Mentale gezondheid voor iedereen in Zuid-Limburg

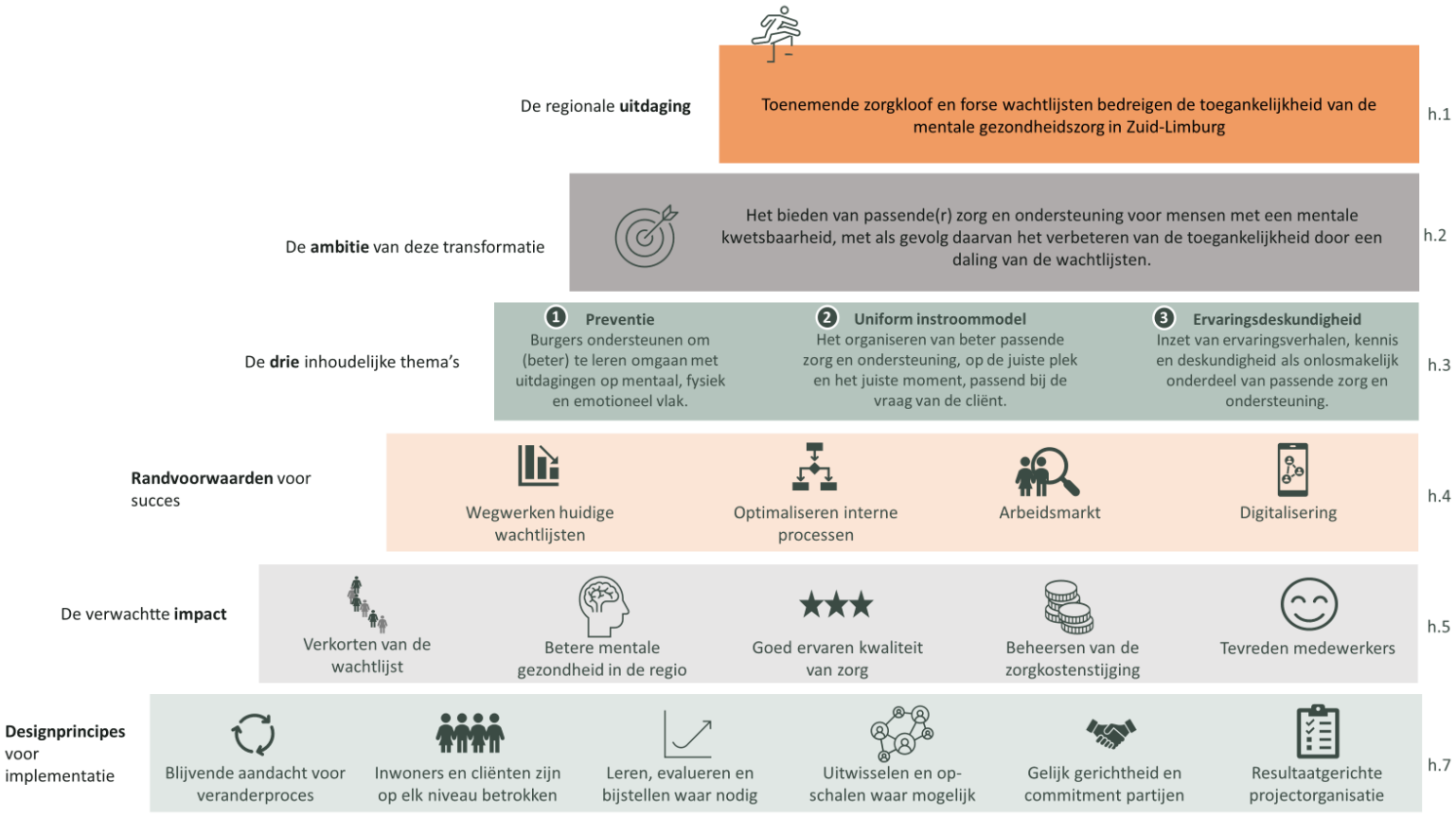
Deeltransformatieplan mentale gezondheid Zuid-Limburg

Bestuurlijke Tafel Mentale Gezondheid

Versie 17 januari 2025

Mentale gezondheid voor iedereen in Zuid-Limburg

Deeltransformatieplan | versie 17 januari 2025



Samenvatting

Om de Zuid-Limburgse zorg **betaalbaar, toegankelijk en van goede kwaliteit** te houden staat de regio voor een dubbele opgave: verkleinen van gezondheidsachterstanden en overbruggen van de kloof tussen zorgvraag en zorgaanbod. Op het gebied van mentale gezondheidszorg zijn de **wachtlijsten** voor de ggz op dit moment het grootste knelpunt. Om die uitdaging het te hoofd bieden is een diepgaande transformatie in denken en werken nodig, waar huisartsen, de zorg- en welzijnspartners in het sociaal domein, ggz, zorgverzekeraars, gemeenten en inwonerorganisaties gezamenlijk in optrekken.

Doel van de transformatie is het bieden van **passende zorg en ondersteuning** voor mensen met een mentale kwetsbaarheid, leidend tot een afname van de wachtlijsten en een positief effect op de *quadruple aim* (gezondheid, kwaliteit, zorgkosten en medewerkerstevredenheid). We bouwen daarbij voort op bestaande succesvolle samenwerkingen met het gedachtegoed van positieve gezondheid als basis. Met deze deeltransformatie zetten we via **drie thema's** in op passende(re) zorg en het verminderen van de wachtlijsten in de ggz: 1) preventie voor mentaal welbevinden; 2) implementeren van het uniform instroommodel en 3) versterken van ervaringsdeskundigheid.

Het thema **preventie voor mentaal welbevinden** omvat versterking van regionale mentale weerbaarheidsinterventies en digitale voorzieningen, het versterken van de actieve samenwerking tussen de zorg- en welzijnspartners in het sociaal domein en POH-ggz en het aanbieden van leefstijlinterventies voor mensen die op de wachtlijst staan.

Met het **uniform instroommodel** zorgen we ervoor dat mensen met mentale klachten tijdiger en passender zorg of ondersteuning krijgen, met een centrale plaats voor consultatie, domein overstijgende casus overleggen, verkennende gesprekken en transfertafel en de ontwikkeling van een digitale matchingstool, in lijn met de vier functies van het mentale gezondheidsnetwerk. Vanwege de hoge urgentie en het momentum bij de betrokken organisaties is de implementatie hiervan in 2024 al gestart, vooruitlopend op de andere onderdelen van het deeltransformatieplan.

Met het thema **ervaringsdeskundigheid** zorgen we ervoor dat we optimaal gebruik maken van bijdrage van ervaringsdeskundigheid en herstelondersteunende activiteiten aan passende zorg. We zetten daarbij in op de (verdere) ontwikkeling van een regionale herstelacademie en van familie-ervaringsdeskundigheid.

Ten grondslag aan de bovengenoemde thema's en interventies staat een **stevige sociale basis** zoals gedefinieerd in het Gezond en Actief Leven Akkoord (GALA). De drie thema's kennen een sterke **onderlinge samenhang**. Daarnaast zijn er raakvlakken en wederzijdse afhankelijkheden met andere **regionale transformatieplannen**. Hierover vindt afstemming en uitwisseling plaats.

De beoogde transformatie op de drie thema's kan alleen succesvol zijn als aan een aantal **randvoorwaarden** is voldaan: ggz-organisaties die actie ondernemen om de huidige wachtlijsten versneld weg te werken, bevordering van doorstroom en uitstroom 'achter de voordeur' bij de betrokken organisaties en stappen op het gebied van arbeidsmarkt en digitalisering, in verbinding met het regionale zorgbrede netwerk.

Met de drie thema's binnen het deeltransformatieplan beogen we een **substantiële, positieve impact** te maken op toegankelijkheid en kwaliteit en tegelijkertijd de kosten beheersbaar te houden. In de **maatschappelijke business case** is dit verder uitgewerkt. Daarbij gelden enkele belangrijke aandachtspunten: 1) de deeltransformatie kent nog veel onzekerheden, waardoor

voor de inschatting van de verwachte impact veel aannames nodig zijn. Deze dienen gedurende de looptijd gevalideerd te worden; 2) de business case is voor een belangrijk deel gebaseerd op een verschuiving van inzet en kosten tussen ggz en de zorg- en welzijnspartners in het sociaal domein, Zvw en Wmo. Goede monitoring is nodig om te weten óf en hoe verschuivingen daadwerkelijk plaatsvinden. Daarnaast vormt uitwerking van **duurzame bekostiging** onderdeel van dit plan, aansluitend bij landelijke ontwikkelingen en met specifieke aandacht voor de bijdrage vanuit de zorg- en welzijnspartners in het sociaal domein.

Om resultaten te kunnen evalueren en om tijdig bij te kunnen sturen waar dat nodig is, **monitoren we de hoofdimpact** (wachtlijsten en *quadruple aim:* goede (mentale) gezondheid, goede ervaren kwaliteit van zorg en ondersteuning, beheersbare kosten en tevreden medewerkers) en hebben we voor elk thema relevante **Proces Performance Indicatoren** (PPI) en **Key Performance Indicatoren** (KPI) opgesteld. Een selectie aan PPI's en KPI's is gekoppeld aan uitbetaling. Elk halfjaar worden de mijlpalen waarop uitbetaling plaats vindt en sturings-KPI's met elkaar verantwoord. Voor de periode tot aan goedkeuring van het transformatieplan, waarin de eerste 500 gesprekken plaats vinden, vindt er een compacte vorm van monitoring plaats.

Voor de implementatie van dit transformatieplan zijn een **zestal designprincipes** geformuleerd: 1. blijvende aandacht voor het veranderproces; 2. inwoners en cliënten op elk niveau betrokken; 3. leren, evalueren en bijstellen waar nodig; 4. uitwisseling met andere regio's en opschaling waar mogelijk; 5. gelijkgerichtheid en commitment van alle betrokken partijen en 6. een resultaatgerichte projectorganisatie.

De **begroting** maakt de kosten die nodig zijn om het transformatieplan voor te bereiden en uit te voeren inzichtelijk voor de drie thema's en de overkoepelende programma-organisatie. Het totaal aan benodigd transformatiebudget voor de periode 2024-2028 bedraagt €21,6 mln. Daarvan wordt voor de periode 2024-2027 €13 mln. aangevraagd aan IZA-transformatiemiddelen en €2,7 mln. aan SPUK-transformatiemiddelen. Overige subsidiebronnen zijn circa €0,6 mln. De IZA-transformatiemiddelen in de begroting zijn gekoppeld aan de **uitbetalingsmijlpalen**.

Omdat een grote transformatie in denken en werken zoals in dit deeltransformatieplan beschreven de nodige onzekerheden kent, is tot slot een **risicoparagraaf** inclusief mitigerende maatregelen opgenomen.

Leeswijzer

Zuid-Limburg staat voor een uitdagende transformatieopgave op het gebied van zorg en gezondheid in brede zin. Dit document richt zich specifiek op de (deel)transformatie voor mentale gezondheid. In de eerste snelle toets ging het om de vraag of er sprake is van een impactvolle transformatie die succesvol kan zijn. Met het akkoord daarop in februari 2024 is die vraag positief beantwoord en is het transformatieplan verder uitgewerkt in het document dat nu voorligt. De in de beoordeling van de snelle toets genoemde aandachtspunten zijn hierin meegenomen; een puntsgewijze adressering van deze feedback is te vinden in Bijlage I.

In Hoofdstuk 1 en 2 schetsen we de aanleiding voor dit transformatieplan, hoe dit plan voortvloeit uit de bestaande intensieve samenwerking op het gebied van mentale gezondheid in de regio Zuid-Limburg, wat er nodig is om deze uitdaging het hoofd te bieden en wat daarbij de ambitie is van de gezamenlijke partijen in Zuid-Limburg.

In Hoofdstuk 3 beschrijven we de drie thema's van de deeltransformatie, de onderwerpen waar we binnen die thema's op inzetten en de concrete interventies waarmee we die in de regio vorm willen geven. De implementatie van thema 2 (uniform instroommodel) loopt daarbij voor op de andere thema's. De voorbereidingen hiervoor zijn in 2023 van start gegaan en per 1 juni 2024 startten de eerste verkennende gesprekken. Een deel van de in dit transformatieplan beschreven acties, planningen en kosten zijn dan ook al in 2023 of in 2024 gedaan of gemaakt.

Hoofdstuk 4 beschrijft wat er naast de drie thema's nog meer moet gebeuren op het gebied van wegwerken van wachtlijsten, interne organisatie, arbeidsmarkt en digitalisering om daadwerkelijk impact te maken. Hoofdstuk 5 beschrijft kwalitatief en kwantitatief de maatschappelijke business case van dit transformatieplan en in Hoofdstuk 6 lichten we toe hoe we de verwachte impact gaan monitoren en evalueren, inclusief mijlpalenplanning. Hoofdstuk 7 heeft betrekking op de implementatie, met de gehanteerde designprincipes. Hoofdstuk 8 beschrijft tot slot de begroting, uitbetalingsmijlpalen en risico-analyse.

Dit transformatieplan is tot stand gekomen door de gezamenlijke inspanningen van de partners in de Bestuurlijke Tafel Mentale Gezondheid Zuid-Limburg. Een volledige lijst van deelnemers is te vinden in Bijlage II.

Voor wie doen we dit?

In 2022 probeerde de **23-jarige Pleun** meer dan een jaar psychische hulp te krijgen. Ze kreeg in de zomer van 2021 te maken met een zware depressie, waarbij ze op sommige momenten ook suïcidaal was. Maar hulp krijgen bleek lastig. “Het enige wat mij toen geboden kon worden is noodhulp. Structurele hulp zat er niet in." (Eenvandaag, augustus 2022)

Het is voor **Boris (45)** elke ochtend weer een strijd om zijn bed uit te komen. Voorheen lukte het de dagen dat hij moest werken nog wel, maar daar heeft hij zich ondertussen ziekgemeld. Zijn dagen zijn inmiddels omgedraaid. ‘s Nachts gamet hij champions league. En overdag ligt hij met een depressief gevoel in bed. De middag blowt hij vaak weg. Het begon allemaal toen hij door een bedrijfsongeval minder kon werken. De schulden zijn langzaam opgekropen tot een strop om zijn nek. Dat terwijl hij ook nog alimentatie moet betalen aan zijn ex. Die is gelukkig coulant geweest, maar dat levert hem nog altijd geen zwarte cijfers op zijn rekening op. Zijn ex heeft hem gepusht de huisarts te bellen*.

Evelyn (21) heeft al een flinke ‘carrière’ in de ggz achter de rug zoals ze het zelf noemt. Al vanaf haar veertiende heeft ze meerdere diagnoses en kortdurende therapieën gehad, maar ze blijft stoeien. Ze zit in het tweede jaar van haar opleiding. Het eerste jaar ging ze erg goed op alle nieuwe contacten, het wonen op kamers. Nu de studielast zwaarder wordt en de vriendschappen serieuzer, merkt ze dat het weer misgaat. Zeker nu het niet zo lekker gaat met haar vriendje, met wie ze bijna een jaar is. Ze heeft weer veel huilbuien, duwt haar vriendinnen van zich weg en het studeren wil ook niet meer echt. Ze is bang voor de donkere tijd die ze heeft gekend en belt de huisarts*.

Rolf (65) is geen onbekende van de huisarts en de ggz. Hij heeft al twee keer een flinke psychose gehad, met alle gevolgen van dien; verlies van baan, vrouw en geld, veel geld. Telkens is het Rolf gelukt om weer de boel goed op de rit te krijgen, maar dat kost veel tijd. Jaren zeg maar. Een half jaar geleden is Rolf met pensioen gegaan. De eerste maanden waren heerlijk, want hij had eindelijk tijd het huis eens flink aan te pakken, maar nu zit hij vaak dagen op de bank of hangt hij in de kroeg op de hoek. Rolf kent zichzelf een beetje. En ondanks dat hij nog behoorlijke euforisch is over de vrije tijd, voelt hij ook de onrust die hij kent van voor zijn psychoses. Hij besluit naar zijn huisarts te gaan voor een verwijzing*.

**Alle partijen aan zet. Buro Copine/ RTF wachttijden GGZ Zuid-Limburg, september 2023*

Inhoud

Samenvatting 2

Leeswijzer 4

Voor wie doen we dit? 5

1. Toenemende zorgkloof en forse wachtlijsten bedreigen de toegankelijkheid van de mentale gezondheidszorg in Zuid-Limburg 8

2. Om deze uitdaging het hoofd te bieden is een diepgaande transformatie in denken en werken nodig 10

3. De transformatie omvat drie thema's: preventie, uniform instroommodel en ervaringsdeskundigheid 13

3.1 Thema preventie voor mentaal welbevinden 13

3.2 Thema uniform instroommodel 19

3.3 Thema ervaringsdeskundigheid en herstelgerichte zorg 24

3.4 De sociale basis als fundament voor het welzijn in de regio 28

3.5 Samenhang tussen de thema's en met andere plannen 29

4. Om echt impact te kunnen maken zijn interne optimalisatie, arbeidsmarkt en digitalisering belangrijke randvoorwaarden 33

4.1 Wegwerken huidige wachtlijst voorwaarde voor bereiken impact 33

4.2 Optimaliseren interne processen 33

4.3 Arbeidsmarkt en inzet behandelcapaciteit 34

4.4 Digitalisering en gegevensuitwisseling 35

5. De maatschappelijke business case van de transformatie is positief 37

5.1 De transformatie mentale gezondheid heeft een positief effect op toegankelijkheid 37

5.2 De transformatie mentale gezondheid heeft een positief effect op kwaliteit 39

5.3 De transformatie mentale gezondheid leidt tot gelijkblijvende of lagere maatschappelijke kosten 40

5.4 Er is een positieve financiële business case voor deze transformatie 43

5.5 Impact op de stakeholders van het transformatieplan 44

6. Monitoring en evaluatie voor tijdige bijsturing en verantwoording 46

6.1 Hoofdimpact wordt voortdurend gemonitord en is alleen indirect gekoppeld aan uitbetaling 46

6.2 Er is een PPI en KPI framework opgesteld ter sturing en uitbetaling tijdens de transformatie 48

6.2.1 Mijlpalen (gekozen PPI's) voor de overkoepelende activiteiten 49

6.2.2 Mijlpalen (gekozen PPI's) voor het thema preventie 50

6.2.3 Mijlpalen (gekozen PPI's en KPI's) voor het thema uniform instroommodel 50

6.2.4 Mijlpalen (gekozen PPI's en KPI's) voor het thema ervaringsdeskundigheid 51

6.3 Elk halfjaar worden de mijlpalen en sturings-KPI's met elkaar verantwoord 52
6.4 Voor de periode tot aan goedkeuring, waarin de eerste 500 gesprekken plaats vinden, is er een compacte vorm van monitoring 53
7. Designprincipes voor implementatie 55
7.1 We hebben blijvende aandacht voor het veranderproces 55
7.2 Inwoners en cliënten zijn op elk niveau betrokken 56
7.3 We leren, evalueren en stellen bij waar nodig 57
7.4 We wisselen uit met andere regio's en schalen op waar mogelijk 57
7.5 Gelijkgerichtheid en commitment van alle betrokken partijen 58
7.6 Een resultaatgerichte projectorganisatie 59
8. Begroting en uitbetalingsmijlpalen 64
8.1 Begroting 64
8.2 Uitbetalingsmijlpalen 68
8.2.1. Uitbetalingsmijlpalen uitgesplitst naar zorgaanbieders 70
8.3. Risico's en mitigerende maatregelen 71
Bijlagen 73

1. Toenemende zorgkloof en forse wachtlijsten bedreigen de toegankelijkheid van de mentale gezondheidszorg in Zuid-Limburg

Om de Zuid-Limburgse zorg betaalbaar, toegankelijk en van (goede) kwaliteit te houden staat de regio voor een dubbele opgave: verkleinen van gezondheidsachterstanden en overbruggen van de kloof tussen zorgvraag en zorgaanbod. Op het gebied van mentale gezondheidszorg zijn de wachtlijsten voor de ggz op dit moment het grootste knelpunt.

Zuid-Limburg kent grote gezondheidsverschillen met de rest van Nederland en tussen gemeenten onderling. Tegelijkertijd wordt de kloof tussen zorgvraag en zorgaanbod groter, wat de toekomstbestendigheid van de zorg bedreigt[1]. De regio staat daarmee voor een dubbele opgave: het verkleinen van de gezondheidsachterstanden en het zodanig organiseren van de zorg dat deze betaalbaar, toegankelijk en van goede kwaliteit blijft.

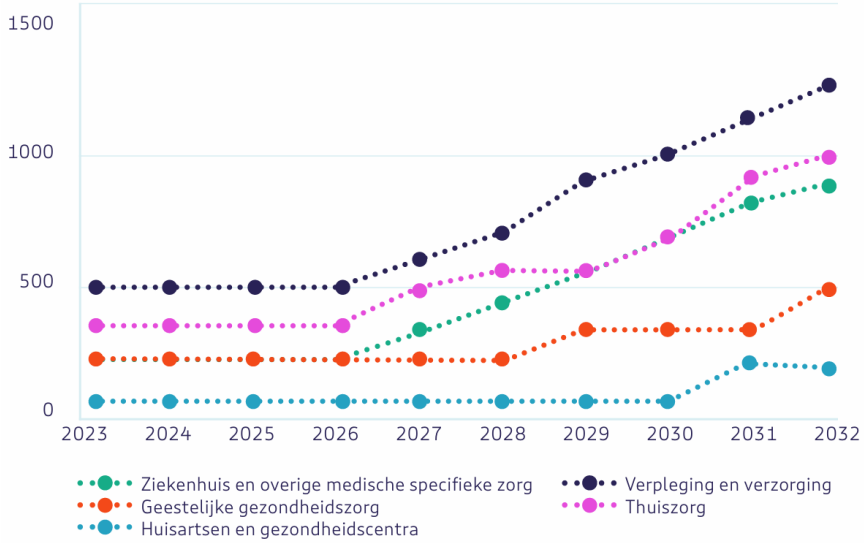
Die dubbele uitdaging voor de Zuid-Limburgse zorg geldt ook voor mentale gezondheid[2]. Zuid-Limburg heeft bijna 600.000 inwoners[3], waarvan er naar schatting zo'n 150.000 te kampen hebben met een psychische aandoening[4] en er jaarlijks door ongeveer 27.000 mensen gebruik gemaakt wordt van de geestelijke gezondheidszorg[5] (Figuur 1).

Figuur 1: Aantal inwoners, aantal mensen met een psychische aandoening en aantal ggz-zorggebruikers in Zuid-Limburg

Op alle mentale gezondheidsindicatoren in het regiobeeld scoren inwoners van Zuid-Limburg slechter dan het landelijk gemiddelde: ervaren stress, risico op angststoornis of depressie en ervaren regie over het leven[6]. Ook zien we een slechtere uitgangspositie in de sociale situatie dan gemiddeld in Nederland: een relatief lage SES-WOA, grote verschillen tussen gemeenten in moeite met rondkomen en meer ervaren eenzaamheid[7]. De zorgkosten per inwoner liggen voor de generalistische basis ggz lager dan het landelijk gemiddelde (€12,74 vs. €13,83 per jaar), maar voor specialistische ggz daarboven (€249,27 vs. € 195,06 per jaar)[8]. Tegelijkertijd lopen in de

[1] Regiobeeld Zuid-Limburg, juli 2023
[2] Bij mentale gezondheid gaat het om ondersteuning, begeleiding en behandeling van mensen met psychische kwetsbaarheden en niet om ggz in engere zin.
[3] Regiobeeld Zuid-Limburg, juli 2023
[4] Cijfers psychische aandoeningen DSM per jaar uit NEMESIS studie in Nederland, Trimbos Instituut (2023)
[5] Totaal aantal zorggebruikers in de ggz Zuid-Limburg in 2021 via regiobeeld.nl
[6] Regiobeeld Zuid-Limburg, p17-20
[7] Regiobeeld Zuid-Limburg, p21-23
[8] Regiobeeld Zuid-Limburg, p138-141- o.b.v. cijfers uit 2019

geestelijke gezondheidszorg in Zuid-Limburg, net als in andere regio's en sectoren, de personeelstekorten op (Figuur 2).



Figuur 2: Ontwikkeling personeelstekort per sector. Het verwachte aantal werknemers dat ontbreekt om de arbeidsvraag te beantwoorden (verticale as) is uitgezet tegen de tijd (horizontale as). Bron: Prognosemodelzw via Regioplan Zuid-Limburg (dec 2023).

Het grootste knelpunt op het gebied van mentale gezondheidszorg op dit moment zijn de wachtlijsten voor de ggz. Vanuit de Regionale Taskforce wachttijden (RTF) worden sinds begin 2023 cijfers van de wachtlijsten bijgehouden en maandelijks gedeeld. In januari 2024 lag de totale gemiddelde wachttijd voor 9 van de 16 diagnosegroepen (ruim) boven de treeknorm. Vooral bij specifieke specialistische behandelingen voor persoonlijkheids- en ontwikkelingsstoornissen en trauma was de wachttijd hoog - gemiddeld tussen de 22 en 34 weken met uitschieters naar boven (Figuur 3). Het totaal aantal wachtenden in januari 2024 was 2429, voor meer dan de helft daarvan lag de wachttijd boven de treeknorm[9]. Een hoge wachttijd heeft meerdere nadelige gevolgen[10]: Bij de cliënt kunnen klachten verergeren terwijl ze op een wachtlijst staan, maar ook na de start van de behandeling kan dit nog impact hebben: wachtlijsten vergroten de kans op behandeluitval, op langere en intensievere behandeling en verlagen de kans op (het behouden van) betaald werk. Daarnaast kan een wachttijd leiden tot psychische klachten bij naasten en ervaren huisartsen een verhoogde werkdruk.

Figuur 3: Samenvatting data wachttijden ggz Zuid-Limburg. Bron: 1Data RTF t/m Januari 2024;2 Websites ggz-instellingen Zuid-Limburg . Treeknorm is 14 weken.

[9] Som aanmeld- en behandelwachttijd in weken. Cijfers RTF, dec 2023.
[10] In de wachtstand: Een literatuurinventarisatie naar de impact van wachttijden in de ggz op patiënten, naasten, huisartsen en POH's-ggz. Trimbos instituut, 2024.

De aanwezigheid van zulke wachtlijsten heeft uiteraard meerdere oorzaken: de instroom van mensen in de ggz, de aanwezige behandelcapaciteit bij zorgaanbieders, de intensiteit van de behandeling en wanneer een behandeling als afgerond beschouwd wordt. Maar de wachtlijst is ook een consequentie van het feit dat er op dit moment niet altijd sprake is van de juiste zorg, op de juiste tijd en plaats, door de juiste zorgaanbieders.

2. Om deze uitdaging het hoofd te bieden is een diepgaande transformatie in denken en werken nodig

Om de geschetste uitdagingen het hoofd te bieden is een diepgaande transformatie in denken en werken nodig, waar huisartsen, de zorg- en welzijnspartners in het sociaal domein, ggz, zorgverzekeraars, gemeenten en inwonerorganisaties gezamenlijk in optrekken. Doel van de transformatie is het bieden van passende zorg en ondersteuning voor mensen met een mentale kwetsbaarheid, leidend tot een afname van de wachtlijsten en een positief effect op de *quadruple aim*. We bouwen daarbij voort op bestaande succesvolle samenwerkingen met het gedachtegoed van positieve gezondheid als basis.

Om de in het vorige hoofdstuk geschetste uitdaging het hoofd te bieden is een regionale, integrale domein-overstijgende aanpak noodzakelijk, met aandacht voor het vergroten van de mentale weerbaarheid, een omslag van diagnosegerichte naar herstelgerichte zorg en ondersteuning en een verandering in de verwachtingen van inwoners, cliënten en zorgverleners.

De transformatie richt zich op passende(r) zorg en ondersteuning voor mensen met een mentale kwetsbaarheid, waardoor wachtlijsten afnemen en de mentale gezondheid verbetert

Doel van deze transformatie is het bieden van passende(r) zorg en ondersteuning voor mensen met een mentale kwetsbaarheid, met als gevolg daarvan het verbeteren van de toegankelijkheid door een daling van de wachtlijsten. Tegelijkertijd zetten we in op de *quadruple aim*: goede (mentale) gezondheid, goede ervaren kwaliteit van zorg en ondersteuning, beheersbare kosten en tevreden medewerkers. Figuur 4 geeft aan hoe de doelen van de transformatie relateren aan de maatschappelijke (IZA-)doelstellingen.

Figuur 4: Doelen deeltransformatie mentale gezondheid gerelateerd aan maatschappelijke doelstellingen IZA.

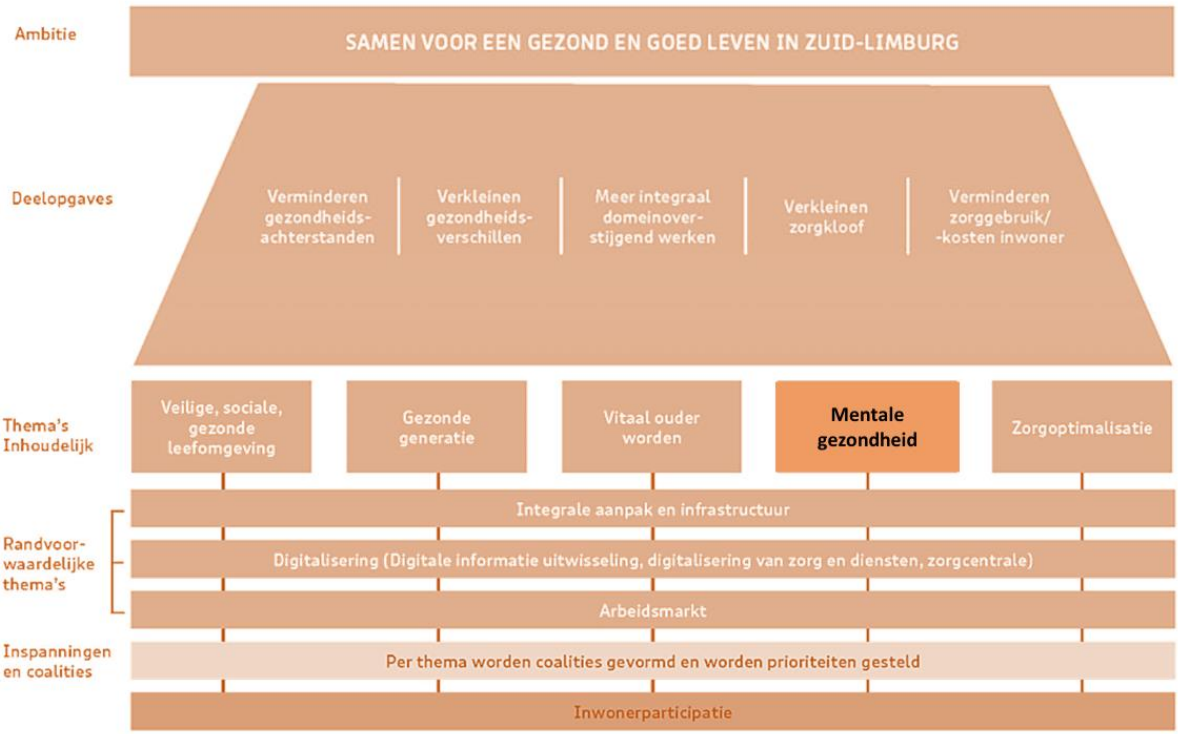
We bouwen voort op bestaande samenwerkingen en sluiten aan bij het regioplan

Er wordt in de regio Zuid-Limburg al geruime tijd geïnvesteerd in integrale samenwerking, o.a. ingebed in de Taskforce wachttijden en Trendbreuk en subregionale samenwerkingsverbanden als Alliantie Santé, Mijnstreek Coalitie (TC GGZ Mijnstreek) en de nieuwe GGZ. Voor dit deeltransformatieplan zijn we nadrukkelijk uitgegaan van bestaande en lokale initiatieven. Vervolgens is vanuit de transformatie-opgave gekeken wat er nog meer nodig is op het gebied van mentale gezondheid of wat opgeschaald kan worden.

DEELTRANSFORMATIE MENTALE GEZONDHEID | ONZE AMBITIE

Met deze deeltransformatie willen we de mentale gezondheid van de inwoners van Zuid-Limburg vergroten door:
passende ondersteuning, begeleiding en behandeling én attitudeverandering bij inwoners en professionals.
Hiermee maken we meetbare impact op de wachtlijsten binnen de gezondheidzorg.

Min of meer gelijktijdig met het opstellen van de snelle toets voor dit deeltransformatieplan vond ook de verdere uitwerking van het regioplan plaats. Het regioplan met als motto 'Samen voor een gezond en goed leven in Zuid-Limburg' schetst een antwoord op de belangrijkste uitdagingen voor de Zuid-Limburgse zorg en welzijn aan de hand van vijf deelopgaves (Figuur 5)[11].



Figuur 5: De thema's in Zuid-Limburg en de verbindingen ertussen. Bron: Regioplan.

[11] Regioplan Zuid-Limburg – Samen voor een gezond en goed leven in Zuid-Limburg. 11 dec 2023.

De vijf deelopgaves zijn weer vertaald in vijf inhoudelijke en drie randvoorwaardelijke thema's. Mentale gezondheid is één van die inhoudelijke thema's en wordt verder uitgewerkt in dit (deel)transformatieplan. De betrokken partijen hebben afgesproken om alle activiteiten, plannen en werkzaamheden die voortvloeien uit de verschillende deeltransformaties op Zuid-Limburgs niveau met elkaar te bespreken en af te stemmen.

We sluiten aan bij het gedachtegoed van positieve gezondheid

Het concept positieve gezondheid is ruim tien jaar geleden door Machteld Huber geïntroduceerd en kreeg sindsdien in vele regio's en transformatieplannen een centrale plek. Ook in Zuid-Limburg sluiten we aan bij dit gedachtegoed en gebruiken we het concept als een gemeenschappelijke taal[12]. Positieve gezondheid beschouwt gezondheid niet als af- of aanwezigheid van ziekte, maar kijkt breder naar het vermogen van mensen om met de fysieke, emotionele en sociale levensuitdagingen om te gaan. De focus ligt niet op de aandoening maar op mensen zelf en op wat hun leven betekenisvol maakt, met de beperkingen die er soms nu eenmaal zijn. Dit concept omvat elementen als veerkracht, zingeving en eigen regie en helpt voorkomen dat voor oplossingen vooral naar de (gespecialiseerde) zorg wordt gekeken[13].

In de deeltransformatie Mentale Gezondheid Zuid-Limburg nemen we het concept van positieve gezondheid mee in alles wat we doen: in het thema preventie, waar mentale veerkracht het kernwoord is; bij de implementatie van het uniform instroommodel, waar het de basis vormt voor de verkennende gesprekken en de domein overstijgende casusoverleggen (DOCO's); in het thema ervaringsdeskundigheid, waar het onderliggend is aan de herstelacademies. En bij het optimaliseren van de interne processen door de betrokken zorgorganisaties, waarbij de beweging wordt gemaakt naar herstelgericht werken.

We betrekken inwoners vanaf het begin

Om de beoogde transformatie tot een succes te maken is het betrekken van de inwoners van Zuid-Limburg essentieel. Zij hebben immers een belangrijke rol in de transformatie, die zowel van zorgverleners als van inwoners vraagt om mee te bewegen in een andere kijk op mentale gezondheid. Vanuit het regioplan Zuid-Limburg wordt inwonerparticipatie als overkoepelend aandachtsgebied opgepakt met een kartrekker vanuit Burgerkracht. De gedachte daarbij is dat naast efficiëntere zorg en ondersteuning vooral meer zelfredzaamheid (gezondheidsbewustzijn, gezondheidsvaardigheden, veerkracht, talentontwikkeling) en meer sociale cohesie, solidariteit en/of samenredzaamheid nodig is[14]. Vanuit deze aanpak op regioplan-niveau maken we samen met Burgerkracht een doorvertaling van deze plannen in het transformatieplan mentale gezondheid.

Blijvende betrokkenheid van inwoners en cliënten is daarnaast een van de designprincipes voor realisatie, die verder uitgewerkt zijn in Hoofdstuk 7. Daar schetsen we hoe we samen met Burgerkracht heel concreet de stem, input en betrokkenheid van de inwoners van Zuid-Limburg bij de transformatie willen mobiliseren. Daarbij hebben we vier extra doelstellingen: i) inwoners onderdeel maken van de oplossing en daardoor leren van elkaars perspectieven; ii) bewustwording. iii) verantwoordelijkheid en collectieve uitvoeringskracht. Dit leidt tot iv) vertrouwen en begrip.

---

[12] Zie ook Regionale visie GALA Zuid-Limburg

[13] Institute for Positive Health (iph.nl)

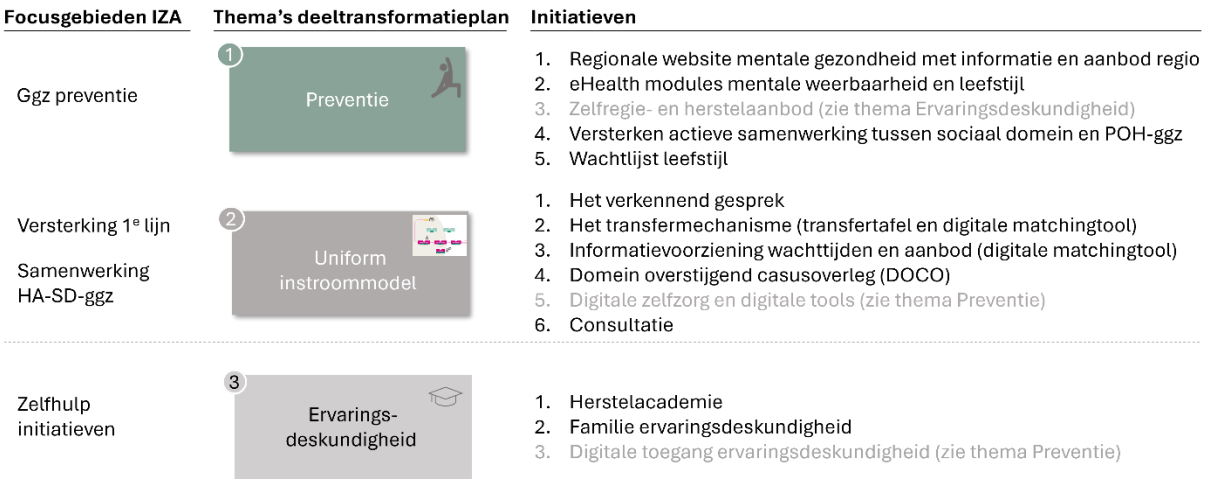
[14] Gespreksnotitie visieontwikkeling Zuid-Limburg, Wiro Gruisen (CZ) en Han van den Hoff (Burgerkracht), 6 juni 2024.

3. De transformatie omvat drie thema's: preventie, uniform instroommodel en ervaringsdeskundigheid

Met de deeltransformatie mentale gezondheid zetten we via drie thema's in op passende(re) zorg en het verminderen van de wachtlijsten in de ggz:

1. **Preventie voor mentaal welbevinden**
2. **Implementeren van het uniform instroommodel**
3. **Versterken van ervaringsdeskundigheid**

Figuur 6 geeft aan hoe deze thema's relateren aan de IZA-focusgebieden en geeft een korte opsomming van de initiatieven binnen de thema's, die in de volgende paragrafen verder worden uitgewerkt.



Figuur 6: Het transformatieplan mentale gezondheid omvat drie thema's in relatie tot IZA-focusgebieden.

Hieronder volgt per thema een beschrijving van de beoogde interventies. In Bijlage III is per interventie een overzicht opgenomen waarin probleem, oplossing, doelgroep, impact, betrokken partijen en huidige status/startpunt samengevat zijn.

3.1 Thema preventie voor mentaal welbevinden

Het thema preventie omvat versterking van regionale mentale weerbaarheidsinterventies en digitale voorzieningen, in afstemming met gemeenten en de zorg- en welzijnspartners in het sociaal domein.

Met het thema preventie zetten we in op de ontwikkeling van mentale weerbaarheids-vaardigheden als structureel onderdeel van het (zelf)zorg- en ondersteuningsaanbod in de regio. Mentale fitheid, net als fysieke fitheid, heeft impact op de aanspraak op zorg en maakt dat zorg voorkomen of uitgesteld kan worden. Dit grijpt aan op de gehele keten van zorg en ondersteuning op het gebied van mentale gezondheid en vraagt daarmee samenwerking tussen alle partijen in die keten: gemeenten, de zorg- en welzijnspartners in het sociaal domein, huisartsen, GGD en ggz. Bovendien past het thema preventie voor mentaal welbevinden als structureel onderdeel bij de visie van De Nederlandse GGZ[15], die preventie binnen de ggz de komende jaren gaat versterken.

[15] 'ggz in 2024, nabij waar het kan, beschikbaar waar het moet.' Jaarplan-de-Nederlandse-ggz-2024.pdf (denederlandseggz.nl)

THEMA PREVENTIE VOOR MENTAAL WELBEVINDEN | WAAR WERKEN WE NAARTOE?

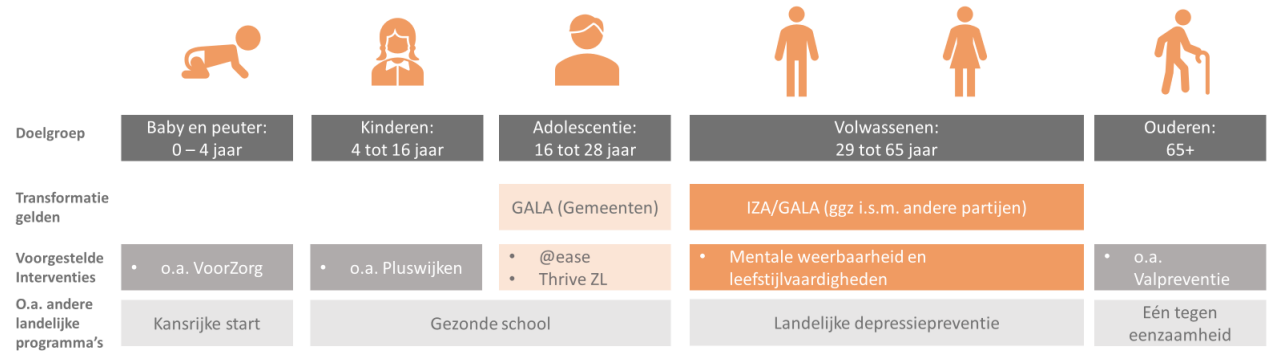
In 2026 is er een regionale website met informatie over mentale gezondheid voor alle inwoners van Zuid-Limburg en groeien we toe naar 5000[16] bezoekers per maand in 2028*

In 2026 zijn eHealthmodules over stress, slaap, leefstijl en andere onderwerpen vrij verkrijgbaar voor de inwoner van Zuid-Limburg, in 2028* maken er 150[17] inwoners gebruik van

In 2026 wordt leefstijl op maat (in groepen, online of 1 op 1) aangeboden op de wachtlijst door leefstijlcoaches voor mensen op de wachtlijst, in 2028* zijn er 250[18] deelnemers

Tegelijkertijd raakt dit thema aan initiatieven die vanuit andere invalshoeken vormkrijgen, zoals de lokale en regionale GALA-uitvoeringsplannen ketenaanpakken, de ontwikkelingen rond de PlusWIJken[19] en Trendbreuk/ Thema Gezonde generatie in het regioplan: gezond leren leven, met doorgaande lijn in voeding, bewegen en mentaal welbevinden[20].

Figuur 7 geeft weer hoe de interventies op gebied van preventie vanuit de gemeenten en GALA-partijen en vanuit dit transformatieplan op elkaar aansluiten. De focus van het regionale uitvoeringsplan van de 16 Zuid-Limburgse gemeenten ligt bij adolescenten, waarbij een



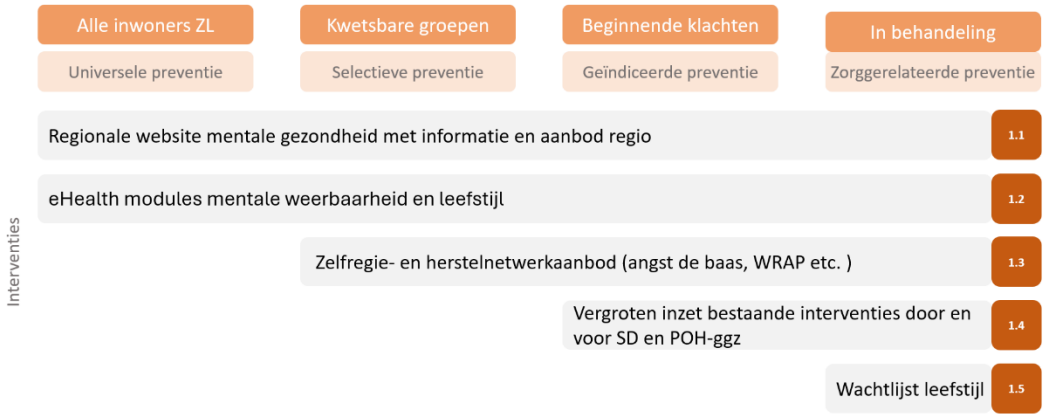
Figuur 7: Aansluiting tussen initiatieven op gebied van preventie vanuit GALA- en IZA-partijen. Oranje=scope van dit transformatieplan.

projectleider zich zal richten op de mogelijkheid van implementatie van de interventies zoals @ease en een beweging zoals Thrive[21]. In nauwe afstemming is vervolgens voor dit transformatieplan gekozen voor de focus op volwassenen, waarbij meerdere interventies andere

[16] Gebaseerd op het aantal website bezoeken bij Mondriaan, het aantal website bezoekers van MIND en Trimbos publiekswebsites omgerekend naar de populatie van Zuid-Limburg.
[17] Gebaseerd op aantal bij GGZNHN en deelnemers online zelfhulp via Mijnihelp door Arkin Amsterdam.
[18] Gebaseerd op % aantal wachtenden en verwachte capaciteit van aantal coaches.
[19] Narratief PlusWijken Zuid-Limburg, (2024)
[20] Regioplan Zuid-Limburg – Samen voor een gezond en goed leven in Zuid-Limburg. 11 dec 2023.
* Naar verwachting wordt het IZA met 1 jaar verlengd, tot en met 2028, middels het aanvullend zorg- en welzijnsakkoord (AZWA). Vanuit die gedachte is planperiode t/m 2028.
[21] Projectopdracht mentale gezondheid, (april 2024) GALA themawerkgroep Mentale gezondheid

doelgroepen logischerwijs niet uitsluiten. We zullen dan ook met de projectleiders samenwerken om te verkennen waar de interventies elkaar raken en deze gezamenlijk uitvoeren en financieren.

De focus op het vergroten van de mentale weerbaarheid voor de volwassen inwoner van Zuid-Limburg vertaalt zich concreet naar vijf interventies. Samen bieden deze interventies elke inwoner of cliënt in Zuid-Limburg een vorm van preventie, als weergegeven in Figuur 8. De inbedding van de interventies voor de inwoner moeten, aangejaagd door de projectleiders, met de lokale openbare sociale locaties plaatsvinden zodat er niet alleen een individuele benadering op de implementatie van de interventies plaatsvindt. De verschillende interventies worden in de paragrafen hieronder kort toegelicht.



Figuur 8: Interventies binnen het thema preventie naar type preventie (zie uitleg type preventie loketgezondleven.nl).

Digitaal: regionale website mentale gezondheid met informatie en aanbod regio (1)

De focus op het vergroten van de mentale weerbaarheid voor de volwassen inwoner van Zuid-Limburg vertaalt zich concreet in het digitaal toegankelijk maken van bestaande informatie over mentale gezondheid op een regionale website (zie Figuur 9). Door de juiste informatie zoals psychosenet, traumanet en MIND en regionale initiatieven als preventie- en zelfhulpgroepen te verenigen op een regionale website wordt deze toegankelijk voor de inwoner die op zoek is naar informatie over mentale gezondheid en voor de zorgprofessionals die deze informatie in gezamenlijkheid, in één lijn kunnen aanbieden aan cliënten.

Figuur 9: Voorbeeld van een regionale website over mentale gezondheid met informatie over mentale gezondheid, eHealth modules, ervaringsdeskundigheid en mogelijkheden tot instromen via het uniform instroommodel.

Daarmee bieden we een laagdrempelige vorm van mentale ondersteuning aan die toegankelijk én uitvoerbaar is. We bereiken daarmee ook een belangrijke doelgroep voor wie de drempel om fysieke hulp te zoeken nu te hoog is. Op deze regionale website wordt ook actief de verbinding gelegd met bestaande lokale platformen, zoals opgroeienin046.nl en vitaalin046.nl, zodat

efficiënt naar het meest actuele aanbod in de regio wordt verwezen. Deze te ontwikkelen regionale website draagt bij om de vindbaarheid van preventie en leefstijl in de wijk voor en door zorgverleners en inwoners te versterken. We werken toe naar 5000 bezoekers per maand. Dit aantal is gebaseerd op het aantal website bezoeken bij Mondriaan (circa 5000 per maand), het aantal website bezoekers van de landelijke websites MIND en de Trimbos publiekswebsites omgerekend naar de populatie van Zuid-Limburg (respectievelijk circa 5500 en 13000[22]).

NB. Er vindt geen data uitwisseling plaats binnen de website of tussen de website en andere websites of apps (bijvoorbeeld voor de eHealth modules). Het gaat om reeds bestaande, in te kopen, eHealth modules en het inrichten van een website en niet om het ontwikkelen van digitale middelen. In overleg met de betrokken zorgverzekeraars is geconcludeerd dat het toetsingskader digitalisering daarom niet op het transformatieplan van toepassing is. De projectleiders voor de interventies krijgen de taak om, waar dat relevant is, te voldoen aan de in het kader genoemde digitaliseringseisen.

Digitaal: eHealth modules mentale weerbaarheid en leefstijl (2)

Aanvullend biedt deze regionale website voor elke inwoner vrij toegankelijke eHealth modules aan over mentale weerbaarheid en leefstijlvaardigheden (piekeren, stress, slaap, leefstijl etc.). Door deze modules vrij verkrijgbaar en digitaal aan te bieden, is dit een toegankelijke en efficiënte manier om mentale ondersteuning aan te bieden voor de gehele regio, zie Figuur 8. Voorbeelden van effectieve micro-interventies zijn er van het Trimbos Instituut zoals ‘kleur je Leven’ of ‘snel beter in je vel’, maar ook leefstijl en mentale weerbaarheidsmodules van Minddistrict of andere aanbieders zijn geschikt[23,24]. In verbinding met lokale organisaties o.a. kennisplein Informele Zorg en in samenwerking met de gemeenten en de zorg- en welzijnspartners in het sociaal domein zal deze selectieve en geïndiceerde vorm van preventie verder worden ingevuld.[25]

Het aanbod aan zelfhulp-modules op deze website zal actief ingezet worden om inwoners met lichte of beginnende psychische klachten te helpen met hun uitdagingen om te gaan. Om dit te bereiken, zal hier ook een communicatiecampagne inclusief *social-media*-strategie aan gekoppeld worden. We werken toe naar 150 gebruikers per jaar die een digitale eHealth module afronden. Dit aantal is gebaseerd op aantal eHealth deelnemers bij GGZ NHN en het aantal deelnemers van de online zelfhulp die via Mijnihelp door Arkin Amsterdam is aangeboden[26].

Zelfregie- en herstelaanbod (3) - zie thema ervaringsdeskundigheid

Het zelfregie- en herstelaanbod zoals ‘herstellen doe je zelf’, ‘WRAP’ zijn ook belangrijke vormen van preventie. In de regio zullen de krachten worden gebundeld via o.a. een herstelacademie en familie ervaringsdeskundigheid. Zie voor meer informatie Thema ervaringsdeskundigheid (3.3).

---

[22] 3% van bezoekersaantallen mind2023.nl/2023-in-vogelvlucht.html en Trimbos_Jaarbeeld_2023.pdf.
[23] Vrij verkrijgbare eHealthmodule over somberheid van Trimbos Instituut, Kleurjeleven | Verbeter jouw stemming
[24] Leefstijlmodules van Minddistrict, Ondersteun cliënten bij leefstijlverandering (minddistrict.com)
[25] Voorbeeld van regionale samenwerking om eHealthmodules voor de gehele regio beschikbaar te stellen i.s.m. gemeenten Gratis online zelfhulp | GGZ NHN (ggz-nhn.nl)
[26] Omgaan met stress Online (loketgezondleven.nl)

Versterken actieve samenwerking tussen de zorg- en welzijnspartners in het sociaal domein en POH-ggz (4)

Om de bestaande preventie interventies voor mentaal welbevinden doeltreffender in te zetten versterken we de actieve samenwerking tussen de zorg- en welzijnspartners in het sociaal domein, de ggz en POH-ggz. Doordat de POH-ggz op de hoogte is van alles wat de zorg- en welzijnspartners in het sociaal domein en de ggz te bieden hebben, is deze bij uitstek degene die de rol van verbinder op zich kan nemen en synergie kan realiseren. Praktisch gezien wordt de actieve samenwerking ingevuld door één verbindende netwerkcoördinator vanuit het sociaal domein en één verbindende netwerkcoördinator uit de POH-ggz voor de gehele regio, die daarnaast in nauw contact staan met de preventie-collega's van de ggz-instellingen. Werkzaamheden die de actieve samenwerking bevorderen zijn wekelijkse uitwisseling van (werkzame) bestaande interventies, het signaleren van behoeftes bij de zorg- en welzijnspartners in het sociaal domein, bij POH-ggz en ggz en vanuit de verkenners in het uniform instroommodel en het onder de aandacht brengen van nieuwe of bestaande interventies bij directe collega's. Hiermee is de samenwerking een verbindend instrument om zo de geestelijke gezondheidszorg te versterken vanuit bestaande interventies, waarbij nauwe afstemming gezocht wordt met PlusWIJken om overlap te voorkomen (zie ook 3.5).

Wachtlijst leefstijl (5)

Additioneel biedt een leefstijlcoach cliënten die op de wachtlijst voor de ggz staan leefstijlvaardigheden en een leefstijlnetwerk, een zogenaamde wachtlijst leefstijl. Daarbij wordt een brede definitie van leefstijl gehanteerd, passend bij de ggz gefocust op ritme, slaap, ontspanning en middelengebruik. Een verbeterde leefstijl heeft een duurzaam effect op de zorg: naast minder gebruik van medicatie, minder zorgkosten en een mogelijke afname op de wachtlijst, zorgt het steevast voor een verbeterde kwaliteit van leven wat nauw aansluit bij de positieve gezondheidsgedachte en passende zorg.[27,28] We groeien ernaartoe dat ruim 10% van de mensen op de wachtlijst gebruik maakt van een leefstijlcoach.

Dit kan de instroom naar vooral de enkelvoudige ggz met wel 30% verminderen[29]. Dit sluit aan bij de link tussen het ontstaan en de symptomen van mentale gezondheid aan de ene kant en de fysieke gezondheid en leefstijlfactoren aan de andere kant.[30] De leefstijlcoach zorgt voor een persoonlijk en passend leefstijlplan en is de verbinder met het regionale leefstijlaanbod zoals Maastricht Sport, Beweeghuis, vitaliteitsloket MUMC, Iedereen Kan Sporten in Heerlen en Ecsplore. Belangrijk omdat leefstijl in de ggz nog te beperkt en te gefragmenteerd wordt aangeboden.[31] Dit kan de leefstijlcoach enerzijds aanbieden middels de gecombineerde leefstijlinterventies (GLI), vanuit de regio voornamelijk ingezet met de netwerkaanpak healthyLIFE, mits cliënten voldoen aan de criteria, of anderzijds via 1-op-1 begeleiding fysiek of digitaal. De ketenaanpak voor volwassenen (o.a. healthyLIFE) zal in nauwe samenwerking met de welzijnsorganisaties en de gemeenten worden ingericht en verbonden met wachtlijst leefstijl.

NB. 'Hoe' dit thema gerealiseerd gaat worden vraagt een gedetailleerde uitwerking van een implementatiestrategie per onderwerp, lees: transformatieproject. Het uitwerken van kwalitatief

[27] Leefstijl binnen de ggz, inspiratiedocument (2022), GGZ Centraal. Leefstijl (ggzcentraal.nl)
[28] GLI-gezondheidsmonitor (2023), RIVM. Monitor Gecombineerde Leefstijlinterventie 2023_TG.pdf (rivm.nl)
[29] De Voordeur van ggz-instelling Arkin (denederlandseggz.nl)
[30] Firth J. et al. A meta-review of "lifestyle psychiatry": the role of exercise, smoking, diet and sleep in the prevention and treatment of mental disorders. World Psychiatry. 2020;19(3):360-80.
[31] Betere toegang interventies nodig om leefstijl te verbeteren (mindplatform.nl)

goede projectplannen voor transformatieprojecten waarin de implementatiestrategie en beheersmaatregelen om risico's te voorkomen en de impact van het transformatieproject, worden beschreven, is een verantwoordelijkheid van ervaren projectleiders van de projecten na akkoord van het transformatieplan. Er volgt een go/no go moment voor ieder transformatieprojectplan in de BTMG. Dit is tevens opgenomen als mijlpaal (PPI waaraan uitbetaling is gekoppeld).

3.2 Thema uniform instroommodel

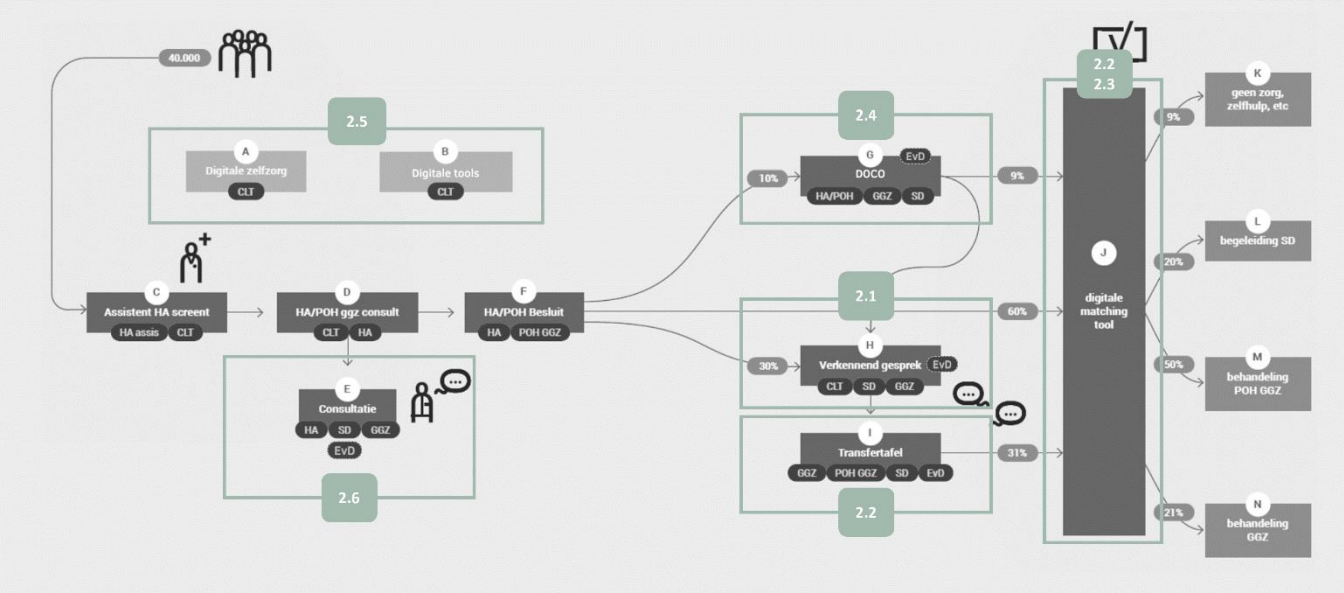
Met het uniform instroommodel zorgen we ervoor dat mensen met mentale klachten tijdiger en passender zorg of ondersteuning krijgen, met een centrale plaats voor consultatie, domein overstijgende casus overleggen en verkennende gesprekken.

Zoals beschreven in Hoofdstuk 1, vormen de forse wachtlijsten voor de ggz in Zuid-Limburg een bedreiging voor de mentale gezondheidszorg in de regio. De regionale aanbieders voelen zich hiervoor verantwoordelijk en werken sinds 2020 samen binnen de regionale taskforce (RTF) wachtlijsten ggz, met als gezamenlijke doelstelling het verkorten van de wachtlijsten via betere regionale samenwerking en het herorganiseren van de zorg en hulpverlening in de regio.

Vanuit deze taskforce is in co-creatie een nieuw instroommodel voor mensen met mentale gezondheidsklachten[32] ontwikkeld, waarmee zij sneller passende zorg en hulpverlening ontvangen. Hierbij is aangesloten bij de doelen en ambities van het landelijke programma Mentale gezondheidsnetwerken[33]. De door het programma benoemde functies van het Mentale gezondheidsnetwerk zijn alle vier vertegenwoordigd binnen het uniform instroommodel. Het uniform instroommodel is een integrale en domein-overstijgende samenwerking conform IZA-doelstellingen[34] en visie eerstelijnszorg[35] met een centrale rol voor het verkennend gesprek door duo's vanuit ggz en de zorg- en welzijnspartners in het sociaal domein. De komende vier jaar werken partijen gezamenlijk aan een duurzame implementatie van het uniform instroommodel zoals die beschreven staat in de publicatie van de Regionale Taskforce wachttijden[36] en aangescherpt is in een drietal bijeenkomsten in april 2024[37].

In het uniform instroommodel staan de zorg of ondersteuning die de patiënt nodig heeft om het mentaal evenwicht te herstellen centraal. Figuur 10 geeft een visuele weergave van het model. De cliënt ontvangt via de huisarts (C, D, F in de figuur) en mogelijke interventies (A, B, E, G, H en I in de figuur) de best passende hulp of ondersteuning (K, L, M, N in de figuur). Aan de hand van de vier functies van het Mentale gezondheidsnetwerk worden de interventies binnen het uniform instroommodel hieronder kort toegelicht. Een gedetailleerde uitwerking van het model is te vinden in Bijlage IV ('Model in de Praktijk').

[32] De scope van het instroommodel betreft in eerste instantie volwassenen, omdat voor jeugd een ander financieringssysteem geldt en dit per gemeente anders wordt georganiseerd.
[33] https://www.mentalegezondheidsnetwerken.nl/kennisbank/
[34] Het uniform instroommodel sluit aan bij de landelijke doelen, functies en ambities van de Mentale Gezondheidsnetwerken (publicaties via https://www.mentalegezondheidsnetwerken.nl/)
[35] https://ineen.nl/wp-content/uploads/2024/01/CZ-1061023-E-Visualisatie-Visie-eerstelijnszorg-2030.pdf
[36] Alle partijen aan zet. Buro Copine/ RTF wachttijden GGZ Zuid-Limburg, september 2023
[37] Model in de Praktijk, rapportage UIM-dagen, april 2024



Figuur 10 - Het uniform instroommodel met genummerd de verschillende interventies, afk: CLT = cliënt, HA = Huisarts, HA assis = Huisarts assistent, SD = Sociaal Domein, EvD = Ervaringsdeskundige. Bron: Buro Copine/ RTF wachttijden GGZ Zuid-Limburg, sept 23.

Functie I: Het verkennend gesprek (Figuur 10– 2.1)

Het verkennend gesprek, als eerste functie van het Mentale gezondheidsnetwerk, heeft een centrale rol in het uniform instroommodel. Dit gesprek vindt binnen het uniform instroommodel plaats *voordat* de cliënt verwezen wordt en instroomt in bijvoorbeeld de ggz en heeft als doel de zorgvraag te matchen aan het beschikbare aanbod zodat passende zorg geboden wordt. In het verkennend gesprek wordt de hulpvraag en de sociale context van de cliënt zorgvuldig in kaart gebracht en wordt samen met de cliënt onderzocht wat er nodig en passend is om het mentale evenwicht te herstellen. Dit is een herstelgerichte, holistische aanpak vanuit het concept positieve gezondheid. Het uitgangspunt daarbij is telkens wat iemand nodig heeft om zijn leven weer op te pakken met alle uitdagingen en kwetsbaarheden die daarbij kunnen horen[38]. Het effect op de wachtlijsten van een dergelijke aanpak is eerder aangetoond in de Zuid-Limburgse pilots van De Nieuwe Ggz. Deze impact wordt nu opgeschaald middels het uniform instroommodel.

Functie II: Het transfermechanisme (Figuur 10 – 2.2 & 2.3)

Door middel van het transfermechanisme geven aanbieders elkaar inzicht in de aantallen en soorten zorgvragers die op hun afzonderlijke wachtlijsten staan. Daarmee wordt binnen de regio duidelijk hoe de beschikbare capaciteit is verdeeld. Op basis hiervan worden vraag en aanbod gematcht, zodat passende zorg geboden wordt. In Zuid Limburg zal dit gebeuren door middel van de transfertafel en een digitale matchingtool. Tijdens de transfertafel wordt deze tool ook ingezet om horizontale verwijzingen te ondersteunen.

Transfertafel

De transfertafel is het nabespreken van verschillende verkennende gesprekken in een breder verband. Het doel is de best passende opties bij de doelen van de cliënt te zoeken . Het primaire doel is een eerste stap of plaatsing met elkaar te bepalen. De transfertafel dient ook voor het bespreken van horizontale verwijzingen. Het dient als verbreding van kennis en mogelijkheden voor de cliënt en moet niet gebruikt worden om voor de cliënt te bepalen. Er wordt gezamenlijk

[38] Alle partijen aan zet. Regionale samenwerking mentale gezondheid Zuid-Limburg – Buro Copine/ RTF wachttijden GGZ Zuid-Limburg, september 2023

bekeken hoe vraag en aanbod beter bij elkaar gebracht kunnen worden om zo te komen tot het daadwerkelijk transfereren van wachtende personen.

Functie III: Informatievoorziening wachttijden en aanbod

Digitale matchingstool (Figuur 10– 2.3)

De digitale matchingstool is ter ondersteuning bij het matchen van de vastgestelde zorgvraag en het beschikbare zorgaanbod bij directe verwijzing door de huisarts, tijdens en na de transfertafel of bij het DOCO. Deze matching tool bundelt informatie over het zorgaanbod. Het gaat dan over wachttijden, in- en exclusiecriteria, zorgaanbod en sociale kaart. Het effect is een betere overeenkomst tussen vraag en aanbod voor de cliënt en een ondersteuning voor de zorgprofessional om tot de beste match te komen. Daarnaast sluiten we vanuit de deeltransformatie Zuid-Limburg aan bij het landelijke project “Inzicht in regionale wachttijden”, dat in opdracht van ZN en de Nederlandse ggz is opgezet om inzicht in de ggz wachtlijsten binnen de regio te krijgen.

De selectie en implementatie van de digitale matchingtool zal in een aparte werkgroep worden opgepakt. In de regio is de keus gemaakt om dit proces te starten vanaf Q3 2025. Op dat moment wordt een plan gemaakt om te komen tot een programma van eisen en selectie van de meest passende tool. Hierbij zal op dat moment ook worden gekeken wat er landelijk ontwikkeld is/wordt en hoe we hier regionaal op kunnen aansluiten[39]. We zoeken initieel naar een regionale matchingstool, maar als er een landelijke matchingstool beschikbaar is sluiten we daar uiteraard bij aan.

Functie IV: Domein overstijgend casusoverleg (DOCO) (Figuur 10– 2.4)

Het DOCO is een overlegtafel waarin een domein overstijgend team casussen van individuele personen anoniem bespreekt. Binnen dit overleg werken regionale samenwerkingspartners, zoals huisartsen, ggz, en het sociaal domein, samen om zorg en/of ondersteuning passend te organiseren voor personen die:

- Hulp hebben gevraagd bij een samenwerkingspartner, maar waarvoor deze hulp niet beschikbaar, toereikend, of passend is.
- Al zorg of ondersteuning ontvangen die niet (meer) aansluit bij de behoeften van de persoon.

Het doel van een DOCO is om complexe problematiek vanuit verschillende invalshoeken te benaderen en te waarborgen dat de persoon passende zorg en/of ondersteuning krijgt op de juiste plek. Een bijkomstig doel is de verbinding met het netwerk, het netwerk leren kennen en gebruiken en een groter inzicht door het meedenken vanuit verschillende invalshoeken. Het gaat hier voornamelijk over casussen die een complexe, domein overstijgende hulpvraag bevatten en waar passende hulp niet (tijdig) door een van de samenwerkingspartners (meer) kan worden geboden.

Overige onderdelen van Mentale gezondheidsnetwerken en het uniform instroommodel

Digitale zelfzorg en digitale tools (Figuur 10 – 2.5)

Onderdeel van het uniform instroommodel is cliënten wijzen op de aanwezige digitale zelfzorgopties. Doel hiervan is dat de cliënt voordat zij contact opneemt met (de digitale omgeving van) de huisartsenpraktijk zelf een aantal stappen onderneemt die een eerste vorm van hulp of

[39] Het transfermechanisme van iPractice wordt niet in de hele regio gebruikt. Daar waar het wel in gebruik is wordt het nog gebruikt in Q1 van 2025 daarna wordt gestopt met iPractice. De functies van iPractice worden straks in het Mentale gezondheidsnetwerk geborgd door onder andere de transfertafel.

ondersteuning bieden of die het consult bij de huisarts ondersteunen. Het bundelen van de vrij toegankelijke opties kan op een gezamenlijke website, zoals beschreven in 3.1 thema preventie. De uitrol van dit onderdeel hangt uiteraard samen met de verdere ontwikkeling van de digitale omgeving en de verdere digitalisering van de huisartspraktijken.

Consultatie (Figuur 10 – 2.6)

De consultatiefunctie bestaat zodat de huisarts of POH ggz een adviesvraag kan stellen aan professionals in ggz, de zorg- en welzijnspartners uit het sociaal domein, onderling of aan andere professionals uit het netwerk, om vervolgens zelf de zorg verder te continueren. De huisarts of POH-ggz brengt de casus in en houdt de regie over de patiënt. Op dit moment maken huisartsen en POH's-ggz op deze manier al gebruik van de expertise binnen hun netwerk; gedurende de transformatieperiode zal de consultatiefunctie naar verwachting een steeds steviger plaats krijgen binnen het instroommodel.

Welzijn op Recept

Bij klachten als vermoeidheid, pijn in de nek, stress, angst of somberheid spelen vaak onderliggende problemen een rol, zoals overlijden van een partner, verlies van werk of eenzaamheid. Bij Welzijn op Recept verwijst de huisarts mensen met psychosociale klachten door naar een welzijnscoach. Door op die manier een recept uit te schrijven voor activiteiten op het gebied van ontmoeting, sport of cultuur kunnen mensen (opnieuw) ontdekken wat hen gelukkig maakt*.

Deze verbinding en samenwerking tussen huisarts en welzijnscoach raakt op verschillende manieren aan het uniform instroommodel: de huisarts kan rechtstreeks verwijzen of het kan een uitkomst zijn na een domein overstijgend casusoverleg of verkennend gesprek. Daarnaast maakt het onderdeel uit van het transformatieplan PlusWIJken, waar extra budget wordt aangevraagd voor de inzet van welzijnscoaches in de huisartspraktijk. Bij de implementatie van beide transformatieplannen zal onderlinge afstemming plaatsvinden om zo effectief mogelijk gebruik te maken van deze inzet.

**Bron: Landelijk Kenniscentrum Welzijn op Recept, mondelinge afstemming PlusWIJken juli 2024*

Het uniform instroommodel als systeemwijziging

Het uniform instroommodel is een systeemwijziging en echt een nieuwe manier van integraal samenwerken, waarbij mensen met mentale klachten vanaf het allereerste moment een cruciale rol hebben in het herstelproces, we stilstaan bij het unieke verhaal en context van ieder individu en de focus ligt op het herstellen van het mentale evenwicht en niet op het oplossen van de klacht of aandoening. Door vroegtijdige consultatie, domein overstijgend overleg en indien nodig het verkennend gesprek zorgen we dat mensen met mentale klachten tijdig bij voor hen passende zorg of ondersteuning terechtkomen. Daarmee wordt een deel van de instroom van mensen in de ggz geleid naar de juiste zorg of ondersteuning bij de huisarts, de zorg- en welzijnspartners in het sociaal domein of zelfhulpinitiatieven. Tegelijkertijd wordt de huisarts versterkt met gespecialiseerde vakgenoten op terrein van mentale gezondheid en sociale aspecten.

Alle betrokken partijen hebben zich in 2023 achter dit nieuwe instroommodel geschaard. Inmiddels is men gestart met de volgende stap: de implementatie van dit model daadwerkelijk gezamenlijk vormgeven in de dagelijkse praktijk in de drie subregio's Parkstad, Westelijke Mijnstreek en Maastricht Heuvelland.

Gezien de hoge urgentie van de wachtlijstproblematiek loopt de implementatie van het uniform instroommodel voor op de andere thema's en op de indiening van dit transformatieplan. In juni 2024 zijn we gestart met de eerste 500 verkennende gesprekken. De kosten die hiervoor in 2023, 2024 en 2025 voor goedkeuring van het transformatieplan gemaakt zijn of nog gemaakt worden zijn opgenomen in de begroting (Hoofdstuk 8).

THEMA UNIFORM INSTROOMMODEL | WAAR WERKEN WE NAARTOE?

In 2024 start regio Zuid-Limburg met het verkennend gesprek in de hele regio, wat in vier jaar worden opgeschaald naar 8224 gesprekken per jaar in 2028*.

We groeien toe naar 60 wijksamenwerkingsverbanden t.b.v. DOCO's in 2028*.

In 2028* is het aantal verwijzingen naar de sggz (als % van het aantal consulten met psychische ingangsklacht bij de huisarts; gecorrigeerd voor autonome groei) gelijk gebleven of afgenomen.

De ambitie is om in 4 jaar op te schalen naar 8224 verkennende gesprekken per jaar en 60 wijksamenwerkingsverbanden t.b.v. DOCO's[40]. Daarbij wordt rekening gehouden met een verdeling van de verkennende gesprekken en de DOCO's over de subregio's die is gebaseerd op het inwoneraantal. Dit betekent dat in Parkstad 41%, in Westelijke mijnstreek 25% en in Maastricht-Heuvelland 34% van het totaal aantal verkennende gesprekken en DOCO's zal plaatsvinden.

Het uniform instroommodel is een leer- en groeimodel en kent een groot aantal afhankelijkheden. Daarom worden de impactschattingen continu gemonitord en waar nodig bijgesteld. Na de eerste 100 en 500 verkennende gesprekken vinden uitgebreide evaluatiesessies plaats met alle betrokkenen. Ook worden intervisie bijeenkomsten voor verkenners en procesbegeleiding van de wijksamenwerkingsverbanden t.b.v. DOCO's georganiseerd, met als doel dat medewerkers zich de nieuwe werkwijze eigen maken, ondersteuning van de beoogde cultuurverandering en doorontwikkeling van de nieuwe werkwijze op basis van de opgedane ervaringen.

Bij de monitoring en evaluatie gaat het zowel om proces (voeren we de verkennende gesprekken en DOCO's uit zoals beoogd) als resultaat (zien we inderdaad effect op wachtlijsten en andere uitkomstmaten). Zie voor nadere uitwerking Hoofdstuk 6.

NB. In 2025, na goedkeuring van het transformatieplan, wordt verkend in hoeverre praktijk gebonden MDO's getransformeerd kunnen worden naar DOCO's. Een belangrijk uitgangspunt is dat DOCO's georganiseerd worden op basis van een bundeling van huisartsenpraktijken, om efficiënte inzet van betrokken professionals mogelijk te maken. Ook vindt in Q1 van 2025 de operationele uitwerking van contracteringsafspraken (o.a. bepalen hoofdaannemer) plaats.

---

[40] Alle partijen aan zet. Regionale samenwerking mentale gezondheid Zuid-Limburg – Buro Copine/ RTF wachttijden GGZ Zuid-Limburg, september 2023

* Naar verwachting wordt het IZA met 1 jaar verlengd, tot en met 2028, middels het aanvullend zorg- en welzijnsakkoord (AZWA). Vanuit die gedachte is planperiode t/m 2028.

3.3 Thema ervaringsdeskundigheid en herstelgerichte zorg

De derde pijler van het transformatieplan betreft het gezamenlijk (door)ontwikkelen van de inzet van ervaringsdeskundigen ter ondersteuning van persoonlijk en maatschappelijk herstel.

Dit draagt bij aan de toekomstbestendigheid van de mentale gezondheidszorg omdat de inzet van ervaringsverhalen, ervaringskennis en ervaringsdeskundigheid, op drie niveaus het zorggebruik vermindert en cliëntenstromen herverdeelt:

1. Het vroeg aanbieden van ervaringsdeskundigheid, vóórdat mensen met een mentale kwetsbaarheid in disbalans raken en zorg nodig hebben, kan ertoe bijdragen dat zij niet of minder snel instromen in de ggz, de zorg- en welzijnspartners in het sociaal domein of huisartsenzorg en mensen die reeds gebruik maken van ggz kunnen eerder uitstromen. Dit kan door laagdrempelige inloop en activiteiten door en voor mensen met een psychische kwetsbaarheid vorm te geven in nauwe samenwerking tussen ggz, gemeente en de zorg- en welzijnspartners in het sociaal domein door middel van cursus- en workshopaanbod en herstelgroepen (voorbeeld: de herstellen doe je zelf-cursussen).
2. Ervaringsdeskundigheid biedt een verrijking van het huidige zorgaanbod die herstelgerichte zorg verder faciliteert, wat tot effectievere inzet van zorg leidt[41].
3. De inzet van ervaringsdeskundigheid draagt bij aan de acceptatie van de bijdrage van ervaringsdeskundigheid aan herstelproces, empowerment en het terugdringen en voorkomen van schaamte en stigma. Daarnaast biedt het ontwikkelkansen aan de ervaringsdeskundigen zelf[42].

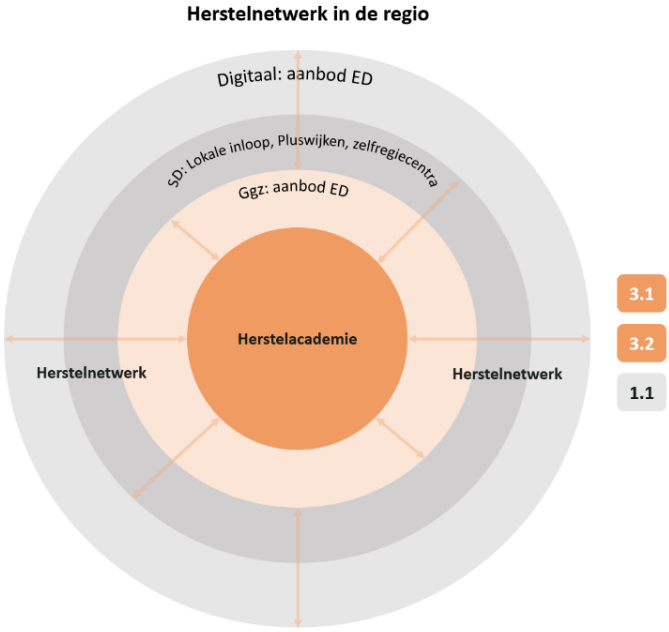
> ‘Dit werk geeft zin aan mijn leven, ik word er gelukkig van, wat me ook bij mijn eigen verdere herstel helpt.’
>
> Volkskrant, 21-03-2024

In de regio biedt ervaringsdeskundigheid[43] een breed palet aan preventieve vormen van mentale ondersteuning, die allemaal verbonden zijn met verschillende partijen in de regio. Ervaringsdeskundigheid wordt in verschillende domeinen aangeboden, afhankelijk van de vraag van de persoon kijk je welke ervaringsdeskundigheid nodig is. Zo zijn ervaringswerkers vanuit het sociaal domein vaak actief in de wijk en op lokaal niveau. In Figuur 11 wordt dit zelfregie- en herstelnetwerk uitgebeeld. In de kern staat de herstelacademie die zelfregie en herstelondersteuning verspreidt naar de regio met een schil naar de ggz instellingen, een schil voor de lokale inloop- en buurtpunten en als laatste laagdrempelige toegang tot ervaringsdeskundigheid. Zo ontstaat door krachtenbundeling, wisselwerking en expertise een zelfregie- en herstelnetwerk voor de regio Zuid-Limburg. Naast empowerment en rehabilitatie gaat het hierbij ook om reablement. De integratie die hiervoor nodig is tussen sociaal domein en ervaringsdeskundigheid in de herstelacademie is gevisualiseerd in Figuur 11.

Binnen het zelfregie- en herstelnetwerk zetten we in op drie onderdelen: het integreren van herstel-ondersteunende activiteiten in een regionale herstelacademie, familie ervaringsdeskundigheid ontwikkelen in de regio en het borgen van laagdrempelige en digitale

[41] Onken S., J. Dumont, P. Ridgway, D. Dorman & R. Ralph (2002). Mental Health Recovery: what helps and what hinders? NTAC/NASMPHD.
[42] Dröes, J. (2008). Werk voor ervaringsdeskundigen. Voordracht bij de aftrap van het Transitie experiment GGzE
[43] In dit hoofdstuk hebben we het telkens over professionele ervaringsdeskundigen, dus iemand die eigen ervaring in/met de ggz meebrengt en daarnaast ook een opleiding heeft gevolgd om deze ervaringskennis in te zetten voor anderen.

toegang tot ervaringsdeskundigheid. Dit sluit aan bij de afspraken uit het IZA m.b.t laagdrempelige steunpunten, herstel- en regiecentra[44].



Figuur 11 - Zelfregie- en herstelnetwerk in de regio die uit verschillende lagen is opgebouwd. In de kern een herstelacademie (1) waar alle partijen samenwerken aan een laagdrempelige en toegankelijke fysieke locatie voor ervaringsdeskundigheid. Deze herstelacademie verspreidt ervaringsdeskundigen en het aanbod naar de ggz, de zorg- en welzijnspartners in het sociaal domein en digitaal. Binnen de herstelacademie wordt ook familie ervaringsdeskundigheid regionaal ontwikkeld (2) en de buitenste schil zorgt voor meest laagdrempelige vorm van ervaringsdeskundigheid (3). ED=ervaringsdeskundigheid.

THEMA ERVARINGSDESKUNDIGHEID | WAAR WERKEN WE NAARTOE?

In 2026 is er een regionale herstelacademie waar herstel ondersteunende activiteiten worden aangeboden en ontwikkeld waar in 2028* 750[45] bezoekers per jaar gebruik van maken

We groeien toe naar 200[46] deelnemers van familie ervaringsdeskundigheid in 2028*

Regionale krachtenbundeling: herstelacademie (1)

Het gezamenlijk vormgeven van de herstelacademie is een belangrijk onderdeel van het (door)ontwikkelen van ervaringsdeskundigheid binnen de regio. Herstelacademies werken op basis van *peer support* (gelijken helpen gelijken) waarbij de nadruk ligt op ondersteuning van

[44] Landelijk dekkend netwerk van laagdrempelige steunpunten - Handvatten voor de regio's in het kader van realisatie van de IZA-afspraak over laagdrempelige steunpunten, 27 okt 2023.
[45] Gebaseerd op aantal unieke gebruikers LIV en Enik Recovery College en inschatting gemiddeld aantal bezoekers herstelacademie in kosten/baten-berekening herstelacademies door mindplatform.
[46] Gebaseerd op verwachte capaciteit van aantal familie ervaringsdeskundigen.
* Naar verwachting wordt het IZA met 1 jaar verlengd, tot en met 2028, middels het aanvullend zorg- en welzijnsakkoord (AZWA). Vanuit die gedachte is planperiode t/m 2028.

(persoonlijk) herstel en groeimogelijkheden. De herstelacademie biedt ontmoeting en herstel-ondersteunende activiteiten zoals cursus- en workshopaanbod en het mee uitvoeren van een herstel-ondersteunend consult. Naast deze uitvoerende activiteiten richt de herstelacademie zich op doorontwikkeling en professionalisering van ervaringsdeskundigheid in de regio. Door gefaseerd te streven naar een uniformer aanbod mét aandacht voor couleur locale zal er krachtenbundeling en (h)erkenbaarheid van ervaringsdeskundigheid voor de inwoner zijn. Bovendien verwachten we dat dit een aantrekkende werking zal hebben op het aantal mensen dat zich wil laten opleiden tot ervaringsdeskundige.

Voor de ervaringsdeskundige biedt de herstelacademie ook een plek voor een lerend netwerk waar ontwikkeling en professionalisering kan plaatsvinden om de kwaliteit van ervaringsdeskundigheid te waarborgen. In de toekomst zal er ook een focus zijn op ontwikkeling van ervaringsdeskundigheid door uitwisseling van kennis met onder andere herstelacademies in andere regio's, het Trimbos Instituut en Tilburg University[47].

Eerste stappen richting een regionale herstelacademie zijn gezet via de regionale samenwerking tussen de bestaande initiatieven LIV Zuyderland (Leven In Verandering), LET Levantogroep en Bureau Herstel Mondriaan en in een gefaseerd proces waarin de eerste verkenning heeft plaatsgevonden in samenwerking met MET ggz herstelacademies Venlo. Dit gaan we opschalen door een projectleider en projectmedewerker herstelacademie vanuit de ggz-instellingen aan te stellen en een fysieke locatie in de regio aan te wijzen in samenwerking met de gemeenten. De projectleider zal inhoud en financiering van de herstelacademie moeten borgen door onder andere de medewerking met de gemeenten en GALA op te zoeken en verbinding te zoeken met Wlz en zorgkantoor. De herstelacademie als fysieke locatie kan hierdoor een aantrekkende werking hebben op andere partijen die ruimtes zoeken, passend bij de scope van een herstelacademie, zoals Burgerkracht met het netwerk van zelfregiegroepen.

De zelfregiegroepen- en tools bestaan náást het herstelnetwerk in de regio, doordat de zelfsturende zelfregiegroepen anders zijn dan het ervaringsdeskundigheidsaanbod vanuit de zorg- en welzijnspartners in het sociaal domein, ggz en andere partijen. Burgerkracht ontwikkelt ook een transformatieplan rondom een zelfregienetwerk in de regio.

Om expertise te benutten en geen dingen dubbel te doen, wordt het lotgenotencontact en peer support bij Burgerkracht belegd. Zij bieden zowel fysiek als digitaal lotgenotencontact aan onder andere voor psychische klachten. Het uitdragen en actief inzetten van lotgenotencontact wordt gefaciliteerd door de projectleider herstelacademie door in nauw contact te staan met Burgerkracht. De projectleider draagt ook zorg voor de inrichting van de communicatie over lotgenotencontact als in te zetten middel richting zorgverleners.

Naast Burgerkracht worden alle partijen die ervaren en betrokken zijn bij ervaringsdeskundigheid in de regio betrokken bij de ontwikkeling en uitvoering van de herstelacademie. Hierdoor kunnen we met alle partijen maximaal inzetten op de ondersteuning en begeleiding van inwoners, cliënten én patiënten. We groeien toe naar 750 bezoekers per jaar die gebruik maken van de herstelacademie. Dit aantal is gebaseerd op aantal unieke gebruikers LIV en Enik Recovery

[47] Recovery College, IMROC; Recovery-Colleges.pdf (imroc.org); beleidsdocumenten deelnemende organisaties

College en de inschatting van een gemiddeld aantal bezoekers voor een herstelacademie in de kosten/baten-berekening voor herstelacademies[48].

Familie ervaringsdeskundigheid regionaal vormgeven (2)

Onderdeel van de herstelacademie vormt ook een familie- en naastenhuis, waar zowel formele als informele zorg en zowel familie ervaringsdeskundigen als professionals van diverse organisaties worden ingezet om een compleet palet van laagdrempelige informatie en ondersteuning te bieden in de regio[49]. Een wezenlijk onderdeel van de herstelacademie omdat op dit moment familie en naasten te laat en te eenzijdig de nodige ondersteuning vinden. Ook voor hulpverleners is het een zoektocht naar passend ondersteuningsaanbod binnen het formele en informele netwerk voor deze doelgroep. Door dit een fysieke plek te geven en het aanbod in de regio te bundelen vindt de doelgroep eerder de juiste ondersteuning. Het vormgeven van familie ervaringsdeskundigheid in de regio begint met de visievorming en werving van potentiële familie ervaringsdeskundigen en het opleiden van familie ervaringsdeskundigen. Daaropvolgend kan middels een train-de-trainer model deze kennis worden verspreid en ingezet binnen het familiehuis in de herstelacademie, de ggz en bij de zorg- en welzijnspartners in het sociaal domein.

Daarnaast zal een projectleider familiehuis in de herstelacademie krachten bundelen en (bestaande) samenwerking versterken met familie-en naastenraden, ketenpartners, welzijns- en lotgenotenorganisaties (zoals Steunpunten Mantelzorg, LSFVP, MIND, Ypsilon Limburg, Al Anon, St. Naast etc.), platform ggz/oggz en Burgerkracht. We groeien toe naar 200 bezoekers per jaar die gebruik maken van de herstelacademie. Dit aantal is gebaseerd op capaciteit van aantal beoogde familie ervaringsdeskundigen.

Laagdrempelige toegang tot ervaringsdeskundigheid (3)

Laagdrempelige toegang tot ervaringsdeskundigheid krijgt vorm door vanuit de herstelacademies in nauwe samenwerking met buurt- en steunpunten vanuit de zorg- en welzijnspartners in het sociaal domein ervaringsdeskundigheid aan te bieden in de regio. Nadere afstemming met het deeltransformatieplan PlusWIJken ligt ook hier voor de hand (zie ook Tabel 1). Daarnaast is er voor de digitale toegang tot ervaringsdeskundigheid raakvlak met het thema preventie en de eerste stappen binnen het uniform instroommodel, waarbij in een regionale website over mentale gezondheid ervaringsdeskundigheid meteen vanaf het begin een duidelijke plaats zal hebben.

NB. 'Hoe' dit thema gerealiseerd gaat worden vraagt een gedetailleerde uitwerking van een implementatiestrategie per onderwerp, lees: transformatieproject. Het uitwerken van kwalitatief goede projectplannen voor transformatieprojecten waarin de implementatiestrategie en beheersmaatregelen om risico's te voorkomen en de impact van het transformatieproject, worden beschreven, is een verantwoordelijkheid van ervaren projectleiders van de projecten na akkoord van het transformatieplan. Er volgt een go/no go moment voor ieder transformatieprojectplan in de BTMG. Dit is tevens opgenomen als mijlpaal (PPI waaraan uitbetaling is gekoppeld).

[48] mindplatform.nl/media/2216/download/kostenbatenhazrc-20012017-def.pdf?v=1

[49] Familie ervaringsdeskundigen zijn opgeleid om de familie van mensen met psychische kwetsbaarheid op de juiste manier te ondersteunen. Dit ondersteunt het welzijn en herstel van de cliënt, de familie en bevordert de triade cliënt-familie-hulpverlening. Over Platform Familie Ervaringsdeskundigheid - Kenniscentrum Phrenos

3.4 De sociale basis als fundament voor het welzijn in de regio

Ten grondslag aan de bovengenoemde thema's en interventies voor een goede mentale gezondheid staat een stevige sociale basis zoals gedefinieerd in het Gezond en Actief Leven Akkoord (GALA)[50]. Het sociaal werk is cruciaal omdat het de sleutel is om bruggen te slaan tussen het klinische (ggz) en het sociale domein.

Die brug slaan is wenselijk om hierdoor een meer omvattende en preventieve aanpak mogelijk te maken voor het aanpakken van mentale klachten en de beweging van ziekte naar gezondheid te maken. Dit leidt uiteindelijk tot betere resultaten voor individuen en de maatschappij als geheel.

Sociaal werkers kunnen de eigen kernwaarden, hun sociaal perspectief, inbrengen in de dagelijkse praktijk waar zij zorgprofessionals ontmoeten. Het zorglandschap is op zoek naar antwoorden op hun vraagstukken, in het sociaal werk zijn die antwoorden voorhanden[51].

Om de komende jaren de sociale basis - de welzijnsorganisaties en hun partners - als fundament voor de regio te laten fungeren is ontwikkel- en uitvoerkracht nodig om de sociale basis verder te verstevigen en daarnaast meer gerichte interventies in te zetten ter verbinding van het sociale en klinische domein. Binnen de domein overstijgende aanpak van het transformatieplan Mentale Gezondheid speelt het sociaal domein een cruciale rol via:

a) Deelname aan de interventies binnen het transformatieplan (verkennend gesprek, DOCO's, preventie etc.)
b) Verschuiving van cliëntstromen van (ggz-)zorg naar het sociaal domein, wat leidt tot passender aanbod voor inwoners/cliënten, maar naar verwachting ook tot een toename van de vraag naar ondersteuning vanuit zorg- en welzijnspartijen in het sociaal domein.

Alle extra vraag naar welzijnsaanbod naar aanleiding van het uniform instroommodel valt onder verschuiving van cliëntstromen / juiste zorg op de juiste plek. Het welzijnsaanbod rakend aan mentale gezondheid in de regio omvat een breed spectrum waaronder welzijnscoaches, welzijn op recept, ontmoetingsinitiatieven, vitaliteitscoaches, leefstijlinterventies en ervaringsdeskundigheid.

In Bijlage V is een uitgebreid addendum toegevoegd over de bijdrage die het sociaal werk levert en de samenhang tussen de ggz interventies en het sociaal werk.

Voor de bekostiging van de ondersteuning vanuit de zorg- en welzijnsorganisaties in het sociaal domein wordt gebruik gemaakt van SPUK transformatiemiddelen. Voor de opgenomen posten en toelichting zie de toelichting op de begroting in Hoofdstuk 8.1.

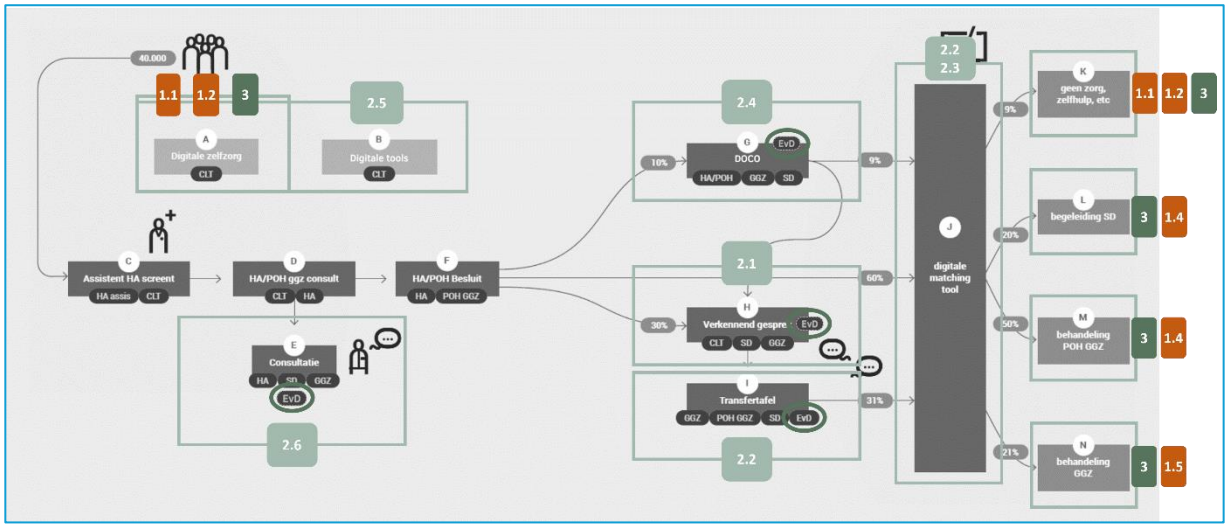
[50] Ministerie van VWS (2023, januari). GALA, Gezond en Actief leven Akkoord, Gemeenten en GGD'en, zorgverzekeraars en VWS zetten gezamenlijk in op een gezond en actief leven met een stevige sociale basis. Geraadpleegd op 5-7-2024, via GALA - Gezond en Actief Leven Akkoord | Rapport | Rijksoverheid.nl

[51] Verharen, L., Kolner, C., Sprinkhuizen, A. (2023, juni). Puzzelen met Perspectief. Vakblad Sociaal Werk, Jaar: 2023, Volume 6. Geraadpleegd op 7-7-2024

3.5 Samenhang tussen de thema's en met andere plannen

De drie thema's kennen een sterke onderlinge samenhang en kunnen in de praktijk niet los van elkaar gezien worden. Daarnaast zijn er raakvlakken en wederzijdse afhankelijkheden met andere regionale transformatieplannen. Hierover vindt nadere afstemming en uitwisseling plaats.

De interventies binnen het thema preventie hangen nauw samen met het uniform instroommodel. De daarin beoogde passende zorg of ondersteuning kan op verschillende manieren plaatsvinden: zelfhulp of mantelzorg, begeleiding door de zorg- en welzijnspartners in het sociaal domein, behandeling door de POH-ggz of behandeling in de ggz. Bij elk van deze opties is er een passende vorm van preventie ingebed (Figuur 12, oranje cijfers). Ook loopt de inzet van ervaringsdeskundigheid als een rode draad door het hele instroommodel (Figuur 12, donkergroene blokken).



Figuur 12: Het uniform instroommodel en de bijbehorende interventies op gebied van preventie (oranje) en ervaringsdeskundigheid (donkergroen)). De nummering komt overeen met de nummering van de interventies in de hierboven genoemde paragrafen. Daarnaast is de inzet van ervaringsdeskundigen bij de uitvoering van het instroommodel donkergroen omcirkeld.

Daarnaast interacteren deze interventies ook met andere regionale transformatieplannen. Tabel 1 geeft op hoofdlijnen weer hoe het transformatieplan Mentale Gezondheid raakt aan of afhankelijk is van andere plannen en waar de plannen elkaar versterken. De regionale plannen die het dichtst raken aan dit plan zijn Ouderen, Arbeidsmarkt, Pluswijken, Deltaplan, Digitalisering en Inwonerparticipatie. Met de meesten heeft een eerste afstemming plaatsgevonden. Nadere uitwerking en afspraken over hoe we elkaar kunnen versterken en hoe de afstemming in de uitvoeringsfase zal verlopen, volgt.

De praktische infrastructuur voor preventie moet een samenhangend geheel gaan vormen naar aanleiding van de initiatieven in dit en andere transformatieplannen in de regio Zuid-Limburg. Het uniform instroommodel, waarin ook naar zelfzorg/leefstijl/preventie uitgestroomd kan worden, biedt zo'n structuur door de samenwerking van alle zorg- en welzijnspartijen in de wijk. Zorgverleners kunnen elkaar bijvoorbeeld beter vinden door de DOCO's of de transfertafels. Met het transformatieplan Pluswijken en sociaal domein (o.a. inzet van leefstijl met HealthyLife) is op hoofdlijnen afstemming geweest over de praktische invulling in de wijk. Bestaande of vanuit andere transformatieplannen (zoals Pluswijken) op te zetten wijksamenwerkingsverbanden laten we zoveel mogelijk samen vallen met onze interventies (zoals DOCO's). Ook kunnen interventies

vanuit verschillende transformatieplannen elkaar versterken (zo is welzijn op recept een verwijsmogelijkheid in het uniform instroommodel). De samenwerking en afstemming tussen plannen is een taak van de projectleiders en regionale netwerkcoördinatoren. Bij goedkeuring van het transformatieplan geeft de inhoudelijke projectleider in afstemming met alle stakeholders verder invulling.

Tabel 1 - Raakvlakken tussen transformatieplan Mentale Gezondheid en andere regionale plannen, dd juni/juli 2024.

Naam plan	Inhoudelijke onderwerpen	Raakvlakken met Mentale Gezondheid	Afspraken over afstemming en versterking
Pluswijken	Programmalijn 1: • Ontwikkeling van een wijkbeeld • Wijkopgave & wijkplan met wijkbudget • Wijkuitvoering • Wijkevaluatie Programmalijn 2: • Sociaal Hospitaal (v/h heavy users) • Kernteam ouderen • PlusPraktijken • Welzijn op recept	• Welzijn op Recept heeft overlap met het uniform instroommodel (verbeterde samenwerking in de wijk; verhogen van het welbevinden van mensen die met milde psychosociale klachten bij de huisarts of andere eerstelijns zorgverleners komen; verbinding tussen medisch domein, de zorg- en welzijnspartners in het sociaal domein en de huisarts) • Inzetten op ervaringsdeskundigheid binnen de Pluswijken	• Opgeschaalde pluswijken is de infrastructuur die wordt gebruikt voor de verkennende gesprekken. De projectleiders stemmen af hoe de daadwerkelijk invulling ervan vorm en inhoud krijgt. • Mogelijke afstemming tussen de 5 pilotwijken voor welzijn op recept en de wijken waar het uniform instroommodel start. Idealiter is de welzijnscoach uit de Pluswijk óók de betrokkene binnen het mentale gezondheidsnetwerk. • Nader afstemmen over ervaringsdeskundigheid.
Ouderen	• Kernteam ouderen in de wijk • Pluszorgcentra • Vangnetvoorzieningen en kortdurend verblijf • Reablement	• Wellicht overlap actiegebied pluswijk/ zorgcentra met uniform instroommodel. • Mogelijke ervaringsdeskundigheid voor ouderen - toevoeging voor pluszorgcentra (informele zorg). • Mogelijke combinatie tussen preventie (MG) en mantelzorg/informele zorg ouderen.	• Welzijn zit al in kernteam ouderen; evt. ggz expertise toevoegen aan kernteam; korte lijn tussen kernteam ouderen en ggz-specialisten.
Deltaplan	• Stimuleren van geclusterde en betaalbare woningen voor ouderen • Versterken van maatschappelijke steunsystemen • Verschuiving van ‘zorgen voor’ naar ‘zorgen dat’: het versterken van vaardigheden van niet-professionele zorgverleners en van eigen sociale netwerken • Informaliseren van de arbeidsmarkt • Inzet van slimme technologie om zelfredzaamheid te bevorderen • Versterken van vangnetvoorzieningen • Ontschotten van systemen en structuren	• Geen directe overlap met inhoudelijke onderwerpen Mentale Gezondheid. Wel een soortgelijke beweging om zorg en preventie korter in de wijk/bij de inwoner te brengen, op een laagdrempelige manier.	• Ervaringen delen over hoe de transitie naar de wijk toe plaatsvindt, van elkaar leren. • Onderling afstemmen waar we aan de slag gaan zodat we op de hoogte zijn van elkaars activiteiten: weten van elkaar wat we doen, waar we het doen en wat kan er eventueel samen worden gedaan.

Naam plan	Inhoudelijke onderwerpen	Raakvlakken met Mentale Gezondheid	Afspraken over afstemming en versterking
Arbeidsmarkt	• Samen implementeren: komen werken, blijven werken, blijven leren, anders werken • Samen leren transformeren • Samen monitoren	• Blijven leren/anders werken komt overeen met scholing verkennend gesprek en de andere manier van denken die daarmee gepaard gaat; hier zijn raakvlakken voor de toekomst. • Leren omgaan met transformeren (zowel professionals als organisaties) is een van de designprincipes in het transformatieplan mentale gezondheid (blijvende aandacht voor veranderproces/ontwikkelen van transformatievaardigheden).	• Kansen om gezamenlijk op te trekken: de manier hoe mensen werken, wie werkt (formeel/informeel), hoe we de verschillende doelgroepen opleiden en wat zij leren. • Innovatie expeditie inzetten als tool om te kijken, hoe wij elkaar kunnen versterken?
Digitalisering		• Transformatieplan in ontwikkeling	• Aangegeven wat we nodig hebben vanuit deeltransformatie Mentale Gezondheid; zie Hoofdstuk 4.4. Digitalisering.
Inwoner-participatie		• Klankbordgroep 2.0	• Samen met Klankbordgroep Mentale Gezondheid, Burgerkracht en CZ hebben we een plan gemaakt voor inwonerparticipatie en het inzetten van inwoners bij het uitvoeren van het transformatieplan (zie 7.2). Vanuit regionale thema inwonerparticipatie zijn CZ en Burgerkracht betrokken.
RSO Zuid-Limburg		• Nog geen plan beschikbaar	• Aangegeven wat nodig is vanuit Mentale Gezondheid; zie Hoofdstuk 4.4. Digitalisering.
Palliatieve zorg		• Geen overlap	
Werkplan Trendbreuk		• Er is een plan, maar dit wordt (nog) niet ingediend i.h.k.v. IZA.	
Beweeghuis		• Nog geen plan beschikbaar	
Naadloos revalidatie aanbod		• Nog geen plan beschikbaar	
Academie patiënt en mantelzorg		• Nog geen plan beschikbaar	
Zuyderland digitale zorgtransformatie		• Nog geen plan beschikbaar	
mProve Zuyderland		• Nog geen plan beschikbaar	
Sociale Wifi		• Nog geen plan beschikbaar, wordt nu gereed gemaakt voor snelle toets	

4. Om echt impact te kunnen maken zijn interne optimalisatie, arbeidsmarkt en digitalisering belangrijke randvoorwaarden

Met de thema's preventie, uniform instroommodel en ervaringsdeskundigheid richten we ons op het voorkómen van zorg enerzijds en het tijdig op de juiste plek instromen anderzijds. Dit is echter niet voldoende - de transformatie kan alleen succesvol zijn als alle ggz-organisaties in de regio parallel actie ondernemen om de huidige wachtlijsten versneld weg te werken, als ook 'achter de voordeur' bij de organisaties de doorstroom en uitstroom bevorderd worden en als er – in verbinding met het regionale zorgbrede netwerk – stappen gezet worden op het gebied van arbeidsmarkt en digitalisering.

4.1 Wegwerken huidige wachtlijst voorwaarde voor bereiken impact

De transformatie Mentale Gezondheid, en vooral de implementatie van het uniform instroommodel, kan alleen succesvol zijn als alle ggz-organisaties gelijktijdig werken aan het versneld opschonen en oplossen van de huidige wachtlijsten. De ggz-organisaties hebben de ambitie om in een periode van maximaal drie jaar de huidige wachtlijsten weg te werken. Daarvoor maken de betrokken ggz-aanbieder (bilaterale) afspraken met de zorgverzekeraars. Dit vraagt ook een zekere mate ven gelijkgerichtheid (verder toegelicht in Hoofdstuk 7.5) van de betrokken partijen, waaronder de zorgverzekeraars, om voldoende middelen beschikbaar te stellen voor deze activiteiten.

Huidige (bilaterale) afspraken voor het wegwerken van de wachtlijsten

De betrokken ggz-aanbieders ondernemen verschillende acties om de wachtlijsten weg te werken. Voorbeelden hiervan zijn het inzetten van digitale middelen en digitale zorg, beter benutten van de tijd op de wachtlijst, andere manieren van (samen)werken en screenen, het verbreden van groepsaanbod en het verbeteren van interne processen. Zie Bijlage VI voor het overzicht van bilaterale afspraken t.b.v. wegwerken wachtlijsten per ggz-aanbieder.

De voortgang op het wegwerken van de wachtlijsten wordt door de instellingen teruggekoppeld in het kernteam en de bestuurlijke tafel mentale gezondheid, waar de sturing op voortgang en resultaat plaatsvindt.

4.2 Optimaliseren interne processen

Met het versterken van de mentale conditie van inwoners, de implementatie van het uniform instroommodel en de hierboven beschreven bilaterale afspraken wordt een belangrijke stap gezet richting het verminderen van de wachtlijsten. Dit heeft echter alleen kans van slagen als alle aanbieders ook intern hun processen optimaliseren en hierover transparant zijn. Als in de keten (het netwerk) gezamenlijk een transformatie wordt geoptimaliseerd, moeten er in de eigen organisatie geen belemmeringen zijn die dat werk tenietdoen. Er is dus een verantwoordelijkheid om binnen de eigen organisatie slagen te maken, zodat men gereed is om de instroom van mensen met een hulpvraag vanuit de keten op te vangen en de doorstroom en uitstroom te optimaliseren.

Optimaliseren uitstroom en doorstroom

Voor het optimaliseren van de uitstroom zal de werkgroep Uitstroom opnieuw worden opgestart, met vertegenwoordiging vanuit alle domeinen. Deze werkgroep zal waar nodig zorgen voor een passend vervolg op de begeleiding of behandeling. De doorstroom wordt door de organisaties zelf georganiseerd. Voorbeelden hiervan zijn het sturen op (vooraf vastgestelde) behandelduur,

verbeteren van de interne en externe afstemming en doorverwijzingen en verhelderen van de afsluitcriteria.

De eigen organisatieverantwoordelijkheid kan niet losgekoppeld worden van de collectieve verantwoordelijkheid. Zo zijn de partners in de regio nodig voor een optimale uitstroom uit de ggz: een goede samenwerking tussen verschillende partners in het zorgdomein en tussen het zorg- en sociale domein, zodat patiënten naadloos kunnen worden overgedragen aan de juiste vervolgzorg of ondersteuning[52]. Daarnaast is er aandacht voor de optimalisering van de door- en terugstroom van patiënten in de specialistische ggz naar hoog-specialistische en academische ggz. Ook worden rond zorgtoeleiding en indicatiestelling (in- exclusie criteria) regionale afspraken gemaakt om onwenselijke horizontale verwijzingen te voorkomen en ervoor te zorgen dat bijvoorbeeld aanbieders zonder crisisdienst complexe problematiek aankunnen en aandurven. Ook de huisarts heeft een rol bij het verminderen van horizontale verwijzingen, vooral bij rechtstreekse verwijzingen naar zorgaanbieders. Indien blijkt dat deze de zorg niet (volledig) kunnen oppakken moet de huisarts inzicht hebben in deze (fout)verwijzingen, zodat er een gericht lerend effect optreedt.

Beweging naar transdiagnostisch werken

De beweging naar transdiagnostisch werken binnen ggz-organisaties is in dit kader van belang: het gedachtegoed van het instroommodel matcht immers niet met een behandeling o.b.v. een specifieke stoornis. Transdiagnostische en integrale benaderingen passen beter bij de cultuuromslag en attitudeverandering die we in de deeltransformatie mentale gezondheid beogen. Kleinere organisaties en vrijgevestigden werken op dit moment al zonder specialistische behandelteams. Anderen zijn de beweging naar transdiagnostisch en integraal werken aan het maken, elk in een vorm en tempo passend bij ieders interne context[53].

Om behandelaren mee te nemen in een nieuwe manier van denken is tijd, aandacht en scholing nodig. Daarnaast is het zaak om specifieke expertise te behouden bij meer generalistisch werken, bijvoorbeeld door over instellingen heen specialismegebieden aan elkaar te koppelen en op die manier de kritische massa te behouden. Bij alle aandacht voor transdiagnostisch en integraal werken, blijft continue toetsing aan de evidentie uiteraard noodzakelijk.

Zie Bijlage VII voor het overzicht van bilaterale afspraken t.b.v. optimaliseren door- en uitstroom per ggz-aanbieder.

Voor deze interne optimalisaties zijn geen kosten opgenomen in de begroting van het Transformatieplan. Organisaties maken hier zelf bilaterale financiële afspraken over met de zorgverzekeraars.

4.3 Arbeidsmarkt en inzet behandelcapaciteit

Ook voor de mentale gezondheidszorg in Zuid-Limburg is er sprake van een zorgkloof: het aantal medewerkers en de zorgvraag lopen steeds verder uiteen. Dat maakt de continuïteit van zorg een uitdaging. Knelpunten zijn een tekort aan regie-behandelaren, een tekort aan specifieke disciplines zoals de verpleegkundig specialist en de psychiater en relatief veel verloop in teams. Daarnaast vormt de inzet van ervaringsdeskundige niveau 4 een uitdaging, juist nu deze hard

[52] Inventarisatie interne optimalisatie binnen de Zuid-Limburgse GGZ organisaties
[53] Inventarisatie interne optimalisatie binnen de Zuid-Limburgse GGZ organisaties

nodig zijn, maar geen onderdeel uitmaken van het Landelijk Kwaliteits Statuut en daardoor geen tijd mogen schrijven in het ZPM.

Oplossingsrichtingen waaraan men werkt zijn het op regionaal niveau optimaal (met oog voor efficiëntie én effectiviteit) inzetten van beperkte capaciteit in een netwerksetting[54], het onderzoeken waar wellicht onderbouwd afgeweken kan worden van de eisen die het landelijk kwaliteitsstatuut stelt aan betrokkenheid van specifieke disciplines en meer inzet van *e-health* in de ggz, bijvoorbeeld voor psycho-educatiegroepen.

Ook in het regioplan is arbeidsmarkt een randvoorwaardelijke opgave, die de regio gezamenlijk wil aanpakken door bevorderen van goed werkgeverschap en het ontwikkelen van een gedeelde aanpak. Met als doel zorgprofessionals ontlasten, het aantal zorgmedewerkers vergroten en het verwachte tekort verminderen[55]. Vanuit de deeltransformatie mentale gezondheid sluiten we aan bij de ambitie van het regioplan om met zorgprofessionals en inwoners gezamenlijk verantwoordelijkheid te nemen voor duurzame zorg. Door het verkennen van de zorgvraag en de eigen mogelijkheden van de cliënt wordt gestreefd naar minder druk op zorgpersoneel en een gerichte inzet van de nu beschikbare zorgcapaciteit. Daarnaast verwachten we een toegenomen medewerkerstevredenheid, wat bijdraagt aan het behoud van medewerkers.

De raakvlakken en samenwerkingskansen op dit randvoorwaardelijke thema zijn nader uitgewerkt in Tabel 1 in Hoofdstuk 3.5.

4.4 Digitalisering en gegevensuitwisseling

Dit hoofdstuk en de bijlage is in samenwerking met het transformatieplan RSO geschreven en ook daarin opgenomen.

Net als ‘arbeidsmarkt’ is ‘digitalisering’ een essentiële randvoorwaarde om de beoogde transformatie op het gebied van mentale gezondheid in Zuid-Limburg te kunnen maken. Veilige uitwisseling van gegevens en inzet van digitale hulpmiddelen zijn noodzakelijk voor een goede samenwerking, o.a. bij de onderdelen consultatie, DOCO en transfertafel onder het thema uniform instroommodel.

Met de ontwikkeling van een regionale website creëren we een overzicht van het eHealth aanbod waarmee digitale zelfzorg vrij toegankelijk wordt gemaakt (zie Hoofdstuk 3.1) en stellen we ervaringsdeskundigheid laagdrempelig digitaal beschikbaar (zie Hoofdstuk 3.3). Binnen het thema uniform instroommodel maken we gebruik van de inzet van digitale zelfzorg in de huisartsenpraktijk (zie Hoofdstuk 3.2). Daarnaast wordt, om de vraag en het beschikbare aanbod beter te matchen, een digitale matchingtool ontwikkeld. Deze tool geeft inzicht in en overzicht van de verschillende vormen van zorg en ondersteuning die beschikbaar zijn in de regio. De tool is daarmee ondersteunend aan de transfertafel en aan de coördinatierol POH-ggz/zorg- en welzijnspartners in het sociaal domein die vanuit het thema preventie wordt ingericht.

Op regionaal niveau heeft de deeltransformatie mentale gezondheid behoefte aan:

1) Een data-ecosysteem dat gestroomlijnde gegevensbeschikbaarheid tussen zorgpartijen en tussen zorg- en sociaal domein mogelijk maakt.

[54] bijv. op het gebied van eetstoornissen

[55] Regioplan Zuid-Limburg - Samen voor een gezond en goed leven in Zuid-Limburg, 11 december 2023

2) Het in gebruik nemen en op elkaar aan laten sluiten van applicaties die nodig zijn vanuit de verschillende interventies.

Vanuit de deeltransformatie mentale gezondheid ontwikkelen we dit in gezamenlijkheid met de deeltransformatie RSO, waarbij we de volgende uitgangspunten hanteren:

- RSO Zuid-Limburg werkt aan databeschikbaarheid in individuele zorgprocessen voor de gehele regio, onder andere op basis van de ambities vanuit alle transformatieplannen uit de regio. Het is primair datagebruik, dus het gaat hierbij om data van individuen.
- RSO Zuid-Limburg levert regionale samenwerkingsfunctionaliteit, waaronder functionaliteit voor inzage, gezamenlijke dossiervoering en multidisciplinaire overleggen.
- De deeltransformatie mentale gezondheid is verantwoordelijk voor het verkrijgen en in gebruik nemen van de overige beoogde functionaliteit specifiek voor deze deeltransformatie (e-health applicaties, digitale matchingstool, CRS-systeem, website).

Gezamenlijk met het RSO is in kaart gebracht waar benodigde functionaliteiten, applicaties en andere digitaliseringsonderdelen liggen die door het RSO worden opgepakt, zie Tabel 2.

Tabel 2 - Inventarisatie van digitaliseringsonderdelen die door RSO worden opgepakt.

Plan	Regionale data-behoefte (obv de plannen en eerste gesprekken, vraagt ook nadere informatieanalyse)							Regionale samenwerkingsfunctionaliteit			Overigen
	Waar is patiënt bekend?	Sociale context	Proactieve zorgplanning	Vragenlijsten	Thuis-metingen	Basisset Acute Zorg	X, Y, Z	Inzage	MDO	Gedeelde dossiervoering	Niet in scope, wel bronsystemen
7. Mentale gezondheid voor iedereen in Zuid-Limburg									eventueel	eventueel	Capaciteitsdata, dashboards, e-Healthapplicaties

Voor meer informatie over de bijdrage van RSO Zuid-Limburg aan deze transformatie, verwijzen wij naar Bijlage VIII.

Verder zijn er allerlei e-Health applicaties, monitoringstools en registratiesystemen waar transformatiemiddelen voor worden aangevraagd en die binnen de transformatieperiode zullen worden toegepast. De aanschaf en uitvoering ervan zal voornamelijk bij de betrokken organisaties liggen. Het gaat daarbij om de volgende applicaties, tools en systemen:

- E-health applicaties
- Digitale matchingstool
- CRS-systeem (voor verkennend gesprek) en opvolger daarvan
- Website zelfzorg

Waar passend zal dit in samenwerking met het RSO gebeuren. Door uit te wisselen en te leren van de ervaringen binnen het RSO-consortium, zal dit een besparing opleveren in keuze en aanschaf van applicaties, tools en systemen. Bovendien zal hetzelfde gebruik van applicaties of systemen het uitwisselen van data bevorderen. Uiteraard wordt in deze aanschaf- en implementatietrajecten ook gebruik gemaakt van de ervaringen van koplopers in andere regio's.

NB. Ook bij de afzonderlijke organisaties staat digitalisering hoog op de agenda: het is een belangrijk onderdeel in de contracteringsgesprekken en is in meerdere jaarplannen opgenomen. Dit is overigens geen onderdeel van de scope van dit transformatieplan: elke organisatie heeft zelf de opdracht hier verder in te investeren.

5. De maatschappelijke business case van de transformatie is positief

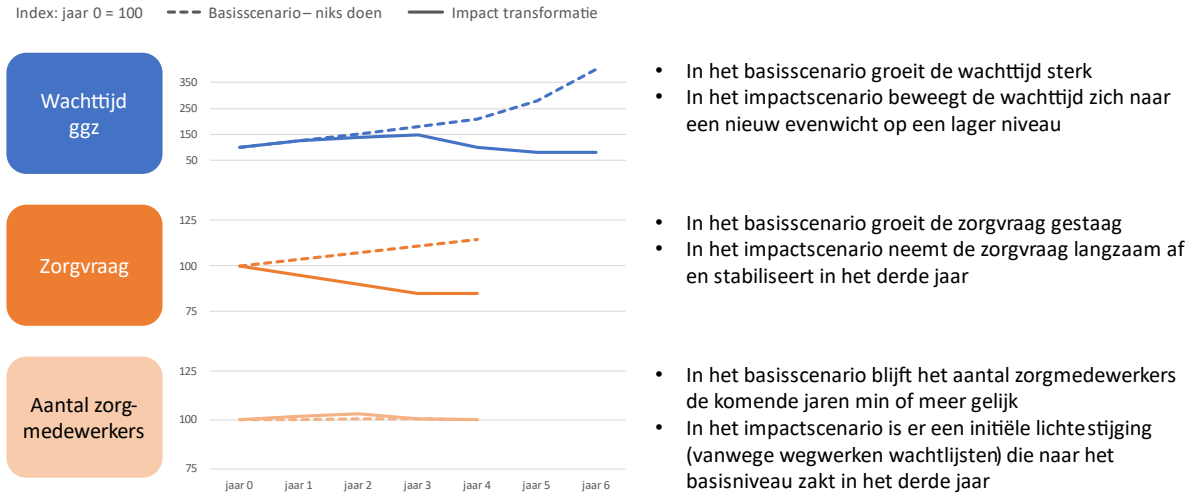
Met de drie thema's binnen het deeltransformatieplan beogen we een substantiële impact te maken op toegankelijkheid en kwaliteit en de kosten beheersbaar te houden. Dit doen we door de in-, door- en uitstroom van mensen in de ggz te beïnvloeden en daarmee de wachtlijsten te verkorten. Daarnaast verwachten we een positief effect op de *quadruple aim*: gezondheid, kwaliteit, zorgkosten en medewerkers.

De drie thema's binnen de transformatie mentale gezondheid zoals die in dit plan beschreven staan, leiden tot een tot een positieve maatschappelijke business case: een positief effect op toegankelijkheid, een positief effect op kwaliteit en gelijkblijvende of lagere maatschappelijke kosten.

In de volgende paragrafen lichten we deze drie aspecten verder toe. Een verdieping en nadere onderbouwing van de gebruikte datapunten, bronnen en aannames is te vinden in Bijlage IX en X. Bijlage XI geeft een overzicht van de verwachte impact van het transformatieplan op de deelopgaves uit het regioplan[56].

5.1 De transformatie mentale gezondheid heeft een positief effect op toegankelijkheid

De verwachte impact op de toegankelijkheid schatten we in aan de hand van de impact op de wachtlijst, de zorgvraag en het aantal zorgmedewerkers. Figuur 13 geeft hiervan een overzicht. Vanwege het modelmatige karakter van de impactschatting is niet gekozen voor jaartallen, maar voor opeenvolgende jaren (jaar 1, jaar 2, jaar 3, enz.). Het betreft telkens een inschatting over de looptijd van minimaal dit transformatieplan, waarbij het basisscenario ("wat als we niets doen") is weergegeven met een stippellijn en het impactscenario met een doorgetrokken lijn.



Figuur 13: Verwacht effect transformatie mentale gezondheid op toegankelijkheid. 1) Het aantal wachtenden op de wachtlijst vertaalt zich niet 1-op-1 door naar de wachttijd (wachtrijtheorie), waardoor kleine impact op het aantal wachtenden kan leiden tot een grote impact op de wachttijd. Voor gebruikte datapunten, bronnen en aannames zie Bijlage IX.

[56] Regioplan Zuid-Limburg - Samen voor een gezond en goed leven in Zuid-Limburg, 11 december 2023

Voor **wachttijd** zijn we uitgegaan van de wachtlijstgegevens van de RTF Zuid-Limburg[57]. In het basisscenario is daarbij rekening gehouden met een forse groei en in het impactscenario met een beweging naar een nieuw evenwicht op een lager niveau dan nu. Dat de beoogde transformatie na het wegwerken van de wachtlijsten in jaar 3 zal leiden tot dit nieuwe evenwicht leiden we af uit de resultaten van min of meer vergelijkbare initiatieven elders in het land en uit eerdere pilots[58, 59, 60, 61, 62] (zie ook Bijlage IX).

Bij het inschatten van de verwachte impact is het belangrijk ons te realiseren dat het aantal wachtenden op een wachtlijst zich niet 1-op-1 doorvertaalt in de wachttijd[63]. Hoe deze samenhang precies in elkaar zit, is onderwerp van de zgn. wachtlijsttheorie, waarvan Tabel 3 een korte samenvatting geeft.

Wachtlijsttheorie in het kort:
- **Probleem:** Het aantal wachtenden in een wachtlijst **vertaalt zich niet 1-op-1 naar de wachttijd**. De wachttijd neemt **explosief** toe met het aantal wachtenden wanneer de werkbelasting van GGZ-personeel 100% nadert. Er is op dat moment minder/geen ruimte om variatie in frequentie van zorgvraag en duur van behandeltraject op de vangen. - **Oplossing: Gezamenlijke wachtlijsten** leiden tot kortere gemiddelde wachttijden en kleinere variaties in wachttijden dan aparte wachtlijsten. - **Gevolg:** Wanneer de instroom van cliënten groter is dan de uitstroom, zal de wachttijd blijven groeien. Daarentegen zal de wachttijd op den duur een **evenwicht** bereiken wanneer de instroom van cliënten kleiner is dan de uitstroom.

Tabel 3: Wachtlijsttheorie in het kort. Meer informatie is o.a. te vinden in 'Wachtlijsten in de ggz – analyse en oplossingen. Vivian Hemmelder en Rasila Hoek, 3-12-2020.'

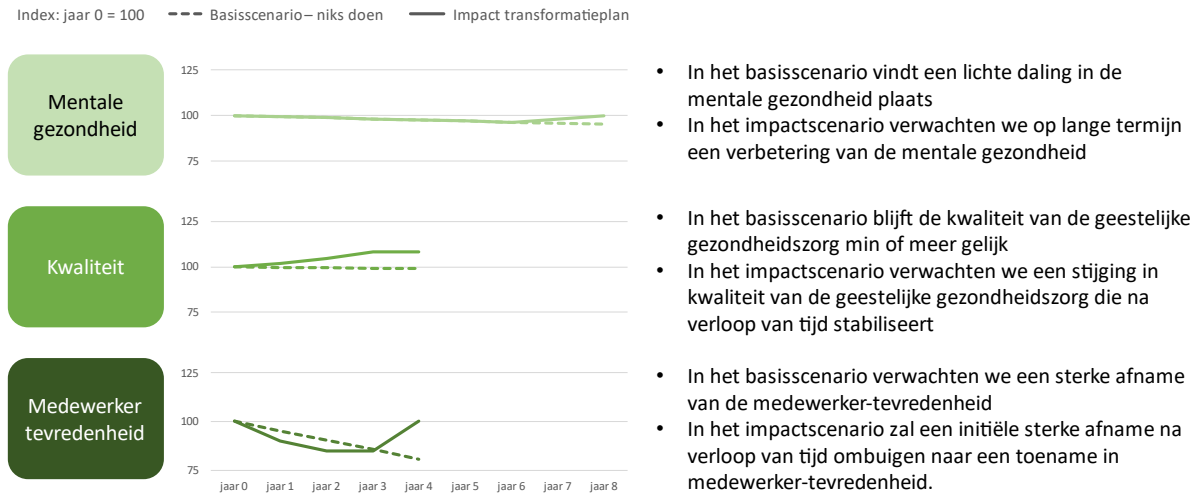
In het basisscenario zien we verder een gestage groei van de **zorgvraag**[64,65] bij een min of meer gelijkblijvend aantal **zorgmedewerkers**[66], waardoor de zorgkloof toeneemt. In het impactscenario verwachten we dat de zorgvraag langzaam afneemt[67,68] en in het derde jaar van de transformatie stabiliseert. Het aantal zorgmedewerkers blijft ook in het impactscenario naar verwachting min of meer gelijk, met een kleine toename tijdens de extra inzet voor het wegwerken van de huidige wachtlijsten. We beogen geen afname in personeel, maar dat het aanbod meer in lijn wordt gebracht met de vraag. De personele capaciteit die er 'vrij komt' is nodig om aan de (groeiende) vraag te kunnen voldoen. We gaan daarom uit van gelijkblijvende FTE gedurende de transformatie.

[57] Data RTF t/m december 2023.
[58] Therapieland. 2022. Minder wachtenden in de GGZ door andere manier van gespreksvoering.
[59] De Nederlandse ggz. 2018. Met een ander intakegesprek de wachttijden verminderen.
[60] Propositie programma proeftuin De Nieuwe GGZ Zuid-Limburg. 2021.
[61] RIVM. Loketgezondleven.nl. Integrale aanpak mentale gezondheid.
[62] Vereniging van Ervaringsdeskundigen, het Trimbos-Instituut en Kenniscentrum Phrenos. 2024. Zorgstandaard Ervaringsdeskundigheid. GGZ Standaarden.
[63] O.a. Zonderland, M.E. 2012. Curing the queue.
[64] Zorg door de huisarts. Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn: jaarcijfers 2021 en trendcijfers 2017-2021.
[65] Bevolkingsstatistiek (CBS) i.c.m. Primos-prognose (ABF Research).
[66] Arbeidsprognosemodel Zorg en Welzijn. 2023. ABF Research.
[67] RIVM. Loketgezondleven.nl. Integrale aanpak mentale gezondheid.
[68] Vereniging van Ervaringsdeskundigen, het Trimbos-Instituut en Kenniscentrum Phrenos. 2024. Zorgstandaard Ervaringsdeskundigheid. GGZ Standaarden.

5.2 De transformatie mentale gezondheid heeft een positief effect op kwaliteit

De verwachte impact op kwaliteit schatten we in aan de hand van de impact op mentale gezondheid, ervaren kwaliteit en medewerker tevredenheid.

Figuur 14 geeft hiervan een overzicht. Ook hier is vanwege het modelmatige karakter gekozen voor opeenvolgende jaren (jaar 1, jaar 2, jaar 3, enz.) in plaats van jaartallen. Op het gebied van **mentale gezondheid** verwachten we op basis van regionale gegevens van de GGD, het CBS en de Gezondheidsmonitor Volwassenen en Ouderen[69] in het basisscenario een lichte daling. In het impactscenario verwachten we daarentegen op de lange termijn een verbetering van de mentale gezondheid[70].



Figuur 14: Verwacht effect transformatie mentale gezondheid op kwaliteit. Voor gebruikte datapunten, bronnen en aannames zie Bijlage IX.

Voor **kwaliteit van zorg** is voor het basisscenario gebruik gemaakt van werknemer enquêtes van het CBS, waarin ggz-medewerkers zijn gevraagd naar de kwaliteit van de geleverde zorg[71]. Deze cijfers zijn de afgelopen jaren min of meer stabiel gebleven; in het basisscenario is die trend doorgetrokken voor de komende jaren. In het impactscenario verwachten we op basis van ervaringen met vergelijkbare initiatieven[72] een stijging in de (ervaren) kwaliteit van de geestelijke gezondheidszorg die na verloop van tijd stabiliseert.

In de werknemer enquêtes van het CBS is ook de **medewerker tevredenheid** over de afgelopen jaren gemeten. Op basis daarvan verwachten we in het basisscenario een sterke afname, terwijl

[69] (Corona) Gezondheidsmonitor Volwassenen en Ouderen, GGD'en, CBS en RIVM (2012, 2016, 2020, 2022).
[70] Zie o.a. Smit D et al. The effectiveness of peer support for individuals with mental illness: systematic review and meta-analysis. Psychol Med. 2023 Aug;53(11):5332-5341.
[71] AZW: uitkomsten werknemersenquête. CBS. (4e kwartaal 2020, 2e kwartaal 2021, 4e kwartaal 2021, 2e kwartaal 2022, 4e kwartaal 2022, 2e kwartaal 2023).
[72] Zorgvisie. 2024. GGz BreBurg wil verder met mentale gezondheidscentra, maar het systeem stokt.

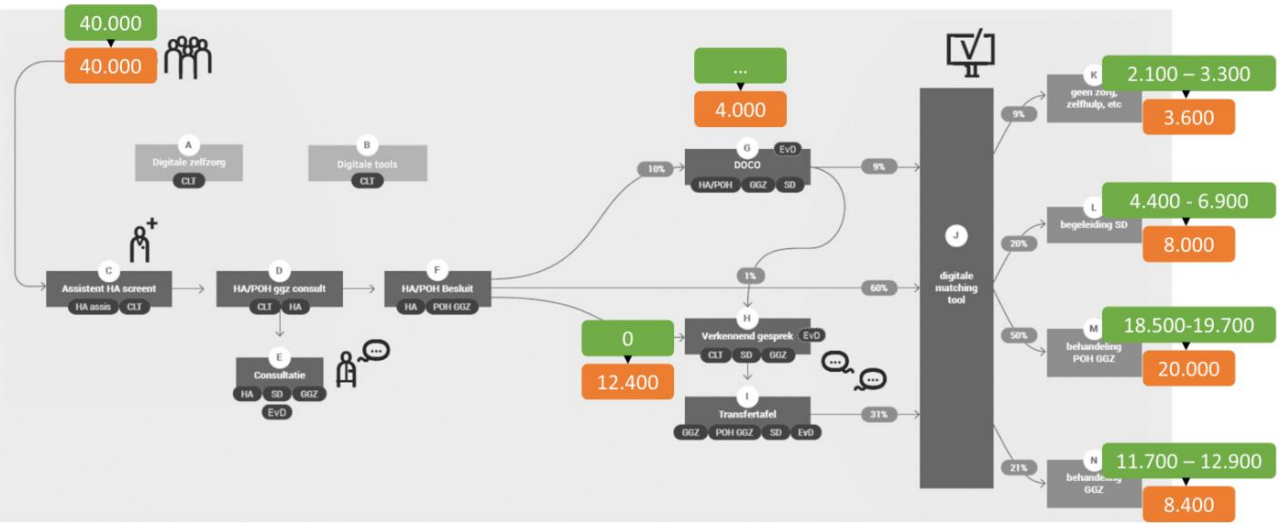
een initiële sterke afname in het impactscenario na het wegwerken van de wachtlijst in jaar 3 zal ombuigen naar een toename in medewerker tevredenheid[73].

5.3 De transformatie mentale gezondheid leidt tot gelijkblijvende of lagere maatschappelijke kosten

Op basis van de beschikbare gegevens, voorbeelden uit het land en eerdere pilots verwachten we dat de transformatie mentale gezondheid uiteindelijk tot gelijkblijvende of lagere maatschappelijke kosten leidt. Uiteindelijk, want voor het zover is zal tijdens de transformatieperiode sprake zijn van een ingroeimodel, waarbij investeringen moeten worden gedaan (o.a. het transformatiebudget dat opgenomen is in de begroting bij dit transformatieplan) en waarin het volledige effect van de ingezette interventies nog niet bereikt zal zijn.

Implementatie van het uniform instroommodel leidt tot gelijkblijvende of lagere kosten voor zorg of ondersteuning

Door de implementatie van het uniform instroommodel zal een verschuiving in verwijsstromen plaatsvinden (Figuur 15). Op basis van de eerdere pilots en de ervaringen met het verkennend gesprek in andere regio's verwachten we daardoor op termijn een lager aantal zorgvragers voor de ggz (blokje N in het instroommodel) en een hoger aantal zorgvragers dat uitkomt bij geen zorg of zelfzorg (blokje K), begeleiding vanuit de zorg- en welzijnspartners in het sociaal domein (blokje L) en (door)behandeling bij de POH-ggz (blokje M).



Figuur 15 - Aantal zorgvragers per jaar in basisscenario (groen) en bij implementatie van het uniform instroommodel (oranje).

Om dit te modelleren zijn we zo dicht mogelijk bij de eerdere publicatie over het uniform instroommodel[74] gebleven:

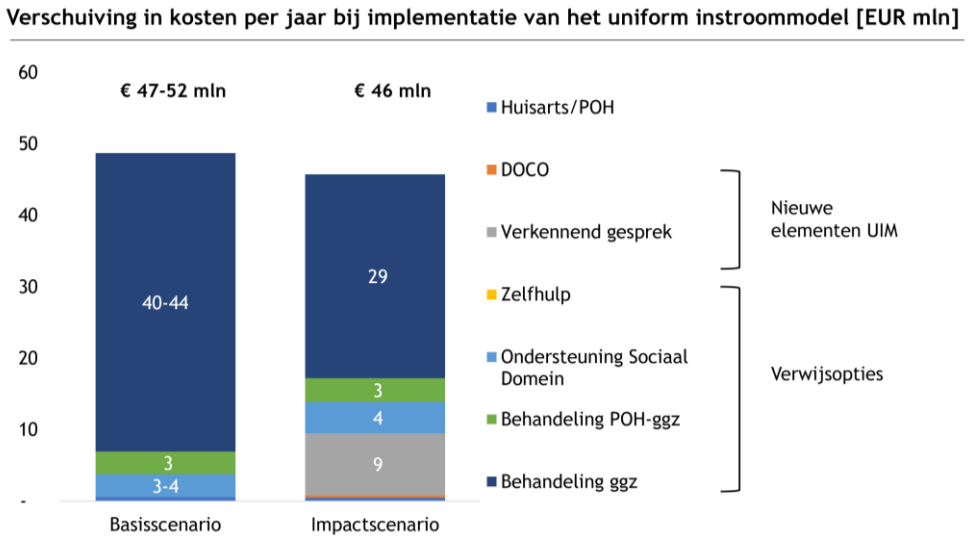
- Zowel in het basis- als het impactscenario is uitgegaan van een instroom bij de huisarts van 40.000 zorgvragers per jaar.
- Voor het impactscenario zijn ook alle andere beoogde aantallen overgenomen uit de publicatie, omdat dit de situatie beschrijft bij volledige implementatie van het uniform instroommodel.
- De aantallen in het basisscenario zijn vervolgens benaderd door terug te rekenen op basis van een 28-35% hogere instroom in de ggz dan in het impactscenario, zoals bereikt bij Ggz Breburg

[73] Zie o.a. Propositie programma proeftuin De Nieuwe GGZ Zuid Limburg. 2021.
[74] Alle partijen aan zet. Buro Copine/ RTF wachttijden GGZ Zuid-Limburg, september 2023. Voor overige referenties en aannames zie Bijlage X.

en in Noord-Holland-Noord. Dit is ambitieus, maar voor de 'eindsituatie' (dus na meerjarige ingroei) ook in lijn met de verwachtingen uit de recent gepubliceerde landelijke business case voor mentale gezondheidsnetwerken waar met 30% minder instroom wordt gerekend[75].

- Vervolgens zijn twee varianten voor de verschuiving naar de zorg- en welzijnspartners in het sociaal domein berekend.
- Op basis van de verschillende schattingen van de aantallen in het basisscenario zijn de resultaten telkens weergegeven in een bandbreedte.

Bij een verschuiving in verwijsstromen vindt ook een verschuiving in kosten plaats (Figuur 16). De kosten voor behandeling in de ggz liggen gemiddeld hoger dan die van ondersteuning door de zorg- en welzijnspartners in het sociaal domein, behandeling door de POH-ggz of geen zorg/zelfzorg[76]. Dat leidt tot lagere totale kosten 'aan de rechterkant' van het instroommodel. Met de implementatie van het instroommodel worden er echter ook nieuwe kosten gemaakt, namelijk voor het DOCO, de verkennende gesprekken en de transfertafel. Netto leidt dit bij volledige implementatie van het uniform instroommodel tot een gemiddeld verschil van 3 miljoen euro per jaar ten opzichte van het basisscenario. De verwachting is dus dat de jaarlijkse kosten voor zorg en ondersteuning in ieder geval niet toenemen en uiteindelijk zelfs lager uit kunnen komen dan in de huidige situatie.



Figuur 16: Verschuiving in kosten per jaar bij implementatie van het uniform instroommodel [EUR mln], modellering op basis van publicatie RTF en aanname van ~30% minder instroom in de ggz. Inclusief indexatie t/m 2029 (volledige implementatie van het model wordt in 2029 verwacht) met een percentage van 2,77%.

***LET OP:** Dit betreft een modellering van de uiteindelijke situatie na volledige implementatie van het instroommodel bij gelijkblijvende aantallen 'aan de voorkant'. Het is bedoeld om gevoel te krijgen voor hoe implementatie van het instroommodel de 'cliëntstromen' en daarmee de kosten beïnvloedt ten opzichte van een situatie zonder instroommodel. We moeten ons daarbij realiseren dat:*

[75] https://www.mentalegezondheidsnetwerken.nl/kennisbank/businesscase-mentale-gezondheidsnetwerken-2025-2028/

[76] Zie Bijlage X voor een overzicht van de gebruikte tarieven en inschattingen.

- *Volledige implementatie op dit moment natuurlijk nog niet aan de orde is en een flinke ingroeiperiode vraagt.*
- *We op dit moment in een situatie zitten waarin parallel aan de uitvoering van het transformatieplan de bestaande wachtlijsten weggewerkt moeten worden, wat een grote inspanning vraagt qua medewerkers en budget. Zie hiervoor ook Hoofdstuk 4.*
- *Doel is om op hoofdlijnen enig inzicht te krijgen in wat er gebeurt/kan gebeuren bij het verschuiven van patiëntenstromen zoals we dat met elkaar voor ogen hebben. Dat daarbij aannames gedaan zijn en verdere verfijning mogelijk is, is kenmerk van een model. Dat geldt zowel voor aantallen als gehanteerde tarieven (bijv. de verschillende zorg- en welzijnspartners in het sociaal domein en ggz kennen in de praktijk verschillende kostensoorten, die zijn niet allemaal apart meegenomen).*

Of dit in de praktijk zo uitpakt hangt van vele factoren af, vandaar ook de uitgebreide monitoring en evaluatie (zie Hoofdstuk 6). Een voorbeeld: als de ambitie van ~30% minder instroom naar de ggz niet behaald wordt, maar 'blijft steken' op 20%, wordt de business case in dit model ~2 mln negatief.

In ieder geval is duidelijk dat de baten uiteindelijk vooral in de ggz/Zvw zullen liggen en de lasten bij de gemeenten/zorg- en welzijnspartners in het sociaal domein. Over hoe we binnen de samenwerking omgaan met die verschuivende kosten moeten afspraken worden gemaakt tussen de implementerende partijen, waar ook de financiers bij zijn aangehaakt. Dit wordt nader toegelicht in Hoofdstuk 5.5, impact op de stakeholders van het transformatieplan.

In Bijlage X is een uitgebreidere toelichting van de denklijnen, gebruikte datapunten, bronnen en aannames te vinden. Ook wordt daar een vergelijking gemaakt met de landelijke business case voor mentale gezondheidsnetwerken[77].

Implementatie van de thema's preventie en ervaringsdeskundigheid leidt tot gelijkblijvende of lagere kosten voor zorg of ondersteuning

We weten allemaal dat preventie een lange adem vraagt, voordat effecten zichtbaar worden. Dat geldt ook voor het thema preventie in dit deeltransformatieplan. Op dit moment worden er meerdere initiatieven tegelijk in gang gezet op het gebied van zorg, gezondheid en versterking van de sociale samenhang (zie Hoofdstuk 3.5 over de raakvlakken met andere transformatieplannen in Zuid-Limburg). Dat is een goede ontwikkeling, maar vormt voor het maken van impactschattingen en straks voor de evaluatie een complicerende factor.

Om een indruk te geven van de mogelijke opbrengsten van preventie op het gebied van mentale gezondheid verwijzen we graag naar een publicatie van het RIVM, waarin voor een fictieve regio met 1 miljoen volwassenen de maatschappelijke kosten die toe te schrijven zijn aan depressie en angststoornissen berekend zijn: ruim 310 miljoen euro per jaar voor depressie en 343 miljoen euro per jaar voor angststoornissen. Vervolgens zijn zij uitgegaan van een hypothetische afname van 5% in de prevalentie van depressie en angst en hebben ze de bijbehorende economische

[77] Naast de landelijke business case is er in juni 2024 ook een Social Return on Investment (SROI) analyse van Mentale Gezondheidsnetwerken uitgevoerd voor Noord- en Midden-Limburg. Deze laat zien dat elke geïnvesteerde euro 3,0 euro oplevert aan maatschappelijke winst, waarbij de kosten en baten ook hier niet vanzelf gelijkmatig bij de belanghebbenden vallen.

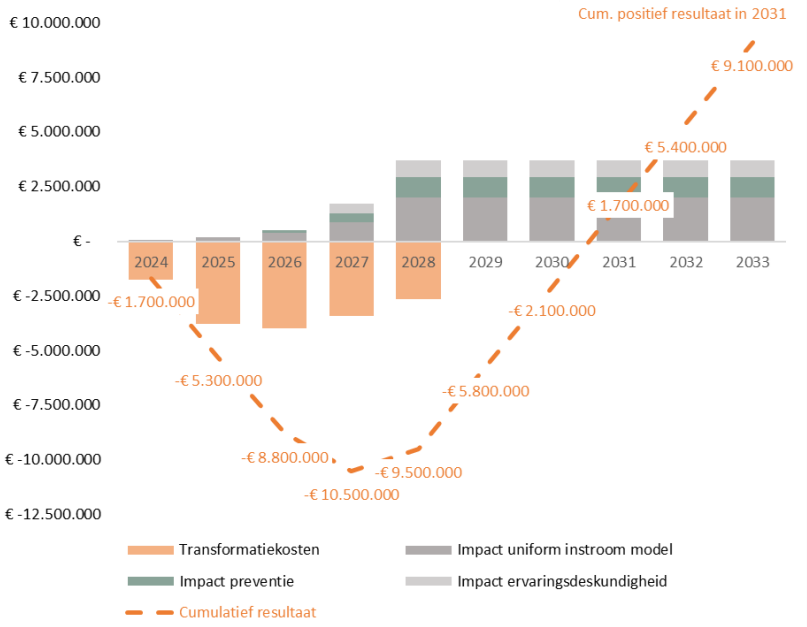
waarde van de kostenreducties berekend: €15 miljoen per jaar voor depressie en €17 miljoen voor angststoornissen[78].

De auteurs geven verder aan dat kosteneffectiviteitsanalyses nodig zijn om te weten hoe in voorkomende gevallen de balans uitvalt tussen de kosten van preventie en de verwachte kostenreducties, maar dat uit review van overwegend internationale studies blijkt dat voor zowel angst als depressie online aangeboden preventie gebaseerd op cognitieve gedragstherapie kosteneffectief kan zijn.

Voor de impact van de inzet van ervaringsdeskundigheid op de (zorg) kosten is beperkt informatie beschikbaar. Een recente review noemt het effect van *peer support initiatives* op het klinisch en persoonlijk herstel 'bescheiden, maar consistent'[79]. Hoewel er aan een kosten-batenanalyse voor dit type publieke goederen een stevige disclaimer verbonden is, kwam een eerste analyse van de waarde van zelfregie- en herstelinitiatieven uit op een positieve *return on investment* van 1,35[80].

5.4 Er is een positieve financiële business case voor deze transformatie

De financiële business case van deze transformatie is inzichtelijk gemaakt door de transformatiekosten af te zetten tegen de verwachte impact op zorg- en ondersteuningskosten (Figuur 17 17).



	2025 H2	2026 H1	2026 H2	2027 H1	2027 H2	2028 H1	2028 H2
Aantal VG's	700	634	1.591	1.436	3.618	3.279	8.224
Ondergrens	560	507	1.273	1.149	2.894	2.624	6.579

Figuur 17 17: Transformatiekosten afgezet tegen verwachte impact op de drie thema's

[78] Effectieve interventies en beleid mentale gezondheid en preventie. Een overzicht van kansen en mogelijkheden per levensfase & economische baten. RIVM, maart 2022.
[79] Smit D et al. The effectiveness of peer support for individuals with mental illness: systematic review and meta-analysis. Psychol Med. 2023 Aug;53(11):5332-5341.
[80] Het Instituut voor Publieke Waarden. De waarde van zelfregie- en herstelinitiatieven, 2018.

De impact is een optelling voor de drie thema's preventie, uniform instroommodel en ervaringsdeskundigheid:

- Voor preventie is een percentage ingeschat van het totaal aan potentiële maatschappelijke kostenreductie: €15 miljoen + €17 miljoen kostenreductie voor 1 miljoen mensen, dus circa €19 miljoen voor de populatie in Zuid-Limburg zoals toegelicht in Hoofdstuk 5.3. De ingroei van 2026 tot en met 2028 is ingeschat op 0,5% in 2026, 2,0% in 2027 en 4,50% in 2028. De impact van preventie is geïndexeerd met 2,54% per jaar.
- Voor het uniform instroommodel wordt de impact geschat op gemiddeld €3.0 miljoen per jaar bij volledige implementatie zoals toegelicht in Hoofdstuk 5.3. De impact in de jaren voorafgaand aan volledige implementatie zijn berekend naar rato van de ingroei in aantal verkennende gesprekken (zoals beschreven in Hoofdstuk 6).
- Voor ervaringsdeskundigheid is gerekend met een ROI van 1.35 (zoals toegelicht in Hoofdstuk 5.3) en de kosten per jaar voor ervaringsdeskundigheid zoals begroot. De impact wordt twee jaar na de gemaakte kosten verwacht.

De oranje gestippelde lijn geeft het cumulatief resultaat weer en maakt het break-even point inzichtelijk en is een optelling van (negatieve) kosten en (positieve) impact.

5.5 Impact op de stakeholders van het transformatieplan

In de deeltransformatie mentale gezondheid werkt een groot aantal partijen samen. Figuur 18 geeft aan welke organisaties bij welke thema's en initiatieven een rol spelen. Dit is uiteraard een momentopname; gedurende de transformatie kunnen meer organisaties aansluiten. In de implementatiefase zal daarnaast een verfijning plaatsvinden van de benodigde inzet van de verschillende genoemde partijen.

Er is een zorgvuldige impactanalyse gedaan voor de voorzienbare effecten van het transformatieplan. In Bijlage XI wordt per stakeholder aangegeven wat de impact is van het transformatieplan, geordend naar de *quadruple aim* en aangevuld met de categorie duurzaamheid (conform format van het data-onderzoeksteam (DOT ZL) en vereiste categorieën vanuit IZA).

Belangrijk aandachtspunt hierbij is hoe om te gaan met de verwachte verschuiving van aantallen en kosten tussen partijen in de Zvw en Wmo. Er wordt in veel transformaties, waaronder deze, heel veel verwacht van de zorg- en welzijnspartners in het sociaal domein en van de 'beweging naar de voorkant' om de druk op de zorg te verminderen en ervoor te zorgen dat cliënten en inwoners passende zorg en ondersteuning krijgen. De opgave voor de zorg- en welzijnspartners in het sociaal domein wordt daarmee groter dan nu het geval is[81].

Goede monitoring (zie Hoofdstuk 6) is daarom nodig om te weten óf en hoe verschuivingen daadwerkelijk plaatsvinden, en goede afspraken over bekostiging (zie Hoofdstuk 7.5) om te zorgen dat we het ook allemaal kunnen blijven waarmaken.

[81] Samenwerking sociaal en medisch domein. Een verkenning. Rapportage, maart 2024 In opdracht van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport Pieter Hilhorst & Mary van den Wijngaart.

	Ggz partijen					Sociaal Domein			Huisartsen			Gemeenten
	Zuyderland	Mondriaan	Lionarons	Metggz	Psyzorg	Levanto	MIK/PIW	Incluzio	ZIO	Meditta	HOZL	
1. Preventie												
1.1 Regionale website mentale gezondheid met informatie en aanboc	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
1.2 eHealth modules mentale weerbaarheid en leefstijl	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
1.3 Zelfregie- en herstelaanbod	zie Ervaringsdeskundigheid											
1.4 Vergroten inzet bestaande interventies door en voor SD en POH-g	●					●	●	●	●	●	●	
1.5 Wachtlijst leefstijl	●	●	●	●	●							
2. Uniform instroommodel												
2.1 Verkennend gesprek	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	
2.2 Transfermechanisme (transfertafel & digitale matchingstool)	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	
2.5 Digitale matchingstool	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	
2.3 Domein overstijgend casusoverleg (DOCO)	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	
2.1 Digitale zelfzorg en tools	zie Preventie											
2.2 Consultatie	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	
3. Ervaringsdeskundigheid												
3.1 Herstelacademie	○	○		○		○						○
3.2 Familie ervaringsdeskundigheid	○	○		○		○						
3.3 Digitale aanbod ervaringsdeskundigheid	zie Preventie - website											

Figuur 18: Overzicht van betrokken partijen bij de verschillende thema's en initiatieven binnen het deeltransformatieplan. Dit overzicht is nog in ontwikkeling en zal o.a. worden aangevuld met recent aangesloten welzijnspartijen.

6. Monitoring en evaluatie voor tijdige bijsturing en verantwoording

Om resultaten te kunnen evalueren en om tijdig bij te kunnen sturen waar dat nodig is, monitoren we de hoofdimpact (wachtlijsten en *quadruple aim*) en hebben we voor elk thema relevante Proces Performance Indicatoren (PPI) en Key Performance Indicatoren (KPI) opgesteld. Een selectie aan PPI's en KPI's is gekoppeld aan uitbetaling. Voor de periode tot aan goedkeuring van het transformatieplan, waarin de eerste 500 gesprekken plaats vinden, vindt er een compacte vorm van monitoring plaats.

6.1 Hoofdimpact wordt voortdurend gemonitord en is alleen indirect gekoppeld aan uitbetaling

Aangezien verkorten van de wachtlijsten het hoofddoel is van het transformatieplan, vormt de ontwikkeling van de wachtlijsten de primaire impact waarop gedurende de gehele transformatieperiode gemonitord wordt. De vier aspecten van de *quadruple aim*, te weten de gezondheid van een populatie, ervaren kwaliteit van zorg door de populatie, (zorg)kosten die de populatie maakt en welzijn/tevredenheid van medewerkers, vormen samen de secundaire impact waarop gemonitord wordt. Bij deze monitoring zijn drie academische werkplaatsen van de Universiteit Maastricht betrokken: Mentale Gezondheid, Huisartsenzorg en Duurzame Zorg, in nauwe afstemming met de werkgroep monitoring van de deeltransformatie Mentale Gezondheid. Het plan van aanpak is te vinden in Bijlage XII.

Omdat de verschillende thema's en interventies min of meer gelijktijdig plaatsvinden is het lastig om de effecten van de individuele thema's en interventies te onderscheiden. We kiezen er daarom voor om bovengenoemde hoofdimpact overkoepelend en op een geaggregeerde wijze te monitoren over de tijd. Dat wil zeggen dat de monitoring van de hoofdimpact zich primair richt op de vraag hoe deze zich op de schaal van Zuid-Limburg als geheel ontwikkelen over de komende jaren. Waar dat (data-technisch) mogelijk is, zal worden getracht de ontwikkeling van de hoofdimpact te specificeren naar de drie afzonderlijke subregio's.

Monitoring over de tijd en op geaggregeerd (i.e. regionaal) niveau maakt de monitoring van het uniform instroommodel behapbaar en maakt straks inzichtelijk of de hoofdimpact in de regio zich positief heeft ontwikkeld (e.g. de wachtlijsten zijn met X% afgenomen). Het is methodologisch gezien echter onmogelijk om te kwantificeren in welke mate dat komt door specifieke (delen van) interventies (bijv. het instroommodel draagt voor X% significant bij aan een daling van de wachtlijsten)[82]. Omdat de interventies in principe in de hele regio Zuid-Limburg uitgevoerd worden, kunnen we niet vergelijken met een regio met eenzelfde soort kenmerken maar zonder de beoogde interventies. Daarnaast is het in deze aanpak niet mogelijk om de (ontwikkeling van de) hoofdimpact te vergelijken tussen individuen of tussen organisaties.

Voor de monitoring van de hoofdimpact zal waar mogelijk gebruik gemaakt worden van bestaande databronnen en monitoringsinstrumenten om de werkdruk en registratielast laag te houden. Zo worden in de regio vanuit de regionale taskforce (RTF) al wachtlijstgegevens verzameld waarmee de wachttijd gemonitord kan worden. Daarnaast monitort de GGD iedere 4 jaar de

[82] Dit punt is uitgebreid besproken in de werkgroep monitoring en met medewerkers van de Academische Werkplaats Duurzame Zorg en de Academische Werkplaats Mentale Gezondheid van de Universiteit Maastricht. Conclusie was dat de causaliteit nooit echt is vast te stellen, maar dat elke poging daartoe wel een grote hoeveelheid werk (dus kosten) oplevert en een grote administratielast.

gezondheidsstatus van inwoners in de regio en beschikken financiers (verzekeraars en gemeenten) over gegevens ten aanzien van consumptie en kosten van voorzieningen in de zorg en het sociale domein. Bij het gebruik van dergelijke reeds bestaande gegevens zullen de beperkingen van die data uiteraard ook gelden voor de monitoring. De gezondheidsmonitor wordt bijvoorbeeld niet elk jaar afgenomen en declaratiedata in de ggz zijn pas 3 jaar later volledig gedeclareerd bij verzekeraars. Daarnaast zal het voor ervaren kwaliteit van zorg en welzijn/tevredenheid van medewerkers toch nodig zijn om primaire dataverzameling te organiseren.

Om niet alleen te weten of en hoe de hoofdimpact zich in de regio ontwikkelt, maar tevens te onderzoeken welke mechanismen daaraan ten grondslag liggen, worden op verschillende momenten interviewrondes gehouden met een breed scala aan stakeholders (cliënten, zorgverleners, beleidsmakers, financiers, bestuurders, etc.). Gedurende de looptijd van het instroommodel in kaart brengen waarom bepaalde mechanismen wel of niet werken, helpt om grip te krijgen op en te leren van het instroommodel. Enerzijds door de ontwikkelingen van de hoofdimpact op regioniveau beter te duiden en juist te interpreteren. Anderzijds stelt het de themaleiders in staat om gedurende het project processen bij te sturen indien nodig.

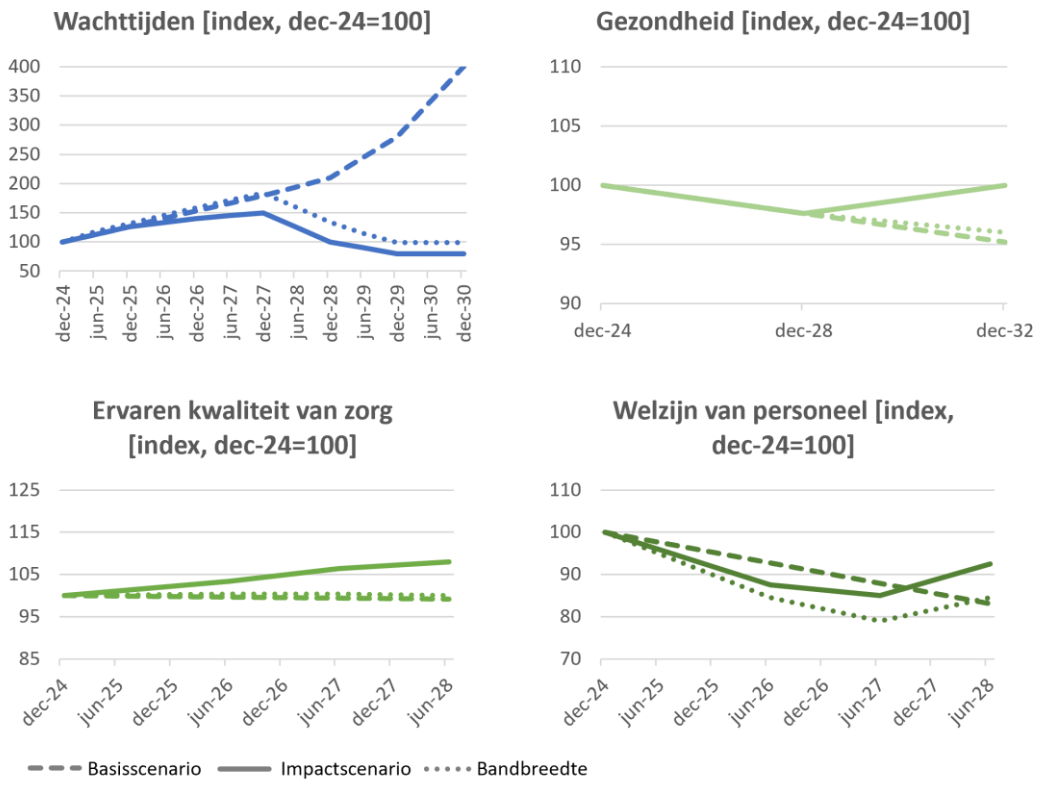
De hoofdimpact van de transformatie – wachtlijsten en *quadruple aim* – monitoren we continu gedurende de uitvoer van het transformatieplan. We maken echter geen directe koppeling aan financiering. De hoofdimpact is dus ook geen onderdeel van de mijlpalen(planning). Directe koppeling is te complex en een direct verband tussen de interventies in ons transformatieplan en de uitkomst kan niet 100% hard gemaakt worden[83]. Diverse (landelijke) ontwikkelingen kunnen positieve en negatieve impact hebben op de hoofdimpact. Daarnaast is recent bekend geworden dat wachtlijstdata vervuild is wat de methodologische validiteit van deze meetwaarde tot de data is opgeschoond ondermijnt. Er wordt gewerkt aan het opschonen van de data door de NZa[84].

Tegelijkertijd is het van belang om de hoofdimpact wel goed te monitoren. Mocht blijken dat de gewenste beweging niet wordt gezien, ondanks dat de mijlpalen (zie 6.2) behaald worden, dan kan er in dialoog worden besloten alsnog het gehele transformatieplan of delen ervan stop te zetten. Monitoring van de hoofdimpact fungeert hiermee als overkoepelende stopknop. Op basis van de business case is er een bandbreedte opgesteld waarbinnen we verwachten uit te komen (Figuur 19). Binnen deze bandbreedte kan de stopknop nooit gebruikt worden. Met deze stopknop en de gestelde bandbreedte creëren we een ruimte waarin geëxperimenteerd en getransformeerd kan worden zonder de transformatie stop te hoeven zetten bij (kleine) tegenslag. Met de beschreven monitoring en evaluatie van het uniform instroommodel sluiten we aan bij de landelijke indicatoren voor mentale Gezondheidsnetwerken[85].

[83] Mail en documentatie DOT ZL

[84] Wachttijden ggz niet goed vastgelegd, zeggen onderzoekers; zie bijlagen voor verdere onderbouwing van de bandbreedte.

[85] Zie publicaties Mentale Gezondheidsnetwerken via https://www.mentalegezondheidsnetwerken.nl/



Figuur 19: Bandbreedtes waarbinnen de hoofdimpact voldoet aan de verwachtingen.

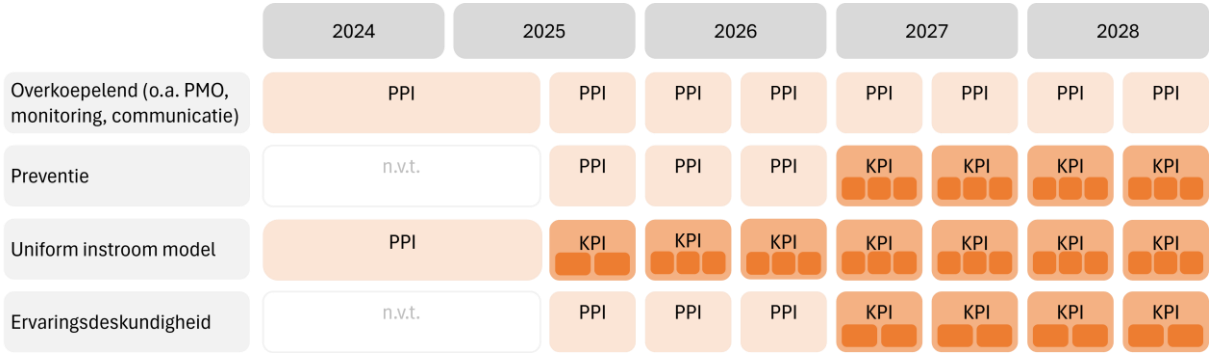
6.2 Er is een PPI en KPI framework opgesteld ter sturing en uitbetaling tijdens de transformatie

De deeltransformatie mentale gezondheid omvat drie thema's:, preventie, uniform instroommodel en ervaringsdeskundigheid, en een overkoepelend deel dat de drie thema's faciliteert en ondersteunt. De implementatie van het instroommodel is daarbij al van start gegaan parallel aan het opstellen van het transformatieplan. Er is een onderscheid gemaakt tussen monitoring tot aan goedkeuring van het transformatieplan en na goedkeuring van het transformatieplan. Voor de structurele monitoring na goedkeuring en tijdens de looptijd van het transformatieplan is een PPI en KPI framework opgesteld.

Bij het opstellen van het PPI en KPI framework zijn de volgende uitgangspunten gehanteerd.

- PPI's, KPI's en mijlpalen zijn opgesteld volgens de definitie van DOT ZL.
    - PPI: Process Performance Indicator. Meetbare waarde die aangeeft welke beoogde handeling is gerealiseerd.
    - KPI: Key Performance Indicator. Meetbare waarde die aangeeft welke beoogde uitkomst, SMART geformuleerd, is gerealiseerd.
    - Mijlpaal: succesvol voltooide taak of geleverde inspanning, waaraan financiering is gekoppeld.
- We selecteren KPI's voor uitbetaling die te beïnvloeden zijn en aannemelijk leiden tot impact op wachtlijsten en *quadruple aim*.
- Het aantal PPI's en KPI's en daarmee de (extra) administratielast is beperkt.

- Niet elke PPI of KPI hoeft gekoppeld te zijn aan financiering. Een aantal KPI's wordt niet gebruikt om op uit te betalen, maar is nodig om grip te houden op de situatie.
- Binnen een thema is er clustering van KPI's. Bij een geclusterde KPI moet er één behaald en bewezen worden voor uitbetaling. Dit faciliteert uitbetaling op basis van KPI's terwijl gelijktijdig ruimte aan de transformatie wordt gegeven. Hiermee kan ook budget binnen een thema worden verschoven.
- PPI's kunnen ook geclusterd zijn, maar dan moeten alle beoogde handelingen gerealiseerd zijn voor uitbetaling. Deze PPI's zijn een selectie van bewijs die staat voor het groter geheel aan activiteiten.
- De bandbreedte waarin de KPI's behaald zijn is alle jaren gelijk, namelijk 20%.
- De koppeling per halfjaar is gemaakt door de begroting per thema per jaar door twee te delen.
- We streven niet naar een specifieke verhouding PPI's en KPI's, wel naar meer KPI's dan PPI's naarmate de tijd toeneemt (Figuur 19).



Figuur 19: Mijlpalen (gekozen PPI en KPI voor uitbetaling) framework

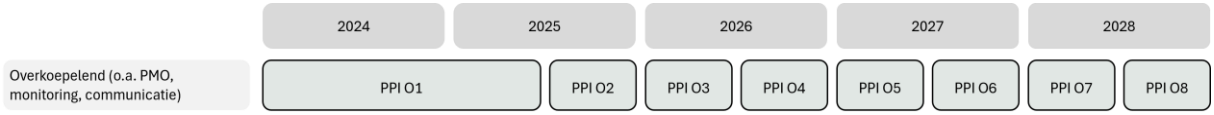
Voor alle thema's en voor overkoepelende activiteiten zijn er PPI's en KPI's gekozen die gekoppeld worden aan uitbetaling. Dit zijn de mijlpalen. Overkoepelend en voor het uniform instroommodel is een deel van de uitvoering reeds in 2024 gestart. Voor de andere twee thema's start de uitvoering in 2025. We werken zo snel als mogelijk toe naar een geclusterde KPI. Bij een geclusterde KPI zijn er twee of drie onderliggende vooraf vastgestelde waarden die we registreren. Als één van de twee dan wel drie waarden is behaald vindt de uitkering van de middelen van dat half jaar voor dat thema plaats. In totaal heeft elk uitbetaalmoment maximaal 4 PPI's of KPI's waarop uitbetaald wordt. Hieronder volgt per thema een korte omschrijving.

6.2.1 Mijlpalen (gekozen PPI's) voor de overkoepelende activiteiten

Voor de overkoepelende activiteiten – finance en control, communicatie en veranderaanpak, monitoring en evaluatie, PMO, uitwerking samenwerking en bekostiging en inwonersparticipatie – zijn enkel PPI's te definiëren (Figuur 20). Voor elk halfjaar is er een PPI geselecteerd om te koppelen aan uitbetaling in 2025 en 2026 namelijk:

- PPI O1: Governancestructuur is vastgesteld en ingevoerd; Transformatieplan is geaccordeerd en monitoringsplan opgeleverd en vastgesteld.
- PPI O2: Het meten en monitoren van KPI's (zowel sturings- als uitbetalings-KPI's) is mogelijk gemaakt en zichtbaar in een dashboard; De inzet van het PMO is geaccordeerd in de BTMG; Gemaakte kosten zijn geaccordeerd in de BTMG.
- PPI O3 t/m O7: Het KPI dashboard is geüpdatet met de nieuwste data; De inzet van het PMO is geaccordeerd in de BTMG; Gemaakte kosten zijn geaccordeerd in de BTMG.

- PPI O8: De transformatie is geborgd in het reguliere proces, doordat samenwerkingsafspraken voor het vervolg na 2028 zijn ondertekend.

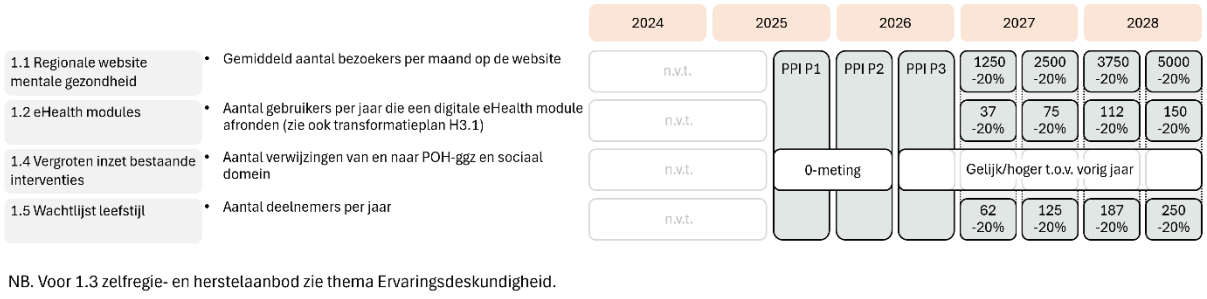


Figuur 20: Overzicht mijlpalen (PPI's) voor de overkoepelende activiteiten

6.2.2 Mijlpalen (gekozen PPI's) voor het thema preventie

Voor de interventies binnen het thema preventie richten we onderstaande PPI's en KPI's in. De aantallen bezoekers van de regionale website mentale gezondheid, gebruikers van de eHealth modules en deelnemers aan wachtlijst leefstijl vormen samen de geclusterde mijlpalen waar financiering aan is gekoppeld (Figuur 21, gekleurde vakjes). Deze waarden geven inzicht in bekendheid en/of gebruik van preventieaanbod. De aanname is dat toenemend gebruik van het preventieaanbod leidt tot lagere wachtlijsten en verbetering van *quadruple aim* op de lange termijn. Er is onder andere voor deze meetwaarde gekozen omdat het weinig extra administratie vraagt. Wanneer minimaal één van de drie KPI waarden is behaald vindt de uitkering van de middelen voor preventie van dat half jaar plaats. De andere meetwaarden zijn enkel ter sturing van de projectresultaten. Als blijkt dat een van de interventies achterblijft qua resultaat dan kunnen we het budget binnen het thema anders inzetten. Daarnaast zijn er drie PPI's geselecteerd om te koppelen aan uitbetaling in 2025 en begin 2026 namelijk:

- PPI P1: De projectplannen regionale website mentale gezondheid (incl. content ervaringsdeskundigheid) en wachtlijst leefstijl zijn geschreven en geaccordeerd.
- PPI P2: De regionale website mentale gezondheid volgens de specificaties van het projectplan staat live (incl. vrij toegankelijke eHealth modules die vindbaar en raadpleegbaar zijn via de website).
- PPI P3: Een communicatiecampagne inclusief social-media element heeft de regionale website mentale gezondheid en het aanbod eHealth modules onder de aandacht gebracht bij volwassen inwoners van Zuid Limburg en zorgprofessionals werkzaam in Zuid Limburg.



NB. Voor 1.3 zelfregie- en herstelaanbod zie thema Ervaringsdeskundigheid.

Figuur 21: PPI's, KPI's en mijlpalen (gekozen indicatoren voor uitbetaling) thema preventie.

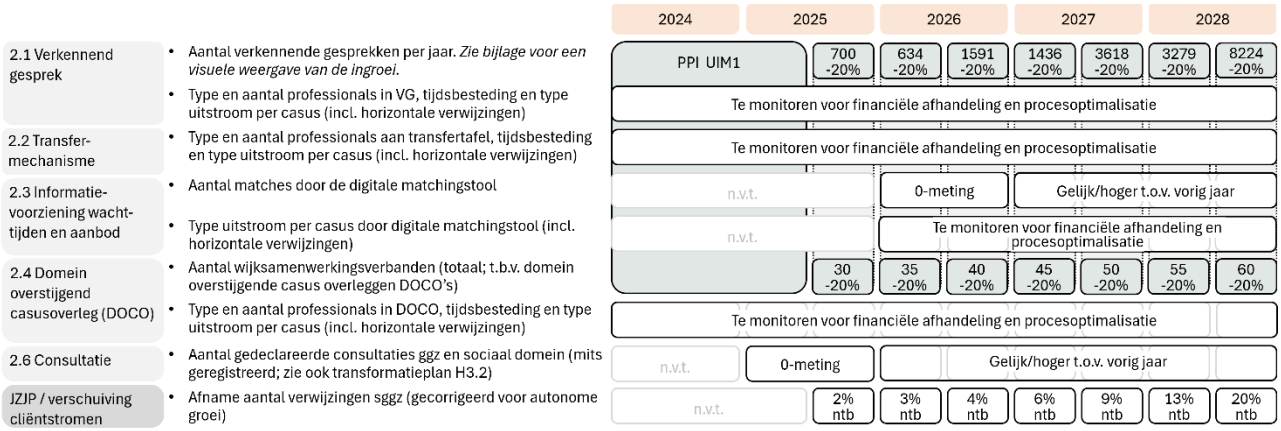
6.2.3 Mijlpalen (gekozen PPI's en KPI's) voor het thema uniform instroommodel

Het uniform instroommodel wordt intensief gemonitord om inzicht te krijgen in 1) het aantal mensen dat de verschillende onderdelen doorloopt en 2) hoeveel mensen uiteindelijk zorg of

ondersteuning krijgen in de verschillende categorieën aan de rechterkant van het model: geen zorg of zelfzorg, ondersteuning door de zorg- en welzijnspartners in het sociaal domein, behandeling POH-ggz of behandeling ggz[86]. Voor de interventies binnen het uniform instroommodel richten we onderstaande PPI's en KPI's in. De aantallen DOCO's en verkennende gesprekken vormen samen de geclusterde mijlpalen waar financiering aan is gekoppeld (gekleurde vakjes Figuur 22). Wanneer minimaal één van de waarden is behaald vindt de uitkering van de middelen voor het uniform instroommodel van dat half jaar plaats. De andere meetwaarden zijn ter sturing van de project-resultaten. We werken toe naar een afname van aantal verwijzingen sggz (gecorrigeerd voor autonome groei) met 30%, bij volledige implementatie van het model (12.400 verkennende gesprekken). Dit percentage komt overeen met de businesscase waar wordt gerekend met een afname van 28% of 35% (zie Hoofdstuk 5.3 en Bijlage X). Een gepaste bandbreedte moet later worden vastgesteld, bijvoorbeeld tussen de 20% en 40%. De ingroei is, in lijn met de rest van het transformatieplan, op basis van het aantal verkennende gesprekken. Als blijkt dat een van de interventies achterblijft qua resultaat dan kunnen we het budget binnen het thema anders inzetten. De PPI om te koppelen aan uitbetaling van 2024 en begin 2025 is:

- PPI UIM1: Implementatieplan is geaccordeerd; Eerste 100 verkennende gesprekken zijn uitgevoerd; Samenwerkingsafspraken zijn ondertekend; Website UIMZL is opgeleverd.

Figuur 22 geeft een overzicht van de PPI's en KPI's voor het thema uniform instroommodel gedurende de looptijd.



NB. Voor 2.5 Digitale zelfzorg en tools zie thema Preventie.

Figuur 22: PPI's, KPI's en mijlpalen (gekozen indicatoren voor uitbetaling) thema uniform instroommodel.

6.2.4 Mijlpalen (gekozen PPI's en KPI's) voor het thema ervaringsdeskundigheid

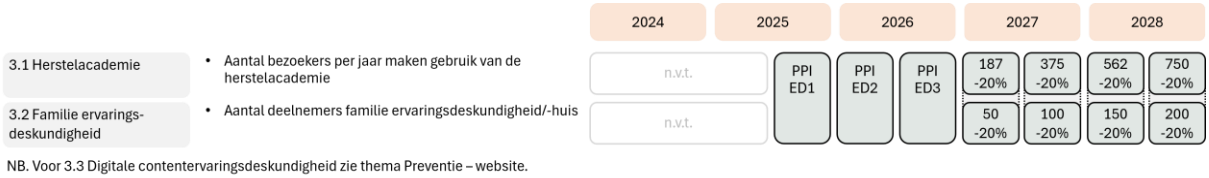
Voor de interventies binnen het thema ervaringsdeskundigheid richten we onderstaande PPI's en KPI's in. De aantallen bezoekers van de herstelacademie en familie ervaringsdeskundigheid vormen samen de geclusterde mijlpalen waar financiering aan is gekoppeld (gekleurde vakjes

[86] Er wordt holistisch gekeken; dat kan betekenen dat er meerdere vormen van hulp naast elkaar worden aangeboden, bijv. naast psychologische hulp ook sociale ondersteuning of financiële advisering. Dit proberen we zo goed mogelijk mee te nemen in de monitoring om een beter beeld te krijgen om welk percentage dit gaat en of dat betekent dat verwachtingen over aantallen en kosten mogelijk moeten worden bijgesteld.

Figuur 23). Wanneer minimaal één van beide waarden is behaald vindt de uitkering van de middelen voor het uniform instroommodel van dat half jaar plaats. De andere meetwaarden zijn enkel ter sturing van de projectresultaten. Daarnaast zijn er drie PPI's geselecteerd om te koppelen aan uitbetaling in 2025 en 2026 namelijk:

- PPI ED1: De projectplannen herstelacademie en familie ervaringsdeskundigheid zijn geschreven en geaccordeerd.
- PPI ED2: De fysieke locatie voor de herstelacademie is gerealiseerd.
- PPI ED3: Een communicatiecampagne heeft de herstelacademie (incl. familie ervaringsdeskundigheid) onder de aandacht gebracht bij inwoners van Zuid Limburg.

Figuur 23 geeft een overzicht van de PPI's en KPI's voor het thema ervaringsdeskundigheid gedurende de looptijd.



Figuur 23: PPI's, KPI's en mijlpalen (gekozen indicatoren voor uitbetaling) thema ervaringsdeskundigheid.

6.3 Elk halfjaar worden de mijlpalen en sturings-KPI's met elkaar verantwoord

Het KPI framework vormt de basis voor de halfjaarlijkse verantwoording

Het KPI framework ligt aan de basis van het monitoren en verantwoorden van voortgang van de transformatie en uitbetaling van de transformatiemiddelen. Elk half jaar wordt aan de hand van het KPI framework de gerealiseerde voortgang en resultaten inzichtelijk gemaakt in een verantwoordingsrapportage. Deze halfjaarlijkse rapportage wordt gevoed door de kwartaalgesprekken die de programmamanager heeft met de projectleiders van de thema-projecten. De halfjaarlijkse verantwoordingsrapportage wordt met de aanbieders, zorgverzekeraars en gemeenten besproken en wordt geüpload in de landelijke database. In het overleg wordt besloten of en hoe de thema's en onderliggende projecten doorgezet worden.

Het is niet mogelijk om mijlpalen gedurende de looptijd bij te stellen, te verwijderen of toe te voegen

Volgens het NZa verantwoordingskader zijn 'de SMART geformuleerde KPI's, in ons geval de mijlpalen, in het transformatieplan onderdeel van de getekende overeenkomst. Het opnemen van concrete transformatieafspraken in de overeenkomst is een belangrijke borging dat het transformatieplan de zorginhoudelijke transformatiedoelen behaalt'.

Het inrichten van sturings-KPI's en mijlpalen dashboard is een mijlpaal waar uitbetaling aan gekoppeld zit

De eerste overkoepelende PPI voor 2025 is 'het meten en monitoren van KPI's (zowel sturings- als uitbetalings-KPI's) is mogelijk gemaakt en zichtbaar in een dashboard'. Dit omvat dus zowel de 'witte' als 'gekleurde' vakjes in het KPI framework.

Indicatoren die geen mijlpalen zijn kunnen wel in overleg bijgesteld worden. Dit geldt dus voor de hoofdimpact en sturings-KPI's.

De partijen van de deeltransformatie (incl. CZ en VGZ) spreken af dat de aannames van de business case en hoofdimpact gedurende de looptijd van de uitvoeringsfase van de transformatie ieder half jaar tijdens de halfjaarlijkse verantwoordingsronde gevalideerd worden en eventueel bijgesteld.

Het PMO borgt een resultaatgerichte werkorganisatie en actieplannen voor de realisatie van de thema's

Na goedkeuring van het transformatieplan zal het ondersteuningsteam het programmamanagement office (PMO) inrichten en per initiatief een projectplan opstellen – waar dat al mogelijk is in nauwe afstemming met de projectleiders. Zodoende ontstaan een resultaatgerichte werkorganisatie en actieplannen voor het realiseren van de thema's uit het transformatieplan.

We streven naar een dialoog op basis van vertrouwen en zoeken naar werkbare oplossingen gedurende de uitvoer

Bij het niet halen van een mijlpaal (gekozen PPI of KPI voor uitbetaling) zullen we eerst altijd de verdieping zoeken om te verklaren waarom de resultaten anders zijn dan verwacht, zodat we kunnen vaststellen of wel de juiste dingen zijn gedaan die uitbetaling van de inspanning rechtvaardigen. We gaan uit van wederzijds vertrouwen en zoeken met elkaar naar oplossingen wanneer de juiste acties worden geïmplementeerd maar resultaten toch achterblijven bij onze doelen.

Een onderdeel van de halfjaarlijkse verantwoordingscyclus is het vaststellen van aannames op 'autonome groei'

Voor de KPI 'afname aantal verwijzingen sggz als % van het aantal consulten met psychische ingangsklacht bij de huisarts' wordt gecorrigeerd voor autonome groei (en eventuele autonome schokken). Het gezamenlijk vaststellen van de daarbij te hanteren aannames vormt onderdeel van de halfjaarlijkse verantwoordingscyclus.

6.4 Voor de periode tot aan goedkeuring, waarin de eerste 500 gesprekken plaats vinden, is er een compacte vorm van monitoring

In de periode voor goedkeuring omvat het monitoren de verschillende onderdelen uit het uniform instroommodel tijdens de eerste 500 verkennende gesprekken. Tijdens deze eerste 500 verkennende gesprekken verwachten we in de praktijk nog veel te zullen leren en bijstellen. Na 100 en 500 verkennende gesprekken worden de proces- en uitkomstmaten en opgehaalde ervaringen voor het uniform instroommodel besproken in een gezamenlijke evaluatiesessie. Deze is vooral gericht op leren van de eerste ervaringen en bijstellen van praktische en organisatorische aspecten; voor echte conclusies over het effect is het dan nog (veel) te vroeg.

Om een goed beeld te krijgen van hoe het uniform instroommodel in de praktijk uitpakt, waar men tegenaan loopt, wat belemmeringen en wat succesfactoren zijn, zijn in de periode van de 1^{e} 100 verkennende gesprekken een aantal 'verkenners', huisartsen en POH-ggz benaderd voor een

interview[87]. Onderwerpen die daarin aan de orde kwamen zijn onder andere de inrichting van het DOCO, de organisatie rond verkennende gesprekken en transfertafel, de consultatiefunctie, het gebruik van ondersteunende tools, zoals het CRS-systeem en de planning, en de inhoud en aanpak van de scholing van verkenners. Daarnaast houden we gedurende de eerste periode de vinger aan de pols door betrokken medewerkers, en waar mogelijk cliënten, te vragen op een schaal van 1 tot 10 aan te geven hoe aannemelijk het is dat zij het verkennend gesprek aan anderen aan zouden raden ('Net promotor score') [88]. Dit is puur bedoeld als *quick scan* en om alvast handvaten te hebben voor verbetering.

Na de eerste 100 verkennende gesprekken heeft een evaluatiesessie plaatsgevonden, waarna een aantal organisatorische zaken en punten rond de dataverzameling bijgesteld zijn. In de periode tussen 100 en 500 verkennende gesprekken worden er naast interviews met 'verkenners', huisartsen en POH-ggz ook interviews met cliënten gehouden om ervaringen en inzichten vanuit de cliënt op te doen. Uiteindelijk wordt er na de eerste 500 verkennende gesprekken aangesloten bij het plan van de UM om verdiepende interviews te houden, zodat de cijfers geïnterpreteerd kunnen worden.

Gedurende de periode van de eerste 500 verkennende gesprekken wordt daarnaast het aantal mensen dat het instroommodel doorloopt zo goed mogelijk in kaart gebracht en wordt informatie over inzet van professionals en tijdsbesteding verzameld. Bijlage XIII geeft een gedetailleerd beeld van de data die per onderdeel van het instroommodel verzameld worden bij huisartsen, DOCO's, verkennend gesprek en transfertafel en uit welke systemen deze afkomstig zijn.

Op basis van die gegevens kunnen mogelijkheden, onmogelijkheden en blinde vlekken in het monitoren worden vastgesteld. In de periode tussen de 100 en 500 verkennende gesprekken wordt de dataverzameling vervolgens bijgesteld. Het streven is telkens om een balans te vinden tussen wat we allemaal zouden willen weten en het zo laag mogelijk houden van de administratielast voor alle deelnemers. De bedoeling is verder om op termijn ofwel aan te sluiten bij de data-infrastructuur van het DOT ZL ofwel om in samenwerking met de Universiteit Maastricht een eigen structuur vorm te geven.

[87] Uiteraard zouden we graag in deze periode ook al interviews met cliënten houden. Dit heeft echter meer voeten in de aarde i.v.m. het regelen van AVG-aspecten en mogelijk het verkrijgen van METC-goedkeuring.
[88] Adams et al. The ultimate question? Evaluating the use of Net Promoter Score in healthcare: A systematic review. Health Expectations. 2022; 25:2328–2339.

7. Designprincipes voor implementatie

Voor de implementatie van dit transformatieplan zijn een zestal designprincipes geformuleerd: blijvende aandacht voor het veranderproces; inwoners en cliënten op elk niveau betrokken; leren, evalueren en bijstellen waar nodig; uitwisseling met andere regio's en opschaling waar mogelijk; gelijkgerichtheid en commitment van alle betrokken partijen en een resultaatgerichte projectorganisatie.

De basis wordt gevormd door de volgende leidende principes:

- De wachtlijsten binnen de ggz raken alle organisaties binnen het zorg- en het sociale en gemeentelijke domein. Daarmee raakt het de leefbaarheid in de regio Zuid-Limburg.
- De wachtlijsten kunnen alleen worden opgelost door samen te werken binnen en tussen de domeinen en door samen andere werkwijzen te ontwerpen. Het maatschappelijke belang plaatsen we boven het organisatiebelang.
- Alle deelnemers in het samenwerkingsnetwerk zijn ervan overtuigd dat de wachtlijsten alleen kunnen worden opgelost door deze samenwerking en de samenwerking met alle andere ggz, HA/POH en zorg- en welzijnspartners in het sociaal domein in de regio en dat dit individueel niet haalbaar is.

7.1 We hebben blijvende aandacht voor het veranderproces

De transformatie Mentale Gezondheid bouwt voort op bestaande samenwerking. Dit is geen gelegenheidscoalitie; de regio Zuid-Limburg kent al een grote mate van samenwerking op het gebied van mentale gezondheid, wat voor een positief fundament zorgt onder het realiseren van de beoogde transformatie.
Tegelijkertijd is, om de wachtlijsten weg te kunnen werken en vooral te voorkomen door beter passende zorg en ondersteuning te bieden, een gedragsverandering noodzakelijk. Dat geldt op alle niveaus: een brede groep van professionals (medisch en sociaal domein), managers en bestuurders van de deelnemende organisaties, raden van toezicht, inwoners/cliënten, patiënten en/of mantelzorgers, beleidsmakers (lokaal, regionaal en landelijk) en financiers. Om deze gedragsverandering te bewerkstelligen zijn vier aspecten van belang:

- Bewustzijn van het probleem
- Perspectief voor oplossingen van het probleem
- Bewustzijn van ieders individuele rol binnen de oplossing
- Bereidheid om daadwerkelijk een rol in de verandering te pakken

Om dit te bereiken zal gedurende de transformatie, parallel aan de uitvoering op de drie thema's, de volgende activiteiten plaatsvinden (zie ook Hoofdstuk 7.6):

- Opstellen en gezamenlijk doorlopen van cultuurprogramma
- Ontwikkelen en uitvoeren van een breed gedragen communicatiestrategie
- Ontwikkelen van transformatievaardigheden bij medewerkers van participerende organisaties in het samenwerkingsnetwerk

De attitudeverandering bij professionals wordt voornamelijk 'on-the-job' gerealiseerd. De verkenners worden getraind voordat zij de eerste verkennende gesprekken voeren. Voor de DOCO's is een zogenaamde procesbegeleider aangenomen die de teamleden van de DOCO's coacht tijdens de DOCO's en erna. Voorts is er 2x per jaar een evaluatie met de kernteamleden die de ervaringen onder huisartsen en verkenners met het uniform instroommodel verzamelen (voor toelichting op het kernteam, zie 7.6). Deze ervaringen worden besproken en eventuele

maatregelen voor verbetering worden genomen. Ook de monitoring is een bron van informatie voor verbetering van attitudeverandering vanuit bijvoorbeeld verkenners, huisartsen en cliënten. Die monitoringsresultaten worden uiteraard met de professionals besproken maar ook in het kernteam maandelijks en BTMG halfjaarlijks besproken.

Er zijn dus verschillende interventies om attitudeverandering te bereiken, zoals scholing van de verkenners, intervisie van de verkenners, procesbegeleiding van de DOCO's, netwerkbijeenkomsten en begeleiding van de projectleiders van de DOCO's. Daarnaast zullen er binnen organisaties tijdens werkoverleggen en bij de koffieautomaat interventies plaatsvinden die tot ander gedrag moeten leiden. Hoe de professional het uiteindelijk doet in de praktijk, bijvoorbeeld tijdens gesprekken in de kamer, daar krijgen we geen zicht op. Waar we wel verandering kunnen waarnemen en op sturen, is op de uitkomsten: verschuivingen in verwijzingen, het aantal interventies in de verschillende domeinen, de tevredenheid van de patiënt/cliënt/burger en de tevredenheid van de professional.

De beoogde verandering in houding betreft niet uitsluitend de professionals binnen de zorgorganisaties. Deze 'andere manier' van werken, gericht op het opbouwen van een mentaal gezondheidsnetwerk, dient veranderingen teweeg te brengen bij alle betrokkenen binnen de organisatie. Het mentale gezondheidsnetwerk reikt verder dan alleen de zorgorganisaties en omvat ook gemeenten, huisartsen, het sociaal domein en zorgverzekeraars. Alle organisaties in het systeem hebben een belangrijke rol in het bewerkstelligen van cultuur- en attitudeverandering op alle niveaus (bestuurders tot professionals) en nemen hier verantwoordelijkheid voor. Elke organisatie geeft dit op een manier die past bij de organisatie vorm. Als er geen of te weinig attitudeverandering merkbaar is moet er bijgestuurd worden en spreken we elkaar daarop aan. De governance zoals beschreven in Hoofdstuk 7.6 faciliteert hierin. Het kernteam geeft daar gedurende de uitvoer verder invulling aan door hier het gesprek met elkaar over te voeren.

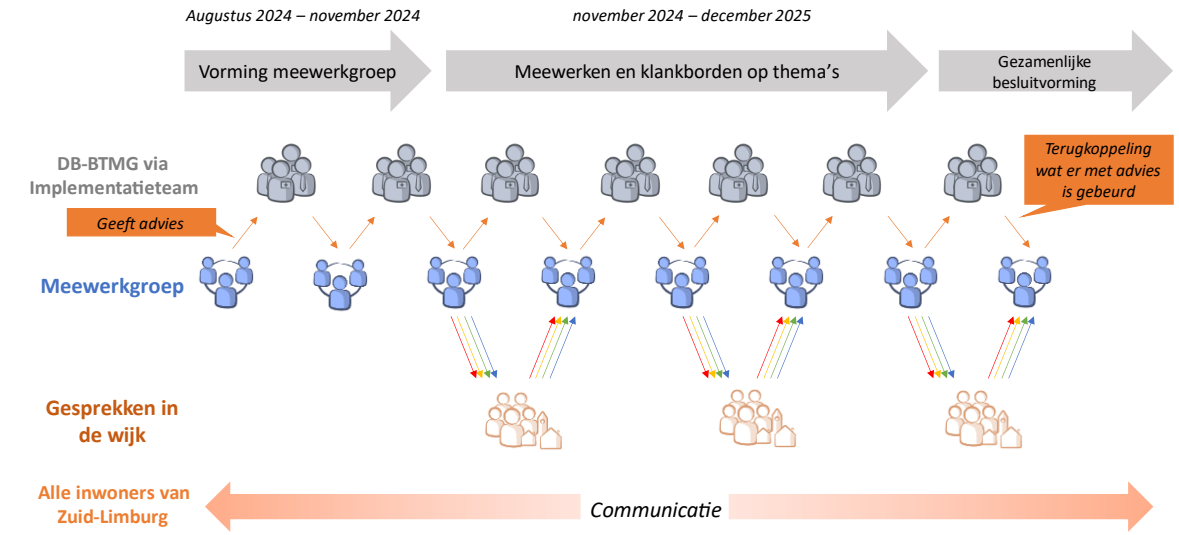
7.2 Inwoners en cliënten zijn op elk niveau betrokken

Binnen de deeltransformatie Mentale Gezondheid hebben inwoners al vanaf het begin een actieve rol: via de klankbordgroep worden zij frequent en actief betrokken bij het aanscherpen van het uniform instroommodel. Daarnaast is er door een afvaardiging van de inwoners samen met Burgerkracht en CZ een plan van aanpak opgesteld hoe inwoners een rol spelen bij de verschillende interventies die genoemd worden binnen dit transformatieplan. We beogen daarin een samenwerking tussen zorgaanbieders, financiers (zorgverzekeraars en gemeenten) en inwoners. Voor alle oplossingsrichtingen is een medeverantwoordelijkheid en mede-eigenaarschap van inwoners essentieel.

Op 17 juni 2024 is er door inwoners en professionals uit de organisaties samen in kaart gebracht hoe inwonerparticipatie een rol dient te krijgen in de deze transformatie (zie ook Bijlage XIV). Uit deze bijeenkomst is het voorstel gekomen dat de huidige klankbordgroep door ontwikkelt tot een meewerkgroep (klankbordgroep 2.0). Deze meewerkgroep bestaat uit 14 deelnemers, waarvan ongeveer 7 leden per bijeenkomst aanwezig zijn. De leden vertegenwoordigen verschillende perspectieven, zoals Kritisch onbegrepen stem, zorgvragers, naasten of mantelzorger, mensen die de zorg mijden, jongeren, toekomstige zorgvrager en ongeziene/ongehoorde inwoner.

Deze groep mensen gaat meewerken (niveau partnerschap) om te klankborden met een diverse groep inwoners van Zuid-Limburg (niveau raadplegen). Zij brengen op basis van het klankborden en hun eigen gesprekken een advies uit aan het Implementatieteam, kernteam, dagelijks bestuur

en bestuurlijke tafel (niveau adviseren). Hierbij is het werven van een goede gespreksleider cruciaal. De vergadercyclus sluit aan op de vergadercyclus van het dagelijks bestuur, zodat directe input en terugkoppeling plaatsvindt (Figuur 24).



Figuur 24: Schematisch overzicht inwonerparticipatie transformatie Mentale Gezondheid Zuid-Limburg.

De deelnemers van de meewerkgroep zijn verantwoordelijk voor het organiseren van gesprekken in de wijk waar input kan worden opgehaald over verschillende onderdelen in de transformatie. Na de bijeenkomst worden ook communicatieberichten opgesteld over wat er in de meewerkgroep is besproken en welk kunnen worden gedeeld met de inwoners van Zuid-Limburg via verschillende kanalen.

Een voorlopige planning, taakverdeling en een maatschappelijke business case zijn opgenomen in Bijlage XIV.

7.3 We leren, evalueren en stellen bij waar nodig

Met dit transformatieplan gaan we iets nieuws doen, voortbouwend op de ervaringen van de afgelopen jaren. De noodzakelijke transformatie is een iteratief proces dat gepaard gaat met onzekerheden en waarin bijgestuurd wordt wanneer dat nodig is om resultaten te halen en voortgang te boeken.

Om die reden zorgen we voor een constante monitoring van voortgang en resultaten (zie ook Hoofdstuk 6) en zijn we bereid om de plannen of beoogde stappen bij te stellen of aan te scherpen als de situatie daarom vraagt.

7.4 We wisselen uit met andere regio's en schalen op waar mogelijk

Deze impactvolle zorgtransformatie is ontstaan vanuit de Regionale Taskforce Wachtlijsten ggz. Alle partijen in Zuid-Limburg vormen dus al een ecosysteem waar de voorgestelde transformaties goed uitgerold kunnen worden. De interventies worden in de gehele regio Zuid-Limburg uitgerold, waarbij implementatie in sommige gevallen (zoals bij het uniform instroommodel) op sub-regionaal niveau zal plaatsvinden.

De interventies in Zuid-Limburg zijn vernieuwend in Nederland en zullen dan juist ook als voorbeeld kunnen dienen voor soortgelijke interventies elders. Een aantal samenwerkings-

partijen in deze transformatie werkt niet enkel in Zuid-Limburg, maar ook in Midden- en Noord-Limburg. Het is dan ook de ambitie om via die route werkende interventies in Zuid-Limburg op te schalen en uit te wisselen, passend bij de dynamiek in die regio's. In Noord- en Midden Limburg is bijvoorbeeld de implementatie van een uniform instroommodel/mentaal gezondheidsnetwerk ook al gestart.

7.5 Gelijkgerichtheid en commitment van alle betrokken partijen

De betrokken partijen realiseren zich dat we aan de vooravond staan van een systeemwijziging. Met de implementatie van het uniform instroommodel en de andere thema's nemen we met elkaar verantwoordelijkheid voor de borging van de kwaliteit, toegankelijkheid en kosten van de mentale gezondheidszorg in Zuid-Limburg. Het gaat daarbij niet meer over 1e of 2e lijnszorg, maar over een integrale keten. Bij zo'n collectieve verantwoordelijkheid en regionale samenwerking (deeltransformatie) horen uiteraard 'spelregels'. Voor het uniform instroommodel zijn die vastgelegd in de vorm van werkafspraken (zie Bijlage XV).
Een grote transformatie als deze kent pieken en dalen; reguliere inkoopafspraken zullen daar ruimte voor moeten bieden. Aan de 'achterkant' van het instroommodel, na verwijzing, verwachten we een verschuiving in volumes van zorg en ondersteuning. De daadwerkelijke impact op de zorgvraag is nu echter nog moeilijk in te schatten. Omdat we nog niet precies weten wat het effect op de zorgvraag zal zijn, is enige speelruimte in de contractering nodig.

Gelijkgerichtheid van financiers is daarbij essentieel; ook zij zijn onderdeel van de transformatie. Wanneer de de verschillen in inkoopbeleid te groot zijn, dan heeft dat invloed op de mate waarin impact kan worden gerealiseerd. Op basis van de vier functies van mentale gezondheidsnetwerken (verkennend gesprek, transfermechanisme, informatievoorziening wachttijden en domein overstijgend casus overleg) zal gelijkgericht ingekocht moeten worden. Na goedkeuring wordt het transformatieplan wordt dit door de zorgverzekeraars doorvertaald naar inkoop.

Om een *level playing field* te creëren is daarnaast het opstellen van regionale contracteringsprincipes wenselijk, waarin ook rekening wordt gehouden met een al dan niet onverwachte stijging van de zorgvraag.

Passende zorg is passende bekostiging

Bij goedkeuring van dit transformatieplan kunnen de thema's zoals hier geschetst voorlopig doorgang vinden, maar dit betreft tijdelijke financiering. Uitwerking van duurzame bekostiging is daarom onderdeel van dit plan, aansluitend bij de landelijke ontwikkelingen[89,90] .

Vanaf 1 januari 2025 is er een prestatie 'deelname ggz aan verkennend gesprek' met een (voorlopig) vrij tarief dat nadere invulling moet krijgen in de inkoopafspraken. Een prestatie of betaaltitel, betekent echter niet automatisch ook budget. Daarnaast is de bekostiging van de bijdrage vanuit de zorg- en welzijnspartners in het sociaal domein een groot aandachtspunt. Voor

[89] NZa, Beleidsregel experiment Deelname ggz aan verkennend gesprek BR/REG 25145
[90] Leidraad Contractering Mentale gezondheidsnetwerken, juli 2024 via www.mentalegezondheidsnetwerken.nl

de periode t/m 2027 is hierin voorzien door het addendum op het IZA en de bijbehorende SPUK-transformatiemiddelen[91].

Duidelijk is dat de huidige financieringsmechanismen nog onvoldoende berekend zijn op een dergelijke domein overstijgende samenwerking. Een oplossingsrichting als het 'grijs budget' of 'grensbudget' – "een vrij te besteden budget dat 'scharrelruimte' biedt om te werken volgens de bedoeling ongeacht het domein of sector van betrokken partijen" [92]- zijn daarom de moeite waard om verder te verkennen.

7.6 Een resultaatgerichte projectorganisatie

De schaal en urgentie van de transformatieopgave van de Zuid-Limburgse organisaties zijn ongekend groot en ervaring met het oplossen van dit probleem in een samenwerkingsnetwerk is beperkt. Nederland heeft vrijwel geen ervaring met dergelijke grote transformaties, Zuid-Limburg dus ook niet[93]. Om alle hiervoor beschreven onderwerpen succesvol uit te voeren is een goede, resultaatgerichte projectorganisatie noodzakelijk. Het kernteam, de bestuurlijke tafel, het dagelijks bestuur en de meewerkgroep hebben hierin allemaal een eigen rol, die hieronder toegelicht wordt. Daarnaast worden de organisaties die de transformatie uitvoeren en de onafhankelijke projectleider ondersteund door de transformatieorganisatie. Het uitgangspunt is dat binnen vier jaar alle onderdelen van die organisatie ingevuld zijn door medewerkers vanuit de samenwerkingsorganisaties. Een overzicht van de projectorganisatie is te vinden in Figuur 25.

Bestuurlijke tafel en dagelijks bestuur

De **bestuurlijke tafel** is de plek waar vanuit alle samenwerkende organisaties (de zorg- en welzijnspartners in het sociaal domein, ggz, huisartsen, GGD, gemeenten en zorgverzekeraars) aan deelnemen. Zij zijn gezamenlijk eindverantwoordelijk voor de gehele transformatie mentale gezondheid in Zuid-Limburg. De voortgang van de transformatieonderwerpen wordt hier op bestuurlijk niveau besproken. Besluiten over de transformatieopgave mentale gezondheid worden hier genomen. Het **dagelijks bestuur** is hiervan een afvaardiging en komt maandelijks, met de overkoepelende onafhankelijke projectleider, bij elkaar. Het accent van de bestuurlijke tafel ligt op:

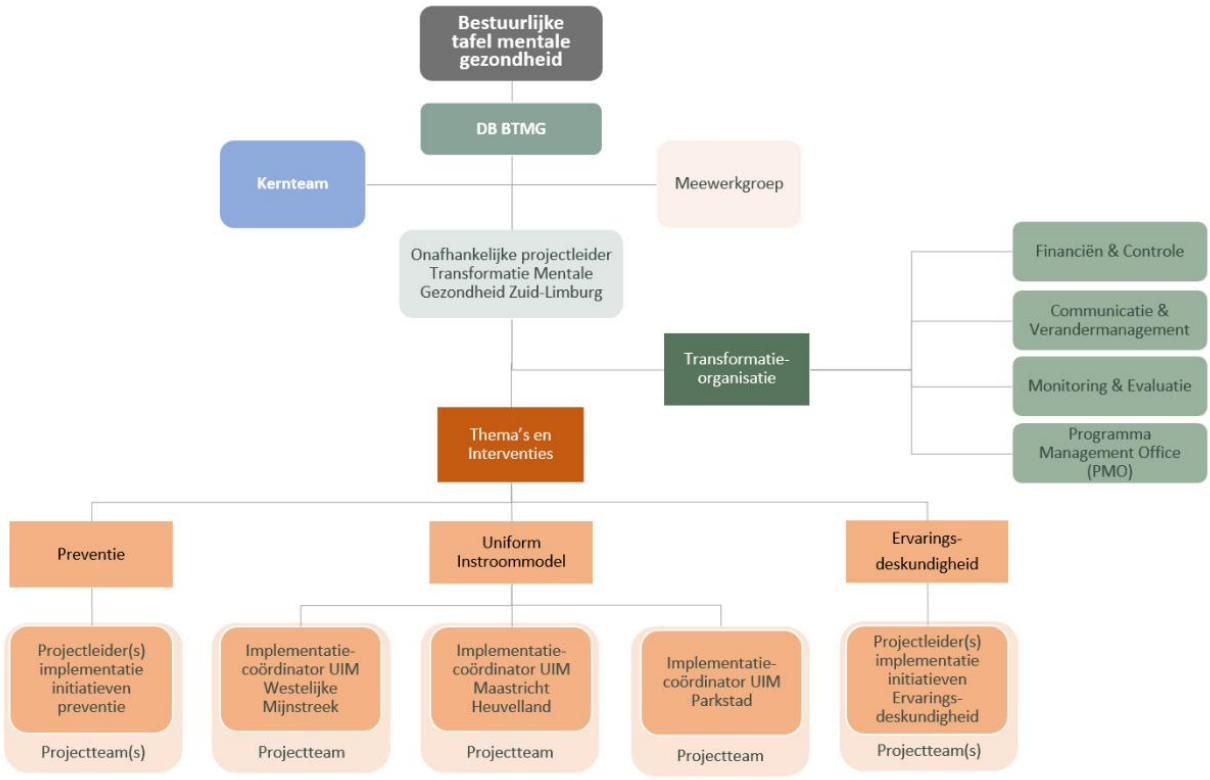
- Verbinding behouden met alle samenwerkingspartners met behoud van focus op gedeelde maatschappelijke opgave en doelstelling.
- Behouden van overzicht en samenhang op overkoepelende transformatievoortgang.
- Elkaar stimuleren om gedragsverandering te realiseren bij zichzelf, binnen de organisaties en onder de leden van het kernteam.
- Gezamenlijke prioritering en inzet schaarse middelen.
- Creëren van randvoorwaarden voor een succesvol samenwerkingsnetwerk.
- Realiseren transformatie-bestendige bekostiging voor de hele regio.
- Realiseren van medeverantwoordelijkheid en mede-eigenaarschap van inwoners.
- Risico's analyseren en sturen op de mitigerende maatregelen indien nodig.

[91] IZA Knelpuntenanalyse en addendum 30 september 2024: https://vng.nl/nieuws/meer-ruimte-financiering-transformatieplannen-gemeenten

[92] Samenwerking sociaal en medisch domein. Een verkenning. Rapportage, maart 2024 In opdracht van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport Pieter Hilhorst & Mary van den Wijngaart.

[93] Accenture, 'Four Periods of Industry Disruption'.

De bestuurlijke tafel bewaakt de transformatiebeweging in Zuid-Limburg en neemt de principebesluiten die nodig zijn om vooruit te komen. Zij zorgen voor verbinding onderling om de samenwerking te faciliteren rondom de maatschappelijke opgave en gezamenlijke doelstelling.



Figuur 25: Overzicht projectorganisatie deeltransformatie mentale gezondheid

Kernteam

De samenstelling van het **Kernteam** weerspiegelt de tripartite samenwerking van aanbieders van zorg & ondersteuning, financiers (verzekeraars, gemeenten) en inwoners (vertegenwoordiging van de klankbordgroep). Het accent van het kernteam ligt op:

- Realiseren van de gestelde doelen van de thema's.
- Organiseren van voldoende executiecapaciteit naast de dagelijkse operatie.
- Realiseren van gedragsverandering voor zorg- en welzijnsmedewerkers.
- Uniforme monitoring en rapportage van impact.
- Opbouwen van benodigde transformatievaardigheden.
- Effectieve samenwerking en communicatie met alle deelnemers binnen de thema's.
- Voorkomen onnodige werklast m.b.t. (financiële) rapportage, communicatie, e.d.
- Betrekken van inwoners bij de verandering.

Het kernteam borgt met ondersteuning van de onafhankelijk projectleider en de transformatieorganisatie (zie verderop) de samenwerking tussen de organisaties en draagt het transformatieverhaal uit naar de eigen organisaties.

Meewerkgroep

De **meewerkgroep** bestaat uit de inwoners van de regio die meewerken om onder de verschillende groepen binnen de regio te klankborden. Zij zijn een cruciaal onderdeel van deze transformatie; voor alle oplossingsrichtingen is medeverantwoordelijkheid en mede-eigenaarschap van inwoners noodzakelijk. Dit vraagt om vernieuwing in de besluitvorming én in de uitvoering: met de

inwoner als partner. De meewerkgroep wordt ondersteund door de coördinator van de meewerkgroep en door een communicatiemedewerker. De coördinator en communicatiemedewerker zijn onderdeel van de transformatieorganisatie. Meer over de meewerkgroep en de organisatie hiervan is te vinden in Hoofdstuk 7.2.

Onafhankelijke Projectleider van de transformatie

In opdracht van de bestuurlijke tafel mentale gezondheid wordt een **onafhankelijke projectleider** voor de transformatie aangesteld. Deze projectleider is de verbindende schakel tussen de meewerkgroep, klankbordgroep, dagelijks bestuur, transformatieorganisatie en projectleiders van de verschillende thema's. De projectleider is met name verantwoordelijk voor het proces en het begeleiden van de transformatie. Elke organisatie heeft de eigen verantwoordelijkheid voor de uitvoering van zijn werkzaamheden. De projectleider wordt ondersteund door de transformatieorganisatie.

Projectleiders implementatie thema's en initiatieven

Tijdens de implementatiefase worden voor de initiatieven binnen de thema's preventie en ervaringsdeskundigheid **projectleiders** aangesteld en wordt binnen elke subregio een **implementatiecoördinator** voor het uniform instroommodel aangesteld. Deze projectleiders en coördinatoren zijn verantwoordelijk voor de implementatie van de verschillende beschreven interventies waarbij op een domein overstijgende manier wordt samengewerkt. Doel is dat deze projectleiders worden geworven uit één van de samenwerkingsorganisaties. De beoogde projectleiders moeten daarbij voldoende inhoudelijk op de hoogte zijn én openstaan om (te leren) domein overstijgend samen te werken. De transformatieorganisatie ondersteunt hen in die ontwikkeling. De projectleiders vormen elk hun eigen projectteam met deelnemers uit de verschillende samenwerkingsorganisaties.

De Transformatieorganisatie

De **transformatieorganisatie** bestaat uit drie verschillende teams:

1. Financiën & Controle
2. Monitoring & Evaluatie
3. Programma Management Office (PMO)

Deze teams ondersteunen de projectleider transformatie en de projectleiders van de verschillende thema's waar nodig. Hieronder worden de verschillende teams nader toegelicht.

Financiën en Controle

Dit team bestaat uit financiële experts uit de samenwerkingsorganisaties. Zij zijn gezamenlijk verantwoordelijk voor een transparant proces van aanvragen, verwerken en verantwoorden van financiële middelen aan projecten. Daarnaast bewaren zij het overzicht van de verschillende financieringsstromen die onder de deeltransformatie (komen te) liggen en treffen de nodige beheersmaatregelen om monitoring en verantwoording van besteding van middelen mogelijk te maken. Hiertoe wordt voorgesteld om een beheersingsstructuur met P&C cyclus in te richten ten behoeve van de gehele deeltransformatie Mentale Gezondheid. Tabel 4 geeft een overzicht van de voorgestelde rollen in dit team en de bijbehorende verantwoordelijkheden.

Rol/functie	Verantwoordelijkheden
Adviseur financiën & control	• Houdt het totaaloverzicht; overkoepelende rol. • Verantwoordelijk voor opzet, onderhoud en verbetering P&C-cyclus. • Nauw contact met werkgroepleden Financiën & Control, projectleiders van thema's, werkgroepen, business controllers en financieringcontrollers.

Business controllers (3)	• Een businesscontroller per thema van de transformatie. • Ondersteunen de projectleiders bij het doorlopen van de gehele P&C cyclus voor hun project/thema. • Werkt in de organisatie van een deelnemer en rapporteert aan de adviseur financiën & control.
Financiering/ subsidie controllers (2)	• Een controller per financieringsstroom (transformatiemiddelen, overige subsidies) • Coördineerde rol over de verschillende projecten/thema's per financiering/subsidiestroom. • Verantwoordelijk om het totaaloverzicht te verkrijgen en een eventuele controle door de accountant in goede banen te leiden.
Sr. administrateur	• Ervaren administrateur die de kassiersfunctie vormgeeft en inricht • En die gedurende de transformatieperiode de transformatiemiddelen namens het consortium incasseert en verdeelt.

Tabel 4: Voorstel rollen en functies voor financiën en controle in de transformatie-organisatie. Bij akkoord op het transformatieplan zal de gewenste beheersstructuur nader uitgewerkt worden, waarna vaststelling door de bestuurlijke tafel kan volgen.

Monitoring en Evaluatie

Voor de transformatie zijn verschillende indicatoren opgesteld. De voortgang op deze indicatoren dient gemonitord te worden, zodat er kan worden bijgesteld waar nodig. De concrete uitwerking hiervan is te vinden in Hoofdstuk 6.

Programma Management Office (PMO)

Team PMO faciliteert de transformatie en samenwerking van de deelnemende partijen in de deeltransformatie Mentale Gezondheid, wat in feite een samenwerking is van organisaties in één netwerk. Het team ondersteunt in het programmatisch aanpakken van de transformatie op deeltransformatieniveau en op themaniveau.

Deeltransformatieniveau: programmatische bestuurlijke ondersteuning van het gehele samenwerkingsnetwerk t.b.v. inspiratie, verbinding en samenhang door o.a.

- Voorbereiden van vergaderingen van de BTMG en het DB.
- Ophalen, aandragen en uitwerken van voorstellen van nieuwe projecten of thema's t.b.v. prioritering daarvan door de DB en BTMG.
- Communiceren naar alle deelnemende partijen en de gemeenten, over opzet, structuur en voortgang van de deeltransformatie en over relevante landelijke ontwikkelingen.
- Stakeholdermanagement naar relevante partijen als NZa, ZN, ZiN, VWS, provincie, etc.
- Borgen van integraliteit van (landelijke) programma's waarbinnen partijen uit de deeltransformatie opereren: andere deeltransformaties in Zuid-Limburg, WOZO, IZA, etc.

Themaniveau: ondersteunen van projectleiders bij het realiseren van merkbare impact op de werkvloer door o.a.

- Inventariseren van de voortgang van projecten binnen de 3 thema's .
- (Strategische) ondersteuning voor succesvolle samenwerking tussen deelnemers.

Op het gebied van projectleiderschap en programmamanagement zullen nog aan te stellen projectleiders worden begeleid en opgeleid, zodat zij op termijn zelf het PMO uitvoeren. Dit is van meet af aan de insteek, waarbij de externe ondersteuning in elk jaar van de transformatie een stap verder wordt afgebouwd.

Communicatie en Verandermanagement

Team PMO is verantwoordelijk voor de communicatie over de transformatie en haakt daarbij aan bij de regionale IZA communicatie aanpak. Bij aanvang van de transformatie, in 2024, was er inzet van een strategisch communicatieadviseur specifiek voor de deeltransformatie mentale gezondheid. In de jaren daarna is alleen de vertaalslag van de regionale communicatiekalender naar activiteiten binnen de deeltransformatie in de begroting meegenomen.

Bij het op gang brengen van de transformatiebeweging bij alle deelnemende organisaties wordt het PMO ondersteund door externe organisaties op het gebied van cultuur- en verandermanagement en op gebied van campagnematig communiceren.

8. Begroting en uitbetalingsmijlpalen

Dit hoofdstuk omvat de begroting en de koppeling van de begroting aan de uitbetalingsmijlpalen. Ook is een risicoparagraaf inclusief mitigerende maatregelen opgenomen.

8.1 Begroting

Om de in dit plan beschreven deeltransformatie succesvol te implementeren zijn additionele financiële middelen nodig. De begroting maakt deze kosten inzichtelijk voor de drie thema's en de overkoepelende programma-organisatie. Figuur 26 geeft de samenvatting van de begroting bij dit transformatieplan. Ook worden in dit hoofdstuk de uitgangspunten en een aantal posten kort toegelicht. Een uitgebreidere toelichting per onderdeel van de begroting is te vinden in Bijlage XVI. Het totaal aan benodigd transformatiebudget voor de periode 2024-2028* bedraagt €21,6 mln. Daarvan wordt voor de periode 2024-2027 €13 mln. aangevraagd aan IZA-transformatiemiddelen en €2,7 mln. aan SPUK-transformatiemiddelen. Overige subsidiebronnen zijn circa €0,6 mln.

Uitgangspunten voor de begroting

Er is kritisch gekeken naar het uitsluiten van dubbele bekostiging. Wanneer onverhoopt blijkt dat er sprake is van dubbel financiering, zijn de partijen gaarne bereid dit alsnog te corrigeren en daar maatregelen voor te nemen.

Er kan beperkt rekening gehouden worden met veranderde kosten gedurende de uitvoer. Het is daarom van belang om alle posten op de begroting zo goed mogelijk vooraf in te schatten. De werkgroep financiën is hierbij betrokken. Wanneer kosten lager uitvallen kan een herbeschikking aangevraagd worden. Wanneer kosten hoger uitvallen is er een nieuwe of aanvullende beschikking nodig waarvoor een nieuw transformatieplan ingediend moet worden. Dat laatste wordt niet als reële optie gezien[94].

Naast de uitvoeringskosten zijn ook de kosten voor het voorbereiden en schrijven van het transformatieplan opgenomen. Een deel van die kosten is al in 2023 gemaakt vanuit een VEZN-subsidie. Om aan te sluiten bij eerdere overzichten zijn deze opgeteld bij de in 2024 gemaakte en begrote kosten. Deze kosten zijn overigens wel opgenomen in de totale begroting voor de deeltransformatie mentale gezondheid, maar niet in het aan te vragen bedrag aan IZA-en SPUK-transformatiemiddelen omdat deze dus al uit andere middelen gefinancierd zijn.

Voor de personele kosten is gebruik gemaakt van FWG schalen uit de CAO ziekenhuizen en ggz, uurtarieven uit het rekenmodel van het uniform instroommodel en tarieven voor externe inhuur (€ 75 t/m 150 p/u afhankelijk van rol en functie). In geval van materiele kosten en externe inhuur is btw meegenomen in de berekening. In geval van interne salariskosten is een factor 1,3 gehanteerd voor overheadkosten en werkgeverslasten. Kosten voor programmamanagement (overkoepelend en voor uniform instroommodel) bouwen in 4 jaar af van 100% naar 25% inzet.

[94] Bron: zorgverzekeraars en werkwijzer ZN 24 mei 2024 h4.2

* Naar verwachting wordt het IZA met 1 jaar verlengd, tot en met 2028, middels het aanvullend zorg- en welzijnsakkoord (AZWA). Vanuit die gedachte is de verwachting dat de begrote middelen in 2028 uit IZA-transformatiemiddelen worden betaald.

De begrote kosten zijn geïndexeerd met basisjaar 2024 en een index van 2,77%. Conform de richtlijnen van ZN is dit percentage gebaseerd op de gemiddelde CPI over de laatste 10 jaar (2015-2024)[95].

Begroting Transformatieplan Mentale Gezondheid

Interventie	Bron	2024	2025	2026	2027	2028	Totaal	IZA-TM	SPUK-TM	Overig
TOTAAL TRANSFORMATIEPLAN		€ 2.420.861	€ 4.090.909	€ 4.609.754	€ 4.683.147	€ 5.344.628	€ 21.149.299	€ 15.200.138	€ 5.371.911	€ 577.249
0. Overkoepelende programmakosten		**€ 637.420**	**€ 1.541.676**	**€ 1.565.424**	**€ 1.374.436**	**€ 658.985**	**€ 5.777.940**	**€ 5.357.986**	**€ -**	**€ 419.954**
0.1 Financiën en controle	IZA-TM	€ -	€ 95.658	€ 137.322	€ 140.810	€ 144.387	€ 518.176	€ 518.176	€ -	€ -
0.2 Communicatie en veranderaanpak	IZA-TM	€ 33.919	€ 71.071	€ 183.920	€ 110.317	€ 74.995	€ 474.222	€ 474.222	€ -	€ -
0.3 Monitoring en evaluatie	IZA-TM	€ 20.000	€ 306.363	€ 388.163	€ 365.408	€ 209.149	€ 1.289.084	€ 1.289.084	€ -	€ -
0.3 Monitoring en evaluatie	Overig	€ 20.000	€ 30.000	€ -	€ -	€ -	€ 50.000	€ -	€ -	€ 50.000
0.4 Programma Management Office (PMO)	IZA-TM	€ 191.937	€ 430.406	€ 311.252	€ 212.772	€ 109.088	€ 1.255.455	€ 1.255.455	€ -	€ -
0.4 Programma Management Office (PMO)	Overig	€ 369.954	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 369.954	€ -	€ -	€ 369.954
0.5 Uitwerking samenwerking en bekostiging	IZA-TM	€ -	€ 128.175	€ 52.572	€ 40.431	€ 27.638	€ 248.816	€ 248.816	€ -	€ -
0.6 Inwonerparticipatie	IZA-TM	€ 1.609	€ 86.933	€ 89.142	€ 91.406	€ 93.727	€ 362.817	€ 362.817	€ -	€ -
0.7 Wegwerken wachtlijsten en opt. interne processen	Geen	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
0.8 Digitalisering	IZA-TM	€ -	€ 393.070	€ 403.054	€ 413.292	€ -	€ 1.209.416	€ 1.209.416	€ -	€ -
Thema 1 - Preventie		**€ -**	**€ 192.586**	**€ 321.829**	**€ 391.673**	**€ 464.859**	**€ 1.370.946**	**€ 1.314.130**	**€ 56.816**	**€ -**
1.1 Regionale website	IZA-TM	€ -	€ 67.062	€ 49.999	€ 51.269	€ 52.572	€ 220.902	€ 220.902	€ -	€ -
1.2 eHealth modules	IZA-TM	€ -	€ 78.759	€ 161.519	€ 165.621	€ 169.828	€ 575.727	€ 575.727	€ -	€ -
1.3 Zelfregie en hersteInetwerkaanbod	Geen	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
1.4 Leefstijlaanbod en begeleiding POH-ggz, SD	IZA-TM	€ -	€ 13.127	€ 14.199	€ 14.560	€ 14.930	€ 56.816	€ 56.816	€ -	€ -
1.4 Leefstijlaanbod en begeleiding POH-ggz, SD	SPUK-TM	€ -	€ 13.127	€ 14.199	€ 14.560	€ 14.930	€ 56.816	€ -	€ 56.816	€ -
1.5 Wachtlijst leefstijl	IZA-TM	€ -	€ 20.510	€ 81.912	€ 145.663	€ 212.600	€ 460.685	€ 460.685	€ -	€ -
Thema 2 - Uniform Instroommodel		**€ 1.714.373**	**€ 1.889.276**	**€ 1.988.334**	**€ 2.171.016**	**€ 3.450.442**	**€ 11.213.442**	**€ 5.794.239**	**€ 5.261.908**	**€ 157.295**
2.1 Coordinatie, projectmanagement, overig	IZA-TM	€ 800.919	€ 655.339	€ 447.990	€ 229.684	€ -	€ 2.133.932	€ 2.133.932	€ -	€ -
2.2 Frictiekosten deelnemende organisaties	IZA-TM	€ 338.967	€ 276.840	€ 343.079	€ 218.711	€ 249.527	€ 1.427.124	€ 1.427.124	€ -	€ -
2.2 Frictiekosten deelnemende organisaties	SPUK-TM	€ 135.747	€ 50.614	€ 135.475	€ 119.091	€ 135.870	€ 576.797	€ -	€ 576.797	€ -
2.3A DOCO	IZA-TM	€ 138.487	€ 381.063	€ 141.945	€ 145.551	€ 33.166	€ 840.211	€ 840.211	€ -	€ -
2.3A DOCO	SPUK-TM	€ 18.317	€ 62.608	€ -	€ -	€ -	€ 80.926	€ -	€ 80.926	€ -
2.3A DOCO	Overig	€ 105.000	€ 52.295	€ -	€ -	€ -	€ 157.295	€ -	€ -	€ 157.295
2.3B Consultatie door de huisarts	Geen	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
2.4A Verkennend gesprek	IZA-TM	€ 157.223	€ 222.115	€ 280.690	€ 273.219	€ 278.623	€ 1.211.871	€ 1.211.871	€ -	€ -
2.4A Verkennend gesprek	SPUK-TM	€ -	€ 66.782	€ 272.431	€ 635.058	€ 1.480.372	€ 2.454.643	€ -	€ 2.454.643	€ -
2.4B Transfertafel	SPUK-TM	€ -	€ 16.696	€ 68.108	€ 158.765	€ 370.093	€ 613.661	€ -	€ 613.661	€ -
2.5 Digitale matchingstool	IZA-TM	€ -	€ 34.180	€ 133.709	€ 6.523	€ 6.688	€ 181.100	€ 181.100	€ -	€ -
2.6 Ombuiging zorg naar welzijn	SPUK-TM	€ 19.712	€ 70.743	€ 164.909	€ 384.415	€ 896.102	€ 1.535.881	€ -	€ 1.535.881	€ -
Thema 3 - Ervaringsdeskundigheid		**€ -**	**€ 299.508**	**€ 557.095**	**€ 564.884**	**€ 579.232**	**€ 2.000.720**	**€ 2.000.720**	**€ -**	**€ -**
3.1 Herstelacademie	IZA-TM	€ -	€ 278.498	€ 372.166	€ 381.619	€ 391.313	€ 1.423.596	€ 1.423.596	€ -	€ -
3.1 Herstelacademie	SPUK-TM	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
3.2 Familie ervaringsdeskundigheid	IZA-TM	€ -	€ 21.010	€ 184.929	€ 183.265	€ 187.920	€ 577.124	€ 577.124	€ -	€ -
3.3 Digitaal (zie onderdeel Preventie)	Geen	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
Opslag infrastructuur Zuid-Limburg		**€ 50.000**	**€ 128.175**	**€ 131.431**	**€ 134.769**	**€ 138.192**	**€ 582.567**	**€ 582.567**	**€ -**	**€ -**
Opslag centraal budget (bestuurlijke regiegroep dd 15-7-24)	IZA-TM	€ 50.000	€ 128.175	€ 131.431	€ 134.769	€ 138.192	€ 582.567	€ 582.567	€ -	€ -
Onvoorzien		**€ 19.068**	**€ 39.689**	**€ 45.641**	**€ 46.368**	**€ 52.917**	**€ 203.684**	**€ 150.496**	**€ 53.187**	**€ -**
Onvoorzien - 1% totaal budget cf. landelijke afspraken	IZA-TM	€ 17.331	€ 36.884	€ 39.090	€ 33.249	€ 23.943	€ 150.496	€ 150.496	€ -	€ -
Onvoorzien - 1% totaal budget cf. landelijke afspraken	SPUK-TM	€ 1.738	€ 2.806	€ 6.551	€ 13.119	€ 28.974	€ 53.187	€ -	€ 53.187	€ -

Figuur 26: Samenvatting begroting Transformatieplan Mentale Gezondheid. Naar verwachting wordt het IZA met 1 jaar verlengd, tot en met 2028, middels het aanvullend zorg- en welzijnsakkoord (AZWA). Vanuit die gedachte is de verwachting dat de begrote middelen in 2028 uit IZA-transformatiemiddelen worden betaald.

[95] Bron: CBS, via Transformatieplan Palliatieve zorg in de Mijnstreek, juni 2024.

Overkoepelende programmakosten

- Financiën en controle: adviseur financiën & control, business controllers, financiering-/subsidiecontrollers en sr. administrateur t.b.v. kassiersfunctie.
- Communicatie en veranderaanpak: strategisch communicatieadviseur bij start, begeleiding cultuurveranderingsprogramma netwerkpartners, activiteiten mentale gezondheid o.b.v. centrale kalender en organisatie symposium.
- Monitoring & evaluatie: monitoring wachtlijsten en *quadruple aim*, dataverzameling uniform instroommodel, preventie en ervaringsdeskundigheid, analyse en rapportage procesmaten en inrichten datawarehouse. *NB. Op dit moment is onduidelijk in hoeverre dit laatste centraal opgepakt wordt door het DOT ZL, daarom is het meegenomen als stelpost.*
- Programma Management Office (PMO): opstellen, voorbereiden & opstarten transformatieplan, Q&A fase, overkoepelend programmaleider en ondersteuning/programmateam.
- Uitwerking samenwerking en bekostiging: stelpost juridische kosten, stelpost fiscaal advies, stelpost accountantskosten en stelpost uitwerking duurzame bekostiging.
- Inwonerparticipatie: Inwonerparticipatie tijdens transformatie mentale gezondheid.
- Wegwerken wachtlijsten en optimalisering interne processen: interne budgetten & individuele contractafspraken; geen transformatiemiddelen voor aangevraagd.
- Digitalisering: Toerekening vanuit RSO

Thema 1 – Preventie

- Regionale website: Coördinator website, bouw & onderhoud website en regionale campagne/social media strategie.
- eHealth modules: Projectmedewerker (is onderdeel van opdracht coördinator regionale website) en het gebruik van e-healthmodules via evie.nl
- Zelfregie en herstelnetwerkaanbod: krijgt vorm middels de herstelacademie (zie Thema 3 – Ervaringsdeskundigheid).
- Leefstijlaanbod en begeleiding POH-ggz, SD: Coördinatoren SD en POH-ggz.
- Wachtlijst leefstijl: Projectcoördinator leefstijl wachtlijst, opleiding tot ggz leefstijlcoach en inzet leefstijlcoaches op de wachtlijst.

Thema 2 – Uniform instroommodel

- Coördinatie, projectmanagement en overig: projectleiding en ondersteuning uniform instroommodel in 2024 (excl. VEZN), projectleider/ implementatie-verantwoordelijke 2025 e.v., projectondersteuner 2025 e.v. en interne projectleiders. Communicatie en monitoring zijn meegenomen onder 'Overkoepelende programmakosten'.
- Frictiekosten deelnemende organisaties: Uitgesplitst in IZA- en SPUK transformatiemiddelen. Zie hieronder voor een extra toelichting op deze post.
- Functie I - Verkennend gesprek: Scholing (kosten trainers), planning, secretariaat, verslag & rapportage, inzet verkenners vanuit aanbieders zorg- en welzijn, huisvestingskosten verkennend gesprek, intervisie (kosten begeleiders) en stelpost selectie, implementatie en licenties opvolging CRS-systeem.
- Functie II- Transfermechanisme: Inzet verkenners vanuit aanbieders zorg- en welzijn bij transfertafel.
- Functie III - Informatievoorziening wachttijden en aanbod: softwareselectie, aanschaf, onderhoud en licentiekosten voor digitale matchingstool
- Functie IV – Domein overstijgend casusoverleg: Projectleiders DOCO's (uitgesplitst naar IZA- en VEZN), procesbegeleiding DOCO, deelname zorgaanbieders aan DOCO's i.o. en deelname aanbieders zorg- en welzijn aan DOCO's. Zie hieronder voor een extra toelichting op deze post.
- Ombuiging zorg naar welzijn: inzet welzijn als uitkomst uniform instroommodel

Thema 3 – Ervaringsdeskundigheid

- Herstelacademie: projectleider herstelacademie, projectmedewerker herstelacademie, peerleader- en facilitator, fysieke locatie, overige kosten locatie en opleidingskosten herstelacademie. Klantactiviteitgebonden kosten uit zorg- en ondersteuningsbudgetten vallen buiten deze begroting.
- Familie ervaringsdeskundigheid: projectcoördinator familie ervaringsdeskundigheid, opleiden familie ervaringsdeskundigen en inzet familie ervaringsdeskundigen.

- Digitaal: dit onderdeel krijgt vorm middels de regionale website (zie Thema 1 – Preventie).

Onvoorzien

- Onvoorzien: 1% totaal budget cf. landelijke afspraken (% op bedragen excl. regio-opslag)

Opslag infrastructuur Zuid-Limburg

- Opslag centraal budget: besloten in de bestuurlijke regiegroep d.d. 15-07-2024.

Extra toelichting op de posten frictiekosten

De post frictiekosten omvat de kosten die gemaakt worden door omzetderving van behandelaren (d.w.z. medewerkers met cliëntgebonden tijd) voor hun deelname aan de transformatie, bijvoorbeeld door deelname aan trainingen. Daarnaast omvat de post een vergoeding voor niet-productieve uren in de eerste fase van de transformatie, bijvoorbeeld door het niet kunnen invullen van een gepland blok voor verkennende gesprekken door uitval van de tweede verkenner. Exceptionele inzet van management en ondersteuningskosten worden niet meegenomen als frictiekosten. Bij het vaststellen van de kosten zijn alle door de organisaties aangeleverde kosten gelijkwaardig gemaakt. Ook is er gecontroleerd dat er geen dubbele bekostiging plaats vindt. Er wordt met het verder in kaart brengen van de frictiekosten niet gewacht tot de landelijke (of regionale) richtlijn is geaccordeerd. De definitie voor de frictiekosten is reeds vastgesteld in het netwerk. Op het moment dat de richtlijn frictiekosten is geaccordeerd in het BO IZA, zal de impact ervan op plannen, ambities en begroting onderzocht worden en zal de deeltransformatie Mentale Gezondheid zich conformeren aan de vastgestelde richtlijnen.

Extra toelichting op de posten SPUK transformatiemiddelen

Om de bijdrage van de zorg- en welzijnsorganisaties vanuit het sociaal domein te bekostigen wordt gebruik gemaakt van de SPUK transformatiemiddelen. Zorgverzekeraars kunnen gemeenten en welzijnsorganisaties niet rechtmatig vanuit de Zvw bekostigen, de Regeling SPUK Transformatiemiddelen IZA 2024-2027 maakt dit wel mogelijk. Dit geldt óók voor de structurele kosten die voortvloeiend uit de transformatieplannen middels een uitzondering via het addendum van 30 september[96] mits de gemeente de intentie uitspreekt dit duurzaam te willen borgen na 2027[97].

De inzet van de zorg- en welzijnspartijen (sociaal domein) is opgenomen in de begroting. Het gaat hierbij zowel om frictiekosten en de inzet van sociaal domein medewerkers bij verschillende interventies als om een budget voor het verschuiven van cliëntstromen. Het verschuiven van cliëntstromen van zorg naar welzijn is ingeschat op basis van de business case. In Hoofdstuk 5.3 en Figuur 16 wordt deze ombuiging van zorg naar welzijn inzichtelijk gemaakt in euro's per jaar. De volledige uitleg van de modellering is in bijlage X toegelicht. Uit de business case komt een bedrag van €1.235.895 per jaar aan totale toegenomen kosten voor zorg- en welzijnsorganisaties in het sociaal domein bij volledige implementatie van het model (12.400 gesprekken). Per jaar is

[96] IZA Knelpuntenanalyse en addendum 30 september 2024: https://vng.nl/nieuws/meer-ruimte-financiering-transformatieplannen-gemeenten

[97] We gaan er hierbij vanuit dat de onderhandelingen tussen de VNG en IZA positief zullen uitpakken. Daarom dienen we het plan en begroting inclusief SPUK Transformatiemiddelen in. De ZN werkgroep sociaal domein stelt ook dat het onderwerp 'borging van de plannen na 2027', gezien de landelijke ontwikkelingen, tot nader te bepalen moment is uitgesteld. Ook vanuit ZN gezien geeft het ontbreken van de intentieverklaring bij indiening dus geen reden om het plan af te keuren.

een bedrag naar rato van de ingroei in het aantal verkennende gesprekken opgenomen. Het jaarlijkse bedrag is tevens geïndexeerd[98].

Het tijdelijke rijksbudget SPUK-transformatiemiddelen wordt verstrekt aan gemeenten en aan reeds door gemeenten gesubsidieerde en gecontracteerde organisaties voor de extra inspanningen zoals die zijn voorzien in het transformatieplan Mentale Gezondheid Zuid Limburg. De gemeenten hebben getoetst dat de inzet van SPUK-transformatiemiddelen voor deze extra inspanningen van de betreffende partijen voldoen aan de eisen die de betreffende SPUK stelt aan staatsteun.

Extra toelichting op de posten DOCO's

De Leidraad Mentale Gezondheidsnetwerken geeft een toelichting op de financiering van DOCO's. In de leidraad Mentale Gezondheidsnetwerken[99] staat dat de overige functies van het Mentale gezondheidsnetwerk, waaronder de DOCO's, kunnen bekostigd worden op basis van het experiment patiëntengroepsgebonden afstemming binnen Zvw-verzekerde zorg (PGGAZ). Hierin staat dat de vergoeding voor deelname aan een DOCO bestaat uit een vacatievergoeding voor alle deelnemers. Voor de inzet per DOCO i.o. worden zijn aantallen en tarieven ingeschat op in de begroting te verwerken in Q1 2025 worden de definitieve aantallen en tarieven uitgewerkt om daarmee de betaaltitel in te kunnen regelen.

NB. De begroting is afgestemd met het verantwoordingskader Transformatieplannen NZa en voldoet eraan. Het vastleggen van een Administratieve Organisatie en opzetten van een adequate financiële administratie ligt bij de nog aan te stellen Adviseur Financiën en Control i.s.m. de sr. Administrateur. (zie het Hoofdstuk 7.6 Een resultaatgerichte projectorganisatie) en wordt daarmee ook voorzien.

8.2 Uitbetalingsmijlpalen

In Hoofdstuk 6 is het PPI en KPI framework ter sturing en uitbetaling tijdens de transformatie uiteengezet. Een selectie aan PPI's en KPI's is gekoppeld aan uitbetaling van IZA Transformatiemiddelen, deze noemen we mijlpalen. Figuur 27 geeft het overzicht weer van de bedragen van IZA middelen uit de begroting gekoppeld aan deze mijlpalen. Per jaar is het bedrag

Thema	2025 H1	2025 H2	2026 H1	2026 H2	2027 H1	2027 H2
Overkoepelend	PPI O1	PPI O2	PPI O3	PPI O4	PPI O5	PPI O6
	€ 714.592	€ 1.305.366	€ 872.481	€ 872.481	€ 784.308	€ 784.308
Preventie		PPI P1	PPI P2	PPI P3	KPI P	KPI P
	€ -	€ 181.659	€ 156.051	€ 156.051	€ 191.727	€ 191.727
UIM	PPI UIM1	KPI UIM	KPI UIM	KPI UIM	KPI UIM	KPI UIM
	€ 1.933.050	€ 1.105.690	€ 683.499	€ 683.499	€ 449.669	€ 449.669
Ervaringsdeskundigheid		PPI ED1	PPI ED2	PPI ED3	KPI ED	KPI ED
	€ -	€ 303.182	€ 282.597	€ 282.597	€ 287.191	€ 287.191

Figuur 27: Overzicht van de mijlpalen en gekoppelde IZA-bedragen.

[98] De onderbouwing van deze post is anders dan andere posten in de begroting. Er is door de verzekeraar vergeleken met een ander vergelijkbaar en reeds goedgekeurd transformatieplan. Hieruit komt naar voren dat de huidige onderbouwing van de inzet van het sociaal domein op eenzelfde of beter niveau is.
[99] https://www.mentalegezondheidsnetwerken.nl/app/uploads/2024/07/20240718-MGN_LEIDRAAD.pdf

in de begroting gedeeld door twee, behalve voor 2025 H1 en H2, omdat de gemaakte kosten in 2024 bij 2025 H1 worden opgeteld en bepaalde posten doorgeschoven zijn naar 2025 H2. Het 'thema' overkoepelend bevat de overkoepelende kosten en de kosten voor de opslag infrastructuur Zuid-Limburg. De 1% onvoorziene kosten zijn van toepassing op alle kosten. Subsidies en SPUK Transformatiemiddelen worden niet meegenomen in de uitbetaling van de mijlpalen. Voor inhoudelijke duiding van PPI's en KPI's en aantallen zie Hoofdstuk 6.

Een uitgangspunt van het PPI en KPI framework is dat we niet streven naar een specifieke verhouding. Dit uitgangspunt is door de zorgverzekeraars in de diverse gesprekken bevestigd. DOT ZL stelt tevens dat de budgetverhouding 70/30 voor resultaat- / inspannings-KPI's onrealistisch is voor veel plannen. Ook andere deeltransformaties o.a. Pluswijken laten de verhouding los. Om toch inzicht te geven in de verhouding is deze berekend:

- De verhouding in absolute aantallen is 50/50.
- De verhouding o.b.v. budget is 46/54 inspanning / resultaat. Dit is met name omdat er een losse post overkoepelende activiteiten is opgenomen in plaats van deze kosten te splitsen over de drie thema's.

De (inspanning op) een mijlpaal wordt uitbetaald als deze plausibel onderbouwd is

Uitbetaling van een KPI is volgens het NZa kader mogelijk nadat deze in de database, voorzien van bewijslast, op behaald is gezet[100]. Kort samengevat zijn dan elk half jaar twee mogelijkheden:

1. Alle mijlpalen die gepland waren voor het afgelopen half jaar zijn behaald. De gekoppelde bedragen aan die mijlpalen (Figuur 28) worden uitbetaald en alle activiteiten voor het nieuwe halfjaar worden gecontinueerd.

2. Een mijlpaal van één of meerdere thema's is niet behaald. De gekoppelde bedragen aan die mijlpalen worden op dat moment niet uitbetaald. Als de activiteiten worden voortgezet en op een later tijdstip de KPI-waarde wordt bereikt, wordt de mijlpaal alsnog behaald en worden de gekoppelde bedragen uitbetaald zodra aan de verantwoordingsvereisten is voldaan. Wanneer de kans klein wordt geacht dat de mijlpaan in de nabije toekomst behaald zal worden, kan ervoor worden gekozen om de activiteiten behorende bij het thema waarop de mijlpaal niet behaald is te beëindigen, mits dit de ontwikkeling van de andere thema's niet in de weg staat.

Waar een mijlpaal een PPI betreft is de verwachting dat deze altijd behaald en bewezen zal worden. Door KPI's te clusteren en een bandbreedte te geven is het risico op geen uitbetaling verlaagd (bron: overleg zorgverzekeraar).

Alle partijen, inclusief de zorgverzekeraars, vinden het wenselijk dat de geleverde inspanning uitbetaald wordt ook als de mijlpaal niet behaald is. In een mail van de NZa[101] wordt hier ruimte voor gegeven: als we kunnen vaststellen (door middel van deelwaarneming) dat er professionele planvorming met KPI's is en er een serieuze sturing op het transformatiedoel is, volstaat dat wat de NZa betreft als een plausibele onderbouwing. Op basis hiervan gaan wij er vanuit dat de geleverde inspanning met een plausibele onderbouwing uitbetaald wordt, ook als een mijlpaal niet behaald wordt.

Daarnaast monitoren we de hoofdimpact (wachtlijsten en *quadruple aim*). Mocht er blijken dat de gewenste beweging niet wordt gezien dan kan er in dialoog worden besloten alsnog het gehele transformatieplan of delen stop te zetten. Monitoring van de hoofdimpact fungeert hiermee als

[100] Bron: NZa kader hst. 5.4 d.d. september 2024
[101] Bron: Mail van de Manager Toezicht Zorgverzekeraars | directie Toezicht dd. 25 november 2024

overkoepelende stopknop. Op basis van de business case is er een bandbreedte opgesteld waarbinnen we verwachten uit te komen. Binnen deze bandbreedte kan de stopknop nooit gebruikt worden.

8.2.1. Uitbetalingsmijlpalen uitgesplitst naar zorgaanbieders

Om het contract voor uitbetaling van transformatiegelden in te regelen stelt de NZa een verdeelsleutel per zorgaanbieder per mijlpaal verplicht. Hierin moeten uit te keren euro's per mijlpaal per deelnemer inzichtelijk zijn gemaakt. Dit is een vereiste om het contract in te kunnen regelen en staat los van de nog in te regelen kassiersfunctie. De uitwerking van de kassiersfunctie wordt geagendeerd na het indienen van het transformatieplan.

Voor de verdeelsleutel is de Zvw-omzet van de zorgaanbieders zoals deze is vastgesteld in de BTMG van 17-7-2024 de basis. De verdeelsleutel ziet er daarmee als volgt uit:

Organisatie	**Verdeelsleutel (factor)**
Mondriaan	0,51
Zuyderland ggz	0,21
MET ggz	0,09
Lionarons ggz	0,05
HOZL	0,04
ZIO	0,03
Meditta	0,02
MUMC+	0,03
Mens ggz	0,02
De vrijgevestigde psychologen en kleine instellingen verenigd in PsyZorg Zuid-Limburg	-
Totaal	**1,00**

De verdeelsleutel wordt op alle mijlpalen voor de uitbetaling van IZA middelen toegepast. Het bedrag per mijlpaal per deelnemer is onderdeel van de begroting (tabblad Mijlpaalbedragen).

Geen rechten te ontlenen aan de verdeelsleutel

We merken op dat het uitsplitsen van KPI's met een verdeelsleutel waarin de verantwoordelijkheid per partij gespecifieerd wordt geen recht doet aan het transformatieproces en het met elkaar in een netwerk realiseren van doelen. Het plan bevat ook geen instelling specifieke budgetten. De voorgestelde verdeelsleutel is daarom enkel om het contract in te kunnen regelen met de NZa. De daadwerkelijke verdeling van het budget wordt gedurende de uitvoer door de kassier uitgesplitst naar rato van de gerealiseerde inzet van de partijen.

8.3. Risico's en mitigerende maatregelen

Een grote transformatie in denken en werken zoals in dit deeltransformatieplan beschreven kent de nodige onzekerheden. Onderstaande tabel geeft een overzicht van de belangrijkste risico's en bijbehorende mitigerende maatregelen. De financiële risico's zijn opgesplitst naar de verschillende fasen die we met elkaar in dit proces doorlopen.

Risico	Gevolg	Mitigerende Maatregel
Algemeen/ Samenwerking		
Interventie sluit niet voldoende aan bij de wens van de inwoner	Verminderd gebruik van de interventie	Vanaf begin van de implementatiefase inwoners betrekken via meewerkgroep zodat ontwerp zo goed mogelijk aansluit bij behoefte.
Wegwerken huidige wachtlijsten lukt onvoldoende	Effect van interventies op wachtlijsten is minimaal of nihil als huidige wachtlijst niet wordt weggewerkt	Vooraf een plan schrijven om huidige wachtlijsten weg te werken. Tijdens implementatie scherp monitoren op verloop wachtlijsten. Bij te weinig verandering, plan wegwerken wachtlijsten herzien.
Onenigheid tussen partijen in de samenwerking	Kan leiden tot stopzetten samenwerking van een partij of een partij die vooral weerstand toont. Dit kan leiden tot vertraging of een tekort in capaciteit van bijv. verkenners voor het instroommodel.	Wanneer partij niet goed functioneert in samenwerkingsverband wordt het gesprek hierover gevoerd. Indien bevorderend voor de samenwerking, wordt er binnen de organisatie naar iemand anders gezocht die kan deelnemen aan de overleggen. Proces opstellen voor toetreden aan samenwerking en uit samenwerking stappen.
Capaciteit		
Organisatie wil samenwerking stopzetten	Kan gevolg hebben voor capaciteit op de thema's, bijv. de verkenners voor het instroommodel.	Proces voor toe en uittreden samenwerking wordt geschreven inclusief mitigerende maatregelen.
Uitval sleutelspeler samenwerking (*zoals sleutelspeler samenwerkings-organisatie, bestuurder samenwerkingsorganisatie of projectleider)*	Dit kan tot gevolg hebben dat kennis verloren gaat en men niet voldoende op de hoogte is van wat er speelt	Er wordt zo snel mogelijk naar een vervanger/opvolger gezocht. Overleggen worden zo goed mogelijk gedocumenteerd. Overige sleutelspelers komen bijeen om gezamenlijk te zorgen voor een kortetermijnoplossing indien vacature niet direct vervuld kan worden.
Financiën		
Fase 1 – schrijven transformatieplan		
Onvoldoende budget om transformatieplan af te ronden	Transformatieplan wordt niet ingediend en transformatiemiddelen worden niet aangevraagd.	Onderlinge afspraken over voorfinanciering en bijbehorende verdeelsleutel zijn gemaakt in het bestuurlijk overleg.

Fase 2 – tussen indienen en uitvoeren		
Transformatiemiddelen worden niet toegekend	Kosten die in 2024 al gemaakt worden komen voor de samenwerkingspartijen naar rato van omzet	Onderlinge afspraken over voorfinanciering en bijbehorende verdeelsleutel zijn gemaakt in het bestuurlijk overleg.
Fase 3 – tijdens implementatie		
Faillissement samenwerkingsorganisatie	'In kind' kosten voor inzet medewerkers kunnen niet meer worden gedragen. Medewerker inzet voor de thema's gaat verloren.	Afspraken over opvang inzet en kosten door de andere samenwerkingspartijen.
Mijlpalen worden niet behaald, waardoor kosten niet worden toegekend	Geen middelen om de volgende fase van het plan in te gaan.	Door een bandbreedte in te stellen en KPI's te clusteren wordt dit risico verminderd. Mocht een KPI op een later moment gerealiseerd worden dan gepland dan wordt er op moment van behalen uitbetaald. Nauwkeurige monitoring, zodat bij afwijkingen t.o.v. planning er direct kan worden bijgestuurd. Bij niet behalen van mijlpalen wordt dit gesprek met zorgverzekeraars gevoerd.
Door verschuiving van clientstromen moeten sommige organisaties krimpen in volume	Omzet uit resterend volume is onvoldoende om structurele kosten/ overhead te dragen.	Dit moet onderwerp zijn in de afspraken die in het kader van transformatieplan en reguliere contractering gemaakt worden. Wanneer deze situatie zich voordoet en dit leidt tot frictiekosten zal er in de bilaterale contractafspraken met voornamelijk zorgverzekeraars tot een passende oplossing gekomen moeten worden, dusdanig dat organisaties voldoende financiële ruimte krijgen zich op deze nieuwe werkelijkheid aan te passen. Daarnaast is verdere uitwerking van duurzame bekostiging onderdeel van dit transformatieplan.
Door verschuiving van clientstromen moeten sommige organisaties groeien in volume	Te weinig capaciteit en budget om toestroom op te vangen.	
De verschuiving van clientstromen kan leiden tot een cumulatie van complexe problematiek bij geïntegreerde aanbieders en een toename van de intensiteit van de behandelinzet bij complexe cliënten	Toename van gemiddelde kosten per cliënt	Wanneer de zorgaanbieder aantoont dat als gevolg van deze ontwikkeling de gemiddelde kosten per cliënt zijn toegenomen, zullen zorgverzekeraars bij de zorginkoop op gepaste wijze hiermee rekening houden.

Bijlagen

I. Puntsgewijze adressering feedback eerste snelle toets
II. Betrokken partijen
III. Omschrijvingen interventies per thema
IV. Model in de praktijk
V. Toelichting en samenhang ggz en het sociaal werk
VI. Bilaterale afspraken t.b.v. wegwerken wachtlijsten per ggz-aanbieder
VII. Bilaterale afspraken t.b.v. optimaliseren door- en uitstroom per ggz-aanbieder
VIII. Uitwerking samenwerking met RSO Zuid-Limburg
IX. Toelichting impactschattingen toegankelijkheid en kwaliteit
X. Toelichting impactschatting op maatschappelijke kosten
XI. Impact op deelopgaven en stakeholders
XII. Opzet lange-termijn-monitoring van wachtlijsten en quadruple aim
XIII. Dataverzameling binnen het uniform instroommodel
XIV. Plan van aanpak inwonerparticipatie en sfeerimpressie
XV. Ondertekende werkafspraken
XVI. Begroting: toelichting transformatiekosten per thema

Deeltransformatieplan Mentale Gezondheid Zuid-Limburg