-	-	-	-	-
Effect Verkennend gesprek	13,6	42,8	84,9	(115,2)	(131,6)	(137,5)
Zelfregie en herstel						
Omzetsijging (Zvw)	-	-	-	-	-	-
Omzetsdaling (Zvw)	-	-	-	-	-	-
Omzetsijging (Sociaal domein)	-	-	-	-	-	-
Omzetsdaling (Sociaal domein)	-	-	-	-	-	-
Vergoeding via TM (25-27)/ zelf te financieren (28-30)	-	-	-	(63,8)	(66,6)	(69,6)
Te betalen transformatiemiddelen	-	-	-	-	-	-
Effect Zelregie en herstel	-	-	-	(63,8)	(66,6)	(69,6)
Totaal effect voor organisatie (excl. projectkosten / MGN)	13,6	42,8	84,9	(179,0)	(198,2)	(207,1)
Projectkosten en MGN						
Projectkosten	-	-	-	-	-	-
Mentaal Gezondheidsnetwerk	-	-	-	-	-	-
Totaal projectkosten en MGN	-	-	-	-	-	-

3.10 Financiële impact voor Gemeente Voorst

In onderstaande berekening is de omzetsijging t.g.v. het verkennend gesprek vanaf 2028 nog niet toegerekend aan een partij. Dit komt tot uiting in de 'n.t.b.' op regel 'omzetsijging sociaal domein' onder het kopje verkennend gesprek.

Dit transformatieplan leidt tot de volgende (structurele) financiële impact op de gemeente Voorst, met in acht name van bovenstaand tekstblok.

Gemeente Voorst	2025	2026	2027	2028	2029	2030
Modulaire ggz						
Omzetsijging (Zvw)	-	-	-	-	-	-
Omzetsdaling (Zvw)	-	-	-	-	-	-
Te ontvangen vergoeding voor transformatiemiddelen	-	-	-	-	-	-
Te betalen transformatiemiddelen	-	-	-	-	-	-
Effect Modulaire ggz	-	-	-	-	-	-
Verkennend gesprek						
Omzetsijging (Zvw)	-	-	-	-	-	-
Omzetsdaling (Zvw)	-	-	-	-	-	-
Omzetsijging (Sociaal domein)	-	-	-	n.t.b.	n.t.b.	n.t.b.
Omzetsdaling (Sociaal domein)	-	-	-	-	-	-
Vergoeding via TM (25-27)/ zelf te financieren (28-30)	9,0	28,1	55,9	(75,8)	(86,6)	(90,4)
Te betalen transformatiemiddelen	-	-	-	-	-	-
Effect Verkennend gesprek	9,0	28,1	55,9	(75,8)	(86,6)	(90,4)
Zelfregie en herstel						
Omzetsijging (Zvw)	-	-	-	-	-	-
Omzetsdaling (Zvw)	-	-	-	-	-	-
Omzetsijging (Sociaal domein)	-	-	-	-	-	-
Omzetsdaling (Sociaal domein)	-	-	-	-	-	-
Vergoeding via TM (25-27)/ zelf te financieren (28-30)	-	-	-	(42,0)	(43,8)	(45,8)
Te betalen transformatiemiddelen	-	-	-	-	-	-
Effect Zelregie en herstel	-	-	-	(42,0)	(43,8)	(45,8)
Totaal effect voor organisatie (excl. projectkosten / MGN)	9,0	28,1	55,9	(117,7)	(130,4)	(136,3)
Projectkosten en MGN						
Projectkosten	-	-	-	-	-	-
Mentaal Gezondheidsnetwerk	-	-	-	-	-	-
Totaal projectkosten en MGN	-	-	-	-	-	-

3.11 Financiële impact voor zorgverzekeraars (gecombineerd effect)

De GEM-transformatie is een impactvolle zorgtransformatie. De impact voor zorgverzekeraars is derhalve ook aanzienlijk. De effecten zullen zich naar rato van de marktaandelen in de regio Midden-IJssel voordoen. Een uitsplitsing naar verzekeringsconcern is derhalve niet te maken.

De transformatie heeft zowel een kwantitatief als kwalitatief effect voor zorgverzekeraars: de zorgkosten zullen dalen, maar ook de toegankelijkheid en (ervaren) kwaliteit van de ggz voor hun verzekerden zal toenemen. Ook de inrichting van het Mentaal Gezondheidsnetwerk Midden-IJssel draagt hieraan bij. De operationele kosten voor het verkennend gesprek en het MGN zijn buiten scope van dit transformatieplan. Dit wordt immers via reguliere NZa-beleidsregels bekostigd.

Daarnaast zal ook het uitkeren van de transformatiemiddelen via de zorgverzekeraars verlopen.

Impact voor zorgverzekeraars: gelijkgerichtheid & kwalitatieve effecten: Naast de hierboven beschreven impact, vraagt deze transformatie ook dat zorgverzekeraars gelijkgericht optreden; zie paragraaf 1.8.

Dit transformatieplan leidt tot de volgende (structurele) financiële impact op de zorgverzekeraars.

Zorgverzekeraars Nederland	2025	2026	2027	2028	2029	2030
Modulaire ggz						
Omzetstijging (Zvw)	-	-	-	-	-	-
Omzetsdaling (Zvw)	-	-	-	-	-	-
Te ontvangen vergoeding voor transformatiemiddelen	-	-	-	-	-	-
Te betalen transformatiemiddelen	(420,7)	(439,5)	(459,3)	-	-	-
Effect Modulaire ggz	(420,7)	(439,5)	(459,3)	-	-	-
Verkennend gesprek						
Omzetstijging (Zvw)	-	-	-	-	-	-
Omzetsdaling (Zvw)	-	-	-	-	-	-
Omzetstijging (Sociaal domein)	-	-	-	-	-	-
Omzetsdaling (Sociaal domein)	-	-	-	-	-	-
Te ontvangen vergoeding voor transformatiemiddelen	-	-	-	-	-	-
Te betalen transformatiemiddelen	(131,3)	(240,3)	(451,3)	-	-	-
Effect Verkennend gesprek	(131,3)	(240,3)	(451,3)	-	-	-
Zelfregie en herstel						
Omzetstijging (Zvw)	-	-	-	-	-	-
Omzetsdaling (Zvw)	-	-	-	-	-	-
Omzetstijging (Sociaal domein)	-	-	-	-	-	-
Omzetsdaling (Sociaal domein)	-	-	-	-	-	-
Te ontvangen vergoeding voor transformatiemiddelen	-	-	-	-	-	-
Te betalen transformatiemiddelen	(269,2)	(281,3)	(293,9)	-	-	-
Effect Zelfregie en herstel	(269,2)	(281,3)	(293,9)	-	-	-
Totaal effect voor organisatie (excl. projectkosten / MGN)	(821,2)	(961,1)	(1.204,5)	-	-	-
Projectkosten en MGN						
Projectkosten	(839,1)	(475,8)	(336,7)	-	-	-
Mentaal Gezondheidsnetwerk	(140,0)	-	-	-	-	-
Totaal projectkosten en MGN	(979,1)	(475,8)	(336,7)	-	-	-

Appendix 4 Nadere uitleg uitgangspunten t.b.v. training en praktijk

Deze bijlage bevat een nadere uitleg bij de inhoudelijke uitgangspunten van de GEM-transformatie. Deze informatie is te gebruiken voor het ontwikkelen van trainingen en/of voor het tot uitvoer brengen van het GEM-gedachtegoed in de praktijk.

Bij ieder uitgangspunt staat kort de kern uit de hoofdtekst van het transformatieplan, en vervolgens een nadere, inhoudelijke uitwerking inclusief mogelijke valkuilen (zie ook de inhoudelijke risico's en mitigerende maatregelen in paragraaf 5.5).

Nadere uitleg GEM

We stellen de vier vragen van Jim van Os nu onvoldoende. We hebben het te ingewikkeld gemaakt met elkaar. Behandeling in de geestelijke gezondheidszorg is nu met name gericht op specialistische symptoomreductie volgens evidence-based richtlijnen. Patiënten en hun naasten hopen op een eenduidige route naar herstel door te vragen om de duidelijkheid van specialistische classificatie en medicatie; zorgverleners hopen op een eenduidige route naar herstel door de duidelijkheid van specialistische classificatie en medicatie te bieden. Deze route zorgt voor niet meer verkennen van andere oplossingen terwijl de patiënt wacht op de fix door de specialist. Classificatie en medicatie alleen hebben echter zelden verbetering van kwaliteit van leven te bieden. Bovendien zitten classificatie en medicatie kwaliteit van leven in de weg, wanneer zij valse hoop bieden en (meer dan gemiddelde) psychische kwetsbaarheid reduceren tot een stempel⁵⁴.

In dit systeem raken patiënten gevangen in zorglijnen; zorgverleners raken gevangen in protocollen en regelgeving; er moet steeds meer en er mag steeds minder; er is meer tijd nodig voor administratie en er is minder tijd om alleen maar bij iemand te zijn of naar iemand te luisteren; en om dit systeem vol te houden moeten steeds meer mensen in de zorg gaan werken terwijl steeds meer mensen die nu werken in de zorg bezwijken onder de werkdruk. We houden elkaar dus in Nederland gevangen in een neerwaartse spiraal van steeds meer zorg waarbij we een illusie in stand houden van herstel in plaats van te zorgen voor meer veerkracht.

We leren hiervan dat ingewikkeld doen niet helpt⁵⁵. Ingewikkelde problemen vragen juist vaak om een simpele benadering. We kunnen niet alles oplossen. Maar aan de hand van de 4 vragen kunnen we wel per persoon meedenken in wat voor die persoon belangrijk is.

Natuurlijk is er per definitie sprake van een versimpelde weergave bij complexe problematiek. Dat is echter bewust en nodig. Veranderen is ook beginnen en proberen. Transformatie oftewel blijvende verandering vindt alleen plaats wanneer verschillende perspectieven blijvend naast elkaar gezet gaan worden.

Nadere uitleg uitgangspunt: verkennend gesprek biedt uitkomst

Het verkennend gesprek kan voor inwoners zelf of door anderen geconstateerde psychische klachten een welkome oplossing zijn; als waardevolle aanvulling op de bestaande zorg en ondersteuning binnen de ggz, de huisarts en/of het sociaal domein. Het verkennend gesprek heeft een brede blik; van

⁵⁴ Van Os, De DSM5 voorbij!

⁵⁵ Zie paragraaf 1.1 Waarom transformatie?

medische zorg tot ondersteuning. Bij psychische klachten spelen problemen zoals schulden, armoede, werkloosheid en eenzaamheid vaak een rol.

Een verkennend gesprek moet normaal worden. Dat geldt voor iedereen en te allen tijde, waar iemand zich ook bevindt in het ecosysteem. Dat geldt dus voor iemand met klachten, van wie naasten vermoeden dat er een (meer dan gemiddelde) psychische kwetsbaarheid speelt; dat geldt voor iemand die zogenaamd uitbehandeld is in de specialistische ggz; dat geldt voor zorgmijders en voor zorgvragers. Dat geldt bijvoorbeeld ook wanneer er sprake is van herhaalde somatische klachten waarbij geen somatische oorzaak wordt gevonden: dan kan via het verkennend gesprek en de 4 vragen met iemand besproken worden wat voor diegene belangrijk is en hoe er vervolgens naast, ondanks of vanwege de klachten gewerkt kan worden aan zelfregie en veerkracht.

Het verkennend gesprek moet standaard aanbod zijn. Als er vooraf reeds wordt geselecteerd, dan blijft er sprake van zowel stigmatisering als medicalisering: wie mag of moet er juist naar de ggz. Iedereen met psychische klachten krijgt dus een verkennend gesprek aangeboden. We weten dat bij psychische klachten en ook bij ernstige psychiatrische aandoeningen basale triggers en onderhoudende factoren een rol spelen⁵⁶. In een verkennend gesprek komen deze aan de orde.

In een ideale situatie is er sprake van een inloop verkennend gesprek. In de komende 5 jaar is dit waarschijnlijk nog niet haalbaar, juist vanwege de uitgangssituatie: zowel vraag als aanbod in de zorg stijgt. De huisarts is poortwachter en bepaalt indicatie. Huisartsen kunnen de vraag echter niet meer aan en moeten ontzorgd worden. Een *zorg-vraag* bij de huisarts genereert nu een *zorg-antwoord*: een trechter richting zorg, met een *zorg-aanbod*. Die keten willen we doorbreken. Dit bereiken we alleen door iedereen eerst mee te nemen in de gedachte om juist bij een vraag om zorg de wedervragen te stellen: wat is belangrijk voor jou. Vervolgens kan het aanbod verschillend zijn. De verwachting vanuit GEM is dat de helft van de mensen vanuit verkennend gesprek al geholpen kan worden via e-community en e-health. De huisarts blijft zo wel op de hoogte van alle hulp- en zorgvragen. Het gebeurt nu te vaak dat er (veel) verschillende hulpverleners bij iemand betrokken zijn, zonder dat de huisarts hiervan op de hoogte is. Vroegsignalering kan nog steeds plaats vinden: wanneer er vanuit welzijn wordt gedacht aan ggz-diagnostiek, dan gaat dit via de huisarts.

Dit betekent niet dat de huisarts iemand fysiek moet beoordelen voordat iemand naar het verkennend gesprek kan. Bij jeugd geldt dat sinds de Jeugdwet er ook verwezen kan worden vanuit sociaal domein. De huisarts heeft nu echter onvoldoende zicht op wat er gebeurt in het sociaal domein. Dat geldt voor alle doelgroepen. Regelmatig zijn er veel hulpverleners bij patiënten betrokken zonder dat de huisarts dit weet en vaak zelfs zonder dat zij dit van elkaar weten. Om onnodige zorg oftewel stapelen te voorkomen, moet de huisarts (nu nog) standaard op de hoogte worden gebracht wanneer er vanuit het sociaal domein wordt gedacht aan een verkennend gesprek in verband met psychische klachten.

Het blijft voor de huisarts mogelijk om direct te verwijzen naar de ggz. Ook dan echter is het verkennend gesprek standaard aanbod tijdens de wachtlijst. In Doetinchem⁵⁷ is in een pilot gebleken dat alle 20 mensen die, naast een verwijzing naar de ggz ook een verkennend gesprek hebben gevoerd, uiteindelijk geen beroep meer hoefden te doen op ggz.

⁵⁶ Trimbos, Persoonlijk en maatschappelijk herstel van mensen met EPA

⁵⁷ Bron: GEM Doetinchem

Zowel de huisarts als de ggz kunnen in geval van niet-acute zorg een verkennend gesprek als voorwaarde stellen voorafgaand aan een hernieuwd huisartsconsult of verwijzing naar de ggz ('draaideurcliënten').

Door altijd de vraag 'wie neem je mee' te stellen, wordt direct het netwerk betrokken, danwel inzicht verkregen in de relatie met het netwerk of dat er onvoldoende netwerk is.

Het gesprek wordt gevoerd door twee mensen van verschillende achtergrond en organisatie. In de pilot in Deventer wordt er nu gematcht met twee mensen uit een groep van vijf: twee cliëntondersteuners van Vriendendiensten, twee vanuit een wijkteam van de gemeente en 1 vanuit het bijzondere zorg team (BZT). Juist om een brede kijk en open blik te houden, is het noodzakelijk om altijd twee verschillende mensen in het verkennend gesprek te zetten. Dan pas vindt kruisbestuiving plaats. Dat betekent iemand vanuit welzijn en iemand vanuit ggz of bijvoorbeeld altijd twee mensen uit verschillende organisaties. De gespreksvoerders doen hun eigen werk, maar dan samen; niet zorgen voor, maar zorgen dat.

Het verkennende gesprek kan dus gedaan worden door sociaal domein professionals met verschillende achtergronden: maatschappelijk werkers, Wally's (maatschappelijk werker die betrokken is bij de huisarts), social workers, VET-teams, gemeenten, ervaringsdeskundigen, medewerkers Vriendendiensten, Team Toegang Wmo, Team Toegang Jeugd, Team Bijzondere Toegang, etc. etc. De ggz-professional uit het verkennend gesprek moet voldoen aan de voorwaarden uit de dan geldende NZa beleidsregel. De gespreksvoerders kunnen overal in dienst zijn; ook bij andere partijen dan de gemeente. Te denken valt aan partijen zoals: RIBW, Raster, IrisZorg, Tactus, vrijgevestigden of andere contractrelaties van één van de gemeenten uit de regio Midden-IJssel. Niet de werkgever, maar het competentieprofiel is bepalend.

De professionals in het verkennend gesprek krijgen training. Deze training wordt gericht op de GEM waarden en hier beschreven inhoudelijke uitgangspunten. De professionals worden getraind in de 4 vragen plus de betekenis van 'wie neem je mee'. Dit kan bijvoorbeeld door middel van rollenspelen. Daarnaast leren zij het bestaande aanbod en ook elkaar kennen. Dat gaat wrijving maar ook veel kruisbestuiving opleveren.

Elke huisarts kent het team(pje) van mensen die voor de inwoners via deze huisarts in duo's verkennende gesprekken gaat verzorgen; plus de te consulteren ggz-professionals (zie verderop). Per huisartsenpraktijk wordt er in die buurt dus een team gevormd van een beperkt aantal verkennend gespreksvoerders.

Het team verkennend gesprek is op de hoogte en blijft zich op de hoogte stellen van het ecosysteem in beweging, de levende sociale kaart oftewel de mogelijkheden in de buurt. Via contact met andere teams verkennend gesprek in de regio blijft het team zich ook op de hoogte stellen van de mogelijkheden in de regio. In elk team(pie) verkennend gesprek onderhoudt iemand contact met aangrenzende teams.

Het gesprek vindt plaats op een locatie naar keuze. Dit kan zijn thuis, of juist in een andere wijk, bij Vriendendiensten, bij de ggz, bij een buurtcentrum, bij een vereniging, op school, online of elders. Een verkennend gesprek moet elke dag plaats kunnen vinden, maar wel binnen de mogelijkheden van het duo.

Valkuil 1: Matchen. Voorbeeld: iemand met autisme koppelen aan iemand die daar zogenaamd goed mee om kan gaan. Het gevaar van selectie vooraf is vooroordelen en veroordelen: iemand met een

classificatie autisme hoeft dat zelf niet als een probleem te zien. Met matches gaat het verkennend gesprek de zorgpaden van de specialistische ggz achterna - en die kant moet het verkennend gesprek juist niet op: niet zorgen, maar verkennen! Bovendien is 100% aansluiting niet mogelijk, niet vol te houden en ook niet wenselijk. Juist vanuit af en toe schuren of fouten maken (Winnicott: *ga voor goed genoeg*)⁵⁸ komt ontwikkeling: kennis, repareren, leren dat het leven niet maakbaar is; veerkracht en zelfregie.

Valkuil 2: Hulpverleners willen hulp verlenen. Dit is een overeenkomst tussen hulpverleners in alle domeinen. Goede zorg betekent echter juist mensen niet afhankelijk van je maken! In het verkennend gesprek wordt er samen verkend. Het is niet de bedoeling dat de indicatiestelling voor specifieke zorg wordt verlegd naar het verkennend gesprek. Het is dus belangrijk telkens de vier vragen van Jim van Os te blijven stellen en op die manier ook te blijven sturen op veerkracht en zelfregie.

Valkuil 3: Training is ingewikkeld, omdat de bedoeling is om het simpel te houden bij - per definitie - complexe problematiek. Per definitie complex, omdat er zo veel factoren een rol kunnen spelen. Maar veel data verzamelen geeft ook schijnzekerheid en leidt af van het contact. Bovendien lijkt er sprake te zijn van een aantal paradoxale uitgangspunten, zoals simpel versus complex, maar ook uniciteit versus groep of zelfregie versus zorg. Deze waarden sluiten elkaar echter juist niet uit maar houden elkaar in evenwicht. We zullen ook hierin de complexiteit moeten omarmen. Helpende kaders om training voor het verkennend gesprek te ontwikkelen zijn mogelijk wel de '*peer supported open dialogue*'⁵⁹ en de binnen ggz ontwikkelde netwerkinname⁶⁰ en patroonintake⁶¹.

Nadere uitleg uitgangspunt: standaard consultatie ggz op verkennend gesprek

Alle problematiek wordt op regelmatige basis en anoniem besproken door het duo verkennend gesprek, met consultatie vanuit de ggz. Dat wil zeggen: de gespreksvoerders en de ggz-consulent reflecteren met elkaar op de gepasseerde casuïstiek van de afgelopen periode. Deze consultatie wordt daarmee een domeinoverstijgende intervisie.

De consultatie vanuit de ggz op het verkennend gesprek vindt niet op indicatie plaats, maar standaard en op regelmatige basis. Overleg met elkaar moet normaal worden. Dit is belangrijk juist om elkaar te leren kennen en te gaan vertrouwen, want dan pak je makkelijker de telefoon wanneer het nodig is. Uit (meerdere) interviews en eigen ervaring blijkt bijvoorbeeld dat huisartsen niet bellen voor overleg naar de ggz, ook al staan er herhaaldelijk (algemene) telefoonnummers ter consultatie vermeld onder brieven of is er een aanmeldspreekuur. Huisartsen bellen echter wel als zij eerder persoonlijk contact hebben gehad. Vanuit deze regelmatige basis van kennen en vertrouwen kan dan vervolgens bijvoorbeeld ook de Siilo app gebruikt worden om korte vragen te stellen. Hiermee worden veel vragen al in de basis opgelost en onnodige verwijzingen voorkomen⁶².

De standaard consultatie vanuit de ggz op het verkennend gesprek is op papier. Dat wil zeggen: de ggz-consulent en het duo verkennend gesprek bespreken met elkaar anoniem de gepasseerde casuïstiek

⁵⁸ Winnicot, 'good enough' principe

⁵⁹ POD, Peer-supported Open Dialogue

⁶⁰ Scheepers, Netwerk intake, zie: <https://www.umcutrecht.nl/nl/netwerk-intake>

⁶¹ ParnassieGroep & Redesigning Psychiatry, Patroon intake; zie <https://mrcresearch.nl/project/patterns-of-life/>

⁶² Genoemd voorbeeld in interviews t.b.v. totstandkoming van dit transformatieplan

van de afgelopen periode. Deze consultatie is namelijk geen triage en dus ook niet bedoeld om bijvoorbeeld toch eerder diagnostiek en behandeling vanuit de ggz te verkrijgen dan volgens de wachlijsten mogelijk is. De consultatie mag niet leiden tot selectie vooraf. Het gaat er om van elkaar te leren en kruisbestuiving over domeinen heen te organiseren: wie maakt waarom en wanneer waarvan gebruik in het ecosysteem. Deze consultatie gaat daarmee meer lijken op domeinoverstijgende intervisie.

Valkuil: mensen per definitie uit de specialistische ggz willen houden. De bedoeling van het verkennend gesprek is niet om daarin alles op te lossen. De bedoeling van het verkennende gesprek is om samen te bedenken wie of wat welke bijdrage kan hebben. Om die reden is het ook noodzakelijk dat juist bij het verkennende gesprek verschillende domeinen betrokken worden. Alleen samen en vanuit verschillende perspectieven kan de meest passende hulp of zorg aangeboden worden. Dat aanbod hoeft niet per se in de specialistische ggz; maar hoeft ook niet per se binnen welzijn. Juist bij het verkennend gesprek is er ruimte om samen na te denken over wat 'je ding doen' betekent en wat daarbij past.

Nadere uitleg uitgangspunt: Iedereen in groep, waar mogelijk

Iedereen sluit zich aan bij een groep. Het aanbod voor mensen met psychische klachten of een meer dan gemiddelde psychische kwetsbaarheid is georganiseerd in groepen. Individuele behandeling is mogelijke volgende stap, en alleen mogelijk wanneer iemand voldoende is aangesloten bij een groep ('bij welke groep ben jij?'). Groepen zijn er niet alleen in de ggz, maar juist ook in het normale leven. Ook in het sociaal domein zijn groepen van belang.

Pas vanuit de veiligheid van de groep is het mogelijk om te erkennen dat iedereen verschilt en daarmee uniek is. Maatschappelijke uitval is precies dat wat het zegt: uit de maatschappij vallen, geen aansluiting meer vinden in de maatschappij. Elke vorm van begeleiding bij psychische kwetsbaarheid zal dan ook altijd zorg moeten dragen voor die aansluiting bij anderen in de maatschappij.

Iedereen dus in een groep, waar mogelijk: dat geldt voor iedereen in het ecosysteem mentale gezondheid. Dat geldt zowel voor de hulpvrager als voor de zorgmijder en ook voor de zorgverlener. Dat geldt voor iedere burger. We moeten het met elkaar doen, anders houden we het niet vol. Dat blijkt ook uit het voorgaande⁶³. Ook de hulp- of zorgverlener heeft anderen nodig. Een gezin thuis, yoga of de voetbalclub kan daarin voorzien. Maar gezien de specifieke aard van het werk van de hulp- of zorgverlener, en ook om bijvoorbeeld secundaire traumatisatie te voorkomen, moet in ieder geval via het werk voldoende intervisie aangeboden worden. Niemand is alleen in het ecosysteem.

Daarnaast weten we uit onderzoek dat behandeling in een groep beter werkt⁶⁴. Naast de gelijkwaardige effectiviteit van groepspsychotherapie, heeft de groep een aantal voordelen: lotgenotencontact, minder risico op afhankelijkheid van de therapeut, mogelijkheid tot therapeutische relaties tussen groepsgenoten, generalisatie van vaardigheden en herstelgericht leren van anderen⁶⁵. We zorgen nu echter vooral voor 1-op-1 behandeling: dat is de gouden standaard. Zo hebben wij het in onze individualistische maatschappij ook geleerd: ieder mens is uniek en heeft recht op individuele

⁶³ Zie paragraaf 1.1 Waarom transformatie?

⁶⁴ Burlingame & Strauss, Efficacy of small group treatments

⁶⁵ Rosendahl et al, Recent developments in group psychotherapy research

behandeling. Daarmee missen wij echter het netwerk, de context en de aansluiting bij anderen. Die krijgen we wel via de groep. Een groep is de maatschappij in het klein.

Een transformatie van individu naar groep is voor iedereen spannend. Ook voor hulp- of zorgverleners. Hulp- en zorgverleners willen precies dat doen: hulp en zorg verlenen. Dat zit in het woord en in hun aard. Hulpvragers vragen om hulp en verwachten daarbij 1-op-1 hulp; hulpverleners verlenen die hulp. Hoe specialistischer deze hulp of zorg is, hoe vaker dit 1-op-1 in een kamer met gesloten deur en volgens protocol gebeurt. Dat is logisch: hoe specialistischer, hoe meer wetten, richtlijnen, codes en ongeschreven regels. Het is heel moeilijk om dan - vanuit GEM-gedachtegoed - iemand bij te staan in een leerproces, waarbij je het al professional ook niet altijd weet. Het specialisme wordt het houvast. Daarmee draagt de professional zelf ook bij aan de neerwaartse spiraal van steeds meer zorg. De specialist weet het per definitie beter dan de ander, neemt het daarmee te vaak over van de ander en maakt de ander soms daarmee juist afhankelijk van zorg. We verloochenen daarmee niet alleen onze maatschappelijke taak - minder maatschappelijke uitval - maar juist ook onze individuele hulp: we zorgen voor meer zorg, in plaats van meer veerkracht.

Behandeling in groepen moet normaal worden. Het 'je ding kunnen doen' vindt altijd plaats in verhouding tot anderen. Dit betekent dat behandeling altijd gericht moet zijn op het 'je plek vinden' in de groep die onze maatschappij is. Dat betekent niet dat een groep geen maatwerk is. Er moet voldoende aanbod zijn van open groepen in sociaal domein, basis en specialistische ggz; plus domeinoverstijgende groepen, zoals 'de springplankgroep'. Een groep kan ook zijn: sportclub, biljartvereniging, samen eten bij Vriendendiensten, wandelen met de burens⁶⁶.

Aansluiting bij een groep is voorwaarde voor eventuele aanvullende individuele behandeling. Hierbij kan elke groep passend en 'goed genoeg' zijn, mits er voldaan wordt aan de volgende kenmerken van een groep: elkaar kennen en op regelmatige basis en afgesproken tijden bij elkaar komen. Op deze manier biedt een groep structuur en dit is randvoorwaarde voor elke behandeling in de geestelijke gezondheidszorg. Veel mensen ervaren een drempel in het aansluiten bij een nieuwe groep. Ervaringsdeskundigen kunnen hierin een brugfunctie vervullen

Groepstherapie doe je ook samen. Dit kunnen een specialistisch psychotherapeut en een ervaringsdeskundige zijn, of een groepspsychotherapeut plus bijvoorbeeld iemand in opleiding, een groepswerker uit een ander domein of een collega van een andere organisatie. Groepspsychotherapie werkt altijd met een dubbel theoretisch kader⁶⁷: het groepsdynamische kader (de groep als instrument) in combinatie met een specifiek therapeutisch referentiekader (zoals schematherapie, MBT, emotieregulatie, ACT, psychodynamisch, EMDR...). Bij de Nederlandse vereniging voor groepsdynamica en groepspsychotherapie is opleiding mogelijk tot specialistisch groepstherapeut, maar ook een verkorte opleiding tot groepstherapeut via de basiscursus groepsdynamica van 30 uur plus 25 zittingen supervisie.

Individuele behandeling past alleen op specifieke indicatie en laagfrequent naast groepsbehandeling. Er bestaat anders het risico van 'lekker': de vraag om hulp en zorg met name bij de individuele behandelaar neerleggen, in plaats van gebruik gaan maken van de groepstherapie om deze te bespreken.

⁶⁶ Genoemde voorbeelden in interviews t.b.v. totstandkoming van dit transformatieplan

⁶⁷ NVGP, NVP

Werken in groepen zorgt voor minder uitval bij behandelaren in de zorg. Je doet het samen. Er is automatisch verdunning en gedeelde verantwoordelijkheid. Behandelaren in opleiding krijgen, vanwege de fysieke aanwezigheid van een ervaren collega, meer mogelijkheid om te leren. Ervaren collegae krijgen meer mogelijkheid om kennis te delen en ook te blijven leren. Modulaire ggz betekent ook het samen doen door bijvoorbeeld met specialistische behandeling fysiek aan te sluiten op locatie bij Vriendendiensten; of bijvoorbeeld groepspsychotherapie te geven in een geschikte ruimte bij een openbare voorziening. Dit zorgt tevens voor normalisatie en kruisbestuiving.

Behandeling in groepen wordt georganiseerd door behandelaren hierin ook zelfregie te geven. Oftewel: vraag behandelaren bijvoorbeeld eerst de helft van de tijd die zij nu aan individuele behandeling te besteden, samen met een collega te organiseren in groepen. Geef behandelaren hierin ook letterlijk en figuurlijk ruimte om dit bijvoorbeeld een of twee dagen in de week buiten de muren van de eigen organisatie te organiseren (zie hierboven).

Valkuil 1: behandelaar en patiënt vormen samen al een groep. Bij individuele behandeling is het risico dat behandelaar en patiënt samen een groep(je) vormen waarbij er geen behoefte meer is aan een groep in het dagelijks leven. Op deze manier raakt een patiënt afhankelijk van hulpverlening en wordt er onvoldoende ingezet op zelfregie en veerkracht. Het is daarom belangrijk om vanaf de start in te zetten op verdunning door aansluiting bij een groep buiten de individuele behandelrelatie, net zoals medicatie (in niet-acute situaties) niet zonder psycho-educatie kan.

Valkuil 2: Individuele behandeling is lang gezien als gouden standaard oftewel heilige graal in de geestelijke gezondheidszorg. Dit blijkt niet te kloppen (zie eerdere tekst). Voor iedereen (zowel behandelaar als patiënt of cliënt) is transformatie echter moeilijk. Mensen zijn vaak wel overtuigd van het belang, maar ondanks voldoende groepsaanbod wordt soms toch slechts minder dan vijf procent⁶⁸ behandeld in een groep. Zowel behandelaren als patiënten of cliënten willen vaak niet in een groep. Echter na deelname aan groepsbehandeling ervaren mensen juist de voordelen⁶⁹. Dit verandert alleen als we onze behandeling standaard aanbieden in groepen.

Valkuil 3: een groep is te ingewikkeld. De logistiek is ingewikkeld, mensen kunnen niet naar een groep toe komen, of er is sprake van no-show. Dat hoort er echter allemaal bij. Een lege stoel is van betekenis. Er zijn mogelijkheden voor online en open versus gesloten groepen. Er is keuze in locatie en frequentie en het is onderdeel van de behandeling om daar samen afspraken over te maken. Structuur is randvoorwaarde voor behandeling.

Valkuil 4: iemand past niet in een groep. Dit wordt door zowel behandelaren als patiënten gedacht. Een groep hoeft ook niet helemaal te passen, juist niet. Ook in de maatschappij is volledige aansluiting een illusie. Een groep(je) is echter noodzakelijk om basisvaardigheden te ontwikkelen of te onderhouden zoals structuur en vertrouwen.

Valkuil 5: Iemand is groepsontwrichtend. Dat kan zo zijn. Het is dan echter juist van belang om te werken aan structuur en vertrouwen door stabiliteit aan te bieden. Iemand is dan namelijk net zo groepsontwrichtend in de maatschappij, of wanneer er sprake is van crisis, in de kliniek. Dit gaat over mensen over wie vaak de vraag naar zorgplicht of eindverantwoordelijkheid gesteld wordt. Dit gaat over

⁶⁸ Vanuit interviews

⁶⁹ Piper, The therapeutic alliance in group therapy

mensen met wie uiteindelijk vaak geschoven wordt tussen partijen: hete aardappelen, over de schutting. Dit gaat over mensen bij wie vaak vele hulp- en zorgverleners betrokken zijn (geweest) en uitvallen. Juist dan is het van belang groepen te vormen. Deze groepen moeten gevormd worden in vreedstijd. Tijdens crisis is het te laat, ontstaat er parallelproces bij hulpverleners: ook zij raken logischerwijs in crisis wanneer zij er op dat moment alleen voor staan.

Nadere uitleg uitgangspunt: Iedereen een ‘contactpersoon’, tenzij

Iedereen heeft ondersteuning nodig en zeker bij (meer dan gemiddelde) psychische kwetsbaarheid of klachten. Niemand is alleen in het ecosysteem. Daarom is een belangrijk uitgangspunt dat iedere deelnemer aan het verkennend gesprek een ‘contactpersoon’ meeneemt. Bij voorkeur is deze contactpersoon of ondersteuner iemand uit de directe omgeving: een familielid, kennis, vriend of buur⁷⁰. Ondersteuning komt sowieso uit de ‘ruggensteungroep’⁷¹ of uit de ‘resource group’⁷². Maar voor iedereen is een contactpersoon nodig: dat is het normale leven; ook als je op vakantie gaat of een berg beklimt, is er een contactpersoon. Als de inwoner met psychische klachten geen contactpersoon heeft, gaan deelnemer en gespreksvoerder(s) samen op zoek naar iemand. Een contactpersoon is er in feite altijd; die vormt de verbinding met het ecosysteem. Dat betekent echter zeker niet dat een contactpersoon altijd aanwezig is of overal van op de hoogte moet zijn. Uiteindelijk bepaalt de inwoner of er een contactpersoon meegaat naar het verkennend gesprek; dit is zeer wenselijk, maar niet verplicht. De regie ligt bij de inwoner.

Vanuit het VeranderAtelier Herstelnetwerk wordt reeds cliëntondersteuning geboden. Er is georganiseerde inwonerondersteuning en er zijn onafhankelijke cliëntondersteuners. Er is ruimte nodig om te experimenteren met de volgende uitgangspunten en doelen.

Contact begint al bij de vraag voorafgaand aan het verkennend gesprek: wie neem je mee? Met deze vraag wordt de ander bewust gemaakt van dat het niet normaal is om psychische klachten alleen te moeten verdragen. Het is wel normaal om psychische klachten te hebben - wij zijn allemaal psychisch meer of minder kwetsbaar - en ook om klachten tot op zekere hoogte te accepteren en te verdragen. Het leven is niet maakbaar en we kunnen niet alles oplossen. Het hoeft echter niet alleen.

Indien er geen contactpersoon of ruggensteungroep in de directe omgeving is of iemand (nog) niet om ondersteuning wil of kan vragen in de directe omgeving, dan kan er een maatje of cliëntondersteuner gekoppeld worden. Doel blijft om samen een contactpersoon in de directe omgeving te gaan vinden: zo gewoon mogelijk.

De contactpersoon moet specifiek iemand zijn zonder behandelverantwoordelijkheid - iemand die er alleen maar hoeft te zijn⁷³. De contactpersoon kan echter wel voor verbinding zorgen met zowel behandelaren als met het ‘normale’ leven. De contactpersoon kan een signalerende functie hebben, maar niet meer dan dat. Soms is het niet mogelijk om in het eigen netwerk ondersteuning te vinden. Regelmatig blijkt dit het geval bij ernstige psychiatrische aandoeningen of persoonlijkheidsproblematiek. Juist dan dient er een contactpersoon ter ondersteuning gekoppeld te

⁷⁰ Deze persoon kan al mantelzorger zijn van de deelnemer, maar dat hoeft uiteraard niet

⁷¹ Delespaul et al, Goede GGZ!

⁷² Stichting RACT Nederland; zie o.a. www.ract.nl

⁷³ Baart, Een theorie van presentie

worden. Dit kan een cliëntondersteuner zijn, maar ook iemand anders uit het ecosysteem: een ervaringsdeskundige, een oude leraar, een niet-behandelend psychotherapeut, een maatje van Vriendendiensten, een buur of een geestelijk verzorger. Er moet sprake zijn van een levensloopregeling, bijvoorbeeld via regelmatig actief contact zoeken: waakvlamcontacten. De boodschap is: niemand is alleen in het ecosysteem.

Juist als er sprake is van complexe problematiek of crisis wordt er van de contactpersoon niets anders verwacht dan er zijn. We hebben lang naar psychische zorg gekeken als een keten waarin we steeds specialistischer - maar daarmee ook steeds minder met open blik - classificeren en behandelen. Dat helpt soms, maar op die manier kan een patiënt aan het einde van de keten dus ook 'uitbehandeld' raken. Dat helpt niet: een patiënt is op dat moment nog steeds een mens met klachten, die intussen steeds afhankelijker is geraakt - en gemaakt - van zorgverlening.

Een praktijkvoorbeeld: bij een eetstoornis is de vooropstaande en ook levensbedreigende klacht - eigenlijk: symptoom - het verminderde eten. Dit kan leiden tot verplichte voeding (dwangvoeding) waarbij de patiënt zich zodanig verzet dat een heel team aan verpleegkundigen nodig is om de patiënt in bedwang te houden - met als gevolg een voldoende gevoede patiënt maar ook traumatisatie voor zowel patiënt als team. Iedereen om de patiënt heen wil echter dat zij (in dit geval) gevoed wordt, want zonder voeding volgt de dood. Elk gesprek gaat ook over voeding, het kan niet meer over onderliggende problematiek gaan, want er is telkens sprake van een acute situatie. Als na verloop van tijd blijkt dat dwangvoeding niet helpt - want: patiënt is wel voldoende doorvoed, maar wil nog steeds niet eten - dan wordt er overlegd over het staken van de dwangvoeding. Het vervolg wordt besproken als palliatieve zorg - daarmee wordt patiënt echter volgens keten-denken als 'uitbehandeld' gezien: we hebben alles geprobeerd, er is alleen nog verlichting van het lijden mogelijk tot de dood er op volgt. De uitkomst bij deze casus was echter dat patiënt voor het eerst zelf regie kon nemen - dat kan een keuze voor de dood betekenen, maar in dit geval koos zij voor het leven: er was iemand - een contactpersoon - die er in deze keten altijd - oftewel: met regelmaat, volgens afspraak en zonder enige bemoeienis met behandeling - voor haar geweest was en op die manier voor haar de verbinding naar het leven vormde. Hierna volgde nog een lange weg met veel crises, ernstig psychisch lijden maar ook voldoende veerkracht en kwaliteit van leven om telkens voor het leven te blijven kiezen. Dit praktijkvoorbeeld geeft aan hoe belangrijk het is dat iemand verbonden is die er 'gewoon' is en ook geen enkele andere verantwoordelijkheid heeft dan er te zijn. Die niet hoeft te handelen in acute situaties. Die geen keuze maakt of interpretatie doet voor de ander - 'zij moet gevoed worden anders gaat zij dood' of 'zij wil niet eten dus zij wil dood'.

Bij complexe problematiek, zoals in dit praktijkvoorbeeld beschreven, is het mogelijk geïndiceerd om voor de rol van contactpersoon bijvoorbeeld een psychotherapeut te kiezen. Bij meer zorgmijdende problematiek kan het echter juist aangewezen zijn om iemand te vragen uit de directe omgeving van de persoon: zo gewoon mogelijk. Hoe dan ook is het belangrijk om deze persoon vrij te houden van zorgplicht en professionele en zo veel mogelijk van persoonlijke verantwoordelijkheid: het gaat alleen om contact houden met het ecosysteem, in de hoop uiteindelijk weer voldoende verbinding te kunnen maken met het ecosysteem. Soms is dus een betrokken naaste niet de juiste contactpersoon, maar de snackbareigenaar op de hoek.

Het uiteindelijke doel blijft veerkracht en zelfregie. Dit lukt alleen via structuur en periodieke aansluiting; niet bij continue beschikbaarheid. Flexibele maar in de tijd gespreide ondersteuning, hulp en zorg is nodig; geen continue en daarmee afhankelijk makende ondersteuning of zorg. De ondersteuning kan

(en moet, liefst) natuurlijk gedeeld worden door een ‘ruggensteungroep’ of een ‘resource group’. Daarin wordt duidelijk afgesproken wie welke rol of taak heeft, onder regie van de persoon om wie het gaat.

Een contactpersoon is er in feite altijd; die vormt de verbinding met het ecosysteem. Dat betekent echter zeker niet dat een contactpersoon altijd aanwezig is of overal van op de hoogte moet zijn. Uiteindelijk bepaalt de inwoner of er een contactpersoon meegaat naar het verkennend gesprek; dit is zeer wenselijk, maar niet verplicht. De regie ligt bij de inwoner.

Valkuil: Om bij crisis alleen te signaleren en aanwezig te blijven zonder directe hulp te bieden, vraagt veel van contactpersonen. Net als voor iedereen in het ecosysteem, maar vooral voor mensen met een (meer dan gemiddelde) psychische kwetsbaarheid en hun contactpersonen, is de boodschap dat psychische klachten (deels) bij het leven horen moeilijk.

Nadere uitleg uitgangspunt: Intervisie voor iedereen

Intervisie moet georganiseerd worden voor iedereen die te maken heeft met psychische kwetsbaarheid en/of klachten. Dit is belangrijk om voldoende blijvende verbinding te creëren over domeinen heen, om elkaar voldoende te leren kennen en te vertrouwen, om het niet alleen te hoeven doen, om kennis uit te wisselen, om secundaire traumatisatie te voorkomen en om in tijden van crisis reeds samen een groep te hebben gevormd.

Er is ruimte nodig om vanuit VeranderAteliers te experimenteren met de volgende uitgangspunten en doelen.

Alle inwoners met een meer dan gemiddelde psychische kwetsbaarheid of psychische klachten ontvangen in feite intervisie via aansluiting bij een groep(je). Het samen doen moet normaal worden.

Alle hulpverleners die betrokken zijn bij het verkennend gesprek, komen met regelmaat bij elkaar waarbij ook weer verschillende duo’s samengesteld kunnen worden. Een duo verkennend gesprek heeft met regelmaat overleg en dus intervisie met een consulent uit de specialistische ggz. Ook de betreffende huisarts wordt betrokken voor intervisie. Het is noodzakelijk om elkaar te kennen om elkaar voldoende te gaan vertrouwen.

Groepspsychotherapie gebeurt samen en wordt dus ook samen voorbereid en/of nabesproken in intervisie. In vreedstijd worden intervisie groepen zoals ‘transfertafels’⁷⁴ gevormd om samen te overleggen over patiënten met complexe problematiek die worden gezien als ‘hete aardappelen’. Contactpersonen hebben de moeilijke taak om er vooral ‘gewoon’ te zijn en hen moet intervisie aangeboden worden om dit samen te kunnen verdragen.

Valkuil: te veel groepen organiseren. Intervisie is noodzakelijk en daar moeten vaste afspraken over gemaakt worden. Vervolgens is het echter aan de groep wat er nodig is (wie, wat, waar, wanneer hoe).

Nadere uitleg uitgangspunt: Verdubbeling Herstelnetwerk

Het Herstelnetwerk Deventer bestaat uit ervaringsdeskundigen van vijf verschillende organisaties⁷⁵, waaronder Vriendendiensten. Zij voorzien in een grote behoefte en sluiten volledig aan bij GEM-gedachtegoed. Vriendendiensten beweegt zich tussen welzijn en geestelijke gezondheidszorg in - maar

⁷⁴ Genoemd voorbeeld in interviews t.b.v. totstandkoming van dit transformatieplan

⁷⁵ Huidige deelnemers: Dimence, IrisZorg, Vriendendiensten Deventer, Tactus en RIBW Overijssel

niet alleen in het voorveld; zij kunnen juist ook tussentijdse ondersteuning en nazorg bieden, aanvullend op en regelmatig verkortend van ggz-behandeling (zorg vanuit een netwerk- in plaats van ketengedachte). Om haar functies goed te kunnen (blijven) vervullen, is uitbreiding van capaciteit van het Herstelnetwerk met ervaringsdeskundigen noodzakelijk. Zo kunnen zij actief zijn in de hele regio Midden-IJssel.

Vriendendiensten biedt een zelfregiecentrum, maatjesactiviteiten en onafhankelijke ggz-cliëntondersteuning. Vriendendiensten heeft nu een locatie in Deventer en een locatie in Raalte. Daarnaast is er sinds februari 2023 een locatie in Olst en sinds 2024 in Voorst. Met gemeente Voorst heeft zij een subsidie-relatie, waarbij er vanuit de gemeente Voorst ook inwoners aansluiten bij zelfregiecentrum Korak in Apeldoorn. Vriendendiensten is een vertrouwde samenwerkingspartner.

Indien op termijn (buiten de scope van dit transformatieplan!) de verdubbeling van capaciteit van Vriendendiensten in Deventer wordt gerealiseerd verdient het de voorkeur om aan te sluiten bij bestaande locaties (bijvoorbeeld openbare plekken zoals bibliotheek, wijkcentra, Humanitas, scholen, Huis van de Wijk). De voordelen hiervan zijn: diversificatie door andere inloop dan bij bestaande pand, automatische kruisbestuiving, destigmatisering. Op deze locaties kan dan misschien geen voortdurende inloop vorm worden gegeven, maar wel op gezette tijden en daarnaast kunnen er bijvoorbeeld trainingen worden gegeven door ervaringsdeskundigen van verschillende organisaties, maar ook andere groepen.

Aansluiting bij het normale leven en initiatieven vanuit inwoners is belangrijk. Er is sprake van een levend ecosysteem: vanuit het verkennend gesprek moet blijvend in kaart worden gebracht welke mogelijkheden er voor de inwoner zijn in en buiten de buurt en online. Er start nog een VeranderAtelier sociale ondernemingen.

Valkuil: ‘alle ballen op Vriendendiensten’. Vriendendiensten voorziet in een behoefte en sluit volledig aan bij GEM-gedachtegoed. Daarnaast blijft diversificatie belangrijk. Om voldoende diversificatie te bieden, is het nodig om aan te sluiten bij wat er is en ruimte te geven aan welke goede ideeën er nog kunnen komen.

Nadere uitleg uitgangspunt: Regie bij de inwoner

Documentatie vindt zo veel mogelijk plaats onder regie van de inwoner zelf. Wanneer nodig, kan samen een hulpkaart of crisiskaart⁷⁶ gemaakt worden. De inwoner is eigenaar van deze kaart waarin alleen minimale informatie staat met betrekking tot wie, wat en wanneer. Er zijn ook digitale mogelijkheden voor verslaglegging zoals een (leefstijl) app. Deze uitgangspunten dienen verder uitgewerkt te worden in een VeranderAtelier.

De Hulpkaart en Crisiskaart zijn persoonlijke en fysieke, opvouwbaar kaartjes die in een portemonnee of telefoonhoesje passen. Deze kaarten bevatten niet-behandelinhoudelijke informatie. De inwoner is eigenaar van de kaart en heeft dus ook regie met betrekking tot welke gegevens op deze kaart komen te staan. Het betreft een overzicht van gegevens met betrekking tot contactpersoon en eventueel ruggensteungroep of resource group danwel hulpverlening, maar ook informatie voor onbekenden in

⁷⁶ Zie o.a. www.crisiskaart.nl en www.hulpkaart.nl

het ecosysteem hoe te handelen bij bepaalde klachten of problemen. De kaart is dan ook in te zien voor iedereen wanneer nodig.

Nadere uitleg uitgangspunt: Ecosysteem in beweging oftewel 'levende sociale kaart'

Een ecosysteem mentale gezondheid is prachtig, maar onoverzichtelijk. Diversificatie is belangrijk, maar moeilijk te overzien. De sociale kaart maar ook het zorglandschap verandert voortdurend. In een ingewikkeld systeem moeten we juist simpel blijven denken met elkaar. We willen het goed genoeg doen: doen we het goede, in plaats van doen we het goed. We gaan dus telkens terug naar de basis vier vragen en bespreken eerst samen wat of wie er binnen het eigen netwerk kan. Daarnaast zorgen we, door hulpverleners uit verschillende domeinen telkens met elkaar te verbinden, voor verschillende perspectieven waardoor er een netwerk ontstaat met verschillend en aanvullend aanbod in plaats van een trechter richting zorg. GEM wil echter ook ondersteuning bieden. Dit kan ook online. Deze uitgangspunten en doelen dienen verder uitgewerkt te worden in een VeranderAtelier.

Het team verkennend gesprek is op de hoogte van lokaal, regionaal en online aanbod passend bij de behoefte van de inwoner, vanuit de 4 vragen. Aanbod in ondersteuning kan online verzameld worden. Dit gaat over groepen, behandelingen, vrijwilligers, verenigingen, initiatieven in een buurt, welzijn, zorg en e-health. Deze verzameling is per definitie een wildgroei aan opties. Het gaat moeilijk worden om door de bomen het bos te zien. Deze verzameling is ook nooit compleet en altijd in beweging. Maar dat is niet erg. De verzameling kan gebruikt worden door alle inwoners - maar juist voor wie dat niet zelf lukt: ook bij verkennend gesprek, door contactpersonen of behandelaren - om samen passende zorg te vinden.

Op het gebied van online behandel-service en e-community zijn er reeds goed lopende lokale initiatieven zoals Thubble, die verbonden moeten worden met landelijke initiatieven, passend bij GEM-gedachtegoed, zoals PsychoseNet. Verdere ontwikkeling is noodzakelijk.

We willen toe naar een verzameling waarin het aanbod van niet-geïndiceerde en geïndiceerde zorg met elkaar verbonden wordt. Iedereen kan profiteren van bepaalde groepen. Nu kunnen sommige groepen niet starten omdat zij niet vol zijn, terwijl voor veel mensen niet duidelijk is dat een dergelijke groep überhaupt bestaat.

Valkuil: een zodanig onoverzichtelijke website creëren dat niemand daar ooit op gaat kijken en dus iets aan heeft. Verbinding tussen lokale en landelijke initiatieven is noodzakelijk.

Appendix 5 Nadere toelichting op wat gemeenten al doen t.b.v. mentaal welbevinden

Onderstaand overzicht toont alle activiteiten per gemeente op het gebied van het verbeteren van mentaal welbevinden. Dit in aanvulling op paragraaf 1.6 in de hoofdtekst.

Kwantitatieve gegevens

De exacte omvang van de financiering van projecten voor mentaal welbevinden, is lastig te bepalen. Dit omdat gemeenten 'groepsdoelen' financieren en niet 'doelgroepen'. Voor voldoende kwantitatieve duiding lichten we in dit plan de subsidierelaties van alle gemeenten met Vriendendiensten Deventer eruit. Het werk van deze organisatie valt volledig samen met de doelgroep mentaal welbevinden.

Alle gemeenten hebben aangegeven dat de aangevraagde transformatiemiddelen en beoogde inzet vanuit het sociaal domein in dit transformatieplan, aanvullend zijn op de bestaande subsidierelaties. Er is dus geen sprake van dubbelfinanciering ten gevolge van dit transformatieplan.

Vriendendiensten Deventer is een onafhankelijke zelfregie- en herstelorganisatie die zich inzet voor jongeren (17+) en volwassenen met (beginnende) mentale klachten, psychische kwetsbaarheid of psychosociale problemen uit de gemeenten Deventer, Olst-Wijhe, Raalte, Lochem en Voorst. Het werk van Vriendendienst bestaat uit drie kerntaken:

1. Zelfregie en herstel: zelfregiecentra met inloop, 'door- en voor'-activiteiten, groeimogelijkheden ('groeivijver'), jongerencafé (17 – 30 jaar) en het Herstelnetwerk (herstelcursussen en lotgenotengroepen).

N.B. dit betreft het Herstelnetwerk in de huidige omvang; in het transformatieplan is alleen de uitbreiding van het Herstelnetwerk meegenomen

2. Onafhankelijke ggz-cliëntondersteuning: vraagverheldering, tijdelijke praktische ondersteuning en belangenbehartiging
3. GGZ-maatjesactiviteiten: 1-op-1 maatjes, groepsmaatjes, maatjescafés

Vriendendiensten heeft over 2024 de volgende subsidiebedragen ontvangen van de vier gemeenten in de regio Midden-IJssel (dit betreft alle drie kerntaken bij elkaar):

- Deventer: € 877.015
- Olst-Wijhe: € 61.152
- Raalte: € 312.225
- Voorst: € 42.297

De werkzaamheden van Vriendendiensten vinden naar rato plaats in de vier gemeenten; rekening houdend met het aantal beschikbare uren (budget) per gemeente.

Aanvullend op bovenstaande subsidiebedragen ontvangt Vriendendiensten nog € 43.325 van de gemeente Deventer t.b.v. 1 fte onafhankelijke ggz-cliëntondersteuning in het project 'samenwerking Vriendendiensten - Dimence' i.h.k.v. wachttijden. Dit project betreft co-financiering met Salland Zorgvezekeraar (die eveneens 43.325 euro betaalt).

Kwalitatieve gegevens

Naast bovenstaande subsidierelaties met Vriendendiensten Deventer, doen gemeenten in de regio Midden-IJssel nog veel meer op het gebied van mentaal welbevinden. Hieronder staat een uitwerking van de belangrijkste activiteiten per gemeente.

Gemeente Deventer

- Sociale infrastructuur: in 2023 is verder geïnvesteerd in de sociale infrastructuur van buurten en dorpen binnen de gemeente Deventer, op basis van het plan van aanpak 'Toekomstbestendige wijken'. De gedachte in dit plan is dat iedereen moet kunnen deelnemen aan de samenleving, ook mensen met een psychische kwetsbaarheid.
Daarnaast ook het faciliteren van buurtvoorzieningen waar mensen met mentale problemen kunnen binnenlopen, het bestaande zelfregiecentrum, het Herstelnetwerk Deventer (met ervaringsdeskundigen) en Maatjes projecten
- Basisinfrastructuur: Een goede sociale basisinfrastructuur is van belang om de beweging te stimuleren van individuele naar algemene voorzieningen en positieve gezondheid te bevorderen. De gemeente Deventer zet in op goede voorzieningen, vroegsignalering, preventie en het bemiddelen naar werk. Hierbij is specifieke aandacht voor mensen met mentale problemen.
- Integrale toegang: om ervoor te zorgen inwoners die het nodig hebben te kunnen ondersteunen, te activeren naar (vrijwilligers)werk of toe te leiden naar zorg.
- Spoorboek voor woon- en zorgopgaven: bij plannen de woon- en zorgopgaven het hoofd te bieden is er specifieke aandacht voor bijzondere doelgroepen, zoals mensen met een psychische variatie.
- Plan van aanpak kwetsbare jongeren: er is uitvoering gegeven aan dit plan, waarbij er nadrukkelijk aandacht was voor jongeren die te maken hebben met een psychische kwetsbaarheid.

Daarnaast lopen nog tal van andere initiatieven, waarbij er aandacht is voor mentale problematiek:

- Toegang tot zorg en ondersteuning: GGZ-deskundigheid in de toegangsteams van de gemeente Deventer, betaalde jeugdconsulenten (POH jeugd) bij de huisartsen, Jeugdgezondheidszorg (GGD) waarbij consultatiebureaus, schoolverpleegkundigen en schoolartsen extra aandacht besteden aan de toenemende mentale problemen bij jongeren, Continueren van de deelname aan het project suïcide-preventie dat wordt gecoördineerd door GGD IJsselland, Evaluatie van 'Waar is Wally' en mogelijkheden onderzoeken op aansluiting bij een regionale ketenaanpak 'Welzijn op recept'.
- Ondersteuning: Samenwerking van Impluz en AV Daventria: Loop je Lichter, laagdrempelige ondersteuning met de nadruk op zelfregie vanuit Stichting Vriendendiensten en Buurtgeluk.
- Ontmoeting: eenzaamheid ouderen tegengaan: een tegen eenzaamheid en actieplan: wie bezorg jij een glimlach, jongerenontmoeting voor jongeren met autisme
- Preventie en voorlichting: Bijeenkomsten en toneelstukken gefinancierd om mentale problemen bespreekbaar te maken, financieren van weerbaarheidstrainingen en cursussen voor scholieren en leerkrachten.
- Wonen en werken: Project kwetsbare jongeren opgezet, waarin jongeren met (o.a.) mentale problemen begeleid worden in wonen en toeleiding naar werk.
- Overig: Inzet van de programma's Maatschappelijke Diensttijd voor jongeren: Impacter en Music Moves (zie het uitvoeringsplan vrijwilligerswerk 2023).

Gemeente Voorst

- Subsidierelatie met Vriendendiensten voor maatjesactiviteiten en onafhankelijke ggz-cliëntondersteuning, en onlangs gestart met een inloop mentale gezondheid in Twello; bekostigd vanuit het IZA-budget;
- Subsidiëren van een Korak-herstelacademie in Apeldoorn;
- Extra inzet op algemeen maatschappelijk werk sinds 2023, ten behoeve van het verbeteren van het mentale welbevinden van de inwoners;
- Workshops van Impluz (t.b.v. ondersteuningsstructuur van vrijwilligers en mantelzorgers) en ontlasting van mantelzorgers door het Steunpunt Mantelzorg;
- OZO-Verbindzorg (online communicatieplatform) voor alle inwoners die vanuit beschermd wonen zelfstandig gaan wonen;
- Opfriscursussen Mental Health First Aid voor alle gespreksvoerders in het sociaal domein;
- Cursussen ZZ-GG (van Ziekte & Zorg naar Gezondheid & Gedrag) voor gespreksvoerders in het sociaal domein.

Gemeente Olst-Wijhe

- Subsidie Vriendendiensten (Maatjesprojecten, onafhankelijke ggz-cliëntondersteuning en 2x per week dagdeel Zelfregie en herstel);
- Cursussen van ZZ naar GG (zowel voor medewerkers gemeente als voor haar partners);
- Functie procesregisseur complexe casuïstiek voor snijvlak tussen zorg en veiligheid;
- Subsidiering (coördinatie) vrijwillige inzet (ook aan vrijwilligers die net wat extra aandacht nodig hebben) en ondersteuning mantelzorgers;
- Subsidie AMW, Jongerenwerk en Financiën de Baas ;
- Waarderingsubsidie voor het Noaberhuus waar iedereen op meerdere tijdstippen per week kan binnenlopen voor een kop koffie of thee en anderen ontmoeten (inwonerinitiatief met inlooplekken in Olst en in Wijhe);
- Ontwikkeling van één aanspreekpunt in onze gemeente voor inwoners en verwijzers;
- Regionale samenwerking en bekostiging (vanuit BW en MO) rondom meldpunt bijzondere zorg en bemoeizorg (BZT), cliëntparticipatie en ervaringsdeskundigheid GGZ-doelgroep;
- Realisatie van tussenvoorzieningen voor jongvolwassenen die uitstromen uit jeugdhulp met verblijf of BW.

Gemeente Raalte

- Subsidierelatie met Vriendendiensten voor inloop, zelfregie- en herstelactiviteiten, cliëntondersteuning, ervaringsdeskundigheid en GGZ-maatjes;
- Subsidierelatie met algemeen maatschappelijk werk van De Kern en welzijnsorganisatie Wijz Welzijn (jongerenwerk);
- Subsidierelatie met Stichting Evenmens (versterken van ondersteuningsstructuur van vrijwilligers en mantelzorgers voor doelgroep GGZ);
- Inlooptmogelijkheden en zelfhulpgroepen via Iriszorg en Tactus;

- Subsiëren OZO Verbindzorg;
- Inzet rol jongerencoach CJG voor doelgroep 18-/18+;
- Regionale samenwerking en bekostiging DOWR (vanuit BW en MO) rondom meldpunt bijzondere zorg en bemoeizorg (BZT), cliëntparticipatie en ervaringsdeskundigheid GGZ-doelgroep;
- Realisatie van tussenvoorzieningen voor jongvolwassenen die uitstromen uit jeugdhulp met verblijf of BW;
- Ontmoetingscentra in Raalte en Heino (cliënten en mantelzorgers);
- Deelname aan de week van de mentale gezondheid;
- Theatervoorstellingen in Hoftheater over mentale gezondheid, stigma en bewustwording;
- Cursussen ZZ-GG voor gespreksvoerders jeugd in het sociaal domein;
- Verkennen inzet Stap in de wijk + Doe Mee groep in Heino van RIBW;
- Extra inzet op de mentale gezondheid van jongeren, o.a. bij het CJG en jongerenwerk op basisscholen.
- Voorzorgcirkels (Naoberschap) via Salland `United

Voorbeelden te organiseren bijeenkomsten t.a.v. publieks-/communicatiecampagne

- Bijeenkomsten voor werkgevers uit de regio: bijvoorbeeld rondom het beter benutten van arbeidskapitaal door variatie aan aanwezige kwaliteiten beter in te zetten;
 - o.a. inzet van mensen met een 'psychische variatie', wat specifieke kwaliteiten met zich meebrengt;
- Bijeenkomst voor jongeren (en ouders) uit de regio. Denk hierbij voorbeeld aan de theatervoorstelling *'Wat the fuck is geluk?'*; inclusief een nabespreking (in lijn met de door Hanna Verboom ontwikkelde formule). Dit is naar eigen inzicht in te vullen voor de vier gemeenten in de regio;
- Evenementen rondom het beeld 'Stille strijd'⁷⁷. Dit door het beeld op twee plekken in de regio te plaatsen op een centrale plaats, en hier thema activiteiten rondom mentale gezondheid aan te koppelen;
- Het spel "Een steekje los?" en het spel "Alles op tafel" aanbieden op publieke locaties. Deze spellen over positieve gezondheid kunnen worden aangeboden in alle buurthuizen, scholen, en bibliotheken, etc. Dit vraagt om inzet van een betaalde coördinator (8 uur per week) die samen met 'opgeleide bezoekers van zelfregiecentrum' (dus: vrijwilligers) op pad gaat
- Themabijeenkomsten voor inwoners in de avond over stress, grenzen aangeven en middelengebruik. Op deze wijze kunnen mensen kennis maken met allerlei collectieve mogelijkheden i.p.v. alleen 'hulpverlening'

⁷⁷ <https://stillestrijd.com/>

Appendix 6 Index handreiking opstellen MGN transformatieplan

In deze bijlage duiden we waar welk onderwerp uit de opzet en handreiking voor het opstellen van een transformatieplan Mentale Gezondheidsnetwerken van Zilveren Kruis, te vinden is. Dit transformatieplan is immers breder dan het verkennend gesprek/ MGN. Bovendien loopt de GEM-aanpak in Midden-IJssel ook van (ruim) voor de introductie van MGN. Desondanks komen nagenoeg alle onderdelen uit de MGN-handreiking van Zilveren Kruis aan bod in transformatieplan.

In onderstaande tabel staan alle onderdelen uit de handreiking, met daarachter de paragraaf waar deze informatie te vinden is, in dit transformatieplan.

Onderdeel	Paragraaf in transformatieplan
1 Inleiding en aanleiding	
Inleiding en aanleiding	1.1
Relatie met regiobeeld en regioplan	1.1
Huidige samenwerking in vorm en inhoud	1.3
Relatie met regionale knelpunten, w.o. wachttijden, personeel	1.1
2 Kadern en essentie van MGN	
Visie op MGN en het werken met verkennend gesprek i.r.t. netwerk, herstel, passende zorg	1.2, 1.5, 0
Relatie met de landelijke IZA afspraken, rondom afbuiging, positie, herstelgerichtheid	2.1, 0
3 4 Functies van Mentale gezondheidsnetwerken	
Aanwezigheid en inzet van 4 functies	3.5
Impactanalyse en weergave van impact op diverse domeinen	3.1, 3.2, 3.3
Minimale Eisen per functie, tijdsperiode waarin elke functie wordt gerealiseerd	4.1.1, 0
Samenhang en samenwerking in en rondom het netwerk	3.5
Doelen van de functies, van elk en tot elkaar, totaal, samenhang	3.5, 0, 4.4
<i>Aanvullende functies</i>	
<i>(interactie met) Consultatie en advies - zowel 1e - 2e lijn, binnen VG als sociaal domein - GGZ</i>	2.1.1
<i>(interactie met) Digitale Zorg en hybride Zorg</i>	2.1.2
<i>(relatie met) Herstel en inlooppunten.</i>	2.1.1
<i>(relatie met) Regionale versterking (Mentale Gezondheid), voorlichting, pos. Gezondheid</i>	1.4, 0
4 Samenwerking in de regio, structuur en governance	
MGN als regionale netwerkstructuur, governance nu / na de IZA periode w.o. structurele borging	5.3, 5.4
Participatie en betrokkenheid van de GGZ partijen in de regio	5.3
Participatie en betrokkenheid van gemeenten in de regio	5.3
Participatie en betrokkenheid van sociaal domein en welzijn in de regio	5.3
Participatie en betrokkenheid van Huisartsen en Huisartsengroep	5.3
5 Het Verkennend gesprek	
Wat is het verkennend gesprek	2.1.1
Positionering van het VG	2.1.1
Vindplaats van het gesprek	2.1.1
Doelgroep, profiel, instroom	2.1.1
Rol van Huisarts, POH, voor, tijdens en na. Ook i.r.t. verwijzing	2.1.1
Plaats van MGC: fysiek, in de wijk of digitaal	2.1.1
Methode voor het VG: dialogisch, integraal, herstelgericht. Bijv. pos. Gezondheid	2.1.1
Het gesprek zelf, werkmethode en inhoud	2.1.1
Inzet van professionals, kwalificaties, profiel, herkomst. Positie Ervaringsdeskundigheid	2.1.1
6 Na het verkennend gesprek	
Relatie met het sociaal domein	
Wijze waarop sociale kaart/ zicht op aanbod Sociaal Domein geborgd wordt in het VG	2.1.1
Vervolg na het VG in het sociaal domein. Rol, verantwoordelijkheden en logistiek	0
Aansluiting met andere initiatieven - w.o. WIW, welzijn op recept	Appendix 5
Relatie met de GGZ	
Vervolg na Verkennend gesprek i.r.t. Transfer, wachtljst, doorstroom en 4 weken termijn	2.1.1
Aansluiting logistiek binnen / van instelling(en) of praktijken op MGN	2.1.1
Wijze waarop de GGZ in de regio een vervolg geeft aan het VG binnen de eigen instelling bijv. rondom het gebruik van pos. Gezondheid, herstelgerichtheid etc.	2.1.1
Huisarts en POH	
Vervolg na VG bij Huisarts en POH zonder vervolg in GGZ / Sociaal Domein.	2.1.1

7 Uitvoering - Plan van Aanpak	
Fasering - van Experimentfase tot Opschalingsfase	5.2
Mijlpalen, bijstuurmomenten, i.r.t. IZA jaren	5.2
Uitwerking van experimentfase: model, aannames, doelgroep, monitoring	4.1.1
Opschalingsfase; fasering, praktijken in Q, vindplaats	4.1.1
Wijze waarop einddoelstelling IZA wordt bereikt	4.1.1
8 Leren en ontwikkelen	
Selectie en training van professionals bij / om VG	4.1.1
Selectie en training van andere betrokkenen w.o. Huisarts / POH en GGZ instelling / Sociaal Domein	4.1.1
Selectie en training i.r.t. opschalingsfase	4.1.1
Wijze waarop Leren en ontwikkelen in de diverse fasen wordt uitgewerkt, praktisch, tactisch, bestuurlijk	4.1.1
9 Monitoring en bijsturing	
Modellering MGN incl. 4 functies en vervolg GGZ - Sociaal Domein als basis	
Experiment opzet en uitkomsten	5.1
Monitoring op de diverse punten van het MGN w.o. GGZ en Sociaal domein	5.1
10 Business Case en Data	
Opbouw van de business Case a.d.h.v. Model MGN w.o. afbuiging	4.1.1
Aannames en bandbreedte in Business Case	4.1.1
Leerproces, monitoring en bijsturen op parameters i.r.t. mijlpalen. Evt. herbeschikking	5.3
Doelgroep voor Verkennend gesprek, Doelgroep GGZ	4.1.1
Kosten (business case)	
(per) Verkennend gesprek, inzet van professionals, tarief	4.1.1
Kosten kant, productie - IST op GGZ en Sociaal Domein en HA/POH w.o. inzet in Verkennend gesprek	4.1.1
Kosten kant, transformatie en innovatie inzet gedurende Transf. Plan. Periode	4.1.6
Baten (business case)	
Modellering van het MGN i.r.t. de waarde, afbuiging, baten	Appendix 3
Besparing op diverse domeinen, reductie wachtlijst	3.2, 3.3
Kosten kant, productie - SOLL op GGZ en Sociaal Domein en HA/POH	4.1.1
<u>MKBA</u> : Afbuiging, effect op GGZ instroom, en inzet. Effect op sociaal domein. Effect op cliënt en stoornis	3.1
<u>KPI's</u> : KPI Set transformatieplan / IZA Kaders	5.1
11 Projectplan - wat moet in een Transformatieplan niet specifiek MGN	
Doelstellingen	1.2
Scope	1.5
Randvoorwaarden	0
Organisatie	5.3.1
Overlegstructuren	5.3.1
Communicatieplan	1.4
Risico's	5.5
Duurzaamheid	0

Appendix 7 Intentieverklaring gemeenten Midden-IJssel

De inzet van het sociaal domein, en daarmee gemeenten, is essentieel voor het realiseren van de IZA doelen. Dit geldt bij uitstek ook voor de beweging zoals beschreven in het transformatieplan GEM Midden-IJssel. In dit transformatieplan wordt daarom gebruik gemaakt van de mogelijkheden van het addendum Sociaal Domein, waarbij bij domeinoverstijgende plannen, onder voorwaarden, structurele kosten in het sociaal domein vanuit de transformatiemiddelen te bekostigen voor de periode 2024-2027.

Beoordelingscriteria addendum sociaal domein

Eén van de beoordelingscriteria van het addendum Sociaal Domein is de intentieverklaring van gemeenten. Dit betekent dat bij het opstellen van de business case en de beoordeling van plannen wordt onderbouwd dat de plannen duurzaam geïmplementeerd worden en daar waar het sociaal domein betreft, de betreffende gemeenten de intentie uitspreken voor duurzame uitvoering van de plannen na 2027. Dit commitment is van belang, ook al is er op dit moment nog geen zekerheid over financiering na 2027.

Intentieverklaring gemeenten in Midden-IJssel

Gemeenten in Midden-IJssel, te weten gemeente Deventer, gemeente Voorst, gemeente Raalte en gemeente Olst-Wijhe, zijn bereid en spreken de intentie uit om, binnen de mogelijkheden van de gemeentelijke begroting, na 2027 de GEM-beweging structureel vanuit reguliere middelen te ondersteunen. Dit doen zij naast de reguliere inzet die nu al plaatsvindt en zoals beschreven in het plan.

Uitkomst staatssteuntoets: aangevraagde middelen voldoen aan de gestelde eisen

Het tijdelijke rijksbudget SPUK-transformatiemiddelen wordt verstrekt aan gemeenten en aan reeds door gemeenten gesubsidieerde en gecontracteerde organisaties voor de extra inspanningen zoals die zijn voorzien in het transformatieplan GEM Midden-IJssel.

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 staatsteun.

Algemene gegevens

Naam TransformatiePlan

Gegevens indiener

Gegevens contactpersoon verzekeraar

Extra gegevens

Wordt er gewerkt met een kassiersfunctie?

ja/ nee - welke partij neem de kassiersrol op zich?

Mijlpaal format

Dit format is gemaakt om alle betrokken partijen te helpen bij het opstellen van mijlpalen en wordt door alle zorgverzekeraars gebruikt. Het format is sturend, zodat het voor u op voorhand helder is welke informatie nodig is om tot een duidelijk mijlpalen overzicht te komen.

Type KPI

Voor de gehele periode waarvoor middelen aangevraagd worden, worden KPI's afgesproken die gekoppeld worden aan het uitbetalen van transformatiemiddelen. In het begin van de transformatie verwachten wij meer inspanning KPI's (deels om investeringskosten terug te verdienen) en aan het eind meer resultaat KPI's (uiteindelijk moet er een transformatie plaatsvinden).

Er zijn twee typen KPI's:

1. Inspanning KPI's zijn KPI's die door een inspanning van indieners behaald worden en zijn gekoppeld aan een op te leveren product ofwel deliverable. Als bijv. hybridisering van zorgpaden een middel is om transformatiedoelen rondom toegankelijkheid en betaalbaarheid te behalen, dan kunnen deze uitgewerkte zorgpaden transformatieafspraken zijn waarop we de middelen uitbetalen.

2. Resultaat KPI's zijn meetbare veranderingen die direct en aantoonbaar bijdragen aan de beoogde IZA-transformatiedoelstellingen (1. Het zorggebruik in de Zvw, 2. Regionale en/of landelijke herverdelingvraagstukken (profielkeuzes), 3. De inzet van personeel, 4. De omvang van zorgvastgoed (in relatie tot de omvang van de zorgaanbieder). Als u bijvoorbeeld voor 4 grote patiëntgroepen de zorgpaden geherdefinieerd heeft, kan een resultaat KPI zijn dat xx% meer patiënten dit zorgpadgebruiken t.o.v. een referentieperiode. Deze KPI's zullen aan het einde van het transformatieplan meer voorkomen.

Richtlijnen:

1. **KPI's zijn SMART** (specifiek, meetbaar, acceptabel, realistisch, tijdsgebonden). Dit heeft als doel dat er geen discussies ontstaan over het wel of niet halen van de mijlpaal:

✓ Zorg dat mijlpalen/KPI's volledig zelfstandig leesbaar zijn, ook voor een leek. Denk daarbij onder andere: schrijf niet met steekwoorden maar hele zinnen, definieer termen waar onduidelijkheid over kan zijn zoals welke doelgroep precies bedoeld wordt met 'kwetsbare ouderen', schrijf niet vrijblijvend (niet: iets 'kan', maar 'x wordt gedeeld met')

✓ Bij meetbare veranderingen: beschrijf de mate van afname/toename die verwacht wordt (# of %), en beschrijf daarbij de meetperiode en de referentieperiode

✓ Maak helder wanneer een mijlpaal/KPI wordt behaald ('behaaldatum')

✓ Zorg dat helder is wat de indiener aanlevert als bewijslast om aan te tonen dat de mijlpaal/KPI behaald is ('deliverable')

2. **Beperk het aantal mijlpalen/KPI's en zorg dat dit in verhouding is tot de grootte van het plan.** Daarvoor kunt u de volgende vuistregels hanteren:

- Frequentie uitbetaalmomenten: bij een doorlooptijd < 2 jaar, KPI's per kwartaal; bij een doorlooptijd > 2 jaar, KPI's per half jaar

Het aantal KPI's per uitbetaalmoment moet aansluiten bij de impact en omvang van het plan. Voer niet meer KPI's op dan nodig, maar genoeg om de afgesproken impact (aantoonbaar) te maken. Bij het behalen van een KPI dient de aanbieder bewijslast aan, verzekeraars beoordelen die bewijslast. Door aan de voorkant kritisch te zijn op de opgevoerde KPI's houden we voor alle partijen de administratieve last zo laag mogelijk.

3. Een (grote) **verdeling in KPI's**: maximaal 70 % van de totaal aangevraagde transformatiemiddelen wordt gekoppeld aan inspanningsgerichte KPI en de overige 30% moet gekoppeld zijn aan een resultaatgerichte KPI.

4. Zorg dat elke **KPI gekoppeld wordt aan een uit te betalen bedrag**. Let daarbij op het volgende:

- Er vindt geen voorfinanciering plaats: zorg dat gekoppelde bedragen in lijn zijn met de begroting per jaar.

- Wanneer een plan verschillende deelnemers raakt, geef dan aan welk deel van het bedrag aan welke deelnemer wordt gekoppeld. Hiermee kunnen de uitgaven van de transformatiemiddelen op segment gemonitord kan worden (o.a. voor het Bestuurlijk Overleg IZA).

- Onderbouw hoe een bedrag is opgebouwd.

Naam	SMART omschrijving	(streef)datum	Resultaat- of inspanningsverplichting	Bewijsvoering	(totaal)Bedrag	Toelichting bedrag.	Controle cel	Dimence (AGB code X)	Zorgaanbieder 1 + co	Zorgaanbieder 2 + co	Zorgaanbieder 3 + code
<i>Vul hier de naam in van de mijlpaal, deze bestaat uit een bepaalde opbouw: (1)DEELPROJECT - (2)verdieping - (3)KPI 1.</i>	<i>Beschrijf de mijlpaal SMART S: Specifiek M: Meetbaar</i>	<i>De einddatum is de beoogde datum</i>	<i>Geef aan of de mijlpaal een resultaat- of inspanningsverplichting betreft.</i>	<i>Geef aan welke bewijslast (deliverable) in het portaal geupload wordt om aan te geven of de KPI is gehaald of niet.</i>	<i>Het totaal moet gelijk zijn aan het aangevraagde totaalbedrag.</i>	<i>Dit veld vult zich automatisch door de volgende kolommen (G/H/I/J) te vullen.</i>	<i>Dit veld controleert of het bedrag in kolom F overeenkomt met de som van bedragen van kolom I en verder.</i>	<i>Vul in rij 1 de naam van de kassier (indien van toepassing) in + de AGB-code of Gemeente code.</i>	<i>Vul in rij 1 de naam van de betreffende partij in + de AGB-, Wlz-, KVK- of Gemeente code.</i>	<i>Vul in rij 1 de naam van de betreffende partij in + de AGB-, Wlz-, KVK- of Gemeente code.</i>	<i>Vul in rij 1 de naam van de betreffende partij in + de AGB-, Wlz-, KVK- of Gemeente code.</i>
<i>Door een vaste opbouw aan te houden is er structuur en kanm o.b.v. een KPI nummer, in mijlpalen verwezen worden naar andere mijlpalen indien nodig.</i>	<i>A: Acceptabel R: Realistisch T: Tijdgebonden</i>	<i>waarop de resultaten zijn behaald.</i>						<i>Werk met hele bedragen, rond niet af.</i>	<i>Werk met hele bedragen, rond niet af.</i>	<i>Werk met hele bedragen, rond niet af.</i>	<i>Werk met hele bedragen, rond niet af.</i>
Eerste 25 verkennende gesprekken gevoerd	25 patiënten uit de regio hebben een verkennend gesprek gevoerd met twee gespreksvoerders	1-4-2025	Resultaat	Declaraties van de verkennende gesprekken bij elkaar opgeteld	€ 160.000		[niet invullen]	€ 160.000	€ 0	€ 0	€ 0
								€ 0	€ 0	€ 0	€ 0
								€ 0	€ 0	€ 0	€ 0
								€ 0	€ 0	€ 0	€ 0
								€ 0	€ 0	€ 0	€ 0



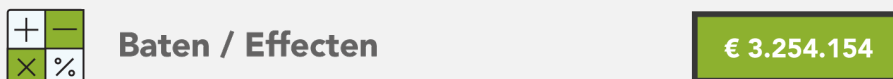
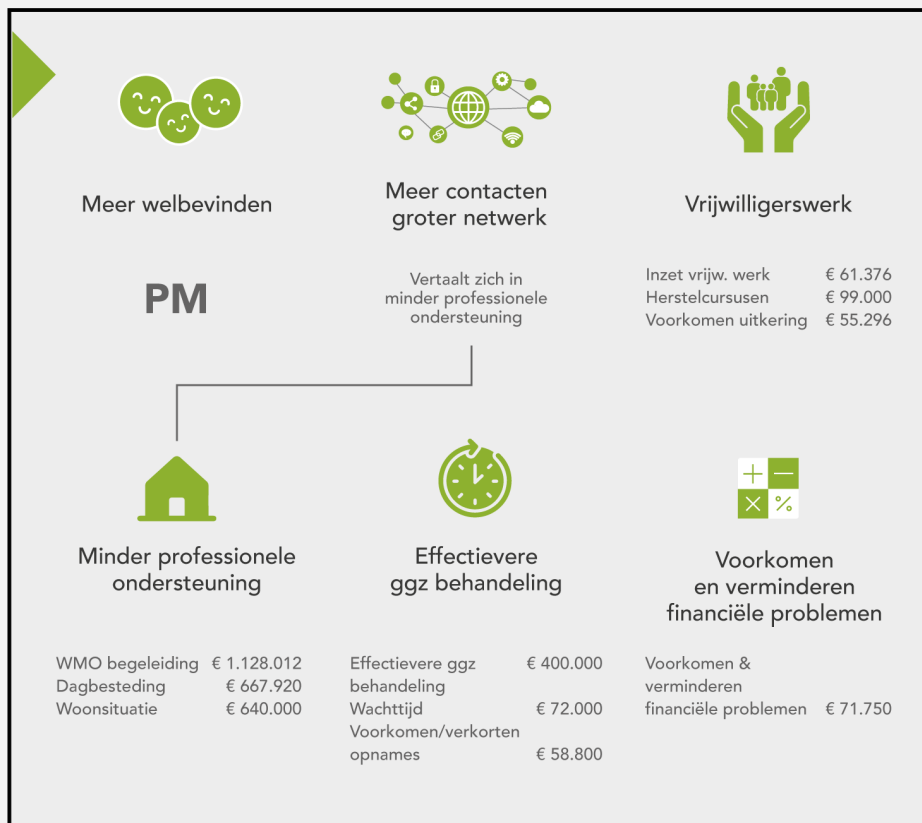
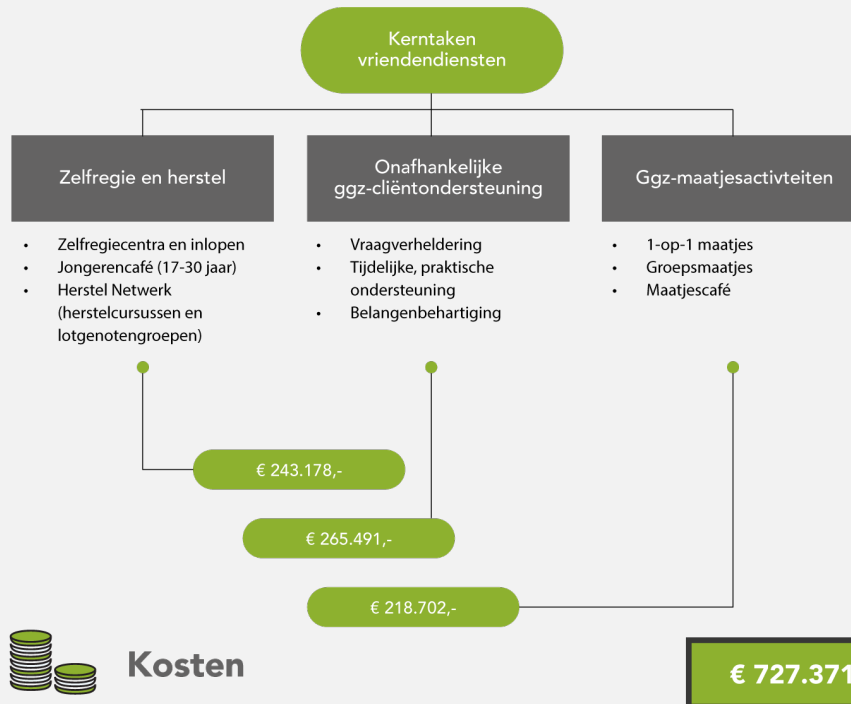
Op waarde geschat

Een onderzoek naar
maatschappelijke effecten van
zelfregie- en herstelorganisatie
Vriendendiensten

XpertiseZorg

Eindrapportage
20 januari 2025
XZ20250120

drs. Alette van Dijk
Ellen ten Hove BN
Karlijn Dol MSc



Inhoud

1. Inleiding	3
1.1 Vriendendiensten Deventer	3
1.2 Vraagstelling	3
1.3 Aanpak onderzoek	3
2. Context	5
2.1 Integraal Zorgakkoord	5
2.2 Vriendendienst als laagdrempelig steunpunt	5
3. Vriendendiensten	6
3.1 Kernwaarden	6
3.2 Investerings	7
3.3 Wie komen er bij Vriendendiensten?	7
3.4 Kerntaken	7
4. Ervaringen van deelnemers	12
4.1 Verhaal van Saskia	12
4.2 Verhaal van Laura	13
5. Effecten nader in beeld gebracht	15
5.1 Kennis en ervaring	15
5.2 Laagdrempeligheid en persoonlijke betrokkenheid	15
5.3 Ervaringsdeskundigheid	16
5.4 Continuïteit	16
5.5 Kerntaken zijn duidelijk	17
5.6 Mogelijkheid om kerntaken te combineren	17
6. Impact van Vriendendiensten	18
6.1 Kwaliteit van leven	18
6.2 Sociale netwerken	18
6.3 Vrijwilligerswerk als springplank	19
6.4 Arbeidsmarkt	19
6.5 Samenwerking met hulpverleners	20
7. Effecten in beeld	22
7.1 Kwaliteit van leven	22
7.2 Sociale netwerken	23
7.3 Vrijwilligerswerk en betaald werk	23
7.4 Afname beroep op professionele ondersteuning	24
7.5 Minder beroep op behandeling, inclusief voorkomen van opnames in de ggz	24
7.6 Voorkomen en verminderen financiële problematiek	26
7.7 Duurzaam effect, voorkomen van terugval	26
7.8 Samenvattend	26
8. Conclusie	27
Bijlage 1 Kenmerken van zelfregie en herstelorganisaties	29
Bijlage 2 Resultaten vragenlijst	30
Bijlage 3 Ervaringsdeskundigen	32

1. Inleiding

1.1 Vriendendiensten Deventer

Vriendendiensten Deventer (hierna Vriendendiensten) is een regionale zelfregie- en herstelorganisatie. Deze onafhankelijke organisatie heeft als missie om de mentale gezondheid van mensen (jongeren (17+) en volwassenen) in de regio Midden-IJssel met (beginnende) mentale klachten, een psychische kwetsbaarheid of psychosociale problemen te verbeteren.

Vriendendiensten creëert een omgeving waarin mensen hun mentale balans, stabiliteit en veerkracht kunnen terugvinden en/of vergroten. Dit doen mensen die bij Vriendendiensten komen door samen te kijken naar vraagstukken op diverse levensgebieden, de eigen regie en het sociale netwerk te vergroten en te werken aan ontwikkeling en/of herstel. Vriendendiensten werkt vanuit een bottom-up benadering en co-creatie met deelnemers waarbij peer-support, ervaringskennis en ervaringsdeskundigheid een belangrijke rol spelen. De organisatie biedt een breed scala aan mogelijkheden die vorm krijgt in drie kerntaken: zelfregie en herstel, ggz-maatjesactiviteiten en onafhankelijke ggz-cliëntondersteuning. In hoofdstuk 2 lichten we deze kerntaken verder toe.

1.2 Vraagstelling

De gemeente Deventer en Vriendendiensten willen beter inzicht krijgen in de maatschappelijke effecten die worden behaald met de inzet van Vriendendiensten, afgezet tegen de investeringen die vanuit de gemeente worden gedaan. Het gaat hierbij om het in kaart brengen van de effecten op de deelnemers en de samenleving als geheel. In dit onderzoek zijn zowel kwantitatieve als kwalitatieve data gebruikt om de maatschappelijke waarde inzichtelijk te maken. De centrale vraag in dit onderzoek luidt:

Wat zijn de maatschappelijke effecten van de inzet van Vriendendiensten Deventer, en hoe verhouden deze zich tot de investeringen die worden gedaan?

1.3 Aanpak onderzoek

Dit onderzoek wordt uitgevoerd door XpertiseZorg in samenwerking met Vriendendiensten en de gemeente Deventer. De aanpak bestaat uit vier stappen:



Figuur 1: Onderzoeksaanpak

Stap 1. Voorstudie door middel van documenten

In de eerste stap van dit onderzoek hebben we gebruikgemaakt van de beschikbare documenten, zoals het jaarverslag 2023 en halfjaarverslag van 2024, om de voorstudie van het onderzoek te doen. Daarnaast hebben we gebruikgemaakt van onderzoeken die eerder door XpertiseZorg zijn uitgevoerd bij initiatieven die deels vergelijkbaar zijn met Vriendendiensten. Uit deze onderzoeken zijn specifieke elementen geselecteerd die ook van toepassing zijn voor Vriendendiensten.

Stap 2. Verdiepende gesprekken en vragenlijst

In de tweede stap van het onderzoek zijn we in gesprek gegaan met medewerkers, deelnemers en betrokken stakeholders om een scherp beeld te krijgen van de maatschappelijke effecten van Vriendendiensten. We hebben tijdens een bezoek op locatie bij Vriendendiensten 15 mensen gesproken over hun ervaringen bij Vriendendiensten. Daarnaast hebben er 4 individuele gesprekken en 1 gezamenlijke sessie plaatsgevonden met medewerkers en 4 individuele interviews met stakeholders; de Gemeente Deventer en Dimence (3).

Naast de gesprekken is er ook een vragenlijst afgenomen onder de deelnemers. Deze vragenlijst is totaal 75 keer ingevuld. De resultaten hiervan zijn meegenomen in de analyse van de onderzoeksresultaten en uitgewerkt in bijlage 2.

Stap 3. Toetsen van effectenschema

In stap 3 van dit onderzoek brachten we inzichten uit de literatuur en gesprekken/vragenlijst samen om de maatschappelijke inzichten in kaart te brengen. De resultaten van deze analyse werden voorgelegd aan medewerkers van Vriendendiensten, om bevindingen te verifiëren en waar nodig verdieping aan te brengen.

Stap 4. Maatschappelijke rendement en rapportage

In de laatste stap hebben we alle informatie samengevoegd. Dit resulteerde in deze eindrapportage, waarin zowel de kosten als baten worden gepresenteerd.

2. Context

2.1 Integraal Zorgakkoord

Het Integraal Zorgakkoord (IZA) heeft als doel om de toekomst van de zorg goed, toegankelijk en betaalbaar te houden. Het is een gezamenlijke opgave van het sociaal domein, de huisartsenzorg en de ggz om de ondersteuning en zorg voor mensen met psychische klachten, en hun naasten, anders en beter te organiseren. Het vraagt onder andere een ondersteunend systeem rondom de inwoner, wat wordt aangeduid als de 'sociale basis'. In het IZA is nadrukkelijk aandacht voor het inrichten van een landelijk dekkend netwerk van laagdrempelige steunpunten zodat iedere inwoner in zijn nabije omgeving terecht kan voor zelfregie en herstel. De IZA Werkgroep Laagdrempelige Steunpunten heeft een handvattendocument¹ geschreven met onder andere de kenmerken van laagdrempelig steunpunten, de visie op herstelgericht werken, de verbinding met het sociaal domein, de huisartsen en de ggz.

2.2 Vriendendienst als laagdrempelig steunpunt

Laagdrempelige steunpunten zijn er in verschillende vormen en kennen een verschillende ontstaansgeschiedenis. Een verzamelnaam hiervoor is zelfregie- en herstelorganisaties. Een overeenkomst tussen deze organisaties is dat zij gericht zijn op leren, herstel en ontwikkeling. Er is altijd een combinatie van inloop en ontmoeting, activiteiten (voor en door deelnemers), methodische zelfhulp en peer-support en het zijn van een 'groeivijver'. Iedereen is welkom en in het bijzonder mensen met (ernstige/langdurige psychische kwetsbaarheid). Wederkerigheid en gelijkwaardigheid vormen een belangrijk fundament. De Nederlandse Vereniging voor Zelfregie en Herstel (NVZH) heeft deze kenmerken in een overzicht gevat. Dit overzicht staat in bijlage 1. Vriendendiensten fungeert als een laagdrempelig steunpunt dat de kenmerken heeft zoals beschreven in het document van de NVZH.

¹ <https://vng.nl/sites/default/files/2023-10/handvatten-netwerk-laagdrempelige-steunpunten-iza.pdf>

3. Vriendendiensten

Vriendendiensten is een organisatie die zich richt op het bevorderen van zelfregie, participatie en herstel voor mensen die zich in een kwetsbare positie bevinden, met name mensen met psychische of psychosociale uitdagingen. Met bijna 25 jaar aan ervaring is Vriendendiensten uitgegroeid tot een belangrijke organisatie op het gebied van herstel en zelfregie, niet alleen in Deventer en omgeving, maar ook landelijk.

Vanaf 2016 heeft Vriendendiensten een belangrijke bijdrage geleverd aan de ontwikkeling van het vak van bottom-up zelfregie en herstel, lokaal, regionaal en landelijk.

Vriendendiensten stond mede aan de basis van dit vak. Deze expertise en toewijding werd in 2021 opgemerkt en Vriendendiensten ontving het "Appeltje van Oranje" van het Oranje Fonds, een erkenning voor de impact die de organisatie heeft op de samenleving.

Daarnaast stond Vriendendiensten mede aan de basis van het oprichten van de Nederlandse Vereniging voor Zelfregie en Herstel, samen met andere 11 zelfregie en herstelorganisaties uit het land.

3.1 Kernwaarden

De werkwijze van Vriendendiensten is gebaseerd op zes kernwaarden die richting geven aan het werk van Vriendendiensten in verbinding met haar deelnemers:

- **Gelijkwaardigheid:** Vriendendiensten gaat uit van gelijkwaardigheid tussen deelnemers, maar ook gelijkwaardigheid tussen deelnemers en medewerkers. Iedereen, ongeacht hun achtergrond of situatie, wordt gelijk bejegend. Er is geen sprake van een hulpverleningsrelatie.
- **Veiligheid:** Bij Vriendendiensten is veiligheid erg belangrijk. Deelnemers moeten zich vrij voelen om zichzelf te zijn en hun verhaal te delen.
- **Vrijheid:** Deelnemers hebben de vrijheid om te bepalen hoe zij hun herstel willen invullen en waar zij aan willen werken. Vriendendiensten biedt een breed scala aan mogelijkheden en de deelnemer is vrij om daarin zelf keuzes te maken. Ook is er de mogelijkheid om zelf aan te dragen waar ze behoefte aan hebben en te bepalen wat daarvoor nodig is.
- **Verantwoordelijkheid:** Deelnemers worden aangemoedigd om verantwoordelijkheid te nemen voor hun eigen proces. Als er behoefte is aan iets nieuws, zijn deelnemers vrij dit zelf op te pakken en krijgen ze hier ook de verantwoordelijkheid in.
- **Vertrouwen:** Vriendendiensten werkt vanuit het vertrouwen dat mensen zelf in staat zijn om de regie op hun herstelproces te voeren. Dit vertrouwen wordt niet alleen gegeven door de medewerkers, maar is ook een belangrijk aspect van de relatie tussen de deelnemers onderling.
- **Wederkerigheid:** Wederkerigheid is een belangrijk aspect binnen Vriendendiensten. Deelnemers komen niet alleen iets halen, maar ook iets 'brengen'. Iedereen draagt bij op een eigen manier, zoals: : bardienst draaien, boodschappen doen, koken, opruimen, er zijn voor een ander, activiteiten, themagesprekken organiseren of herstelcursussen geven.

3.2 Investeringsen

Om de investeringen in Vriendendiensten zichtbaar te maken, is gebruik gemaakt van de jaarrekening van 2023². Hierin zijn de subsidies van de gemeente Deventer meegenomen. Vriendendiensten ontvangt daarnaast nog een aantal overige subsidies en subsidies van andere gemeenten voor inwoners van die betreffende gemeenten.

Subsidie	Bedrag
Maatjesactiviteiten	€243.178,-
Onafhankelijke ggz-cliëntondersteuning	€265.491,-
Zelfregie en Herstel	€218.702,-

Tabel 1: Subsidiebijdragen

Dit geeft een totale investering van €727.371,-. Van dit bedrag is circa 60% structureel opgenomen in de begroting van de gemeente Deventer. Het overige deel dat de gemeente Deventer financierde betreft incidentele middelen die de gemeente jaarlijks opnieuw bestemt.

3.3 Wie komen er bij Vriendendiensten?

Jongeren (17+) en volwassenen in de gemeenten Deventer, Olst-Wijhe, Raalte, Lochem en Voorst kunnen zonder indicatie of doorverwijzing terecht bij Vriendendiensten.

In 2023 trokken naar schatting 1800 mensen naar (een combinatie van) kerntaken van Vriendendiensten die plaatsvinden binnen de gemeente Deventer. Dit zijn niet 1800 unieke mensen, omdat er overlap zit in het gebruik van de verschillende kerntaken. Volgens een beredeneerde schatting gaat het om ongeveer 1200 unieke mensen.

De achtergrond van de deelnemers wordt niet bijgehouden; iedereen is welkom en kan binnenlopen. Wel blijkt uit interviews met betrokken professionals (binnen en buiten Vriendendiensten) dat de diversiteit aan bezoekers van Vriendendiensten groot is.

Diversiteit in leeftijd, culturele achtergrond, levensovertuiging en ervaren en/of vastgestelde kwetsbaarheid. Betrokken professionals schatten in dat 90% van de deelnemers mentale klachten of een psychische kwetsbaarheid heeft. Van 40% van de deelnemers verwachten zij dat er sprake is van een ernstige psychiatrische aandoening (EPA).

3.4 Kerntaken

Vriendendiensten is actief in de gemeenten Deventer, Olst-Wijhe, Raalte, Voorst en Lochem. In deze rapportage richten we ons specifiek op de kerntaken en impact van Vriendendiensten in Deventer.

3.4.1 Zelfregie en herstel in Deventer

De kerntaak 'zelfregie en herstel' bestaat uit Zelfregiecentrum Deventer, het Herstel Netwerk en het Jongerencafé.

Het zelfregiecentrum (ZRC) is een ontmoetingsplek waar deelnemers kunnen werken aan hun eigen ontwikkeling, herstel, en regie over hun leven. Mensen kunnen er terecht voor een kop koffie, een spelletje, een goed gesprek, oftewel 'de inloop'. Maar ook voor de vele

² Stichting Vriendendiensten Deventer e.o. gevestigd te Deventer - Rapport inzake de jaarrekening 2023

activiteiten, workshops en themagesprekken die worden georganiseerd voor en door deelnemers. Door de vrije ruimte en de vele mogelijkheden geven deelnemers zelf invulling aan hun eigen proces, met als doel om 'stappen te zetten'.

Het ZRC fungeert als een sociaal vangnet waar mensen elkaar ontmoeten, een luisterend oor vinden, ervaringen uitwisselen en (onderlinge) steun ervaren. In 2023 maakten 800 unieke bezoekers gebruik van het ZRC in Deventer, met gemiddeld 77 bezoekers per dag. In het eerste half jaar van 2024 lag dit aantal iets lager, namelijk gemiddeld 70 geregistreerde bezoekers per dag. Dit aantal ligt naar verwachting hoger, maar niet alle bezoekers schrijven hun naam op bij aankomst. Dit is namelijk de enige vorm van registratie die Vriendendiensten binnen het ZRC hanteert.

Daarnaast vinden er allerlei herstelcursussen en lotgenotengroepen plaats vanuit het regionaal Herstel Netwerk: een samenwerking tussen ervaringsdeskundigen van Dimence, RIBW Overijssel, Vriendendiensten, Iriszorg en Tactus. Deze cursussen zijn erop gericht om vanuit contact met gelijkgestemde en ervaringsdeskundigen, nieuwe inzichten en zelfmanagement tools te vergaren. Met als doel om beter te leren omgaan met je kwetsbaarheid en weer grip op je eigen leven te krijgen. Er zijn verschillende manieren waarop ervaring ingezet kan worden. We maken onderscheid tussen mensen met ervaring, ervaringswerkers en ervaringsdeskundigen. Een overzicht hiervan is opgenomen bijlage 3.

Het ZRC is een plek waar mensen een netwerk en vangnet opbouwen en aan hun herstel kunnen werken, maar er ligt ook een nadruk op het 'geven'. Deelnemers worden aangemoedigd om, naar eigen mogelijkheid, een praktische bijdrage te leveren maar ook hun eigen ervaringen en kennis te delen met anderen in het ZRC. En stapsgewijs (weer of steeds meer) verantwoordelijkheden op zich te nemen doordat ze kwaliteiten ontdekken, nieuwe vaardigheden ontwikkelen en zo groeien. Zowel binnen ZRC als daarbuiten, in 'het normale leven'. Dit principe van wederkerigheid helpt niet alleen de individuele deelnemers, maar draagt ook bij aan een breder gevoel van verbondenheid binnen en buiten het centrum.

In het ZRC wordt gebruik gemaakt van verschillende methodieken om deelnemers te ondersteunen bij hun persoonlijke ontwikkeling. Een van deze methodieken is de **presentiemethodiek**, waarbij het draait om (op de achtergrond) present te zijn en mensen vooral 'te zien en horen'. Dit legt de basis voor vertrouwen en zorgt ervoor dat deelnemers zich veilig(er) voelen om stappen te zetten in hun herstel. Daarnaast wordt de **zelfregiemethodiek** toegepast, waarbij de nadruk ligt op de eigen verantwoordelijkheid van de deelnemers. Deze methodiek helpt deelnemers om de regie over hun eigen leven terug te nemen en stimuleert hen om beslissingen te nemen die bijdragen aan hun welzijn. Tenslotte speelt de **herstelmethodiek** een rol binnen het ZRC. Vanuit deze methodiek maken mensen eerst kennis met het begrip herstel. Om daarna, in eigen tempo en op een eigen manier aan het eigen herstelproces te gaan werken. Binnen dit proces ligt de focus op het beter leren omgaan met je eigen kwetsbaarheid, het aanleren van zelfmanagement tools, het versterken van veerkracht en het ontdekken van nieuwe mogelijkheden.

Het jongerencafé is een mooi voorbeeld dat ontstaan is op initiatief van jongeren. Jongeren konden binnen het ZRC niet goed hun plek vinden en vroegen actief om een eigen 'plek en ruimte'. Het jongerencafé is een laagdrempelige plek waar jongeren tussen de 17 en 30 jaar met (beginnende) mentale klachten elke woensdag, tussen 16.00 – 20.00 uur, terecht kunnen. Een soort wekelijkse zelfregiecentrum speciaal voor jongeren. Hier ontmoeten zij leeftijdsgenoten, wisselen ervaringsverhalen met elkaar en steunen elkaar. De aanwezige ervaringsdeskundigen steunen en bewaken dit proces, maken mentale gezondheid bespreekbaar en organiseren samen met de jongeren allerlei thema gesprekken. Vervolgens worden jongeren aangemoedigd, om daar wat passend, deel te nemen aan herstelcursussen. Elke week is er een combinatie te vinden van gezellige, ontspannende en leerzame activiteiten waarbij de ervaringskennis van jongeren wordt benut. Op deze manier werken ze aan zelfregie en herstel.

Het jongerencafé wordt georganiseerd sinds februari 2023. In dat jaar bezochten 140 unieke jongeren deze mogelijkheid, waarvan er 58 jongeren structureel deelnamen. Er kwamen in 2023 gemiddeld 19 jongeren per keer.

Cijfers uit het eerste half jaar van 2024 laten zien dat de aantallen flink zijn toegenomen. Zo zijn er 76 nieuwe jongeren binnengelopen, naast de groep die al in 2023 kwam. 68 jongeren maken in de eerste helft van 2024 structureel gebruik van het jongerencafé. Gemiddeld waren er 35 jongeren per keer aanwezig. Jongeren met praktische problemen worden actief doorverwezen naar de onafhankelijke ggz-cliëntondersteuning van Vriendendiensten om deze problemen vroegtijdig aan te pakken.

3.4.2 Ggz-maatjesactiviteiten

Mensen die zich aanmelden voor maatjesactiviteiten hebben behoefte aan sociaal contact. De maatjesactiviteiten bieden verschillende mogelijkheden voor sociaal contact en het opbouwen van een netwerk: zo zijn er **1-op-1 maatjes** waar deelnemers aan een vrijwilliger (maatje) worden gekoppeld voor een luisterend oor of het ondernemen van activiteiten, zoals wandelen of een bezoekje aan een museum. Vaak zijn mensen lange tijd alleen geweest en regelmatig is er sprake van een sociaal isolement. Het doorbreken van dit sociaal isolement is vaak een eerste stap. En voor bijvoorbeeld deelnemers met EPA is dat soms het hoogst haalbare en wordt op deze manier bijgedragen aan stabiliteit. Maar vaak is een 1-op-1 maatje een opstap naar meer: een keer samen naar een buurthuis, een vereniging of deelnemen aan een andere maatjesactiviteit.

Zo zijn er **groepsmaatjes**, die maandelijkse groepsactiviteiten organiseren zoals samen eten, zwemmen of wandelen. Tenslotte biedt het **maatjescafé** informele bijeenkomsten zoals spelletjesavonden en barbecues, gericht op ontmoeting en gezelligheid.

Het maatjescontact is vaak langdurig en is gebaseerd op vertrouwen en gelijkwaardigheid. Deelnemers voelen zich hierdoor gesteund op een manier die anders is dan hulpverlening. De maatjesactiviteiten helpen deelnemers niet alleen om eenzaamheid te verminderen en weer een sociaal netwerk op te bouwen, maar biedt ook praktische hulp en emotionele steun, waardoor de zelfredzaamheid en het welzijn van de deelnemers worden vergroot. In 2023 namen 294 deelnemers deel aan de maatjesactiviteiten, ondersteund door 139

vrijwilligers. In de eerste helft van 2024 deden er al 269 deelnemers mee aan de maatjesactiviteiten, die in dit eerste half jaar plaats konden vinden dankzij 122 vrijwilligers.

3.4.3 Onafhankelijke ggz-cliëntondersteuning

De onafhankelijke ggz-cliëntondersteuning van Vriendendiensten is een gespecialiseerde dienst die mensen met psychische klachten en psychosociale problemen tijdelijk ondersteunt. Deze onafhankelijke ggz-cliëntondersteuning varieert van praktische hulp, zoals het meegaan naar afspraken met instanties wanneer nodig, het ondersteunen bij administratieve en financiële zaken, tot kortdurende psychosociale ondersteuning en het helpen bij het verwoorden of opbouwen van een toekomstperspectief of een ondersteuningsplan ten behoeve van Wmo-ondersteuning. De ondersteuner staat naast de cliënt en geeft waar nodig een duwtje in de rug de goede kant op. Er wordt niet alleen gekeken naar de vraag waarmee de cliënt binnenkomt, maar naar de volledige situatie en context. Cliëntondersteuners zoeken naar het waarom en de redenen achter de vraag om vervolgens samen te kijken naar de mogelijkheden voor en doelen van de cliënt.

Cliënten worden niet zomaar losgelaten; er wordt actief meegedacht en gehandeld om ervoor te zorgen dat de cliënt daadwerkelijk op de juiste plek terechtkomt. Een cliëntondersteuner helpt bij het verwoorden van eigen situatie en het stellen van vragen, legt uit welke ondersteuningsmogelijkheden er zijn, en zorgt ervoor dat de inwoner zelfstandig beslissingen kan nemen en weer verder kan. Cliëntondersteuners kennen de sociale kaart van Deventer en zijn goed op de hoogte van wet- en regelgeving in het sociaal domein en de (ggz)zorg. Echter, de cliëntondersteuning biedt zelf geen begeleiding, maar richt zich vooral op het op weg helpen van de 'vastgelopen' of tussen wal en schip gevallen cliënt. Waar nodig vindt een warme overdracht naar begeleiding plaats. Het proces van 'warme overdracht' zorgt ervoor dat de cliënt niet alsnog tussen wal en schip valt. In 2023 deden 294 inwoners van de gemeente Deventer een beroep op onafhankelijke ggz-cliëntondersteuning.

3.4.4 Samenhang tussen de kerntaken

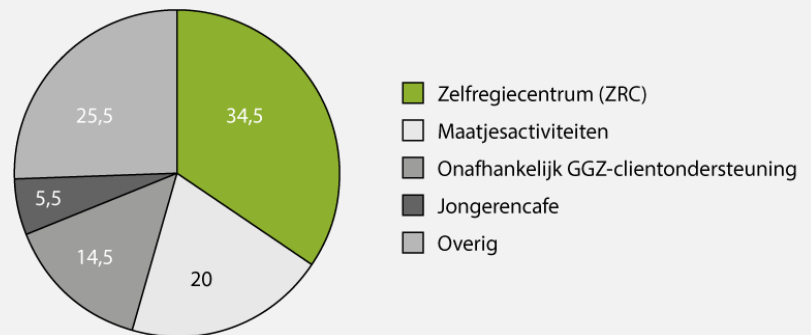
Een van de unieke aspecten van Vriendendiensten is de nauwe samenhang tussen de drie kerntaken: zelfregie en herstel, de ggz-maatjesactiviteiten en de onafhankelijke ggz-cliëntondersteuning. Doordat de kerntaken vanuit één organisatie en één fysieke plek worden aangeboden kan het totale pakket aan mogelijkheden goed worden afgestemd op de behoeften en mogelijkheden van de deelnemer, bezoeker of cliënt (hierna steeds genoemd: deelnemer). Als iemand bijvoorbeeld binnenkomt via de ggz-cliëntondersteuning, kan het zijn dat deze persoon baat heeft bij deelname aan een activiteit in het zelfregiecentrum of gekoppeld wordt aan een maatje om sociaal contact op te bouwen.

Het is echter nooit het doel om deelnemers door te verwijzen naar andere mogelijkheden binnen Vriendendiensten. De aanpak van Vriendendiensten kenmerkt zich juist door eerst te kijken naar mogelijkheden in het gewone leven. Als dat een stap te ver is, dan pas wordt er gekeken naar de mogelijkheden binnen Vriendendiensten. Alle kerntaken van Vriendendiensten dienen als 'springplank' naar het gewone leven.

De integrale benadering en de verschillende mogelijkheden in de vorm van kerntaken maakt het mogelijk om aan te sluiten bij het doel en de mogelijkheden van de deelnemer.

Om een beeld te krijgen van de deelnemers en de redenen waarom mensen naar Vriendendiensten komen, is gebruik gemaakt van een vragenlijst die door 75 deelnemers is ingevuld. Uit de analyse van deze vragenlijst blijkt dat een groot deel van de deelnemers (34,5%) zich aanvankelijk aanmeldt voor het Zelfregiecentrum (ZRC). Daarnaast begint 20% van de deelnemers met de maatjesactiviteiten. 14,5% komt voor de onafhankelijke ggz-clientondersteuning, en 5,5% start bij het Jongerencafé. Het overige percentage gaf aan aanvankelijk om andere redenen

naar Vriendendiensten te komen. Bijvoorbeeld voor het geven van cursussen of om gebruik te maken van een specifieke cursus.



Figuur 2: Redenen voor komst naar Vriendendiensten

Wat opvalt is dat veel deelnemers die bij Vriendendiensten binnenlopen, op een later moment gebruik gaan maken van meerdere

kerntaken. Waar iemand bijvoorbeeld begint met de onafhankelijke ggz-clientondersteuning of maatjesactiviteiten, blijkt dat ruim 50% uiteindelijk ook deelneemt aan activiteiten van het ZRC of Herstel Netwerk. Dit laat zien dat Vriendendiensten niet een plek is waar mensen éénmalig komen, maar een omgeving biedt waar deelnemers vertrouwen opbouwen en nieuwe contacten leggen met als doel dat zij zelf weer de regie kunnen nemen over hun leven en eigen herstelproces.

4. Ervaringen van deelnemers

Om een algemeen beeld te geven van wie er bij Vriendendiensten komen, schetsen we twee verhalen van deelnemers. Deze verhalen illustreren de verschillende achtergronden en redenen waarom en hoe mensen bij Vriendendiensten terecht zijn gekomen en hoe hun weg naar herstel is verlopen. Daarnaast is er een gedicht toegevoegd. In dit gedicht verwoordt een deelnemer hoe degene Vriendendiensten ziet en wat het betekent.

** De namen van de deelnemers zijn fictief om reden van privacy.*

4.1 Verhaal van Saskia

Saskia* had jarenlang last van terugkerende psychoses en worstelde met het aanbrengen van structuur in haar dagelijks leven. Ze had de neiging om hele dagen in bed te blijven liggen, waardoor haar sociale leven en contact met haar kinderen verslechterden. Door een AA-meeting kwam ze terecht bij Vriendendiensten. De eerste gedachte bij het zien van de locatie en Vriendendiensten was; "Dit is iets voor mij.". Toen ze bij Vriendendiensten terecht kwam, vond ze langzamerhand structuur en herkenning die ze nodig had. Het respect en de steun van de medewerkers gaven haar het vertrouwen om weer actief deel te nemen aan het leven.

Dankzij de regelmaat die ze vond in de activiteiten van het Zelfregiecentrum, merkte Saskia al snel dat ze minder neiging had om zich terug te trekken. Haar leven veranderde drastisch: ze had meer en beter contact met haar kinderen, haar huis was opgeruimd, en ze durfde weer mensen thuis te ontvangen. Door deze positieve veranderingen had ze geen begeleiding (Wmo) meer nodig. Ze ervaart nu een stabielere leven zonder terugval in psychoses.

Saskia is blij met wat Vriendendiensten haar heeft gebracht. Het heeft haar niet alleen geholpen om haar leven weer op de rails te krijgen, maar ook om haar kwaliteit van leven te verbeteren. Ze voelt zich sterker, meer verbonden met anderen, en heeft weer vertrouwen in de toekomst.

4.2 Verhaal van Laura

Laura* kwam zeven jaar geleden voor het eerst bij Vriendendiensten op advies van haar begeleider van RIBW. Ze was gestopt met haar opleiding en had geen dagbesteding. Hoewel ze voor een maatjesactiviteit kwam, vond ze bij Vriendendiensten veel meer: structuur, vriendschappen, en ruimte voor zelfontplooiing.

Laura begon als deelnemer, maar nu geeft ze zelf cursussen en draait ze mee in het Jongerencafé. Dankzij Vriendendiensten voelt ze zich sterker en heeft ze haar zelfvertrouwen teruggevonden. Ze is nu vrolijker, opener, en assertiever, en heeft een sociaal netwerk opgebouwd met mensen van verschillende leeftijden.

De omgeving van Vriendendiensten heeft haar geholpen zichzelf te herontdekken, en ze voelt zich nu meer "zichzelf" dan ooit. Voor haar is het een plek waar iedereen een rugzakje heeft, maar waar het niet het gesprek van de dag is, wat zorgt voor een ontspannen sfeer vol wederzijds begrip. Dit maakt Vriendendiensten uniek voor haar, in tegenstelling tot reguliere buurthuizen waar de drempel vaak hoger is voor mensen met psychische klachten. Ze waardeert ook hoe laagdrempelig en financieel toegankelijk het is, met betaalbare maaltijden en gratis koffie.

Hoewel Laura nog steeds begeleid wordt door het FACT-team en begeleiding vanuit de RIBW ontvangt, is ze blij met de positieve veranderingen in haar leven. Ze voelt zich sterker en onafhankelijker. Vriendendiensten heeft haar leven verrijkt en biedt haar de ruimte om steeds weer opnieuw tot bloei te komen.

4.3 Gedicht van een deelnemer

Lieve mensen,

Sint pakt altijd graag zelf de regie
Over het geven van kadootjes en aan wie
En dit jaar volgden mijn Pieten de bijzondere mensen
Die bij jullie binnenlopen met hun zorgen en wensen

Het was een afwisselend gezelschap dat zij zagen
Jong en oud, ieder met zijn eigen vragen
De één was eenzaam en zocht naar een warme kring
Waar hij of zij zich thuis voelt en echt warmte ontving

De ander kwam er om een spelletje te spelen
Of gewoon even kletsen, zoals zo velen
Maar ook niets zeggen en genieten van je rust
Is bij jullie goed als dat je onrust sust

Je kan er een sigaretje roken op het terras
Of werken in de tuin als dat nodig was
Ja, het kan allemaal in jullie bijzondere pand
Dat er zelfs om bekend staat in het hele land

Er komen wekelijks mensen om de Nederlandse taal te
leren
Of om in andermans huid te kruipen met acteren
Je kunt er ook naaien of schilderen met kleuren
En één voor één zagen mijn Pieten de mensen hier
opfleuren

Ieder heeft een verleden groot of klein
Maar mag bij jullie gelukkig zichzelf wel zijn
Geen stempel van een verleden met
verslavingsproblematiek
Of psychische klachten, nee hier is ieder uniek

Bij het zelf regie centrum vindt je warmte, aandacht; zeker
geen kou
Hier krijg je het gevoel dat men houdt van jou
Lig je met je financiën of ambtelijke papieren in de knoop
Hier zijn experts die helpen je uit de nood

Ze leren je langzaam op eigen benen te staan
Of in ieder geval voor meer balans in je leven te gaan
Ja jullie doen grote en kleine dingen voor wie dat wil
En ook van de vele vrijwilligers wordt Sint stil

Mensen die later als ervaringsdeskundige mogen werken
En anderen kunnen helpen zoals we merken
Het Zelfregiecentrum aan Deventer's Lange Zandstraat
Is een plek waar het echt om de mensen gaat

Met de bezielde leiding van Lori aan het hoofd
Is iets moois ontstaan waar Sint ook echt in gelooft
Van heinde en ver komt men tegenwoordig kijken
Of jullie concept ook op andere plekken mag prijken

Dagelijks lopen er veel medewerkers en stagiaires rond
Die ervoor zorgen dat iedereen zijn weg daar vond
Afgelopen week keek Sint via NPO 2
Ook naar enkele van de mooie resultaten mee

Men vindt aansluiting met lotgenoten, vindt een maatje of
vriend
iets waarvan je toch vindt dat ieder mens dat heeft
verdiend
Mensen, wat doen jullie een prachtig werk
En wat is jullie formule toch mooi en sterk

Het ZRC staat echt als een stevig huis
Dat velen ook echt zien als hun "thuis"
Sint zou jullie dan ook liefst allemaal persoonlijk iets
schenken
Maar weet echt niet waar hij dan aan moet denken

Hoewel, wat chocolade is volgens mij altijd goed
En misschien iets om te eten, wat ook dagelijks moet
En in jullie keuken kan je met deze koude dagen
Misschien iets warm bereiden als de mensen daarom
vragen

Laat ik nu toevallig nog een blik hebben in de kombuis
Wat even opgewarmd kan worden in jullie huis
Weliswaar geen appeltje van oranje deze keer
Maar wel iets lekkers voor bij dit gure weer

Dus ik bedank jullie uit mijn hart en dat van Pieterman
En doe jullie voordeel met dit pakje als het kan
Zo, genoeg gelezen, want er is bezoek en werk te doen
Dus open dit pakje van Sinterklaas Kapoen

Van Sint en Piet

5. Effecten nader in beeld gebracht

De aanpak van Vriendendiensten wordt gekenmerkt door de manier waarop de organisatie persoonlijk en maatschappelijk herstel ondersteunt en vooropstelt. De bevindingen uit de interviews met deelnemers en betrokkenen (stakeholders) tonen aan dat Vriendendiensten een belangrijke rol speelt in het leven van veel mensen met een psychische kwetsbaarheid. Ook in de samenwerking met partners die zich bezighouden met ondersteuning van mensen met psychische kwetsbaarheid is Vriendendiensten een waardevolle aanvulling. Dit hoofdstuk beschrijft de verschillende effecten van de aanpak van Vriendendiensten.

5.1 Kennis en ervaring

Eén van de grootste krachten van Vriendendiensten is de gedeelde kennis en ervaring binnen de organisatie. Deelnemers hebben vaak vergelijkbare ervaringen en uitdagingen, waardoor een gevoel van herkenning bij nieuwe deelnemers ontstaat. Dit draagt bij aan een omgeving waarin deelnemers zich begrepen en gesteund voelen, wat essentieel is voor hun herstel. Deelnemers noemen vaak dat de openheid en het begrip binnen de groep hen helpt om hun eigen ervaringen te delen zonder angst en oordeel.

“Iedereen begrijpt wat je doormaakt. Dat geeft een gevoel van veiligheid.”

De kennis en ervaring is niet alleen van invloed op de deelnemers. De kennis en ervaring die de afgelopen 25 jaar is opgebouwd, maakt dat Vriendendiensten een onmisbare partner is voor betrokkenen in het sociaal domein en zorg en welzijn in Deventer.

“Vriendendiensten is voor ons een gids in het woud van sociaal-maatschappelijke ondersteuning. Ze hebben een bepaalde deskundigheid opgebouwd die van onschatbare waarde is.”

5.2 Laagdrempeligheid en persoonlijke betrokkenheid

Laagdrempeligheid en persoonlijke benadering zijn de meest genoemde kenmerken van Vriendendiensten. Mensen voelen zich welkom, ongeacht hun achtergrond of doel van hun bezoek.

“Hier kun je echt jezelf zijn, zonder oordeel. Dat geeft een gevoel van vrijheid en veiligheid, wat je niet overal vindt. Als je hier binnenkomt, voelt het meteen als een warm bad.”

Ook stakeholders herkennen de laagdrempeligheid en persoonlijke benadering van Vriendendiensten. Vriendendiensten wordt door hen als toegankelijk ervaren. Daarnaast benoemen ze de bereidheid tot meedenken, zelfs bij vragen die misschien niet direct onder hun expertise vallen.

“Ze zijn makkelijk te benaderen. Als we vragen hebben, staan ze altijd klaar. Het maakt niet uit hoe ingewikkeld de vraag is.”

5.3 Ervaringsdeskundigheid

De expertise van zowel de professionals van bijvoorbeeld de onafhankelijke ggz-clientondersteuning, maar vooral van ervaringsdeskundigen wordt door deelnemers als kracht gezien. Ervaringsdeskundigen hebben een opleiding gevolgd om hun ervaringen met psychische ontwrichting op een goede manier in te kunnen zetten om anderen in hun herstelproces te ondersteunen. De inzet van ervaringsdeskundigen wordt gewaardeerd door deelnemers. Deelnemers geven aan dat zij veel kunnen leren van mensen met vergelijkbare ervaringen.

“Het is zo fijn om te praten met iemand die hetzelfde heeft meegemaakt. Zij begrijpen wat ik doormaak, en dat geeft mij hoop dat ik ook mijn weg kan vinden.”

De ervaringsdeskundigen bieden deelnemers een extra houvast in hun herstel, waar ze als rolmodel fungeren. Vriendendiensten werkt niet alleen vanuit de theorie, maar focust juist op praktijkervaringen. Professionals van andere organisaties zien de ervaringsdeskundigen van Vriendendiensten als waardevolle aanvulling op de professionele zorg.

“Ervaringsdeskundigen brengen een andere kijk op herstel.”

Hun persoonlijke ervaringen met psychische ontwrichting helpen niet alleen bij het creëren van een ondersteunende omgeving, maar ook bij de ontwikkeling van het regionaal Herstel Netwerk waar in gezamenlijkheid met ervaringsdeskundigen van diverse partijen in Deventer aan wordt gewerkt. Vriendendiensten is een belangrijke aanjager in deze samenwerking, waardoor ervaringsdeskundigen van elkaar leren en hun waardevolle ervaringen en inzichten zo breed mogelijk in de stad kunnen delen en inzetten.

5.4 Continuïteit

Een terugkerend thema is de continuïteit binnen Vriendendiensten. Dit is niet alleen continuïteit in kerntaken, maar ook continuïteit bij de medewerkers en deelnemers. Deze continuïteit draagt bij aan het gevoel van stabiliteit en vertrouwen in en binnen de organisatie. Dit vertrouwen blijkt uit de vrijheid in het nemen van initiatief:

“Ik merkte als bezoeker dat jongeren ook behoeften hadden, maar niet bij het Zelfregiecentrum konden komen vanwege school, werk of dagbesteding. Ik heb toen het initiatief genomen om het Jongerencafé te starten. Ik kreeg het vertrouwen vanuit Vriendendiensten en nu is het een groot succes.”

Ook vanuit de samenwerkende organisaties wordt dit bevestigd:

"We werken al jaren samen met dezelfde mensen bij Vriendendiensten. Dat maakt de samenwerking heel prettig en efficiënt. Je weet wat je aan hen hebt."

5.5 Kerntaken zijn duidelijk

De kerntaken van Vriendendiensten zijn duidelijk en helder. Of het nu gaat om zelfregie en herstel, ggz-maatjesactiviteiten of onafhankelijke ggz-cliëntondersteuning, de kerntaken zijn gericht op het bereiken van een beter mentale balans via zelfregie, herstel en het opbouwen van een netwerk en vangnet. Deze duidelijke focus zorgt ervoor dat deelnemers weten wat ze kunnen verwachten en hoe ze hun eigen doelen kunnen bereiken.

"De structuur en daginvulling die ik hier vind, helpen me om balans in mijn leven te brengen."

Niet alleen de deelnemers herkennen deze structuur, ook de stakeholders merken de focus van Vriendendiensten op.

"Vriendendiensten legt de focus op herstel buiten de behandelkamer. Patiënten worden gestimuleerd om vanuit hun eigen kracht te werken, in hun eigen sociale context. Dat maakt het herstelproces succesvoller."

5.6 Mogelijkheid om kerntaken te combineren

De mogelijkheid om gebruik te maken van de verschillende kerntaken wordt ook ervaren als een kracht van Vriendendiensten. Zo kunnen de geleerde vaardigheden uit de ggz-maatjesactiviteiten worden geoefend in het ZRC. Deze combinatie zorgt voor een toegepaste leerervaring. Circa de helft van de deelnemers van de maatjesactiviteiten maakt ook gebruik van het ZRC. Hoewel dus niet elke deelnemer gebruikmaakt van meerdere kerntaken en dit ook niet het doel is, biedt Vriendendiensten wel de flexibiliteit voor deelnemers om hun eigen pad te volgen.

6. Impact van Vriendendiensten

De kerntaken van Vriendendiensten hebben niet alleen directe impact op de deelnemers, maar ook op de samenleving als geheel. Door de focus op normalisering, zelfregie, herstel en participatie draagt Vriendendiensten bij aan een betere kwaliteit van leven voor mensen met psychische kwetsbaarheden. Vriendendiensten draagt bij aan het verminderen van sociale isolatie, het opbouwen van een sociaal netwerk en vangnet en biedt een springplank naar het gewone leven en meer participatie. In dit hoofdstuk wordt de impact van Vriendendiensten belicht, onderverdeeld in verschillende domeinen zoals deelnemers, samenwerking met hulpverleners en de arbeidsmarkt.

6.1 Kwaliteit van leven

Vriendendiensten heeft duidelijk impact op de deelnemers. Een belangrijke bevinding is het stress reducerende effect van Vriendendiensten, vooral bij mensen die in paniek of met gevoelens van wanhoop binnenkomen. Het vangnet dat wordt geboden geeft deelnemers het gevoel gezien en gehoord te worden. Dit draagt bij aan het verbeteren van hun (zelf)vertrouwen en het opdoen van goede ervaringen bij een voorziening. Deelnemers ervaren dat ze niet alleen als probleem worden gezien, maar als mensen met mogelijkheden. Dit gevoel van erkenning is erg belangrijk in hun herstelproces. Dit leidt tot een toenemende zelfregie en kwaliteit van leven. Onderzoek naar zelfregiecentra door het Instituut Publieke Waarden³ bevestigt dit beeld. Het laat zien dat zelfregiecentra bijdragen aan autonomie van waaruit hernieuwde kracht en controle ontstaat.

6.2 Sociale netwerken

Het terugdringen van eenzaamheid is een belangrijk effect van de kerntaken van Vriendendiensten. Maatjes bieden deelnemers een waardevolle eerste stap naar het opbouwen van een sociaal netwerk en ook het ZRC met de zelfregie- en herstelactiviteiten levert hier een grote bijdrage aan. De manier van werken van Vriendendiensten focust op het verbeteren van sociale vaardigheden en zelfvertrouwen, wat bijdraagt aan een hogere kwaliteit van leven. Opmerkelijk is dat deelnemers aangeven elkaar ook vaak buiten Vriendendiensten te ontmoeten, dit versterkt de verbindingen. En helpt bij het verminderen van de eenzaamheid. De impact van de verschillende kerntaken bij Vriendendiensten op het sociale netwerk van de deelnemers is aanzienlijk; er kan gezegd worden dat bij 100% van de deelnemers aan de maatjesactiviteiten het sociaal contact meer is dan voor zij bij Vriendendiensten kwamen. Niet alleen intern zorgt het voor een vergroting van het sociale netwerk, circa de helft van de deelnemers aan de maatjesactiviteiten stroomt uiteindelijk door naar het ZRC, een buurthuis of andere sociale activiteiten.

Uit de vragenlijst onder deelnemers ontstaat het volgende beeld:

- 55% gaf aan nieuwe mensen te hebben ontmoet via Vriendendiensten.
- 50% voelde meer steun en begrip van anderen binnen Vriendendienste.
- Dit leidde ertoe dat een meerderheid van de deelnemers zich minder eenzaam voelde.

³ De waarde van zelfregie- en herstelcentra, R. Kroeze, J. Munneke en A. Kruijter, IPW maart 2008



Figuur 3: Sociaal netwerk, steun/begrip en eenzaamheid

6.3 Vrijwilligerswerk als springplank

Wanneer deelnemers vertrouwen terugwinnen door positieve ervaringen op te doen binnen Vriendendiensten, kunnen ze deze nieuwe inzichten ook inzetten in andere contexten, zoals behandel- of begeleidingstrajecten, het aangaan van nieuwe contacten, of op andere plekken zoals een buurthuis of sportclub. Bij Vriendendiensten kunnen mensen oefenen met sociale interacties en het aangaan van nieuwe contacten. De reflectieve en luisterende benadering van de medewerkers biedt een veilige omgeving waar deelnemers kunnen oefenen en groeien, en waardoor ze ook buiten Vriendendiensten hun vaardigheden kunnen toepassen en verder ontwikkelen.

Door de veilige omgeving die Vriendendiensten biedt is het mogelijk om voor veel deelnemers als springplank naar andere plekken in de samenleving te fungeren. Doordat er wordt gewerkt volgens het principe van wederkerigheid, draagt iedere deelnemer naar eigen vermogen bij aan het succes van Vriendendiensten. Dit leidt tot persoonlijk en maatschappelijk herstel. Het blijkt dat vrijwilligerswerk voor veel deelnemers een goede manier is om sociaal actief te worden en structuur op te bouwen in hun leven. De omgeving van Vriendendiensten helpt mee om deze stap te zetten. Van alle deelnemers wordt (na of tijdens het contact met Vriendendiensten) circa 7 op de 10 mensen doorverwezen naar vrijwilligerswerk elders. Vriendendiensten kijkt daarbij naar wat echt past bij de individuele deelnemer, gaat mee en biedt een vangnet om deze nieuwe ervaring te volgen. 9 van de 10 keer leidt dit tot een succesvolle match. En ook als het geen succesvolle match blijkt, dient het vangnet ervoor dat deze ervaring op een positieve manier wordt afgerond en geen negatieve ervaring wordt.

6.4 Arbeidsmarkt

Niet alleen groeien mensen door richting vrijwilligerswerk elders, of vrijwillige facilitator van herstelcursussen en lotgenotengroepen binnen Vriendendiensten, maar ook naar betaalde medewerker. Deelnemers ervaren persoonlijke groei waardoor sommigen in staat zijn om als medewerker aan de slag te gaan. Zij geven aan dat het bijzonder is om met allemaal verschillende mensen te werken, waarbij ze niet alleen iets kunnen brengen, maar nog steeds zelf blijven leren. Het principe van wederkerigheid blijft gelden.

Zo zijn er al 3 deelnemers die zijn doorgegroeid van bezoeker zelfregiecentrum naar medewerker en nu in dienst van Vriendendiensten zijn. Daarnaast zijn er 3 andere

(voormalige) bezoekers bij externe organisaties als betaalde ervaringsdeskundigen aan het werk gegaan.

Jaarlijks leidt Vriendendiensten 12 mensen op tot vrijwillige ervaringsdeskundige (facilitator). Deze 12 mensen per jaar zetten zich in binnen het aanbod van zelfregie en herstel in het regionaal Herstel Netwerk. Herstelcursussen worden altijd door 2 personen gefaciliteerd: 1 betaalde ervaringsdeskundige en 1 vrijwillige ervaringsdeskundige. Juist door deze combinatie kunnen ze meer groepen draaien en uiteindelijk meer mensen bereiken. Ook biedt Vriendendiensten jaarlijks 3 stageplekken voor ervaringsdeskundigen in opleiding, naast 13 stageplekken voor andere opleidingen (o.a. social work).

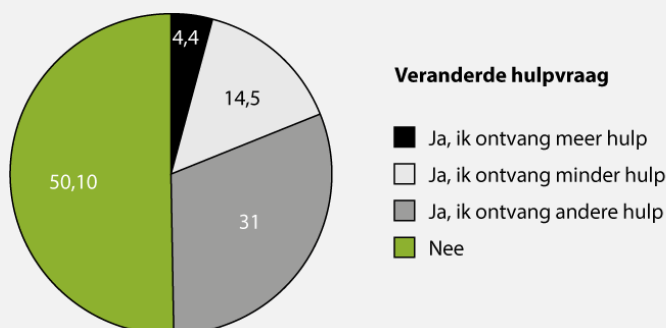
Ook via het UWV komen mensen bij Vriendendiensten om te re-integreren, bijvoorbeeld voor het opbouwen van een dagstructuur. Maar ook om meer inzicht in zichzelf te krijgen. Zo was er een deelnemer die bijna 2 jaar was ziekgemeld, omdat hij herhaaldelijk in een psychose belandde. Dankzij deelname aan herstelcursussen ging hij aan de slag met zelfregie en herstel. Deze deelnemer heeft inmiddels een betaalde baan, in een ander werkveld, dat beter aansluit bij zijn kwetsbaarheid.

6.5 Samenwerking met hulpverleners

Deelnemers en stakeholders geven aan dat Vriendendiensten een unieke functie heeft in het ondersteunen van deelnemers buiten de reguliere hulpverlening om.

Reguliere hulpverleners vertellen dat Vriendendiensten bijdraagt aan het welzijn en herstel van deelnemers. In sommige gevallen draagt de samenwerking met Vriendendiensten zelfs bij aan het verminderen van de noodzaak voor verdere professionele begeleiding. 60-70% van de aanmeldingen bij Vriendendiensten worden gedaan door hulpverleners, met name POH's en Wmo-consulenten. Zij verwijzen veelal naar Vriendendiensten, omdat zij merken dat dit ondersteunend is aan de reguliere, professionele begeleiding.

Uit de vragenlijst bleek onder andere dat bij 31% van de deelnemers de vraag naar professionele hulp is veranderd sinds ze bij Vriendendiensten komen. Dit varieert van verandering in soort hulp, door bijvoorbeeld naar het FACT-team te gaan of beter aangepaste hulp door de komst bij Vriendendiensten. 14,5% van de deelnemers ontving zelfs minder professionele hulp.



Figuur 4: Verandering in de hulpvraag

De stabiliteit die Vriendendiensten mensen biedt leidt tot een continu vangnet dat deelnemers ervaren. Eén van de deelnemers vertelde dat ze regelmatig wordt opgenomen. Vanuit haar contacten bij Vriendendiensten ontvangt ze ook gedurende deze opnames steun. Dit zorgt ervoor dat ze zich gezien en gehoord voelt en dat ze na opname haar bezoeken aan Vriendendiensten weer eenvoudig oppakt. Een andere deelnemer gaf aan dat het contact wat Vriendendiensten en Dimence met elkaar hebben, ervoor zorgt dat er vroeg gesignaleerd en geschakeld kan worden als het wat minder met hem gaat.

7. Effecten in beeld

In de vorige hoofdstukken hebben we de kracht en impact van Vriendendiensten toegelicht. In dit hoofdstuk vertalen we deze elementen naar (maatschappelijke) effecten van deze inzet.

Belangrijk om bij deze uitwerking op te merken is dat:

- We bij de berekeningen zijn uitgegaan van de aantallen die door Vriendendiensten zijn aangegeven op basis van ofwel totaal aantal deelnemers, ofwel inschattingen van diverse medewerkers van Vriendendiensten. In stap 3 van dit onderzoek hebben we de uiteindelijke vertaling naar percentages opnieuw getoetst bij medewerkers van Vriendendiensten.
- We de percentages (aandeel van totaal aantal deelnemers) vergeleken hebben met ervaringen van andere zelfregiecentra waar we onderzoek hebben gedaan, om het beeld dat we bij Vriendendiensten hebben verkregen zo goed mogelijk te valideren.
- We voor de tarieven gebruik hebben gemaakt van beschikbare databronnen (lokaal, landelijk), hiervoor hebben we bronverwijzingen opgenomen waar dit mogelijk is.

In alle berekeningen hanteren we als 'bezoekersaantal' de volgende uitgangspunten⁴:

Gebaseerd op 2023

77 bezoekers ZRC op een dag	= gemiddeld 800 unieke deelnemers per jaar
19 bezoekers jongerencafé per keer	= gemiddeld 65 unieke deelnemers per jaar
294 OCO waarvan 33% dubbel met ZRC	= 197 unieke cliënten extra
294 deelnemers maatjes waarvan 33% dubbel met ZRC	= 197 unieke deelnemers extra

Totaal = 800 + 65 + 197 + 197 = 1259 unieke deelnemers in Deventer

7.1 Kwaliteit van leven

De veilige en vertrouwde omgeving die Vriendendiensten biedt met een zeer persoonlijke benadering van de deelnemers is een grote succesfactor. Dit doet Vriendendiensten vanuit de presentiebenadering, zelfregiemethodiek en herstelgericht werken. Het Trimbos Instituut heeft effectieve interventies op het gebied van mentale gezondheid gebundeld. Uit onderzoek naar de cursus 'herstellen doe je zelf' blijkt dat de sociale interactie tussen deelnemers een belangrijke rol speelt bij het vergroten van empowerment, hoop en zelfvertrouwen. Ook de effecten van rolmodellen van ervaringsdeskundige trainers zijn onderdeel van het positieve effect. Deze interactie tussen deelnemers en ervaringsdeskundigen gaat continu door, ook binnen Vriendendiensten. Dit heeft een positief effect op het verlagen van stress en het verhogen van mentaal welbevinden. Het kwantificeren van de kwaliteit van leven is erg moeilijk en drukken we daarom niet in geld uit in deze rapportage.

⁴ Toelichting op het aantal unieke bezoekers van het jongerencafé. De eerste helft van 2024 liet zien dat er 76 jongeren voor het eerst kwamen. En dat er 68 jongeren structureel deelnamen aan het jongerencafé. Een enkeling komt ook bij het ZRC. Vandaar dat we in deze berekening zijn uitgegaan van 65 unieke deelnemers.

7.2 Sociale netwerken

Deelnemers ontmoeten elkaar bij zowel ZRC als maatjesactiviteiten, maar ook buiten deze activiteiten om vinden mensen elkaar. Ook bij de ggz-cliëntondersteuning komt het ontmoeten van anderen of het herstellen van sociale contacten regelmatig terug. Dat blijkt ook uit het feit dat circa 50% van de deelnemers aan ggz-cliëntondersteuning daarnaast gebruik maakt van het ZRC of herstelcursussen. We gaan ervan uit dat 85% van de deelnemers een sociaal netwerk heeft opgebouwd sinds zij in contact zijn met Vriendendiensten. Dit heeft effect op het voorkomen van beroep op professionele zorg, zie hieronder maar is niet apart in geld uit te drukken.

7.3 Vrijwilligerswerk en betaald werk

Alle deelnemers aan activiteiten bij Vriendendiensten worden gemotiveerd om actief te participeren. Iedereen doet mee en draagt bij aan het bestaan van Vriendendiensten. Voor een groot deel van de deelnemers (70%) wordt er daarnaast ook een rol buiten Vriendendiensten gevonden. Door het netwerk dat Vriendendiensten heeft en het goede, persoonlijke contact met deelnemers kan er in die situaties een langdurig, succesvolle match worden gemaakt tussen de deelnemer en een 'externe' plek voor vrijwilligerswerk. 70% van de deelnemers van het ZRC doet een vorm van vrijwilligerswerk buiten Vriendendiensten. Waarbij we uitgaan van gemiddeld 2 uur vrijwilligerswerk per week. Als we de waarde van vrijwilligerswerk uitdrukken in 10% van het minimumloon (1,37 euro per uur) bij 2 uur per week en 40 weken per jaar leidt dat tot een effect van 109,60 euro per deelnemer. Uitgaande van 70% van 800 deelnemers binnen het ZRC is daarmee het totale effect 61.376 euro op jaarbasis.

Een specifieke groep betreft de inzet van mensen met ervaring/ ervaringswerkers die een opleiding tot ervaringsdeskundige volgen of gevolgd hebben en hun kennis en ervaring belangeloos inzetten voor het Herstel Netwerk namens Vriendendiensten. Zij geven het hele jaar door onbetaald trainingen en cursussen. Dit levert op jaarbasis 150 uur per persoon op die zich belangeloos inzet. Op dit moment gaat het om 12 mensen met ervaring/ ervaringswerkers voor wie dit geldt. Als we ervan uitgaan dat deze uren anders volledig betaald moeten worden tegen een vergoeding van 55 euro per uur⁵ aan betaalde ervaringsdeskundigen leidt dit tot een besparing van 99.000 euro op jaarbasis.

Voor een heel klein deel van de groep mensen met ervaring/ ervaringwerkers geldt dat zij vervolgens betaald werk gaan doen. Heel specifiek geldt de inzet van ervaringswerkers en ervaringsdeskundigen die vanuit het Herstel Netwerk in Deventer opgeleid zijn en die nu betaald werk doen. We gaan uit van gemiddeld 16 uur per week betaald werk. Dit leidt tot het verminderen van een uitkering, we gaan uit van een Wajong-uitkering (1280 euro per maand⁶) met 60%. Dat leidt tot een effect van 768 euro per deelnemer per maand en 9.216 euro per jaar. Uitgaande van 6 deelnemers waarvoor dit tot nu toe is gelukt, leidt dit tot een totaal effect van 55.296 euro per jaar (dit effect gaat jaarlijks door maar nemen we voor het vervolg voor slechts 1 jaar mee).

⁵ Gebaseerd op schaalverdeling CAO Sociaal Werk

⁶ Maatschappelijke prijslijst.nl

7.4 Afname beroep op professionele ondersteuning

Uit de vragenlijsten die we hebben afgenomen bij deelnemers van Vriendendiensten blijkt dat 14,5% van de deelnemers minder professionele hulp ontvangt sinds ze gebruik maken van Vriendendiensten.

Effect op Wmo-begeleiding

Als we uitgaan van een afname van 2 uur begeleiding (Wmo) per week per deelnemer gedurende 46 weken per jaar en een uurtarief van 67 euro per uur⁶ leidt dat tot een besparing van 6.164 euro per deelnemer per jaar. Uitgaande van 14,5% van totaal 1.259 deelnemers dus 183 deelnemers waarbij dit geldt, leidt dit tot een totaal effect van 1.128.012 euro op jaarbasis.

Effect op dagbesteding

Daarnaast gaan we ervan uit dat voor circa 90 deelnemers van het ZRC en 10% van de maatjeskoppels (20 deelnemers) geldt dat zij zonder deze activiteiten een beroep zouden doen op dagbesteding. Dit zijn in totaal 110 deelnemers. In de afgelopen jaren zijn in Deventer twee dagbestedingslocaties voor mensen met psychische kwetsbaarheid gesloten. Een deel van deze mensen maakt gebruik van de activiteiten van Vriendendiensten.

Voor deze 110 deelnemers gaan we uit van 3 dagdelen minder dagbesteding gedurende 46 weken per jaar. Een dagdeel dagbesteding kost gemiddeld 44 euro per dagdeel⁶. Dit leidt tot een besparing van 667.920 euro per jaar.

Effect op woonsituatie

Door het netwerk, de dagstructuur en het stabiele vangnet dat binnen Vriendendiensten wordt geboden geldt dat er 14 mensen zelfstandig kunnen blijven wonen die anders in een vorm van beschut of beschermd wonen zouden moeten wonen. We gaan ervan uit dat hiermee de kosten voor een lichte vorm van beschermd/ beschut wonen, van 40.000 euro⁷ per jaar voorkomen kunnen worden.

Daarnaast geldt voor 4 mensen dat zij door konden stromen van beschermd naar beschut wonen. Hiervoor rekenen we met een afname van kosten van 20.000 euro per jaar per deelnemer⁷.

In totaal ontstaat hierdoor een besparing van 640.000 euro op jaarbasis.

7.5 Minder beroep op behandeling, inclusief voorkomen van opnames in de ggz

Doordat deelnemers binnen Vriendendiensten werken aan hun herstel, ontstaat ruimte in hun leven om behandeling effectiever te laten zijn. Dit gaat om behandeling die al ingezet was voordat mensen bij Vriendendiensten gestart zijn, maar ook om mensen die gedurende hun contact met Vriendendiensten in behandeling gaan, omdat zij daar nu de ruimte voor voelen. Ook uit eerder onderzoek naar de samenwerking tussen gespecialiseerde ggz-

⁷ Benchmark uit diverse inkoopdocumenten gemeenten.

cliëntondersteuning van Vriendendiensten en Dimence bleek dat er een positief effect is op de effectiviteit binnen de behandeling.

Doordat deelnemers werken aan herstel binnen Vriendendiensten zijn ze intrinsiek gemotiveerd voor een behandeling waardoor de behandeling gemiddeld korter duurt en de kans op recidive flink afneemt. Wanneer daarmee een cirkel van herhaaldelijk behandelen kan worden doorbroken, is dit zeer effectief.

Jaarlijks nemen 133 deelnemers bij Vriendendiensten deel aan herstelcursussen. In deze cursussen staat het herstel van de deelnemer centraal wat direct een positief effect heeft op de behandeling die wordt ingezet (motivatie, vertrouwen in behandeling). We gaan er vanuit dat normaliter bij circa 50% van de cliënten in de ggz een herbehandeling nodig is, omdat de eerder ingezette behandeling niet (volledig) effectief is. Door het effect van de herstelcursussen gaan we uit van een afname van recidive/herhaalbehandeling van 50% naar 20%. Dit betekent dat bij 40 mensen geen 'herbehandeling' meer nodig is. We gaan ervan uit dat een behandeling in de ggz gemiddeld 10.000 euro⁸ kost en dat voor deze 40 deelnemers van Vriendendiensten geen nieuwe behandeling, tegen een opnieuw vergelijkbaar bedrag aan kosten, gestart hoeft te worden. Dit betekent dat er voor 40 van de 100 deelnemers geen herbehandeling meer nodig is. De besparing komt daarmee op 400.000 per jaar.

Daarnaast geldt voor een aantal deelnemers van Vriendendiensten dat zij op een wachtlijst stonden voor behandeling in de ggz. Door de inzet van Vriendendiensten kan ook voor deze groep deelnemers de behandeling effectiever worden ingezet. Dat betekent dat een behandeling in doorlooptijd korter duurt, waardoor jaarlijks gemiddeld 2.000 euro aan kosten per deelnemer worden bespaard. Bovendien geldt ook voor deze deelnemers dat er een afname van recidive/herhaalbehandeling van 50% naar 20% te verwachten is. We gaan hierbij uit van een groep van 20 deelnemers op jaarbasis waarbij beide effecten optreden (minder lange behandeling en minder recidive). Dit betekent dat er bespaard wordt (20* 2.000 euro en recidive op 4 in plaats van 10 deelnemers waardoor nog eens 60.000 euro wordt bespaard), dit leidt tot een totaal effect van 72.000 voor Vriendendiensten als geheel.

Tenslotte veronderstellen we dat er voor een aantal mensen een (crisis)opname voorkomen kan worden door de stabiliteit en het vertrouwen dat men vindt bij Vriendendiensten. Voor een deel van deze mensen is nog wel een reguliere opname nodig, maar die is veel meer onderdeel van het behandeltraject en daarmee 'gepland'. Dit betekent ook dat een opname veelal minder traumatiserend is en dat de heftigheid van de problematiek vaak minder is omdat er naar een opname toegewerkt wordt en het herstel sneller kan gaan. We gaan ervan uit dat door de betrokkenheid van Vriendendiensten bij 1% tot 2% van de deelnemers geen crisisopnames meer nodig zijn en dat geplande opnames korter duren. Als we uitgaan van de kosten van een crisisopname van 350 euro per dag⁶ en een gemiddelde duur van een crisisopname van 2 weken dan wel verkorting van een reguliere opname met 2 weken (minder lang opgenomen zijn) betekent dat een besparing van 4.900 euro per deelnemer. Dit leidt tot een effect van 58.800 euro per jaar.

⁸ Gebaseerd op behandeling in de GGZ van 3.000 tot 6.000 minuten.

Om deze effecten uitgebreider te onderzoeken en de verdere besparing op zorgkosten te kwantificeren is vervolgonderzoek nodig.

7.6 Voorkomen en verminderen financiële problematiek

Uit het onderzoek is gebleken dat het verminderen en voorkomen van financiële problematiek bij met name de cliënten van ggz-cliëntondersteuning voorkomt. Het voorkomen of verminderen van financiële problematiek heeft effect op het voorkomen van schuldhulpverlening en daarbij behorende schuldenproblematiek en het verkorten van de gemiddelde duur van een schuldhulpverleningstraject.

We gaan ervan uit dat er jaarlijks bij 14 deelnemers een schuldhulpverleningstraject van 1.700 euro⁶ gemiddeld wordt voorkomen waarbij ook een schuld van gemiddeld 2.500 euro per jaar wordt voorkomen. Daarnaast gaan we ervan uit dat bij 14 deelnemers het schuldhulpverleningstraject wordt verkort met 3 maanden (25% minder kosten leidt tot 425 euro per jaar) en dat ook de schuld minder hoog oploopt, 500 euro minder. In totaal leidt dit tot een effect van 71.750 euro op jaarbasis.

7.7 Duurzaam effect, voorkomen van terugval

Een laatste effect is dat de combinatie van mogelijkheden bij Vriendendiensten zorgt voor veel vertrouwen bij de deelnemers. Bovendien is een groot deel van de deelnemers langdurig in beeld bij Vriendendiensten waardoor op een laagdrempelige manier 'vinger aan de pols' kan worden gehouden en terugval kan worden voorkomen. Het uitdrukken van deze effecten in geld is moeilijk omdat effecten door de eerdergenoemde thema's lopen.

7.8 Samenvattend

Als we kijken naar de effecten in het geheel ontstaat onderstaand beeld:

Categorie	Effect op jaarbasis
Meer welbevinden	PM
Meer contacten/ groter sociaal netwerk	Vertaalt zich in minder professionele ondersteuning
(Vrijwilligers-)werk	
• Inzet vrijwilligerswerk	61.376 euro
• Herstelcursussen die belangeloos worden gegeven	99.000 euro
Betaald werk en daarmee voorkomen uitkering	55.296 euro
Minder professionele ondersteuning	
• Wmo begeleiding	1.128.012 euro
• Dagbesteding	667.920 euro
• Woonsituatie (zelfstandig of beschut)	640.000 euro
Effectievere ggz-behandeling	400.000 euro
Gedurende wachttijd werken aan effectievere ggz-behandeling	72.000 euro
Voorkomen (acute) opnames en verkorten opnames	58.800 euro
Voorkomen en verminderen van financiële problematiek	71.750 euro
Duurzaam effect, voorkomen van terugval	PM
Totaal	3.254.154

Tabel 2: Kwantificering effecten

8. Conclusie

In deze rapportage hebben we gekeken naar de effecten die het werk van Vriendendiensten heeft op haar deelnemers, de samenleving en de samenwerking met partners in de gemeente Deventer. Het onderzoek geeft een goed beeld van de waarde die Vriendendiensten al bijna 25 jaar heeft voor haar deelnemers: het bieden van een veilige en stabiele plek, waar mensen rust vinden, zichzelf kunnen zijn, in balans komen en kunnen werken aan hun herstel. De effecten van deze werkwijze zijn groot en verspreiden zich breed in de samenleving van Deventer. Met circa 1.800 bereikte inwoners per jaar in Deventer is Vriendendiensten niet meer weg te denken. Als we dit verbijzonderen naar de doelgroep inwoners met een Ernstig Psychiatrische Aandoening (EPA) bereikt Vriendendiensten circa 35% van deze doelgroep.

Vriendendiensten zet zich zowel lokaal, regionaal als landelijk in voor het versterken, doorontwikkelen en duurzaam borgen van het vak van zelfregie en herstel. Dit is in lijn met de landelijke ontwikkelingen zoals beschreven in het Integraal Zorg Akkoord (IZA). De beweging om tot een dekkend netwerk van laagdrempelige steunpunten te komen in combinatie met een intensievere samenwerking tussen het medisch en sociaal domein maakt het een uitdaging om de kerntaken binnen de beschikbare middelen (die deels niet structureel beschikbaar hoeven te zijn) te organiseren. Vriendendiensten ziet nu namelijk al een toename van deelnemers, vooral bij de onafhankelijke ggz-cliëntondersteuning waar er inmiddels een wachtlijst van 10 à 13 weken is ontstaan.

De belangrijkste vraag van het onderzoek was om te kijken naar de maatschappelijke kosten en baten van Vriendendiensten. In hoofdstuk 5 hebben we de waarde vanuit het perspectief van de deelnemers beschreven, in hoofdstuk 6 hebben we dit vertaald naar de effecten op deelnemers en de samenleving. Vervolgens hebben we in hoofdstuk 7 deze effecten vertaald naar geld. Daarbij geldt dat met name de effecten op de langere termijn en de effecten in de Zorgverzekeringswet minder goed in beeld te brengen zijn, omdat hiervan geen specifieke data beschikbaar zijn op dit moment. Dit vraagt nader onderzoek om deze baten nog verder te specificeren. De huidige baten zijn daarmee mogelijk aan de lage kant.

Nu we de maatschappelijke baten willen vergelijken met de kosten die Vriendendiensten maakt, nemen we de gesubsidieerde kosten van Vriendendiensten binnen de gemeente Deventer mee. Deze liggen op 727.371 euro voor het jaar 2023.

Op basis van de resultaten kunnen we concluderen dat Vriendendiensten een positieve maatschappelijke impact heeft. De maatschappelijke baten, zoals berekend in hoofdstuk 7, bedragen 3.282.154 euro waarbij voor een deel van de baten geldt, dat zij niet in geld uitgedrukt zijn maar dat dat deze baten wel de kern van het werk van Vriendendiensten raken. Als we de baten van 3.254.154 euro afzetten tegen de jaarlijkse kosten van 727.371 euro is duidelijk dat de baten fors hoger liggen dan de kosten. Iedere geïnvesteerde euro levert namelijk circa 4,5 euro op.

Daarbij is het belangrijk om te benoemen dat de maatschappelijke baten op verschillende terreinen neerslaan, variërend van Wmo ambulante begeleiding, Wmo beschermd wonen

(regionale taak), Participatiewet tot Zorgverzekeringswet. Dit kan leiden tot een gesprek tussen financiers. De kosten worden namelijk volledig gedragen door de gemeente Deventer (Wmo) terwijl de opbrengsten op een breder palet aan financiers neerslaan. Dit onderzoek laat zien dat Vriendendiensten niet alleen een waardevolle plek biedt voor de deelnemers, maar ook van maatschappelijke waarde in Deventer is. De resultaten maken inzichtelijk hoe de investeringen niet alleen leiden tot meer mentale balans, zelfregie, herstel en participatie bij de deelnemers (en daarmee effect hebben op de samenleving), maar ook tot maatschappelijke baten voor diverse financiers. Het benadrukt het belang van aandacht voor en duurzame investering in initiatieven zoals Vriendendiensten.

10 KENMERKEN van zelfregie en herstelorganisaties



Voor wie?

1

Een zelfregie en herstel organisatie is voor iedereen laagdrempelig toegankelijk en in het bijzonder voor mensen met (ernstige/langdurige) psychische (de EPA-doelgroep) en/of sociaal- emotionele kwetsbaarheid en hun naasten.



Waartoe?

2

Een zelfregie en herstel organisatie is gericht op leren, herstel en ontwikkeling, dit gaat verder dan alleen een luisterend oor en koffie.



Hoe werkt het?

3

Zowel bezoekers/deelnemers als medewerkers en vrijwilligers hebben iets te halen én te brengen. Er is sprake van co-creatie en gezamenlijk eigenaarschap.



4

De ondersteuning krijgt vorm vanuit de behoeften van de mensen.

5

Wij zien elkaar als mens, niet als cliënt of hulpverlener.



6

Er is sprake van wederkerigheid en gelijkwaardigheid, op basis van wederzijds begrip, herkenning en erkenning.

7

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.



8

In het steunpunt komt collectieve ervaringskennis samen.

Met wie?

10

Samenwerking met de formele en informele (keten)partners:

- Sociaal domein (gemeente) •
- Welzijnsorganisaties •
- Huisartsen •
- Zorgaanbieders •

Zodat makkelijk afstemming kan plaatsvinden en mensen wanneer nodig kunnen worden gekoppeld aan de voor hen juiste personen of instanties.



Door wie?

9

In het initiatief zijn ervaringsdeskundigen en/of ervaringswerkers in de lead.



Bijlage 2 Resultaten vragenlijst

Deze bijlage bevat een aantal resultaten uit de vragenlijst die is gebruikt in dit onderzoek.

Algemeen

Hoe zijn mensen bij Vriendendiensten gekomen?

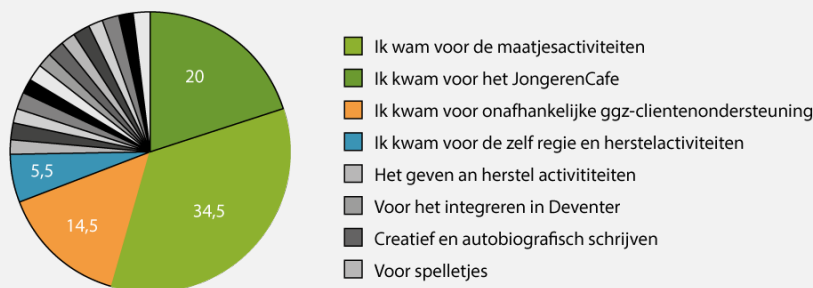
De manieren waarop mensen bij Vriendendiensten komen of van Vriendendiensten hebben gehoord verschillen sterk. De grootste groep deelnemers (24%) heeft van Vriendendiensten gehoord via de ggz (Wmo of Zwv). 11% van de mensen is gekomen via een andere deelnemer die al bij Vriendendiensten kwam. Daarnaast gaf een aantal personen (n=4) aan dat zij zijn overgestapt van de voorheen gevestigde dagbesteding de Zandloper.

Hoe vaak bezoeken mensen Vriendendiensten?

Mensen bezoeken Vriendendiensten regelmatig. De frequentie verschilt echter. De meerderheid geeft aan Vriendendiensten 1 tot 3 keer per week te bezoeken. Daarnaast geeft circa een kwart van de deelnemers aan Vriendendiensten 1 keer per week te bezoeken. Onderstaand zijn de verschillende antwoorden en percentages weergegeven.



Voor welke activiteiten komen mensen bij Vriendendiensten?



34.5% van de mensen kwam voor zelfregie en herstelactiviteiten. Vervolgens kwam 20% voor maatjesactiviteiten, 14.5% voor onafhankelijke ggz-cliëntondersteuning en 5.5% voor het Jongerencafé. Het overige percentage gaf een ander antwoord op deze vraag, bijvoorbeeld voor specifieke activiteiten.

Op de vraag of deelnemers daarna nog gebruik zijn gaan maken van andere kerntaken van Vriendendiensten, gaf de meerderheid aan gebruik te maken van een andere kerntaak. 50% gaf aan dat zij ook gebruik zijn gaan maken van de zelfregie en herstelactiviteiten, circa 33,3% van de maatjesactiviteiten en 18,5% van onafhankelijke ggz-cliëntondersteuning.

Daarnaast gaf 16,7% aan ook naar het Jongerencafé te zijn gegaan. Het overige percentage gaf een ander antwoord op deze vraag, die niet over een specifieke kerntaak ging.

Verandering

Vervolgens is er gevraagd welke veranderingen de deelnemers hebben gemerkt sinds ze bij Vriendendiensten komen.

De stellingen waarbij de respondenten de meeste verandering hebben ervaren zijn:

1. Ik heb nieuwe mensen ontmoet.
2. Ik krijg meer steun en begrip van anderen.
3. Ik voel me minder eenzaam.

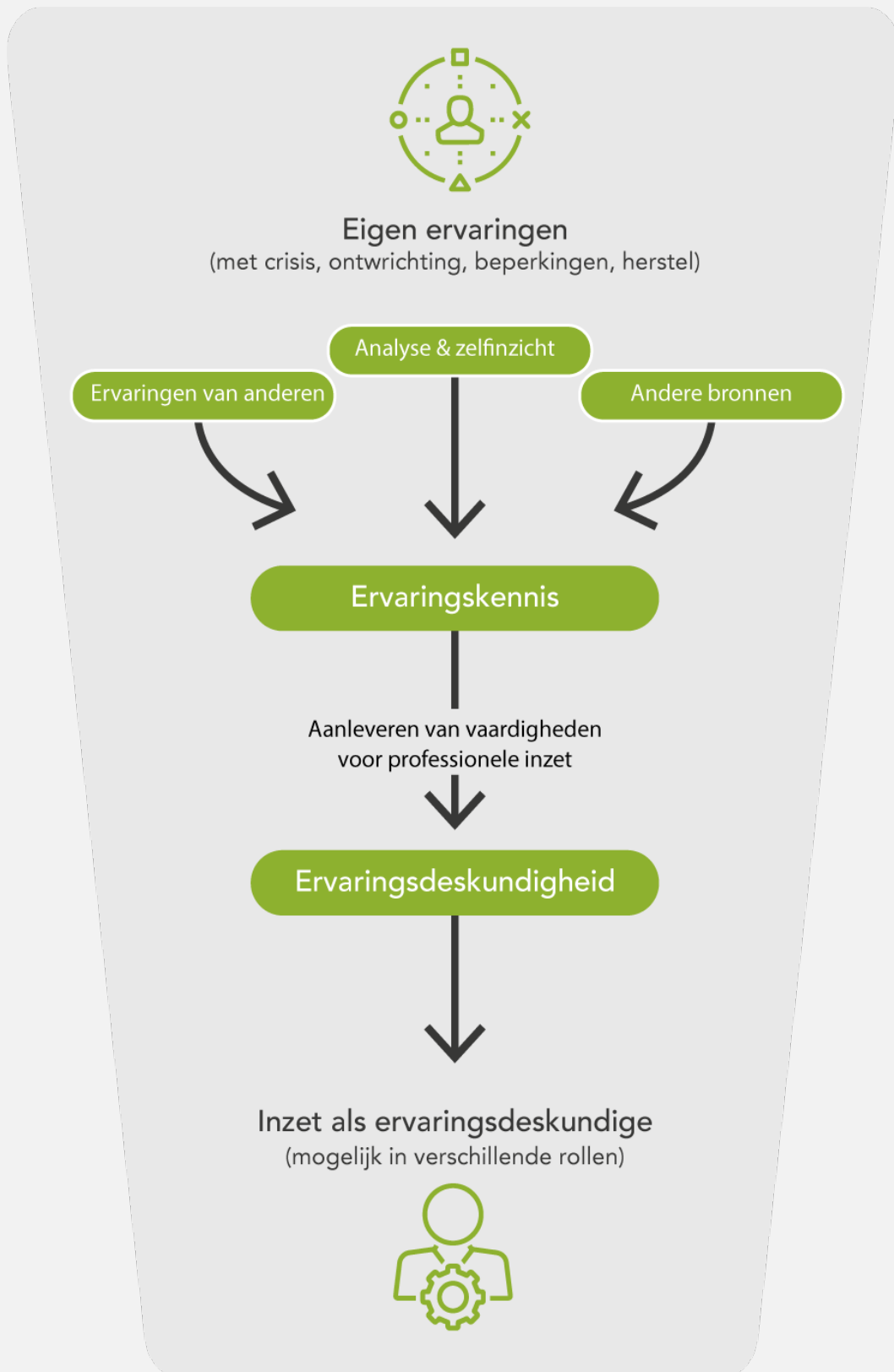
De stellingen waarbij de respondenten de minste verandering hebben ervaren zijn

1. Ik ben (opnieuw) begonnen aan mijn opleiding. Of heb deze afgerond.
2. Ik heb mijn financiën beter op orde.
3. Ik werk (meer). Gaat om zowel vrijwilligerswerk als betaald werk.

Hierin is te zien dat Vriendendienst vooral helpt in het ontmoeten van nieuwe mensen, waardoor ze meer steun en begrip voelen en zich daardoor minder eenzaam voelen. Er is sprake van herkenning en erkenning.

Er zijn veel positieve reacties op Vriendendiensten. Naast bovengenoemd effect hebben deelnemers relatief meer zelfvertrouwen gekregen en zijn ze vaak vrolijker. Veel deelnemers doen momenteel een vorm van vrijwilligerswerk, zijn aan het ontdekken of oriënteren wat ze willen of zijn aan het re-integreren dankzij Vriendendiensten. Hieruit kan geconcludeerd worden dat Vriendendiensten de kwaliteit van leven verbeterd en participatie van de deelnemers vergroot.

Bijlage 3 Ervaringsdeskundigen⁹



⁹ Model van Hilko Timmer - [Herstel werkt](#)