

Transformatieplan Mentaal Gezond Twente

Conceptversie 0.95

7-5-2025

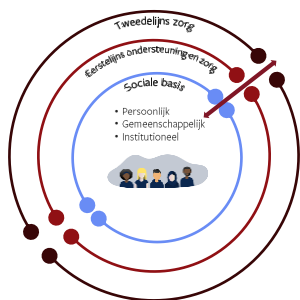


Inhoudsopgave

	Management samenvatting	p. 4
	1. Aanleiding en achtergrond	p. 6
	2. Introductie Mentaal Gezond Twente	p. 15
	3. Verdieping Mentaal Gezond Twente	p. 20
	4. Samenwerking en governance	p. 37
	5. Maatschappelijke business case	p. 40
	6. Monitoring en bijsturing	p. 50
	7. Randvoorwaarden voor succes	p. 56
	8. Bijlage	p. 59

Management samenvatting [1/2]

In Twente staan de toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid van ondersteuning en zorg voor inwoners met mentale klachten onder druk. Er is een toename van de ondersteunings- en zorgvraag van mensen met mentale klachten en daarnaast is er een krappe arbeidsmarkt en zijn er obstakels bij domeinoverstijgend samenwerken.



Om deze grote uitdagingen het hoofd te bieden is er een regiobrede transformatie nodig in het verlenen van ondersteuning en zorg bij mentale klachten en uitdagingen en hoe we hiermee omgaan. Hiervoor is er een beweging nodig die vraagt om een fundamentele omslag in denken en doen, zowel bij professionals als bij inwoners. In de kern is het een beweging van ziekte en zorg naar gezondheid en gedrag. Hierin stellen we de inwoner en het netwerk rondom de inwoner centraal, met aandacht voor eigen regie, integrale samenwerking en leren van elkaars expertise over verschillende domeinen heen. We bevorderen het sociaal werk en welzijn van inwoners, met positieve gezondheid als leidend principe. We zetten de inwoner en de gemeenschap in zijn kracht, omdat wij geloven in het belang van sociale verbinding en betrokkenheid. Dit vraagt een duurzame verandering in het gedrag van inwoners en professionals in hoe zij ondersteuning en zorg vragen en verlenen.

Door inzet op preventie en normalisatie beperken we de instroom naar specialistische ggz. Uitgangspunten hierbij zijn o.a. het hanteren van een herstelgerichte benadering, inwoner- en naastenparticipatie en noaberschap, E-health en digitale innovatie, continu leren en verbeteren en werken vanuit een domeinoverstijgende benadering.



Met drie bewegingen dragen we bij aan het verbeteren van het mentaal welbevinden in Twente: sterke sociale basis (1), passende netwerkondersteuning en -zorg (2) en digitale ondersteuning (3). Om deze bewegingen integraal te borgen in de regio is adoptie van de visie van het netwerkgedachtegoed en positieve gezondheid essentieel. De borging middels adoptie is cruciaal om het gebruik van het gedachtegoed rondom positieve gezondheid regiobreed uit te rollen en de potentie van netwerkzorg te benutten, over domeinen en organisaties heen.

1. Sterke sociale basis richt zich op het bevorderen van de zelf- en samenredzaamheid van inwoners, inzetten op preventie en ruimte voor normalisatie van mentale uitdagingen. Zo maken we de beweging 'naar voren' richting preventie, van een focus op professionele hulp naar zelfredzaamheid en sociale basis (persoonlijk, gemeenschappelijk, institutioneel).
2. Met passende netwerkondersteuning en -zorg realiseren we een netwerk waarin ondersteuning en zorg samenkomen. Hierin werken huisartsen, specialistische en maatschappelijke ggz, gemeenten, sociaal werk en welzijn en ervaringsdeskundigen vanuit gelijkwaardigheid, duurzaam integraal samen met en rond de inwoner met mentale uitdagingen en zijn naasten.
3. Ondersteuning en zorg digitaal faciliteren kan en moet onderdeel zijn van de toekomstbestendige, regiobrede transformatie. Digitale ondersteuning is van secundaire focus in dit transformatieplan. Echter, als digitale elementen bijdragen aan de andere twee bewegingen, nemen wij dat initiatief en bijbehorende investering waar mogelijk mee in de transformatie.

Om de noodzakelijke bewegingen te realiseren nemen we in Twente gepaste actie binnen de transformatie Mentaal Gezond Twente. Voor dit transformatieplan is gekozen om te focussen op acht onderdelen van Mentaal Gezond Twente die ieder bijdragen aan een of meerdere van de bewegingen. De onderdelen, met daarbij de landelijke functies van het mentaal gezondheidsnetwerk aangeduid met een *, zijn: Adoptie van het netwerkgedachtegoed vanuit de visie positieve gezondheid, Verkennend gesprek*, Domeinoverstijgend casusoverleg*, Informatievoorziening wachttijden*, Transfermechanisme*, Laagdrempelige steunpunten, Consultatiefunctie en Groepsgericht werken. Deze onderdelen beslaan niet het volledige netwerk, het zijn toevoegingen of uitbreidingen op reeds bestaande, lokale en regionale initiatieven en aanbod, zoals reguliere zorg binnen de ggz, Welzijn op Recept en lokale overlegvormen. Dit plan zet in op het regionaal verbinden en faciliteren en het lokaal uitwerken van een plan van aanpak waarin de acht onderdelen worden verwerkt.

Management samenvatting [2/2]

In de voorbereiding op en uitvoering van de transformatie hanteren wij een aantal leidende principes. Gezien het hoge aantal betrokken partijen, de diversiteit en het belang van het netwerkgedachtegoed zijn deze leidende principes essentieel. Bij de lokale invulling van de regionale kaders uit dit transformatieplan zijn deze leidend.

De beoogde transformatie is een gezamenlijke verantwoordelijkheid, waar de inwoners en iedereen uit het veld een rol in hebben én effecten van ondervinden. Daarom is bij de transformatie een breed stakeholdersveld vanuit ondersteuning en zorg betrokken; **domeinoverstijgend**. De transformatie uit dit transformatieplan staat niet op zichzelf, maar bouwt voort op goede initiatieven, bestaande voorzieningen en ontwikkelingen binnen mentale ondersteuning en zorg. Tot de betrokkenen behoren o.a. de **multidisciplinaire en maatschappelijke** ggz, huisartsenzorg, ervaringsdeskundigen, zorgverzekeraars, het sociaal domein, sociaal werk en welzijn en de sociale basis (uitgesplitst in persoonlijk, gemeenschappelijk en institutioneel). Bij het opstellen en latere uitvoering van dit transformatieplan zijn er korte lijnen met bijbehorende initiatiefnemers, om zoveel mogelijk te leren en te dienen als inspiratie en om regionaal te verbinden en faciliteren en lokaal een plan van aanpak uit te werken waarin alle acht de onderdelen worden verwerkt.

Elk van de onderdelen binnen het Mentaal Gezondheidsnetwerk draagt op een eigen manier bij aan de transformatie. Daartoe is per onderdeel de huidige situatie geschetst en welke situatie we in de toekomst beogen. Ook zijn de doelgroep, betrokken netwerkpartners en kritische succesfactoren geconcretiseerd, die samen verduidelijken wat nodig is om te dragen aan de transformatie van Mentaal Gezond Twente. Voor elk van de onderdelen zijn activiteiten en een tijdsplan bepaald (t/m 2027), dat verduidelijkt wat we gaan doen om de transformatie te realiseren.

Een strakke governance om toe te zien op de transformatie en daaraan sturing te geven is essentieel. Hierom sluiten we aan bij de bestaande governance structuur met daarin vertegenwoordiging van Twentse Koers en Twente Beter. In de uitvoering richten we een stuurgroep, kernteam, regionale werkgroepen en lokale werkgroepen (per gemeente) in. In deze gremia zijn zowel Twentse Koers als Twente Beter vertegenwoordigd. Dit sluit aan op de governance van andere transformatieplannen in de regio.

De transformatie Mentaal Gezond Twente beoogt bij te dragen aan het mentaal welzijn van Twentenaren, dit is gerelateerd aan de volgende IZA-doelstellingen: reductie van het zorggebruik in de Zvw, verschuiving van patiëntenstromen en effectiever inzetten van personeel. Dit wordt allereerst bereikt via kwalitatieve effecten, zoals verbeterde kwaliteit van leven voor inwoners met een mentale uitdaging, efficiëntere en effectievere zorg en meer werkplezier voor professionals. Daarnaast zijn er kwantitatieve effecten die voortkomen uit het netwerk als geheel en specifieke onderdelen hiervan, met als belangrijkste effect de verschuiving van zorg naar **meer zelf- en samenredzaamheid in het eigen netwerk**. Qua zorg verwachten we een verschuiving van ggz (Zvw) naar ondersteuning binnen het sociaal domein (bestaande uit sociaal werk en welzijn en maatschappelijke ggz) en een verschuiving van zorg en ondersteuning naar geen ondersteuning (zelf- en samenredzaamheid). Deze verschuiving verbetert de toegankelijkheid van ondersteuning en zorg. Daarnaast zijn er andere effecten gekwantificeerd, waaronder de maatschappelijke besparing door kortere ggz-wachttijsten, reductie van huisartsconsulten en minder afstemmingstijd tussen huisarts en ggz-professionals. Daartegenover staan investeringskosten om de transformatie mogelijk te maken, waaronder programmaoverstijgend (reeds gemaakte programmakosten, inzet kernteam) en kosten per onderdeel (tijdsinzet projectleiders, werkgroepleden of inzet in interne organisatie, verletkosten, materiële kosten). De totale investering bedraagt € 7,1 mln aan IZA-transformatiemiddelen en € 8,4 mln aan IZA SPUK gelden.

Om zicht te houden op de transformatie en resultaatgericht te werken zijn er KPI's opgesteld, zowel programmaoverstijgend als per onderdeel en deels inspannings- en resultaatgericht. De benodigde investeringskosten zijn gelinkt aan de KPI's op basis van kosten die gemaakt worden in de Zvw en sociaal domein.

Een transformatie van deze omvang geeft geen volledige comfort omdat er risico's zijn die gedragen moeten worden met elkaar. Daarom zijn de belangrijkste randvoorwaarden voor succes geïdentificeerd, om passend actie te ondernemen en risico's en zorgen te minimaliseren. Grootste risico's zijn bij (structurele) financiering en dekking binnen en over domeinen heen, beschikbare (arbeids)capaciteit en adoptie van de nieuwe manier van werken en gedrag. De nieuwe manier van werken en fundamenteel anders kijken naar mentaal welzijn, vanuit professionals én inwoners, vereist gelijkgerichtheid bij betrokkenen. Alleen zo dragen we samen bij aan het mentaal welzijn van Twentenaren: nu en in te toekomst.

1. Aanleiding en achtergrond

*Wat zijn de uitdagingen en ambities op het gebied van mentale gezondheid in de regio?
Welke partijen in de regio zijn betrokken bij de transformatie Mentaal Gezond Twente?*



Toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid van mentale gezondheidszorg staan onder druk

Regionale uitdagingen

Uit het regiobeeld en –plan voor Twente blijkt dat de regio op het gebied van mentale gezondheid en ondersteuning kampt met uitdagingen, zowel aan de vraag- als aanbodkant.

Toename van ondersteunings- en zorgvraag gerelateerd aan mentale gezondheid^{1,2}

- Het **aantal mensen met mentale vragen en/of uitdagingen** dat een beroep doet op behandeling en ondersteuning **stijgt al jaren**. Tevens is de **ondersteuningsvraag** steeds **complexer**.
- **Het percentage inwoners met ernstige psychische aandoeningen** (EPA) ligt in de **drie grote Twentse steden** (Enschede 1,9%, Hengelo 1,5%, Almelo 1,7%) **hoger** dan landelijk gemiddeld (1,3%).
- **Eenzaamheid** neemt **regiobreed toe**. In de **drie grote Twentse steden** is het percentage inwoners dat ernstige of zeer ernstige eenzaamheid ervaart **hoger dan landelijk** gemiddeld. In de overige regio is dit **lager** dan landelijk gemiddeld (41% t.o.v. 44%).
- Het hebben van **regie over het eigen leven** laat een **dalende trend** zien in de regio.
- Het percentage personen met **overmatig alcoholgebruik** is hoger dan het gemiddelde in Nederland.
- Een **krappe meerderheid** van Twentse volwassenen heeft een **voldoende niveau** van **gezondheidsvaardigheden**.

In Twente staan **toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid** van de **geestelijke gezondheidszorg** onder druk

Krappe arbeidsmarkt en obstakels bij domeinoverstijgend samenwerken^{1,2}

- De **wachttijden voor behandeling in de basis ggz** zijn in de regio Twente **gemiddeld 21 weken, waar dit landelijk op gemiddeld 14 weken** ligt. Twente zit hiermee ook ruim boven de **Treknorm** van 14 weken totale wachttijd.
- Er is **schaarste aan personeel** (o.a. **psychiaters**) in de sector zorg en welzijn. Op dit moment is de personeelsschaarste kleiner dan landelijk gemiddeld. Echter neemt door **sterke vergrijzing** het **arbeidspotentieel** in Twente **sneller af** dan landelijk gemiddeld. Vanaf 2030 krijgt de regio naar verwachting te maken met bevolkingskrimp, terwijl het arbeidspotentieel nu al onder gemiddeld is.
- **Samenwerking** tussen gemeenten, sociaal werk en welzijn, huisartsenzorg en ggz is nog ingericht op de **traditionele rolverdeling** en nog onvoldoende vanuit **domeinoverstijgende** overwegingen waarbij de inwoner centraal staat. Zowel de grootte van de regio met een diversiteit aan samenwerkingspartners als de **verkokering van financiële stromen** en **wet- en regelgeving** vormen hierbij grote **belemmeringen**.
- **Laagdrempelige alternatieven** voor de ggz zijn **niet altijd (tijdig) beschikbaar, bekend of bereikbaar** voor inwoners, waardoor zij soms onterecht bij de ggz terechtkomen en hulp verlaat op gang komt.
- Mede als gevolg van bovenstaande verloopt de **instroom, doorstroom en uitstroom** in de (multidisciplinaire) ggz **niet soepel**.

1. Bron: Regiobeeld Twente (2023)

2. Bron: Regioplan Twente (2023)

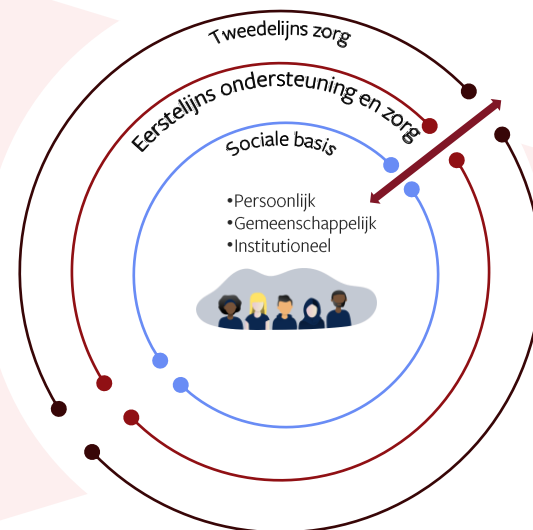
Een gezondere toekomst voor de Twentse inwoners vraagt anders denken en anders doen

Samen de uitdaging aan: voor en door Twentenaren

We zetten ons regionaal in voor een ondersteunings- en zorglandschap dat klaar is voor de toekomst. Wij geloven in een toekomst waarin de gemeenschap een bron van kracht is voor Twentse inwoners. De inwoner staat hierbij centraal: met zoveel mogelijk eigen regie en ondersteund waar dat echt nodig is. Dit betekent dat de juiste ondersteuning op de juiste plek en door de juiste hulpverlener beschikbaar is. We leveren ondersteuning en zorg die noodzakelijk en passend zijn; dat betekent dat we soms ook dingen niet meer doen. Voor het bieden van passende ondersteuning en zorg in de regio is het noodzakelijk om de manier van ondersteuning en zorgverlening te transformeren, met de focus op de inwoner en zijn of haar netwerk. De beweging richting de sociale basis zetten we in vanuit zowel de tweede als eerste lijn. Door gezamenlijke inspanningen kan de Twentse gemeenschap deze transformatie opvangen en duurzaam borgen.

De beweging die in onze regio nodig is vraagt om een fundamentele omslag in denken en doen, zowel bij professionals als bij inwoners: **van ziekte, ondersteuning en zorg, naar gezondheid en gedrag**. Om dit te bereiken richten we ons regionaal op:

- **Het netwerk rondom de inwoner centraal stellen**, waar **ondersteuning en zorg onderdeel van zijn**, met aandacht voor eigen regie, integrale samenwerking en leren van elkaars expertise over verschillende domeinen heen (systeemgerichte benadering).
- Het **bevorderen van het welzijn van inwoners**, met positieve gezondheid als leidend principe.
- **De inwoner én zorgzame gemeenschappen** – zoals bewonersinitiatieven, dorpscoöperaties en burgercollectieven – **in hun kracht** zetten. Zij vormen een essentiële schakel in het versterken van samenredzaamheid, preventie en (mentaal) welzijn.
- Een **duurzame verandering in het gedrag** van inwoners en professionals in hoe zij ondersteuning en zorg vragen en verlenen.



Mentale problemen moeten, kunnen en willen we niet alleen professioneel proberen op te lossen.¹ Er is een verschuiving noodzakelijk waarbij we weg bewegen van professionele **behandeling** richting **preventie en normalisatie**. Dit vraagt een integrale en samenhangende aanpak tussen de verschillende beleidsterreinen, inclusief de financieringsstromen. De inhoudelijke **uitgangspunten** hierbij zijn:

- **Van ziekte en zorg naar gezondheid en gedrag**: we maken de omslag in ons denken en doen van ziekte naar (positieve) gezondheid en normalisatie. Normalisatie omvat acceptatie van gedrag door de samenleving en acceptatie van het hebben en **bespreekbaar maken** van mentale uitdagingen en kwetsbaarheid.
- **Herstelgerichte benadering** (regisseur van je eigen proces): focus op bevordering van herstel en empowerment van individuen met mentale aandoeningen, met een nadruk op perspectief, persoonlijke groei en eigen regie. Daarnaast het stimuleren van eigen verantwoordelijkheid, actieve deelname aan het zorgproces, keuzevrijheid en nadruk op wat de inwoner wel kan.
- **Inwoner- en naastenparticipatie en systeemgericht werken**: actieve betrokkenheid van inwoners en hun naasten/mantelzorgers bij besluitvorming en **realisatie van** behandelplannen voor meer cliëntgerichte en holistische zorg. Hierin heeft gemeenschapsgeschiede ondersteuning een grote rol. De positie van naasten is kwetsbaar. Mantelzorgers hebben namelijk een veel grotere kans op mentale problemen. Het effect hiervan is omvangrijk; zo ervaren KOPP-² en KOV-kinderen vaak levenslang mentale kwetsbaarheid.
- **E-health en digitale innovatie**: integratie van digitale technologieën en E-health oplossingen in de tweede en eerste lijn en het sociale basis om de toegankelijkheid en kwaliteit van zorg te verbeteren
- **Continu leren en verbeteren**: een cultuur van voortdurende verbetering en kennisontwikkeling.
- **Domeinoverstijgende benadering**: samenwerking tussen partijen middels korte lijnen met een gezamenlijke verantwoordelijkheid om de juiste ondersteuning en zorg op de juiste plek te bieden. Gebruikmaken van de kracht van de wijk.

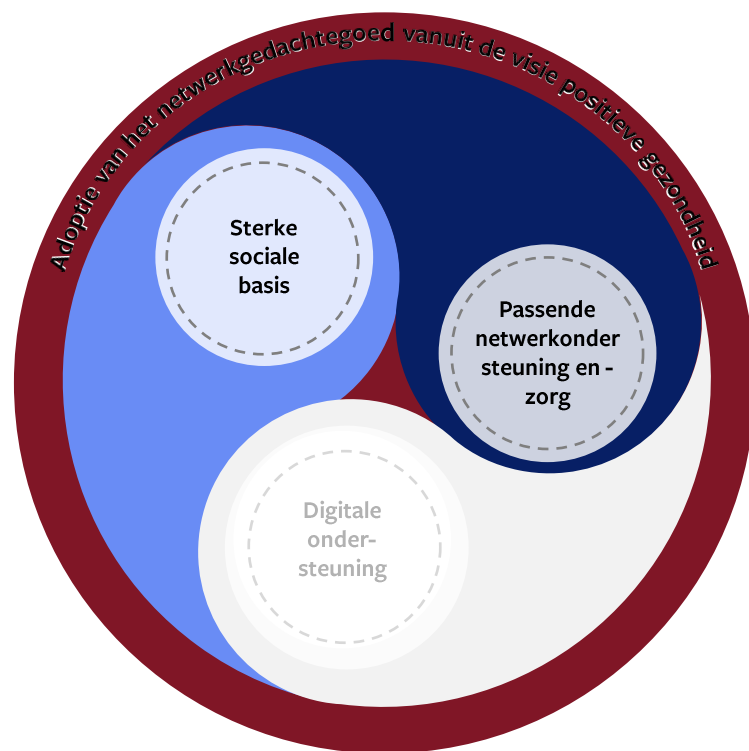
We zetten in de regio, en dus in deze visualisatie, de gemeenschap van inwoners centraal. Daar omheen kunnen verschillende lagen van ondersteuning en zorg de inwoners uit de gemeenschap helpen met hun zorg- en ondersteuningsvragen. We hebben deze lagen met intentie niet dichtgemaakt. De openingen zijn aangebracht om de mate van afstemming, verbinding en samenwerking in het netwerk om de inwoner heen weer te geven. Daarnaast willen we hier ook mee zeggen dat er geen volgorde van zit in hoe de inwoner beweegt tussen de verschillende lagen, of hoe de professionals, ondersteuners en vrijwilligers in de lagen met elkaar samenwerken. De tweeledige pijl benadrukt de verbinding die de lagen hebben in de beweging van ziekte, ondersteuning en zorg, naar gezondheid en gedrag. Dit doen we in wisselwerking met elkaar, vandaar de pijl aan twee zijdes. De pijl symboliseert het samen.

1. Bron: Bestuursopdracht thema mentale gezondheid: Twentse Koers en Twente Beter
2. KOPP: kinderen van ouders met psychische problemen. KOV: kinderen van ouders met een verslaving

Drie bewegingen en borging van de visie dragen bij aan de benodigde transformatie

De in te zetten bewegingen [1/2]

Drie bewegingen dragen bij aan het verbeteren van het mentaal welbevinden in Twente: sterke sociale basis, passende netwerkondersteuning en -zorg en digitale ondersteuning. Om deze bewegingen integraal te borgen in de regio is adoptie van het netwerkgedachtegoed vanuit de visie positieve gezondheid essentieel. De bewegingen dragen naast het verbeteren van de mentale gezondheid van de inwoner bij aan het toegankelijk houden/maken van ondersteuning en zorg. Met deze bewegingen verwachten we een verschuiving van ggz zorg naar ondersteuning binnen maatschappelijke ggz, sociaal domein en een verschuiving naar **meer zelf- en samenredzaamheid in het eigen netwerk**.



Adoptie van het netwerkgedachtegoed vanuit de visie positieve gezondheid

Veel Twentse organisaties werken al op basis van positieve gezondheid bij de ondersteuning van inwoners. Het is belangrijk dat nog **meer organisaties** en domeinen dit **gedachtegoed adopteren**, zodat meer inwoners profiteren van de omslag van aanbodgericht naar vraaggericht werken en zelf bewust worden van de beweging van ziekte en zorg naar gezondheid, gedrag en collectieve samenredzaamheid, waarbij inwoners samen verantwoordelijkheid nemen voor mentaal welzijn in hun gemeenschap. Het **snappen van en werken volgens netwerkgzorg** valt ook binnen deze visie. Om de potentie van **netwerkgzorg** te benutten is het essentieel dat de regio **eenzelfde manier** van denken en handelen hanteert waarbij de **inwoner centraal** staat. Hiervoor moet het gedachtegoed zowel binnen individuele organisaties, lokaal met samenwerkende partners, als regionaal over de domeinen heen ingebed worden en dit kan een andere manier van denken en doen vergen.

Borgen van de bewegingen

Drie bewegingen en borging van de visie dragen bij aan de benodigde transformatie

De in te zetten bewegingen [2/2]

Drie bewegingen dragen bij aan het verbeteren van het mentaal welbevinden in Twente: sterke sociale basis, passende netwerkondersteuning en -zorg en digitale ondersteuning. Om deze bewegingen integraal te borgen in de regio is adoptie van het netwerkgedachtegoed vanuit de visie positieve gezondheid essentieel. De bewegingen dragen naast het verbeteren van de mentale gezondheid van de inwoner bij aan het toegankelijk houden/maken van ondersteuning en zorg. Met deze bewegingen verwachten we een verschuiving van ggz zorg naar ondersteuning binnen maatschappelijke ggz, sociaal domein en een verschuiving naar **meer zelf- en samenredzaamheid in het eigen netwerk**.

Sterke sociale basis

Met Mentaal Gezond Twente bevorderen we de **zelf- en samenredzaamheid van inwoners** en zetten wij gericht in op **preventie**. En we bieden ruimte voor **normalisatie van mentale uitdagingen**. **Zorg en welzijn werken als een succesvol netwerk samen en de daarnaast wordt de kracht van samen leven in lokale gemeenschappen bevorderd en de sociale basis verder verstevigd.** Wonen, ondersteuning, zorg en herstel **in de eigen omgeving** dragen bij aan **sociale samenhang** en **bestaanszekerheid**. In Twente ligt hiervoor een mooie basis vanuit het 'noaberschap'. Zo maken we de beweging 'naar voren' richting preventie, van een focus op professionele hulp naar zelfredzaamheid, veerkracht en sociale basis (persoonlijk, gemeenschappelijk, institutioneel). De rol (en belasting) van mantelzorgers heeft hierbij een belangrijke rol.

Passende netwerkondersteuning en -zorg

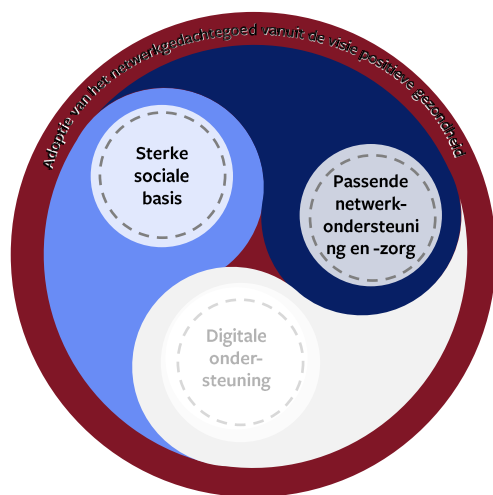
In Twente realiseren we een **netwerk** waarin **ondersteuning en zorg samenkomen**. Hierin werken huisartsen, ggz, gemeenten, sociaal werk en welzijn en ervaringsdeskundigen vanuit **gelijkwaardigheid**, duurzaam **integraal samen** met en rond de inwoner met mentale uitdagingen en zijn naasten. **Hierbij ligt de focus op de vraag van de inwoner.** Het netwerk kan ook verbreden richting bijv. scholen en werkgevers. Door **duurzame samenwerking** voorzien we inwoners met mentale en sociale uitdagingen van de **juiste, laagdrempelige** en vaak kortdurende ondersteuning en zorg op de juiste plek. We doen dit vooral daar waar gemeenschapskracht de problemen niet (meer) kan oplossen. De professionele ondersteuning wordt waar mogelijk **regionaal vormgegeven** en vervolgens **lokaal ingekleurd** zodat deze **aansluit bij de lokale behoefte** en het lokale aanbod.

Digitale ondersteuning

Ondersteuning en zorg digitaal faciliteren kan en moet onderdeel zijn van de **toekomstbestendige, regiobrede transformatie**. We zetten dit in daar **waar passend** bij de **uitdagingen, behoeftes en verwachtingen** van inwoners. Digitalisering kan bijvoorbeeld helpen bij laagdrempelige toegang tot ondersteuning en zorg. Ook kan het tijdens behandeling zorgen voor gemakkelijker contact met en tussen professionals. Of het helpt de inwoner direct in de vorm van digitale zelfhulp. Digitale ondersteuning maakt **geen deel** uit van dit transformatieplan. Echter, als digitale elementen bijdragen aan de andere twee bewegingen, nemen wij dat initiatief en bijbehorende investering mee in de transformatie.

Bewegingen:
primaire focus
binnen dit
transformatieplan

Beweging:
secundaire focus
binnen dit
transformatieplan



Acht onderdelen van Mentaal Gezond Twente dragen bij aan een of meerdere gewenste bewegingen

Onderdelen

Om de noodzakelijke bewegingen te realiseren nemen we in Twente gepaste actie binnen de transformatie Mentaal Gezond Twente. Aangezien het gaat om omvangrijke bewegingen is het noodzakelijk om een focus aan te brengen voor deze transformatie. Voor dit transformatieplan is gekozen om te focussen op acht onderdelen van Mentaal Gezond Twente die ieder bijdragen aan een of meerdere van de bewegingen. Van de acht onderdelen zijn er vier gerelateerd aan het opzetten van een Mentaal Gezondheidsnetwerk, conform landelijke functies (hieronder aangeduid met een *) en zijn er vier aanvullende onderdelen passend binnen de regio Twente. Onderstaande onderdelen beslaan niet het volledige netwerk, het zijn toevoegingen of uitbreidingen op reeds bestaande, lokale en regionale initiatieven en aanbod, zoals reguliere zorg binnen de ggz, Welzijn op Recept en lokale overlegvormen. Dit plan zet in op het regionaal verbinden en faciliteren en het lokaal uitwerken van een plan van aanpak waarin onderstaande onderdelen worden verwerkt. We transformeren dus binnen bestaande kaders en structuren en bouwen daarop voort. Hieronder is de samenhang weergegeven tussen de acht onderdelen waar dit transformatieplan op focust en de beoogde bewegingen zoals geïntroduceerd op de vorige pagina's.

Onderdelen	Borgen van de bewegingen	In te zetten bewegingen		
	Adoptie van het netwerkgedachtegoed vanuit de visie positieve gezondheid	Sterke sociale basis (primaire focus)	Passende netwerkondersteuning en -zorg (primaire focus)	Digitale ondersteuning (secundaire focus)
1. Adoptie van het netwerkgedachtegoed vanuit de visie positieve gezondheid	✓ (raakt min of meer alle onderdelen)			
2. Verkennend gesprek*		✓	✓	✓
3. Domeinoverstijgend casusoverleg*			✓	
4. Informatievoorziening wachttijden*			✓	✓
5. Transfermechanisme*			✓	
6. Laagdrempelige steunpunten		✓	✓	✓
7. Consultatiefunctie			✓	
8. Groepsgericht werken		✓	✓	✓

* Landelijke functies conform Werkwijze ontwikkeling Mentale gezondheidsnetwerken ([bron](#)).

Hanteren van heldere samenwerkingsafspraken om de bewegingen samen in te zetten, regionaal én lokaal

Leidende principes samenwerking

Gezien het grote aantal betrokken partijen, de onderlinge diversiteit en het belang van het netwerkgedachtegoed zijn heldere afspraken over samenwerking essentieel. Bij de lokale invulling van de regionale kaders uit dit transformatieplan zijn deze afspraken leidend. Dit helpt lokale organisaties en gemeentes bijvoorbeeld invulling te geven aan lokale actieplannen bij de onderdelen van Mentaal Gezond Twente. De hierbij leidende principes voor de onderlinge samenwerking tussen zorg- en sociaal werk en welzijnsprofessionals, inwoners en lokale organisaties staan hieronder.



Het belang van de **inwoners staat voorop**, hiervoor kijken we over onze eigen organisatiebelangen heen **en erkennen we de inwoner en zijn netwerk als gelijkwaardige partners en geven hen zeggenschap in de vormgeving, besluitvorming en evaluatie van ondersteuning en zorg.**



We vormen een **netwerk van samenwerkingspartners** die zorg of ondersteuning bieden aan alle inwoners met mentale uitdagingen en kwetsbaarheid.



We maken gebruik van bestaande **lokale structuren, regionale best-practices** en sluiten aan bij wat al goed gaat. Hierdoor is er sprake van lokale inkleuring die van elkaar kan en mag verschillen.



We **kennen elkaar**, weten wat we kunnen bieden en kunnen elkaar laagdrempelig benaderen.



We maken **als professionals gebruik van elkaars expertise** en bespreken casuïstiek indien nodig gezamenlijk.



Er is een basis van **onderling vertrouwen en gelijkwaardige samenwerking** waarin we samen leren en ontwikkelen.



We maken **afspraken** over rollen, verantwoordelijkheden, communicatie, besluitvorming en financiering.



We werken vanuit het gedachtegoed van **positieve gezondheid, netwerksamenwerking en de beweging naar gezondheid en gedrag**

Regionale partijen delen de ambitie voor de vorming van Mentaal Gezond Twente

Deelnemende partijen in regio

De samenwerking om te komen tot Mentaal Gezond Twente is passend bij de insteek van het Integraal Zorgakkoord en de ervaren knelpunten in de regio. Multidisciplinaire domeinoverstijgende samenwerking is noodzakelijk om de knelpunten het hoofd te bieden, maar tegelijkertijd uitdagend. Het is daarom extra belangrijk dat alle relevante stakeholders betrokken zijn bij de totstandkoming van het transformatieplan en de toekomstige vorming van het Mentaal Gezondheidsnetwerk. Het opstellen van het transformatieplan betreft een uitwerking van het regioplan en is tot stand gekomen met diverse lokale partijen, zie [Bijlage I](#). Onderstaande partijen zijn als vertegenwoordiging van de achterban van Twentse Koers en Twente Beter betrokken bij het opstellen van dit transformatieplan.



Zorgaanbieders: behandel-ggz



Zorgaanbieders: overig



Sociaal werk en welzijn



Gemeenten



Zorgaanbieders: huisartsenzorg



Zorgaanbieders: gehandicaptenzorg



Zorgaanbieders: maatschappelijke ggz



Laagdrempelige steunpunten en ervaringsdeskundigheid



Vertegenwoordiging inwoners en cliënten



Kennisinstelling



Regionale transformaties en ontwikkelingen versterken elkaar, bouwen op elkaar voort én hebben elkaar nodig

Regionale ontwikkelingen en raakvlakken

Het voorliggende transformatieplan bouwt voort op drie goedgekeurde snelle toetsen van Twente Beter, Twentse Koers, Dimence Groep en Mediant. Daarnaast zijn er regionale initiatieven die nauw verwant zijn aan het terrein mentale gezondheid en dienen om op voort te bouwen. Minder nauw verwante initiatieven zijn niet getoond.

Regionale ontwikkelingen en initiatieven die aan de basis liggen van dit transformatieplan

De acht onderdelen binnen Mentaal Gezond Twente zijn aanvullingen op reeds bestaande initiatieven, waaronder Welzijn op Recept (of vergelijkbaar), Kansrijke Start, Vergroten van zelfstandigheid van mensen met LVB/Sonestra, voorzieningen in sociale basis, Visie gezonde generaties. Bij het opstellen van de plannen per onderdeel wordt uitvoeriger in kaart geracht welke regionale initiatieven allemaal raken aan het onderdeel en hoe reeds opgedane kennis en ervaring optimaal ingezet kan worden (zoals van Meldpunt Zorgwekkend Gedrag Twente). Hieronder staan initiatieven die direct raken aan dit transformatieplan:

Mentaal Gezond Almelo

Via drie veranderaatiers, alle gericht op het verkennend gesprek, werkt Almelo aan een ecosysteem om tot een betere verbinding van sociaal- en geestelijk gezondheidsdomein te komen. In dit ecosysteem vindt co-creatie plaats tussen zorg, sociaal werk en welzijn en inwoners. Hierin zijn Dimence Groep, gemeente Almelo, Avedan, Tactus, RIBW, FEA, Mens door Mens en Menzis betrokken.

Instapteams

In Hengelo en Enschede bestaan in totaal drie instapteams: hierin werken diverse disciplines en organisaties samen met gemeenten, sociaal werk en welzijn en ggz. Ze evalueren werkzaamheden, casussen en bepalen samen met de inwoner en naaste wat passende hulp is. De instapteams geven al uitvoering aan een vorm van een verkennend gesprek..

Regionale ontwikkelingen rondom het thema mentale gezondheid, buiten scope van dit transformatieplan

Mentale gezondheid en jeugd

De doelgroep van dit transformatieplan is de mentale gezondheid van volwassenen. Jeugd (18-) is hier dus geen onderdeel van. De visie van dit transformatieplan sluit aan bij de Samenwerkingsagenda Jeugdhulp Twente (OZJT). Daar waar de onderdelen uit dit transformatieplan raken aan de initiatieven uit de Samenwerkingsagenda en regionale plan Mentale Gezondheid jongeren zoeken we elkaar op. **Daarnaast kan in lokale plannen de samenhang tussen jeugd en volwassenen worden benadrukt dan wel uitgewerkt.**

Raakvlakken en synergie met andere (transformatie)plannen

Digitalisering rondom mentale gezondheid: Mediant, GGNet en partners

Regionaal wordt meer ingezet op het digitaal leveren van ggz zorg. De betrokken organisaties werken aan een interne transformatie van o.a. processen, cultuur, dienstverlening en informatievoorziening. Met deze holistische kijk op de digitaliseringstransformatie is het doel de druk op de ggz te verminderen. Hoewel er digitaliseringscomponenten in het voorliggende transformatieplan zitten, is dat niet de primaire focus.

- **Passend inzetten van digitale middelen:** Beide plannen geven meer ruimte voor het inzetten van digitale oplossingen, waar mogelijk en passend. Bij Mentaal Gezond Twente bijv. in de vorm van een digitaal laagdrempelig steunpunt, terwijl Mediant en GGNet zowel voor inwoner als professional inzetten op digitalisering.

Transformatie Ouder worden doen we samen: Twente Beter en partners

Op dit moment is een plan in wording dat focust op ondersteuning aan ouderen, proactieve zorgplanning en arbeidsmarkt. Ook regiobrede communicatie over de aanstaande zorgtransformatie(s) is hier onderdeel van.

- **Regiobrede communicatie:** Dit is onderdeel van het transformatieplan 'Ouder worden doen we samen' vanuit Twente Beter. Ook dit plan zet in op onder andere het gedachtegoed van positieve gezondheid en de beweging naar een sterke sociale basis. Er is nauwe afstemming om behoeftes en ideeën te laten aansluiten op regiobrede communicatieplannen.
- **Verbeterde samenwerking gemeenten, sociaal werk en welzijn, ggz en huisartsen:** Beide plannen zetten in op verbeterde samenwerking tussen gemeenten, sociaal werk en welzijn, ggz en huisartsen en dragen hiermee bij aan dezelfde beweging.

Versneld verbinden (voorheen regionale datahub Twente): Zorgnettoost en partners

Doel van dit (goedgekeurde) transformatieplan is om bredere databeschikbaarheid in de regio te realiseren, waardoor zorgorganisaties betere, veiligere en efficiëntere zorg kunnen verlenen.

- **Regiobrede databeschikbaarheid:** Beide plannen zetten in op het communiceren van de behoefte en inzetten op databeschikbaarheid. Het Mentaal Gezondheidsnetwerk via de informatievoorziening in het domeinoverstijgend casusoverleg, terwijl de regionale datahub hier het fundament voor legt. Ook de databeschikbaarheid tussen sociaal werk en welzijn en zorg staat op de planning.

2. Introductie Mentaal Gezond Twente

Hoe en met welke activiteiten zetten we de regionale bewegingen in?



Bewuste keuze voor een Mentaal Gezondheidsnetwerk en uitbreidingen, passend bij de bewegingen

Hoe we de bewegingen inzetten [1/2]

Om de noodzakelijke bewegingen (zie [hoofdstuk 1](#)) in te zetten nemen we in Twente gepaste actie binnen de transformatie Mentaal Gezond Twente. Hieronder valt het opzetten van een Mentaal Gezondheidsnetwerk, conform landelijke functies (hieronder aangeduid met een *) en aanvullende onderdelen passend binnen de regio Twente. Onderstaande onderdelen beslaan niet het volledige netwerk, het zijn toevoegingen of uitbreidingen op reeds bestaande, regionale initiatieven en aanbod, zoals reguliere zorg binnen de ggz, Welzijn op Recept en lokale overlegvormen. We transformeren dus door succesvolle initiatieven slim aan te haken in het netwerk. Netwerksamenwerking is een belangrijk onderdeel van de transformatie, waarbij professionele domeinoverstijgende ondersteuning en zorg regionaal wordt vormgegeven en vervolgens lokaal wordt ingekleurd. Dit is nader uitgewerkt in de laatste kolom van onderstaande tabel.

Onderdeel	Beschrijving van onderdeel	Toelichting op raakvlak onderdeel met beweging(en)	Regionale en lokale invulling van het onderdeel
1. Adoptie van de visie positieve gezondheid en netwerkgedachte goed	Regionale aanpak op preventie, normalisatie en demedicaliseren van mentale klachten om te komen tot duurzame gedragsverandering. Bewust maken van Inwoners, hun naasten en professionals uit het netwerk en de eigen rol in het zoeken naar oplossingen voor ondersteunings- of zorgvragen. Toerusten van de professional zodat het gedachtegoed rondom Mentaal Gezond Twente en de bijbehorende samenwerking uitgedragen wordt zowel binnen de eigen organisatie als binnen de regio. Visie delen, ontwikkelen van gezamenlijke taal en leren van elkaar in leergemeenschappen, om zo ervaringen te delen en nieuw gedrag te stimuleren.	De adoptie van het netwerkgedachtegoed vanuit de visie positieve gezondheid is essentieel om de omslag te maken van ziekte naar gezondheid. Positieve gezondheid sluit aan bij de focus op herstel, empowerment, en eigen regie van individuen met mentale aandoeningen. Het netwerkgedachtegoed sluit aan bij het netwerk van professionals dat samenwerkt met de inwoner en (als onderdeel van) zijn of haar systeem/netwerk. Door deze visie te adopteren, kunnen organisaties en domeinen gezamenlijk werken aan een holistische benadering van ondersteuning en zorg.	Er wordt een regionaal plan van aanpak ontwikkeld. Er is samenwerking nodig tussen organisaties, inwoners en gemeenten voor de lokale invulling en uitvoering.
2. Verkennend gesprek*	Het verkennend gesprek is een gesprek voor mensen met mentale vragen of problemen, waarbij ook problemen op andere levensdomeinen een rol spelen. Het verkennend gesprek wordt gevoerd met de inwoner, naaste(n) en variabel twee à drie professionals uit verschillende domeinen. Het is een open gesprek waarin in de breedte wordt verkend wat belangrijk is, wat het verhaal is en wat iemand wil bereiken. Eigen regie, weerbaarheid en veerkracht worden aangesproken. Als zelfhulp niet toereikend is kan het antwoord hierop ondersteuning vanuit het eigen netwerk, gemeenten en sociaal werk en welzijn, maatschappelijke ggz, ervaringsdeskundigen en/of ggz behandeling zijn.	Het verkennend gesprek stelt de inwoner centraal en bevordert eigen regie en richt zich hiermee op een sterke individuele sociale basis. Door integrale samenwerking en het leren van elkaars expertise, kan de ondersteuning en zorg beter worden afgestemd op de behoeften van de inwoner. Het verkennend gesprek bevordert de beweging van behandeling naar preventie en normalisatie, en draagt bij aan een duurzame verandering in het gedrag van inwoners en professionals.	Regionaal vaststellen van de kaders en gedragsverandering voor het verkennend gesprek (visie, methodiek, doel, globale werkwijze, verwijzing). Het plan van aanpak wordt lokaal ingekleurd (team, locaties, bereikbaarheid, etc.). Om pragmatisch te werken hierbij aansluiten op wat er lokaal al bestaat, zoals de lokale structuren en toegang, Welzijn op Recept, wijk-GGD, gezinsondersteuning, consultants. Voorbeeldplannen worden gedeeld. Het verkennend gesprek blijft als specifieke optie wel herkenbaar.
3. Domein-overstijgend casusoverleg*	Lokaal bespreken netwerkpartners complexe, individuele casuïstiek vanuit verschillende invalshoeken en organiseren zij passende ondersteuning en/of zorg. Het overleg geeft duidelijkheid over de passende vervolgstap en verantwoordelijke partij. Daarnaast hebben zorgaanbieders regionaal inzicht in elkaars vraag en aanbod en worden knelpunten in de regio besproken om inwoners zo snel als mogelijk naar passende ondersteuning en/of zorg te leiden.	Domeinoverstijgend casusoverleg bevordert samenwerking tussen verschillende domeinen, wat essentieel is voor het bieden van de juiste zorg en ondersteuning op de juiste plek. Dit sluit aan bij de visie van een integrale en samenhangende aanpak en het belang van sociale verbinding en betrokkenheid.	Regionaal worden de kaders voor het domeinoverstijgend casusoverleg vastgesteld. Het plan van aanpak wordt lokaal vormgegeven.

* Functies conform landelijke werkwijze ontwikkeling Mentale gezondheidsnetwerken ([bron](#)).

Bewuste keuze voor een Mentaal Gezondheidsnetwerk en uitbreidingen, passend bij de bewegingen

Hoe we de bewegingen inzetten [2/2]

Onderdeel	Beschrijving van onderdeel	Toelichting op raakvlak onderdeel met beweging(en)	Regionaal vs. lokaal
4. Informatievoorziening wachttijden*	Door beter inzicht te hebben in regionaal aanbod voor verschillende zorgaanbieders binnen de ggz en het (indien mogelijk) sociaal domein en de beschikbaarheid daarvan, kunnen verwijzers en uitvoerders van het verkennend gesprek inwoners sneller verwijzen naar de best passende zorg.	Transparante en uniforme informatievoorziening over wachttijden ondersteunt bij het vinden van passende ondersteuning of zorg en dan specifiek op het juiste moment. Door inzicht te hebben in het regionale aanbod en beschikbaarheid, kan de inwoner sneller passende hulp ontvangen, wat bijdraagt aan het bevorderen van welzijn en positieve gezondheid.	De informatievoorziening wordt regionaal vormgegeven met lokale input.
5. Transfermechanisme*	Binnen het transfermechanisme worden afspraken gemaakt tussen verwijzer en aanbieders en over financieringsstromen. Aanbieders geven elkaar inzicht in de zorgvragers op hun wachtlijst en gezamenlijk wordt gekeken waar de zorgvrager het best passend en tijdig geholpen kan worden, vanuit gemeenten, sociaal werk en welzijn of de ggz	Het transfermechanisme verbindt aanbieders van ondersteuning en zorg en maakt cliëntenoverdracht mogelijk. Door hierin nauw en gelijkwaardig samen te werken is beschikbare capaciteit inzichtelijk en zo in te zetten dat het past bij de ondersteuningsvraag. Hiermee past het bij de visie van passende zorg op de juiste plek en draagt het bij een netwerk van ondersteuning- en zorg.	Regionaal worden afspraken gemaakt over het transfermechanisme door lokale en regionale partners, voortbouwend op bestaande goed werkende afspraken.
6. Laagdrempelige steunpunten	Een regionaal dekkend netwerk van samenwerkende laagdrempelige steunpunten, die voldoen aan de 10 kenmerken , wordt doorontwikkeld. Omvang van regionale dekking is nader te bepalen. Een laagdrempelig steunpunt biedt bijvoorbeeld inloop, groepsactiviteiten en kan tevens een respijtfunctie hebben. Deze laagdrempelige steunpunten zijn toegankelijk voor iedere inwoner en naaste in een sociale en/of mentale kwetsbare situatie (variërend van lichte klachten tot EPA) die vast zijn gelopen om uiteenlopende redenen. Er is ondersteuning mogelijk binnen diverse leefgebieden.	Een regionaal dekkend netwerk van laagdrempelige steunpunten draagt bij aan de beweging naar een sterke sociale basis. Dit sluit aan bij de visie op om zo mentaal welzijn te bevorderen, zonder dat er uitgebreide vervolgondersteuning of -zorg nodig is. In de vorm van een respijthuis helpt een laagdrempelig steunpunt bijvoorbeeld met op tijd logeren in het voorkomen van crisiszorg- en opnames.	De landelijke richtlijnen t.a.v. zelfregie en herstel worden gevolgd. Op lokaal niveau is een goede verbinding nodig tussen de verschillende (centrum)gemeenten en hun diverse aanbod.
7. Consultatiefunctie	De consultatiefunctie (ggz – sociaal domein) ondersteunt professionals in het bieden van passende zorg en ondersteuning. Dit draagt bij aan domeinoverstijgend denken en handelen en draagt zo bij aan de totstandkoming van een zorgnetwerk om de inwoner heen.	De consultatiefunctie tussen sociaal werk en welzijn en de ggz ondersteunt professionals in het bieden van passende ondersteuning en zorg. Dit draagt bij aan domeinoverstijgend denken en vergroot het handelingsperspectief.	Voor de consultatiefunctie wordt op regionaal niveau afspraken gemaakt. In de uitvoering kunnen aanvullende lokale werkvormen worden toegevoegd en zo mogelijk regionaal overgenomen.
8. Groepsgericht werken	We ontwikkelen, implementeren, stimuleren en vergroten passend en samenhangend groepsaanbod in ondersteuning en zorg, waarvan meer mensen met psychische klachten tijdig kunnen profiteren. We besparen hiermee arbeidscapaciteit voor ondersteuning en zorg, waarmee de toegankelijkheid vergroten.	Groepsgerichte zorg en ondersteuning zorgt ervoor dat mensen mét en van elkaar leren en elkaar helpen en dat de rollen van 'behandelaar' en 'patiënt' veel meer losgelaten kunnen worden. Dat bevordert een gezamenlijke cultuur in plaats van een individualistische cultuur en sterkt mensen in hun eigen regie en in het van betekenis kunnen zijn voor een ander. Tegelijkertijd maakt groepsgericht werken mogelijk dat we met minder capaciteit meer hulp kunnen bieden. Ook ligt de focus op het trainen van vaardigheden om de inwoner zelfredzamer maken.	We vertalen regionaal de visie op domeinoverstijgend samenwerken naar een samenhangend groepsaanbod van sociale basis tot ggz. Daarmee kunnen (samenwerkende) organisaties afspraken maken om te komen tot passend groepsaanbod en dit onder de aandacht brengen.

* Functies conform landelijke werkwijze ontwikkeling Mentale gezondheidsnetwerken ([bron](#)).

1. Een regionaal dekkend netwerk van laagdrempelige steunpunten, die voldoen aan de tien kenmerken zoals vastgesteld binnen het IZA ([bron](#)).

De domeinen dragen ieder op eigen wijze bij aan en ondervinden impact van Mentaal Gezond Twente

Betrokken domeinen op hoofdlijnen [1/2]

De inwoner en naasten zijn de belangrijkste **doelgroepen** binnen de transformatie Mentaal Gezond Twente. Verschillende domeinen dragen in meer of mindere mate bij aan deze transformatie, met een verschil in impact van de transformatie per domein. De impact van de transformatie op professionals zit onder andere in meer afstemming met andere professionals/domeinen, beter inzicht in elkaars (ondersteunings-) mogelijkheden en passendere verwijzingen naar elkaar. Onderstaand overzicht richt zich op de impact op domeinen of hoofdlijnen. Dit overzicht is niet uitputtend, het richt zich op de domeinen die het meest betrokken zijn bij de transformatie.

Beschrijving en rol van domein in transformatie

Impact van transformatie op domein



Ggz

Monodisciplinaire-ggz

Diagnostiek en behandeling van lichte tot matige psychische problemen / verslavingsproblematiek. Opschalen van zorg indien niet toereikend.

Multidisciplinaire-ggz

Gespecialiseerde diagnostiek en behandeling voor mensen met (ernstige) psychische problemen, verslavingsproblematiek of psychiatrische aandoeningen.

- **Beter passende en afname totaal aantal verwijzingen:** inwoners komen in de ggz terecht als andere vormen van ondersteuning niet toereikend zijn.
- **Vaker geconsulteerd:** gemeenten en sociaal werk en welzijn zullen de (maatschappelijke) ggz vaker consulteren zonder doorverwijzing.
- **Beter zicht op mogelijkheden andere domeinen:** door nauwere samenwerking zijn ggz-aanbieders **gerichter** in contact met andere domeinen en zo beter op de hoogte van elkaars (ondersteunings)mogelijkheden.



Ervaringsdeskundigheid

Mensen die op basis van eigen ervaringen met psychische kwetsbaarheid anderen ondersteunen. Zij zijn de verbindende kracht tussen partijen en domeinen, van sociale basis, gemeenten en sociaal werk en welzijn tot gespecialiseerde ggz-zorg.

- **Vaker geconsulteerd:** andere domeinen zullen de waarde en mogelijkheden van ervaringsdeskundigen beter begrijpen en hen vaker weten te vinden.



Laagdrempelige steunpunten

Een regionale infrastructuur van laagdrempelige steunpunten wordt doorontwikkeld. Deze zijn voor alle inwoners van Twente beschikbaar, los van de gemeente waarin iemand woonachtig is. Onderdeel van deze infrastructuur zijn bijvoorbeeld lokale en regionale inlopen, groepsactiviteiten en respijtoorzieningen

- **Vaker geconsulteerd:** andere domeinen zullen de waarde en mogelijkheden van laagdrempelige steunpunten beter begrijpen en hen vaker weten te vinden.



Huisartsenzorg

Huisartsen

Signalering van psychische, psychiatrische en sociaal maatschappelijke problemen en inschakelen van hulpverlening/behandeling. De huisarts vindt de juiste plek of verwijst naar hulpverleners die hierbij kunnen helpen.

POH-ggz

Ondersteunen van de huisarts in zijn rol binnen mentale gezondheid bij diagnostiek en indicatie van benodigde zorg/ondersteuning. Uitvoeren van korte interventies bij psychische of psychiatrische problemen. Het gaat hierbij om POH met achtergrond als bijvoorbeeld sociaal werker, psycholoog of (sociaal)psychiatrisch verpleegkundige.

- **Meer mogelijkheid tot afstemming met andere domeinen:** bij twijfelgevallen of complexe casuïstiek kunnen professionals eenvoudiger in contact komen met andere disciplines.
- **Meer mogelijkheden voor vervolgzorg of ondersteuning:** doordat de regio meer gaat werken volgens netwerkzorg is elk domein beter op de hoogte van elkaars mogelijkheden en weten elkaar beter te vinden.



Zorgverzekeraar

Het is de rol van de zorgverzekeraar om voldoende en toegankelijke zorg in te kopen die gerelateerd is aan de zorgverzekeringswet, dit betreft specifieke onderdelen binnen het Mentaal Gezondheidsnetwerk. Daarnaast denkt de zorgverzekeraar domein overstijgend mee over passende financiering en faciliteert dit. Dit is relevant gezien de verschuivingen in kosten en baten tussen de domeinen.

- **Kortere wachtlijsten in de ggz:** de transformatie beoogt de wachtlijsten te verkorten. De toegankelijkheid van zorg neemt hierdoor toe en helpt de zorgverzekeraar te voldoen aan haar zorgplicht.
- **Verschuiving van middelen vanuit of naar Zvw:** door domeinoverstijgend en anders samen te werken krijgen inwoners ondersteuning anders dan voorheen

De domeinen dragen ieder op eigen wijze bij aan en ondervinden impact van Mentaal Gezond Twente

Betrokken domeinen op hoofdlijnen [2/2]

Beschrijving en rol van domein in transformatie



Sociaal domein

Een van de beleidsterreinen van de gemeente – het sociaal domein – is gericht op inwoners met een vraag, ondersteuningsbehoefte of de signalering hiervan. De gemeente gaat zowel over het beleid, financiering als **uitvoering** hiervan. Openbare orde en veiligheid en de GGD (en Openbare Geestelijke Gezondheidszorg) vallen hier onder.



Sociaal werk en welzijn

Sociaal werk is een **door gemeenten gefinancierde**, laagdrempelige basisvoorziening in de buurt. Met passende begeleiding zet sociaal werk in op het versterken van de sociale en mentale veerkracht van bewoners en buurten, wat een positieve en preventieve uitwerking heeft op welbevinden en gezondheid. Hiermee dragen zij bij aan een sterke sociale basis. In Twente wordt deze taak veelal belegd bij welzijnsorganisaties.



Maatschappelijke ggz

Dit betreft ggz gericht op ondersteuning in het dagelijks leven van mensen met psychische kwetsbaarheid, gegeven in wijken. Het kan helpen in de gevallen als er meer aan de hand is dan een sociaal probleem of vraagstuk. Dit kan bijvoorbeeld ambulante begeleiding, dagbesteding, en beschermd wonen omvatten. Het aanbod zit daarmee tussen de (mono/multi-)ggz en sociaal werk en welzijn in.



Sociale basis¹



Persoonlijk



Gemeenschappelijk



Institutioneel

Dit gaat over de inwoner en het netwerk van die persoon, en in hoeverre dat netwerk diegene kan ondersteunen en opvangen. De rol van de lokale overheid wordt hierin geschetst op het op orde hebben van basisvoorzieningen zoals wonen of onderwijs.

Dit gaat over formele en informele gemeenschappen waar individuen zich in bevinden. Denk aan (sport)clubs of verenigingen, maar ook aan een gemeenschap in de buurt. Vrijwillige inzet van individuen voor organisaties of in gemeenschappen hoort hier ook bij. De rol voor de lokale overheid is het stimuleren en faciliteren van deelname aan dit soort gemeenschappen.

Dit gaat het over de plekken (gebouwen) en organisaties waarin mensen samenkomen. Denk aan de bibliotheek of een buurthuis. Maar het gaat ook om de formele voorzieningen zoals een vrijwilligerssteunpunt of een welzijnsorganisatie. De rol voor de lokale overheid is om te zorgen dat deze instituties bereikbaar en beschikbaar zijn van mensen, bijvoorbeeld door het verstrekken van subsidies.

Impact van transformatie op domein

- **Betere samenwerking:** lokaal zal er nauwere samenwerking zijn tussen huisartsen en ggz. En sociaal werkers en welzijnsorganisaties kunnen nauwer samenwerken met ggz-aanbieders en huisartsen, wat leidt tot een meer holistische benadering van mentale gezondheid.
- **Toegenomen zelfredzaamheid inwoners:** door de grotere nadruk op eigen regie en zelf- en samenredzaamheid van inwoners en het sociale netwerk is de verwachting dat zij zelfredzamer worden. Zij kunnen zo beter participeren in de maatschappij en zijn (financieel) minder afhankelijk van externe ondersteuning.
- **Meer erkenning en inzetten van rol in totale zorgnetwerk:** andere partijen en domeinen zullen de mogelijkheden en waarde van gemeenten, welzijn e maatschappelijke ggz beter begrijpen en in de juiste gevallen weten te vinden.
- **Meer en beter passende ondersteuningsverzoeken:** andere domeinen zullen de mogelijkheden van de maatschappelijke ggz beter begrijpen en in de juiste gevallen weten te vinden.

- **Meer mogelijkheden voor vervolgzorg of ondersteuning:** de sociale basis kan sneller en effectiever in contact komen met passende vervolgondersteuning of zorg.
- **Meer erkenning en inzetten van rol in totale zorgnetwerk:** andere partijen en domeinen zullen de mogelijkheden en waarde van de sociale basis beter begrijpen en in de juiste gevallen weten te vinden.

3. Verdieping en aanpak Mentaal Gezond Twente

Welke activiteiten worden uitgevoerd binnen het Mentaal Gezondheidsnetwerk om bij te dragen aan Mentaal Gezond Twente?



1. Adoptie van het netwerkgedachtegoed vanuit de visie positieve gezondheid



Doelstelling: Ons doel is om inwoners en professionals bewust te maken van de beweging van ziekte en zorg naar gezondheid en gedrag en om hen aan te zetten tot ander gedrag. Dit doen we dan ook samen: in co-creatie. Hierbij werken we ook aan het normaliseren van mentale klachten, het centraal stellen van de cliënt en diens netwerk en het versterken van de herstelgerichte benadering. Hierdoor worden inwoners zelfredzamer en gaan zij vaker gezamenlijk met hun netwerk oplossingen vinden. Door onze inspanningen op adoptie en uitvoering van lokale actieplannen begrijpen inwoners en professionals de noodzaak tot veranderen, voelen de urgentie om hier actief mee aan de slag te gaan, pakken de handvatten die we hen aanreiken met beide handen aan en doen het écht anders, samen. Hierdoor lukt het ons als organisaties om onze ondersteuning en zorg toegankelijk, betaalbaar en van hoge kwaliteit te houden, op het moment dat het nodig is. Daarnaast is het randvoorwaardelijk dat professionals het gedachtegoed rondom Mentaal Gezond Twente en de bijbehorende netwerksamenwerking uitdragen, zowel binnen de eigen organisatie als binnen de regio.



Doelgroep: Alle inwoners van Twente, met aandacht voor sociaal-culturele verschillen, (digitale) gezondheidsvaardigheden en laaggeletterdheid en alle (betrokken) professionals



Huidige situatie

De manier waarop hulpvragen van inwoners met mentale klachten momenteel vaak direct door professionals worden opgepakt, zal de komende jaren fundamenteel veranderen. Steeds meer mensen met mentale klachten worden aangemoedigd om hun eigen regie te versterken en gebruik te maken van steun uit hun netwerk of gemeenschap. Toch blijkt dit in de praktijk nog lastig: veel mensen zijn niet voldoende zelfredzaam of zich niet bewust van de mogelijkheden om op een andere manier om te gaan met hun hulpvraag. Zij leunen sterk op professionele hulpverlening, terwijl de druk op die hulpverlening blijft toenemen.

Tegelijkertijd ervaren veel professionals de grenzen van wat zij kunnen bieden. Ze zien dat het belangrijk is dat cliënten veerkrachtiger worden, beter ondersteund door hun omgeving, en minder afhankelijk van formele zorg. Waar zij traditioneel zijn opgeleid om te “behandelen” of “zorgen voor”, vraagt deze transformatie om een beweging naar “ondersteunen dat” – mensen helpen hun eigen kracht (weer) te vinden en in te zetten.

Die omslag is niet eenvoudig. Zonder urgentie, motivatie en concrete handvatten blijft het lastig om deze rolverschuiving vorm te geven. Veel professionals begrijpen de noodzaak van deze beweging niet altijd volledig en missen nog de tools om daadwerkelijk anders te werken. Zolang zij niet gaan bewegen, blijft het moeilijk om cliënten mee te nemen in deze transformatie – en blijven grote vraagstukken zoals personeelstekorten en de toegankelijkheid van zorg bestaan.



Gewenste situatie

De beweging richting een nieuwe manier van denken en doen is in gang gezet bij inwoners én professionals. Bij inwoners begint dit met bewustwording: het actief herkennen van veranderingen en hun eigen rol daarin. Door het delen van een herkenbare en eenduidige boodschap wordt duidelijkheid gecreëerd over urgentie, impact en wederzijdse verwachtingen. Dit vormde de basis voor gedragsverandering: inwoners gingen anders denken (normalisatie van mentale klachten), maar ook daadwerkelijk anders handelen (versterken eigen regie of binnen het netwerk een actieve rol invullen).

Tegelijkertijd zijn professionals begeleid in de nieuwe houding en werkwijze die de transformatie van hen vraagt, waaronder systeem- en herstelgericht werken. Hiervoor is een gezamenlijke regionale veranderaanpak ontwikkeld, ondersteund door een regionaal adoptieteam dat organisaties coacht bij de implementatie. De aanpak biedt inspiratie, concrete handvatten en stimuleert onderlinge uitwisseling over wat de verandering vraagt én oplevert. Daarnaast helpt het organisaties te reflecteren op hun interne cultuur en deze aan te passen om de beweging blijvend mogelijk te maken. Het adoptieteam faciliteert dit proces met workshops, interview en kennisdeling, en zorgt daarmee voor verbinding en kruisbestuiving binnen de regio.

Zie [bijlage II](#) voor een verdieping op het thema adoptie.



Betrokken netwerkpartners: Alle inwoners en alle partners binnen de ggz, gemeenten, huisartsenzorg, eerstelijnszorg, sociaal domein en sociale basis.

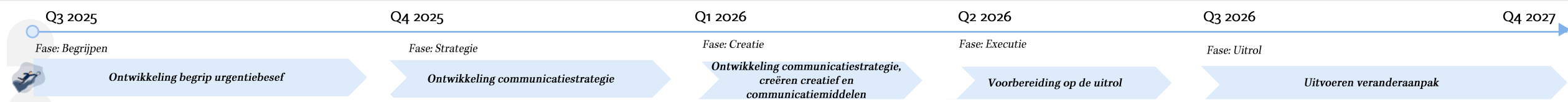


Kritische succesfactoren: Duidelijke gezamenlijke visie vertaald naar een veranderverhaal met gebruik van herkenbare taal (die zorgt voor bewustwording en activering, bevat de essentie van de juiste ondersteuning en zorg op de juiste plek, maakt de urgentie van de transformatie duidelijk), waar mogelijk leveren de activiteiten accreditatiepunten op, duidelijke aansluiting op bestaande initiatieven zoals het regiobrede communicatieplan van Twente Beter zodat het één geheel vormt, structurele financiering, commitment vanuit bestuurders, gezamenlijke werkwijze die is vastgelegd

1. Adoptie van het netwerkgedachtegoed vanuit de visie positieve gezondheid | Aanpak¹



Toelichting: In ons plan van aanpak Adoptie werken we in co-creatie om de doelstellingen te realiseren: 1) Inwoners in beweging krijgen en aanzetten tot anders handelen, 2) Professionals toerusten met concrete handvatten in onze veranderaanpak. We starten met het ontwikkelen van begrip van het urgentiebesef (fase: begrijpen). We werken toe naar een regiobrede communicatiestrategie en stellen het regionaal adoptiekader op, die per organisatie en/of lokaal actieplan leidt tot een veranderroutekaart middels een fit-gap analyse (fase: Strategie). In de daaropvolgende fasen (Creatie, executie & uitrol) creëren we het creatief concept van de veranderboodschap, leggen het fundament hiervoor middels communicatiebouwstenen en voeren we uit. Parallel hieraan voeren de betrokken organisaties de stappen op de veranderroutekaart uit en ondersteunt het regionaal adoptieteam in de omarming van de verandering binnen organisaties en van hun professionals. Lokaal werken we samen met inwoners om ook hen concreet handvatten te bieden in de nieuwe manier van denken en doen.



Fase 1: Begrijpen

We richten een werkgroep in en spreken met elkaar in een convenant af hoe de aangehaakte partijen samenwerken van ontwikkelfase tot adoptie. Middels co-creatie ontwikkelen we een **gezamenlijk begrip van het urgentiebesef m.b.t. de gevraagde beweging binnen mentale gezondheid** van aangehaakte partijen en inwonersdoelgroepen die we willen bereiken. Vanuit ons begrip van de doelgroepen identificeren we touchpoints; manieren om de doelgroep te bereiken en te raken. Dit begrip van de context voedt de communicatiestrategie die we opstellen in Q4 2025.

Het **regionaal adoptieteam** gaat in nauwe afstemming met de werkgroep in gesprek met professionals uit de bij de transformatie betrokken organisaties (bijv. via adviesraden). De huidige situatie en knelpunten op het vlak van veranderbereidheid en verandervermogen binnen organisaties worden in kaart gebracht. Het regionale adoptieteam helpt om de bij professionals opgehaalde knelpunten te vertalen naar behoeften en oplossingen. Ze stellen hiermee een **regionaal adoptiekader** op dat de basis vormt voor de veranderaanpak. Dit regionale kader beschrijft de gewenste situatie per organisatie en professional m.b.t. de veranderbereidheid en het gedrag van werknemers. Op eenzelfde wijze wordt met inwoners en het netwerk dat aan elk van de 14 actieplannen werkt, opgehaald hoe we maximaal veranderbereidheid en –vermogen bij inwoners realiseren en hen praktische handvatten bieden om te komen tot nieuw gedrag. Ook hiervoor stellen we een regionaal adoptiekader op waarbinnen straks de invulling en ondersteuning aan de 14 lokale actieplannen wordt geboden.

Fase 2: Strategie

We leveren een **communicatiestrategie** op. Hierin zijn verschillende strategische routes opgenomen, gebaseerd op de bewustwordings- en gedragsopgave per doelgroep en boodschap richting hen. In de strategie staat ook beschreven wanneer welke doelgroep wordt aangesproken, welke beïnvloedingstrategie daarbij past.

Het regionaal adoptieteam brengt in kaart hoe de lokale samenwerkingen ondersteund kunnen worden in het implementeren van het regionaal adoptiekader. Vanuit regionaal adoptiekader doen zij, ondersteund door het regionaal adoptieteam, een **fit-gap analyse**, waarmee de implementatiestappen inzichtelijk worden gemaakt.

Deze stappen vormen de **veranderroutekaart**. Ook worden in lijn met de communicatiestrategie een aantal concrete hulpmiddelen/tools opgenomen in de veranderaanpak die gaan over de nieuwe manier van werken die gevraagd wordt van professionals. Dit is bijv. workshop- of trainingsmateriaal. Ook voor inwoners worden dergelijke hulpmiddelen en tools ontwikkelt.

Fase 3: Creatie

We creëren samen het **creatief concept**: het fundament van de veranderboodschap, bestaande uit herkenbare en activerende (sub)boodschappen – in woord, beeld en gedrag – onder de paraplu van de reeds opgestelde regiobrede veranderboodschap.

We ontwikkelen vanuit het creatief concept de benodigde communicatiemiddelen en een mediaplan. De bouwstenen hiervan leggen we vast in bijv. een copyplatform, keyvisuals en een campagnedeck. Communicatiemiddelen die mogelijk opgenomen worden in de campagne zijn hero-video's, offline materiaal zoals posters, kaarten en banners, sociale media content of activatiemiddelen op events of markten.

Fase 4: Executie

De middelen worden gebundeld in een toolkit, ter gebruik door de lokale samenwerkingspartners. In het mediaplan voor de uitrolfase werken we uit hoe de boodschap de regio in wordt gebracht. In elk lokaal samenwerkingsverband wordt de paragraaf adoptie in het lokale actieplan vorm gegeven op basis van de centrale boodschap en ondersteund met een selectie van middelen uit de toolkit.

Fase 5: Uitrol

We gaan onze veranderboodschap uitdragen. We richten ons op vier onderdelen: **regionale zichtbaarheid** gericht op bewustwording, urgentie en herkenning (hero-campagne), **inhoudelijke informatielijn en succesverhalen** gericht op verdieping en gedragsbeïnvloeding, **hyperlokale activatie** in buurt, wijk of op werkvloer gericht op directe interactie, en tot slot een regionaal afrondingsmoment om stil te staan bij wat we met elkaar hebben bereikt.

We voeren per lokaal actieplan en organisatie de stappen van de veranderroutekaart uit. Het regionaal adoptieteam ondersteunt in het inrichten van coaching, een PDCA-cyclus en het blijven vieren van successen.

¹ De lay-out van deze pagina is gelijkgetrokken met de lay-out van het transformatieplan Ouder worden doen we samen

2. Verkennend gesprek



Doelstelling: In het verkennend gesprek wordt vanuit meerdere perspectieven en gelijkwaardige samenwerking de vraag van de inwoner samen met de inwoner en indien mogelijk naasten verhelderd. Ook de (eventueel) gekozen vervolgmogelijkheden worden besproken. De veerkracht en eigen regie van de inwoner, sociale netwerk (betrekken van de gemeenschap) wordt aangesproken. Hiermee vermindert de druk op de ggz en huisartsenzorg.



Doelgroep: Inwoner met vragen of problemen op meerdere levensdomeinen, waaronder mentale problemen. Een verwijzing naar de GGZ wordt overwogen, terwijl een bredere, multidisciplinaire verkenning en zienswijze is gewenst.



Huidige situatie

In Hengelo en Enschede bestaan instapteams waarin multidisciplinair wordt samengewerkt, en wordt een vorm van een verkennend gesprek gevoerd. De betrokken organisaties komen vanuit ggz, verslavingszorg, sociaal werk en ervaringsdeskundigheid.

In Almelo ligt een plan voor het verkennend gesprek, samengesteld op basis van input van professionals (veranderatelier en klankbordgroep). Start uitvoering pilot 22-04-2025. Er is een lokale bestuurlijke coalitie (ggz, verslavingszorg, gemeente, sociaal werk en welzijn, huisartsenzorg en ervaringsdeskundigheid).

Er zijn nog geen inkoopafspraken; er wordt gewerkt aan een plan om deze in Q3 te hebben.



Gewenste situatie

Het verkennend gesprek is voor inwoners van alle Twentse gemeenten beschikbaar en leidt tot een betere aansluiting bij de vraag van de inwoner. Voor professionals is het duidelijk wat het verkennend gesprek inhoudt en de relatie/afbakening met andere mogelijkheden. De bestaande initiatieven worden geïntegreerd in dit regionale plan (kaders en voorbeelden), per gemeente is er een aangepast plan, aansluitend op de lokale situatie. De huisarts kan verwijzen naar het verkennend gesprek. De aanmelding kan daarnaast gedaan worden vanuit het domeinoverstijgend casusoverleg. De gewenste situatie is dat een inwoner binnen twee weken terecht kan voor een verkennend gesprek. Het is een breed gesprek met inwoner en naaste(n) met in ieder geval twee professionals (totaal maximaal drie) vanuit ggz, verslavingszorg, **maatschappelijke ggz**, sociaal werk of gemeente en ervaringsdeskundigheid.

Positieve gezondheid, eigen regie, aanspreken van veerkracht en weerbaarheid staan centraal. De inwoner is leidend, niet de wijze van financiering. Er zijn passende inkoopafspraken voor de Zwv en passende financiering voor het sociaal domein. De verslaglegging is toegankelijk voor inwoner, die zelf bepaalt wie toegang heeft.

Zie [bijlage III](#) voor een verdieping op de gewenste situatie t.a.v. het verkennend gesprek.



Betrokken netwerkpartners: Gemeenten, ggz-professionals (inclusief verslavingszorg en maatschappelijke ggz), professionals in sociaal werk en welzijn, ervaringsdeskundigen, LVB-professionals, huisartsenzorg

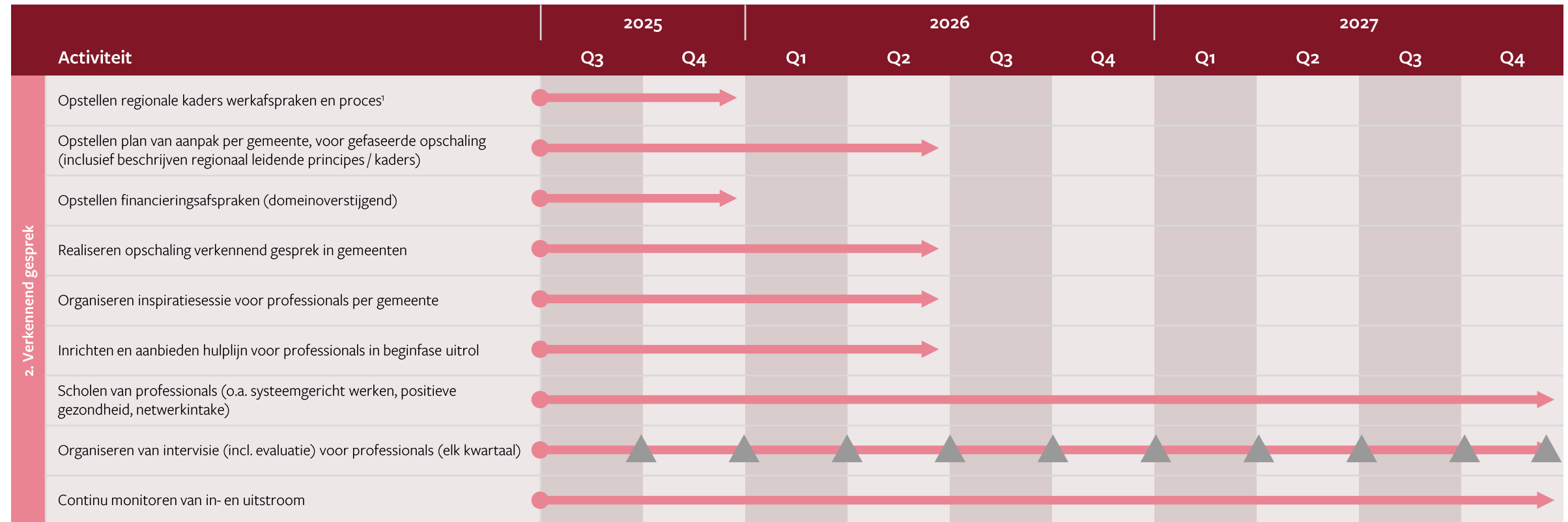


Kritische succesfactoren: Financiering deelname sociaal domein, inkoopafspraken Zwv, draagvlak en aanvaardbare administratieve druk huisarts en andere verwijzers, huisartsen kunnen eenvoudig verwijzen en terugrapportage ontvangen (bijv. via VIPLive), voldoende mogelijkheden voor opvolging van het advies, inpassing in het lokale veld naast en aansluitend op bestaande initiatieven, voldoende beschikbaarheid professionals om het gesprek te voeren, niet gehinderd door financiële schotten, **financiering sociaal werk**, voldoende draagvlak onder inwoners, goede communicatie en verwachtingen en voldoende zicht op en toegang tot de sociale kaart, rekening houdend met privacy wetgeving rondom gegevensuitwisseling, geschoolde professionals en een lerende omgeving.

2. Verkennend gesprek

Aanpak

Het verkennend gesprek wordt in 2025 en 2026 uitgerold in alle gemeenten. Dit vraagt, naast afspraken over werkwijze en financiering, ook een gedragsverandering bij betrokken professionals en inwoners. De benodigde inspanningen gerelateerd aan de gedragsverandering die het verkennend gesprek vraagt (o.a. focus op positieve gezondheid en integrale benadering van de inwoner) staan beschreven in het onderdeel 1 (Adoptie van het netwerkgedachtegoed vanuit de visie positieve gezondheid).



1. Onderwerpen o.a. methodiek, gespreksonderwerpen, team, planning, verslaglegging en registratie, onderzoek digitale mogelijkheden, manier van doorverwijzen na een verkennend gesprek.

3. Domeinoverstijgend casusoverleg



Doelstelling: Domeinoverstijgend casusoverleg heeft als doel de inwoner met mentale problemen tijdig de meest passende zorg en ondersteuning te bieden op de juiste plek. Waar mogelijk wordt door het domeinoverstijgend casusoverleg zwaardere zorg voorkomen.



Doelgroep: Inwoners die niet de meest passende zorg en ondersteuning ontvangen en/of (te lang) op wachtlijsten staan. Professionals en vrijwilligers binnen gemeente en sociaal werk en welzijn, LVB-zorg, ggz, ervaringsdeskundigheid, eerstelijnszorg en huisartsenzorg.



Huidige situatie

In de regio zijn twee triage- en transfertafels actief (een voor subregio Almelo en een voor subregio Enschede/Hengelo). Dit is een tweewekelijks digitaal overleg van 30 minuten, waar aanbieders vanuit verschillende domeinen overleggen over passende behandel- en ondersteuningsmogelijkheden voor de aangemelde inwoner.

In de regio zijn verschillende lokale initiatieven waarin domeinoverstijgend casuïstiek wordt besproken.



Gewenste situatie

Lokaal (per gemeente) hebben betrokken netwerkpartners (zie hieronder) op een vast moment een domeinoverstijgend casusoverleg. Hier wordt casuïstiek anoniem, of in aanwezigheid van of met instemming van de inwoner, ingebracht wanneer (aanvullende) ondersteuning en/of zorg vanuit een ander domein wenselijk is. De inwoner is eerder op de juiste plek doordat de partijen met elkaar meedenken in plaats van in het eigen domein te blijven. Wanneer men er lokaal niet uitkomt, kan gebruik worden gemaakt van de regionale transfertafel. Op de regionale transfertafel wordt zeer complexe casuïstiek besproken en knelpunten in de regio, om die samen op te lossen.

Door het domeinoverstijgend casusoverleg lokaal te organiseren, heeft het overleg tevens de functie van ontmoeting en elkaar leren kennen. Dit versterkt de samenwerking en draagt bij aan de vorming van een lokaal netwerk rond en met de inwoners.

Bestaande initiatieven zijn in kaart gebracht en hier is zoveel als mogelijk bij aangesloten.



Betrokken netwerkpartners: gemeenten, ggz, sociaal domein, huisartsenzorg, LVB-zorg, ervaringsdeskundigheid, eerstelijnszorg.



Kritische succesfactoren: Voldoende capaciteit bij professionals binnen zorg, gemeenten en sociaal werk en welzijn om deel te nemen aan tafels, beschikbaar zorg- en ondersteuningsaanbod, afspraken zijn bekend bij partijen, denken in mogelijkheden, er is sprake van gedeeld eigenaarschap, ICT is dusdanig ingericht dat casuïstiek efficiënt ingebracht/besproken/opgevolgd kan worden.

3. Domeinoverstijgend casusoverleg

Aanpak

De uitrol van het domeinoverstijgend casusoverleg vraagt, naast afspraken over werkwijze, ook een gedragsverandering bij betrokken professionals en inwoners. De benodigde inspanningen gerelateerd aan de gedragsverandering die het domeinoverstijgend casusoverleg vraagt (o.a. integrale benadering van de inwoner) staan beschreven in het onderdeel 1 (Adoptie van het netwerkgedachtegoed vanuit de visie positieve gezondheid).

Activiteit	2025		2026				2027			
	Q3	Q4	Q1	Q2	Q3	Q4	Q1	Q2	Q3	Q4
Opstellen regionale kaders werkafspraken. ¹ Inventariseren van lokale overleggen	●	→								
Lokaal inkleuren (en indien nodig bijstellen) van werkafspraken	●	→	→	→						
Opzetten rapportagetool om te bespreken/besproken casuïstiek te monitoren	●	→								
Realiseren opschaling domeinoverstijgend casusoverleg in gemeenten	●	→	→	→						
Inrichten en onderhouden van een regiobrede learning community ²	●	→	→	→	→	→	→	→	→	→

1. Onderwerpen o.a. methodiek, vereisten casuïstiek, proces om casuïstiek in te brengen, team, planning, verslaglegging en registratie, onderzoek digitale mogelijkheden, opstellen financieringsafspraken (domeinoverstijgend)

2. Community voor Domeinoverstijgend casusoverleg en Transfermechanisme: ondersteunen/coachen van domeinoverstijgend casusoverleg, evalueren (o.a. successen delen en kruisbestuiving realiseren), monitoren casuïstiek

4. Informatievoorziening wachttijden



Doelstelling: Door inzicht te hebben in regionaal aanbod en beschikbaarheid daarvan, kan de inwoner verwezen worden naar de best passende ondersteuning of zorg.



Doelgroep: De informatievoorziening wordt gebruikt door verwijzers en door uitvoerders van het verkennend gesprek.



Huidige situatie

Er is slechts beperkt zicht op beschikbaarheid en het aanbod van ondersteuning en zorg.



Gewenste situatie

Er is een tool beschikbaar welke inzicht geeft in beschikbare mogelijkheden en eventuele wachttijden, van in ieder geval de **maatschappelijke en specialistische** ggz. De tool is te gebruiken door in ieder geval de verwijzers en uitvoerders van het verkennend gesprek.

Deze tool sluit aan bij ontwikkelingen rondom informatievoorziening voor 'jeugd' en 'versneld verbinden' en is zoveel afgestemd op de bestaande systemen.

Op basis van actuele data kan de beste passende verwijzing worden gemaakt voor dat moment en ontvangt een inwoner sneller passende hulp.

Door het actuele aanbod en daaropvolgende verwijzingen te monitoren, worden eventuele hiaten in het aanbod en/of knelpunten in de beschikbaarheid gesignaleerd en aangepakt.



Betrokken netwerkpartners: Gemeenten, huisartsenzorg, GGZ, partners binnen gemeente en sociaal werkorganisaties, LVB-zorg en ervaringsdeskundigheid.



Kritische succesfactoren: Commitment van alle aanbieders om informatie te delen (nadere afspraken en wijze waarop nog overeen te komen), inhoud van de tool wordt gegenereerd uit bestaande data, afspraken over structurele borging en beheer van de tool, gefaseerd toevoegen van aanbod: eerst ggz daarna (deels) sociaal domein.

4. Informatievoorziening wachttijden

Aanpak

De uitrol van de informatievoorziening wachttijden over de regio vraagt, naast afspraken over werkwijze, ook een gedragsverandering bij betrokken professionals en inwoners. De benodigde inspanningen gerelateerd aan de gedragsverandering die het domeinoverstijgend casusoverleg vraagt (o.a. integrale benadering van de inwoner) staan beschreven in het onderdeel 1 (Adoptie van het netwerkgedachtegoed vanuit de visie positieve gezondheid).

Activiteit	2025		2026				2027			
	Q3	Q4	Q1	Q2	Q3	Q4	Q1	Q2	Q3	Q4
4. Informatievoorziening wachttijden										
Inventariseren bij (zorg)aanbieders hoe informatie momenteel wordt verzameld en gedeeld en welke uitdagingen hierbij bestaan	●	→								
Ontwikkelen tool om aanbod en wachttijden mee bij te houden (inclusief instructiebeschrijving)		●	→							
Tool vullen met aanbod van respectievelijk ggz en sociaal domein		●	→	→	●	→				
Instructie aan organisaties in het vullen van en werken met de tool. Daarna informatie in de tool doorlopend actualiseren			●	→	●	→	→	→	→	→

5. Transfermechanisme



Doelstelling: Tijdige en passende mentale ondersteuning en/of zorg op de juiste plaats organiseren voor mensen die op een wachtlijst voor ggz staan.



Doelgroep: Professionals binnen gemeenten, sociaal werk en welzijn, LVB-zorg, ggz, ervaringsdeskundigheid en huisartsenzorg.



Huidige situatie

In de regio zijn 2 triage- en transfertafels actief (1 voor subregio Almelo en 1 voor subregio Enschede/Hengelo). Dit is een tweewekelijks digitaal overleg van 30 minuten, waar met aanbieders vanuit verschillende domeinen overlegd wordt over passende behandel- en ondersteuningsmogelijkheden voor de aangemelde inwoner.

De tafels zijn niet bij iedereen bekend, er zijn geen afspraken gemaakt over transfer (is vrijblijvend) en daardoor worden de tafels niet optimaal benut (te weinig casuïstiek aangeleverd). De tafel wordt voornamelijk gebruikt voor de triagefunctie (door verwijzers) en minder voor de transferfunctie en er is beperkt zicht op beschikbaarheid van zorg.



Gewenste situatie

Netwerkpartners kennen elkaar en elkaars expertise, aanbod en mogelijkheden. Ze werken samen door transparant te zijn in het delen van informatie, hulp te durven vragen en te bieden en gelijkwaardige afspraken te maken over transfer (wanneer, wie, hoe) indien er sprake is van wachttijden. Door hierin nauw en gelijkwaardig samen te werken is beschikbare capaciteit inzichtelijk en zo optimaal mogelijk in te zetten dat het past bij de ondersteuningsvraag.

Regionaal is er een tweewekelijks digitaal overleg van een uur met de betrokken netwerkpartners (zie hieronder; afvaardiging later te concretiseren). Dit overleg is breed bekend, partners nemen actief deel en transfers worden regelmatig mogelijk gemaakt. Dit overleg kan naast de transferfunctie tevens gebruikt worden voor het bespreken van casuïstiek waar lokaal in wordt vastgelopen.



Betrokken netwerkpartners: Gemeenten, ggz, sociaal domein, huisartsenzorg, LVB-zorg, ervaringsdeskundigheid.



Kritische succesfactoren: Voldoende capaciteit bij zorgverleners, gemeenten, sociaal werkorganisaties om deel te nemen aan tafels, beschikbaar zorg- en ondersteuningsaanbod, afspraken zijn bekend bij partijen, denken in mogelijkheden, eenheid van taal t.a.v. wachtlijsten, acceptatie van de rol, opdracht en verantwoordelijkheid van het transfermechanisme, er is sprake van gedeeld eigenaarschap, ICT is dusdanig ingericht dat casuïstiek efficiënt ingebracht/besproken/opgevolgd kan worden.

5. Transfermechanisme

Aanpak

De uitrol van het transfermechanisme over de regio vraagt, naast afspraken over werkwijze, ook een gedragsverandering bij betrokken professionals en inwoners. De benodigde inspanningen gerelateerd aan de gedragsverandering die het domeinoverstijgend casusoverleg vraagt (o.a. integrale benadering van de inwoner) staan beschreven in het onderdeel 1 (Adoptie van het netwerkgedachtegoed vanuit de visie positieve gezondheid).

		2025		2026				2027			
Activiteit		Q3	Q4	Q1	Q2	Q3	Q4	Q1	Q2	Q3	Q4
5- Transfer- mechanisme	Maken van regionale afspraken (creëren gezamenlijk beeld over transfermechanisme, benodigdheden en realistische ambitie)	→									
	Ontwikkelen van passende werkwijze en start met implementatie en opschaling	→									

6. Laagdrempelige steunpunten



Doelstelling: Een regionaal dekkend netwerk van laagdrempelige steunpunten, die voldoen aan de tien kenmerken zoals vastgesteld binnen het IZA. Inwoners kunnen hier laagdrempelig naartoe, zonder dat een doorverwijzing nodig is ([bron](#)).



Doelgroep: Iedere inwoner en naaste in een sociale en/of mentaal kwetsbare situatie (variërend van lichte klachten tot EPA) die vast is gelopen om uiteenlopende redenen.



Huidige situatie

Binnen Twente zijn verschillende initiatieven rondom laagdrempelige steunpunten en zelfregie- en herstelcentra. Er zijn diverse geografische overzichtskaarten beschikbaar van verschillende soorten laagdrempelige steunpunten, maar één integraal overzicht ontbreekt. Er is dus geen inzicht in waar het aanbod wel of niet aansluit op de behoefte van inwoners.

Er is bij inwoners en professionals onduidelijkheid over het verschil tussen laagdrempelige steunpunten, zelfregie- en herstelcentra, inloophuizen, respijthuizen, dorpskamers etc., en de mogelijkheden die deze plekken bieden. Ook zijn de contacten tussen deze initiatieven, behandelaren, huisartsen enz. niet optimaal. Inwoners komen hierdoor dus niet gemakkelijk en snel op de juiste plek terecht.

Specifiek aandachtspunt voor bepaalde doelgroepen: inwoners met lichtverstandelijke beperkingen (LVB) worden vaak niet herkend als zodanig en ontvangen daardoor niet de juiste hulp.



Gewenste situatie

Een dekkend netwerk van laagdrempelige steunpunten in heel Twente, die voldoen aan de 10 kenmerken zoals beschreven in het IZA¹, vindbaar voor en aansluitend op de behoefte van de inwoner. Landelijk wordt nog gekeken naar de definitie 'dekkend netwerk'. Aansluitend zijn er voldoende inlopen verspreid over de regio. De dekking in Twente is dusdanig dat er geen 'witte vlekken' zijn en de laagdrempelige steunpunten zijn goed bereikbaar. Er is voldoende capaciteit om inwoners op te vangen. Inwoners voelen zich vrij om er naartoe te gaan en voelen zich thuis en kunnen zich identificeren met de omgeving.

De infrastructuur is zo ingericht dat de vindbaarheid van ondersteuning optimaal is en de inwoner zich vrij kan bewegen tussen de verschillende gemeenten. Financieringsstromen of woonplaats van inwoners mogen dit niet beperken. Er is een goede wisselwerking tussen ervaringsdeskundigen, behandelaren en huisartsen om escalaties en crisissituaties te voorkomen en het bevorderen van herstel. Er is een gelijkwaardige, integrale samenwerking tussen gemeenten, sociaal werk en welzijn, laagdrempelige steunpunten (incl. ervaringsdeskundigheid), behandelaren en huisartsen.



Betrokken netwerkpartners: Gemeenten, ervaringsdeskundigen, vrijwilligers en professionals binnen de multidisciplinaire en maatschappelijke ggz, sociaal werkorganisaties, huisartsenzorg en LVB zorg



Kritische succesfactoren: Juiste structurele financiering en financieringsvorm/prikkels (domeinoverstijgende financiering moet verstevigd worden), voldoende capaciteit bij laagdrempelige steunpunten om te kunnen groeien, maar ook flexibele samenwerking en aansluiten bij bestaande initiatieven, tijd voor kwaliteitsborging en governance, samenwerking i.p.v. concurrentie tussen initiatiefnemers van steunpunten, inwoner staat centraal. Uitvoering door o.a. partijen waar ervaring en kennis ligt. De tien kenmerken zijn het uitgangspunt.

1. Een regionaal dekkend netwerk van laagdrempelige steunpunten, die voldoen aan de tien kenmerken zoals vastgesteld binnen het IZA ([bron](#)).

6. Laagdrempelige steunpunten

Aanpak

De komende jaren doen inwoners in de regio een groter beroep op laagdrempelige steunpunten. Onderstaande aanpak is gedefinieerd om tot de gewenste situatie te komen.

Activiteit	2025		2026				2027			
	Q3	Q4	Q1	Q2	Q3	Q4	Q1	Q2	Q3	Q4
6. Laagdrempelige steunpunten	Analyseren fit-gap tussen huidige aanbod (incl. capaciteit en type) en behoefte rondom regionaal dekkend netwerk									
	Opstellen plan van aanpak voor opschaling laagdrempelige steunpunten incl. borgingsplan van structurele financiering									
	Opstellen samenwerkingsafspraken (o.a. governance) over synergie en verschillen tussen aanbieders									
	Afspraken maken over het kwalitatief goed inrichten van een laagdrempelig steunpunt waarbij ZRH centra goede opleidingsplekken zijn									
	(Bij)scholen ervaringsdeskundigen en bijscholen medisch professionals									
	Organiseren inspiratiesessie met afvaardiging van zelfregie- en herstelcentra									
	Realiseren uitbreiding laagdrempelige steunpunten conform opschalingsplan									

7. Consultatiefunctie



Doelstelling: Versterken van de samenwerking tussen gemeenten, sociaal werkorganisaties en ggz d.m.v. consultatie, zodat de inwoner tijdig de juiste ondersteuning en zorg op de juiste plek krijgt. Dit vergroot het handelingsperspectief van de professional.



Doelgroep: Professionals en vrijwilligers bij gemeenten, sociaal werkorganisaties en ggz met vragen over het gedrag en/of de ondersteuning van een inwoner.



Huidige situatie

De consultatiefunctie voor het sociaal domein is m.i.v. 2024 gecontracteerd door Tactus, Mediant en Dimence Groep. In de Dimence Groep regio is een conceptplan opgeleverd door het veranderatelier voor de verdere uitwerking. Er zijn werkafspraken bij Dimence Groep, Mediant en Tactus met dagelijkse bereikbaarheid. Consultatie gebeurt nu niet structureel en is nog onvoldoende bekend.



Gewenste situatie

De mogelijkheid voor een consultatiefunctie tussen het sociaal domein en de ggz is breed bekend en wordt waar nodig gebruikt om de inwoner goed te kunnen (blijven) ondersteunen dan wel adviseren. De consultatie kan onder meer gaan over diagnostische vragen, advies over verdere aanpak van begeleiding, advies ten aanzien van terugvalpreventie of hoe om te gaan met een inwoner in een bepaalde situatie.

Gemeenten en sociaal werk en welzijn weten de ggz inclusief verslavingszorg te vinden **en te benutten** voor overleg (de ggz en verslavingszorg trekken gezamenlijk op richting gemeenten en sociaal werk en welzijn). Daarnaast is het ook voor de ggz mogelijk om gemeenten en sociaal werk en welzijn te benaderen. Deze verbreding van de 'oorspronkelijke' consultatiefunctie heeft als doel cliënten in zorg bij de ggz beter te begeleiden door gemeente of sociaal werk en welzijn, sneller te laten uitstromen of warmer over te dragen.

De domeinen binnen het netwerk maken indien nodig gebruik van elkaars expertise.



Betrokken netwerkpartners: Gemeenten, professionals en vrijwilligers in sociaal werk en welzijn, ervaringsdeskundigheid en de ggz.



Kritische succesfactoren: De consultatiefunctie is goed bekend bij zowel gemeenten, sociaal werk en welzijn als binnen de ggz, financieringsafspraken tussen ggz en zorgverzekeraar, ggz en verslavingszorg hebben de consultatiefunctie ingebed in de organisatie (werkproces, registratie, facturatie), gelijkwaardigheid in de samenwerking tussen ggz en sociaal domein, voldoende capaciteit binnen de ggz om consultatievragen tijdig op te pakken.

7. Consultatiefunctie

Aanpak

De consultatiefunctie zorgt er de komende jaren voor dat professionals uit het sociaal domein en ggz elkaar makkelijker kunnen bereiken. Hiertoe is het nodig dat er regionale werkafspraken komen over de inzet en meerwaarde hiervan.

		2025		2026				2027			
Activiteit		Q3	Q4	Q1	Q2	Q3	Q4	Q1	Q2	Q3	Q4
7. Consultatiefunctie	Opstellen regionale (en eventueel lokale) werkafspraken (Onderwerpen o.a. stroomschema van de werkwijze en financiële afspraken)	●	→								
	Jaarlijks evalueren van consultatiefunctie (bijv. middels een learning community)	●	→	→	→	→	→	→	→	→	→
	Continu monitoren van casuïstiek (bijv. middels een learning community)	●	→	→	→	→	→	→	→	→	→

8. Groepsgericht werken



Doelstelling: Beschikbaarheid van passende groepsgerichte ondersteuning en zorg vergroten, zodat inwoners met mentale klachten met en van elkaar leren en elkaar helpen. Groepsactiviteiten dragen bij aan herstel en terugvalpreventie. Daarnaast leidt een groepsactiviteit tot een afname in individuele ondersteuning en zorg, waardoor arbeidscapaciteit wordt bespaard en de toegankelijkheid van ondersteuning en zorg groter wordt.



Doelgroep: inwoners met mentale klachten.



Huidige situatie

In alle domeinen wordt met groepen gewerkt. Over het algemeen kennen de partners elkaars aanbod onvoldoende, zit er overlap in het aanbod, is het vaak lastig om de groepen gevuld te krijgen en ervaren inwoners veelal nog een drempel om aan een groep deel te nemen. De mogelijkheden van groepsaanbod wordt hierdoor niet optimaal benut.

Binnen de inloopvoorzieningen is groepsgericht werken volop aanwezig.



Gewenste situatie

We hebben regionaal een gezamenlijke visie op groepsgerichte ondersteuning en zorg. We bieden een passend en samenhangend groepsaanbod wat zich uitstrekt van lokale open groepen tot trainingen en behandelingen binnen de GGZ. Hiervoor concretiseren we de behoeften, maken de mogelijkheden inzichtelijk en verhogen het aantal groepsactiviteiten binnen de verschillende domeinen. Hierin werken de domeinen nauw samen en waar wenselijk wordt een groep in gezamenlijkheid (over de domeinen heen) uitgevoerd.

De groepsactiviteiten dragen bij aan normalisatie en zelfregie van de inwoner.

Netwerkpartners hebben overzicht over het aanbod van de groepsactiviteiten en de doorstroom.



Betrokken netwerkpartners: Gemeenten en sociaal werk en welzijn, **specialistische en maatschappelijke** ggz, huisartsenzorg, LVB-zorg, ervaringsdeskundigheid.



Kritische succesfactoren: een ondersteunende tool om het groepsaanbod te organiseren en te beheren, **mogelijkheid om groepen te vormen met deelnemers vanuit verschillende domeinen en aanbieders met oog voor registratie en facturatie van deze groepen.**

8. Groepsgericht werken

Aanpak

Onderstaande tabel toont de aanpak om een gezamenlijke visie op groepsgericht werken te realiseren en meer (domeinoverstijgend) groepsaanbod te realiseren.

		2025		2026				2027			
Activiteit		Q3	Q4	Q1	Q2	Q3	Q4	Q1	Q2	Q3	Q4
8. Groepsgericht werken	Vertaling van regionale visie naar groepsgericht werken	●	→								
	Fit-gap analyse om huidig en gewenst (regionaal) groepsaanbod en types te inventariseren (ggz, sociaal werk en welzijn, institutionele sociale basis)	●	→	→							
	Inventariseren potentie en ontwikkelen van domeinoverstijgend groepsaanbod	●	→	→							
	Opstellen plan van aanpak voor opschaling aantal groepsactiviteiten (zowel ggz, sociaal werk en welzijn, institutionele sociale basis)			●	→						
	Professionals scholen in groepsgericht werken			●	→						
	Realiseren uitbreiding groepsgericht werken (door o.a. samenvoegen van groepen)			●	→	→	→	→	→	→	→
	Beschikbaarheid van het groepsaanbod inzichtelijk maken (als onderdeel van informatievoorziening)							●	→		
	Tool ontwikkelen/inrichten om de organisatie en planning van domeinoverstijgend groepsaanbod te faciliteren			●	→						
	Inrichten en onderhouden van een learning community	●	→	→	→	→	→	→	→	→	→

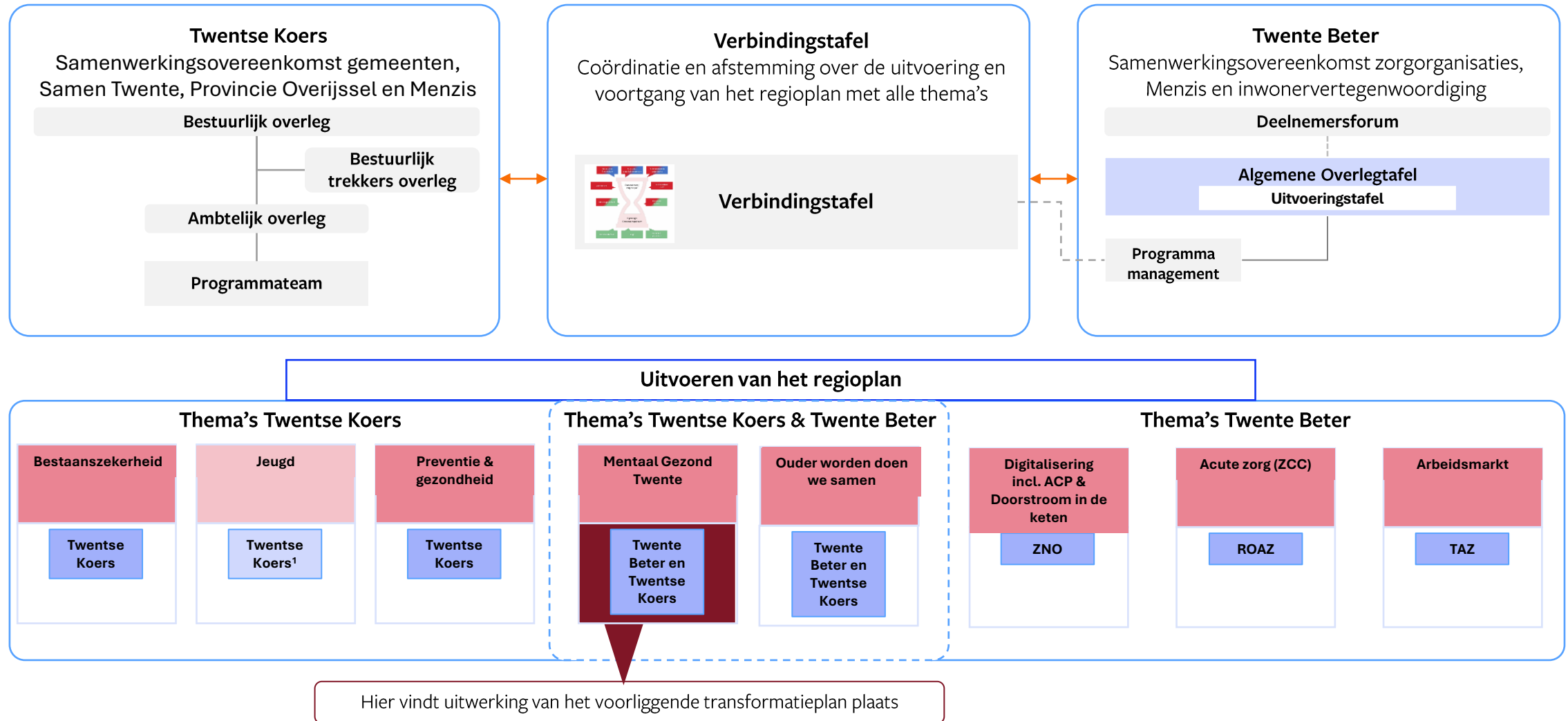
4. Samenwerking en governance

Volgens welke governance structuur werken we samen bij Mentaal Gezond Twente en welke uitgangspunten hanteren we hierbij?



Realisatie van het regioplan vindt op verschillende niveaus, maar in verbinding met elkaar, plaats

Regionale governance en raakvlakken

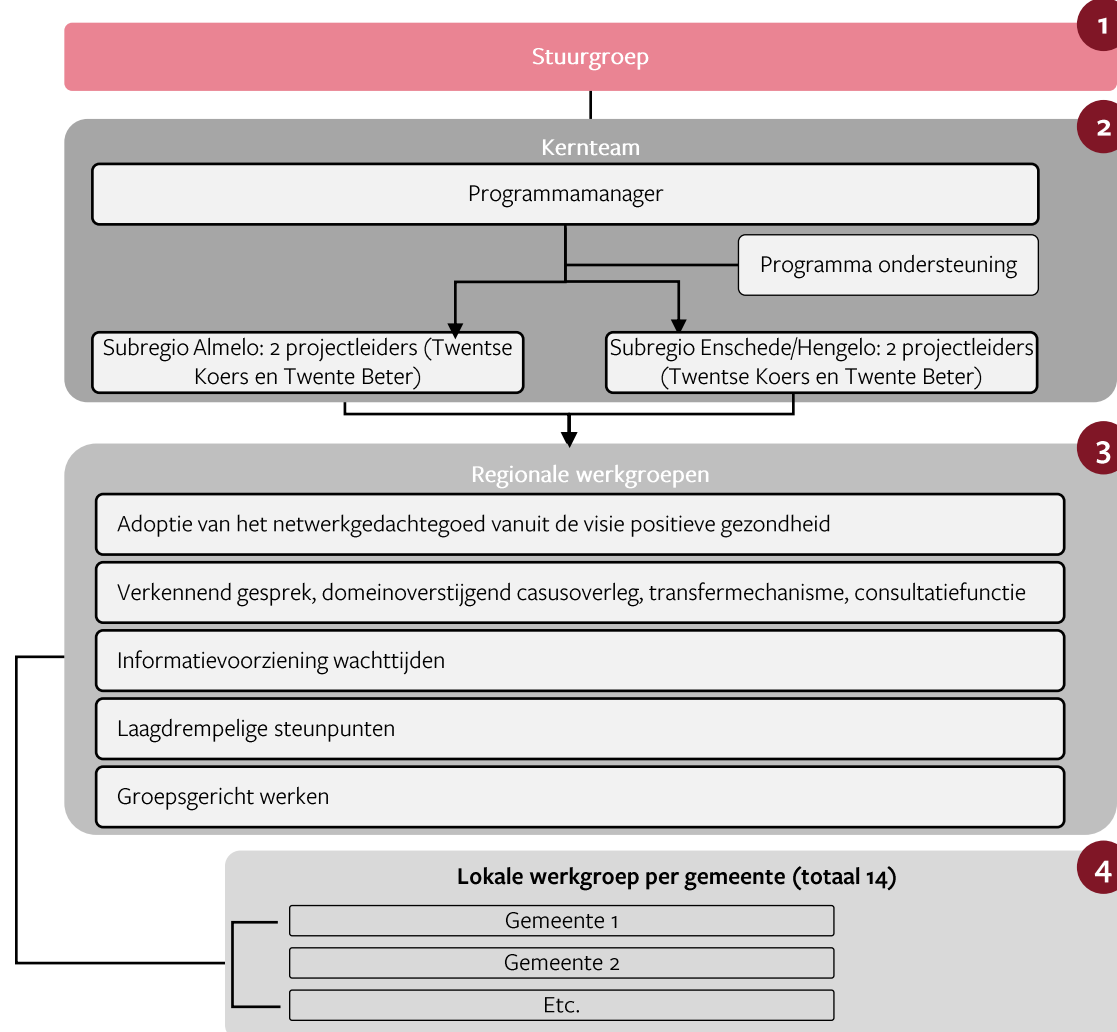


¹ In samenwerking met de Samenwerkingsagenda Jeugd

Succesvolle uitvoering van het transformatieplan vraagt om heldere en pragmatische structuur

Besturings- en overlegstructuur

Op te zetten governance structuur Mentaal Gezond Twente t.b.v. implementatie



Toelichting op betrokken teams

- 1 Stuurgroep:** Opdrachtgever transformatie, besluitvorming, sturing en escalatie op inhoud, proces en deliverables van het project. Dient daarnaast ter ondersteuning bij stakeholdermanagement en het meenemen van eigen achterban.
- 2 Kernteam:** Opdrachtnemer transformatie, coördineert de realisatie van het transformatieplan en/of de implementatie. Bewaakt en verantwoordelijk voor de scope, bemensing, planning, budget, kwaliteit en risico's, ondersteund door monitoring. Stuur programma bij waar nodig. Zorgt voor draagvlak, commitment en juiste energie in de regio en binnen programma. Team wordt ingevuld vanuit Twentse Koers en Twente Beter.
- 3 Regionale werkgroepen:** Totaal 5 multidisciplinaire groepen, met daarin vertegenwoordiging van de onderdelen van Mentaal Gezond Twente. Elke werkgroep bestaat uit een projectleider en werkgroepleden. Zij zijn verantwoordelijk voor de inhoudelijke invulling, aanleveren van data, afstemming met achterban. Zij geven daarnaast input voor de doorontwikkeling van de onderdelen.
- 4 Lokale werkgroep per gemeente:** In elke gemeente is een lokale werkgroep, voor de lokale invulling en plan van aanpak (actieplan) van de onderdelen van Mentaal Gezond Twente. Zij geven uitvoering aan de implementatie en bespreken de voortgang. De **leidende principes rondom samenwerking** vormen hierbij het uitgangspunt.

Toelichting op programma overleggen

- 1 Stuurgroep overleggen:** Strategische besluitvorming. Stakeholder management, algehele voortgang m.b.t. implementatieplanning, aftekening stukken en escalaties.
- 2 Kernteam voortgangsoverleg:** Tactische en deels strategische besluitvorming. Focus op proces en inhoud: bewaking van voortgang t.a.v. implementatie-planning, KPI's, escalatiemogelijkheden, monitoren van risico's en afstemming inhoud/stakeholders.
- 2 Projectleidersoverleg:** De projectleiders van de regionale werkgroepen komen periodiek samen met de projectleiders uit het kernteam.
- 3 Werkgroep overleg:** Afstemming tussen projectleiders van de regionale en lokale werkgroepen.

Lever input voor

6. Maatschappelijke business case

Wat is de verwachte impact van de transformatie?

Dit is uitgedrukt aan de hand van een maatschappelijke business case: een veelgebruikte methode om het economische én maatschappelijke nut van interventies in kaart te brengen



De beoogde transformatie is in lijn met de gemaakte IZA afspraken en doelen

Impact op IZA-doelen

Bij het opstellen van het IZA zijn concrete doelen gesteld om richting te geven aan de landelijke zorgtransformatie. De beoogde transformatie zoals beschreven in dit transformatieplan raakt op elk van haar onderdelen aan een of meerdere IZA-doelen en draagt zo bij de landelijke en regionale richting van zorgtransformatie.

Onderdelen	Impact op IZA-doelen ¹			Toelichting
	Het zorggebruik in de ZVW	Herverdelingsvraagstukken: verschuiving patiëntstromen	Minder of effectiever inzetten van personeel	
1. Adoptie van netwerkgedachtegoed	✓	✓	✓	Deze activiteit is de katalysator voor Mentaal Gezondheid Twente als geheel en heeft daarmee impact op alle IZA-doelen.
2. Verkennend gesprek	✓	✓	✓	Vermindering van zorggebruik door het normaliseren van een deel van de hulpvragen en afbuiging naar het sociaal domein en geen ondersteuning. Daarnaast vindt afbuiging plaats van multidisciplinaire ggz naar monodisciplinaire ggz. Gedurende de transformatie verschuift hierdoor in steeds grotere mate het zorggebruik vanuit de Zvw naar sociaal domein en zelf- en samenredzaamheid.
3. Domeinoverstijgend casuoverleg	✓	✓	✓	Middels dit overleg worden inwoners met complexe problematiek sneller naar de juiste ondersteuning of behandeling begeleid. Bij het juist inzetten van dit overleg neemt de druk op mono- en multidisciplinaire ggz af, doordat inwoners door- of uitstromen naar POH-ggz, gemeenten of sociaal werk en welzijn.
4. Informatievoorziening wachttijden		✓		Door meer en accurater inzicht te krijgen in het regionale aanbod en regionale wachttijden, kunnen inwoners sneller terecht voor passende ondersteuning en/of zorg binnen of buiten de ggz, om de capaciteit van het zorgpersoneel efficiënter in te zetten.
5. Transfermechanisme		✓	✓	Het transfermechanisme faciliteert een verschuiving van patiëntengroepen, waarmee door samenwerking capaciteit van zorgaanbieders- en personeel optimaler is in te zetten en wachttijden afnemen.
6. Laagdrempelige steunpunten	✓	✓	✓	Inwoners met mentale uitdagingen kunnen vaker en sneller laagdrempelig en zonder indicatie werken aan herstel. Dit voorkomt verergering van klachten en instroom in de zorg. Dit speelt zorgcapaciteit vrij.
7. Consultatiefunctie	✓	✓	✓	Professionals in het sociaal domein kunnen eenvoudiger terecht met een vraag bij de ggz, zonder daadwerkelijk verwijzen van de inwoner. De consultatiefunctie beperkt de instroom bij de ggz en bevordert tevens de uitstroom. Door gebruik te maken van elkaar expertise wordt de professional efficiënter ingezet.
8. Groepsgericht werken	✓	✓	✓	Professionals werken domeinoverstijgend samen om meer en passend groepsaanbod te realiseren. De groepsactiviteiten dragen bij aan normalisatie en zelfregie van de inwoner. Hierdoor vermindert het zorggebruik en verschuift ondersteuning en zorg naar ondersteuning en geen zorg. Daarnaast kunnen professionals meer inwoners zien in dezelfde tijd als dit in groepsverband is.

1. De transformatie heeft geen impact op het IZA-doel om de omvang van zorgvastgoed te reduceren

De business case is opgesteld vanuit een maatschappelijk perspectief met kwantificeerbare effecten

Uitgangspunten en kengetallen

De transformatie naar Mentaal Gezond Twente gaat gepaard met een verschuiving van zorg naar **meer zelf- en samenredzaamheid in het eigen netwerk**. Qua zorg verwachten we een verschuiving vanuit Zvw (ggz) naar ondersteuning binnen het sociaal domein (bestaande uit sociaal werk en welzijn en maatschappelijke ggz) en een verschuiving van zorg en ondersteuning naar geen ondersteuning en zorg. Naar verwachting verbetert door deze verschuiving de algehele toegankelijkheid van ondersteuning en zorg. De belangrijkste uitgangspunten en kerngetallen bij het opstellen van de business case staan hieronder.

Uitgangspunten

- Zie Bijlage IV voor de basisuitgangspunten van de business case.
- Ggz zorg is aangeduid als Zvw zorg en sociaal werk en welzijn en maatschappelijke ggz is aangeduid als sociaal domein
- De verschuivingen inwoners tussen domeinen gaat gepaard met financiële stromen. Het bijbehorende financiële resultaat betekent beslist geen omzetsdaling in de ggz: het gaat hier om gecreëerde zorgruimte om de groeiende vraag naar ondersteuning en zorg op te vangen. Dit laat dus de verbeterde toegankelijkheid tot de ggz zien.
- Kosten- en impact worden voor het overzicht uitgesplitst per onderdeel van Mentaal Gezond Twente, uiteindelijk wordt de impact gerealiseerd door het netwerk als geheel.
- Kosten- en impact worden uitgesplitst in Zorgverzekeringswet (Zvw) en sociaal domein (SD), vanwege achterliggende financieringsstromen.
- In sommige gevallen gaat een verschuiving van inwonersstromen tussen domeinen gepaard met een kostenverschuiving. Deze kosten zijn ook inzichtelijk gemaakt.
- De reeds gemaakte kosten gaan over periode t/m Q2 2025. De impact en kosten voor het vervolg starten vanaf Q3 2025, wat als startdatum van de transformatie wordt gezien.

Belangrijkste kengetallen¹

Item	Waarde	Bron
Instream aantal nieuwe ggz patiënten in Twente per jaar	12.046	Menzis, controllers gevalideerd
Gemiddelde normjaartaak	1.500 uur	Controllers
Inflatie	2,80%	NZa inflatiecijfers 2014-2023
Uurtarieven inzet professionals	Variabel	Controllers
Waarde besparing cliënten op de wachtlijst, gemiddeld, per week		
• Sociaal domein besparing	€ 285	Menzis, controllers gevalideerd
• Zorgverzekeringswet besparing	€ 150	Menzis, controllers gevalideerd
Kosten begeleiding of behandeltraject, gemiddeld, per jaar		
• Multi- en monodisciplinaire ggz	€ 3000 ; € 1000	Landelijke business case, controllers gevalideerd
• Sociaal domein	€ 800	

Aandachtspunt structurele kosten sociaal domein na 2027

De deelnemende gemeenten hebben de ambitie om de inzet van het sociaal domein gedurende de gehele periode van dit transformatieplan mogelijk te maken. De financiering van de inzet van het sociaal domein **(partijen die werken binnen de sociale basis: sociaal werk en welzijn en maatschappelijke ggz)** in dit transformatieplan wordt voor 2025 t/m 2027 geborgd met het beschikbaar stellen van IZA-transformatiemiddelen. De **intentie van de gemeenten** is om de inzet van het sociaal domein duurzaam te financieren vanaf 2028 en zij spannen zich hiervoor maximaal in. **Medio 2027** wordt hier een **definitief besluit** over genomen, in afstemming met de stuurgroep. Indien **gemeenten** onvoldoende in staat zijn om **vanaf 2028** de middelen hiervoor vrij te maken – en dus niet **langer participeren** in **Mentaal Gezond Twente** – **kan Mentaal Gezond Twente in de in dit transformatieplan beoogde vorm geen doorgang vinden**. In het kader van de zorgplicht van verzekeraars, wordt hiervan dan melding gemaakt bij onder andere de NZa.

1. In de achterliggende business case zijn alle kengetallen inclusief bronnen beschikbaar

Het netwerk kent generieke effecten en specifieke effecten per activiteit

Effecten

De integrale samenwerking binnen Mentaal Gezond Twente leidt tot diverse positieve effecten. Het gaat hierbij om de verwachte effecten binnen de regio Twente. Er zijn hierin generieke, kwalitatieve effecten te onderscheiden voor het gehele netwerk en meer specifieke, kwantitatieve effecten per activiteit. De algemene effecten, zoals het versterken en meer benutten van de sociale basis, zijn lastiger te meten maar zijn desondanks een belangrijke uitkomst van Mentaal Gezond Twente.



Hoofdeffect	Effect	Rationale
Verbeterde kwaliteit van leven voor inwoners met een mentale uitdaging door sterke sociale basis	Toegenomen regie en mentale veerkracht	Mentaal Gezond Twente draagt bij aan het verbeteren van het welzijn van inwoners met een mentale uitdaging. Mentale problematiek vermindert of wordt (deels) voorkomen. Door eigen regie en veerkracht aan te spreken en niet alleen de mentale problemen, is er meer sprake van duurzaam herstel.
	Hogere tevredenheid van inwoners	Inwoners ervaren meer eigen regie en mentale veerkracht. Door oorzaak en herstel van mentale uitdagingen vanuit verschillende domeinen te duiden, is passende ondersteuning en zorg laagdrempeliger, dichterbij huis en tijdiger in te zetten. Ook is de verwachting dat de wachttijd korter wordt waardoor inwoners die ggz nodig hebben die sneller krijgen.
	Meer sociale inclusie en gemeenschapskracht	De eigen regie en verbinding met de omgeving en eigen netwerk worden nadrukkelijk aangesproken, onder andere binnen het verkennend gesprek. Een steunend sociaal netwerk is zeer belangrijk voor de mentale gezondheid.
	Minder afstand tot de arbeidsmarkt	Doordat inwoners beter in hun vel zitten zijn ze in staat weer of gelukkiger te werken of het werk langer vol te houden. De afstand tot de arbeidsmarkt neemt hiermee af. Door minder verzuim en meer arbeidsparticipatie dalen de uitkeringskosten en arbeidskrapte.
Efficiëntere en effectievere zorg	Inwoners ontvangen sneller passende zorg (first-time-right principe)	Zowel professionals als inwoners hebben onder andere dankzij de informatievoorziening en het domeinoverstijgend casusoverleg beter inzicht in het totale ondersteuningsaanbod en beoordelen de mentale uitdaging vanuit een breder perspectief. Als gevolg hiervan ontvangen inwoners sneller een passend vervolg aansluitend bij de behoefte.
	Betere doorstroom van inwoners binnen het netwerk	Dankzij het doorvoeren van het principe 'de juiste zorg op de juiste plek' zowel binnen het netwerk, als ook binnen de organisaties, ontvangen inwoners sneller passende zorg, wordt de doorstroom bevorderd en wordt zwaardere zorg voorkomen.
	Waar mogelijk voorkomen van onnodig zware zorg	Vanuit het principe zo licht mogelijke en zo zwaar als nodige zorg te bieden, terwijl verschillende vormen van ondersteuning tegelijkertijd mogelijk zijn. Door betere doorstroom van inwoners binnen het netwerk van aanbod wordt zwaardere/zware/crisis zorg voorkomen.
Meer werkplezier voor professionals	Verlaagde werkdruk en ziekteverzuim	Door meer domeinoverstijgende samenwerking krijgt de inwoner vaker passende zorg of ondersteuning op de juiste plek. Hierdoor is de professional minder tijd kwijt met het zoeken naar passende ondersteuning of zorg. De inwoner die de professional voor zich heeft zit vaker op de juiste plek en zo kan de professional effectievere ondersteuning geven.
	Effectievere inzet van bestaande expertise en interventies	Door te focussen op integrale samenwerking waar men vertrouwt op elkaars expertise neemt het handelingsperspectief toe en ontstaat er een leereffect.
	Professionals voelen zich meer gehoord en bevraagd op hun kennis	Door efficiëntere afstemming binnen het netwerk kunnen professionals zich focussen op de inzet van hun eigen expertise, dit bevordert het welbevinden van de professional.

In de business case worden impact- en kostendrijvers onder elkaar gezet

Impact- en kostendrijvers

In werksessies met de werkgroep en de expert groep business case zijn de impact- en kostendrijvers van de business case geïdentificeerd en is een inschatting gemaakt van de omvang. Zie **bijlage I** voor de samenstelling van deze groepen. Daarnaast vormen zowel de landelijke business case als de vanuit zorgverzekeraars gezamenlijke memo ten aanzien van de business case van mentale gezondheidsnetwerken de basis voor de business case.



De maatschappelijke business case van het netwerk is op termijn positief

Samenvatting van de impact en kosten

		Omvang (€ x1.000)							
	Onderdeel van Mentaal Gezond Twente	Jaar 1 (6 mnd)	Jaar 2	Jaar 3	Jaar 4	Jaar 5	Totaal	Totaal Zvw	Totaal SD
Impact	2. Verkennend gesprek	-277	-1.954	-4.433	-7.328	-7.463	-21.454	-12.061	-9.394
	3. Domeinoverstijgend casuoverleg	-108	-405	-1.089	-1.772	-2.132	-5.507	-5.507	0
	6. Laagdrempelige steunpunten	-309	-418	-282	-76	-78	-1.164	-990	-174
	7. Consultatiefunctie	-15	-33	-40	-41	-42	-171	-367	196
	Totaal	-709	-2.810	-5.844	-9.217	-9.715	-28.296	-18.924	-9.373
Kosten	0. Programma overstijgend	2.027	1.210	1.228	0	0	4.465	2.395	2.070
	1. Adoptie netwerkgedachtegoed	849	2.204	1.699	0	0	4.751	2.388	2.363
	2. Verkennend gesprek	425	902	1.327	1.374	1.300	5.328	2.318	3.010
	3. DOC, 4. Infor.voorz., 5. Transfermech.	414	458	281	24	25	1.202	700	501
	6. Laagdrempelige steunpunten	237	314	192	0	0	743	74	669
	7. Consultatiefunctie	147	303	311	0	0	761	339	422
	8. Groepsgericht werken	254	514	139	0	0	906	549	357
	Totaal	4.354	5.904	5.176	1.398	1.325	18.157	8.765	9.392
Totaal resultaat business case		3.645	3.094	-668	-7.819	-8.390	-10.139	-10.159	20

Toelichting

- In de business case wordt **impact (baten)** aangeduid met een **negatief getal** en worden **kosten** aangeduid met een **positief getal**.
- Aangezien het transformatieplan in de loop van 2025 wordt ingediend, zijn in 2025 **alleen de laatste 6 maanden** geïncludeerd in de business case.
- In het begin wordt geïnvesteerd in de opstart van Mentaal Gezond Twente. Dat verklaart de **relatief hoge kosten in de zes maanden van jaar 1 en in jaar 2**.
- Vanaf jaar drie is de **business case positief**; de baten zijn dan groter dan de kosten. Het positieve resultaat neemt in de jaren daarna telkens toe.
- Het resultaat betreft een **fictieve besparing op totaal niveau**: het gaat om **gecreëerde ruimte** binnen het ggz-domein waarmee we de bestaande zorgvraag i.c.m. krapte in het aanbod **beter** kunnen **opvangen**. Dit gaat gepaard met meer activiteiten en dus kosten binnen het sociaal domein. Alles bij elkaar opgeteld is het resultaat op totaal niveau positief. De fictieve besparing dient dus niet verward te worden met een omzetsdaling in de ggz.
- Extra of minder **uitgaven in het sociaal domein** per onderdeel staan weergegeven op de hiernavolgende **impact pagina**.
- Voor de onderdelen '1. Adoptie visie en gedachtegoed', '4. Informatievoorziening wachttijden', '5. Transfermechanisme' is geen afzonderlijke impact weergegeven, aangezien deze activiteiten **faciliterend** zijn aan het netwerk.
- Voor het onderdeel '8. Groepsgericht werken' is geen afzonderlijke impact weergegeven, aangezien bijbehorend effecten onvoldoende cijfermatig onderbouwd kon worden.

De verwachte impact is per onderdeel van het netwerk berekend

Impact

Impact	Omvang (€ x1.000)					Totaal	Totaal Zvw	Totaal SD
	Jaar 1 (6 mnd)	Jaar 2	Jaar 3	Jaar 4	Jaar 5			
2. Verkennend gesprek	-277	-1.954	-4.433	-7.328	-7.463	-21.454	-12.061	-9.394
Verschuiving van multidisciplinaire ggz naar monodisciplinaire ggz (beide Zvw): 15% van de inwoners die een verkennend gesprek krijgt, gaat daarna naar monodisciplinaire ggz (i.p.v. multidisciplinaire ggz)	-24	-178	-458	-785	-807	-2.253	-2.253	
Voorkomen van ggz zorg: 17% van de inwoners die een verkennend gesprek krijgt, gaat daarna naar het sociaal domein (i.p.v. ggz)	-43	-334	-779	-1.413	-1.614	-4.184	-4.184	
Besparing van op de wachtlijst (zowel maatschappelijk als SD)	-136	-945	-2.109	-3.399	-3.364	-9.954		-9.954
Besparing van op de wachtlijst (Zvw)	-72	-498	-1.110	-1.789	-1.771	-5.239	-5.239	
Extra uitgaven in het sociaal domein (meer doorverwijzingen): 17% van de casussen komt door het verkennend gesprek nieuw in het sociaal domein terecht	7	57	137	251	293	745		745
Minder uitgaven in het sociaal domein (meer richting geen ondersteuning en/of zorg): 3% van de casussen krijgt na het verkennend gesprek geen ondersteuning en/of zorg	-3	-18	-37	-63	-65			-185
Minder druk op de huisartsenzorg: besparing van 2 HA-consulten per inwoner na verkennend gesprek	-6	-37	-76	-131	-135	-385	-385	
3. Domeinoverstijgend casusoverleg	-108	-405	-1.089	-1.772	-2.132	-5.507	-5.507	
Reduceren van ggz: 10% van de casussen die besproken worden in het domeinoverstijgend casusoverleg worden behandeld buiten de ggz	-8	-34	-67	-84	-86	-280	-280	
Reductie van huisartsconsulten (draaideur-effect): 70% van de casuïstiek die door de huisarts aangedragen wordt bij het domeinoverstijgend casusoverleg stroomt sneller door	-34	-99	-185	-225	-225	-768	-768	
Minder afstemming tussen huisarts en ggz (door leereffect in doorverwijzen): 35% reductie van de afstemmingstijd tussen de huisarts en ggz	-66	-271	-837	-1.463	-1.821	-4.459	-4.459	
6. Laagdrempelige steunpunten	-309	-418	-282	-76	-78	-1.164	-990	-174
Brede maatschappelijke baten zoals arbeidsparticipatie, minder ggz-crisisopnames, minder gebruik ggz-dagactiviteiten of dagbesteding	-349	-542	-494	-293	-301	-1.979	-990	-990
Extra uitgaven in het sociaal domein (opstarten en uitbreiden laagdrempelige steunpunten)	40	123	211	217	223	815		815
7. Consultatiefunctie	-15	-33	-40	-41	-42	-171	-367	196
Voorkomen van ggz zorg: inwoners blijven vaker of langer in sociaal domein i.p.v. doorstroom naar ggz	-33	-71	-85	-88	-90	-367	-367	
Extra uitgaven in het sociaal domein (meer doorverwijzingen): 5% van de casussen blijft binnen het SD	18	38	45	47	48	196		196
Totaal	-709	-2.810	-5.844	-9.217	-9.715	-28.296	-18.924	-9.373

Toelichting

- Over de jaren ontstaan **steeds grotere besparingen** door verbeterde samenwerking met als gevolg het voorkomen van crisisopnames, verminderde huisartsbezoeken en betere verbinding tussen ggz en huisartsenzorg.
- De **extra kosten voor het sociaal domein** door toenemende verwijzingen drukken de financiële impact.
- Door de focus op positieve gezondheid en een sterke sociale basis ontstaat een **verschuiving van professionele ondersteuning af**. Deze impact kan op dit moment nog niet gekwantificeerd worden.

De verwachte kosten zijn per onderdeel van het netwerk berekend

Kosten [1/2]

Investering	Omvang (€ x1.000)					Totaal	Totaal Zvw	Totaal SD
	Jaar 1 (6 mnd)	Jaar 2	Jaar 3	Jaar 4	Jaar 5			
o. Programma overstijgend	2.027	1.199	1.198	0	0	4.424	2.362	2.062
Reeds gemaakte kosten (incl. schrijven transformatieplan)	1.420	0	0	0	0	1.420	722	699
Inzet Kernteam	269	522	521	0	0	1.313	656	656
Verletkosten professionals	338	676	676	0	0	1.691		
Verletkosten zorgprofessionals Zvw	197	394	394	0	0	984	984	
Verletkosten sociaal domein	141	283	283	0	0	707		707
1. Adoptie netwerkgedachtegoed	849	2.204	1.699	0	0	4.751	2.388	2.363
Projectleider	469	1.473	948	0	0	2.889	1444	1.444
Verletkosten professionals	330	679	698	0	0	1.708		
Verletkosten zorgprofessionals Zvw	183	375	386	0	0	944	944	
Verletkosten sociaal domein	148	304	312	0	0	764		764
Materiële kosten	50	51	53	0	0	154		154
2. Verkennend gesprek	425	902	1.327	1.374	1.300	5.328	2.318	3.010
Projectleider	86	177	182	0	0	446	223	223
Verletkosten professionals	277	266	273	0	0	815		
Verletkosten zorgprofessionals Zvw	159	158	162	0	0	479	479	
Verletkosten sociaal domein	118	108	111	0	0	336		336
Deelname professionals	59	455	868	1.374	1.300	4.056		
Zorgprofessionals Zvw	29	172	336	545	529	1.610	1.610	
Sociaal domein	30	283	532	829	771	2.445		2.445
Materiële kosten	4	4	4	0	0	12	6	6

Toelichting

- Om de beoogde transformatie te realiseren is **personele inzet** vereist. Hieronder valt de inzet van programmamanagers, regionale en lokale projectleiders en medewerkers, scholing en training i.v.m. het aanleren van nieuwe werkwijzen. Alle personele inzet wordt in principe **intern gevuld**.
- De tijd die professionals en medewerkers niet kunnen besteden aan reguliere werkzaamheden als gevolg van deelname aan werkgroepen, monitoring, borging en scholing, zijn meegenomen als **verletkosten**.
- Materiële kosten** staan in een separate rij weergegeven.
- Reeds gemaakte kosten** (t/m juni 2025) ter voorbereiding op Mentaal Gezond Twente en voor het opstellen van het transformatieplan zijn opgevoerd in jaar 1.
- Kosten van **deelname aan het verkennend gesprek** nemen over de jaren toe aangezien het gesprek vaker plaatsvindt en er meer professionals bij betrokken zijn. De aanvraag van IZA-transformatiemiddelen is exclusief de kosten voor deelname aan het verkennend gesprek door ggz professionals. Voor deze kosten bestaan andere betaaltitels.
- Het **verkennend gesprek** is tegen **kostprijs** opgenomen in de business case, aangezien het opbrengsttarief nog moet worden vastgesteld.

De verwachte kosten zijn per onderdeel van het netwerk berekend

Kosten [2/2]

Investering	Omvang (€ x1.000)					Totaal	Totaal Zvw	Totaal SD
	Jaar 1 (6 mnd)	Jaar 2	Jaar 3	Jaar 4	Jaar 5			
3. DOC, 4. Infor.voorz., 5. Transfermech	414	458	281	24	25	1.202	700	501
Projectleider en IT-expert voor beheer informatie-voorziening	60	101	66	24	25	275	138	138
Verletkosten professionals	304	257	216	0	0	776		
Verletkosten zorgprofessionals Zvw	241	183	139	0	0	563	563	
Verletkosten sociaal domein	63	75	77	0	0	214		214
Materiële kosten	50	100	0	0	0	150		150
6. Laagdrempelige steunpunten	237	314	192	0	0	743	74	669
Projectleider	35	56	58	0	0	149	74	74
Verletkosten professionals	16	31	32	0	0	78		
Verletkosten zorgprofessionals Zvw	0	0	0	0	0	0	0	
Verletkosten sociaal domein	16	31	32	0	0	78		78
Materiële kosten	187	227	102	0	0	516		516
7. Consultatiefunctie	147	303	311	0	0	761	339	422
Verletkosten professionals	147	303	311	0	0	761		
Verletkosten zorgprofessionals Zvw	66	135	139	0	0	339	339	
Verletkosten sociaal domein	82	168	172	0	0	422		422
8. Groepsgericht werken	254	514	139	0	0	906	549	357
Projectleider	20	41	42	0	0	103	51	51
Verletkosten professionals	134	343	82	0	0	559		
Verletkosten zorgprofessionals Zvw	90	233	52	0	0	375	375	
Verletkosten sociaal domein	44	110	29	0	0	183		183
Materiële kosten	100	130	15	0	0	245	123	123
Totaal	4.354	5.904	5.176	1.398	1.325	18.157	8.765	9.392

Toelichting

- Om de beoogde transformatie te realiseren is **personele inzet** vereist. Hieronder valt de inzet van programmamanagers, regionale en lokale projectleiders en medewerkers, scholing en training i.v.m. het aanleren van nieuwe werkwijzen. Alle personele inzet wordt in principe **intern gevuld**.
- De tijd die professionals en medewerkers niet kunnen besteden aan reguliere werkzaamheden als gevolg van deelname aan werkgroepen, monitoring, borging en scholing, zijn meegenomen als **verletkosten**.
- Materiële kosten** staan in een separate rij weergegeven.

De IZA-transformatiemiddelen en SPUK-regeling worden aangeboord

Aanvraag IZA-transformatiemiddelen en SPUK IZA gelden

De investeringsposten- en kosten op de voorgaande slides hebben betrekking op de aanvraag van IZA-transformatiemiddelen en SPUK IZA gelden voor de periode 2025 tot en met 2027. De incidentele kosten die binnen de Zorgverzekeringswet (Zvw) vergoed worden, worden aangevraagd middels de IZA-transformatiemiddelen. De incidentele en structurele kosten die binnen de SPUK-regeling vergoed worden, worden aangevraagd middels de SPUK-regeling. Hiertoe wordt na goedkeuring van dit transformatieplan een aanvullende SPUK-IZA-aanvraag gedaan.

Kosten 2025 t/m 2027 (€ x1.000)				
Incidenteel		Structureel		Totaal
Zvw	SD	Zvw	SD	
7.130	6.922	537	1.522	16.111

Jaarlijkse kosten vanaf 2028 (€ x1.000)	
Structureel	
Zvw	SD
545	1.294



Toelichting

- De aanvraag van IZA-transformatiemiddelen en SPUK IZA gelden betreft **kosten van 2025 t/m 2027**, overeenkomend met de huidige tijdshorizon van het IZA.
- De aanvraag van IZA-transformatiemiddelen is **exclusief de kosten voor deelname aan het verkennend gesprek door ggz-professionals**. Voor deze kosten bestaan andere betaaltitels.
- De **structurele kosten die voor het sociaal domein** worden aangevraagd in de periode 2025 t/m 2027 bestaan uit deelname aan het verkennend gesprek en de verschuiving van ggz naar sociaal domein als gevolg van het verkennend gesprek, het uitbreiden van de laagdrempelige steunpunten en de consultatiefunctie.

1. Gebaseerd op totale uitgaven Twente voor WMO en Jeugd (2024), omvang €463 miljoen

7. Monitoring en bijsturing

Op welke manier wordt voortgang gemonitord en bijgestuurd waar nodig?



Door regionale monitoring houden we zicht op effecten en kunnen we gaandeweg bijsturen

Monitoring en bijsturing

Succesvolle voorbereiding en implementatie van het transformatieplan, mét behoud van draagvlak, vereist een gedegen proces van monitoring. Hiermee worden tijdens de zorgtransformatie de effecten duidelijk en is gaandeweg bijsturen mogelijk. Per onderdeel van het Mentaal Gezond Twente zijn KPI's opgesteld om de ontwikkeling van effecten inzichtelijk te maken. Hieronder staan algemene uitgangspunten t.a.v. de KPI's en bijbehorende monitoring, de KPI's per onderdeel volgen op de volgende pagina's.

Uitgangspunten KPI's



We onderscheiden inspanningsgerichte (I) en resultaatgerichte (R) KPI's. Inspanningsgerichte (I) KPI's zijn resultaten die met een succesvolle inspanning van betrokkenen behaald kunnen worden. Ongeveer 70% van de transformatiegelden zijn gekoppeld aan deze KPI's. Resultaatgerichte (R) KPI's zijn SMART geformuleerd, navolgbaar en verifieerbaar, en staan proportioneel in relatie tot het gevraagde transformatiebedrag.



Aangezien we vanuit een netwerkzorgperspectief domeinoverstijgend met alle professionals werken aan Mentaal Gezond Twente wordt het bedrag per KPI voor alle KPI's in dezelfde verhouding verdeeld naar de IZA-transformatiemiddelen en de SPUK IZA gelden.



De verwachting is dat de implementatie in 2026 en 2027 meer zicht geeft op het verbeterpotentieel t.a.v. de effect KPI's en de bijdrage van Mentaal Gezond Twente hieraan. Op basis hiervan kunnen we, waar mogelijk, eind 2025 en eind 2026 de streefambities voor de relevante resultaat-KPI's beter bepalen en de indicatie bijstellen (naar boven of naar beneden).

Uitgangspunten monitoring

- Monitoring vindt elk kwartaal plaats, vanaf de start van de implementatiefase.
- De monitoring heeft een dubbele functie. Enerzijds is met de resultaten van de monitoring te bepalen of KPI's zijn behaald en of bijbehorende IZA-transformatiegelden worden uitbetaald. Anderzijds zal de regio de resultaten gebruiken als input voor tussentijdse evaluatie en het besluit bij te sturen op activiteiten.
- Het streven is dat de monitoring zo'n klein mogelijke (administratieve) inspanning vergt van betrokken organisaties. Waar mogelijk wordt gebruikgemaakt van bestaande tooling.
- Het kernteam zal elk kwartaal een voortgangsrapportage indienen, o.a. om in te brengen bij het bestuurlijk overleg. De voortgangsrapportage bevat de ontwikkeling van KPI's, behaalde KPI's en voortgang van de effecten.
- Indien mijlpalen niet volledig behaald worden, kan middels een stuurgroep en zorgverzekeraar besloten worden om een deel van de KPI uit te betalen of zelfs helemaal. Dit is afhankelijk van de inspanningen van de partijen en in welke bewegingsruimte er is. **Of er wordt besloten tot uitstel om op een later moment alsnog de KPI en bijbehorende financiering te kunnen behalen.**
- Bij het behalen van een afgesproken mijlpaal vindt uitbetaling plaats ongeacht de mate van samenhang met andere (regionale) transformatie-initiatieven. Dit omdat het causaal herleiden van effecten naar afzonderlijke interventies in de praktijk niet mogelijk is.

Inspannings- en resultaat KPI's om de doelstellingen van Mentaal Gezond Twente te monitoren

KPI's [1/4]

Onderdeel	Nr.	KPI'	I/R	Geplande datum	Bedrag (€ x1.000)			Bewijsvoering
					Totaal	IZA	SPUK IZA	
Algemeen	1	Transformatieplan Mentaal Gezond Twente opgeleverd.	I	30-6-2025	1.420	650	770	Ingediend en goedgekeurd transformatieplan Mentaal Gezond Twente
1. Adoptie ²	2	De centrale communicatiestrategie is opgeleverd, inclusief doelgroepsegmentatie en gedragsopgave, en wordt onderschreven door minimaal 70% van de betrokken partijen binnen mentale gezondheid.	I	31-03-2026	1.098	503	595	Centrale communicatiestrategie
	3	Er is een tactisch mediaplan opgeleverd waarin distributiestrategieën voor zowel inwoners als professionals zijn opgenomen, gekoppeld aan doelgroep-specifieke touchpoints.	I	30-06-2026	1.098	503	595	Tactisch mediaplan
	4	Minimaal 70% van de deelnemende organisaties geeft actief ruchtbaarheid aan de campagne via eigen kanalen (zoals nieuwsbrief, intranet of social media).	I	31-12-2026	1.098	503	595	Uitvraag onder en check bij deelnemende organisaties
	5	We bereiken minimaal 40.000 unieke inwoners in Twente via de campagne en informatielijn.	R	30-06-2027	1.903	871	1.032	Gemeten via online impressies, traffic en events.
2. Verkennend gesprek	6	In samenwerking met betrokken partijen zijn de regionale kaders en mogelijkheden voor lokale invulling rondom de werkwijze voor het verkennend gesprek in de regio bepaald.	I	30-09-2025	185	85	100	Beschrijving van regionale kaders
	7	In samenwerking met betrokken partijen is een lokale werkwijze voor het verkennend gesprek opgesteld met/voor 14 gemeenten (betreft een concretisering van landelijke en regionale kaders).	I	31-03-2026	277	127	150	Beschrijving van werkwijze
	8	De professionals (90%) die het verkennend gesprek gaan uitvoeren (wie en hoe volgt uit werkwijze zoals hierboven opgesteld) zijn geschoold in de netwerkintake.	I	31-03-2026	277	127	150	Certificaat van afronden eLearning

1. De getallen zijn gebaseerd op de business case welke is opgesteld i.s.m. controllers, uiteindelijk gaat het erom dat het aantal binnen de IZA periode (t/m 2027) gerealiseerd wordt.

2. Naast de hier getoonde KPI's rondom Adoptie zijn er KPI's die onderdeel zijn van het transformatieplan van Twente Beter ('Ouder worden doen we samen'), waarbij onderscheid wordt gemaakt in KPI's rondom het ontwikkelen van een gezamenlijke kernboodschap voor inwoners en KPI's rondom het toerusten van professionals en bestuurders.

Inspannings- en resultaat KPI's om de doelstellingen van Mentaal Gezond Twente te monitoren

KPI's [2/4]

Onderdeel	Nr.	KPI	I/R	Geplande datum	Bedrag (€ x1.000)			Bewijsvoering
					Totaal	IZA	SPUK IZA	
2. Verkennend gesprek	9	Vanaf 1-1-2025 hebben 120 (ondergrens 100) verkennende gesprekken in de regio Twente plaatsgevonden (o.b.v. mogelijkheid tot verkennend gesprek bij 10% vanuit doorverwijzing huisartsen).	I	31-12-2025	185	85	100	Bestaande rapportagetool (MS Forms) via Saxion
	10	Vanaf 1-1-2026 hebben 723 (ondergrens 650) verkennende gesprekken in de regio Twente plaatsgevonden (o.b.v. mogelijkheid tot verkennend gesprek bij 30% vanuit doorverwijzing huisartsen).	I	31-12-2026	277	127	150	
	11	Vanaf 1-1-2027 hebben 1.446 (ondergrens 1.300) verkennende gesprekken in de regio Twente plaatsgevonden (o.b.v. mogelijkheid tot verkennend gesprek bij 60% vanuit doorverwijzing huisartsen). ¹	I	31-12-2027	769	352	417	
	12	Vanaf 1-1-2025 zal van het aantal gevoerde verkennende gesprekken , maximaal 78% (bovengrens 85%) zijn toegeleid naar de specialistische ggz.	R	31-12-2025	185	85	100	Bestaande rapportagetool (MS Forms) via Saxion
	13	Vanaf 1-1-2026 zal van het aantal gevoerde verkennende gesprekken , maximaal 73% (bovengrens 80%) zijn toegeleid naar de specialistische ggz.	R	31-12-2026	277	127	150	Bestaande rapportagetool (MS Forms) via Saxion
	14	Vanaf 1-1-2027 zal van het aantal gevoerde verkennende gesprekken , maximaal 68% (bovengrens 75%) zijn toegeleid naar de specialistische ggz.	R	31-12-2027	769	352	417	
	15	In samenwerking met betrokken partijen zijn de regionale kaders en mogelijkheden voor lokale invulling rondom de werkwijze voor het domeinoverstijgend casusoverleg in de regio bepaald.	I	31-12-2025	154	71	84	Beschrijving van regionale kaders
	16	In samenwerking met betrokken partijen is er een lokale werkwijze voor het domeinoverstijgend casusoverleg opgesteld met/voor alle 14 gemeenten.	I	30-6-2026	195	89	106	Beschrijving van werkwijze
	17	Vanaf 1-1-2025 zijn er 207 casussen besproken (ondergrens 180) in het domeinoverstijgend casusoverleg (o.b.v. 3 gemeenten gedurende een half jaar).	R	31-12-2025	154	71	84	Bestaande rapportagetool (MS Forms) via Saxion (na uitbreiding voor DOC)

1. Idealiter wordt het aantal gesprekken op den duur afgebouwd omdat problematiek al eerder afgevangen wordt.

Inspannings- en resultaat KPI's om de doelstellingen van Mentaal Gezond Twente te monitoren

KPI's [3/4]

Onderdeel	Nr.	KPI	I/R	Geplande datum	Bedrag (€ x1.000)			Bewijsvoering
					Totaal	IZA	SPUK IZA	
3. Domein-overstijgend casusoverleg	18	Vanaf 1-1-2026 zijn er 828 casussen besproken (ondergrens 750) in het domeinoverstijgende casusoverleg (o.b.v. 3 gemeenten het hele jaar en 6 gemeenten een half jaar)	R	31-12-2026	195	89	106	Bestaande rapportagetool (MS Forms) via Saxion (na uitbreiding voor DOC)
	19	Vanaf 1-1-2027 zijn er 1.587 casussen besproken (ondergrens 1.400) in het domeinoverstijgende casusoverleg (o.b.v. 9 gemeenten het hele jaar en 5 gemeenten een half jaar). ¹	R	31-12-2027	345	158	187	
	20	Van het aantal casussen besproken in het domeinoverstijgend casusoverleg vanaf Q3 en Q4 2025 maakt minimaal 10% van de cliënten na het gesprek gebruik van aanbod niet zijnde ggz.	R	31-12-2025	154	71	84	Op te zetten rapportagetool (MS Forms of vergelijkbaar)
	21	Van het aantal casussen besproken in het domeinoverstijgend casusoverleg vanaf 1-1-2026 maakt minimaal 10% (ondergrens 8%) van de cliënten na het gesprek gebruik van aanbod niet zijnde ggz.	R	31-12-2026	195	89	106	
	22	Van het aantal casussen besproken in het domeinoverstijgend casusoverleg vanaf 1-1-2027 maakt minimaal 10% (ondergrens 8%) van de cliënten na het gesprek gebruik van aanbod niet zijnde ggz.	R	31-12-2027	345	158	187	Op te zetten rapportagetool (MS Forms of vergelijkbaar)
4. Informatie-voorziening	23	Er is een systeem ontwikkeld dat regionaal voorziet in informatievoorziening (wachttijden, aanbod) van in ieder geval de ggz.	I	31-12-2026	195	89	106	Beschikbaar systeem
5. Transfer-mechanisme	24	In samenwerking met betrokken partijen zijn regionale werkafspraken voor het transfermechanisme in de regio opgesteld.	I	31-12-2025	154	71	84	Beschrijving van werkwijze
6. Laag-drempelige steunpunten	25	Er is een geografisch overzicht gemaakt van de verschillende soorten laagdrempelige steunpunten en het type aanbod in de regio, en dit is inzichtelijk/toegankelijk voor inwoners en professionals.	I	31-12-2025	189	87	103	Publiek toegankelijk overzicht
	26	Er is een fit-gap analyse gedaan tussen het huidige aanbod en regionaal dekkend netwerk van laagdrempelige steunpunten (ook wel witte vlekken analyse genoemd).	I	31-12-2025	189	87	103	Fit-gap analyse

1. Idealiter wordt het aantal overleggen op den duur afgebouwd omdat knelpunten opgelost worden, problematiek al eerder afgevangen wordt en er een leereffect zit in de besproken casuïstiek.

Inspannings- en resultaat KPI's om de doelstellingen van Mentaal Gezond Twente te monitoren

KPI's [4/4]

Onderdeel	Nr.	KPI	I/R	Geplande datum	Bedrag (€ x1.000)			Bewijsvoering
					Totaal	IZA	SPUK IZA	
6. Laag-drempelige steunpunten	27	Er is een plan van aanpak opgesteld voor het realiseren van een regionaal dekkend netwerk van laagdrempelige steunpunten (voortbordurend op resultaten fit-gap analyse).	I	31-3-2026	501	229	272	Plan van aanpak
	28	De capaciteit van het netwerk van laagdrempelige steunpunten is gegroeid met 10% t.o.v. de gewenste groei voor een regionaal dekkend netwerk (in het plan van aanpak wordt de definitie van capaciteit weergegeven en welke groei t.o.v. de huidige situatie wenselijk is, hiervan is bij het behalen van deze mijlpaal 10% gerealiseerd)	R	31-12-2026	501	229	272	Berekening o-meting t.o.v. en gewenste groei
7. Consultatie-functie	29	In samenwerking met betrokken partijen zijn regionale werkafspraken voor de consultatiefunctie in de regio opgesteld.	I	31-12-2025	106	48	57	Beschrijving van werkwijze
	30	Er is een plan gemaakt voor een regionale promotiecampagne om de consultatiefunctie onder de aandacht te brengen bij professionals van gemeenten en sociaal werk en welzijn (in afstemming met regiobrede communicatieplan).	I	31-12-2025	106	48	57	Plan voor regionale promotiecampagne
	31	Vanaf 1-1-2025 heeft de ggz 438 (ondergrens 400) consultvragen gekregen vanuit het sociaal domein.	R	31-12-2025	106	48	57	Registratie consultatiefunctie de GGZ aanbieders Mediant, Tactus en Dimence Groep
	32	Vanaf 1-1-2026 heeft de ggz 925 (ondergrens 850) consultvragen gekregen vanuit het sociaal domein.	R	31-12-2026	421	193	228	
	33	Vanaf 1-1-2027 heeft de ggz 1.075 (ondergrens 900) consultvragen gekregen vanuit het sociaal domein.	R	31-12-2027	561	257	304	
8. Groeps-gericht werken	34	Er is een fit-gap analyse gedaan tussen om het huidig en gewenst (regionaal) groepsaanbod en types te inventariseren	I	31-03-2026	987	452	535	Fit-gap analyse
Totaal					15.574	7.130	8.444	

8. Randvoorwaarden voor succes

Welke potentiële risico's kunnen de uitvoering van de transformatie beïnvloeden en welke mitigerende maatregelen kunnen we nemen om de risico's te beperken?



Voornaamste risico's en mitigerende maatregelen

Randvoorwaarden voor succes

De realisatie van de ambities van dit transformatieplan is afhankelijk van succesfactoren en mitigatie van risico's. Tijdens de uitvoering van het plan zien we toe op (mogelijke) risico- en succesfactoren, om tijdig passende maatregelen te nemen. Geïdentificeerde risico's zien we bij financiering en dekking, arbeidsmarkt en capaciteit, adoptie en commitment. Alleen de factoren die aannemelijk zijn en minimaal een gemiddelde verwachte impact hebben zijn opgenomen.

Onderwerp	#	Risico- / succesfactor beschrijving	Mitigerende maatregel
Financiering en dekking	1	Financiële dekking voor verschuiving van inwoners over domeinen. Onvoldoende financiële betaaltitels om de structurele kosten te dekken bij sociaal domein vormt een risico. Mocht het voor gemeenten niet mogelijk blijken de inzet van het sociaal domein duurzaam te financieren vanaf 2028, dan kan hun participatie bij (onderdelen van) de transformatie Mentaal Gezond Twente mogelijk stoppen.	- In business case, naast aan te vragen transformatiemiddelen, inzichtelijk maken wat de omvang is van de (toegenomen) structurele kosten bij het sociaal domein. - Op bestuurlijk niveau gesprekken voeren vanuit Twentse Koers en Twente Beter om dit onder de aandacht te brengen. - We verkennen financieringsvormen die gemeenschapsinitiatieven structureel ondersteunen zonder hun autonomie te ondermijnen, zoals coöperatieve fondsen, maatschappelijke investeringsmodellen of lokale burgerfondsen.
Financiering en dekking	2	Een groot deel van de investering die nodig is voor de transformatie bestaat uit personele kosten, die de regio voorfinanciert. Indien KPI's niet worden behaald zal er geen uitbetaling van bijbehorende IZA-transformatiemiddelen plaatsvinden en moeten de SPUK IZA gelden terugbetaald worden. Dit vormt daarmee een financieel risico voor de partijen die de voorfinanciering dragen.	- Door een goede regionale governance in combinatie met doorlopende, periodieke monitoring is er zicht op de inzet en resultaten en kan de regio tijdig bijsturen waar nodig. Bij het niet behalen van een KPI is er mogelijkheid tot uitstel om op een later moment alsnog de KPI en bijbehorende financiering te kunnen behalen. - De KPI's zijn opgesteld met een focus op inspanning. Door goede regionale- en project governance heeft de regio veel invloed op het behalen van deze inspannings KPI's, en dus ook de uitbetaling van transformatiemiddelen. Dit beperkt het financiële risico. - Daarnaast wordt een samenwerkingsovereenkomst opgesteld om nadere afspraken met elkaar te maken over de uitvoering.
Arbeidsmarkt en capaciteit	3	Voor het uitbouwen van Mentaal Gezond Twente is het nodig dat er voldoende professionals beschikbaar zijn voor de onderdelen, maar ook de verschuiving van inwoners die het teweeg brengt.	Tijdens het schrijven en uitvoeren van het transformatieplan is het gesprek aangaan over de verwachte verschuivingen, nieuwe activiteiten en de (on)mogelijkheden in bestaande capaciteit. Dit help enerzijds bij het afstemmen van verwachtingen, en anderzijds bij het identificeren van bottlenecks in de uitbouw van het netwerk.
Adoptie	4	Lage adoptie van (onderdelen) van Mentaal Gezond Twente onder (zorg)professionals.	De bij het transformatieplan betrokken organisaties en professionals fungeren als 'ambassadeurs' om overige organisaties in de regio te enthousiasmeren over nut en noodzaak van het netwerk en bijbehorende activiteiten.
Commitment	5	Het werken aan de transformatie Mentaal Gezond Twente, via het opbouwen van het Mentaal Gezondheidsnetwerk in de regio, vraagt van betrokken organisaties een aanzienlijke (financiële) inspanning. De transformatie gaat gepaard met onzekerheid, gezien het experimentele karakter ervan. Onvoorziene effecten of onduidelijkheid over de ervaren meerwaarde kunnen leiden tot onzekerheid en daarmee afnemend commitment.	Voorafgaand aan indienen van het transformatieplan commitment pijlen bij betrokkenen (bestuurlijk, ambtelijk, tactisch operationeel) vanuit de betrokken domeinen. En doorleven hoe we ondanks het experimentele karakter van de transformatie toch zo goed als mogelijk willen monitoren op effecten.

Regiobreed, domeinoverstijgend en echt vernieuwend samenwerken zijn de pijlers van dit plan

Gelijkgericht werken richting succes

Commitment op de beoogde zorgtransformatie van organisaties en inwoners uit de regio is cruciaal. Tijdens het opstellen van dit transformatieplan is uit reacties gebleken hoe urgent de situatie is om anders te kijken naar het mentale welzijn van inwoners. De regio wil afstappen van de traditionele benadering van mentale uitdagingen en dit juist veel meer te lijf gaan vanuit de kracht van de inwoner en zijn/haar sociale netwerk. Om deze noodzakelijke verandering mogelijk te maken is, naast financiering, gelijkgerichtheid nodig over het realiseren van Mentaal Gezond Twente.

De achterbannen van de bij dit transformatieplan betrokken organisaties gaven aan dat er al veel initiatieven zijn om de mentale gezondheid van Twentenaren op peil te houden of te verbeteren. Wel is het zaak om de initiatieven en de leerlessen daaruit zo goed mogelijk met elkaar te verbinden, want momenteel is het lastig om het overzicht te behouden over de ontwikkelingen. De reikwijdte van dit transformatieplan, zowel over verschillende domeinen als met de onderdelen, maakt het mogelijk de noodzakelijke beweging op veel plekken in gang te zetten en de vruchten te plukken van reeds succesvolle initiatieven. De uitvoering van het plan heeft daarmee een verbindende functie door de bestaande en nieuwe initiatieven te laten aanhaken op de brede beweging die de regio inzet.

Het Integraal Zorgakkoord, met daaropvolgend het Twentse regiobeeld en -plan, zet de toon met een duidelijke boodschap: de noodzaak van transformatie in de zorg is urgenter dan ooit. Professionals in de zorg, gemeenten en sociaal werk en welzijn merken dat vaak al in de dagelijkse praktijk. Ook inwoners merken steeds vaker de gevolgen van dat we op dezelfde manier werken als voorheen: ze moeten langer wachten tot ze terecht kunnen voor hulp die bij hun mentale uitdaging past. Regiobrede communicatie gericht op zowel professionals als inwoners gaat cruciaal zijn om bewustzijn te creëren over de uitdagingen waar de (mentale) gezondheidszorg in Twente mee kampt, én de gezamenlijke beweging die we willen inslaan. We gaan niet simpelweg efficiënter of slimmer werken, maar we gaan daadwerkelijk anders werken waarbij er een grotere rol voor de inwoner is weggelegd en de traditionele schotten tussen domeinen verdwijnen. Naast professionals en inwoners is het noodzakelijk dat ook bestuurlijk en ambtelijk niveau deze verandering onderschrijven, want als commitment van een van de betrokken partijen ontbreekt komt de noodzakelijk zorgtransformatie in het geding.

Bijlagen

- I. Organisaties in bestuurlijke trekkersoverleg en werkgroep t.b.v. ontwikkeling transformatieplan
- II. Verdieping onderdeel Adoptie van het netwerkgedachtegoed vanuit de visie positieve gezondheid
- III. Verdieping onderdeel Verkennend gesprek
- IV. Uitgangspunten business case



Organisaties in bestuurlijke trekkersoverleg en werkgroep t.b.v. opstellen transformatieplan

Bijlage I

Samenstelling stuurgroep transformatieplan Mentaal Gezond Twente	Perspectief	Organisaties
	GGZ	Dimence Groep, Mediant
	Gemeente	Almelo, Hengelo
	Sociaal werk en welzijn	Wijkracht
Samenstelling werkgroep transformatieplan	Apothekers	TAO-UA
	Inwoners, cliëntvertegenwoordiging, ervaringsdeskundigheid	InTact, Ixta Noa, Realcovery Inloophuis, Twentse noabers, Dimence Groep, WOPiT
	Gehandicaptenzorg	Estinea
	Gemeente	Almelo, Enschede
	GGZ	Dimence Groep, Mediant
	Huisartsenzorg	FEA, SHT-Thoon
	Maatschappelijke ggz	RIBW
	Verslavingszorg	Tactus
	Sociaal werk en welzijn	Impuls Oldenzaal, Mensdoormens, Salut, Wijkracht
	Ziekenhuis	Medisch Spectrum Twente, Ziekenhuisgroep Twente
Samenstelling expert groep business case	GGZ	Dimence Groep, Mediant
	Gemeente	Almelo
	Welzijn	Avedan, Wijkracht
	Zorgverzekeraar	Menzis

Toelichting

- De organisaties in deze tabel zijn betrokken geweest bij stuurgroepen, werkgroepen en expert sessies ten behoeve van het opstellen van het transformatieplan.
- Daarnaast zijn tussentijdse versies van het transformatieplan schriftelijk gedeeld met de achterban van Twentse Koers en Twente Beter. De feedback hierop is verwerkt in het transformatieplan op een manier die past bij de scope van dit plan.

Verdieping adoptie | Inwoners in aanzetten tot anders denken en doen

Bijlage II [1/2]

Ons **toekomstbeeld**: Inwoners zijn in beweging gebracht. Deze beweging is begonnen bij **bewustwording**; inwoners die zich actief bewust zijn van veranderingen om hen heen en het aandeel dat zij hierin hebben. Dit is de eerste stap die we hebben gezet in het daadwerkelijk veranderen van gedrag en handelen. Bewustwording bouwt op het begrijpen van het probleem, herkennen vanuit eigen context, inzicht in gevolgen en eigen verantwoordelijkheid die hierin genomen moet worden. Dit hebben we gedaan door een herkenbare en eenduidige boodschap naar hen over te brengen. De eenduidigheid schept duidelijkheid, o.a. over de urgentie en impact van de verandering en verwachtingen van de inwoner. Met de boodschap hebben we hen aangezet tot anders denken, maar zeker ook **anders doen; de beweging**. Dit doen we door niet enkel informatie te verstrekken maar hyperlokaal mensen daadwerkelijk mee te nemen en begeleiden in de verandering. We bieden hiermee handelingsperspectief.

Later invoegen: 3 concrete voorbeelden van in te zetten interventies

We houden rekening met wat er al wordt gecommuniceerd in de regio

We maken zoveel mogelijk gebruik van wat er al is in de regio en vullen de regiobrede veranderboodschap aan waar nodig. Dit doen we in het bijzonder in **nauwe samenhang met andere transformatieprogramma's via de regionale hiervoor ingerichte werkgroep**. Daarnaast zijn er nog andere campagnes en programma's waar we raakvlakken mee zien. Daarnaast zijn er ook al lokale initiatieven waarop kan worden aangesloten. Om deze reden wordt de centraal geformuleerde boodschap vertaald in lokale actieplannen.

Het startpunt van de beweging: onze veranderboodschap lokaal laten landen

Er is een verandering nodig – en die verandering, dat zijn wij. Samen geven we ondersteuning bij mentale problemen opnieuw vorm. Niet langer is het uitgangspunt: behandelen zodra er een probleem is. De nieuwe standaard wordt: normaliseren waar het kan, versterken wat er al is, en professionele hulp pas inzetten als het echt nodig is.

Hoe we dat doen? Samen. Omdat het in het belang is van ons allemaal – cliënten, naasten, professionals én de samenleving.

Daarvoor voeren we met elkaar het gesprek dat ertoe doet: **het goede gesprek**. Een gelijkwaardige dialoog tussen cliënt en professional, met ruimte voor het netwerk, en gebaseerd op vijf samenhangende stappen die helpen bij het versterken van het dagelijks functioneren en het voorkomen van onnodige inzet van ondersteuning en zorg:

1. **Normalisatie** – Wat hoort bij het gewone leven en hoe kun je daarmee omgaan zonder zorg?
2. **E-health & hulpmiddelen** – Wat helpt digitaal of praktisch in het dagelijks functioneren?
3. **Familie & netwerk** – Wie in de omgeving kan steun bieden?
4. **Sociale basis** – Welke voorzieningen en initiatieven in de wijk kunnen bijdragen?
5. **Professionele hulp** – Wat is er aanvullend nodig aan specialistische ondersteuning?

Door deze volgorde bewust aan te houden, zetten we in op wat wél kan, op de kracht van het netwerk en de gemeenschap, en op het bevorderen van eigen regie. Zo bouwen een netwerk dat ruimte geeft aan herstel, nabijheid en betekenisvol leven.

We vertalen deze boodschap naar de specifieke context van mentale gezondheid

‘We realiseren een omslag in denken en doen bij inwoners: van ziekte en zorg naar gezondheid en gedrag. We leven in een maatschappij waarin ongemak hoort bij het leven, we naar elkaar omkijken en elkaar ondersteunen waar nodig. Je maakt zoveel mogelijk gebruik van het eigen netwerk, veerkracht en laagdrempelige voorzieningen.’

Wij **omarmen** deze veranderboodschap en het goede gesprek. In onze communicatiestrategie gaan we aan de slag met het verbreden van de veranderboodschap en ondersteunen we “het goede gesprek” op een passende manier zodat we inwoners in beweging krijgen en aanzetten tot anders handelen. Regionaal worden hiertoe de handvatten ontwikkeld die door de lokale partners worden vertaald naar de lokale context en worden opgenomen in het **lokale actieplan**.

Verdieping adoptie | Professionals toerusten met concrete handvatten in onze veranderaanpak

Bijlage II [2/2]

Ons toekomstbeeld: We hebben **professionals** begeleid in de nieuwe houding en werkwijze die de transformatie van hen vraagt. Dit hebben we gedaan door een **regionale veranderaanpak** op te stellen en een **regionaaladoptieteam** in te richten dat organisaties begeleidt bij de verandering. De veranderaanpak is gezamenlijk vormgegeven. Deze beschrijft hoe we professionals enthousiasmeren en inspireren om de regiobrede boodschap uit te dragen richting elkaar en inwoners. Daarnaast bevatte de aanpak praktische handvatten, waarmee professionals hun eigen gedrag en werkwijze kunnen aanpassen. Een van de uitgangspunten hierin was het leren van elkaar, bijv. over wat een verandering in houding van hen heeft gevraagd en wat het hen heeft gebracht. Ook beschrijft de aanpak de aspecten van een interne organisatiecultuur die verandering omarmt. Hiermee kunnen organisaties inzichtelijk maken welke stappen zij kunnen zetten om de verandering beter te omarmen. Het regionaal adoptieteam heeft betrokken organisaties in deze verandering begeleid. Dit team bestaande uit experts in verandermanagement/veranderkunde, is op afroep beschikbaar om organisaties te ondersteunen en coachen in de verandering. Dit kan bijv. door het organiseren van workshops of intervisiemomenten. Zij namen hierin lessen vanuit de andere betrokken organisaties mee en zorgden zo voor kruisbestuiving in de regio.

Later invoegen: 3 concrete voorbeelden van in te zetten interventies

Waarom een regionale veranderaanpak?

Door de transformatie in dit plan gaan professionals meer met elkaar samenwerken. Een gezamenlijke, regionale veranderaanpak schept gedeelde urgentie en duidelijkheid over wat er van ieder verwacht wordt in deze samenwerking. Dat is belangrijk voor het draagvlak voor de verandering. Om deze reden kiezen wij voor een regionale veranderaanpak die lokaal wordt uitgevoerd.

We houden rekening met verschillende fases en tempo's waarin mensen verandering omarmen

Elk mens reageert anders op verandering. Toch zijn er bepaalde fases te herkennen in een veranderproces (zie links). Deze fases kenmerken zich door een mate van weerstand die iemand voelt t.o.v. de verandering en op welk perspectief diegene zich richt. Vaak begint het proces bij angst en ontkenning, waarbij men vasthoudt aan oude werkwijzen en routines, gericht op het verleden. Vervolgens kan er frustratie ontstaan, omdat de realiteit van de verandering duidelijk wordt en extra eisen en onzekerheden met zich meebrengt. Het besef dat de verandering onvermijdelijk is kan leiden tot een gevoel van machteloosheid, waarin professionals overweldigd zijn door de omvang van de aanpassingen die de verandering van hen vraagt. Mits goed begeleid zullen professionals de verandering uiteindelijk accepteren en zich aanpassen aan nieuwe werkwijzen van de toekomst. De voordelen van het nieuwe werken zijn helder en gedrag en houding worden hierop aangepast.

Optimale toerusting van professionals om de verandering te omarmen hangt af van de veranderfase waar ze zich in bevinden. Over het algemeen onderscheiden we twee groepen die in een ander tempo de verandering doormaken: koplopers en betrokkenen. De koplopers starten eerder met het doormaken van de verandering dan de betrokkenen. In onze aanpak beschrijven we hoe we hen hierin begeleiden en hoe zij een rol kunnen spelen in het veranderproces van andere betrokkenen.



Verdieping verkennend gesprek | Rolverdeling

Bijlage III [1/2]

De inwoner staat centraal in het gesprek, en wordt uitgenodigd een of meer naasten mee te nemen naar het gesprek. Het verkennend gesprek wordt gevoerd met twee of drie professionals uit sociaal werk en welzijn, de ggz en/of ervaringsdeskundigheid. Het is ook mogelijk dat de ervaringsdeskundige niet deelneemt aan het gesprek zelf, maar een rol heeft in het voor- en/of natraject. Indien nodig is het mogelijk om een tweede verkennend gesprek te voeren (wordt opnieuw gefinancierd vanuit Zvw).

De ggz-professional is BIG-geregistreerd en/of het beroep komt als relevant beroep voor op beroepenlijst ([link](#)) van de GGZ. De professional vanuit sociaal werk en welzijn is bijvoorbeeld: professional lokale toegang, maatschappelijk werker of ambulant begeleider en heeft de mogelijkheden in de gemeente goed in beeld. Een van de professionals maakt een kort verslag en deelt dit met de inwoner en de professionals die bij het gesprek aanwezig zijn. Daarnaast wordt het verslag teruggekoppeld aan de huisarts, tenzij de inwoner hier bezwaar tegen heeft. Hier worden in de uitvoering gedetailleerde werkafspraken over gemaakt, waarbij rekening wordt gehouden met het beroepsgeheim.

Praktijkvoorbeeld normalisering n.a.v. het verkennend gesprek (wordt nog gewijzigd)

Een 60-jarige inwoner komt met zijn hulpvraag bij de huisarts. Hij voelt zich al lange tijd erg somber en slaapt slecht. Klachten wijzen op een ernstige depressie. Huisarts overweegt verwijzing naar de GGZ. De man vertelt dat hij zich eenzaam en nutteloos voelt. De huisarts heeft de inwoner doorverwezen naar het verkennend gesprek:

Hij is samen met zijn dochter naar het verkennend gesprek gekomen. Bij het gesprek zijn een psychisch verpleegkundige en een maatschappelijk werker aanwezig. De vrouw van de inwoner heeft dementie en de inwoner voelt zich eenzaam. Tijdens het verkennend gesprek kwam naar voren dat de inwoner een maatje mist. Tijdens het gesprek is inzichtelijk gemaakt welk aanbod binnen de gemeente en sociaal werk en welzijn de man verder kan helpen (o.a. vrijwilligerswerk of dagbesteding). Daarnaast gaat hij samen met zijn dochter een datingprofiel aanmaken. De man dacht dat zijn dochter dit zou veroordelen, ze blijkt hem hierin juist te ondersteunen. De mogelijkheid van een partnergroep voor mensen met dementie is besproken, meneer houdt dit in overweging.

Dit fictieve voorbeeld laat zien dat het verkennend gesprek leidt tot passende ondersteuning op de juiste plek. Door het normaliseren van de zorgvragen vindt een verschuiving plaats van zorg naar ondersteuning. Dit leidt tot een vermindering van het zorggebruik.



Huisarts
POH-ggz

- Doorverwijzen van inwoner naar het verkennend gesprek (kan ook via domeinoverstijgend casusoverleg)
- Regiebehandelaar tot inwoner gepaste behandeling en/of ondersteuning krijgt
- Indien nodig doorverwijzen van inwoner naar passende zorg in de ggz



ggz

- Mede-gespreksvoerder bij het verkennend gesprek
- Binnen 4 weken¹ de intake houden van doorverwezen inwoner (conform richtlijnen Zorginstituut)
- Beschikbaar voor consultatie voor huisarts en sociaal werk en welzijn



Gemeente en
sociaal werk en
welzijn

- Mede-gespreksvoerder bij het verkennend gesprek
- Goed zicht op de mogelijkheden binnen gemeente en sociaal werk en welzijn
- Binnen 6 weken bieden van sociaal werk en welzijnssteun (incl. laagdrempelige steunpunten)



Ervarings-
deskundige

- Ondersteunende rol voor en/of ná het verkennend gesprek en waar gewenst inzet als gespreksvoerder

1. Dit is volgens betrokkenen in de huidige situatie erg ambitieus, we streven ernaar dit op termijn te realiseren.

Verdieping verkennend gesprek | Uitgangspunten

Bijlage III [2/2]

Binnen Mentaal Gezond Twente hanteert het Mentaal Gezondheidsnetwerk vijf uitgangspunten voor de methode van het verkennend gesprek.**Schil van
gespreksvoerders**

Om het verkennend gesprek op grotere schaal uit te kunnen voeren, zal gebruik gemaakt worden van een 'pool' van gespreksvoerders. Deze pool is lokaal georganiseerd en bestaat uit professionals uit de ggz¹ (zoals verpleegkundigen, psychologen, POH-ggz vanuit hun rol als ggz-professional), professionals vanuit het sociaal domein (zoals professionals lokale toegang, maatschappelijk werkers en ambulant begeleiders) en ervaringsdeskundige professionals. Op basis van de vraag en beschikbaarheid van de deelnemende partijen worden de professionals ingezet voor het verkennend gesprek. Voorkeuren van inwoner en/of verwijzend huisarts of andere betrokkenen worden meegewogen. Over de precieze aanpak worden lokaal werkafspraken gemaakt.

**Positieve
gezondheid**

Tijdens het verkennend gesprek staat positieve gezondheid centraal. Hierbij ligt de nadruk op veerkracht, eigen regie en krachten van de inwoner en sociale steun. Het uitgangspunt hierbij is dat de inwoner verkent en ontdekt wat voor hem of haar belangrijk is en wat hij hierin zelf kan doen en/of nodig heeft. Er wordt aandacht besteed aan welzijn als geheel, waarbij de hulpvraag of uitdaging van de inwoner vanuit verschillende dimensies kan worden benaderd en ondersteund. Het is nadrukkelijk geen diagnostisch gesprek.

**Bouwen op
ervaringen**

De vragen voor het verkennend gesprek zijn gebaseerd op de herstelgerichte vragen (naar idee van Jim van Os), de netwerkintake (Psynet), positieve gezondheid (Machteld Huber), input vanuit andere regio's en organisaties die bezig zijn met verkennend gesprek ('proudly copied') en de ervaringen uit de pilots. De exacte werkwijze wordt nog uitgedacht en blijvend geëvalueerd. Het verkennend gesprek kan plaats vinden in een neutrale, laagdrempelige locatie of digitaal als de inwoner dit wenst.

**Inwoner staat
centraal**

In het gesprek staat de inwoner en zijn/haar netwerk centraal, de professionals zijn en luisteren zonder oordeel. Het is de inwoner die zijn of haar situatie verheldert, eventuele adviezen moeten aansluiten op zijn of haar beleving en behoeftes.

**Onderscheidend**

Het verkennend gesprek onderscheidt zich van Welzijn op Recept, hoewel ze beide veel gelijkenissen hebben en o.a. tot doel hebben de druk op ggz en huisartsenzorg te verminderen en op zoek te gaan naar de vraag achter de vraag. Ze zijn dus complementair aan elkaar. Het onderscheid is relevant voor zowel professionals als inwoners. Bij Welzijn op Recept gaat het om breed sociale vragen (zoals eenzaamheid, schulden e.d.) die alleen gevoerd worden door sociaal werkers en de inwoner. Verkennend gesprek is multidisciplinair en domeinoverstijgend, waarbij sprake is van een verdenking van psychische problematiek. Bij het verkennend gesprek komen een ggz-behandelaar en professional(s) uit het sociaal domein samen met de inwoner om de uitdagingen te bespreken, om te kijken of hulp noodzakelijk is vanuit het medisch domein.

1. Indien betreffende deelnemer geen BIG-registratie heeft moet het beroep voorkomen op de beroepenlijst GGZ ([bron](#))

De business case is opgesteld op basis van onderstaande uitgangspunten

Bijlage IV

1. De business case focust op de verwachte impact en kosten van de transformatie Mentaal Gezond Twente - via het Mentaal Gezondheidsnetwerk - in de komende 5 jaar. Voor de verwachte kosten t/m 2027 worden transformatiemiddelen aangevraagd.
2. De aangevraagde IZA-gelden worden ingezet voor nieuwe initiatieven alsook opschaling/ vervolg van lopende initiatieven. Waar mogelijk wordt (her)gebruik gemaakt van bestaande producten/ diensten. Er mag geen sprake zijn van dubbele financiering.
3. Professionals worden vergoed voor hun inspanning in de transformatie (verleturen). Ook de inzet van zorgprofessionals in de benodigde projectorganisatie/ werkgroepen wordt opgenomen.
4. Berekeningen zijn gebaseerd op het prijspeil van 2025 en zijn zoveel mogelijk afkomstig van interne en/of gestandaardiseerde bronnen. De benodigde investeringen worden berekend inclusief btw daar waar sprake is van Btw-plichtigheid.
5. Voor het doorrekenen van de impact gaan we uit van een potentieel- en investeringsberekening. Hierbij hanteren we de ceteris paribus voorwaarde: 'alle overige factoren blijven gelijk'. Er wordt een artificiële doorrekening gemaakt van een besparing welke, **in ieder geval grotendeels**, opnieuw geïnvesteerd wordt voor het wegwerken van bestaande zorgvraag/wachlijsten.
6. Er wordt een jaarlijkse indexatie toegepast. Deze is gebaseerd op de gemiddelde indexatiecijfers van de NZa over de afgelopen 10 jaar (en betreft ~3 % per jaar).
7. De uitkomsten worden getoond in besparing van euro's. De impact in arbeidstijd uitgedrukt in FTE's is geen onderdeel van de business case. De impact in arbeidstijd wordt uitgedrukt in de impact van het Mentaal Gezondheidsnetwerk op de wachtlijst.
8. Waar nog geen referentiewaarden beschikbaar zijn, wordt een zo realistisch mogelijke aanname gemaakt door experts in het veld.
9. De te verwachten tijdswinst/-besparing' is een uitkomst van deze business case. Het effect hiervan dient binnen de (zorg)organisaties plaats te vinden wat niet alleen een digitale, maar ook een proces en cultuur verandering vergt, die geborgd dient te worden vanuit de veranderaanpak die ook onderdeel uitmaakt van dit plan.
10. Op basis van input uit het veld is er per kostenpost voor personele inzet een inschatting gemaakt of deze overwegend intern of extern ingevuld kan worden.
11. Uitgangspunt is dat voor beperkte extra uren inzet voor bestaand personeel er geen (extra) overhead kosten worden gemaakt (bijv. deelname van werkgroepleden aan de werkgroep).
12. De kwantitatieve effecten zijn onderdeel van de business case. Daarnaast zijn er ook kwalitatieve effecten van Mentaal Gezond Twente op de regio Twente. Deze zijn geen onderdeel van de business case en worden separaat benoemd in het transformatieplan.