

Nota voor Burgemeester en Wethouders

Team: Beleid

Onderwerp:

Transformatie plan ecosysteem mentale gezondheid

Notagegevens

Bestuursorgaan	: B-en-W 7-11-2023
Notanummer	: 2023-1038
Datum	: 7-11-2023
Programma	: 09 - Jeugd en onderwijs
Portefeuillehouder	: Wethouder De Geest,
Bijlage(n)	: 20231020 Transformatieplan GEM regio Midden-IJssel 2024 - 2028 (versie 0.9).pdf

Parafering

01-11-2023: Programmamanager Meedoen (Welzijn, Zorg en Sport)01-11-2023: Wethouder

Agendering

* 01-11-2023: Gemeentesecretaris/algemeen directeur

* 02-11-2023: Teammanager Concernstaf en Adjunct-secretaris

Definitieve akkoord

8-11-2023

B & W d.d.: 7-11-2023

Besluit

1. In te stemmen met het transformatieplan "GEM ecosysteem mentale gezondheid Regio Midden IJssel 2024-2028"
2. De burgemeester te verzoeken om wethouder R.S. de Geest te machtigen om het transformatieplan "Gem ecosysteem mentale gezondheid Regio Midden IJssel 2024-2028" te ondertekenen
3. De raadsmededeling vast te stellen
4. De stukken aan te bieden aan de raad

De nota en het besluit openbaar te maken

Inleiding

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 middelen dienen via een transformatieplan aangevraagd te worden.

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 “veranderateliërs” (werkgroepen met betrokken professionals, ervaringsdeskundigen en inwoners) aan het verbeteren van mentale gezondheid van alle inwoners van de regio Midden-IJssel. De veranderateliërs 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 Zvw-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: een verdubbeling van inzet van ervaringsdeskundigen en bezoekers in het zelfregiecentrum (van 600 naar 1200 bezoekers) in Deventer (N.B. uitbreiding van de zelfregiecentra in de andere gemeenten is ook mogelijk, maar in deze versie van het plan nog niet in voorzien). 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 concept transformatieplan dat als bijlage is toegevoegd. En wethouder De Geest te machtigen het nu voorliggende concept transformatieplan op het bestuurlijk overleg van 9 november te ondertekenen. Bestuurlijke instemming zal van alle indienende partijen (De vier regio gemeenten, Huisartsen Coöperatie Deventer en Omgeving (HCDO), Vriendendiensten Deventer en de DimenceGroep) op 9 november worden gevraagd. Na instemming wordt het transformatieplan ingediend bij de twee grootste zorgverzekeraars in regio; Salland Zorgverzekeraar en Zilveren Kruis. Zij zullen het transformatieplan vervolgens 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 vijf jaarlijkse termijnen over de periode van 2024

tot en met 2028. De hoogte van de jaarlijkse termijnen hangt samen met de vereiste middelen voor dat jaar.

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.

In het transformatieplan worden deze doelstellingen vertaald naar concrete activiteiten en afspraken voor de komende 5 jaar (tot en met 2028); 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 en Salland Zorgverzekeraar en de vier regiogemeenten. De gemeente Deventer en de gemeente Voorst zijn lid van de 'kerncoalitie' van GEM Midden-IJssel. De gemeente Voorst vertegenwoordigt in dit overleg ook de gemeente Olst-Wijhe en Raalte.

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.

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 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 stelt de regio momenteel een regioplan op, met daarin beschreven welke thema's aangepakt gaan worden. Mentale gezondheid is een van de thema's. Dit transformatieplan loopt dus vooruit 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. 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 GEM (ZonMw-gefinancierde) project.

Tegen

De onduidelijkheid over de toekomstige financiering (na 2028) van de investeringen in het sociale domein.

Het regioplan is nog in de maak, op basis van dit regioplan kunnen transformatieplannen worden ingediend. Dit plan transformatieplan loopt op deze planning vooruit.

Financiële consequenties en dekking

De kosten van de activiteiten uit het transformatieplan worden gedekt uit de middelen die aangevraagd worden middels het transformatieplan.

Voor de gemeente heeft het transformatieplan naar verwachting geen financiële consequenties, omdat gedurende de transformatieperiode de investeringen in het sociaal domein worden vergoed vanuit de aangevraagde transformatiegelden. De inhoudelijke en financiële consequenties zullen worden gemonitord.

Een van de beoogde effecten is het realiseren van meer samenhang in de geboden zorg en ondersteuning voor mensen met psychische somatiek. Daarnaast doen zich naar verwachting positieve, secundaire effecten voor, op onder andere het gebied van schuldhulpverlening, minder overlast en meer participatie.

De GEM-transformatie in Midden-IJssel vraagt bij twee van de drie onderdelen om extra investeringen vanuit het sociaal domein:

1. Het verkennend gesprek bestaat uit medewerkers die werkzaam zijn voor het sociaal domein in de gemeente (in Deventer bijvoorbeeld bij Team Toegang WMO), Vriendendiensten Deventer, Meldpunt Bijzondere Zorg en, vanuit het medisch domein, POH-GGZ. Hier wordt fors geïnvesteerd door meer mensen beschikbaar te stellen voor dit gesprek.
2. Daarnaast wordt geïnvesteerd in een verdubbeling van het aantal bezoekers aan het zelfregiecentrum en herstelnetwerk. Het zelfregiecentrum krijgt een tweede locatie in Deventer en het herstelnetwerk ervaringsdeskundigen verdubbelt in capaciteit.

Deze investeringen in het sociaal domein worden gedekt vanuit de IZA-transformatiemiddelen gedurende de looptijd van het transformatieplan (2024-2028). Gedurende de transformatieperiode moet structurele dekking worden gevonden voor deze investeringen na de transformatieperiode. Hierbij zetten partijen in op een structurele overheveling van middelen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw) naar de Wmo.

Er wordt onder andere een onderzoek uitgevoerd naar de structurele impact op investeren in de Wmo op de Zvw. De kosten voor dit onderzoek worden gedekt door de transformatiemiddelen. Op basis van de uitkomsten van dit onderzoek gaan zorgverzekeraars en gemeenten in gesprek over structurele overheveling. Hierbij worden ook landelijke partijen (o.a. het ministerie van VWS) betrokken om dit te realiseren.

Expliciet staat in het transformatieplan hierover vermeld (blz. 21):

- * IZA-transformatiemiddelen worden ingezet om de impactvolle zorgtransformaties aan te tonen, over domeinen heen
- * Structurele overheveling (van geld uit de zorgverzekeringswet naar de WMO) is vereist voor voortzetting na de transformatieperiode
- * Als de impactvolle zorgtransformaties zich voordoen, borgen we de overheveling. Als die zich niet voordoen, wordt de transformatie niet voortgezet.

Zie ook paragraaf 3.1.4, blz. 27 waarin staat:

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. De transformatieperiode maakt het mogelijk om deze kostendaling in de Zvw ook daadwerkelijk waar te nemen.

Als die zich voordoet, kan de business case voor structurele overheveling van Zvw-gelden naar de Wmo worden opgesteld. Zonder structurele overheveling geen structurele voortzetting van de investeringen in het sociaal domein.

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 te komen tot shared savings over de domeinen heen, ligt overheveling van Zvw naar de Wmo voor de hand. Voordat tot een dergelijke overheveling wordt overgegaan, is het van belang te bewijzen dat investeringen in het ene domein ook daadwerkelijk leiden tot besparingen in het andere domein.

Derhalve gebruiken we de transformatieperiode om hiervoor 'bewijslast' te verzamelen. We benutten de transformatiemiddelen om de beoogde transformatie te realiseren en tegelijkertijd structurele borging te creëren. Het transformatieplan geeft vertrouwen dat dit binnen de transformatieperiode te realiseren is.

Het transformatieplan vraagt in totaal over 5 jaar (van 2024 tot en met 2028) circa 14,5 mln. euro IZA-transformatiemiddelen aan. Dit zijn kosten die gemaakt worden voor de extra inzet van medewerkers voor het verkennende gesprek, extra inzet voor het zelfregie en herstelnetwerk, kosten voor het overstappen naar groepsbehandeling en voor de projectondersteuning. Structureel zijn de vermeden kosten naar verwachting jaarlijks 1 mln. eurolager dan de gemaakte kosten. Deze besparing is nog zonder de verwachte positieve secundaire effecten van GEM.

Vanuit de (gemeentelijke) SPUK IZA middelen is 100.000 euro per jaar gereserveerd voor het opvangen en of bijsturen van mogelijke negatieve effecten op maatwerk voorzieningen WMO,

Openbaarmaking en communicatie

communicatie zal samen met de partijen worden opgepakt

Aanpak en uitvoering

Na instemming in de colleges van Deventer, Olst-Wijhe, Voorst en Raalte wordt het transformatieplan op het bestuurlijk overleg van 9 november geagendeerd ter instemming. Naast de gemeenten dienen Vriendendiensten Deventer, de Huisartsen Coöperatie Deventer en Omgeving (HCDO) en de DimenceGroep in te stemmen met het transformatieplan.

Na instemming op 9 november wordt het transformatieplan ingediend bij de twee grootste zorgverzekeraars in de regio (Salland Zorgverzekeraar en Zilveren Kruis) die het plan vervolgens beoordelen. Salland Zorgverzekeraar is eerste beoordelaar; Zilveren Kruis tweede beoordelaar.

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

Vanaf 1-1-2024 zal worden gestart met uitvoering geven aan het transformatieplan.

Het plan wordt ieder half jaar door de in te stellen Stuurgroep herijkt op zowel inhoud als kwantificering. Daarbij is ook overheveling van middelen tussen de GEM-onderdelen mogelijk, zij het binnen de bestaande transformatiemiddelen.

RAADSMEDEDELING

Onderwerp	Transformatie plan ecosysteem mentale gezondheid		
Nummer	2023-1038	Portefeuillehouder	Wethouder De Geest,
Team	DEV-BLD	Datum	7-11-2023

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.

Op 9 november hebben de gemeente Deventer, Olst-Wijhe, Voorst en Raalte, de Huisartsen Coöperatie Deventer en Omgeving (HCDO), Vriendendiensten Deventer en de DimenceGroep) het transformatieplan "GEM ecosysteem mentale gezondheid Regio Midden IJssel 2024-2028" ondertekend en ingediend bij de twee grootste zorgverzekeraars in de regio; Salland Zorgverzekeraar en Zilveren Kruis. Zij zullen het transformatieplan vervolgens beoordelen. Na goedkeuring door de zorgverzekeraars komen de gevraagde middelen vrij om de activiteiten te financieren, zoals beschreven in het transformatieplan.

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 het transformatieplan "GEM ecosysteem mentale gezondheid Regio Midden IJssel 2024-2028" ingediend. Dit plan beoogd de mentale gezondheid van inwoners in de regio Midden IJssel te verbeteren.

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 Zvw-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: een verdubbeling van inzet van ervaringsdeskundigen en bezoekers in het zelfregiecentrum (van 600 naar 1200 bezoekers) in Deventer (N.B. uitbreiding van de zelfregiecentra in de andere gemeenten is ook mogelijk, maar in deze versie van het plan nog niet in voorzien). 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.

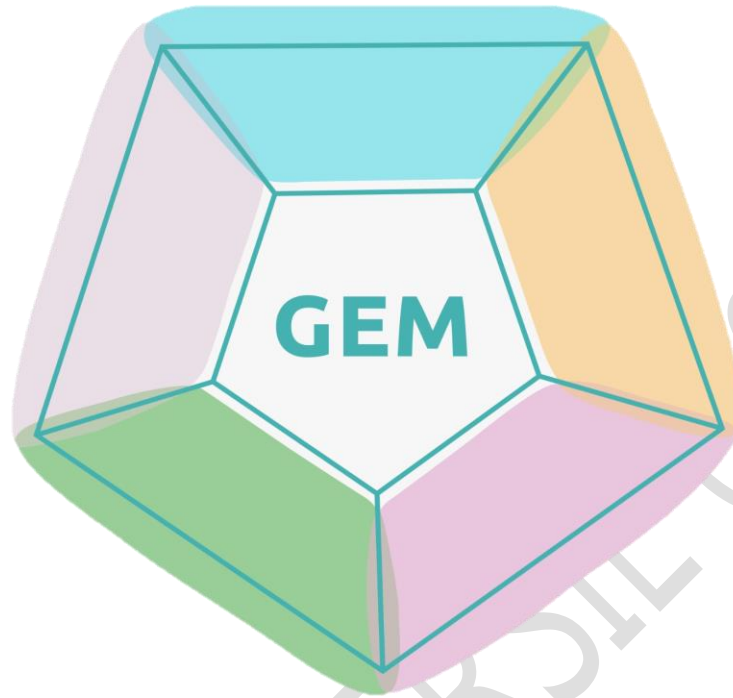
De doelstellingen in het transformatieplan zijn:

- * 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 5 jaar (tot en met 2028); de looptijd



van het transformatieplan.



Transformatieplan GEM

Ecosysteem Mentale Gezondheid

Regio Midden-IJssel

2024 – 2028



Vriendendiensten



DIMENCE GROEP



gemeente
Deventer



Gemeente Raalte

Salland
Zorgverzekeraar



gemeente
voorst

gemeente
Olst-Wijhe



HCDO
Huisartsen Coöperatie Deventer en Oostveen

Versie: 0.9 – 20 oktober 2023

Definitief concept

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 in juni 2023 gepubliceerde Regiobeeld 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). De kerncoalitie van GEM wordt gevormd door Vriendendiensten Deventer, Dimence Groep, HCDO, Salland Zorgverzekeraar 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 in plaats van stap in de keten; 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. Het is een plan op maat, met concrete doelen én stappen. Hierbij bouwt GEM zoveel mogelijk voort op wat al staat. Wat goed is, wordt versterkt; niet vervangen. Daarnaast zet GEM in op het 'verkenning gesprek', als onderdeel van het normale leven. Iedere inwoner met psychische klachten kan in gesprek met het medisch én het sociaal domein tegelijkertijd. Aan de hand van vier vragen kijk je samen wat er nodig is: zorg, ondersteuning, een zinvolle dagbesteding, of (nog) iets anders.

GEM gaat uit van groepen. Behandeling in de (s)ggz kan in groepen. Mensen kunnen zich aansluiten bij groepen van een zelfregiecentrum. Om dit mogelijk te maken wordt een nieuw zelfregiecentrum geopend in Deventer. De inzet van ervaringsdeskundigen vanuit het Herstelnetwerk Deventer wordt eveneens uitgebreid. Zo kunnen meer inwoners -in groepen- leren van elkaar. Verder worden mensen aangemoedigd om een 'contactpersoon' mee te nemen naar een verkennend gesprek. Iemand die contact houdt; er is. En verder niets.

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, samen het verkennend gesprek te voeren.

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) als kwantitatief (o.a. structurele verlaging van de Zvw-kosten van de ggz).

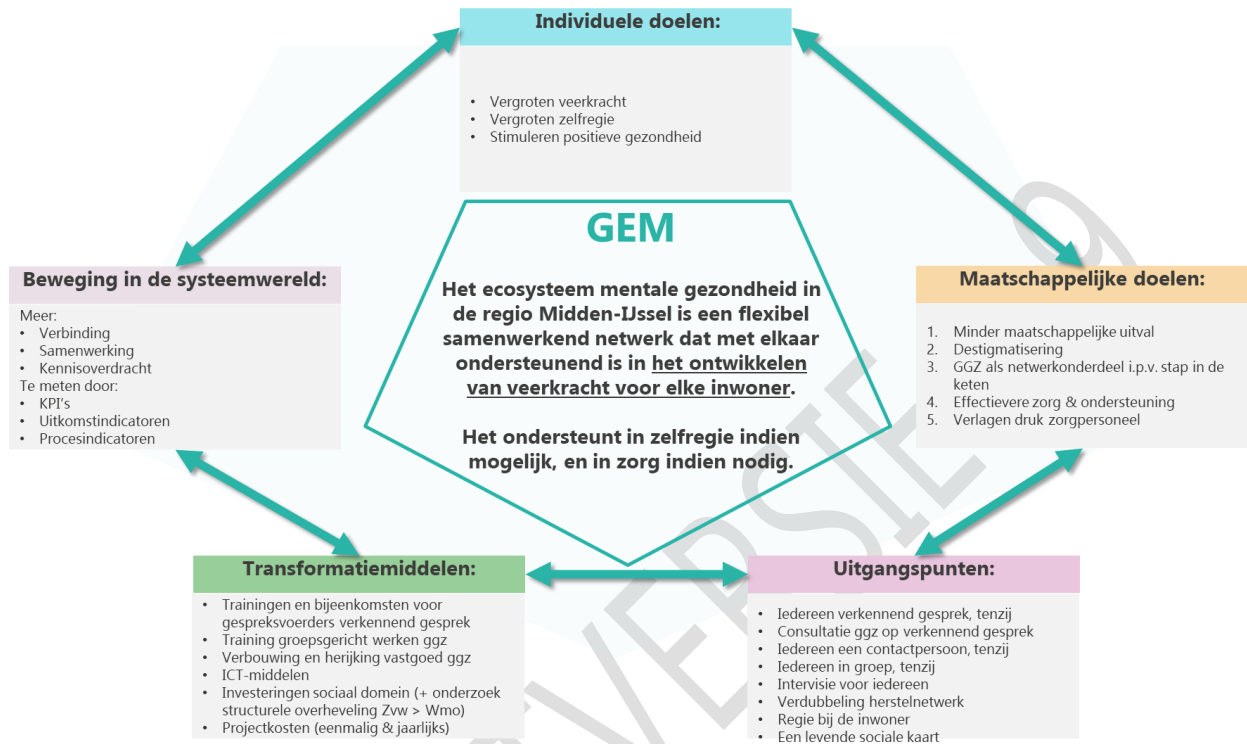
Het verkennend gesprek, de uitbreiding van zelfregie en herstel en het werken in groepen in de ggz ('modulaire ggz') zijn gekwantificeerd. Ook de vereiste projectorganisatie is becijferd. De omvang, kosten, beoogde vermeden (zorg)kosten en frictiekosten staan in Appendix 3: Kwantificering impact GEM-transformatie Midden-IJssel totaal. De netto besparing voor de hele regio is ca. 1 miljoen per jaar.

Gedurende de looptijd van het transformatieplan (2024 tot en met 2028) wordt het plan jaarlijks herijkt op inhoud én op kwantificering. Hiervoor zijn proces- en uitkomstindicatoren vastgesteld; elk gekoppeld aan één of meer (maatschappelijke) doelstellingen. Een stuurgroep met alle bestuurders stelt het herijkte plan vast. De (al sinds 2021 bestaande) kerncoalitie is verantwoordelijk voor borging en draagvlak binnen de betrokken organisaties. Zij worden ondersteund door een goede projectorganisatie.

In paragraaf 5.7 staat de fasering, inclusief mijlpalen en batches van transformatiemiddelen beschreven.

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.



De onderdelen van het transformatieplan GEM Midden-IJssel zijn ook gekwantificeerd. Daarbij maken we onderscheid tussen structurele baten, structurele lasten en frictiekosten (eenmalige kosten, om de transformatie te realiseren).



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 dan ook een logisch vervolg. Een volgende stap om de impactvolle, domeinoverstijgende afspraken verder 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. Dit betreft een bredere transitie, die al eerder is ingezet. GEM is hierbij een kapstok.

Het transformatieplan volgt de lijnen uit het beoordelingsformat voor impactvolle zorgtransformaties. Dit format leidt tot gespecificeerde bedragen aan transformatiemiddelen en structurele impact op Zvw, Wmo en Wlz in de komende vijf jaar. 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 39 mensen gesproken, van wie sommigen meerdere keren. Alle direct betrokken partijen (zorgverzekeraar, gemeenten en (zorg)aanbieders) hebben kwantitatieve en kwalitatieve gegevens aangeleverd.

Het transformatieplan is tussentijds van commentaar voorzien door een voor het plan geformeerde inhoudelijke werkgroep. De inhoudelijke werkgroep is drie keer bijeengekomen. Ook de initiatiefnemers van GEM ('GEM Landelijk') hebben input geleverd op dit document. Daarnaast is het document van commentaar voorzien door enkele andere inhoudelijke sleutelfiguren. De aannames ten aanzien van de kwantificering zijn afgestemd met de direct betrokkenen.

De conceptversie van het transformatieplan is van commentaar voorzien door de leden van de kerncoalitie. Eén rekenmodel ter kwantificering is door een controller volledig nagelopen.

Het opstellen van dit transformatieplan was niet mogelijk geweest zonder de actieve en betrokken opstelling van alle betrokkenen.

Input vanuit 24-uurs sessie regioplan Midden-IJssel op 26 oktober 2023 wordt verwerkt

De oplevering van de '0.9 versie' van het transformatieplan GEM Midden-IJssel is enkele dagen voor de 24-uurs sessie ten behoeve van het regioplan Midden-IJssel op 26 oktober. Belangrijke uitkomsten uit deze 24-uurs sessie worden daarom verwerkt tussen deze versie en de definitieve versie van dit transformatieplan, zodat transformatieplan en regioplan goed op elkaar aan (blijven) sluiten.

Inhoudsopgave

1. Visie: transformatie ecosysteem mentale gezondheid (GEM) in Midden-IJssel	6
1.1 Waarom transformatie?	6
1.2 Transformatiedoelen	9
1.3 Uitleg GEM	9
1.4 Vertaling visie GEM naar regionale situatie Midden-IJssel.....	11
1.5 Nieuw evenwicht	12
1.6 Vereiste gelijkgerichtheid om transformatie te laten slagen.....	13
2. Inhoudelijke uitgangspunten en afspraken GEM in Midden-IJssel	14
2.1 Uitgangspunten van de GEM-transformatie	15
2.2 Van uitgangspunten naar afspraken voor de transformatie	19
3. Maatschappelijke meerwaarde van de GEM-transformatie	22
3.1 Effecten van GEM op de inwoners van de regio Midden-IJssel	22
3.2 Secundaire effecten van GEM-transformatie	29
3.3 Effecten van GEM-transformatie op de verschillende IZA-doelen en opschaalbaarheid.....	30
4. Impactanalyse GEM-transformatie	32
4.1 Impactanalyse per GEM-onderdeel	33
4.2 Financiële impact GEM-transformatie per partij.....	44
4.3 Onderlinge samenhang tussen de verschillende GEM-onderdelen.....	60
4.4 Samenhang transformatieplan GEM Midden-IJssel met andere afspraken.....	60
5. Implementatieplan GEM-transformatie, inclusief monitoring en fasering	61
5.1 Monitoring: procesindicatoren, uitkomstindicatoren en KPI's	61
5.2 Actief bijsturen	65
5.3 (Taken en rolverdeling) projectorganisatie en (kerncoalitie) GEM	67
5.4 Structurele overheveling van financiële middelen Zvw naar Wmo	68
5.5 Risico's en mitigerende maatregelen	69
5.6 Commitment op het transformatieplan van betrokken partijen	72
5.7 Fasering en mijlpalen uitrol GEM-transformatie.....	73
Appendix 1 Verklarende woordenlijst	76
Appendix 2 Literatuur en referenties	77
Appendix 3 Kwantificering impact GEM-transformatie Midden-IJssel totaal	79
3.1 Kwantitatieve uitwerking Verkennend Gesprek	79
3.2 Kwantitatieve uitwerking Zelfregie & Herstel	82
3.3 Kwantitatieve uitwerking Modulaire ggz	85
Appendix 4 Nadere uitleg uitgangspunten t.b.v. training en praktijk.....	88

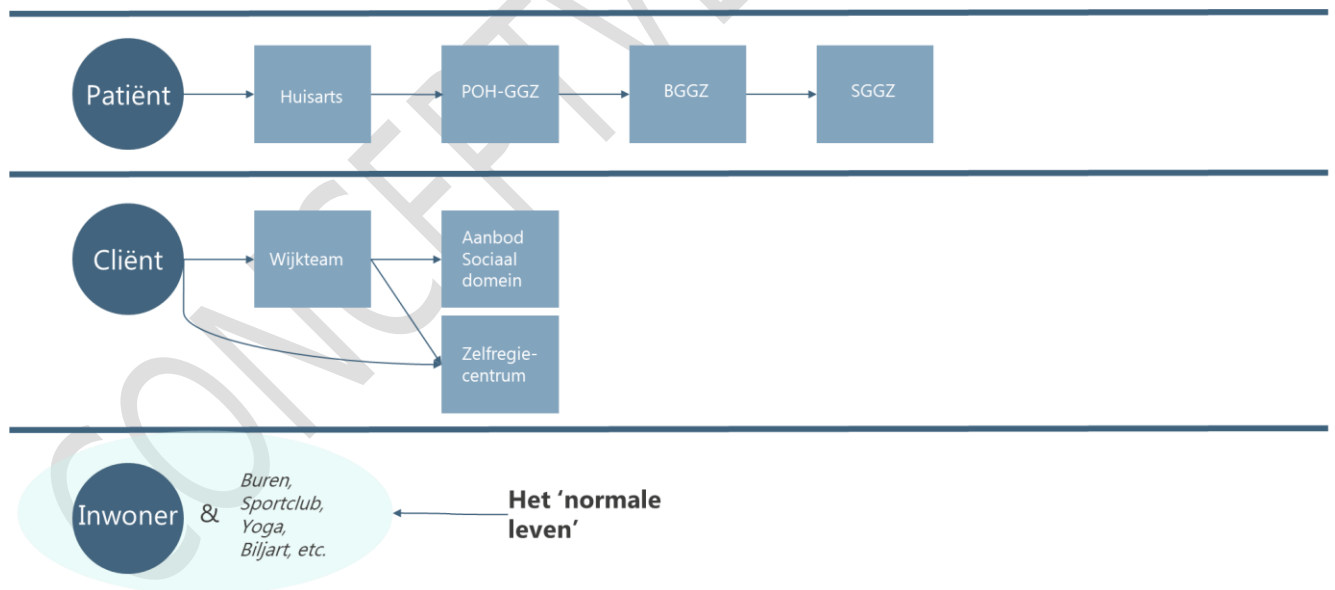
1. Visie: transformatie ecosysteem mentale gezondheid (GEM) in Midden-IJssel

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 regiobeeld 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 in plaats van stap in de keten; 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 1: 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

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.

plek te bieden. Het zorgveld nu is vooral georganiseerd in ketens (zie Figuur 1) in plaats van in 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 juni 2023 gepubliceerde Regiobeeld 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 2).

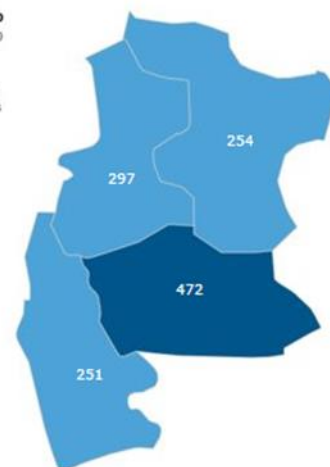
Uit het regiobeeld blijkt verder dat de gemiddelde kosten voor de basisggz en de langdurige ggz in de regio over de hele linie hoger liggen dan het landelijk gemiddelde.

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

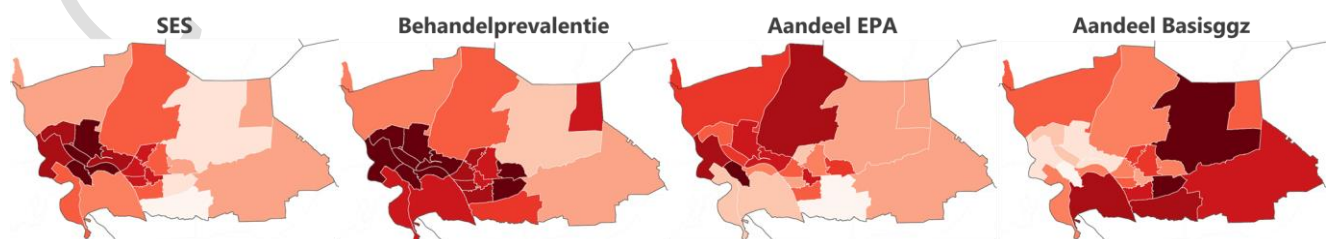
Aantal per 10.000
 Minder dan 150
 150 tot 250
 250 tot 350
 350 tot 400
 meer dan 400
 Geen gegevens



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

Figuur 2: Aantal ggz-cliënten per gemeente (2021)

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 SES en behandelprevalentie. Als we verder inzoomen op de soort behandeling (EPA-patiënten versus, Basisggz) is de correlatie lastiger te vinden.

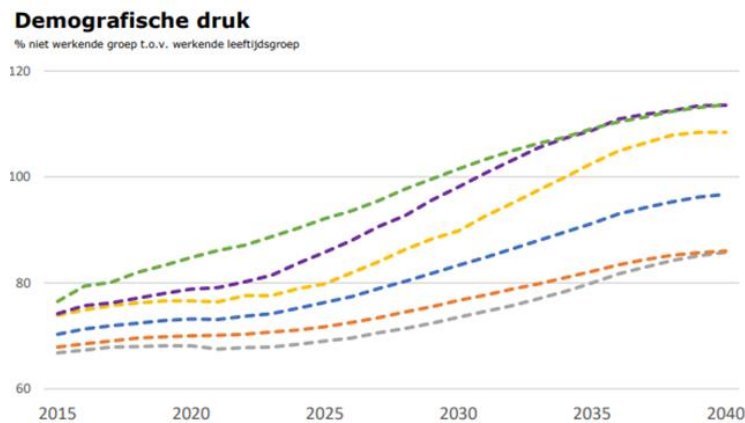


Figuur 3 Vier doorsnedes van de stad Deventer (SES, behandelprevalentie, aandeel EPA en aandeel Basisggz)

² Zie: [Regiobeeld Midden-IJssel \(op website dejuistezorgopdejuisteplek.nl\)](https://www.regiobeeldmiddenijssel.nl)

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. Op dit moment loopt er een GGD-onderzoek naar de mentale gezondheid van agrariërs in drie van de vier gemeenten van de regio Midden-IJssel³. 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. Een andere aanpak, gericht op het verbeteren van de mentale gezondheid van burgers in de brede zin, is hiervoor vereist.



Figuur 4: 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 Voort en Raalte meer niet-werkenden dan werkenden. Ook in de gemeenten Olst-Wijhe en Deventer loopt de demografische druk op (zie Figuur 4).

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

³ Zie <https://www.sallandcentraal.nl/2023/06/onderzoek-ggd-naar-mentale-gezondheid-agrarirs/>

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.

We hebben de volgende doelen voor de transformatie in de regio Midden-IJssel: minder maatschappelijke uitval; destigmatisering; ggz als netwerkonderdeel in plaats van stap in de keten; effectievere zorg en ondersteuning; en verlagen druk op zorgpersoneel.

Het ecosysteem vergroot de mentale veerkracht door flexibel te ondersteunen in zelfregie indien mogelijk en zorg te bieden indien nodig. We hebben deze doelen ook vertaald in vijf concrete doelen voor zorg en sociaal domein in de regio Midden-IJssel: minder maatschappelijke uitval, destigmatisering van mentale gezondheid, de ggz als netwerkonderdeel i.p.v. stap in de keten, effectievere zorg en ondersteuning en tot slot: het verlagen van de druk op het 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 (op te stellen) regioplan Midden-IJssel. In paragraaf 1.4 gaan we nader in op de regionale vertaling van GEM.

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 5).



Figuur 5: 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. De sleutel ligt in blijvende verbinding tussen de verschillende ketens of domeinen. Elkaar kennen betekent elkaar kunnen gaan

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

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 moeten we gebruik van maken, 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 Vertaling visie GEM naar regionale situatie Midden-IJssel

GEM is een transformatie: een beweging van samenhangende netwerkprojecten vanuit verschillende regio's. De regio Deventer 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 wordt de regio ondersteund door de landelijke GEM kerncoalitie. 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 herstellennetwerk, modulaire therapie of groepen. 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 2024 tot en met 2028

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 transformatieplan.

Inwoner- en cliëntperspectief (burgerperspectief) expliciet onderdeel van GEM transformatie

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.

Transformatieperiode: in 2024 tot en 2028 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 termijndoelstellingen naar concrete doelen en afspraken voor over vijf jaar: de looptijd van het transformatieplan. In deze vijf 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.

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 op GEM. 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 1](#)). In iedere Stuurgroepvergadering (zie paragraaf 5.2.1) moet expliciet aandacht zijn voor de impact van de volgende stappen in de transformatie in iedere gemeente.

1.5 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, zoals beschreven door GEM Landelijk (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 moet 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 alle vier gemeenten in de regio Midden-IJssel cruciaal voor het slagen van deze transformatie.

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. Het transformatieplan, en de daaraan gekoppelde kwalitatieve en kwantitatieve afspraken zijn daarmee onderdeel van een groter 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,

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

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' moet in dit licht worden gezien.

1.6 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. Daarnaast moeten zij hun inkoop afstemmen met de betrokken (zorg)aanbieders en zorgverzekeraars. Hierbij moeten de huidige aanbestedingstermijnen voor Wmo maatwerk (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 moeten in lijn zijn met dit - op het moment van schrijven nog in ontwikkeling zijnde - regioplan.

Hiervoor is helder commitment van alle partijen vereist. Commitment op het plan, maar ook begrip voor de onderlinge samenhang en afhankelijkheden. Dit staat verder uitgewerkt in paragraaf 5.6.

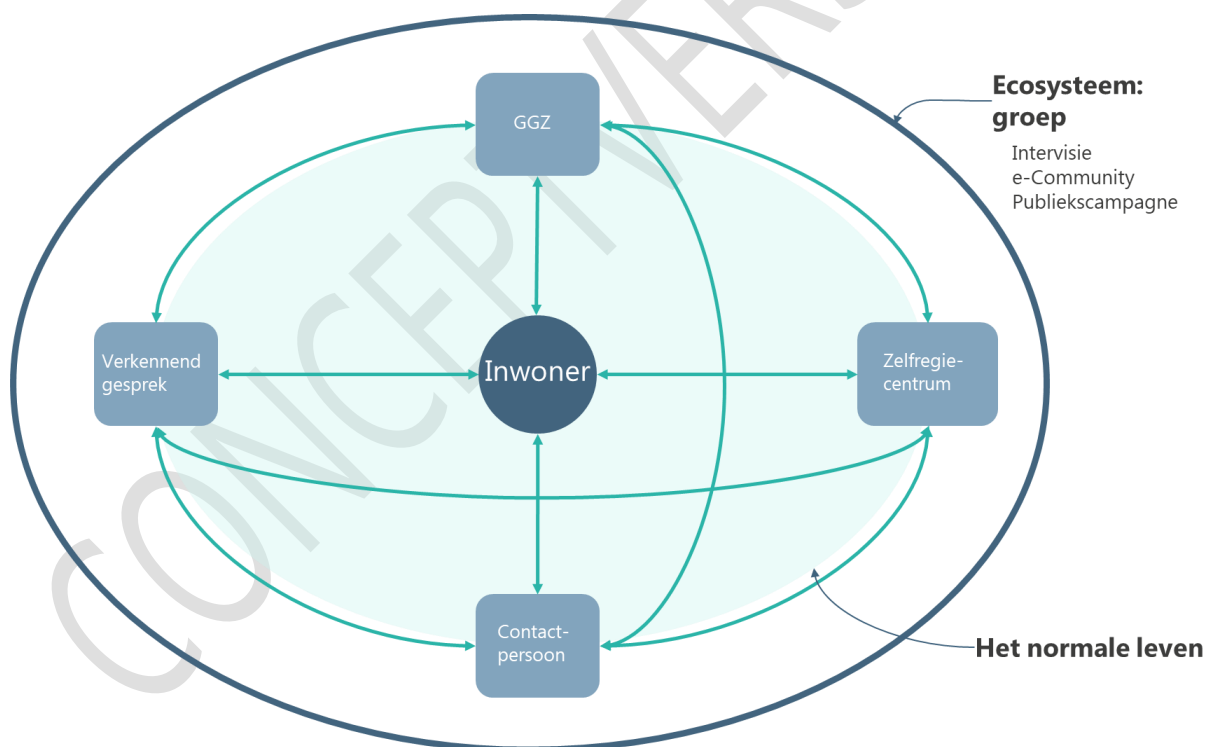
¹⁴ <https://kenniscentrumphrenos.nl/kennisproduct/individuele-plaatsing-en-steun-ips/>

2. Inhoudelijke uitgangspunten en afspraken GEM in Midden-IJssel

Dit hoofdstuk beschrijft de concrete afspraken waarlangs GEM vorm krijgt tot en met 2028. 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 effecten van deze afspraken op zorg en ondersteuning vanuit andere financieringsbronnen (Wmo, Wlz of Jeugdwet) worden ook meegenomen.

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. Vanuit deze driehoek worden bestaande verbindingen benut en nieuwe verbindingen gelegd. Daarbij zijn zowel ggz (medisch domein) als zelfregiecentrum (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 6: 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 vijf jaar én op welke wijze we deze afspraak in het transformatieplan hebben uitgewerkt. Om de gemaakte afspraken daadwerkelijk te kunnen uitvoeren in de praktijk, is nadere uitleg en inhoudelijke uitwerking noodzakelijk. Zie hiervoor Appendix 4.

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 zijn we in Deventer gestart met een pilot verkennend gesprek. Er zijn twee VeranderAteliers gestart, brede leergroepen en modulaire ggz, die nadenken over groepen. In het VeranderAtelier modulaire ggz wordt ook reeds 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-clientondersteuning geboden, is er al georganiseerde inwonerondersteuning en zijn er al onafhankelijke clientondersteuners. 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 1.5 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 Appendix 3.

Iedereen naar verkennend gesprek, tenzij

Iedereen met zelf of door anderen geconstateerde psychische klachten is welkom bij een verkennend gesprek. 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. *(Voor een toelichting hoe het verkennend gesprek zich verhoudt tot mentale gezondheidscentra, zie Appendix 1.)*

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 melden veel mensen met psychische klachten zich 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.

De huisarts heeft bij het verkennend gesprek alleen de rol van poortwachter. De gesprekken worden gevoerd door de POH-ggz¹⁵, social worker en/of ervaringsdeskundige. De huisarts weet wie er naar het verkennend gesprek gaat, en krijgt terugkoppeling van de uitkomsten. Het verkennend gesprek wordt zo ingericht dat de huisarts niet onnodig belast wordt.

Om te 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).

Na afloop van het verkennend gesprek ontvangt de huisarts een korte terugkoppeling, inclusief concrete op te volgen acties, indien van toepassing. Om dit laagdrempelig mogelijk te maken sluiten de organisaties waar de gespreksvoerders werkzaam zijn zich aan bij ZorgDomein (verwijs- en terugkoppelingssysteem waar alle huisartsen op zijn aangesloten).

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 interview.

Vragen die in deze consultatie 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?

Consultatie is een vorm van modulaire ggz. Consultatie vindt plaats en moet steeds meer plaats gaan vinden in een bredere context dan alleen op verkennend gesprek. Door consultatie echter nadrukkelijk aan het verkennend gesprek te koppelen, 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 buur¹⁶. Ondersteuning komt sowieso uit de 'ruggensteungroep'¹⁷ of uit de 'resource group'¹⁸. 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.

¹⁵ Dit hoeft niet per definitie de POH-ggz van de huisartspraktijk waar de deelnemer is ingeschreven te zijn. Eén POH-ggz kan ook namens meerdere huisartspraktijken c.q. POH-ggz'en de verkennende gesprekken voeren. Dit scheelt in training en onderlinge afstemming.

¹⁶ Deze persoon kan al mantelzorger zijn van de deelnemer, maar dat hoeft uiteraard niet

¹⁷ Delespaul et al, Goede GGZ!

¹⁸ Stichting RACT Nederland; zie o.a. www.ract.nl

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, tenzij

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 sluitstuk 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. Daarom is de opening van een tweede zelfregiecentrum in Deventer en het versterken 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 organisaties¹⁹, 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 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. Samen met de betrokken gemeenten wordt verkend hoe de verdubbeling van het Herstelnetwerk het meest effectief kan worden ingezet voor alle inwoners van de regio Midden-IJssel.

Regie bij de inwoner

Documentatie vindt zo veel mogelijk plaats onder regie van de inwoner zelf. Wanneer nodig, kan samen een hulpkaart of crisiskaart²⁰ 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.

¹⁹ Huidige deelnemers: Dimence, IrisZorg, Vriendendiensten Deventer, Tactus en RIBW Overijssel

²⁰ Zie o.a. www.crisiskaart.nl en www.hulpkaart.nl

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.

2.1.2 Uitgangspunten buiten de scope van het 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.

Publiekscampagne ter ondersteuning van omarmen gedachtegoed van zelfregie en veerkracht

Buiten dit transformatieplan om, maar wel 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. Deze landelijke strategie wordt regionaal ondersteund met publiekscampagnes. Hierin staat de leefwereld van kwetsbare burgers centraal. De publiekscampagne in de regio Midden-IJssel wordt middels een ZonMw subsidie bekostigd.

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.

2.2 Van uitgangspunten naar afspraken voor de transformatie

Bovenstaande uitgangspunten krijgen in de komende maanden jaren vorm middels VeranderAteliers en –vooral– 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.

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 onderstaande tabel. 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	Beweegruiimte 2024 - 2028	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 en reguliere huisartsenzorg en -(basis)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 2024. De huidige pilot is ter onderbouwing van de toegevoegde waarde van twee domeinen tegelijkertijd aan tafel
Verkennend gesprek is onderdeel van het normale leven	Het verkennend gesprek is er voor iedereen met psychische klachten	Bij het aanbieden van het verkennend gesprek wordt geen onderscheid gemaakt naar doelgroepen. Iedereen met psychische klachten komt ervoor in aanmerking

<p>Verkennd gesprek is standaard aanbod</p>	<p>Iedere inwoner met psychische klachten krijgt binnen 1-2 weken een uitnodiging voor het verkennd gesprek</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Iedere potentiële deelnemer wordt binnen 1-2 weken benaderd. Samen plannen zij het verkennd gesprek • In de regio Midden-IJssel wordt het verkennd gesprek zo snel mogelijk uitgerold onder alle huisartspraktijken, om het zo snel mogelijk voor iedere inwoner beschikbaar te krijgen. • Niet alleen de huisarts, maar ook anderen kunnen mensen aanmelden voor het verkennd gesprek. Zij informeren de huisarts hierover, zodat deze op de hoogte is • Bij de uitrol van het verkennd gesprek worden telkens goede procesafspraken gemaakt. Zo voorkomen we dat het verkennd gesprek bovenop bestaande gesprekken komt
<p>Iedereen heeft een contactpersoon</p>	<p>Voorafgaand aan ieder verkennd gesprek wordt gevraagd aan de inwoner: wie neem je mee?</p>	<p>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</p>
<p>Contactpersoon houdt alleen contact</p>	<p>Contactpersoon is alleen signalerend en verbindend aanwezig</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Contactpersoon heeft geen directe verantwoordelijkheid • Er is voldoende indirecte tijd beschikbaar om indien nodig mee te zoeken naar een contactpersoon
<p>Het verkennd gesprek wordt gevoerd door twee mensen met verschillende achtergrond</p>	<p>Vanuit kruisbestuiving kan in principe iedere professional deelnemen aan verkennd gesprek</p>	<ul style="list-style-type: none"> • De pilot van het verkennd gesprek is gekoppeld aan huisartsen in Deventer. Tussen 2023 en 2028 schalen we op naar de hele regio Midden-IJssel • We starten het verkennd gesprek met medewerkers 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) en POH-ggz's • Bij uitbreiding van de verkennd 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 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 de kerncoalitieleden • Alle gespreksvoerders krijgen training, waarin de vraag wie neem je mee, en de vier vragen van het verkennd gesprek centraal staan • Er komen twee keer per jaar bijeenkomsten waarvoor alle gespreksvoerders worden uitgenodigd, om elkaar te leren kennen en vertrouwen • Na 3 jaar (eind 2026) evalueren alle partijen welke organisaties de gespreksvoerders leveren
<p>Team verkennd gesprek wordt gevormd in buurt huisarts</p>	<p>Elke huisarts werkt samen met een vast team van verkennd gespreksvoerders, en een vast team aan te consulteren ggz-professionals</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Huisarts en te consulteren ggz-professionals sluiten aan op intervisie team verkennd gesprek; kennen en vertrouwen • De betrokken POH-ggz helpt bij uitrol van het verkennd gesprek. Hij/zij kan uitleggen wat het behelst, wat het oplevert en hoe de huisarts op de hoogte blijft
<p>Consultatie vanuit ggz is standaard</p>	<p>Consultatie vanuit ggz is niet op indicatie, maar op reguliere basis.</p>	<p>Op basis van het aantal gevoerde verkennende gesprekken wordt regulier overleg met de ggz ingepland. Dit overleg kan, maar hoeft niet op</p>

		specifieke casuïstiek in te gaan. Het belangrijkste doel is interventie
Team verkennend gesprek kent ecosysteem in beweging	Er is ruimte om huidige 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 (en indien nodig verplicht gesteld) • Herijking vastgoedplan: gebruik maken van groepsruimten bij verschillende organisaties wordt gefaciliteerd en gestimuleerd. Daarnaast wordt ruimte verbouwd tot groepsruimte indien nodig. 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"> • Zelfregiecentrum Vriendendiensten krijgt een tweede locatie in Deventer • Het Herstelnetwerk ervaringsdeskundigen verdubbelt in capaciteit • Wanneer nodig, kan samen een hulpkaart of crisiskaart 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 • De kerncoalitie heeft een actieve rol in de monitoring van de afspraken (zie ook paragraaf 5.3)
GEM-transformatie vraagt ook om transformatie van middelen	Er zijn voldoende structurele financiële middelen beschikbaar om de transformaties te bekostigen	<ul style="list-style-type: none"> • IZA-transformatiemiddelen worden ingezet om de impactvolle zorgtransformaties aan te tonen, over domeinen heen • Structurele overheveling is vereist voor voortzetting na de transformatieperiode • Als de impactvolle zorgtransformaties zich voordoen, borgen we de overheveling. Als die zich niet voordoen, wordt de transformatie niet voortgezet (zie ook paragraaf 3.1.4)

3. Maatschappelijke meerwaarde van de GEM-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.

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.

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 onderstaande 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 7: 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 BGGZ en SGGZ 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 behandelingen ggz voor consultatie - Borging inhoudelijke doelen alle inkoopafspraken zorgverzekeraars en gemeenten 	<ul style="list-style-type: none"> - Zoveel mogelijk in groepen - Inzet verkennend gesprek - Nieuw zelfregiecentrum - 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 verkennen verkennend gesprek gericht op mentaal welbevinden i.p.v. oplossen klachten - Patroon van automatisch doorverwijzen in keten verbreken - Toenemende inzet ervaringsdeskundigheid - Focusgroepen organiseren onder inwoners
Betaalbaarheid	GGZ kosten dalen (bij gelijkblijvende zorgzwaarte)	<ul style="list-style-type: none"> - Verhouding aantal groepsconsulten t.o.v. individuele behandelconsulten - Aantal gedeclareerde GGZ consultaties t.b.v. huisartsen en sociaal domein - Gemiddelde zorgkosten per unieke client en totale zorgkosten GGZ - Aantal verwijzingen huisarts en ingezet Wmo-maatwerk 	<ul style="list-style-type: none"> - Onderzoek naar effecten op Zvw van versterken sociaal domein - Gesprekken over structurele financiering tussen 4 gemeenten en 3 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 POH-GGZ'ers 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 ggz voor huisarts en sociaal domein - 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 8 Samenvatting te realiseren effecten, meetwijzen en acties per onderdeel zorgtransformatie

Bovenstaande tabel toont de impact per onderdeel van de impactvolle 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 BGGZ en SGGZ nemen af

Door zoveel mogelijk zorg in groepen aan te bieden, wordt de wachttijd voor specialistische ggz-behandeling verkort. Behandeling en ondersteuning in groepen vraagt minder behandelcapaciteit. Hiermee ontstaat ruimte voor extra te behandelen patiënten binnen de bestaande formatie. De toegankelijkheid wordt verder vergroot. Dit door de inzet van het verkennend gesprek, het nieuwe zelfregiecentrum en de verdubbeling van het herstelnetwerk. Dit alles 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 patiënten met (dreigende) terugval toch bij de huisarts en/of zelfregiecentrum kunnen blijven, in plaats van opnieuw naar een (wachtlust voor een) ggz-behandeling doorverwezen te worden.

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*²¹

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

- In 2026 is het verkennend gesprek beschikbaar voor ca. de helft van de inwoners van Midden-IJssel (mochten zij daar behoefte aan hebben). In 2028 is het verkennend gesprek voor iedereen die daar behoefte aan heeft beschikbaar.
- 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 vrijgekomen directe tijd wordt in eerste instantie benut om zowel het aantal wachtenden terug te dringen als ook om ruimte te creëren voor intervisie en consultatie met het sociaal domein en/of de huisarts.

De toegankelijkheid van het Zelfregiecentrum neemt eerder toe. De tweede locatie van het Zelfregiecentrum opent in 2024. Hiermee verdubbelt de uiteindelijke capaciteit van 600 naar 1.200 in Deventer. Dit heeft ook een positief effect op de andere gemeenten in de regio, gezien de regionale functie van deze zelfregiecentra.

Dit effect meten we aan de hand van: aantal deelnemers van zelfregiecentra 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 i.p.v. aanbodgedreven

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

²¹ De fasering van het transformatieplan is nader uitgewerkt in paragraaf 5.7: Fasering en mijlpalen uitrol GEM-transformatie 24

meer gericht op mentaal welbevinden, dan op het 'oplossen' van klachten²². 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 meebrengen 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.

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 'stapel' 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: (Tijdelijke) psychische kwetsbaarheid is een geaccepteerd onderdeel van het dagelijks leven

Daarnaast draagt het hebben van een contactpersoon 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 uitval²³.

Ook het openen van meer locaties van het zelfregiecentrum 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.

²² Bohlmeijer & Westerhof, A new model for sustainable mental health

²³ Huber, positieve gezondheid; zie o.a. www.iph.nl

Verdubbeling van het herstelnetwerk biedt ruimte voor meer *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 daadwerkelijk 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*²⁴

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 2024 zullen dit enkele honderden inwoners zijn. In 2028 krijgen ruim 6.500 inwoners een verkennend gesprek.

Dit effect meten we aan de hand van: aantal verkennende gesprekken per normpraktijk (huisartspraktijk met 2.095 ingeschreven patiënten) en totaal in de hele regio Midden-IJssel (*zie voor nadere uitwerking hoofdstuk 5*)

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 patiënt.

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

- Mate van succes bij omzetten van individuele behandelcontacten: In hoeverre de zorgkosten per patiënt dalen (bij gelijkblijvende zorgvraag) hangt af van hoeveel individuele behandelconsulten omgezet kunnen worden. Niet alle behandelingen zijn geschikt voor groepen. Diagnostiekconsulten zijn uitgesloten van omzetting. In de kwantificering houden we rekening met deze effecten.
- Anders inzetten van vrijkomende behandelcapaciteit: de wijze waarop de vrij te spelen behandelcapaciteit wordt ingezet, heeft eveneens invloed op de ggz-kosten (per cliënt). Grofweg kunnen vrijvallende behandeluren worden ingezet om meer patiënten 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 Zwv-budget, door de herallocatie van behandeluren. Of er extra patiënten, en zo ja, met welke zorgwaarte, in behandeling worden genomen, weegt mee in de zorgkosten per cliënt.

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

²⁴ De fasering van het transformatieplan is nader uitgewerkt in paragraaf 5.7: Fasering en mijlpalen uitrol GEM-transformatie

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: veranderingen in de zorgvraagwaarde per cliënt (per team binnen de) per ggz-aanbieder (*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 doordat geboden zorg en ondersteuning aansluit 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 (S)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 zorgwaarde van ggz-behandelingen. Als hiermee de minder (arbeids)intensieve zorgvraag vervalt, blijven alleen patiënten in zorg die relatief veel behandeling nodig hebben (en dus met relatief hogere kosten per cliënt). In dat geval dalen niet de zorgkosten per patiënt, maar de totale ggz-zorgkosten.

Toename van de betaalbaarheid in de tijd²⁵

Of het secundaire effect optreedt monitoren we gedurende de looptijd van dit transformatieplan; zie de volgende paragraaf.

3.1.4 Secundair effect vraagt om 'bewijslast' tijdens transformatieperiode

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.

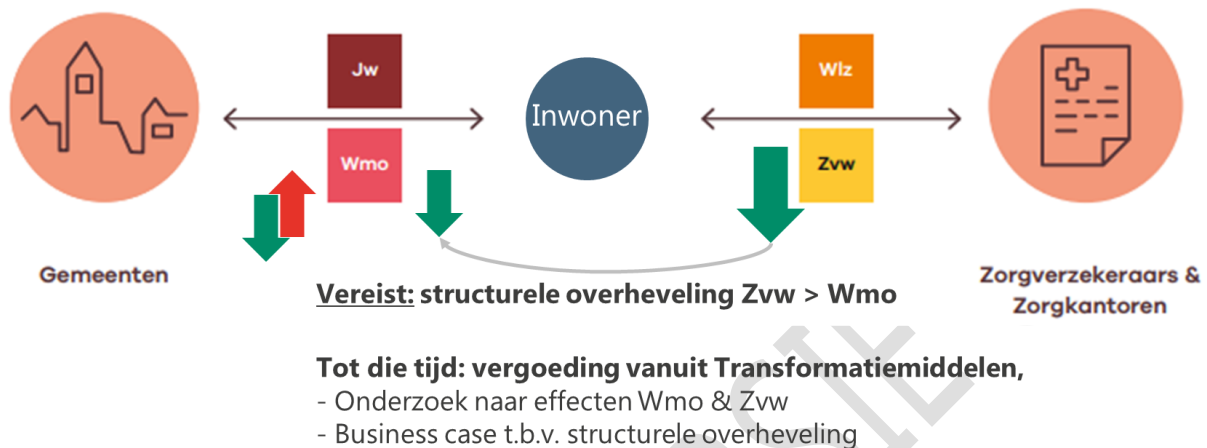
De transformatieperiode maakt het mogelijk om deze kostendaling in de Zwv ook daadwerkelijk waar te nemen. Als die zich voordoet, kan de business case voor structurele overheveling van Zwv-gelden naar de Wmo worden opgesteld. Zonder structurele overheveling geen structurele voortzetting van de investeringen in het sociaal domein.

Betere ondersteuning in het sociaal domein en het normale leven, vraagt om extra gelden in de Wmo. De besparingen komen ten bate van de Zwv, omdat er minder of geen Zwv-gefinancierde zorg vereist

²⁵ De fasering van het transformatieplan is nader uitgewerkt in paragraaf 5.7: Fasering en mijlpalen uitrol GEM-transformatie

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 te komen tot *shared savings* over de domeinen heen, ligt overheveling van Zvw naar de Wmo voor de hand. Voordat tot een dergelijke overheveling wordt overgegaan, is het van belang te bewijzen dat investeringen in het ene domein ook daadwerkelijk leiden tot besparingen in het andere domein.



Figuur 9 Wisselwerking tussen Wmo en Zvw middelen. Gebaseerd op Vektis (<https://www.vektis.nl/gemeentezorgspiegel/data>)

Derhalve gebruiken we de transformatieperiode om hiervoor 'bewijslast' te verzamelen. We benutten de transformatiemiddelen om de beoogde transformatie te realiseren en tegelijkertijd structurele borging te creëren. Het transformatieplan geeft vertrouwen dat dit binnen de transformatieperiode te realiseren is. Iedere business case is positief (zie hoofdstuk 4). Er zijn SMART-geformuleerde proces- en uitkomstindicatoren (zie hoofdstuk 5).

In de periode totdat er, middels monitoring, is vastgesteld dat de investeringen in de Wmo leiden tot kostenbesparingen in de Zvw, zien we de gevraagde investeringen in het sociaal domein als frictiekosten van de impactvolle zorgtransformatie.

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

3.1.5 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: Domeinoverstijgende afstemming tussen hulpverleners over mentale problematiek 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.

Zowel het verkennend gesprek als het zelfregiecentrum leiden 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 POH-ggz'ers en huisartsen over de inzet en resultaten van het verkennend gesprek (*zie voor nadere uitwerking hoofdstuk 5*)

Te realiseren effect: Het werkplezier van behandelaren neemt toe door het kunnen leren en profiteren van elkaars kennis en expertise

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 behandelaren²⁶. De huisarts profiteert van de kennis en expertise van de POH-ggz, social worker en 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.

Baten van GEM-transformatie vallen (ook) in het sociaal domein

Als dit effect optreedt, daalt de aanspraak op uitkeringen en sociale voorzieningen; bijvoorbeeld ten aanzien van schuldenproblematiek. Daarnaast zullen inwoners 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.

²⁶ Verhagen & ter Haar, Leerboek groepspsychotherapie

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 wordt verder uitgewerkt in het - nog te starten - VeranderAtelier sociale ondernemingen. De inclusieve arbeidsmarkt is, naast zingeving, een onderdeel van dit VeranderAtelier.

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 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 mogelijk onderdeel is. Het gecombineerde effect van preventieve maatregelen (o.a. in het verkennend gesprek), het versterken van het voorveld (o.a. uitbreiding zelfregiecentra) 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 'kerncoalitie GEM' bestaat al sinds begin 2022. Bij GEM zijn -inmiddels- 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 gedachtegoed van GEM sluit voor 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 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 groot en te dun.

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. Er staan ook vervolgfafspraken gepland. 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.

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.

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 de financial controller van een zorgverzekeraar, een financieel adviseur van de gemeente Deventer en twee business controllers van de DimenceGroep.

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.

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 (zie paragraaf 0) nemen we de komende vijf jaar de ruimte om zaken aan te passen, te verbeteren of te beëindigen.

Bij de totstandkoming van het transformatieplan hanteerden we de metafoor 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. Jaarlijks herijken hoort dus net zo goed bij de transformatie als de kwantificering in dit hoofdstuk. In paragraaf 5.2 gaan we nader in op actief bijsturen.

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.

De combinatie van ambitieuze doelen stellen, een stapsgewijze implementatie over meerdere jaren heen én het 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.

Transformatie kan alleen behaald worden door inzet van transformatiemiddelen

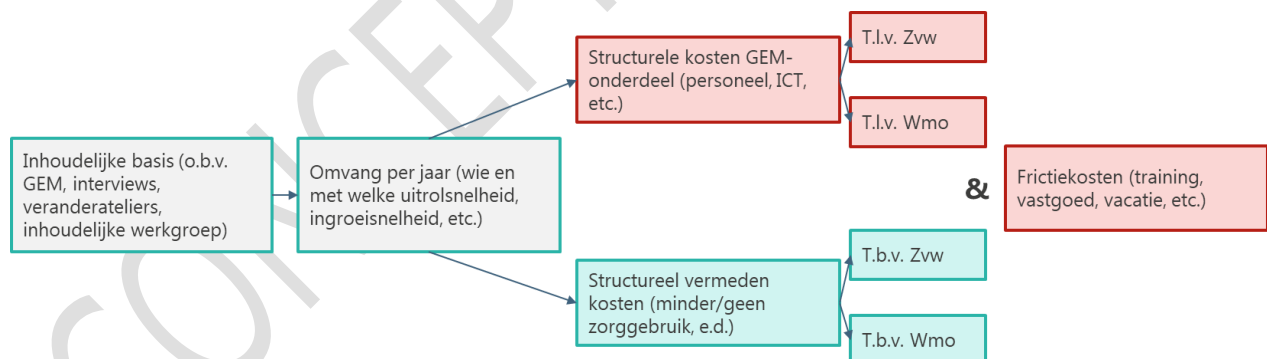
Deze transformatie, waar veel verschillende partijen, gefinancierd vanuit verschillende wetten, bij betrokken zijn kan niet op een andere manier behaald worden dan door de inzet van transformatiemiddelen.

Alle transformatiemiddelen betreffen eenmalige kosten. We maken in dit transformatieplan onderscheid naar inzet van transformatiemiddelen ten behoeve van twee soorten eenmalige kosten.

- Transformatiemiddelen ter dekking van frictiekosten in de ‘smalle’ zin: ter dekking van onder andere specifieke trainingen (voor bijvoorbeeld het verkennend gesprek), ICT-investeringen (inrichting van datawarehouses, aansluiten op ICT-systemen) en aanpassingen in vastgoed (bijvoorbeeld het realiseren van extra groepsruimten).
- Transformatiemiddelen ter dekking van frictiekosten in de ‘brede’ zin: ter dekking van investeringen in het sociaal domein, om de transformatie in de Zvw mogelijk te maken. Dit zijn eenmalige kosten ten behoeve van de beoogde, structurele transformatie. Gedurende de transformatieperiode wordt de vereiste bewijslast voor structurele overhevelingen van Zvw naar Wmo verzameld. Als deze ‘bewijslast’ is vastgesteld, kan de inzet van eenmalige transformatiemiddelen worden vervangen door een structurele uitbreiding van de inzet van Wmo-gelden. *Zie ook paragraaf 3.1.4.*

4.1 Impactanalyse per GEM-onderdeel

Het transformatieplan is langs drie onderdelen gekwantificeerd: het verkennend gesprek, zelfregie & herstel en modulaire ggz. Ieder onderdeel bouwen we op dezelfde wijze op, in lijn met onderstaand schema:



Figuur 10: Opbouw van de kwantificering van iedere GEM-onderdeel

Voor de kwantificering zijn bronnen uit voorgaande jaren gebruikt. Alle kosten en opbrengsten voor 2023 zijn geïndexeerd naar het kostenniveau van 2023. Dit door indexatie toe te passen, huidige NZa-tarieven te hanteren en/of door te rekenen met de op dit moment geldige CAO²⁶.

Over de jaren 2024 – 2028 is een jaarlijkse indexatie van 4,31% toegepast, zowel voor lasten als voor baten. Dit percentage is gewogen gemiddelde van de prijsindexcijfers van de NZa over de jaren 2020 tot en met 2024 voor personeelskosten, materiële kosten en kapitaalslasten²⁷.

²⁷ De enige uitzondering hierop zijn de salariskosten voor de inzet van medewerkers vallend onder de CAO Social Work. Hierbij gaan wij uit van de salariskosten per juli 2024. Dit omdat in de komende 12 maanden er drie cumulatieve CAO-stijgingen worden doorgevoerd. Deze kosten worden dan ook pas van 2025 geïndexeerd tegen 4,31%.

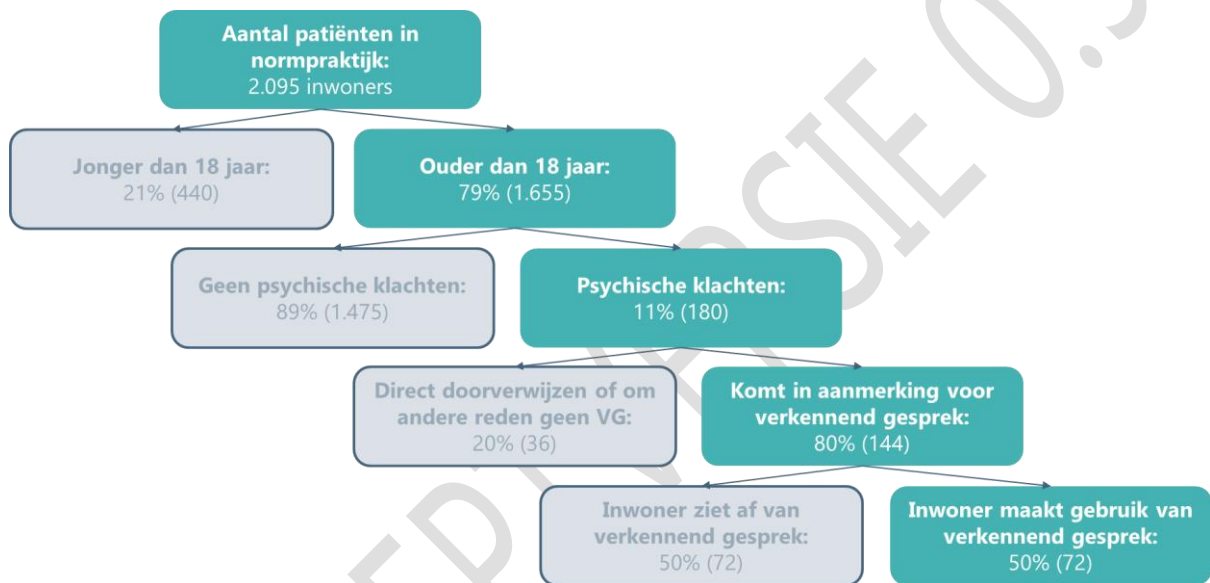
²⁸ Zie <https://www.nza.nl/onderwerpen/prijsindexcijfers>. Verhouding: personeel (70%), materiaal (20%) en kapitaal (10%)

4.1.1 Omvang, kosten, vermeden kosten en frictiekosten verkennend gesprek

Omvang verkennend gesprek

Uitgangspunt bij het verkennend gesprek is “iedereen een verkennend gesprek, tenzij”. Dit betekent een snelle, maar haalbare uitrol van het verkennend gesprek in de hele regio. In lijn met de pilot vindt de uitrol 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.

Naar verwachting worden er jaarlijks per huisartspraktijk 144 verkennend gesprekken gevoerd door het team verkennend gesprek. Iedere deelnemer (72) krijgt gemiddeld twee gesprekken. Wie er binnen een gemiddelde huisartspraktijk deelnemen aan een verkennend gesprek, hangt af van een aantal factoren. Hieronder is de opbouw van de deelnemers per huisartsnormpraktijk weergegeven.



Figuur 11: Stroomschema deelnemers verkennend gesprek per normpraktijk

De huisartsenpraktijken in Midden-IJssel worden tussen 2024 en 2026 in batches aangesloten. In 2024 starten 10 nieuwe praktijken, in 2025 starten er 30 en in 2026 nog eens 50. De uitrol onder huisartsenpraktijken is verdeeld over alle vier gemeenten van de regio Midden-IJssel. 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).

Iedere praktijk kent een ingroeiperiode van twee jaar om van 0 naar 144 gesprekken te groeien. Dat betekent dat eind 2028 alle huisartspraktijken op gemiddeld 144 gesprekken per praktijk zitten.

Omvang: Het aantal verkennende gesprekken per jaar loopt op van 577 in 2024 naar 13.277 in 2028.

Operationele kosten verkennend gesprek

De kosten voor het verkennend gesprek bestaan uit drie componenten: de kostprijs voor het verkennend gesprek zelf, de kostprijs voor de aan het verkennend gesprek gekoppelde consultatie tussen de gespreksvoerders, de huisarts en de ggz en de ICT-kosten.

- De *kosten voor het voeren van verkennend gesprek* bestaan uit de salariskosten voor de twee gespreksvoerders (40% POH-ggz en 60% social worker of ervaringsdeskundige). Het verkennend gesprek duurt 1 uur, met een opslag van 150% voor reistijd, voorbereiding, uitwerking, onderling overleg en consultatie met de ggz.
 - Bij de kosten van de POH-ggz rekenen we alleen met personele kosten (inzet van POH-ggz in de huisartspraktijk, al dan niet via detachering vanuit de DimenceGroep). Dit vanwege de veronderstelling dat de POH-ggz geen consulten mag schrijven voor de inzet bij het verkennend gesprek²⁹.
- In 10% van de gevallen sluit een onafhankelijk cliëntondersteuner aan als 'contactpersoon' van de deelnemer. De extra inzet van de deze onafhankelijke cliënt ondersteuner is 5 uur per deelnemer.
- De kosten voor de *aan het verkennend gesprek gekoppelde consultatie* (waaronder ook overleg en intervisie) bestaan uit de salariskosten van de betrokken ggz professional (10% psychiater, 10% klinisch psycholoog en 80% gz-psycholoog). De consultatie duurt gemiddeld 15 minuten per deelnemer, met een opslag van 100% voor de betrokken ggz-professional. De huisarts sluit 4 keer per jaar aan bij deze consultatie³⁰.
- 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.
- 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).

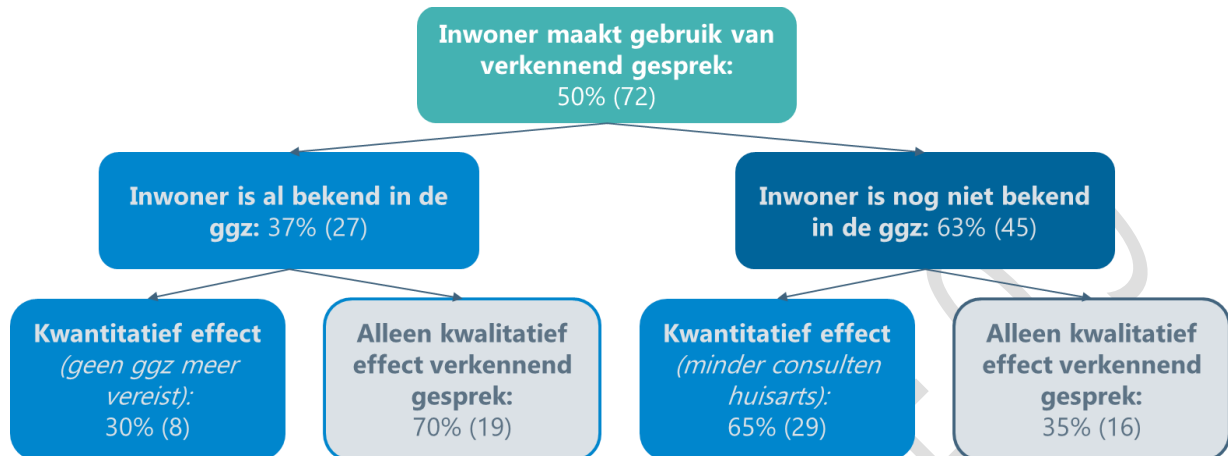
Operatonele kosten: Lopen op van ca. 227.500 euro in 2024 (111.000 Wmo-gelden; 117.000 Zvw-gelden) naar 5,8 miljoen euro in 2028 (2,7 miljoen Wmo-gelden; 3,1 miljoen Zvw-gelden). De operationele kosten per deelnemer liggen tussen de 787 en 870 euro (*incl. stijging t.g.v. indexatie*).

²⁹ Mocht er (landelijke) financieringsafspraken komen de POH-ggz wel consulten mag schrijven; zal de business case hierop worden aangepast. 35

³⁰ De financiering van deze consultatie is nog niet definitief bepaald. Het ligt in de lijn der verwachtingen dat deze aansluit op het standpunt van Zorginstituut Nederland omtrent de domeinoverstijgende consultatiefunctie van de ggz; zie <https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/standpunten/2021/05/07/standpunt-domeinoverstijgende-consultatiefunctie-ggz>

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. We maken onderscheid naar deelnemers aan het verkennend gesprek mét ggz-gebruik en zonder ggz-gebruik.



Figuur 12 Onderverdeling huidige en toekomstig zorggebruik deelnemers verkennend gesprek

- Bij *deelnemers met ggz-gebruik* veronderstellen we dat 30% van hen zonder ggz-behandeling af kan door het verkennend gesprek. Een besparing van 7.128 euro per niet doorverwezen deelnemer (*prijsspeil 2023*).
- Bij *deelnemers zonder ggz-gebruik* veronderstellen we dat 65% van hen minder vaak bij de huisarts op consult komt. Een besparing van 46 euro per minder frequente bezoeker (*prijsspeil 2023*).
- Voor *alle overige deelnemers* rekenen we geen (monetaire) besparingen door.

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. 850 – 1.000 euro per deelnemer (*incl. stijging t.g.v. indexatie*).
Dit effect raakt alle huisartsen en alle ggz-aanbieders in de regio; al dan niet aangesloten bij GEM.

Frichtiekosten verkennend gesprek

In lijn met paragraaf 3.1.4 vragen we de gevraagde investeringen ten aanzien van het Verkennend gesprek aan via de transformatiemiddelen. Dit totdat er voldoende ‘bewijslast’ is voor structurele overheveling van Zvw-gelden naar de Wmo.

Daarnaast zijn er frictiekosten om het verkennend gesprek goed te kunnen voeren. Hiervoor moeten alle gespreksvoerders worden getraind in het stellen van ‘de vier vragen’. We berekenden hoeveel mensen we moeten aannemen en trainen om de verkennende gesprekken te kunnen voeren. Alle gespreksvoerders worden het jaar 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. Tot slot zijn er nog ICT-aansluitkosten.

Fricatiekosten: bestaan uit eenmalige ICT-kosten, trainingskosten en bijeenkomsten (tussen de 40.000 en 72.500 euro per jaar; afhankelijk van het aantal te trainen gespreksvoerders). Deze frictiekosten worden gedekt door de aanvraag van transformatiemiddelen.

Totdat er tot structurele overheveling wordt overgegaan van Zwv naar Wmo, is ook het Wmo-deel van de operationele kosten voor het verkennend gesprek opgenomen in de aanvraag van transformatiemiddelen.

4.1.2 Kwantificering Zelfregie & Herstel

Het GEM-onderdeel Zelfregie & Herstel bestaat uit twee onderdelen. Bij het kwantificeren van dit onderdeel maken we derhalve steeds onderscheid tussen zelfregie en herstel.

Omvang Zelfregie & Herstel

Het zelfregiedeel heeft betrekking op het openen van een nieuw Zelfregiecentrum in Deventer. Dit zelfregiecentrum heeft dezelfde omvang als het bestaande zelfregiecentrum in Deventer; ca. 600 deelnemers. Het jaar 2024 geldt hierbij als opstartjaar. In 2024 worden 300 deelnemers verwacht. In 2025 is het Zelfregiecentrum volledig operationeel, met 600 deelnemers. Daarmee komt de totale capaciteit van de zelfregiecentra in de stad Deventer op 1.200 deelnemers.

Dit transformatieplan gaat alleen over de nu bekende veranderingen ten opzichte van de huidige situatie. Alleen de 600 'nieuwe' deelnemers zijn dus in scope. Op basis van inschattingen van Vriendendiensten Deventer op basis van hun huidige deelnemers, veronderstellen we dat 50% deelnemers geen ggz behandeling krijgt en de andere 50% deelnemers wel; gelijk verdeeld over de EPA-vignetten.

Eventuele uitbreidingen c.q. openingen van nieuwe zelfregiecentra in Olst-Wijhe, Raalte en Voorst in de komende jaren zijn (nog) niet gekwantificeerd. Indien opportuun kunnen dergelijke uitbreidingen wel worden toegevoegd bij een herijking van het transformatieplan in één van de komende jaren.

Het hersteldeel heeft betrekking op de verdubbeling van het Herstelnetwerk Deventer, dat bestaat uit de inzet van ervaringsdeskundigen. Alle inwoners van de regio Midden-IJssel kunnen gebruik maken van het Herstelnetwerk; juist nu dit netwerk in omvang verdubbelt.

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. Tot die tijd hanteren we de huidige naam; Herstelnetwerk Deventer.

Omvang: (ingroei naar) 600 nieuwe deelnemers uit Deventer voor het Zelfregiecentrum, 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.

Kosten Zelfregie & Herstel

De kosten voor Zelfregie & Herstel bestaan voor het grootste deel uit salariskosten; ca. 330.000 euro per jaar. Daarnaast is er gerekend met een kostendeckend huurbedrag voor de nieuwe locatie (vooral nog 100.000 euro per jaar; prijspeil 2023) en kantoorkosten en overige kosten (ca. 65.000 per jaar; prijspeil 2023).

De uitbreiding van het Herstelnetwerk kent geen aanvullende kosten naast de salariskosten van ca. 195.000 euro (*prijspeil 2023*). De extra inzet van ervaringsdeskundigen wordt betrokken vanuit de vijf huidige deelnemers aan het Herstelnetwerk (huidige deelnemers: DimenceGroep, IrisZorg, Vriendendiensten Deventer, Tactus en RIBW Overijssel).

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

Kosten: voor het nieuwe Zelfregiecentrum zijn (bij 600 deelnemers) ca. 500.000 euro per jaar (salariskosten, huur en overige kosten; *prijspeil 2023, geïndexeerd in 2024 t/m 2028*). De kosten voor de uitbreiding van het Herstelnetwerk zijn ca. 195.000 euro per jaar (*prijspeil 2023; geïndexeerd in 2024 t/m 2028, alleen salariskosten*)

Vermeden (zorg)kosten Zelfregie & Herstel

Bij de te vermijden (zorg)kosten maken we bij het kwantificeren onderscheid naar deelnemers waarbij het Zelfregiecentrum een preventieve werking heeft en naar deelnemers waarbij deelname leidt tot een reductie van (ernstige) psychiatrische aandoeningen (en de daarmee samenhangende zorgkosten).

Voor deelnemers zonder ggz-behandeling rekenen we met we een preventieve besparing, op basis van de gemiddelde ggz-kosten per inwoner (i.p.v. per cliënt) in Midden-IJssel: 359 euro (*prijspeil 2023*). Dit leidt tot een jaarlijkse vermeden Zwv-zorgkosten van ca. 115.000 – 135.000 euro (*stijging t.g.v. indexatie*).

Voor deelnemers met ggz-behandeling veronderstellen we een daling in behandelkosten EPA. De kosten baseren we op (geïndexeerde) EPA kosten Zwv per patiënt: 6.777 euro per jaar (*prijspeil 2023*). We veronderstellen, in lijn met de business case GEM Landelijk een daling van -33% over 5 jaar tijd. De vermeden Zwv-kosten lopen op van ca. 70.000 in 2024 naar ca. 830.000 euro in 2028 (*inclusief indexatie*).

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 (zorg)kosten: voor deelnemers zonder ggz-behandeling zijn circa 115.000 euro per jaar. (*prijspeil 2023; o.b.v. 600 deelnemers*) De vermeden zorgkosten voor deelnemers met ggz-behandeling is gebaseerd op een afname van EPA-behandelkosten van 33%. Dit loopt op van 70.000 naar 830.000 per jaar (*incl. stijging t.g.v. indexatie*).

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

Friciekosten Zelfregie & Herstel

In lijn met paragraaf 3.1.4 vragen we de gevraagde investeringen ten aanzien van Zelfregie en Herstel aan via de transformatiemiddelen. Dit totdat er voldoende 'bewijslast' is voor structurele overheveling van Zwv-gelden naar de Wmo.

Friciekosten: Totdat er tot structurele overheveling wordt overgegaan van Zwv naar Wmo, zijn de operationele kosten voor het Zelfregiecentrum en uitbreiding Herstelnetwerk opgenomen in de aanvraag van transformatiemiddelen.

4.1.3 Kwantificering Modulaire ggz

Het kwantificeren van het GEM-onderdeel 'iedereen in groepen, tenzij' krijgt vorm binnen de modulaire ggz. In dit transformatieplan wordt hierbij ingezet op zoveel mogelijk groepsbehandelingen binnen de behandelingen van Dimence en MindFit. Uitbreiding van de deelnemende organisaties en de dimensies van 'modulaire ggz' is mogelijk op een later moment.

Hieronder lichten we toe welke aanpassingen binnen welke teams, bij welke soort consulten leidt tot welke soort vermeden (zorg)kosten. Ook lichten we toe welke friciekosten hiermee gemoeid zijn.

Omvang Modulaire ggz

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 Zwv-deel van Transfore is niet meegenomen in dit transformatieplan.

In vier jaar tijd (van 2024 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 een vestiging in de regio Midden-IJssel hebben in 2027 een 50-50 verhouding tussen individuele behandelconsulten en groepsconsulten.

Kosten Modulaire ggz

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. Kosten voor consultatie door de ggz aan de gespreksvoerders van het sociaal domein zijn ondergebracht bij het verkennend gesprek.

Vrijgemaakte directe behandeltime Modulaire ggz

Zoveel mogelijk groepsbehandelingen aanbieden leidt tot minder behandelminuten (en dus zorgkosten) per cliënt. Dit is in euro's uit te drukken. In dit transformatieplan kiezen wij er echter voor om dit te kwantificeren naar effectievere inzet van de beschikbare capaciteit.

De vrijgevallen behandelminuten kunnen worden benut om wachtlijsten te reduceren (extra cliënten behandelen binnen het bestaande budget) en om tijd vrij te maken voor ggz-professionals voor intervisie en om consultatie te bieden aan het sociaal domein c.q. aan huisartsen (zie ook 'verkennend gesprek').

De vrijgemaakte uren directe behandeltime zijn ieder jaar (ruim) voldoende voor de inzet ten behoeve van consultatie (inclusief indirecte tijd volgend uit de consultatie) bij de verkennende gesprekken. 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. Per gemeente kan men per jaar bepalen waar de domeinoverstijgende consultatiefunctie van de ggz het meeste waarde toevoegt.

Vermeden (zorg)kosten: worden bij dit onderdeel anders weergegeven. We rekenen met vrijgevallen directe behandeltime. Dit loopt op van circa 700 uur in 2024 naar 7.000 uur in 2028. Deze tijd kan worden benut voor wachttijdreductie (extra cliënten zien) of consultatie (bijvoorbeeld met de gespreksvoerders van het verkennend gesprek).

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

Frichtkosten Modulaire ggz

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 (2024 tot en met 2026). Voor de training en supervisie worden ook vacatiegelden gerekend.

Daarnaast zijn ook aanpassingen aan de gebouwen vereist. Er zijn extra groepsruimten nodig. In 2024 worden twee extra groepsruimtes gecreëerd. Daarnaast wordt het strategisch vastgoedplan aangepast om het uitgangspunten 'in groepen tenzij' te vertalen naar een optimale omvang en gebruik van het aantal groepsruimten op de lange termijn, inclusief strategische heroverwegingen t.a.v. locaties.

Tot slot is ICT-ondersteuning vereist om effectief gebruik te maken van groepsconsulten. Door slim te inventariseren, kunnen groepen zo snel mogelijk starten. Digitale ondersteuning zorgt voor efficiënte invulling van groepen, waardoor de groepsgrootte van 8 deelnemers kan worden gewaarborgd.

Friciekosten: bestaan uit trainingskosten (ca. 350.000 euro in totaal), vacatiegelden (ca. 910.000 euro in totaal), frictiekosten vastgoed (ca. 50.000 euro verbouwkosten en 10.000 euro voor een herijking van het strategisch vastgoedplan) en de kosten voor ICT-tools (ca. 85.000) *(allen inclusief indexatie)*

4.1.4 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. Naar verwachting zullen de kerncoalitieleden één dag per week ingezet worden voor deze transformatie, tot en met 2026. In de jaren 2027 en 2028 wordt dit afgebouwd; vooralsnog 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 kerncoalitieleden inzetten voor GEM.

Naast de inzet van de kerncoalitieleden 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 en voor externe inhuur (waaronder GEM Landelijk). De meeste kosten zijn begroot voor 2024 en 2025. Vanaf 2027 is geen externe inhuur meer begroot. Afhankelijk van de daadwerkelijk vereiste inzet kan de Stuurgroep³¹ 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.

Jaarlijkse projectkosten

Component	Kostensoort
Coördinatie & monitoring	1 FTE uitbreiding FWG 65 ➤ In 2024 en 2025 0,25 FTE extra inzet voor projectcontrol (t.b.v. opzetten monitoring)
Projectondersteuning	1 FTE uitbreiding FWG 40 ➤ In 2024 en 2025 0,5 FTE extra inzet voor opzetten projectorganisatie en ondersteunen bij uitrol binnen organisaties
Communicatie	Externe inhuur
Inzet externe inhuur (GEM Landelijk en overig)	Externe inhuur
Inzet deelnemers kerncoalitie	Vergoeding inzet 6 deelnemers 8u p/w à 100 euro (40 wk/jr) ➤ Vanaf 2027 inzet kerncoalitie 4 uur per week
Post onvoorzien	Budget om onvoorziene kosten te ondervangen. Conform landelijke afspraken 1% van het transformatiebudget

³¹ Voor een nadere toelichting op de rol en samenstelling van de Stuurgroep, zie paragraaf 5.2.2

Eenmalige projectkosten

Dit transformatieplan is opgesteld door gebruik te maken van externe inhuur. Dankzij deze inzet kon het transformatieplan in relatief korte tijd en 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.

Ter voorbereiding op de business case voor structurele overheveling van Zvw-budget naar de Wmo, is er budget gereserveerd voor een onderzoek naar het effect op de Wmo-indicaties. Dit onderzoek kwantificeert de effecten van het verkennend gesprek en van zelfregie en herstel. Naast kwantitatieve onderbouwing (ten behoeve van de business case) moet het onderzoek ook kwalitatieve onderbouwing bieden. Zo krijgt de GEM-projectorganisatie zicht op de (best) werkende elementen van de aanpak.

Component	Kostensoort
Opstellen transformatieplan	Externe inhuur
Inrichten Datawarehouse voor monitoring	Externe inhuur, licenties, ICT-beveiliging en datacapaciteit
Onderzoek naar effect op Wmo-indicaties	Externe inhuur

Bovenstaande uitsplitsing naar jaarlijkse en eenmalige projectkosten leidt tot onderstaand financieel overzicht van projectkosten.

Projectkosten - GEM Midden-IJssel	2023	2024	2025	2026	2027	2028
Jaarlijkse projectkosten						
Projectorganisatie: Coördinatie en monitoring		(130.385)	(136.002)	(113.489)	(118.378)	(123.478)
Projectorganisatie: Projectondersteuning		(93.877)	(97.921)	(68.093)	(53.270)	(37.043)
Projectorganisatie: Communicatie		(62.585)	(43.521)	(22.698)	-	-
Projectorganisatie: Inzet externe inhuur (GEM landelijk en overig)		(65.193)	(68.001)	(28.372)	-	-
Kerncoalitie: Inzet deelnemers à 100 euro à 8 uur p/w; 40 wk. p/j		(200.271)	(208.899)	(217.898)	(113.643)	(118.538)
Post onvoorzien (1% van totale transformatiemiddelen)		(18.000)	(23.000)	(30.000)	(34.000)	(38.000)
Jaarlijkse projectkosten - totaal		(570.311)	(577.344)	(480.550)	(319.291)	(317.059)
Eenmalige projectkosten						
Opstellen transformatieplan	(130.000)	-	-	-	-	-
Inrichten Datawarehouse voor monitoring	-	(78.231)	-	-	-	-
Onderzoek structurele effecten Wmo en Zvw	-	-	(108.802)	-	-	-
Eenmalige projectkosten - totaal	(130.000)	(78.231)	(108.802)	-	-	-
Totaal projectkosten GEM Midden IJssel	(130.000)	(648.542)	(686.146)	(480.550)	(319.291)	(317.059)
						(2.581.588)

4.1.5 Overzicht totale aanvraag transformatiemiddelen GEM-transformatie

In onderstaande tabel staat de totale aanvraag van transformatiemiddelen voor dit transformatieplan; opgedeeld naar frictiekosten, operationele kosten Wmo t.b.v. transformatie en projectkosten. In totaal is de aanvraag ruim 1,7 miljoen aan frictiekosten, 2,3 miljoen aan jaarlijkse projectkosten, 0,3 miljoen aan eenmalige projectkosten en ca. 10,0 miljoen aan operationele kosten Wmo, die (zie paragraaf 3.1.4) vanuit de transformatiemiddelen worden bekostigd.

Transformatiemiddelen	2023	2024	2025	2026	2027	2028
Projectkosten						
Jaarlijkse projectkosten - totaal	-	(570.311)	(577.344)	(480.550)	(319.291)	(317.059)
Eenmalige projectkosten - totaal	(130.000)	(78.231)	(108.802)	-	-	-
Totaal	(130.000)	(648.542)	(686.146)	(480.550)	(319.291)	(317.059)
Modulaire ggz						
Verbouwing		(52.757)	-	-	-	-
Herijking vastgoedplan		(10.431)	-	-	-	-
ICT		(15.922)	(16.607)	(17.323)	(18.069)	(18.848)
Training		(110.566)	(115.330)	(120.298)	-	-
Vacatie training		(291.303)	(303.852)	(316.942)	-	-
Totaal		(480.978)	(435.789)	(454.563)	(18.069)	(18.848)
Verkennd gesprek						
Totaal operationele kosten Wmo > via transformatiemiddelen		(110.840)	(443.474)	(1.262.804)	(2.219.239)	(2.676.438)
Frictiekosten: trainingskosten en vacatiegelden: POH ggz		(7.105)	(13.416)	(13.907)	(6.492)	-
Frictiekosten: trainingskosten en vacatiegelden: social worker		(3.909)	(7.264)	(7.943)	(3.885)	-
Frictiekosten: trainingskosten en vacatiegelden: ervaringsdeskundige		(4.265)	(7.883)	(8.654)	(4.223)	-
Frictiekosten: bijeenkomsten: POH ggz		(2.577)	(6.785)	(17.047)	(28.171)	(34.000)
Frictiekosten: bijeenkomsten: social worker		(1.776)	(3.608)	(8.322)	(13.877)	(16.911)
Frictiekosten: bijeenkomsten: ervaringsdeskundige		(1.895)	(3.980)	(9.356)	(15.698)	(19.161)
Frictiekosten: Eenmalige aansluitkosten Zorgdomein		(34.980)	-	-	-	-
Totaal frictiekosten		(56.507)	(42.936)	(65.229)	(72.346)	(70.071)
Totaal operationele kosten en frictiekosten		(167.347)	(486.410)	(1.328.033)	(2.291.585)	(2.746.509)
Zelfregiecentrum en herstelnetwerk						
Operationele kosten > tot overheveling Zw - Wmo via transformatiemid		(522.888)	(710.085)	(740.675)	(772.583)	(805.866)
Totaal - transformatiemiddelen	(130.000)	(1.819.756)	(2.318.429)	(3.003.821)	(3.401.528)	(3.888.282)
						Totaal
						(14.561.817)

In het volgende hoofdstuk staat het structurele effect per deelnemende partij weergegeven. In Appendix 3 staat een gedetailleerde uitsplitsing naar (structurele) baten en lasten per GEM-onderdeel.

4.1.6 Overzicht totale baten en lasten GEM-transformatie

De GEM transformatie leidt in 2028 tot een structurele netto besparing van 1,0 miljoen euro per jaar. In deze netto besparing zijn alle vereiste investeringen gesaldeerd; dus inclusief dekking voor de extra investeringen in het sociaal domein en in (andere delen van de) Zw die vereist zijn om deze transformatie te realiseren. De structurele baten vallen dus hoger uit dan de structurele investeringen.

Om deze transitie mogelijk te maken zijn ook eenmalige transformatiemiddelen vereist. Vanaf 2027 zijn de baten hoger dan de lasten van de transformatie; zelfs na aftrek van de eenmalige transformatiemiddelen.

Structurele impact transformatie	2023	2024	2025	2026	2027	2028
Modulaire ggz						
<i>Geen kwantitatieve baten: vrijgevallen uren worden o.a. ingezet voor consultatie verkennend gesprek en verkorten wachtlijsten</i>						
Verkennd gesprek						
Gesaldeerd - structureel effect (+/-) Verkennend Gesprek	-	17.064	129.134	396.620	712.705	867.507
Zelfregiecentrum en herstelnetwerk						
Gesaldeerd - structureel effect (+/-) Zelfregie & Herstel	-	-396.777	-373.987	-237.792	-9.734	155.558
Totaal	-	(379.713)	(244.854)	158.827	702.971	1.023.065

Transformatiemiddelen (excl. operationele kosten Wmo)	2023	2024	2025	2026	2027	2028
Correctie operationele kosten Wmo (zitten al in gesaldeerd effect hierboven)		633.729	1.153.558	2.003.479	2.991.822	3.482.304
Totaal - transformatiemiddelen	(130.000)	(1.819.756)	(2.318.429)	(3.003.821)	(3.401.528)	(3.888.282)
Totale transformatiemiddelen (excl. operationele kosten Wmo)	(130.000)	(1.186.027)	(1.164.871)	(1.000.342)	(409.706)	(405.978)

Kosten/ opbrengsten transformatie	2023	2024	2025	2026	2027	2028
Totaal	(130.000)	(1.565.740)	(1.409.725)	(841.515)	293.264	617.087

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. Per partij beschrijven we de impact op vastgoed (aanpassing en omvang van gebouwen), personeel (fte, training, opleiding), ICT (e-health, hybride zorg, gegevensuitwisseling), zorggebruik en financiering; voor zover relevant. In dit overzicht nemen we ook de frictiekosten per partij op.

Per onderdeel geven we een kwalitatief oordeel over de impact: is deze groot, klein, neutraal en is de impact positief of negatief. Daarnaast tonen we de (structurele) financiële impact van de transformatie op de betrokken organisatie. De kwalitatieve impact van de GEM-transformatie staat beschreven in paragraaf 3.1.

4.2.1 Financiële impact voor Dimence & MindFit



	Verkennd gesprek	Zelfregie	Herstel	Modulaire ggz
Overall impactindicator	Heeft beperkt impact	Heeft beperkt impact	Heeft beperkt impact	Heeft grote impact
Zvw-omzet	Heeft grote impact	Heeft beperkt impact	Heeft beperkt impact	Heeft beperkt impact
Wmo-omzet	Heeft beperkt impact	Heeft beperkt impact	Heeft beperkt impact	Heeft beperkt impact
FTE-inzet	Heeft beperkt impact	Heeft beperkt impact	Heeft beperkt impact	Heeft beperkt impact
Werkwijze	Heeft beperkt impact	Heeft beperkt impact	Heeft beperkt impact	Heeft grote impact
ICT	Heeft beperkt impact	Heeft beperkt impact	Heeft beperkt impact	Heeft beperkt impact
Vastgoed	Heeft beperkt impact	Heeft beperkt impact	Heeft beperkt impact	Heeft grote impact

LEGENDA

Heeft grote impact	Heeft grote impact
Heeft beperkt impact	Heeft beperkt impact
Heeft nauwelijks impact	Heeft nauwelijks impact
Heeft mogelijk in de toekomst impact	Heeft mogelijk in de toekomst impact

Het verkennend gesprek en de modulaire ggz hebben de grootste impact op Dimence en MindFit.

Modulaire ggz leidt tot een andere manier van werken en raakt daarmee ook de FTE-inzet, het ICT-gebruik en vastgoed. De Zvw-kosten veranderen niet, door de andere inzet van vrijgevallen directe behandeltijd.

Het verkennend gesprek leidt tot sterke daling van de Zvw-omzet, doordat minder inwoners ggz nodig hebben c.q. minder ggz-behandeling nodig hebben. Dit effect raakt alle ggz-aanbieders in de regio Midden-IJssel, maar ook de twee geïncludeerde merken van de DimenceGroep: Dimence en MindFit.

Het financiële effect van minder verwijzingen naar de ggz wordt gedempt door de extra inhuur door huisartsen van POH-ggz; veelal in dienst bij de DimenceGroep.

De uitbreiding van het Herstelnetwerk leidt tot meer inzet van ervaringsdeskundigen (in dienst van Dimence of MindFit). Het nieuwe Zelfregiecentrum leidt tot minder ggz-behandeling bij deelnemers aan het Zelfregiecentrum. Dit effect raakt alle ggz-aanbieders in de regio Midden-IJssel, maar ook de merken van de DimenceGroep.

Mogelijke stijging omzet sociaal domein DimenceGroep t.g.v. verkennend gesprek en uitbreiding Herstelnetwerk niet meegenomen: In de business case voor het verkennend gesprek is een grote uitbreiding van gespreksvoerders verkennend gesprek voorzien. Welke partijen hiervoor worden ingezet is nog niet bepaald. Het ligt in de lijn der verwachtingen dat een deel van de gespreksvoerder wordt geleverd door De Kern (nu al onderdeel van de Voor Elkaar Teams in Deventer). Deze mogelijke omzetsijging is niet meegenomen in onderstaande financiële impact.

Omzetsdaling t.g.v. GEM-transformatie kan ook deels bij andere ggz-aanbieders (niet zijnde onderdeel van de DimenceGroep) vallen. Hier is niet voor gecorrigeerd. DimenceGroep is de grootste ggz-aanbieder in de regio Midden-IJssel. De effecten van minder verwijzingen t.g.v. het verkennend gesprek of uitbreiding Zelfregie & Herstel kunnen echter ook deels bij andere ggz-aanbieders in de regio vallen. Dit dempt mogelijk de omzetsdaling bij DimenceGroep.

Dit leidt tot het volgende overzicht van de (structurele) financiële impact van de GEM-transformatie op de DimenceGroep (en andere ggz-aanbieders in de regio Midden-IJssel), met in acht name van bovenstaande blok met toelichting op welke effecten niet zijn meegenomen.

Effect voor Dimence / Mindfit en andere ggz-organisaties	2023	2024	2025	2026	2027	2028
Modulaire ggz (alleen Dimence & Mindfit)						
Omzetsijging Zw - ggz	-	200.764	523.532	1.092.171	2.278.444	2.376.599
Omzetsdaling Zw - ggz	-	(200.764)	(523.532)	(1.092.171)	(2.278.444)	(2.376.599)
Vergoeding frictiekosten	-	480.978	435.789	454.563	18.069	18.848
Effect Modulaire ggz	-	480.978	435.789	454.563	18.069	18.848
Verkennend gesprek (alle ggz-organisaties in Midden-IJssel)						
Omzetsijging Zw-ggz	-	116.380	510.327	1.463.554	2.578.109	3.107.164
Omzetsdaling Zw- ggz	-	(238.619)	(1.057.819)	(3.050.548)	(5.382.261)	(6.496.853)
Vergoeding frictiekosten	-	-	-	-	-	-
Effect Verkennend gesprek	-	(122.239)	(547.492)	(1.586.994)	(2.804.152)	(3.389.689)
<i>* Inzet gespreksvoerders verkennend gesprek separaat weergegeven, kan leiden tot extra inzet bij DimenceGroep</i>						
Zelfregiecentrum en herstelnetwerk (alle ggz-organisaties in Midden-IJssel)						
Omzetsijging Zw - ggz	-	-	-	-	-	-
Omzetsdaling Zw - ggz	-	(126.112)	(336.097)	(502.883)	(762.849)	(961.424)
Friciekosten	-	-	-	-	-	-
Effect Zelfregie en herstelnetwerk	-	(126.112)	(336.097)	(502.883)	(762.849)	(961.424)
<i>* Uitbreiding herstelnetwerk loopt via Vriendendiensten Deventer, maar leidt tot extra inzet bij alle 6 aangesloten partijen, waaronder DimenceGroep</i>						
Totaal effect voor Dimence / Mindfit en andere ggz-organisat	-	232.628	(447.799)	(1.635.314)	(3.548.932)	(4.332.266)
						(9.731.682)

4.2.2 Financiële impact voor huisartsen (vertegenwoordigd door HCDO)

	Verkennd gesprek	Zelfregie	Herstel	Modulaire ggz
 Overall impactindicator	Heeft grote impact	Heeft beperkt impact	Heeft nauwelijks impact	Heeft mogelijk in de toekomst impact
Zvw-omzet	Heeft grote impact	Heeft beperkt impact	Heeft nauwelijks impact	Heeft mogelijk in de toekomst impact
Wmo-omzet	Heeft beperkt impact	Heeft nauwelijks impact	Heeft mogelijk in de toekomst impact	Heeft mogelijk in de toekomst impact
FTE-inzet	Heeft grote impact	Heeft beperkt impact	Heeft nauwelijks impact	Heeft mogelijk in de toekomst impact
Werkwijze	Heeft grote impact	Heeft beperkt impact	Heeft nauwelijks impact	Heeft grote impact
ICT	Heeft beperkt impact	Heeft nauwelijks impact	Heeft mogelijk in de toekomst impact	Heeft mogelijk in de toekomst impact
Vastgoed	Heeft beperkt impact	Heeft nauwelijks impact	Heeft mogelijk in de toekomst impact	Heeft mogelijk in de toekomst impact

LEGENDA

Heeft grote impact	Heeft grote impact
Heeft beperkt impact	Heeft beperkt impact
Heeft nauwelijks impact	Heeft nauwelijks impact
Heeft mogelijk in de toekomst impact	Heeft mogelijk in de toekomst impact

Vertegenwoordiging van huisartsen: veelal door HCDO, deels door andere RHO's: Regionale huisartsenorganisatie HCDO is lid van de kerncoalitie GEM. Zij vertegenwoordigen het leeuwendeel van de huisartsen die te maken krijgen met de GEM-transformatie. De uitrol van 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 kan hierin samen optrekken met HCDO, om andere huisartsenpraktijken- en organisaties te informeren over GEM.

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

Het verkennend gesprek leidt tot een andere werkwijze binnen de huisartspraktijk; mensen met psychische problemen krijgen een verkennend gesprek aangeboden, in plaats van een gesprek met de huisarts, of behandeling door POH-ggz of ggz-aanbieder.

Het verkennend gesprek heeft eveneens impact op de inzet van de POH-ggz. Goede monitoring van de inzet van de POH-ggz is vereist om een juiste inschatting van de vereiste (extra) capaciteit van de POH-ggz te maken.

Deze structurele ophoging van het aantal uren POH-ggz moeten huisartsen op hun beurt weer inhuren bij ggz-aanbieders zoals MindFit. Tegenover de extra Zvw-omzet huisartsenzorg staan derhalve inhuurkosten tegen hetzelfde bedrag.

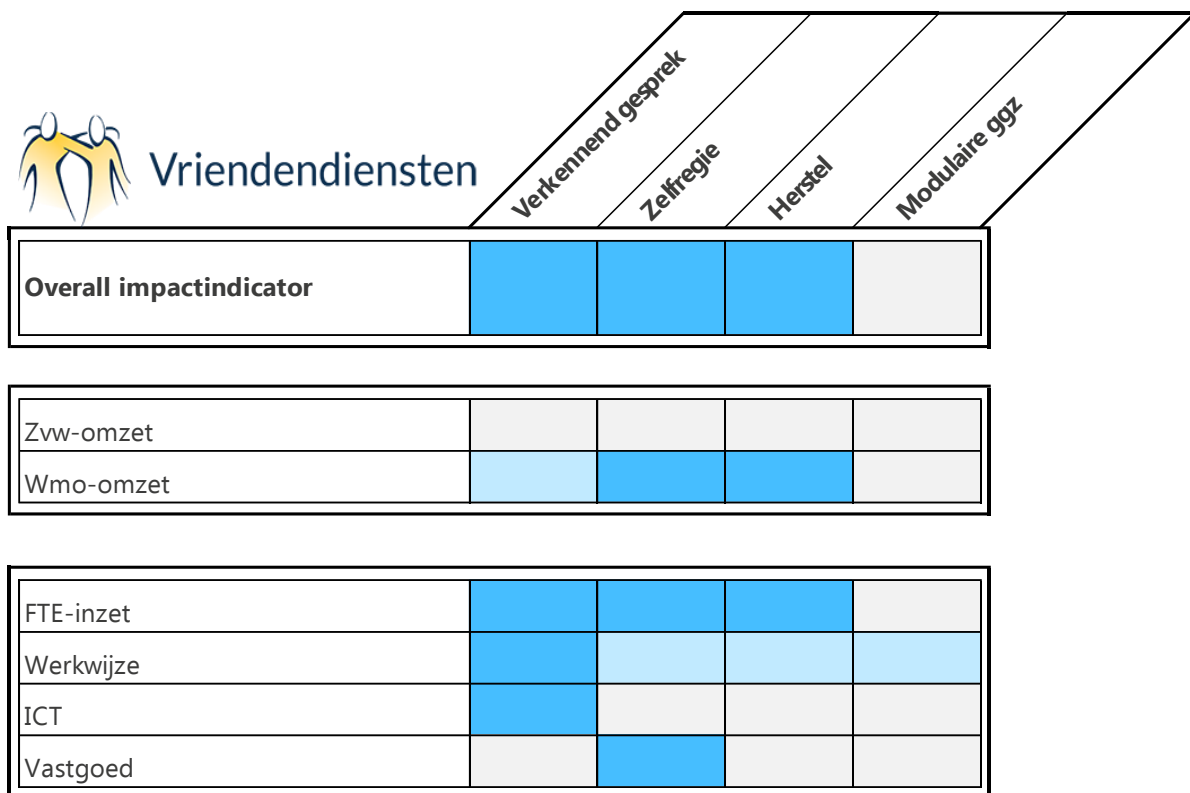
Naast extra inzet van de POH-ggz worden er dankzij het verkennend gesprek kosten voor huisartsenconsulten vermeden. Hoeveel consulten daadwerkelijk worden vermeden, moet eveneens worden gemonitord.

De modulaire ggz leidt ook tot een verandering in werkwijze; huisartsen zullen patiënten moeten informeren over de rol van consultatie en groepen. De onderdelen Zelfregie en Herstel hebben nauwelijks impact voor de gemiddelde huisarts.

Dit leidt tot het volgende overzicht van de (structurele) financiële impact van de GEM-transformatie op huisartsen.

Effect voor huisartsen in regio Midden-IJssel	2023	2024	2025	2026	2027	2028
Modulaire ggz						
Omzetstijging Zvw - huisartsen	-	-	-	-	-	-
Omzetsdaling Zvw - huisartsen	-	-	-	-	-	-
Vergoeding frictiekosten	-	-	-	-	-	-
Effect Modulaire ggz	-	-	-	-	-	-
Verkennend gesprek						
Omzetstijging Zvw-huisartsen:	-	94.703	414.229	1.186.426	2.089.155	2.516.955
Kosten inhuur vereiste inzet POH-ggz	-	(94.703)	(414.229)	(1.186.426)	(2.089.155)	(2.516.955)
Omzetsdaling Zvw-huisartsen	-	(5.666)	(25.116)	(72.430)	(127.792)	(154.256)
Vergoeding frictiekosten	-	9.682	20.201	30.954	34.663	34.000
Effect Verkennend gesprek	-	4.016	(4.915)	(41.475)	(93.129)	(120.256)
Zelfregiecentrum en herstelnetwerk						
Omzetstijging Zvw-huisartsen: meer omzet door inzet personeel	-	-	-	-	-	-
Omzetsdaling Zvw-huisartsen	-	-	-	-	-	-
Fricatiekosten	-	-	-	-	-	-
Effect Zelfregie en herstelnetwerk	-	-	-	-	-	-
Totaal effect voor HCDO	-	4.016	(4.915)	(41.475)	(93.129)	(120.256)
						(255.759)

4.2.3 Financiële impact voor Vriendendiensten Deventer



LEGENDA

Heeft grote impact	Dark Blue
Heeft beperkt impact	Light Blue
Heeft nauwelijks impact	Grey
Heeft mogelijk in de toekomst impact	Light Green

De GEM-transformatie heeft grote impact op Vriendendiensten Deventer. Er komt een groot Zelfregiecentrum in Deventer bij en het Herstelnetwerk verdubbelt. De ‘span of control’ van Vriendendiensten neemt zo sterk toe. Daarom zijn ook de rollen van coördinator en de beleidsmedewerker toegevoegd aan de kwantificering.

De uitbreiding van het Herstelnetwerk loopt via Vriendendiensten Deventer. De inzet van de ervaringsdeskundigen komt ook vanuit de vijf andere organisaties.

Het verkennend gesprek heeft ook impact op Vriendendiensten Deventer. Bij een deel van de deelnemers zal er een onafhankelijke cliëntondersteuner als ‘contactpersoon’ optreden. Deze extra inzet loopt ook via Vriendendiensten Deventer. Tot slot zal vanuit een verkennend gesprek ook regelmatig gewezen worden op het herstelaanbod c.q. het Zelfregiecentrum van Vriendendiensten.

De impact van de modulaire ggz, zoals beschreven in dit transformatieplan, is voor Vriendendiensten Deventer het meest gering.

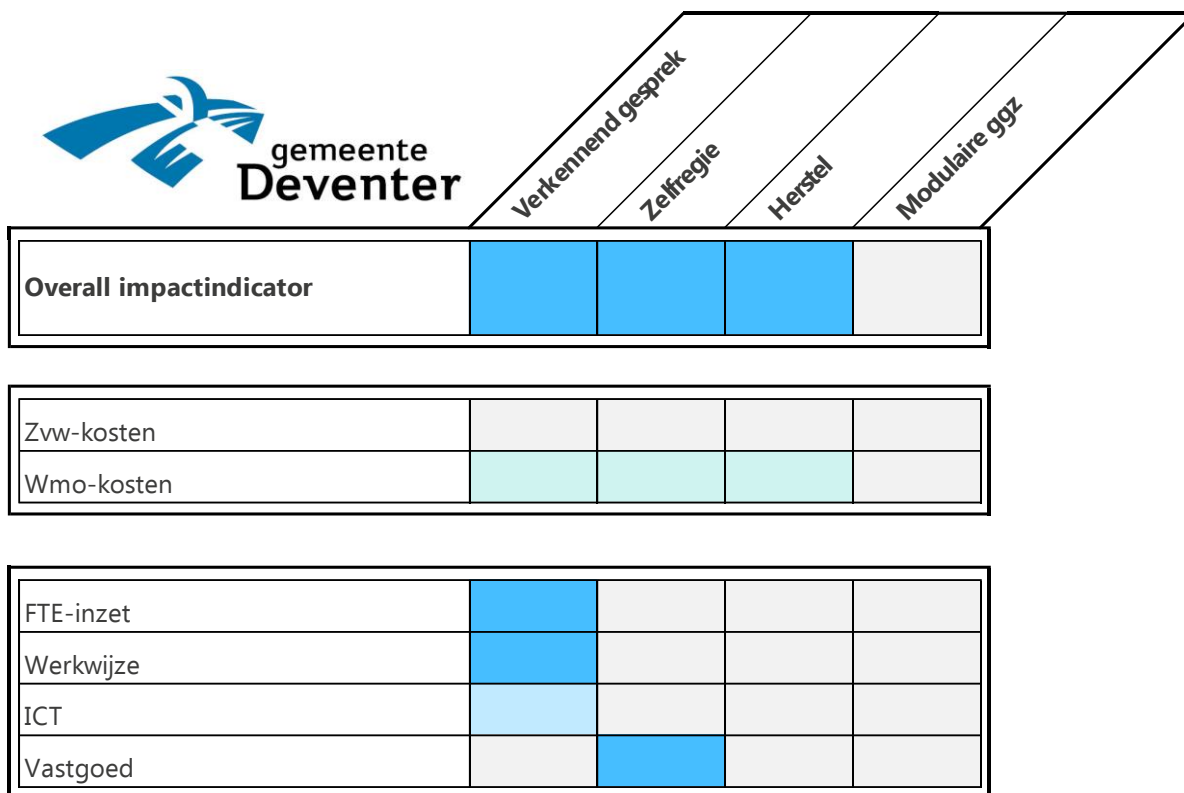
Dit leidt tot het volgende overzicht van de (structurele) financiële impact van de GEM-transformatie op Vriendendiensten Deventer.

Effect voor Vriendendiensten	2023	2024	2025	2026	2027	2028	
Modulaire ggz							
Omzetstijging Wmo	-	-	-	-	-	-	-
Omzetdaling Wmo	-	-	-	-	-	-	-
Vergoeding frictiekosten	-	-	-	-	-	-	-
Effect Modulaire ggz	-	-	-	-	-	-	-
Verkennd gesprek							
Omzetstijging Wmo	-	7.878	34.924	100.713	177.694	214.492	
Omzetdaling Wmo	-	-	-	-	-	-	
Vergoeding frictiekosten	-	46.825	22.735	34.274	37.683	36.072	
Effect Verkennd gesprek	-	54.703	57.659	134.987	215.377	250.563	
<i>* Inzet gespreksvoerders verkennd gesprek separaat weergegeven, kan leiden tot extra inzet bij Vriendendiensten</i>							
Zelfregiecentrum en herstelnetwerk							
Omzetstijging Wmo	-	522.888	710.085	740.675	772.583	805.866	
Omzetdaling Wmo	-	-	-	-	-	-	
Frictiekosten	-	-	-	-	-	-	
Effect Zelfregie en herstelnetwerk	-	522.888	710.085	740.675	772.583	805.866	
<i>* Uitbreiding herstelnetwerk loopt via Vriendendiensten Deventer, maar leidt tot extra inzet bij alle 6 aangesloten partijen</i>							
Totaal effect voor Vriendendiensten e.a.	-	577.591	767.743	875.662	987.960	1.056.430	Totaal
							4.265.386

De inzet van gespreksvoerders van het verkennd gesprek vanuit het sociaal domein raakt deels Vriendendiensten Deventer. Dit is echter een diverse groep, waarbij ook andere contractrelaties van de gemeenten en medewerkers in dienst van de gemeenten voor ingezet kunnen worden. De financiële impact van deze inzet laten we derhalve separaat zien.

Gecombineerd effect voor organisaties VG vanuit SD	2023	2024	2025	2026	2027	2028	
Verkennd gesprek							
Omzetstijging Wmo	-	102.962	408.550	1.162.091	2.041.545	2.461.946	
Effect Verkennd gesprek	-	102.962	408.550	1.162.091	2.041.545	2.461.946	Totaal
Totaal effect inzet gespreksvoerders VG vanuit SD		102.962	408.550	1.162.091	2.041.545	2.461.946	6.177.095

4.2.4 Financiële impact voor Gemeente Deventer



LEGENDA

Heeft grote impact	Dark Blue
Heeft beperkt impact	Light Blue
Heeft nauwelijks impact	Grey
Heeft mogelijk in de toekomst impact	Light Green

De GEM-transformatie vraagt veel investeringen in het sociaal domein. Doordat het nieuwe Zelfregiecentrum in Deventer wordt geopend en het Herstelnetwerk zich ook grotendeels op Deventer richt, is de impact voor de gemeente Deventer groot. Niet alleen is er meer geld nodig. Het raakt ook de afdeling vastgoed (vinden en exploiteren van een pand voor het nieuwe Zelfregiecentrum).

Het verkennend gesprek heeft impact op de werkwijze van de gemeente Deventer. Op basis van een uit te voeren onderzoek wordt bepaald hoe het verkennend gesprek in te passen c.q. te integreren is in bestaande werkwijzen. Dit moet in nauw overleg met de betrokken afdelingen binnen de gemeente Deventer gebeuren.

Daarnaast moet in overleg met de bestaande subsidierelaties gekeken worden hoe de stapsgewijze opschaling van het aantal verkennende gesprekken wordt vormgegeven. De personele uitbreiding ten behoeve van het verkennend gesprek groeit mee met de uitrol van het verkennend gesprek zelf. Hier is in het uitroltempo rekening mee gehouden. Door twee keer jaar het plan te herijken kan ook worden bijgestuurd indien nodig.

De effecten op de Wmo-voorzieningen veronderstellen we vooralsnog als neutraal. Veel mensen die gebruik gaan maken van het verkennend gesprek, maken al aanspraak op één of meerdere Wmo voorzieningen. Door het verkennend gesprek zullen hier bij een aantal inwoners Wmo-voorzieningen bijkomen. Bij andere inwoners zal naar aanleiding van het verkennend (een deel van) de Wmo-inzet beëindigd kunnen worden. Het monitoren van de daadwerkelijke inzet is integraal onderdeel van de GEM-transformatie. Daarnaast wordt, als gevolg van de GEM-transformatie stevig geïnvesteerd in de extra inzet van ervaringsdeskundigen, vanuit zelfregie en herstelnetwerk. Dit zijn geen maatwerkvoorzieningen, maar wel een verschuiving naar, en meer verbinding met ‘het normale leven’. Ook het effect van deze inzet wordt gedurende de transformatieperiode nauwlettend gemonitord.

De investeringen in het sociaal domein leiden naar verwachting tot baten in de Zvw. De periode van het transformatieplan gebruiken we om vast te stellen dat deze transitie zich daadwerkelijk voordoet (zie paragraaf 3.1.4). Het effect op Wmo-kosten is derhalve als ‘mogelijke, toekomstige impact’ gekenmerkt. Daarnaast kent de GEM-transformatie ook kwalitatieve (secundaire) baten voor de gemeente. Deze staan beschreven in 3.2 en worden nog verder geconcretiseerd in de loop van de transformatieperiode.

Dit leidt tot het volgende overzicht van de (structurele) financiële impact van de GEM-transformatie op de gemeente Deventer.

Effect voor Gemeente Deventer	2023	2024	2025	2026	2027	2028
Modulaire ggz						
Structureel effect op Zw - huisartsen	-	-	-	-	-	-
Structureel effect op Zw - ggz	-	-	-	-	-	-
Structureel effect op Wmo - Transformatiemiddelen	-	-	-	-	-	-
Effect Modulaire ggz	-	-	-	-	-	-
Verkennend gesprek						
Structureel effect op Zw - huisartsen	-	-	-	-	-	-
Structureel effect op Zw - ggz	-	-	-	-	-	-
Structureel effect op Wmo	-	(110.840)	(245.181)	(698.161)	(1.226.941)	(1.479.710)
Operationele kosten > tot overheveling Zw - Wmo via transformat	-	110.840	245.181	698.161	1.226.941	1.479.710
Effect Verkennend gesprek	-	-	-	-	-	-
Zelfregiecentrum en herstelnetwerk						
Structureel effect op Zw - huisartsen	-	-	-	-	-	-
Structureel effect op Zw - ggz	-	-	-	-	-	-
Structureel effect op Wmo	-	(522.888)	(710.085)	(740.675)	(772.583)	(805.866)
Operationele kosten > tot overheveling Zw - Wmo via transformat	-	522.888	710.085	740.675	772.583	805.866
Effect Zelfregie en herstelnetwerk	-	-	-	-	-	-
Totaal effect voor Gemeente Deventer	-	-	-	-	-	-
						Totaal
						-

Waarom is het financieel effect bij gemeenten rekenkundig nul gedurende transformatieperiode?

In lijn met de uitgangspunten in paragraaf 3.1.4 worden kostenstijgingen in het sociaal domein gedurende de transformatieperiode vergoed vanuit de transformatiemiddelen. Dit om gedurende de transformatieperiode onderzoek te doen naar de effecten van investeren in het sociaal domein op de Zvw. Totdat er een structurele overheveling van de Zvw naar de Wmo volgt, is er geen sprake van structurele kostenstijging in de Wmo uit eigen middelen van de gemeente.

Het is evenwel belangrijk om de structurele kosten inzichtelijk te maken. Deze worden derhalve getoond in bovenstaand financieel overzicht. Hierbij is een tegenboeking gedaan op de regel eronder, waaruit de vergoeding vanuit de transformatiemiddelen blijkt. Hiermee zijn de structurele kosten voor de gemeente, tot aan structurele overheveling vanuit de Zvw, dus nihil.

4.2.5 Financiële impact voor Gemeente Olst-Wijhe



	Verkennd gesprek	Zelfregie	Herstel	Modulaire ggz
Overall impactindicator	Heeft grote impact	Heeft beperkt impact	Heeft beperkt impact	Heeft nauwelijks impact
Zvw-kosten	Heeft nauwelijks impact	Heeft nauwelijks impact	Heeft nauwelijks impact	Heeft nauwelijks impact
Wmo-kosten	Heeft beperkt impact	Heeft beperkt impact	Heeft beperkt impact	Heeft nauwelijks impact
FTE-inzet	Heeft grote impact	Heeft nauwelijks impact	Heeft nauwelijks impact	Heeft nauwelijks impact
Werkwijze	Heeft grote impact	Heeft nauwelijks impact	Heeft nauwelijks impact	Heeft nauwelijks impact
ICT	Heeft beperkt impact	Heeft nauwelijks impact	Heeft nauwelijks impact	Heeft nauwelijks impact
Vastgoed	Heeft nauwelijks impact	Heeft beperkt impact	Heeft nauwelijks impact	Heeft nauwelijks impact

LEGENDA

Heeft grote impact	Heeft grote impact
Heeft beperkt impact	Heeft beperkt impact
Heeft nauwelijks impact	Heeft nauwelijks impact
Heeft mogelijk in de toekomst impact	Heeft mogelijk in de toekomst impact

Op dit moment is alleen de impact van het verkennend gesprek op gemeente Olst-Wijhe goed in te schatten.

Als het verkennend gesprek wordt uitgerold bij huisartsen in de gemeente, heeft dit impact op de werkwijze in het sociaal domein: het verkennend gesprek moet worden ingepast c.q. geïntegreerd in de bestaande werkwijzen rondom (toeleiding naar) het sociaal domein.

Vooralsnog hebben we deze inzet gekwantificeerd naar rato van inwonersaantal.

De uitrol van het verkennend gesprek onder huisartsen actief in de gemeente Olst-Wijhe is beoogd per 2024. Dit vergt tijd en energie. De mogelijkheid is er om per 2024 te starten, maar in 2025 starten is ook mogelijk. De gemeente moet samen met haar subsidierelaties kijken welke partijen medewerkers kunnen leveren voor het voeren van de verkennend gesprekken. Daarnaast is overleg met de huisartsen in de gemeente vereist. Met name de huisartsen die geen lid zijn van HCDO vereisen extra aandacht.

Vooralsnog is er geen uitbreiding van zelfregie en/of herstel in Olst-Wijhe gepland. Bij een herijking (zie paragraaf 5.2) kan eventuele uitbreiding alsnog worden toegevoegd aan het plan.

De investeringen in het sociaal domein leiden naar verwachting tot baten in de Zwv. De periode van het transformatieplan gebruiken we om vast te stellen dat deze transitie zich daadwerkelijk voordoet (zie paragraaf 3.1.4). Het effect op Wmo-kosten is derhalve als 'mogelijke, toekomstige impact' gekenmerkt. Daarnaast kent de GEM-transformatie ook kwalitatieve (secundaire) baten voor de gemeente. Deze staan beschreven in 3.2 en worden nog verder geconcretiseerd in de loop van de transformatieperiode.

Dit leidt tot het volgende overzicht van de (structurele) financiële impact van de GEM-transformatie op de gemeente Olst-Wijhe.

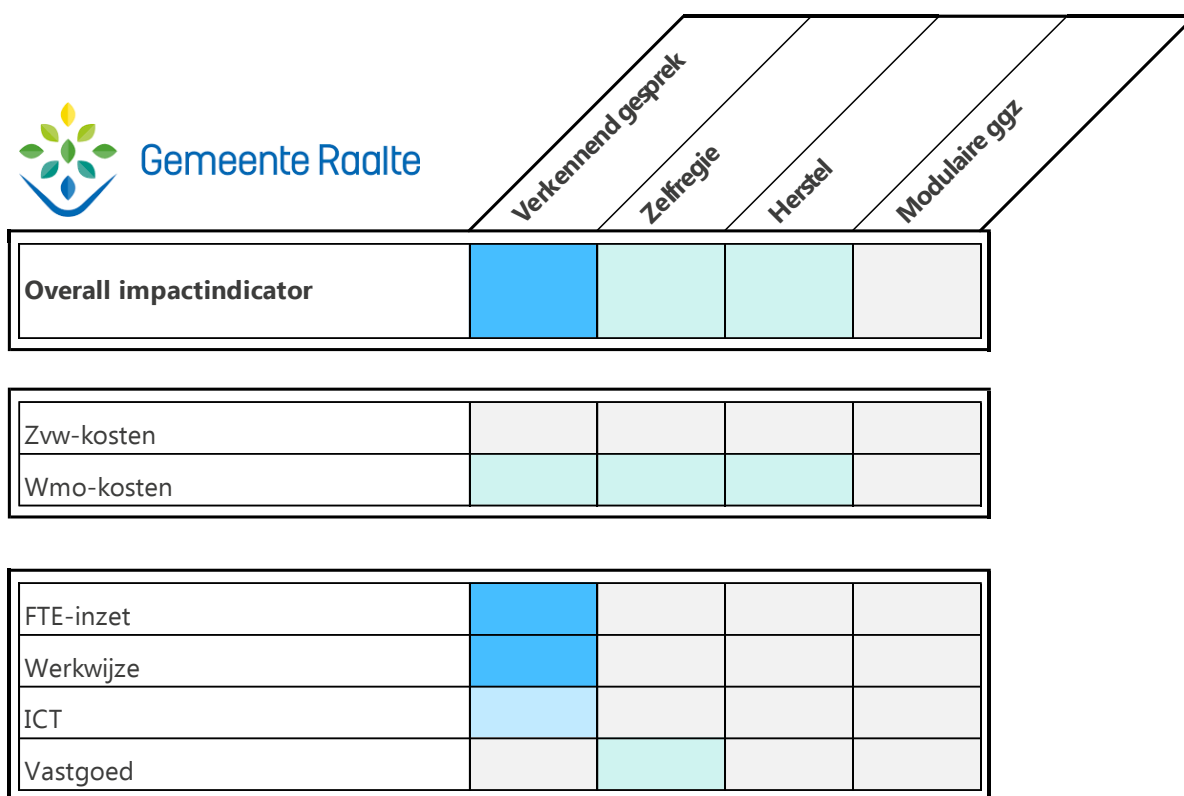
Effect voor Gemeente Olst-Wijhe	2023	2024	2025	2026	2027	2028
Modulaire ggz						
Structureel effect op Zw - huisartsen	-	-	-	-	-	-
Structureel effect op Zw - ggz	-	-	-	-	-	-
Structureel effect op Wmo - Transformatiemiddelen	-	-	-	-	-	-
Effect Modulaire ggz	-	-	-	-	-	-
Verkennd gesprek						
Structureel effect op Zw - huisartsen	-	-	-	-	-	-
Structureel effect op Zw - ggz	-	-	-	-	-	-
Structureel effect op Wmo - Transformatiemiddelen	-	-	(44.930)	(127.940)	(224.840)	(271.161)
Operationele kosten > tot overheveling Zw - Wmo via transformat	-	-	44.930	127.940	224.840	271.161
Effect Verkennd gesprek	-	-	-	-	-	-
Zelfregiecentrum en herstelnetwerk						
Structureel effect op Zw - ggz	-	-	-	-	-	-
Structureel effect op Wmo - Transformatiemiddelen	-	-	-	-	-	-
Totaal - Effect voor Gemeente Olst-Wijhe	-	-	-	-	-	-
Effect Zelfregie en herstelnetwerk	-	-	-	-	-	-
Totaal effect voor Gemeente Olst-Wijhe	-	-	-	-	-	-
						Totaal
						-

Waarom is het financieel effect bij gemeenten rekenkundig nul gedurende transformatieperiode?

In lijn met de uitgangspunten in paragraaf 3.1.4 worden kostenstijgingen in het sociaal domein gedurende de transformatieperiode vergoed vanuit de transformatiemiddelen. Dit om gedurende de transformatieperiode onderzoek te doen naar de effecten van investeren in het sociaal domein op de Zwv. Totdat er een structurele overheveling van de Zwv naar de Wmo volgt, is er geen sprake van structurele kostenstijging in de Wmo uit eigen middelen van de gemeente.

Het is evenwel belangrijk om de structurele kosten inzichtelijk te maken. Deze worden derhalve getoond in bovenstaand financieel overzicht. Hierbij is een tegenboeking gedaan op de regel eronder, waaruit de vergoeding vanuit de transformatiemiddelen blijkt. Hiermee zijn de structurele kosten voor de gemeente, tot aan structurele overheveling vanuit de Zwv, dus nihil.

4.2.6 Financiële impact voor Gemeente Raalte



LEGENDA

Heeft grote impact	Dark Blue
Heeft beperkt impact	Light Blue
Heeft nauwelijks impact	Light Grey
Heeft mogelijk in de toekomst impact	Light Green

Op dit moment is alleen de impact van het verkennend gesprek op gemeente Raalte goed in te schatten.

Als het verkennend gesprek wordt uitgerold bij huisartsen in de gemeente, heeft dit impact op de werkwijze in het sociaal domein: het verkennend gesprek moet worden ingepast c.q. geïntegreerd in de bestaande werkwijzen rondom (toeleiding naar) het sociaal domein.

Vooralsnog hebben we deze inzet gekwantificeerd naar rato van inwonersaantal.

De uitrol van het verkennend gesprek onder huisartsen actief in de gemeente Raalte is beoogd per 2024. Dit vergt tijd en energie. De mogelijkheid is er om per 2024 te starten, maar in 2025 starten is ook mogelijk. De gemeente moet samen met haar subsidierelaties kijken welke partijen medewerkers kunnen leveren voor het voeren van de verkennend gesprekken. Daarnaast is overleg met de huisartsen in de gemeente vereist. Met name de huisartsen die geen lid zijn van HCDO vereisen extra aandacht.

Vooralsnog is er geen uitbreiding van zelfregie en/of herstel in Raalte gepland. Bij een herijking (zie paragraaf 5.2) kan eventuele uitbreiding alsnog worden toegevoegd aan het plan.

De investeringen in het sociaal domein leiden naar verwachting tot baten in de Zvw. De periode van het transformatieplan gebruiken we om vast te stellen dat deze transitie zich daadwerkelijk voordoet (zie paragraaf 3.1.4). Het effect op Wmo-kosten is derhalve als ‘mogelijke, toekomstige impact’ gekenmerkt. Daarnaast kent de GEM-transformatie ook kwalitatieve (secundaire) baten voor de gemeente. Deze staan beschreven in 3.2 en worden nog verder geconcretiseerd in de loop van de transformatieperiode.

Dit leidt tot het volgende overzicht van de (structurele) financiële impact van de GEM-transformatie op de gemeente Raalte.

Effect voor Gemeente Raalte	2023	2024	2025	2026	2027	2028
Modulaire ggz						
Structureel effect op Zvw - huisartsen	-	-	-	-	-	-
Structureel effect op Zvw - ggz	-	-	-	-	-	-
Structureel effect op Wmo - Transformatiemiddelen	-	-	-	-	-	-
Effect Modulaire ggz	-	-	-	-	-	-
Verkennd gesprek						
Structureel effect op Zvw - huisartsen	-	-	-	-	-	-
Structureel effect op Zvw - ggz	-	-	-	-	-	-
Structureel effect op Wmo - Transformatiemiddelen	-	-	(92.812)	(264.285)	(464.451)	(560.136)
Operationele kosten > tot overheveling Zvw - Wmo via transformat	-	-	92.812	264.285	464.451	560.136
Effect Verkennd gesprek	-	-	-	-	-	-
Zelfregiecentrum en herstelnetwerk						
Structureel effect op Wmo - Transformatiemiddelen	-	-	-	-	-	-
Totaal - Effect voor Gemeente Raalte	-	-	-	-	-	-
Effect Zelfregie en herstelnetwerk	-	-	-	-	-	-
Totaal effect voor Gemeente Raalte	-	-	-	-	-	-
						Totaal
						-

Waarom is het financieel effect bij gemeenten rekenkundig nul gedurende transformatieperiode?

In lijn met de uitgangspunten in paragraaf 3.1.4 worden kostenstijgingen in het sociaal domein gedurende de transformatieperiode vergoed vanuit de transformatiemiddelen. Dit om gedurende de transformatieperiode onderzoek te doen naar de effecten van investeren in het sociaal domein op de Zvw. Totdat er een structurele overheveling van de Zvw naar de Wmo volgt, is er geen sprake van structurele kostenstijging in de Wmo uit eigen middelen van de gemeente.

Het is evenwel belangrijk om de structurele kosten inzichtelijk te maken. Deze worden derhalve getoond in bovenstaand financieel overzicht. Hierbij is een tegenboeking gedaan op de regel eronder, waaruit de vergoeding vanuit de transformatiemiddelen blijkt. Hiermee zijn de structurele kosten voor de gemeente, tot aan structurele overheveling vanuit de Zvw, dus nihil.

4.2.7 Financiële impact voor Gemeente Voorst



LEGENDA


Heeft grote impact	Dark Blue
Heeft beperkt impact	Light Blue
Heeft nauwelijks impact	Grey
Heeft mogelijk in de toekomst impact	Light Green

Op dit moment is alleen de impact van het verkennend gesprek op gemeente Voorst goed in te schatten.

Als het verkennend gesprek wordt uitgerold bij huisartsen in de gemeente, heeft dit impact op de werkwijze in het sociaal domein: het verkennend gesprek moet worden ingepast c.q. geïntegreerd in de bestaande werkwijzen rondom (toeleiding naar) het sociaal domein. Vooralnog hebben we deze inzet gekwantificeerd naar rato van inwonersaantal.

De uitrol van het verkennend gesprek onder huisartsen actief in de gemeente Voorst is beoogd per 2024. Dit vergt tijd en energie. De mogelijkheid is er om per 2024 te starten, maar in 2025 starten is ook mogelijk. De gemeente moet samen met haar subsidierelaties kijken welke partijen medewerkers kunnen leveren voor het voeren van de verkennend gesprekken. Daarnaast is overleg met de huisartsen in de gemeente vereist. Met name de huisartsen die geen lid zijn van HCDO vereisen extra aandacht.

4.2.8 Financiële impact voor zorgverzekeraars (gecombineerd effect)



	Verkennd gesprek	Zelfregie	Herstel	Modulaire ggz
Overall impactindicator	Heeft grote impact	Heeft beperkt impact	Heeft beperkt impact	Heeft grote impact
Zvw-kosten	Heeft grote impact	Heeft beperkt impact	Heeft beperkt impact	Heeft grote impact
Wmo-kosten	Heeft nauwelijks impact	Heeft nauwelijks impact	Heeft nauwelijks impact	Heeft nauwelijks impact
FTE-inzet	Heeft mogelijk in de toekomst impact	Heeft mogelijk in de toekomst impact	Heeft mogelijk in de toekomst impact	Heeft mogelijk in de toekomst impact
Werkwijze	Heeft mogelijk in de toekomst impact	Heeft mogelijk in de toekomst impact	Heeft mogelijk in de toekomst impact	Heeft mogelijk in de toekomst impact
ICT	Heeft mogelijk in de toekomst impact	Heeft mogelijk in de toekomst impact	Heeft mogelijk in de toekomst impact	Heeft mogelijk in de toekomst impact
Vastgoed	Heeft mogelijk in de toekomst impact	Heeft mogelijk in de toekomst impact	Heeft mogelijk in de toekomst impact	Heeft mogelijk in de toekomst impact

LEGENDA

Heeft grote impact	Heeft grote impact
Heeft beperkt impact	Heeft beperkt impact
Heeft nauwelijks impact	Heeft nauwelijks impact
Heeft mogelijk in de toekomst impact	Heeft mogelijk in de toekomst impact

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

De GEM-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.

In deze paragraaf staan we stil bij de kwantitatieve effecten. Voor de beoogde kwalitatieve effecten voor de verzekerden, zie hoofdstuk 3.

Het verkennend gesprek leidt tot vermeden zorgkosten in de ggz. Dit effect doet zich voor verspreid over alle ggz-aanbieders in de regio. Ook het aantal consulten bij de huisarts daalt naar verwachting. Ook de bekostiging verandert (als is vastgesteld dat de investeringen inderdaad leiden tot structurele baten in de Zvw), door toename van de inzet van de POH-ggz en consultatie van ggz-professionals. Zelfregie en herstel leiden eveneens tot vermeden zorgkosten in de ggz. Het effect is in financiële zin

minder groot. Dit omdat zowel het aantal cliënten als de geografische spreiding beperkt is. Ook dit effect doet zich verspreid over alle ggz-aanbieders in de regio voor.

Modulaire ggz heeft impact op de financiering van de ggz, doordat de vrijgevallen uren anders worden ingezet. Als er meer cliënten worden geholpen met dezelfde personeelsinzet, moeten de inkoopafspraken hierop worden aangepast. Tegelijkertijd moeten de tarieven voor groepsbehandeling kostendekkend zijn, om de transformatie mogelijk te maken. Modulaire ggz vraagt ook andere contractafspraken en zorgvuldige monitoring, om een ‘waterbedeffect’ (alsnog individuele behandeling bij een andere ggz-aanbieder) te voorkomen. Dit vraagt om gelijkgericht handelen van alle zorgverzekeraars (zie kader).

Impact voor zorgverzekeraars: gelijkgerichtheid & kwalitatieve effecten: Naast de hierboven beschreven en gevisualiseerde impact, vraagt deze transformatie ook dat zorgverzekeraars gelijkgericht optreden. De benodigde gelijkgerichtheid en de effecten van het ontbreken van gelijkgerichtheid staan beschreven in paragraaf 1.6.

De GEM transformatie leidt ook tot kwalitatieve effecten, zoals het terugdringen van de wachtlijsten en het verbeteren van de kwaliteit van zorg voor verzekerden; zie hiervoor paragraaf 3.1.

Dit leidt tot het volgende overzicht van de (structurele, gecombineerde) financiële impact van de GEM-transformatie op de zorgverzekeraars.

Effect voor Zorgverzekeraars	2023	2024	2025	2026	2027	2028	
Modulaire ggz							
Structureel effect op Zw - huisartsen	-	-	-	-	-	-	-
Structureel effect op Zw - ggz	-	-	-	-	-	-	-
Structureel effect op Zw- overig	-	-	-	-	-	-	-
Structureel effect op Wmo	-	-	-	-	-	-	-
Structureel effect Modulaire ggz	-	-	-	-	-	-	-
Verkennd gesprek							
Structureel effect op Zw - huisartsen	-	(89.037)	(389.113)	(1.113.996)	(1.961.363)	(2.362.699)	
Structureel effect op Zw - ggz	-	216.941	961.721	2.773.420	4.893.307	5.906.644	
Structureel effect op Zw- overig	-	-	-	-	-	-	
Structureel effect op Wmo	-	-	-	-	-	-	
Structureel effect Verkennd gesprek	-	127.904	572.608	1.659.424	2.931.944	3.543.945	
Zelfregiecentrum en herstelnetwerk							
Totaal - Structureel effect voor zorgverzekeraars	-	126.112	336.097	502.883	762.849	961.424	
Structureel effect Zelfregiecentrum en herstelnetwerk	-	126.112	336.097	502.883	762.849	961.424	
							Totaal
Totaal structureel effect voor zorgverzekeraar	-	254.016	908.705	2.162.307	3.694.793	4.505.369	11.525.189

Daarnaast zal ook het uitkeren van de transformatiemiddelen via de zorgverzekeraars verlopen. Onderstaand overzicht toont de uit te keren transformatiemiddelen per kalenderjaar.

Uit te keren transformatiemiddelen - totaal	2023	2024	2025	2026	2027	2028	Totaal
Uit te keren frictiekosten - totaal	-	(537.485)	(478.725)	(519.792)	(90.415)	(88.919)	(1.715.337)
Uit te keren operationele kosten Wmo t.b.v. transformatie - totaal	-	(633.729)	(1.153.558)	(2.003.479)	(2.991.822)	(3.482.304)	(10.264.892)
Jaarlijkse projectkosten - totaal	-	(570.311)	(577.344)	(480.550)	(319.291)	(317.059)	(2.264.555)
Enmalige projectkosten - totaal	(130.000)	(78.231)	(108.802)	-	-	-	(317.033)
Totaal uit te keren transformatiemiddelen	(130.000)	(1.819.756)	(2.318.429)	(3.003.821)	(3.401.528)	(3.888.282)	(14.561.817)

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.

De volgende uitgangspunten verdienen hierbij extra nadruk:

- De opening van een nieuw zelfregiecentrum en de uitbreiding van het Herstelnetwerk zijn 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
- 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 (2022): 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 (2023): 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 gezondheidscentra (2023): 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.
- Landelijke handreiking m.b.t. het realiseren van een landelijk dekkend netwerken van laagdrempelige steunpunten (waaronder zelfregie- en herstelorganisaties): Deze handreiking verschijnt in het vierde kwartaal van 2023, als concrete invulling van een IZA-afpraak 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. Implementatieplan 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 implementatie van GEM nader uit. We beschrijven de verschillende soorten indicatoren, wanneer het plan wordt herijkt en wie welke rol heeft binnen de projectorganisatie.

In dit hoofdstuk wordt eveneens nader ingegaan op mogelijke risico's en bijbehorende mitigerende maatregelen en op het vereiste commitment van alle partijen. De laatste paragraaf bevat de alle mijlpalen en de daaraan gekoppelde batches van uit te keren transformatiegelden.

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 uitgerold 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, en dus van GEM, 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. Ieder jaar, of vaker indien nodig, wordt het transformatieplan bijgesteld op basis van deze monitoringsafspraken.

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: procesindicatoren, uitkomstindicatoren en KPI's

Omdat GEM uitgaat van een ecosysteem, is het succes ervan niet zozeer af te meten aan veranderingen bij individuele personen, maar juist op populatieniveau. Daarnaast monitoren we procesindicatoren: loopt de uitrol van de verschillende interventies gelijk op met de prognoses uit dit transformatieplan?

We meten uiteraard ook uitkomstindicatoren; zowel in kwantitatieve als in kwalitatieve zin. Tot slot monitoren we de niet-deelnemende partijen aan de hand van contractuele afspraken en de uitkomsten van de open dialoog tussen hen en de zorgverzekeraars c.q. gemeenten.

Het Integraal Zorgakkoord vraagt tot slot om 'key performance indicators' (KPI's) om het succes van de impactvolle zorgtransformatie te meten. Dit zijn ambitieuze uitkomstindicatoren, gekoppeld aan concrete doelen. GEM Midden-IJssel heeft de volgende voorwaarden gesteld aan dergelijke KPI's:

- KPI's zijn pas aan het eind van de transformatieperiode (2027 en 2028) van toepassing.
 - o De jaren 2024 en 2025 gelden als ingroeiperiode. Uitkeren van transformatiemiddelen is in deze jaren uitsluitend gekoppeld aan inspanningsverplichtingen;
 - o Het jaar 2026 geldt als 'proefjaar'. Ook in 2026 is de uitkeer van transformatiemiddelen gekoppeld aan inspanningsverplichtingen. De KPI's worden wel gemeten, maar nog niet op afgerekend.
- Alleen uitkomstindicatoren die direct te beïnvloeden zijn door de GEM-transformatie kunnen kwalificeren als KPI.
 - o Iedere KPI moet realistisch zijn en een directe link met het transformatieplan hebben.

- Aantal zorggebruikers, zorgkosten per patiënt/inwoner of wachttijden voldoen hier niet aan, en zijn derhalve niet geschikt als KPI
- In het contract worden de afspraken ten aanzien van de KPI's geformaliseerd. Alle partijen moeten zich kunnen vinden in deze formele afspraken. Hierbij geldt expliciet de afspraak dat de voorwaarden nog worden herzien in 2026; indien vereist.
 - In de overeenkomsten worden ook afspraken gemaakt over de consequenties van het deels behalen van de KPI's.
 - Ieder jaar is er bij het Stuurgroepoverleg van juli aandacht voor het eventueel aanpassen van (de monitoring van) de KPI's n.a.v. aanpassingen in het transformatieplan.
 - De exacte voorwaarden voor uitkeer in 2027 en 2028 worden in het Stuurgroepoverleg van juli 2026 bepaald.

Hieronder zetten we de verschillende indicatoren uiteen, uitgesplitst naar KPI, uitkomstindicator en procesindicator. Per onderdeel staat de frequentie waarin deze wordt verzameld c.q. geanalyseerd. Hierbij maken we ook onderscheid naar inspannings- en resultaatverplichtingen.

5.1.1 Overall monitoring

Overall monitoring van zorg en ondersteuning op populatieniveau (jaarlijks verzamelen):

Op PC4 gegevens over ggz-gebruik, Wmo (ondersteuning en begeleiding). Uitgesplitst naar man/vrouw, leeftijdscohorten en naar klinisch/ niet-klinische ggz (o.b.v. Vektis-gegevens landelijke gegevens Wmo)

5.1.2 Resultaatverplichtingen (KPI's)

Onderstaande KPI's zijn gebaseerd op de aannames in de business cases, onderliggend aan het transformatieplan. De hoogte is vastgesteld op 75-90% van de huidige business cases.

KPI's verkennend gesprek

- Aantal verkennende gesprekken 2027: minimaal 8.605 gesprekken in het gehele kalenderjaar
- Aantal verkennende gesprekken 2028: minimaal 9.958 gesprekken in het gehele kalenderjaar
- % deelnemers dat **wel** een verwijzing voor de ggz krijgt, maar **niet** wordt doorverwezen naar tweedelijns ggz 2027: minimaal 10% van het totaal aantal deelnemers verkennend gesprek³²
- % deelnemers dat **wel** een verwijzing voor de ggz krijgt, maar **niet** wordt doorverwezen naar tweedelijns ggz 2028: minimaal 10% van het totaal aantal deelnemers verkennend gesprek

KPI's zelfregie & herstel

- Aantal deelnemers herstelcursussen is in 2028 verdubbeld t.o.v. 2023
- Gemiddelde waardering over alle zelfregiecentra heen stabiel t.o.v. meting 2024

³² De doelgroep van deelnemers aan het verkennend gesprek is breder dan het aantal mensen dat tweedelijns ggz ontvangt. In de business case veronderstellen we, op basis van landelijke cijfers, dat 37% van de deelnemers aan het verkennend gesprek tweedelijns ggz ontvangt. Binnen dit deel van de deelnemers verwachten we een afname van 30% aan doorverwijzingen. Deze 30% van 37% is 11,1% van het totaal aantal deelnemers. We stellen de KPI vast op 90% van dit percentage: 10%.

KPI's modulaire ggz

- Beschikbaar aantal behandeluren voor consultatie huisarts/ sociaal domein 2027: minimaal 2.455
- Beschikbaar aantal behandeluren voor consultatie huisarts/ sociaal domein 2028: minimaal 2.455

KPI's overall

- GEM is geborgd in inkoopafspraken van alle zorgverzekeraars en betrokken gemeenten (contracten 2027 en 2028): Zorgverzekeraars moeten monitoren wat er gebeurt met zorggebruik in de regio bij organisaties die niet zijn aangesloten bij GEM (weglekken van individuele consulten, etc.). Ook gemeenten monitoren (onwenselijke) effecten bij contractrelaties die niet deelnemen aan deze transformatie. Dit krijgt zijn uitwerking langs drie wegen:
 - o Dialoog met partijen binnen en buiten het transformatieplan over wederzijdse beïnvloeding
 - o Contractuele afspraken met (zorg)aanbieders die geen onderdeel zijn van het transformatieplan, om oneigenlijke beïnvloeding van de (inhoudelijke) doelen van de transformatie te voorkomen (bijvoorbeeld door cliënten te verleiden met behandelingen zonder groepsconsulten)
 - o Bilaterale afspraken tussen zorgverzekeraar en ggz-aanbieder over gemiddelde kosten per unieke cliënt en totale zorgkosten per ggz-aanbieder (*concurrentiegevoelige informatie; valt buiten de monitoring van GEM*)

5.1.3 Inspanningsverplichtingen (procesindicatoren en uitkomstindicatoren)

Uitkomstindicatoren (per kwartaal verzamelen):

- Aantal wachtenden in de regio Midden-IJssel voor de ggz (op basis van driemaandsgemiddelde)
- Cliënttevredenheid o.b.v. zowel gestandaardiseerde vragenlijsten (de Session Rating Scale (SRS) en Outcome Rating Scale (ORS) vragenlijst of CQ-index)
- Werkplezier zorgprofessionals o.b.v. zowel gestandaardiseerde vragenlijsten (de Session Rating Scale (SRS) en Outcome Rating Scale (ORS) vragenlijst)
- Uitkomsten van het verkennend gesprek (naar welke soort zorg of ondersteuning verwezen, welke zorg of ondersteuning is beëindigd)
- Aantal Wmo-indicaties (uitgesplitst naar dagbesteding en begeleiding) per 1.000 inwoners, per gemeente

Uitkomstindicatoren (jaarlijks verzamelen):

- 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 factoren³³?
- Werkplezier zorgprofessionals via focusgroepen (is deze zorg zinnig? Is dit beter dan hoe het hiervoor was ingericht? Wat zijn belemmerende factoren?)

³³ Eventueel in overleg met Phrenos nog aan te vullen c.q. aan te scherpen.

- Effect op de huisartspraktijk in kwalitatieve zin, via een korte vragenlijst onder POH-ggz'ers en 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)
- Meting tevredenheid huidige deelnemers ZRC en Herstelcursussen in 2024 (ervaren mate van succes t.a.v. opbouw netwerk, kwaliteit van leven, zingeving, maatschappelijke rollen, e.d.)
- Resultaatmeting tevredenheid, veerkracht en zelfregie bij ZRC en Herstelcursussen in 2027 (ervaren mate van succes t.a.v. opbouw netwerk, kwaliteit van leven, zingeving, maatschappelijke rollen, e.d.)
- Resultaatmeting tevredenheid, veerkracht en zelfregie bij ZRC en Herstelcursussen in 2028 (ervaren mate van succes t.a.v. opbouw netwerk, kwaliteit van leven, zingeving, maatschappelijke rollen, e.d.)

Procesindicatoren (per kwartaal verzamelen):

- Aantal georganiseerde groepen (sociaal domein en ggz separaat, en eventuele gecombineerde groepen)
- Aantal verkennende gesprekken per deelnemende huisartspraktijk (te aggregeren per gemeente en op regionaal niveau)
- Indicatoren zoals vastgesteld in de landelijke monitor verkennend gesprek en mentaal gezondheidscentrum
 - o *zie Handreiking bij de aanvraag transformatieplannen voor de functie van het verkennende gesprek binnen de mentale gezondheidscentra*
- Aantal gedeclareerde consultatieafspraken ggz (met sociaal domein en huisarts), uitgesplitst naar gemeente
- Aantal keer dat een 'contactpersoon' is gezocht voor het verkennend gesprek (inclusief uitsplitsing naar succesvol/ niet-succesvol)
- Aantal deelnemende huisartspraktijken bij verkennende gesprekken, uitgesplitst naar gemeente
- Voortgang gesprekken over structurele financiering transformatie tussen vier gemeenten en drie grootste zorgverzekeraars (te meten vanaf juli 2026)

Procesindicatoren (jaarlijks verzamelen):

- Aantal deelnemers van zelfregiecentra in de vier gemeenten (op basis van 'telweken' eens per jaar en op basis van 'educated guesses'. Exacte aantallen zijn niet mogelijk, gezien de inloopfunctie)
- Aantal deelnemers aan bijeenkomst gespreksvoerders verkennend gesprek
- Aantal herstelcursussen en aantal deelnemers aan herstelcursussen
- Aantal getrainde zorgprofessionals t.b.v. groepsgericht werken
- Aantal getrainde (zorg)professionals t.b.v. verkennend gesprek

5.2 Actief bijsturen

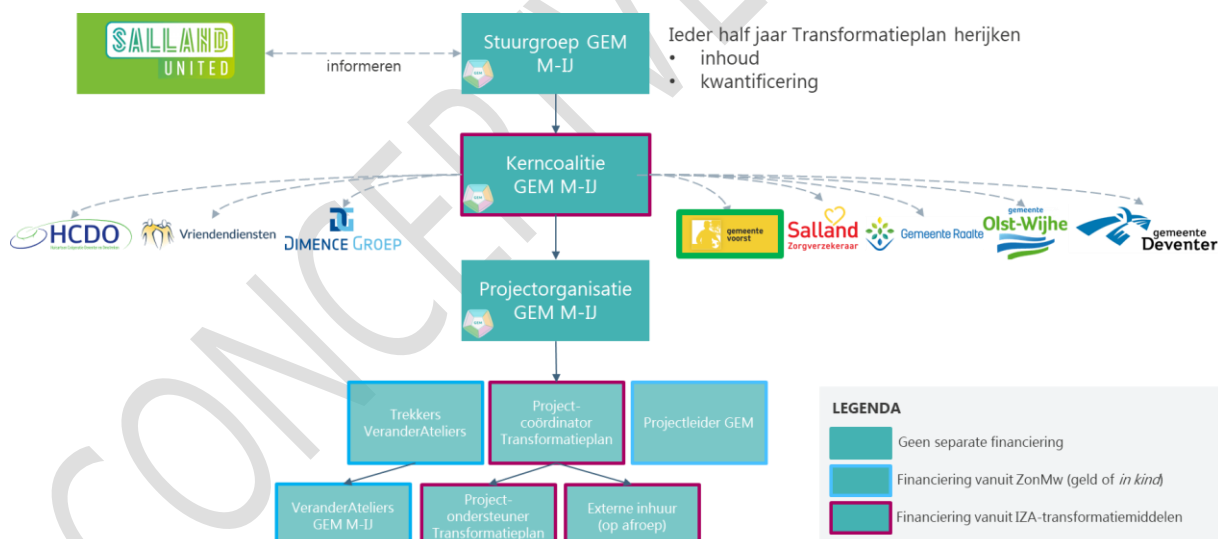
Dit transformatieplan beschrijft een transformatie die meerdere organisaties, meerdere financieringsvormen en meerdere vormen van zorg en ondersteuning raakt. Onderdelen en organisaties die in elkaar grijpen en elkaar beïnvloeden. Actief bijsturen op de realisatie is derhalve een integraal onderdeel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

Actief bijsturen betekent ook stoppen wanneer de beoogde effecten niet zichtbaar zijn. Op basis van de proces- en uitkomstindicatoren (zie paragraaf 5.1.3) wordt bepaald 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. 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. De Stuurgroep (zie paragraaf 5.2.1) heeft hierin de beslissende stem. De Stuurgroep besluit ook over eventuele herallocatie van middelen binnen de toegekende transformatiemiddelen, op basis van meevallende c.q. tegenvallende (financiële) resultaten.

5.2.1 Governancestructuur GEM Midden-IJssel

Er is binnen de projectorganisatie tijd en capaciteit ingeruimd voor monitoring en coördinatie. De bestaande kerncoalitie is de spil in de governancestructuur van GEM in de regio Midden-IJssel.



Figuur 13 Governancestructuur GEM Midden-IJssel

De belangrijkste taak van de kerncoalitie is het borgen van de executiekracht; zowel binnen hun eigen organisaties als in de samenwerking tussen de organisaties. De kerncoalitieleden zijn de vaandeldragers van de GEM-transformatie namens hun organisatie³⁴.

De kerncoalitieleden zijn bovendien ook het eerste aanspreekpunt voor de Stuurgroep. In deze Stuurgroep zijn alle bestuurders van alle betrokken organisaties (gedelegeerd) vertegenwoordigd. De

³⁴ Zie voor een nadere toelichting op de taken en verantwoordelijkheden van de kerncoalitie paragraaf 5.3

Stuurgroep komt minimaal eens per kwartaal bijeen. De Stuurgroep informeert periodiek (na iedere herijking) Salland United³⁵ over de vorderingen van de transformatie. Salland United heeft een adviserende en consulterende functie bij het actief bijsturen van de transformatie³⁶.

De projectorganisatie van GEM Midden-IJssel wordt aangestuurd door de kerncoalitie. Onder de projectorganisatie vallen de projectcoördinator en projectondersteuner (gefinancierd vanuit IZA transformatiemiddelen) en ook de projectleider (gefinancierd vanuit ZonMw gelden) en kartrekkers van de VeranderAteliers (*in kind* vergoed vanuit ZonMw)³⁷.

5.2.2 Rol Stuurgroep bij actief bijsturen

In iedere Stuurgroepvergadering 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 Stuurgroepvergaderingen worden ook exogene (= niet zelf te beïnvloeden) factoren besproken die invloed hebben op de realisatie van het transformatieplan.

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, proces- en resultaatindicatoren worden bijgesteld. 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 de Stuurgroep. In de fasering en bij de mijlpalen van deze transformatie (zie paragraaf 5.7) wordt direct zoveel als mogelijk rekening gehouden met deze jaarlijkse herijking.

Regionale inbedding: periodiek informeren en stilstaan bij mogelijke uitbreiding

Bij iedere tussenevaluatie van het transformatieplan wordt ook expliciet stilgestaan bij het laten aansluiten van nieuwe partijen (bijvoorbeeld andere ggz-aanbieders) bij GEM Midden-IJssel. Hierbij wordt indien gewenst Salland United geconsulteerd.

5.2.3 Rol projectcoördinator 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 projectcoördinator. Relevante punten worden ingebracht in de kerncoalitie. Bij iedere herijking worden impactvolle ontwikkelingen meegenomen bij het actief bijsturen op het transformatieplan.

³⁵ 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/>

³⁶ Zie voor een nadere toelichting op de rol van de Stuurgroep paragraaf 5.2.2

³⁷ Zie voor een nadere toelichting op de projectorganisatie paragraaf 5.3

De overall monitoring van zorg en ondersteuning op populatieniveau wordt eveneens gebruikt als 'bewijslast' voor de structurele overheveling van Zvw naar Wmo. De (te verwachten) daling van ggz-gebruik in de Zvw moet opwegen tegen de extra investeringen in de Wmo. Als dit effect zich niet (voldoende) voordoet binnen de transformatieperiode, is voortzetten niet reëel.

5.3 (Taken en rolverdeling) projectorganisatie en (kerncoalitie) GEM

De huidige kerncoalitie blijft bestaan en komt, net als nu het geval is, iedere twee weken bijeen. De kerncoalitie stuurt telkens bij. Enerzijds door de projectgroepleden aan te sturen. Anderzijds door te escaleren naar de Stuurgroep, 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 middels tijdelijke aanstellingen bij één van de betrokken organisaties.

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

De projectorganisatie en de kerncoalitie GEM zijn onderdeel van een groter geheel. De transformatie wordt van onderaf vormgegeven via 'VeranderAteliers' waar onder andere (zorg)professionals in deelnemen. Ieder VeranderAtelier heeft een 'kartrekker'; een manager of directeur die zorgt dat de afspraken en ideeën vanuit het VeranderAtelier ook worden gerealiseerd. De kartrekkers kunnen terugvallen op de leden van de kerncoalitie. 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 het transformatieplan.

Kerncoalitieleden primair verantwoordelijk voor betrekken van professionals uit hun organisatie

De kerncoalitieleden van GEM Midden-IJssel³⁸ 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 kerncoalitieleden dat niet zelf c.q. alleen te doen. Zij zijn wel het eerste aanspreekpunt voor andere kerncoalitieleden. De projectcoördinator en de kartrekkers van de VeranderAteliers ondersteunen de kerncoalitieleden hierbij.

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

De Stuurgroep 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 Stuurgroepoverleg is derhalve wenselijk. Dit zorgt voor borging binnen de eigen organisatie én het maakt dat er direct afspraken gemaakt kunnen worden in het Stuurgroepoverleg.

³⁸ Zie Appendix 1 voor wie namens welke organisatie deelneemt aan de kerncoalitie GEM Midden-IJssel

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 projectcoördinator maakt hiervoor minimaal twee keer per jaar een uitgebreid overzicht van de te implementeren 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 projectcoördinator is bij elke uitbreidingsstap het eerste aanspreekpunt voor de betrokken professionals en managers. Dit door proactieve communicatie en overall coördinatie. De projectcoördinator is tevens verantwoordelijk voor (uniforme) inrichting van de monitoring.

De projectcoördinator werkt samen met de projectleider, wordt ondersteund door de projectondersteuner en wordt aangestuurd door de kerncoalitie.

5.4 Structurele overheveling van financiële middelen Zvw naar Wmo

Een randvoorwaarde voor het slagen van de GEM-transformatie is een structurele overheveling van financiële middelen van de Zvw naar de Wmo. In dit transformatieplan zijn de vereiste investeringen in de Wmo als frictiekosten opgenomen. Op deze wijze kan er, gedurende de transformatie, voldoende 'bewijslast' worden opgebouwd dat investeringen in de Wmo daadwerkelijk een kostenverlagend effect hebben op de Zvw.

Zodra dit effect voldoende bewezen is, én hier ook op landelijk niveau de juiste instrumenten voor ontwikkeld zijn, moet er een structurele overheveling komen van Zvw naar Wmo.

Als er op landelijk niveau niet wordt voorzien in een dergelijke structurele overheveling en/of de resultaten in de regio Midden-IJssel zijn onvoldoende, moet het transformatieplan hierop worden aangepast. De uiterste consequentie is dat de GEM-transformatie gestaakt wordt omwille van ontbrekende structurele financiering. **Gemeenten en zorgverzekeraars moeten gezamenlijk optrekken om op landelijk niveau deze structurele overheveling van Zvw naar Wmo te realiseren.**

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.

Transformatierisico	Mitigerende maatregel(en)
<p>Het is niet mogelijk om op korte termijn structureel geld over te hevelen van de Zvw naar de Wmo</p>	<ul style="list-style-type: none"> • We vragen in dit transformatieplan de extra financiële middelen voor de Wmo aan als transformatiegelden <i>Dit biedt tijd en ruimte om op landelijk niveau de juiste betaaltitels in te richten. Het biedt bovendien tijd om te bewijzen dat de overheveling van Zvw- naar Wmo-middelen ook leidt tot structurele besparingen</i> • Gemeenten en de drie grootste zorgverzekeraars in de regio Midden-IJssel moeten vroegtijdig starten met gesprekken op landelijk niveau om deze overheveling mogelijk te maken
<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 de Stuurgroep stellen we minimaal twee keer per jaar vast of de beoogde uitbreiding haalbaar is. Door de geleidelijke uitrol over 5 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 projectcoördinator en de leden van de kerncoalitie 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 (samenpraak 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 projectcoördinator 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</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Financiers (zorgverzekeraars en gemeenten) voeren een dialoog met niet-aangesloten (zorg)organisaties over het transformatieplan

vertonen opportunistisch gedrag, gericht op eigen belang.	<ul style="list-style-type: none"> Financiers (zorgverzekeraars en gemeenten) maken contractuele afspraken om oneigenlijke effecten van de transformatie tegen te gaan
De kosten voor één of meer GEM-onderdelen valt hoger uit dan beschreven in het transformatieplan	<ul style="list-style-type: none"> Kosten, opbrengsten en tempo van uitrol monitoren we continu, om tijdig in te kunnen grijpen Iedere drie maanden is er een Stuurgroepoverleg 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
De beoogde te vermijden (zorg)kosten voor één of meer GEM-onderdelen valt lager uit dan beschreven in het transformatieplan	<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 Stuurgroepoverleg waarin de voortgang besproken wordt Ieder jaar, of zoveel vaker als nodig, wordt het transformatieplan bijgesteld op inhoud en kwantificering
Een te groot deel van de transformatie komt bij Vriendendiensten Deventer te liggen	<ul style="list-style-type: none"> In de Stuurgroepoverleggen moet besproken worden welke onderdelen van de transformatie door welke partij worden uitgevoerd. Groei in omvang en verantwoordelijkheden moet te dragen zijn In de Stuurgroepoverleggen moet telkens oog zijn voor alternatieven en andere partijen. Vriendendiensten Deventer voorziet in een behoefte, maar diversificatie is eveneens van belang voor een gezond ecosysteem

Inhoudelijk risico	Mitigerende maatregel(en)
Bij verkennend gesprek proberen gespreksvoerders te 'matchen' aan deelnemer	<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>
Individuele huisarts is niet overtuigd van werkwijze verkennend gesprek	<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 ingroeperiode 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
Effect op de huisartspraktijk is lastig te voorspellen	<ul style="list-style-type: none"> Naar verwachting neemt door, onder andere, het verkennend gesprek de druk op de huisarts en POH-GGZ af. Patiënten die nu druk op de huisartsenpraktijk geven, krijgen beter passende zorg en ondersteuning, onder andere in het sociaal domein

	<ul style="list-style-type: none"> Tegelijkertijd wordt er extra inzet gevraagd van -met name- de POH-GGZ. Hierin is alleen te voorzien als er voldoende personele capaciteit beschikbaar is. De druk op de huisartspraktijk monitoren we daarom met een jaarlijkse vragenlijst (zie paragraaf 5.1.3).
Verwijzing naar de ggz voorkomen wordt doel op zich	<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. <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>
Behandelaar en cliënt vormen samen al een groep	<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 <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>
Individuele behandeling blijft 'de gouden standaard' volgens behandelaren	<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 <i>Na deelname aan groepsbehandeling ervaren mensen juist de voordelen van groepsbehandeling. Dit verandert alleen als we onze behandeling standaard aanbieden in groepen.</i>
Cliënten worden (onterecht) 'groepsongeschikt' geacht	<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. <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>
Cliënten worden uitgesloten omdat zij 'groepsontwrichtend' worden geacht	<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. <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>
Inwoners accepteren niet dat psychische klachten (deels) bij het leven horen	<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.
Het compleet maken van de sociale kaart leidt tot meer onduidelijkheid	<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 <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>

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 kerncoalitie, de 'kartrekkers' van de VeranderAteliers, maar ook door de ingebouwde 'beweegruiimte' in de afspraken (zie paragraaf 0) 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. *[Na akkoord door de betrokken gemeenten wordt hier nog een zin ingevoegd ter bevestiging van dit besluit].* 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 de Stuurgroep.

De gemeenten hebben zich ook gecommitteerd aan de uitgangspunten ten aanzien de beoogde overheveling van financiële middelen van de Zvw naar de Wmo. Hieruit spreekt de intentie om, bij inhoudelijk succes en succesvolle structurele overheveling, de gedane investeringen in het gemeentelijk domein te continueren.

Commitment van zorgverzekeraars

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

- Ten eerste is gelijkgerichtheid in afspraken vereist (zie paragraaf 1.6).
- Daarnaast moeten de inhoudelijke uitgangspunten van GEM ook geborgd worden in de contracten met alle (ggz-)aanbieders in Midden-IJssel. Dit is één van de KPI's van dit transformatieplan
- Ten derde moeten zorgverzekeraars zich committeren aan het uitkeren van de transformatiemiddelen. Dit vraagt vertrouwen in de inhoudelijke uitgangspunten van GEM Midden-IJssel. De batches van transformatiemiddelen zijn in 2024 tot en met 2027 gekoppeld aan inspanningsverplichtingen. Deze batches aan transformatiemiddelen zijn niet te herroepen; ook niet als in 2027 blijkt dat de resultaatverplichtingen niet behaald worden.

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 overhevelingen tussen de domeinen (van Zvw naar Wmo). Dit transformatieplan zet in op het verzamelen van 'bewijslast' voor een structurele overheveling. Welke 'bewijslast' vereist is, wie wat meet en wie wanneer welk besluit hierover neemt, vraagt heldere afspraken. Zonder structurele overheveling tijdens of direct na de

transformatieplanperiode is borging niet goed mogelijk. Een gedegen uitwerking van zorgverzekeraar en betrokken gemeenten, in nauwe afstemming met het ministerie van VWS is daarom vereist.

Hiervoor start in 2025 een onderzoek naar de structurele effecten van deze transformatie in de Wmo en Zvw. In 2026 wordt het gesprek over structurele financiering van de transformatie na 2028 gestart. Hierover moet begin 2028 een definitief besluit worden genomen in de Stuurgroep.

5.7 Fasering en mijlpalen uitrol GEM-transformatie

Alle onderdelen van de GEM-transformatie zijn in hoofdstuk 4 geconcretiseerd. De realisatie is per onderdeel verdeeld over de komende vijf jaar. Onderstaand overzicht toont de fasering en mijlpalen per jaar.

Telkens worden de mijlpalen benoemd en wordt toegelicht welk bedrag aan transformatiemiddelen vereist is voor de realisatie. In paragraaf 5.1 staat beschreven hoe, en met welke frequentie de voortgang wordt gemonitord.

2023	
Mijlpalen	Datum
<ul style="list-style-type: none"> Kerncoalitie GEM is akkoord met transformatieplan Bestuurlijk Overleg GEM Midden-IJssel Ondertekening transformatieplan door alle partijen Akkoord transformatieplan (uiterlijk) 	1-10-2023 30-10-2023 15-11-2023 15-1-2024
Batch transformatiegelden	Bedrag
<i>Uitbetaling transformatiemiddelen 2023 verloopt via batch 2024</i>	

2024	
Mijlpalen	Datum
<ul style="list-style-type: none"> Nieuwjaarsborrel als formele start uitvoer GEM transformatieplan Start uitrol 10 nieuwe huisartsenpraktijken met Verkennend Gesprek, verdeeld over de vier gemeenten van Midden-IJssel Start training Verkennend Gesprek voor eerste ca. 20 gespreksvoerders Start herijking strategisch vastgoedplan DimenceGroep Stuurgroepoverleg (ieder kwartaal) <i>Start brede publiekscampagne (buiten scope transformatieplan)</i> Start training groepsgericht werken voor eerste ca. 75 behandelaren Stuurgroep & eerste ijkmoment voortgang transformatieplan Opening tweede locatie Zelfregiecentrum Deventer Start verbouwing DimenceGroep t.b.v. extra groepsruimten Oplevering datawarehouse monitoring GEM Nulmeting tevredenheid deelnemers herstelcursussen en zelfregiecentrum Stuurgroepoverleg (ieder kwartaal) Verdubbeling Herstelnetwerk gerealiseerd 	1-1-2024 1-1-2024 1-1-2024 1-1-2024 1-4-2024 1-4-2024 1-4-2024 1-4-2024 1-7-2024 1-7-2024 1-7-2024 1-7-2024 1-7-2024 1-7-2024 1-7-2024 1-7-2024 1-10-2024 31-12-2024
Batch transformatiegelden (incl. batch 2023)	Bedrag
Frictiekosten, operationele kosten Wmo (t.b.v. transformatie) en projectkosten	€ 1.819.756

<ul style="list-style-type: none"> • <u>Uitkering gekoppeld aan mijlpaal</u>: Nieuwjaarsborrel als formele start uitvoer GEM transformatieplan op 1-1-2024 	
---	--

2025

Mijlpalen	Datum
<ul style="list-style-type: none"> • Stuurgroep & formele herijking transformatieplan • Start training groepsgericht werken voor volgende ca. 75 behandelaren • Start training Verkennend Gesprek voor volgende 35 gespreksvoerders • Start 30 nieuwe huisartsenpraktijken met Verkennend Gesprek • Stuurgroepoverleg (ieder kwartaal) • Start onderzoek structurele effecten Wmo en Zvw • Stuurgroep & halfjaarlijkse ijkmoment transformatieplan • Stuurgroepoverleg (ieder kwartaal) • Tweede locatie Zelfregiecentrum Deventer volledig operationeel 	<p>1-1-2025</p> <p>1-1-2025</p> <p>1-1-2025</p> <p>1-1-2025</p> <p>1-4-2025</p> <p>1-7-2025</p> <p>1-7-2025</p> <p>1-10-2025</p> <p>31-12-2025</p>
Batch transformatiegelden	Bedrag
Frictiekosten, operationele kosten Wmo (t.b.v. transformatie) en projectkosten <ul style="list-style-type: none"> • <u>Uitkering gekoppeld aan mijlpaal</u>: Stuurgroep & formele herijking transformatieplan op 1-1-2025 	€ 2.318.429

2026

Mijlpalen	Datum
<ul style="list-style-type: none"> • Stuurgroep & formele herijking transformatieplan • Start training groepsgericht werken voor laatste ca. 75 behandelaren • Start training Verkennend Gesprek voor volgende 35 gespreksvoerders • Start 50 nieuwe huisartsenpraktijken met Verkennend Gesprek • Stuurgroepoverleg (ieder kwartaal) • Herijking welke organisaties gespreksvoerders verkennend gesprek leveren • Stuurgroep & halfjaarlijkse ijkmoment transformatieplan • Start gesprek structurele financiering transformatie (o.b.v. eerste uitkomsten onderzoek structurele effecten Wmo en Zvw) • Stuurgroepoverleg (ieder kwartaal) • Alle behandelaren getraind in groepsbehandeling t.b.v. modulaire ggz • Afronden eerste meting KPI's GEM-transformatieplan Midden-IJssel 	<p>1-1-2026</p> <p>1-1-2026</p> <p>1-1-2026</p> <p>1-1-2026</p> <p>1-4-2026</p> <p>1-4-2026</p> <p>1-7-2026</p> <p>1-7-2026</p> <p>1-10-2026</p> <p>31-12-2026</p> <p>31-12-2026</p>
Batch transformatiegelden	Bedrag
Frictiekosten, operationele kosten Wmo (t.b.v. transformatie) en projectkosten <ul style="list-style-type: none"> • <u>Uitkering gekoppeld aan mijlpaal</u>: Stuurgroep & formele herijking transformatieplan op 1-1-2026 	€ 3.003.821

2027

Mijlpalen	Datum
<ul style="list-style-type: none"> • Stuurgroep & formele herijking transformatieplan, inclusief bespreken eerste meting KPI's • Start training Verkennend Gesprek voor laatste 15-20 gespreksvoerders • Stuurgroep & formele herijking transformatieplan • Stuurgroepoverleg (ieder kwartaal) 	<p>1-1-2027</p> <p>1-1-2027</p> <p>1-1-2027</p> <p>1-4-2027</p> <p>1-7-2027</p>

<ul style="list-style-type: none"> • Stuurgroep & halfjaarlijkse ijkmoment transformatieplan, inclusief update over structurele financiering transformatie • Stuurgroepoverleg (ieder kwartaal) • Modulaire ggz volledig uitgerold • Alle gespreksvoerders verkennend gesprek zijn getraind • Afronden meting KPI's GEM-transformatieplan Midden-IJssel 2027 	<p>1-10-2027</p> <p>31-12-2027</p> <p>31-12-2027</p> <p>31-12-2027</p>
Batch transformatiegelden	Bedrag
Friciekosten, operationele kosten Wmo (t.b.v. transformatie) en projectkosten <ul style="list-style-type: none"> • <u>Uitkering gekoppeld aan mijlpaal</u>: Stuurgroep & formele herijking transformatieplan, inclusief bespreken eerste meting KPI's op 1-1-2027 	€ 3.401.528

2028

Mijlpalen	Datum
<ul style="list-style-type: none"> • Stuurgroep & formele herijking transformatieplan, inclusief vaststellen behalen KPI's over 2027 en structurele financiering na 2028 • Stuurgroep & start afronding en verantwoording transformatieplan • Meting tevredenheid deelnemers herstelcursussen en zelfregiecentrum • Verkennend Gesprek volledig uitgerold • Afronden meting KPI's GEM-transformatieplan Midden-IJssel 2028 • Afsluitende bijeenkomst, inclusief presentatie van behaalde resultaten transformatieplan 	<p>1-1-2028</p> <p>1-7-2028</p> <p>1-7-2028</p> <p>31-12-2028</p> <p>31-12-2028</p> <p>31-12-2028</p>
Batch transformatiegelden	Bedrag
Friciekosten, operationele kosten Wmo (t.b.v. transformatie) en projectkosten <ul style="list-style-type: none"> • <u>Uitkering gekoppeld aan mijlpaal</u>: Stuurgroep & formele herijking transformatieplan, inclusief vaststellen behalen KPI's over 2027 	€ 3.888.282

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 DimenceGroep en de huisartsencoöperatie Deventer en omstreken (HCDO)
Kerncoalitie GEM Midden-IJssel	<p>Afgevaardigden vanuit de verschillende partijen verenigd in GEM Midden-IJssel: 'vaandel dragers' van GEM vanuit elk van de deelnemende organisaties.</p> <p>Kerncoalitieleden hebben gedelegeerd mandaat om besluiten te nemen over de concrete invulling van GEM.</p> <p>De kerncoalitie bestaat per oktober 2023 de volgende personen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lori van Egmond (Vriendendiensten Deventer) - Margriet Wiedemeyer (DimenceGroep) - Sophie ten Hove (HCDO) - Pieter Folkeringa (Gemeente Deventer) - Peter Krük (Gemeente Voorst, mede namens Olst-Wijhe en Raalte) - Sabine de Roos (Salland Zorgverzekeraar) <p>Daarnaast sluiten projectleider, projectcoördinator en periodiek ook externen (waaronder GEM Landelijk) aan bij de kerncoalitie.</p>
Stuurgroep GEM 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)
Verkenkend gesprek	<p>Een gesprek met twee professionals van verschillende achtergrond, op een locatie naar keuze van de deelnemer, 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 verkennend gesprek binnen GEM Midden-IJssel sluit op deze wijze aan bij het concept van mentale gezondheidscentra (MGC). Zij het dat het verkennend gesprek in regio Midden-IJssel wordt vormgegeven door een samenwerking tussen partijen uit het sociaal domein, huisartsenzorg, ggz en hun financiers (gemeenten en zorgverzekeraars) en niet een losstaande entiteit.</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 scherpere 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 Kwantificering impact GEM-transformatie Midden-IJssel totaal

3.1 Kwantitatieve uitwerking Verkennend Gesprek

Omvang

Onderdeel	Kwantificering	Keuzes ten grondslag aan kwantificering
Aantal gesprekken per normpraktijk per jaar	72 deelnemers, 144 gesprekken <i>d.w.z. ~3 gesprekken per normpraktijk per week</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Normpraktijk huisarts is 2.095 patiënten • Gemiddeld is 79% daarvan 18 jaar of ouder • Jaarlijks komt 10,9% met psychische klachten bij de huisarts • 80% daarvan komt in aanmerking voor verkennend gesprek • 50% daar weer van maakt ook daadwerkelijk gebruik van het verkennend gesprek • Per deelnemer worden gemiddeld twee verkennende gesprekken gevoerd
Uitrolsnelheid onder huisartsenpraktijken	2024: +10 2025: +30 2026: +50	<ul style="list-style-type: none"> • In 2023 zijn er twee pilotpraktijken • Vanaf 2024 wordt het aantal huisartspraktijken die het verkennend gesprek kunnen aanbieden stapsgewijs opgebouwd • De uitrol onder huisartspraktijken is eind 2026 afgerond • Hierbij rekenen met normpraktijken. In Midden-IJssel zijn in 2023 ca. 88 normpraktijken. Rekening houdend met bevolkingsgroei gaan we uit van 92 normpraktijken in 2028
Aantal gesprekken per jaar	2024: 577 2025: 2.453 2026: 6.783 2027: 11.473 2028: 13.277	<ul style="list-style-type: none"> • Iedere huisartspraktijk die aansluit op de methodiek van het verkennend gesprek heeft een ingroeiperiode van twee jaar: <ul style="list-style-type: none"> ◦ Eerste jaar ingroei naar 50% van het aantal beoogde verkennende gesprekken (rekenkundig gemiddelde: 25%) ◦ Tweede jaar ingroei van 50% naar 100% van het aantal beoogde verkennende gesprekken (rekenkundig gemiddelde: 75%) • Dit betekent dat in 2027 alle huisartspraktijken zijn aangesloten en dat in 2028 alle huisartsenpraktijk volledig operationeel zijn (d.w.z. gemiddeld 72 deelnemers per normpraktijk)

Kosten

Onderdeel	Keuzes ten grondslag aan kwantificering
Kostprijs verkennend gesprek	<ul style="list-style-type: none"> • Twee professionals voeren het verkennend gesprek, in mix: <ul style="list-style-type: none"> ◦ 40% POH ggz (schaal 9 CAO HA) ◦ 60% social worker/ ervaringsdeskundige (schaal 8 CAO SW) • 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 van iedere professional is een overheadpercentage van 15% opgenomen
Kostprijs consultatie ggz o.b.v. verkennend gesprekken	<ul style="list-style-type: none"> • De consultatie van gespreksvoerders verkennend gesprek met de ggz is bepaald op gemiddeld 15 minuten <i>per deelnemer</i>, in mix: <ul style="list-style-type: none"> ◦ 10% psychiater ◦ 10% klinisch psycholoog ◦ 80% gz-psycholoog • Voor de ggz-professionals geldt een opslag van 100% indirecte tijd (dezelfde mix) • Voor de gespreksvoerders van het verkennend gesprek zit de overlegtijd met de ggz (en eventuele uitwerktijd) al verwerkt in hun opslag indirecte tijd • In de kostprijs van iedere ggz-professional is gerekend met een tarief voor onderlinge dienstverlening (en dus inclusief opslag overhead). • De huisarts sluit, in afstemming met de betrokken POH ggz, iedere kwartaal aan bij dit overleg. Hiervoor is een bedrag opgenomen, gelijk aan een consult passant langer dan 20 minuten. Bij dit consulttarief is geen extra opslag overhead meegenomen in de kostprijsberekening.
Kosten ICT verkennend gesprek	<ul style="list-style-type: none"> • Voor afstemming tussen huisarts, gespreksvoerders verkennend gesprek en ggz wordt gebruik gemaakt van Zorgdomein • De maandelijkse kosten voor het gebruik van ZorgDomein per aangesloten organisaties die medewerkers voor het verkennend gesprek leveren (aansluiting: 10) zijn hier berekend. • De kosten variëren op basis van het aantal aangemelde deelnemers voor het verkennend gesprek. Dit verloopt via staffels. Hierdoor dalen de kosten per verkennend gesprek naarmate er meer organisaties aansluiten

	<ul style="list-style-type: none"> • De aansluitkosten voor huisarts en ggz zijn buiten beschouwing gelaten
Kosten vastgoed	<ul style="list-style-type: none"> • Het verkennend gesprek vindt plaats op een locatie naar keuze van de betreffende deelnemer, in een bestaande ruimte.

Vermeden (zorg)kosten

Onderdeel	Keuzes ten grondslag aan kwantificering
Onderscheid naar deelnemers mét en deelnemers zonder ggz-gebruik	<ul style="list-style-type: none"> • 4,04% van inwoners Midden-IJssel maakt jaarlijks ggz-kosten (Bggz, Sggz, Lggz) – o.b.v. Vektis gegevens 2020 • Deze 4,04% valt per definitie binnen de 10,9% mensen die bij huisarts komt. Dit zijn dus 37% van de deelnemers aan het verkennend gesprek
<u>30% patiënten met ggz-gebruik</u> : na gesprek geen ggz als vervolg nodig	<ul style="list-style-type: none"> • Vermeden kosten komen ten bate van de Zvw-kosten ggz • Hoogte is gelijk aan gemiddelde jaarlijkse ggz-kosten per ggz-gebruiker in de regio- o.b.v. Vektis gegevens 2020 – met indexatie naar 2023 • Succespercentage is een reële aanname o.b.v. (uiteenlopende) resultaten uit de verschillende pilotregio's • Doordat verkennend gesprek breed kijkt, zowel naar zorg als ondersteuning, is niet reëel om met vermeden kosten in het sociaal domein te rekenen
<u>70% patiënten met ggz-gebruik</u> : verkennend gesprek heeft geen <i>kwantitatief</i> effect	<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
<u>65% patiënten zonder ggz-gebruik</u> : heeft meer overzicht in huidige zorg & ondersteuning, met dempend effect op vragen aan huisarts	<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 2023 • Doordat verkennend gesprek breed kijkt, zowel naar zorg als ondersteuning, is niet reëel om met vermeden kosten in het sociaal domein te rekenen
<u>35% patiënten zonder ggz-gebruik</u> : verkennend gesprek heeft geen <i>kwantitatief</i> effect	<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

Friciekosten

Onderdeel	Keuzes ten grondslag aan kwantificering
Aantal vereiste medewerkers voor voeren van verkennende gesprekken	<ul style="list-style-type: none"> • Een medewerker is gemiddeld 40 weken per jaar voor 16 uur inzetbaar voor het voeren van verkennende gesprekken • Er is een sterke voorkeur voor zoveel mogelijk met een vast team van gespreksvoerders per huisartspraktijk
Training in 4 vragen voor gespreksvoerders verkennend gesprek	<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 • Alle gespreksvoerders wordt in jaar t-1 getraind, met uitzondering van de gespreksvoerders die starten in 2024; zij worden in begin 2024 getraind. • De vacatiegelden zijn berekend o.b.v. het uurtarief uit de kostprijsberekening van het verkennend gesprek
Twee maal per jaar een bijeenkomst voor alle huidige gespreksvoerders verkennend gesprek	<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
Eenmalige aansluitkosten ZorgDomein t.b.v. verkennend gesprek	<ul style="list-style-type: none"> • Dit zijn eenmalige aansluitkosten van de sociaal domein partijen om gebruik te maken van ZorgDomein. Deze kosten vallen in 2024

Structureel effect Verkennend gesprek	2023	2024	2025	2026	2027	2028	
Opbrengsten / vermeden kosten							
Vermeden kosten ggz gebruikende deelnemers VG - totaal	-	238.619	1.057.819	3.050.548	5.382.261	6.496.853	
Vermeden kosten niet-ggz gebruikende deelnemers VG - totaal	-	5.666	25.116	72.430	127.792	154.256	
Totaal	-	244.284	1.082.935	3.122.978	5.510.053	6.651.109	
Operationele kosten							
Personeelskosten huisarts	-	(3.389)	(9.426)	(19.049)	(29.483)	(30.754)	
Personeelskosten POH GGZ	-	(91.314)	(404.804)	(1.167.377)	(2.059.672)	(2.486.201)	
Personeelskosten Social worker	-	(41.102)	(182.210)	(525.458)	(927.097)	(1.119.086)	
Personeelskosten Ervaringsdeskundige	-	(47.268)	(209.541)	(604.277)	(1.066.162)	(1.286.949)	
Personeelskosten Psychiater	-	(2.800)	(12.413)	(35.796)	(63.157)	(76.235)	
Personeelskosten Klinisch psycholoog	-	(2.258)	(10.010)	(28.868)	(50.933)	(61.480)	
Personeelskosten GZ-psycholoog	-	(16.619)	(73.675)	(212.465)	(374.864)	(452.494)	
Personeelskosten Onafhankelijke cliëntondersteuner	-	(7.878)	(34.924)	(100.713)	(177.694)	(214.492)	
Overige kosten: ICT-kosten	-	(14.593)	(16.799)	(32.356)	(48.286)	(55.911)	
Overige kosten: gebruik ruimtes	-	-	-	-	-	-	
Totaal operationele kosten Wmo > via transformatiemiddelen	-	(110.840)	(443.474)	(1.262.804)	(2.219.239)	(2.676.438)	
Totaal operationele kosten Zvw > via Zvw	-	(116.380)	(510.327)	(1.463.554)	(2.578.109)	(3.107.164)	
Gesaldeerd - structureel effect (+/-) Verkennend Gesprek	-	17.064	129.134	396.620	712.705	867.507	Totaal
							2.123.029

Frictiekosten Verkennend gesprek (in € per jaar)	2023	2024	2025	2026	2027	2028	
Frictiekosten: trainingskosten en vacatiegelden: POH ggz	-	(7.105)	(13.416)	(13.907)	(6.492)	-	
Frictiekosten: trainingskosten en vacatiegelden: social worker	-	(3.909)	(7.264)	(7.943)	(3.885)	-	
Frictiekosten: trainingskosten en vacatiegelden: ervaringsdeskunc	-	(4.265)	(7.883)	(8.654)	(4.223)	-	
Frictiekosten: bijeenkomsten: POH ggz	-	(2.577)	(6.785)	(17.047)	(28.171)	(34.000)	
Frictiekosten: bijeenkomsten: social worker	-	(1.776)	(3.608)	(8.322)	(13.877)	(16.911)	
Frictiekosten: bijeenkomsten: ervaringsdeskundige	-	(1.895)	(3.980)	(9.356)	(15.698)	(19.161)	
Frictiekosten: Eenmalige aansluitkosten Zorgdomein	-	(34.980)	-	-	-	-	
Totaal	-	(56.507)	(42.936)	(65.229)	(72.346)	(70.071)	Totaal
							(307.089)

Effect per deelnemer	2023	2024	2025	2026	2027	2028
Totale vermeden kosten - per deelnemer	-	846	883	921	960	1.002
Totale operationele kosten incl. frictiekosten - per deelnemer	-	983	813	823	849	882
Totaal	-	(137)	70	98	112	120

3.2 Kwantitatieve uitwerking Zelfregie & Herstel

Omvang

Onderdeel Zelfregie	Kwantificering	Keuzes ten grondslag aan kwantificering
Aantal deelnemers per jaar van nieuw zelfregiecentrum	600 unieke deelnemers	<ul style="list-style-type: none"> In 2024 worden ca. 300 deelnemers verwacht (opstartjaar) In 2025 wordt het beoogde aantal van 600 deelnemers gehaald. Eind 2025 is het Zelfregiecentrum dus volledig operationeel.
Herkomst deelnemers	Alle 600 inwoners komen uit Deventer	<ul style="list-style-type: none"> Een locatie in Deventer heeft een regiofunctie, maar een goed onderbouwd onderscheid naar de vier gemeenten is niet te maken
Samenstelling deelnemers	<p>50% deelnemers heeft <i>geen</i> ggz behandeling;</p> <p>50% deelnemers <i>met</i> ggz behandeling; gelijk verdeeld over de EPA-vignetten</p>	<ul style="list-style-type: none"> De 50-50 verdeling is gelijk aan inschattingen ten aanzien van de samenstelling van de deelnemers aan de huidige locatie van Vriendendiensten in Deventer 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
Onderdeel Herstel	Kwantificering	Keuzes ten grondslag aan kwantificering
Deelnemers Herstelnetwerk	Verdubbeling van inzet	<ul style="list-style-type: none"> Deelnemers Zelfregiecentrum maken ook gebruik van (extra) aanbod Herstelnetwerk Verdubbeling van Zelfregiecentrum vraagt ook verdubbeling van Herstelnetwerk per 2024 Er zijn medio 2023 wachtlijsten voor de trainingen verzorgd door het Herstelnetwerk
Ondersteuning Herstelnetwerk	Toevoegen van planning en training	<ul style="list-style-type: none"> Verdubbeling van het Herstelnetwerk vraagt om ondersteuning voor effectieve inzet

Kosten

Onderdeel Zelfregie	Keuzes ten grondslag aan kwantificering
Salariskosten Zelfregie	<p>Bestaat uit:</p> <ul style="list-style-type: none"> 3 coördinatoren ZRC (24u p/w, FWG 8 SW) 1 beleidsmedewerker (24u p/w, FWG 9 SW) <p><i>O.b.v. CAO Social Work niveau juli 2024, met opslag sociale lasten</i></p>
Kosten vastgoed Zelfregie	<ul style="list-style-type: none"> O.b.v. kostendekkende huur pand Huis in de Wijk Rivierenwijk Deventer (= voorkeursoptie voor nieuwe locatie)
Kantoorkosten, algemene kosten, overige kosten Zelfregie	<ul style="list-style-type: none"> Naar rato toegedeeld aan nieuw zelfregiecentrum op basis van huidige kostenstructuur Vriendendiensten Schoonmaakkosten à 15.600 per jaar
Onderdeel Herstel	Keuzes ten grondslag aan kwantificering
Salariskosten Herstel	<p>Bestaat uit:</p> <ul style="list-style-type: none"> 610 uur extra inzet ervaringsdeskundigen (naar rato verdeeld over de 5 betrokken organisaties) 1 Communicatie- & planningscoördinator (24u p/w, FWG 8 SW) 1 Trainer (24 u p/w, FWG 8 SW) <p><i>O.b.v. CAO Social Work niveau juli 2024, met opslag sociale lasten</i></p>
Kosten vastgoed Herstel	<ul style="list-style-type: none"> Maken gebruik van de gebouwen en faciliteiten van de zelfregiecentra (zowel de bestaande als het nieuw op te richten zelfregiecentrum)
Kantoorkosten, algemene kosten, overige kosten	<ul style="list-style-type: none"> Maken gebruik van de gebouwen en faciliteiten van de zelfregiecentra (zowel de bestaande als het nieuw op te richten zelfregiecentrum)

Vermeden (zorg)kosten

Onderdeel	Keuzes ten grondslag aan kwantificering
Zelfregie	
50% patiënten: 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: 359 euro (<i>prijsspeil 2023</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 2023
50% patiënten: 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 patiënt 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 6.777 euro p.p. (prijsspeil 2023) Effect van -33% EPA is gebaseerd op de business case GEM Landelijk Vermeden kosten van 2.236 euro (33% van 6.777 euro; <i>jaarlijks geïndexeerd</i>) wordt stapsgewijs bereikt in 5 jaar tijd
Herstel	
Vermeden (zorg)kosten Herstelnetwerk	<ul style="list-style-type: none"> Het (extra) aanbod Herstelnetwerk draagt, i.c.m. nieuwe Zelfregiecentrum, bij aan het behalen van bovenstaande doelstellingen en wordt niet apart gekwantificeerd

Fricatiekosten

Onderdeel	Keuzes ten grondslag aan kwantificering
Zelfregie	
Inrichtingskosten	<ul style="list-style-type: none"> Evt. kosten voor inrichting zelfregiecentrum worden bepaald als bekend is welk pand Vriendendiensten gaat betrekken. Bij betreden Huis in de Wijk Rivierenwijk zijn de inrichtingskosten nihil
Kosten Zelfregie	<ul style="list-style-type: none"> Dit zijn frictiekosten zolang de bewijslast voor structurele overheveling van Zvw naar Wmo wordt verzameld Gedurende de looptijd van het transformatieplan wordt gemonitord en beoordeeld of, en zo ja welk deel van het Zvw-budget structureel overgeheveld moet worden naar de Wmo
Herstel	
Opstartkosten	<ul style="list-style-type: none"> Werving nieuwe medewerkers verloopt via regulier traject. Geen extra gelden vereist.
Kosten Herstel	<ul style="list-style-type: none"> Dit zijn frictiekosten zolang de bewijslast voor structurele overheveling van Zvw naar Wmo wordt verzameld Gedurende de looptijd van het transformatieplan wordt gemonitord en beoordeeld of, en zo ja welk deel van het Zvw-budget structureel overgeheveld moet worden naar de Wmo

Structureel effect Zelfregiecentrum en herstelnetwerk	2023	2024	2025	2026	2027	2028	
Opbrengsten / vermeden kosten							
Vermeden kosten - Zw - o.b.v. gemiddelde ggz-kosten per inwon	-	56.119	117.073	122.116	127.377	132.864	
Vermeden kosten - Zw - o.b.v. EPA-kosten - deelnemers met ggz	-	69.993	219.024	380.767	635.472	828.560	
Totaal	-	126.112	336.097	502.883	762.849	961.424	
Operationele kosten							
Zelfregiecentrum: personeelskosten	-	(157.869)	(329.341)	(343.529)	(358.328)	(373.765)	
Zelfregiecentrum: huurkosten	-	(104.308)	(108.802)	(113.489)	(118.378)	(123.478)	
Zelfregiecentrum: kantoorkosten en overige kosten	-	(65.962)	(68.804)	(71.768)	(74.860)	(78.084)	
Uitbreiding herstelnetwerk - personeelskosten	-	(194.749)	(203.139)	(211.890)	(221.018)	(230.539)	
Operationele kosten > tot overheveling Zw - Wmo via transf	-	(522.888)	(710.085)	(740.675)	(772.583)	(805.866)	
							Totaal
Gesaldeerd - structureel effect (+/-) Zelfregie & Herstel	-	(396.777)	(373.987)	(237.792)	(9.734)	155.558	(862.732)
* Uitbreiding herstelnetwerk loopt via Vriendendiensten Deventer, maar leidt tot extra inzet bij alle 6 aangesloten partijen							

3.3 Kwantitatieve uitwerking Modulaire ggz

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 kerncoalitieleden 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)
Geïnccludeerde prestaties	ZPM-prestaties behandeling	<ul style="list-style-type: none"> 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, tenzij' 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	Nihil	<ul style="list-style-type: none"> Het GEM-onderdeel Modulaire ggz in dit transformatieplan gaat uit van een andere manier van werken (in groepen, tenzij). 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 dubbelstellingen

Vermeden (zorg)kosten

Onderdeel	Keuzes ten grondslag aan kwantificering
Wijze van uitdrukken vermeden (zorg)kosten	<ul style="list-style-type: none"> De vermeden (zorg)kosten, als gevolg van minder netto behandelijd van behandelaren wordt opnieuw ingezet t.b.v.: <ul style="list-style-type: none"> Extra te behandelen cliënten binnen bestaand budget Extra beschikbare tijd voor intervisie en consultatie door ggz-professionals Dit resulteert in effectievere inzet van huidige budget c.q. personele capaciteit i.p.v. daling van financiële uitgaven
<i>Optimalisatie van groepsgrootte 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 groepsgrootte 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 groepsgrootte van 8 man. Het toewerken naar het eindstadium (50% groepsconsulten) wordt stapsgewijs gerealiseerd in 4 jaar tijd (2024 – 2027)

- Teams die al 50% of meer genormeerde groepsconsulten bieden handhaven het huidige niveau

Friciekosten

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; prijspeil 2023) • Per training zijn er 30 trainingsuren en 25 superviseuren • De vacatiegelden zijn berekend o.b.v. detacheringstarieven per beroepsgroep, zoals gehanteerd door de DimenceGroep. Deze tarieven dekken alleen de directe salariskosten; niet de sociale lasten en aanvullende premies
Herinrichting vastgoed t.b.v. groepsruimten	<ul style="list-style-type: none"> • Op basis van de huidige vastgoedportefeuille zijn er twee locaties in Midden-IJssel geschikt voor het creëren van extra groepsruimten • Per extra groepsruimte komen drie individuele spreekkamers te vervallen • In het transformatieplan gaan we uit van 2 groepsruimten van 50 m2 per 2024. De frictiekosten zijn gebaseerd op verbouwkosten per m2, zoals gehanteerd door de DimenceGroep • Daarnaast nemen we een bedrag op van 10.000 euro voor het herijken van het strategisch vastgoedplan van de DimenceGroep, om tot een optimale omvang en gebruik van het aantal groepsruimten te komen, inclusief strategische heroverwegingen t.a.v. locaties
ICT-kosten t.b.v. planning en inrichting groepsconsulten	<ul style="list-style-type: none"> • Kosten zijn gebaseerd op opgaaf van Groupit. Hierbij zijn alleen de vaste maandelijkse kosten per behandelaar doorberekend. • Beheerkosten zijn (vooralsnog) buiten beschouwing gelaten.

Structureel effect Modulaire GGZ	2023	2024	2025	2026	2027	2028
Vrijgevallen totale directe behandeluren - cum.		697	1.743	3.486	6.973	6.973
Vrijgevallen totale directe behandeluren - uitgedrukt in cliënten - cum.		72	181	362	724	724
Vrijgevallen totale directe behandeluren - uitgedrukt in FTE - cum.		1,1	2,7	5,5	11,0	11,0

Friciekosten Modulaire GGZ (in € per jaar)	2023	2024	2025	2026	2027	2028
Verbouwing	-	(52.757)	-	-	-	-
Herijking vastgoedplan	-	(10.431)	-	-	-	-
ICT	-	(15.922)	(16.607)	(17.323)	(18.069)	(18.848)
Training	-	(110.566)	(115.330)	(120.298)	-	-
Vacatie training	-	(291.303)	(303.852)	(316.942)	-	-
Totaal	-	(480.978)	(435.789)	(454.563)	(18.069)	(18.848)
						Totaal
						(1.408.247)

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 0).

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 stempel³⁹.

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 helpt⁴⁰. 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: iedereen naar verkennend gesprek, tenzij

Iedereen met zelf of door anderen geconstateerde psychische klachten is welkom bij een verkennend gesprek. Het verkennend gesprek heeft een brede blik; van medische zorg tot ondersteuning. Bij

³⁹ Van Os, De DSM5 voorbij!

⁴⁰ Zie paragraaf 1.1 Waarom transformatie?

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 spelen⁴¹. 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 Doetinchem⁴² 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.

⁴¹ Trimbos, Persoonlijk en maatschappelijk herstel van mensen met EPA

⁴² 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 clientondersteuners 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: maatschappelijk werkers, Wally's (maatschappelijk werker die betrokken is bij de huisarts), social workers, VET-teams, gemeenten, ervaringsdeskundigen, medewerkers Vriendendiensten, POH-ggz, POH-jeugd, Team Toegang Wmo, Team Toegang Jeugd, Team Bijzondere Toegang, etc. etc. De gespreksvoerders kunnen overal in dienst zijn; ook bij andere partijen dan de gemeente of de huisarts. Te denken valt aan partijen zoals: RIBW, Raster, IrisZorg, Tactus, basis-ggz, 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 matchen 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*)⁴³ 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'*⁴⁴ en de binnen ggz ontwikkelde netwerkinname⁴⁵ en patroonintake⁴⁶.

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 voorkomen⁴⁷.

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 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

⁴³ Winnicot, 'good enough' principe

⁴⁴ POD, Peer-supported Open Dialogue

⁴⁵ Scheepers, Netwerk intake, zie: <https://www.umcutrecht.nl/nl/netwerk-intake>

⁴⁶ ParnassieGroep & Redesigning Psychiatry, Patroon intake; zie <https://mrcresearch.nl/project/patterns-of-life/>

⁴⁷ Genoemd voorbeeld in interviews t.b.v. totstandkoming van dit transformatieplan

wachtlijsten 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 interview.

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, tenzij

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 sluitstuk 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, tenzij: 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 voorgaande⁴⁸. 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 interview aangeboden worden. Niemand is alleen in het ecosysteem.

Daarnaast weten we uit onderzoek dat behandeling in een groep beter werkt⁴⁹. 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 anderen⁵⁰. 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 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.

⁴⁸ Zie paragraaf 1.1 Waarom transformatie?

⁴⁹ Burlingame & Strauss, Efficacy of small group treatments

⁵⁰ Rosendahl et al, Recent developments in group psychotherapy research

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 burens⁵¹.

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 kader⁵²: 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 'lekkers': 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.

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

⁵¹ Genoemde voorbeelden in interviews t.b.v. totstandkoming van dit transformatieplan

⁵² NVGP, NVP

de fysieke aanwezigheid van een ervaren collega, meer mogelijkheid om te leren. Ervaren collega's 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 procent⁵³ 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 voordelen⁵⁴. 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 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

⁵³ Vanuit interviews

⁵⁴ Piper, The therapeutic alliance in group therapy

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 buur⁵⁵. Ondersteuning komt sowieso uit de 'ruggensteungroep'⁵⁶ of uit de 'resource group'⁵⁷. 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 clientondersteuning geboden. Er is georganiseerde inwonerondersteuning en er zijn onafhankelijke clientondersteuners. 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 clientondersteuner 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 zijn⁵⁸. 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 worden. Dit kan een clientondersteuner zijn, maar ook iemand anders uit het ecosysteem: een ervaringsdeskundige, een oude leraar, een niet-behandelend psychotherapeut, een maatje van

⁵⁵ Deze persoon kan al mantelzorger zijn van de deelnemer, maar dat hoeft uiteraard niet

⁵⁶ Delespaul et al, Goede GGZ!

⁵⁷ Stichting RACT Nederland; zie o.a. www.ract.nl

⁵⁸ Baart, Een theorie van presentie

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'⁵⁹ 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 organisaties⁶⁰, 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 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

⁵⁹ Genoemd voorbeeld in interviews t.b.v. totstandkoming van dit transformatieplan

⁶⁰ Huidige deelnemers: Dimence, IrisZorg, Vriendendiensten Deventer, Tactus en RIBW Overijssel

het herstelnetwerk met ervaringsdeskundigen noodzakelijk. Zo kunnen zij actief zijn in de hele regio Midden-IJssel.

Vriendendiensten biedt een inloop zelfregiecentrum, maatjesactiviteiten en onafhankelijke ggz-clientondersteuning. Vriendendiensten heeft nu een locatie in Deventer en een locatie in Raalte. Daarnaast is er sinds februari 2023 een locatie in Olst. Met gemeente Voorst heeft zij een subsidierelatie, waarbij er vanuit de gemeente Voorst ook inwoners aansluiten bij zelfregiecentrum Korak in Apeldoorn. Vriendendiensten is een vertrouwde samenwerkingspartner. Aansluiting van Vriendendiensten via een locatie in Voorst is een optie.

In de gemeente Deventer is verdubbeling van capaciteit van Vriendendiensten op locatie nodig waarbij het de voorkeur verdient 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 crisiskaart⁶¹ 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, opvouwbare 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 het ecosysteem hoe te handelen bij bepaalde klachten of problemen. De kaart is dan ook in te zien voor iedereen wanneer nodig.

⁶¹ Zie o.a. www.crisiskaart.nl en www.hulpkaart.nl

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.