



Gezond
Groningen

Regioplan Mentale Gezondheid

Mentale gezondheid is een zaak van alle Groningers

Voorwoord

“Met de mentale gezondheid van veel inwoners gaat het niet goed,” staat geschreven in het Regiobeeld van Provincie Groningen van 2023¹. In het kader van het Integraal Zorg Akkoord (IZA) heeft de regio de opdracht om op basis van dit Regiobeeld een Regioplan te maken. In dit Regioplan IZA maakt de regio inzichtelijk wat de prioritaire opgaven zijn en waar de regio focus wil aanbrengen. Mentale gezondheid is een van de opgaven die regionale partners in het Regioplan uitwerken.

Het netwerk Gezond Groningen² greep de opdracht aan om specifiek voor mentale gezondheid een zelfstandig leesbaar regioplan te maken. De urgentie en de opgaven die er op het gebied van mentale gezondheid in Groningen zijn rechtvaardigen namelijk een gedeelde duidelijke koers en samenhang in activiteiten.

In 'Mentale gezondheid is een zaak van alle Groningers' beschrijven wij, alle partners die zijn verenigd in het netwerk Gezond Groningen, onze missie, visie, strategie en werkagenda voor mentale gezondheid. De scope is het IZA tot en met 2025 én de lange termijn. De ambitie en werkagenda die we beschrijven zijn ook onderdeel van het brede IZA Regioplan³, waarin alle prioritaire opgaven zijn opgenomen.

Wij realiseren ons dat de opgaven voor mentale gezondheid in Groningen groot zijn. De verwevenheid tussen die opgaven is complex en vraagt een sterke integrale samenwerking. We zijn ons er ook van bewust dat we voor sommige vraagstukken nog geen kant en klare oplossingen hebben.

Dit Regioplan is geen start- en ook geen eindpunt. We werken al nauw samen om de Groningse gezondheid te verbeteren en we zullen dat nog lang samen moeten doen, in een uitdagende transitie.

'Mentale gezondheid is een zaak van alle Groningers' is een bundeling van wat er al is, wat we willen laten groeien en wat we nog willen ontwikkelen om de mentale gezondheid in Groningen te verbeteren. We weten nu nog niet alles en kunnen ook nog niet alles plannen. Hoe en wanneer we wat doen hangt af van vele factoren, zoals landelijke ontwikkelingen en capaciteit van alle spelers in het veld. We willen weloverwogen handelen. Juist, realistisch en uitvoerbaar. En we willen voorkomen dat we van alles een beetje doen. Daarom volgt zo snel mogelijk na dit document een programmaplan waarin we de voorgestelde verandertelers, programma's en interventies aan elkaar verbinden, prioriteren en koppelen aan tijd, geld en uitvoeringskracht. Daarin nemen we ook op wat we op korte termijn al kunnen veranderen, de zogenaamde quick wins.

Met Mentale gezondheid is een zaak van alle Groningers spreken we de intentie uit om gelijkgericht te werken en er samen met alle inwoners van de provincie Groningen, ervaringswerkers, vrijwilligers, professionals, zorgvragers, zorggevers, organisaties, managers, bestuurders en financiers alles aan te doen om de mentale gezondheid van Groningers te verbeteren. Dit document vormt de basis om gezamenlijk de verandering (transitie en transformatie) vorm te geven.

¹ Regiobeeld Groningen: <https://www.dejuistezorgopdejuisteplek.nl/regio/regiobeelden-/#groningen-regio-noord>

² Zie voor meer informatie de website van Gezond Groningen: <https://gezondgroningen.nl>

³ Dit IZA Regioplan is te vinden op de website van Gezond Groningen, zie voetnoot 2.



Hoofdstuk 1: Missie, visie, strategie

Missie: de mentale gezondheid van Groningers verbeteren

Het is onze missie de mentale gezondheid van Groningers te verbeteren.

Voor de mentale gezondheid van alle Groningers ambiëren we een gezonde balans tussen eigen weerbaarheid en professionele hulp om deze weerbaarheid te ondersteunen.

Met alle Groningers bedoelen we iedereen: alle inwoners van de provincie Groningen, individuen, vrienden, burens, klasgenoten, families, burens, wijken, dorpen en steden, ervaringsdeskundigen, vrijwilligers, professionals, zorgvragers en zorggevers, organisaties, managers, bestuurders en financiers van en in Zorg en Welzijn, verenigd in het netwerk Gezond Groningen.

Visie: mentale gezondheid is een zaak van alle Groningers

Mentale gezondheid gaat over ons allemaal. Het gaat over de manier waarop we ons verhouden tot onszelf, over onze omgang met de uitdagingen in ons leven en over de complexe interactie tussen ons en onze omgeving. We worden beïnvloed door (tijdelijke) omstandigheden, gevoelens en gedachten. Biologische, medische, psychologische, zingevende, spirituele, materiële en sociale factoren vormen een complex en continu veranderend beeld van onze mentale gezondheid en beïnvloeden onze weerbaarheid. Het is een gegeven dat ieder mens gedurende het leven door allerlei oorzaken en tegenslag vast kan lopen.

“Weerbaarheid is een dynamisch proces waardoor mensen zich aanpassen aan stressvolle omstandigheden. Flexibel zijn. Het gaat hierbij om het vermogen om psychologische, sociale, culturele, of materiële hulpbronnen aan te spreken bij tegenslag of lastige situaties. En zo op die manier het eigen welzijn vast te stellen⁴.”

We zijn ervan overtuigd dat we de grote opgave die we op het gebied van mentale gezondheid in Groningen hebben niet oplossen door de match tussen de vraag en het bestaande aanbod te optimaliseren, maar door in gezamenlijkheid een ander antwoord te vinden op de vraag van de Groninger die vastloopt.

Wanneer iemand vastloopt, moet er een omgeving zijn waarin het zoeken naar betekenis en het vinden van mogelijkheden en oplossingen om de eigen weerbaarheid te vergroten worden ondersteund. We vinden het belangrijk dat de aanwezige krachten en talenten van de Groningers actiever en zichtbaar worden gesteund, met meer onderlinge

⁴ Prof. dr. Minne Fekkes tijdens zijn inaugurele rede Bijzondere Leerstoel Sociale Vaardigheden en Weerbaarheid “Weerbaarheid van jongeren versterken. Sleutel tot geluk?” Universiteit van Amsterdam, 17 mei 2023 <https://webcolleges.uva.nl/Mediasite/Play/3e357aed7f4a5cbcc9e23c8018d6a11d>

verbondenheid. Zodat die Groninger de juiste hulp kan vinden, met de juiste mensen, zo snel als nodig en op een voor de betrokkene juiste manier en plek.

Mentale aandoeningen kennen diverse oorzaken. Niet iedere vraag is een zorgvraag en professionele ondersteuning van een huisarts of een GGZ-specialist is niet altijd het beste antwoord.

Niet alle mentale problemen zijn te voorkomen, sommige mensen zijn genetisch kwetsbaar, hebben te maken met) co- of multimorbiditeit of hebben een verleden van negatieve jeugdervaringen. Voor wie om welke reden dan ook echt vastloopt moet GGZ toegankelijk en beschikbaar blijven.

We willen mentale gezondheid meer collectief benaderen, normaliseren en, waar dat kan, demedicaliseren. Belangrijke waarden zijn gelijkwaardigheid, openheid en verantwoordelijkheid. De uitdaging is samen te onderzoeken hoe (weer) een betekenisvol leven te (blijven) leiden vanuit eigen kracht en regie.

Strategie: Gronings ecosysteem voor mentale gezondheid

Onze strategie bestaat uit drie onderdelen:

1. Verbeteren algehele mentale gezondheid Groningers
2. Verbeteren weerbaarheid en omgaan met stress
3. Zoveel mogelijk integraal en domeinoverstijgend werken

Aan de mentale gezondheid van Groningers is veel te winnen

Het Regiobeeld laat zien dat de opgave op het gebied van mentale gezondheid in Groningen groot is⁵. Het aantal verwijzingen voor mensen met psychische klachten neemt toe⁶. Eenzaamheid onder jongeren en volwassenen stijgt en het aantal zelfdodingen is in Groningen gemiddeld hoger dan landelijk. Het zorggebruik in de GGZ in Groningen ligt flink hoger dan landelijk. Groningers zijn, statistisch gezien, als zorgcliënt vaker minder zelfredzaam dan andere Nederlanders⁷. Dit is een langjarig beeld, waar de druk van aardbevingen, corona, social media en maatschappelijke trends als individualisering en prestatiedruk bovenop kwamen.

Groningen kent in vergelijking tot de rest van het land een hoog aantal stressfactoren. De regio als geheel blijft vooral op het gebied van sociaal-economische status achter bij de rest van Nederland. Het gemiddelde inkomen van de inwoners in de regio is relatief laag, het aandeel huishoudens met een bijstandsuitkering is relatief hoog. Het aandeel kinderen dat opgroeit in armoede is in Groningen relatief hoog. Ook is er sprake van een gemiddeld hoger aantal meldingen van kindermishandeling. Ongunstige

ervaringen tijdens de kindertijd hebben een grote impact op de mentale gezondheid in het latere leven.

De aardbevingsproblematiek heeft impact op de mentale gezondheid van Groningers. Verschillende onderzoeken laten zien dat de stress rondom aardbevingen zich uit in een verhoogde kans op gezondheidsklachten en een verhoogd risico op psychische klachten⁸. Vooral mensen die vaker aardbevingsschade aan hun huis hebben gehad, ervaren een slechtere gezondheid. Ook onder jongeren leiden scheuren in woningen als gevolg van de aardbevingen tot aanhoudende gevoelens van onveiligheid, angst en andere mentale klachten⁹.

Er is een verschil in gezondheid tussen Stad en Ommeland. De algemene gezondheid van 'Stadjers' is beter, maar de mentale gezondheid lijkt juist slechter in de stad dan in het Ommeland. En dat terwijl de mentale gezondheid in het Ommeland ook al minder goed is dan die van de gemiddelde Nederlander. Door de stapeling van ongunstige factoren presenteren zich meer mensen die behandeling in de GGZ vragen dan gemiddeld in Nederland.

Ongezonde relatie vraag en aanbod, medicalisering

Subregio's met veel sociaal-economische problemen zijn voor zorgverleners minder aantrekkelijk om zich te vestigen nadat ze hun opleiding hebben voltooid. Daardoor concentreert het aanbod zich in en rond de stad Groningen. In Ommelanden is door de arbeidsmarktproblematiek minder zorg beschikbaar, waardoor het lijkt dat de zorgvraag naar mentale gezondheid lager is dan in de stad. Waar in de stad juist sprake is van medicalisering naar de GGZ¹⁰, lijkt er in Ommelanden sprake van het omgekeerde: somatisering van GGZ-problematiek. Immers, de data registreren alleen zorg die geleverd is. Dit is dan ook gebaseerd op mondelinge signalen van zorgverleners. Het hogere aanbod van GGZ in de stad faciliteert zorg (waarvan de oorzaak ook vaak van sociaal-economische aard is). Vanzelf dragen demografische kenmerken hieraan bij.

Die vraag is in de zorg niet op te vangen, maar is bovendien dan een niet passend aanbod, niet op het juiste moment, niet op de juiste plek. In de provincie Groningen werkt nu al 23% (ten opzichte van 1 op 6 landelijk) van de werknemers in Zorg en Welzijn. Ondertussen is er toch moeite om vacatures op te vullen, zijn er meer ouderen en minder jongeren die instromen, is er een hoog ziekteverzuim, zijn er zeer hoge wachtlijsten en steeds minder potentiële mantelzorgers en vrijwilligers.

Al jaren zitten zorgvragers in de grootste wachtkamer van Nederland. Bovendien heeft uitval op het werk door mentale ongezondheid de grootste impact op de beroepsbevolking van alle voorkomende verzuimfactoren.

De cliënten die de zorg het hardste nodig hebben, lopen grote kans verstoken te blijven van tijdige passende zorg, waardoor de problematiek ernstiger wordt en de kans op escalatie toeneemt. Wanneer er niets verandert, leiden lange wachttijden voor behandeling vaak tot intensivering van de problematiek. Dit is ook terug te zien in dak- en thuisloosheid en voorzieningen als beschermd wonen. Wat verder opvalt is dat het huidige voorzieningenaanbod voor mentale gezondheid meer gericht is op behandeling. Voorzieningen die ondersteunend zijn bij behoud en herstel van maatschappelijk functioneren en eigen identiteit zijn het meest nodig, maar minder beschikbaar.

Het systeem loopt vast, er is sprake van te veel vraag naar GGZ. Daarnaast heeft GGZ lang niet altijd het gewenste effect. Mensen worden afhankelijk, gehospitaliseerd, raken eigenaarschap, verantwoordelijkheid en eigen regie kwijt.

⁵ Regiobeeld Groningen: <https://www.dejuistezorgopdejuisteplek.nl/regio/regiobeelden-/#groningen-regio-noord>

⁶ Bron: Nivel

⁷ Bron: Motivaction, Zorg Mentality

⁸ Zie bijvoorbeeld: De psychosociale impact van de gaswinningsproblematiek op bewoners in 2021 en 2022: Eindrapport Gronings Perspectief fase 3, Michel Dücker ea, Rijksuniversiteit Groningen, 31 januari 2023, <https://www.groningsperspectief.nl/eindrapport-gp3>

⁹ Anekdotisch: "Groningse Lotte (22) heeft mentale klachten door aardbevingen", door Sasha Haasnoot voor Human, 2 april 2023, <https://www.npo3fm.nl/nieuws/human/a17e50c7-5009-4386-8c4b-ca6c053701ab/mentale-klachten-aardbevingen-groningen>

¹⁰ Zie rapporten van de RVS en de WRR en artikel van het ZIN van psychiater Damiaan Denys.

Verbeteren algehele mentale gezondheid Groningers

We moeten ervoor zorgen dat de gehele Groningse bevolking mentaal (en fysiek) gezonder en vaardiger wordt, dat formele en informele hulpbronnen om gezond en weerbaar te zijn (en te blijven) in de hele provincie voldoende beschikbaar zijn. Het laten slagen van de transformatie naar meer mentaal gezonde Groningers kan niet zonder aandacht voor algehele gezondheid en welbevinden. Een goede sociale basis en gezonde leefomgeving zijn randvoorwaarden. We zetten voor verbetering van de mentale gezondheid daarom volop in op leefstijl en preventie, niet alleen gericht op het individu, maar juist ook gericht op de fysieke en sociale omgeving, de maatschappelijke context en de context van naasten. Dit doen we in samenwerking met andere netwerken in Groningen, bijvoorbeeld in het kader van het Gezond en Actief Leven Akkoord (GALA).

Ook binnen het IZA is het versterken van de sociale basis een cruciaal criterium. Het IZA legt het fundament voor ontwikkelingen op het gebied van mentale gezondheid door samenwerking tussen zorg, gemeenschappen en overheden te bevorderen. Het richt zich op het verminderen van sociaal-economische ongelijkheden, het stimuleren van preventie en het ondersteunen van gezins- en/of gemeenschapsgerichte zorg. De sociale basis wordt hierdoor een essentiële randvoorwaarde voor mentale welzijn ontwikkeling en vraagt om een investering in wijken en de mensen en actieve netwerken daar. Collectieve inspanningen zijn de sleutel tot een gezonde en ondersteunende samenleving.

Bij collectieve inspanning bedoelen we ook dat het steeds gebruikelijker is om niet langer beleid te schrijven vóór mensen, maar mét de mensen waarvoor het beleid is bedoeld. Hierin zien we ervaringsdeskundigheid nadrukkelijk als competentie om de ervaringskennis van inwoners aan te boren en te ontginnen.

Belang ervaringsdeskundigen

Ervaringsdeskundigheid is het vermogen om op grond van eigen en collectieve ervaringskennis voor anderen ruimte te maken hun ervaringskennis te ontdekken en ontwikkelen¹¹. Ervaringskennis ontstaat door te reflecteren op de eigen ervaringen met aardbeving stress, ontwrichting, crisis, armoede, huiselijk geweld, verslaving en psychische en somatische aandoeningen én het herstel daarvan, en te leren van ervaringen van anderen en uit andere kennisbronnen. Na het aanleren van vaardigheden voor de professionele inzet van ervaringskennis is sprake van ervaringsdeskundigheid.

In Groningen zien we ervaringsdeskundigheid nadrukkelijk als middel om de ervaringskennis van inwoners aan te boren en te ontginnen. Het is bijvoorbeeld steeds gebruikelijker om niet langer beleid te schrijven vóór mensen, maar mét de mensen waarvoor het beleid is bedoeld, ook wel co-creatie genoemd. Ervaringsdeskundigen kunnen daarbij een brugfunctie vervullen.

In Groningen werd de waarde van ervaringskennis als kennisbron al vroeg gezien. Het lectoraat Rehabilitatie van de Hanzehogeschool ontwikkelde 17 jaar geleden, samen met Zorgbelang Groningen, de Groninger Opleiding Ervaringsdeskundigheid (GOED).

¹¹ Beroepscompetentieprofiel ervaringsdeskundigheid, <https://vved.org/wp-content/uploads/2023/05/2022-BCP-DEF.pdf>

Op basis van de GOED startte de Hanzehogeschool in 2011 de eerste opleiding tot ervaringsdeskundige op HBO-niveau: de tweejarige Associate Degree ervaringsdeskundigheid in zorg en welzijn. Het Noorderpoort college heeft de MBO-opleiding begeleider maatschappelijke zorg-ervaringsdeskundige en er zijn laagdrempelige cursussen en trainingen.

Lentis, Tintengroep, Verslavingszorg Noord Nederland en een aantal gemeenten en andere organisaties hebben ervaringsdeskundigen in dienst. Naast 'reguliere' ervaringsdeskundigen zijn er steeds meer familie-ervaringsdeskundigen en zorgprofessionals met ervaringsdeskundigheid. Ook zien we dat diverse GGZ-instellingen ervaringskennis van cliënten, familie en naasten erkennen en inzetten voor co-creatie bij familie- en naastenbeleid en betrokkenheid bij de behandeling.

In Groningen bestaan verder initiatieven als Sterk uit Armoede, expertisecentrum van ervaringsdeskundigen op het gebied van generatiearmoede en sociale uitsluiting, Sedna Herstelacademie, praktijkhuizen van Ixta Noa, de buddy's van Kansrijk Groningen en InBegrepen, een coöperatie van (familie-) ervaringsdeskundigen, inwoners, naasten en (ex-)

¹² De landelijke Vereniging van Ervaringsdeskundigen heeft in opdracht van het Ministerie van VWS een Kwaliteitssysteem voor Ervaringsdeskundigen (KvE) ontwikkeld, bedoeld om het vak verder te professionaliseren. Zie: <https://vved.org/kve/> Het KvE heeft onder meer een beroepscode, Beroepsregister, kwaliteitscriteria en leerplannen niveau 2 t/m 7 opgeleverd. In september is bij Hogeschool Windesheim zelfs een Master Ervaringsdeskundigheid gestart.

cliënten. De vraag naar ervaringsdeskundige inzet neemt toe en tegelijkertijd lijkt de ontwikkeling te stagneren. Redenen daarvoor zijn het ontbreken van structurele en duurzame financieringsmogelijkheden, het willen inpassen van ervaringsdeskundigheid in bestaande structuren, een behoefte aan effect- en impactmetingen, maar ook onduidelijkheid, onwetendheid, slechte ervaringen en koudwatervrees¹².

Missie, visie en ambitie van dit Regioplan geven meer dan voldoende aanleiding, urgentie en kansen om de stagnatie te doorbreken en de ontwikkeling van ervaringsdeskundige inzet te versnellen. Om de plannen uit te voeren zijn immers mensen nodig. Het inzetten van (meer) ervaringsdeskundigen en gebruik maken van ervaringskennis van inwoners, cliënten, familie en naasten draagt bij aan oplossingen voor personeelskrapte, vergrijzing en capaciteitsproblematiek.

We realiseren ons dat we deze kritische factoren voor het mentale welzijn van Groningers vanuit het gezondheidsnetwerk alleen niet kunnen oplossen. Het oplossen van schulden, het verbeteren van woningen, de leefomgeving of het betaalbaar houden van energie liggen deels buiten onze scope, maar zijn wel een voorwaarde voor mentaal gezonde Groningers. Wel zijn we in Groningen via onze netwerken nauw verbonden met het sociale en fysieke domein. We hebben een collectieve verantwoordelijkheid en moeten domeinoverstijgend, expliciet en gelijkgericht leren samenwerken¹³ voor de Groningers. Dat vraagt oefening, waarvoor we passende methodes gebruiken.

Typisch Gronings wordt dat we onze focus helemaal aan de voorkant leggen, dichtbij mensen en wanneer mogelijk nog voor de stap naar de huisarts. Het beginpunt is de weerbaarheid van de Groninger. We willen daar zo vroeg als nodig bij zijn. Nabij, binnen de context, de leefomgeving en het sociale netwerk van de Groninger. Regionaal hanteren we Positieve Gezondheid als generiek middel.

"Positieve Gezondheid focust niet op ziekte, maar op wat voor ons als mensen belangrijk is: een betekenisvol leven leiden, mee kunnen doen, ons energiek voelen. Het gaat naast lichamelijke gezondheid over wat ons veerkracht geeft. En dat is per persoon verschillend. De zes dimensies van Positieve Gezondheid zijn:

1. Lichaamsfuncties — Ik voel me gezond en fit;
2. Mentaal welbevinden — Ik voel me vrolijk;
3. Zingeving — Ik heb vertrouwen in mijn eigen toekomst;
4. Kwaliteit van leven — Ik geniet van mijn leven;

¹³ [Home - Common eye](#)

¹⁴ Zie <https://mijnpositievegezondheid.nl/> waar het onderzoek en instrument van arts, onderzoeker en grondlegger van Positieve Gezondheid, Machteld Huber, staat beschreven.

¹⁵ Hiermee sluiten we aan op het gedachtegoed van GEM (Ecosysteem Mentale Gezondheid), maar met innovatieve Groningse eigenschappen. Waar passend maken we gebruik van de in het kader van GEM ontwikkelde methoden om die in de Groninger context te implementeren, bijvoorbeeld door samen te werken in veranderateliers en kenniswerkplaatsen, netwerkgericht vanuit de lokale situatie en gemeenschappen.

¹⁶ [Netwerk intake: een herstelondersteunende probleemanalyse - UMC Utrecht](#)

5. Meedoen — Ik heb goed contact met andere mensen;

6. Dagelijks leven — Ik kan goed voor mezelf zorgen¹⁴."

Dat middel wordt bij een hulpvraag gebruikt als start voor activering van zelfregie/ autonomie en voor een generieke inventarisatie van alle leefgebieden. Dus ook bij een zorgvraag in scholen, in wijkcentra, bij de huisarts en aan de keukentafel. Juist omdat zoveel dynamische factoren de mentale gezondheid bepalen.

Verbeteren weerbaarheid en een gevarieerd aanbod

We ambiëren een samenleving waarin mentale weerbaarheid een belangrijke waarde is. Daarin is ruimte voor diversiteit en het samen onderzoeken van weerbaarheid, zodat iedereen kan meedoen, ondanks eventuele kwetsbaarheden. Het huidige zorg- en ondersteuningssysteem passen we aan om hieraan bij te dragen. We noemen dit het 'Groningse ecosysteem voor mentale gezondheid'¹⁵.

Het gevarieerde aanbod in het ecosysteem komt voort uit een samenspel tussen enerzijds brede maatschappelijke voorzieningen die ondersteunend zijn voor de weerbaarheid, anderzijds de geestelijke gezondheidszorg, ervaringsdeskundigen, Welzijn, Sociaal werk en het publieke domein. We formuleren gezamenlijk vanuit het netwerk een interventie op de specifieke vraag, door inzet van lokale netwerken, dichtbij¹⁶. Samen creëren we laagdrempelige inloopvoorzieningen.

Mensen zijn sociale wezens. Daarom is het essentieel om ervaringen te kunnen delen en te kunnen verbinden met andere mensen. Initiatieven op buurt-

en wijkniveau hebben zin. Behandelen of trainen in groepen is bij veel mentale problematiek effectief. Daarom willen we in preventie, voorzorg, zorg, nazorg en herstel waar dat passend en bewezen effectief is, gemeenschapszin en groepsbenadering verder ontwikkelen. Denk daarbij aan zelfhulpgroepen, ontmoetingsplekken, herstelacademies, groepstrainingen en -behandelingen. Inzet van medewerkers die zijn geschoold in groepsdynamica en andere agogische competenties voegen we toe om de weerbaarheid en het interactief leren van Groningers te vergroten.

We zetten ook in op digitalisering en e-health. Daarbij maken we zoveel mogelijk gebruik van reeds bewezen effectieve methoden. De ambitie voor het IZA is dat inwoners van Nederland in 2025 digitaal toegang hebben tot en beschikking hebben over hun eigen zorggegevens. Daarnaast is het uitgangspunt: zelf, thuis en digitaal als het kan¹⁷. Wij willen de weerbaarheid en gezondheidsvaardigheden van Groningers ondersteunen met gestructureerde digitale behandelprogramma's, in bijvoorbeeld digitale communities of applicaties op maat. We willen e-health vrijer toegankelijk maken en aanbieden als zelfhulp. De voordelen van digitalisering gebruiken we verder nadrukkelijk voor het ontlasten van zorgmedewerkers¹⁸.

Integraal en domeinoverstijgend werken, ook in veranderateliers

Gelukkig beginnen we in Groningen niet bij nul:

¹⁷ In het kader van passende zorg is het aanbod steeds vaker hybride. Nederland is al jaren koploper op het gebied van digitalisering van behandeling, e-health apps. In de GGZ, waar de kwaliteit van de relatie tussen hulpgever en hulpvrager evident is voor de outcome, wordt vooral hybride gewerkt.

¹⁸ Zie hoofdstuk Arbeidsmarkt.

¹⁹ Aandachtspunt voor de verdere uitwerking van het regioplan is het betrekken van eerstelijnspsychologen.

²⁰ Een groot voordeel is dat de provincie Groningen geografisch samenvalt met de Zorgkantorregio en dat het aantal spelers binnen het sociale domein, welzijn en zorg overzichtelijk is. Tegelijk moeten we niet uit het oog verliezen dat instellingen in deze regio ook bovenregionale zorg leveren, niet alleen in Drenthe en Friesland maar ook daarbuiten. In dit plan focussen we ons op Groningen omdat de problematiek in de provincie Groningen omvangrijk en urgent genoeg is voor een afzonderlijk plan.

²¹ Zoals in Stadskanaal en Oldambt met Voorzorg, in Veendam met de Jeugd-GGZ, FACT Jeugd, in Noord-Groningen met een mobiel Geriatriesch team, met het Expertise Centrum in Eemsdelta en in de Gemeente Groningen met de uitrol van het project Samen voor Herstel.

²² De term transitie wordt vaak gebruikt bij het beschrijven van decentralisatie van taken van het Rijk in het sociaal domein. Transitie in het regioplan zien we als een proces waarbij je weet waar je naartoe wilt. Met transformatie wordt in dit plan een veranderingsproces bedoeld van een organisatie, sector of regio, gekenmerkt door innovatie van cultuur en werkprocessen. Dat kan er ook toe leiden dat er een verschuiving van financiering nodig is van GGZ-behandeling naar preventieve interventies. Transformatie naar domeinoverstijgende dan wel substituerende financiering is een gevolg van de impact die we met dit plan willen realiseren. Voorkomen is niet alleen beter dan genezen, het is ook goedkoper.

om een vraagstuk op te lossen of een innovatie te ontwikkelen²³.

Het veranderatelier is geen eenmalige activiteit, maar een onderdeel van een leerproces, waarin de resultaten getest en verbeterd worden in de praktijk. Het veranderatelier is dus een manier om te leren door te doen, met respect voor de waarden en behoeften van alle betrokkenen²⁴.

Overkoepelende ambities en hoofdindicatoren

Ambities

Onze ambities weerspiegelen ons gezamenlijke lef en de ervaren urgentie. De impact die we willen hebben is:

- Een betere mentale gezondheid van alle Groningers.

Dat uit zich in de volgende ambities voor de hele populatie:

- Meer geluk en gezondheid voor Groningers met psychische kwetsbaarheid;
- Meer werkplezier in het Groningse ecosysteem voor mentale gezondheid;
- Meer juist aanbod op de juiste plek en op het juiste moment;
- Minder instroom in specialistische GGZ;
- Meer heel vroege inzet op weerbaarheid en positieve gezondheid.

In de hoofdstukken die volgen formuleren we aanvullende ambities die specifiek voor de thematiek in het betreffende hoofdstuk gelden.

Waar mogelijk formuleren we doelstellingen, waarbij steeds geldt dat we in de uitwerking van onze strategie en beleid naar specifieke concrete transitieplannen ook onze doelstellingen scherp, realistisch en meetbaar maken²⁵. De maat en getallen die we benoemen vragen nog een onderbouwing op haalbaarheid en zijn daarmee onder voorbehoud.

Hoofdindicatoren

Voor de monitoring van deze impact en ambities kiezen we een populatiegerichte benadering²⁶. Want hoewel individuele uitkomsten van symptoomreductie, zoals symptoomernst, verbeteringspercentages en remissie, waardevolle inzichten geven in de effectiviteit van interventies, zeggen ze nog onvoldoende over de algehele kwaliteit van het Groningse ecosysteem voor mentale gezondheid. We willen werken aan een benadering die patronen van het gebruik van ons aanbod in kleine gebieden analyseert.

Deze monitoring organiseren we in samenhang en is een bouwsteen in het Groningse ecosysteem. Naast een klein aantal uitkomstindicatoren op populatieniveau willen we daarbij ook procesinformatie, zoals aantal gesprekken Positieve Gezondheid of aantal verwijzingen, en verhalen vanuit het inwonersperspectief en ervaringsdeskundigheid gebruiken. We zien monitoring als een hulpmiddel om de beweging aan te jagen. We gebruiken het niet alleen als dataverzameling, maar vooral ook om van elkaar te leren en samen te ontwikkelen.

Dat betekent ook dat we nog niet alle hoofdindicatoren op een rij hebben. De monitoring van onze ambities werken we nog uit, in samenspraak met actielijn 3 van netwerk Gezond Groningen. We zien wel al een aantal hoofdindicatoren die we kunnen gebruiken, hoewel die (deels) meer cliënt- dan populatiegericht zijn:

- Quality of Life Index
- Mental Health Quality of Life
- Ervaren gezondheid
- Ervaren leefbaarheid
- Maatschappelijke participatie
- Gebruik psychofarmaca²⁷
- Functionele Remissie Tool (EPA doelgroep)
- Psychopathologie (Lifelines)
- Treeknormen (wachttijden)

Inhoud beleid en werkagenda

Het bij onze visie, strategie en ambities aansluitende beleid en onze werkagenda en bijbehorende doelstellingen beschrijven we in zes hoofdstukken:

1. Preventie
2. Juiste aanbod op het juiste moment
3. Verbeteren doorstroom
4. Cruciale voorzieningen en acute zorg
5. Inzet ervaringsdeskundigheid
6. Gezonde arbeidsmarkt

Daarna volgt een hoofdstuk Governance, waarin we beschrijven hoe we dit Regioplan en de werkagenda besturen en organiseren.



²³ De term veranderatelier is gebaseerd op de GEM methodiek.

²⁴ Zie hoofdstuk Governance voor een toelichting op hoe we de uitvoering van dit regioplan willen realiseren.

²⁵ Zie ook hoofdstuk Governance, alinea onderbouwing, monitoring en evaluatie.

²⁶ De populatiegerichte benadering omvat een breed scala aan indicatoren gerelateerd aan het gebruik van GGZ op populatieniveau, alsmede de sociale voorspellers en klinische uitkomsten daarvan, en is afgestemd op de SDG doelen voor duurzame ontwikkeling.

²⁷ Het gebruik van psychofarmaca in Nederland in 2022 is toegenomen met ruim 50.000 gebruikers ten opzichte van 2021, wat neerkomt op een stijging van 2,2%. De groei komt voornamelijk door de toename van het aantal gebruikers van middelen bij ADHD en antidepressiva. In 2022 gebruikten bijna 2,5 miljoen mensen in Nederland psychofarmaca, waarvan 750.000 personen middelen uit meerdere groepen gebruikten. Benzodiazepines en antidepressiva zijn de meest gebruikte psychofarmaca in Nederland, met respectievelijk ruim 1,3 miljoen en bijna 1,2 miljoen gebruikers in 2022 (Bron: <https://www.sfk.nl/publicaties/PW/2023/toename-van-ruim-50-000-gebruikers-psychofarmaca>). Lifelines heeft een uitgebreide databank met gegevens over de gezondheid van de deelnemers aan haar langjarige en grootschalige onderzoek, waaronder informatie over het gebruik van psychofarmaca: <https://www.lifelines.nl/researcher/data-and-biobank/all-about-data>. De trends in het gebruik van medicatie bij een psychische aandoening worden tevens gerapporteerd in het longitudinale onderzoek Nemesis: Tabellenbijlage [trimbos.nl](https://www.trimbos.nl).



Hoofdstuk 2: Preventie

Het individu én de omgeving

Zoals beschreven in voorgaand hoofdstuk kan verbetering van de mentale gezondheid van de Groningers bereikt worden als we sterk inzetten op preventie van psychische problemen. Niet alleen gericht op het individu en zijn micro-omgeving²⁸, maar juist ook gericht op de fysieke en sociaal-maatschappelijke omgeving, de maatschappelijke context. We richten ons op het verminderen van sociaal-economische ongelijkheden, het stimuleren van preventie en het ondersteunen van gezins- en/of gemeenschapsgerichte zorg. Dit vraagt om een investering in wijken en de mensen en actieve netwerken daar, met als doel de weerbaarheid van Groningers te vergroten.

²⁸ Micro-omgeving, ook wel genoemd micro-ecosysteem, is belangrijk voor mentale gezondheid. De cliënt bepaalt wie er onderdeel is van zijn micro-systeem en welke rol ze spelen. Zij kunnen onderdeel zijn van het persoonlijke netwerk. De samenstelling kan wisselen in de loop van de tijd. Het netwerk bestaat uit professionals en non-professionals (familie, burens, vrienden, sportleraar, etc. (zie publicaties Ulf Malm ea., Zweden) Ervaringsdeskundigen kunnen helpen bij het motiveren van cliënten om een netwerk op te bouwen en coachen om (meer) regie in het netwerk te nemen.

Definitie Preventie

Preventie is een breed begrip. In dit hoofdstuk sluiten wij aan bij de volgende definitie van preventie van het RIVM en het Ministerie van VWS:

“Het doel van preventie is te zorgen dat mensen gezond blijven door hun gezondheid te bevorderen en te beschermen. Ook heeft preventie tot doel ziekten en complicaties van ziekten te voorkomen of in een zo vroeg mogelijk stadium op te sporen. Er zijn grofweg vier indelingen van preventie in gebruik, namelijk naar:

1. doelgroep
2. fase van de ziekte
3. type maatregel
4. methode van uitvoering.

Preventieve maatregelen worden op verschillende locaties (settings) uitgevoerd, vooral in de zorg, op school, in de wijk en op de werkplek. Bij een integrale benadering richten preventiemaatregelen zich zowel op het gedrag van de personen als op de fysieke en sociale omgeving. Preventie kunnen we op basis daarvan indelen in: universele preventie, gericht op de gezonde bevolking; selectieve preventie, gericht op het deel van de bevolking met risicofactoren; geïndiceerde preventie, gericht op mensen met beginnende problemen, en zorggerelateerde preventie, die gericht is op voorkomen van terugval, voorkomen van erger of van complicaties.²⁹”

Onder universele preventie verstaan wij ook gezondheidsbevordering, dat wil zeggen dat we er met elkaar voor zorgen dat het beleid en de sociale en fysieke omgeving uitnodigen tot gezond gedrag en bijdragen aan gevoel van welbevinden³⁰.

²⁹ <https://www.vzinfo.nl/preventie/wat-is-preventie>

³⁰ Hierbij verwijzen we ook naar Actielijn 2 binnen het netwerk Gezond Groningen.

³¹ Toegang tot hulpbronnen en aandacht voor veerkracht.

Waar het gaat om preventie gericht op verschillende groepen in de bevolking, nemen wij bij individuele gesprekken het instrument Positieve Gezondheid als uitgangspunt in onze aanpak. Het spinnenweb van Mijn Positieve Gezondheid wordt structureel als gespreksinstrument gebruikt om het brede gesprek te voeren en daarmee de vraag achter de vraag op te halen. Vanuit deze brede blik is aandacht voor de volgende domeinen van het menselijk functioneren: lichaamsfuncties, mentaal welbevinden, zingeving, kwaliteit van leven, meedoen en dagelijks functioneren.

We gaan ervan uit dat de mate waarin iemand weerbaar kan zijn, wordt bepaald door een gezonde balans tussen draaglast en draagkracht. Om de mentale gezondheid van Groningers te verbeteren willen we de draaglast verminderen en de draagkracht van Groningers versterken. Enerzijds door stressvolle omstandigheden te beperken en anderzijds door de beschikbaarheid van (psychologische, sociale, culturele, of materiële) hulpbronnen te vergroten. Dit vraagt om een collectieve inspanning om de leefwereld en het toekomstperspectief van Groningers te verbeteren.

Omdat Groningen te maken heeft met een aantal omstandigheden die ervoor zorgen dat de stressvolle omstandigheden hoger zijn dan elders in het land hebben wij extra aandacht voor de omgeving en de samenwerking in onze regio, gericht op het terugdringen van de verhoogde draaglast van Groningers. Door de sociale basis³¹ te versterken wordt de draagkracht van individuele inwoners versterkt.

Ambities preventie

In de preventie van psychische aandoeningen richten we ons in dit regioplan met name op universele, selectieve en geïndiceerde preventie. We hebben vijf ambities: Bij verdere uitwerking van het programmaplan en de uitvoeringsplannen scherpen we die verder aan en vullen we aan met bruikbare doelstellingen en indicatoren.

1. Versterken van (opgroeïende) Groningers, versterken sociale vaardigheden, empathisch vermogen en groepsdynamiek (antipestprogramma's) op school en bij de studie, de sportclub, culturele activiteiten, en thuis (opvoedvaardigheden ouders). Bij mensen uit sociaal-economisch kwetsbare groepen en bij kinderen met ouders met mentale problematiek versterken we de gezondheidsvaardigheden en zelfredzaamheid zodat ze eerder passende steun zoeken. Hierbij streven we naar het beschikbaar stellen van een basisaanbod in alle gemeenten.
2. Collectiveren³², door het versterken van de sociaal maatschappelijke context, met laagdrempelige preventieve voorzieningen en community building (grotendeels universele preventie, deels selectief en geïndiceerd), gericht op het vergroten van de beschikbaarheid van de belangrijkste hulpbronnen:
 - a. onvoorwaardelijke liefde van ouder/ verzorger, een beste vriend(in) hebben
 - b. een mentor/vertrouwenspersoon hebben buiten het gezin
 - c. onderdeel zijn van een (sociale) groep, vrijwilligerswerk of op een andere manier bijdragen aan de gemeenschap
 - d. een hobby hebben, fysiek actief zijn en/of een sport beoefenen,
 - e. wonen in een schoon, warm en veilig thuis met voldoende eten
 - f. het volgen van goed onderwijs, structuur en routine hebben

3. Normaliseren: makkelijk praten over moeilijke dingen, inwoners van Groningen zoeken elkaar vaker op in plaats van steun te vinden bij een zorgprofessional, laagdrempelige informatie over mentale gezondheid op basis- en middelbare scholen.
4. Demedicaliseren, dat wil zeggen versterking samenwerking/ontschotting tussen sociaal domein, onderwijs en/of gezondheidszorgdomein, waardoor at risk groepen eerder en beter bediend worden en waar mogelijk buiten de GGZ. Denk hierbij aan:
 - a. netwerkaanpak onderwijs - GGD- gemeente - GGZ/verslavingszorg voor universele preventie (informatie over belang gezonde leefstijl), vroegsignalering, traumasensitief werken, en laagdrempelige ondersteuning
 - b. intensieve(re) samenwerking en uitwisseling expertise GGZ en sociaal domein voor gezinsgerichte ondersteuning (o.a. voor KOPP/KOV doelgroep)
5. Aan elkaar verbinden van een tot nu versnipperd aanbod van preventieve interventies en initiatieven opdat alle initiatieven gezamenlijk tot een groter effect leiden (overall verbetering effect van preventieve maatregelen)
 - a. het op elkaar afstemmen van preventie van stressvolle levenservaringen zoals huiselijk geweld, kindermishandeling, verslaving, psychische problematiek, structurele armoede, vechtscheiding, afwezigheid van een ouder (door bijv. overlijden of gevangenschap)
 - b. het in beeld hebben van alle kinderen met ouders met mentale problematiek

Werkagenda preventie

Samenvatting programma's

Platform Mentaal Gezond Groningen

- Met dit platform verbeteren we de mentale gezondheid van de inwoners van de Provincie Groningen. We doen dat door tien activiteiten/ interventies mogelijk te maken voor kwetsbare groepen in de Provincie Groningen. De groepen waar we ons op richten zijn: mensen met een psychische kwetsbaarheid die kinderen willen of zwanger zijn; kinderen van ouders met psychische problemen; middelbare scholieren, MBO-, HBO en WO-studenten die kampen met somberheid en suïcidaliteit, en jongvolwassenen die starten op de arbeidsmarkt. De activiteiten die we organiseren gaan om vroegsignalering van jongeren die hulp nodig hebben, beter en makkelijker met elkaar over problemen praten, leren hoe je met tegenslag om kunt gaan en zorgen voor goede betrouwbare informatie over mentale gezondheid. Om alle activiteiten heen organiseren we een netwerk zodat mensen van elkaar kunnen leren. Ook meten we of de activiteiten en interventies die we uitvoeren het gewenste effect hebben. We hopen dat de mentale gezondheid van Groningers daardoor verbetert en dat minder mensen een psychische aandoening krijgen en GGZ-zorg nodig hebben.

Kenniswerkplaats Onbegrepen Gedrag

- We bouwen een kenniswerkplaats waarin we ervaringskennis, professionele praktijkkennis en wetenschappelijke kennis uit het zorg- en sociale domein samenbrengen. De werkplaats koppelt vraagstukken van inwoners, gemeenten en praktijkorganisaties aan bestaande kennis en bekijkt voor welke vraagstukken nog te weinig kennis beschikbaar is. De werkplaats werkt in themalijnen en projecten en ontwikkelt daarmee nieuwe kennis. De werkplaats zorgt ervoor dat

- de bestaande en ontwikkelde kennis plus de ontwikkelde praktijkproducten terechtkomen bij inwoners, professionals en bestuurders.
- Ons doel is om 'de juiste kennis op de juiste plek' te brengen en zo de opgave waar we voor staan (minder risico op uitsluiting, onrust en overlast, meer begrip) op een gedegen manier aan te pakken. Dat betekent dat inwoners, professionals en bestuurders worden ondersteund met (domeinoverstijgende) kennisproducten, zodat ze vaker kunnen doen 'wat werkt'.
 - De kenniswerkplaats stelt zich ten dienste van alle Groningers en de hele provincie. Specifiek richt de werkplaats zich op situaties waarin relaties in een wijk verstoord raken door onbegrepen gedrag dat als zorgwekkend wordt gezien en er negatieve gevolgen (dreigen te) ontstaan zoals uitsluiting, onrust en/of overlast, mede doordat de omgeving niet met het gedrag om weet te gaan. De kenniswerkplaats wil door het delen en ontwikkelen van kennis eraan bijdragen dat: in deze situaties inwoners en professionals elkaar beter ontmoeten, begrijpen en waarderen. De focus in de aanpak van deze situaties verschuift van individu en zorg verlenen naar investeren in relaties, een gezonde manier van samenleven en meer steun voor naasten. Zodat mensen met onbegrepen gedrag en hun netwerk samen met professionals beter in staat worden gesteld te werken aan preventie en herstel.

³² Het 'optillen' van individuele vragen naar een gemeenschapsbenadering/ public health-aanpak voor mensen met eenzelfde ondersteuningsbehoefte.

Koppelkansen

Er zijn raakvlakken met andere programma's die zich richten op het voorkomen en oplossen van ingrijpende (jeugd)ervaringen:

- Alliantie van Kracht (armoede)
- Toekomstscenario Groningen (Huiselijk Geweld/ Kindermishandeling)
- Regiovisie Jeugdhulp

Daarnaast zijn er raakvlakken met de aanpakken uit Actielijn 2 van Gezond Groningen, zoals:

- Kansrijke Start
- Tijd voor Toekomst
- Veilige en Gezonde Leefomgeving
- Vitaal Groningen

Samenvatting interventies

Mentale Gezondheid in Kansrijke START (of verstevigen Kansrijke Start)

- Provinciale opschaling van DOEN!, een project dat aanhangt tegen Kansrijke Start en gericht is op mensen met een psychische kwetsbaarheid of een Licht Verstandelijke Beperking die vragen hebben rondom seksualiteit, anticonceptie, kinderwens, zwangerschap of ouderschap. Het doel van DOEN! is betere samenwerking tussen de geboortezorg, GGZ en sociaal domein. Met reeds ontwikkelde tools in DOEN! in de gemeente Groningen profiteren de overige gemeenten in de provincie van expertise op het gebied van beter signaleren en bespreekbaar maken van psychische kwetsbaarheid rondom zwangerschap en kinderwens. Een reeds ontwikkelde training over het verbindende gesprek wordt aangeboden aan professionals die met deze doelgroepen werken (in geboortezorg, sociaal domein of GGZ) zodat zij hun handelingsverlegenheid verliezen en het ze veel beter lukt aan te sluiten bij de cliënt en diens vragen en kwetsbaarheden.

KOPP/KOV

- KOPPeling: een interventie waarbij kinderen van ouders met psychische problemen (KOPP) worden gestimuleerd meer deel uit te maken van het sociaal-maatschappelijk leven. Deze kinderen zorgen vaak thuis (teveel) voor hun ouders en het huishouden, waardoor hun eigen sociaal-emotionele ontwikkeling verstoord raakt³³. KOPPeling loopt momenteel bij UCP en Accare in de gemeente Groningen, moet worden opgeschaald naar andere gemeenten buiten Groningen, en naar andere GGZ-instellingen (zoals Lentis) met als doel een betere samenwerking tussen de kinder- en jeugdpsychiatrie, de volwassenenpsychiatrie en het sociaal domein (sociale wijkteams) in Groninger gemeenten. Op deze manier kunnen KOPP-gezinnen ondersteund worden bij ouderschap en gezinsfunctioneren en de ontwikkeling van mentale problemen bij de volgende generatie voorkomen. Er volgt een verkenning over de mogelijkheden om KOPP-kinderen proactief te benaderen, ondersteunen en regie te geven.
- VNN heeft zowel een Individueel- als groepsaanbod voor kinderen van ouders met een verslaving (KOV). Medewerkers van het KOV-team spreken met ouder(s) en kind. Vaak in de thuissituatie zodat de interactie tussen ouder(s) en kind kan worden geobserveerd. Op die manier kan het KOV-team beter inschatten hoe ze het kind kan helpen. Soms is dit door onderwerpen bespreekbaar te maken, met behulp van interactieve boekjes en websites van het Trimbos-instituut. Of door psycho-educatie te geven en/of het kind te 'ontschuldigen'. Er is ook een groepsaanbod. Ook op dit punt volgt een verkenning van de mogelijkheden om KOV-kinderen proactief te benaderen, ondersteunen en regie te geven.

Voorkomen van Huiselijk Geweld en Kindermishandeling

Het meemaken van huiselijk geweld, seksueel geweld of kindermishandeling heeft grote gevolgen voor de mentale gezondheid op korte en lange termijn. Veilig Thuis en gemeenten en welzijn zetten daarom in op:

- Voorkomen van huiselijk geweld.
- Eerder signaleren, handelen en melden.
- Stoppen van geweld door een effectieve aanpak.
- Nazorg als preventie.

Mentale Gezondheid op School

- STORM / suicidepreventie. STORM is een ketenbenadering.
- Gezonde School.
- Programma's gericht op Voorkomen Voortijdig Schoolverlaten (zoals MAZL, Jongeren aan Zet, 2BE!)
- Lesprogramma's gericht op levensvaardigheden (zoals reLEGs, Life Skills, je Brein de Baas).
- Koppelkans: verrijkte schooldag/Tijd voor Toekomst.
- Koppelkans: netwerkaanpak onderwijs, GGD, gemeente en Welzijn. Op veel scholen is schoolmaatschappelijk werk om vroegtijdig in te grijpen bij potentiële GGZ-vraagstukken.

Move aHead voor studenten- en jongerenwelzijn

- Move aHead is een methodiek voor studenten HBO en WO waarbij vooral ingezet wordt op cognitieve vaardigheden en -problemen, zoals plannen, uitstelgedrag, slaap. Studenten komen in groepen bij elkaar en leren van elkaar en trainen vaardigheden op deze gebieden, waarna vervolgens ook angst- en somberheidsklachten verminderen.

Samenlevingsopbouw / community building

- De komende jaren willen we steviger inzetten op het bouwen van hechte communities. En we willen leren hoe we dit het beste kunnen doen en welke vormen hier het meest aan bijdragen.
- Het met elkaar samenleven is de afgelopen jaren complexer geworden. Met plezier samenleven is hierdoor minder vanzelfsprekend geworden. Denk bijvoorbeeld aan kwetsbare ouderen en mensen met een beperking die niet langer in een instelling wonen, maar in een gewoon huis in de wijk. Eenzaamheid is hierdoor toegenomen en begrip voor afwijkend gedrag hebben andere wijkbewoners nog niet altijd. Het (op)bouwen van hechte communities gaat niet vanzelf. Al helemaal niet in de huidige complexe samenleving. Het bouwen van hechte communities gaat over het verstevigen van verbanden tussen mensen onderling (verbinding), tussen mensen en andere sociale verbanden (overbruggen), en tussen communities en de wereld van de instituties (koppelen)³⁴.
- Het verstevigen van communities kent in Groningen verschillende verschijningsvormen. Zo zijn er verschillende functionarissen zoals opbouwwerkers, jongerenwerkers, buurtsportcoaches, combinatiefunctionarissen, dorpscoördinatoren en beweegcoaches die de wijk ingaan. Een andere verschijningsvorm is het fysiek organiseren van collectief aanbod in een wijk of buurt zoals inloopvoorzieningen, steungroepen, herstelcentra en activeringscentra.

Makkelijk praten over moeilijke dingen

- Activiteiten aanbieden die psychische problemen bespreekbaar maken en mentale veerkracht bevorderen.

33 Twee op de drie kinderen ontwikkelen later zelf ook een psychische aandoening.

34 Zie <https://www.buurtwijs.nl/sites/default/files/private/onderzoeksrapporten/visiedocument-samenlevingsopbouw.pdf>

Leefstijl: creëren van omgeving die gezond gedrag stimuleert

- Speeltuinen, sportvelden, ruimte voor ontmoeting, etc.
- Versterken en verbinden van laagdrempelige inloopvoorzieningen zoals voor een luisterend oor (@ease, All Ears), uitwisseling met ervaringsdeskundigen (Ixta Noa, Herstelacademies), ontmoeten van gelijkgestemden en samen muziek, theater of kunst maken (Vrijdag cultuurstudio's), samen met en voor andere jongeren zinvolle projecten bedenken en uitvoeren (Jimmy's) en een plek waar eenzame jongeren terecht kunnen (Join Us). Deze voorzieningen zorgen voor een sense of belonging, deel uitmaken van een community, en helpen bij het ontwikkelen van een eigen identiteit, wat belangrijk is op weg naar volwassenheid en daarmee de stap naar de GGZ kan voorkomen.
- We vergroten de verbinding tussen de verschillende soorten inloopvoorziening, geven er meer bekendheid aan en, meest belangrijk, evalueren we samen met de jongeren in hoeverre de diverse inloopvoorzieningen voldoen aan de wensen en behoeften van de jongeren.
- Koppelkans Veilige en Gezonde Leefomgeving

Versterking lokale sociale infrastructuur

Het programma Beschermd Wonen en Opvang en de tien gemeenten werken op verschillende manieren aan de versterking van de lokale sociale infrastructuur.

- Vanuit het budget beschermd wonen zijn middelen beschikbaar voor gemeenten om in te zetten ter versterking van het lokaal sociaal veld.
- Gemeenten hebben de preventiescan dakloosheid gedaan en op basis daarvan kunnen zij gaten in hun aanbod identificeren en actie opzetten.

- Lokale plannen openbare geestelijke gezondheidszorg
- Regionaal actieplan dak- en thuisloosheid
- De intentie is dat door de versterking van de lokale sociale infrastructuur de druk op zorg afneemt.

Samenvatting verkenningen

Verkenning Out of the Box oplossingen

Collectiveren wil ook zeggen verbetering leef- en woonsituatie niet-zorg gerelateerde (collectieve) oplossingen voor mensen in armoede/schulden/niet-geïsoleerde huizen/ongezonde omgeving, waardoor zij minder een beroep hoeven te doen op (GGZ-)zorg. Denk hierbij aan Gewoon geld geven' aan gezinnen in armoede of het isoleren van (sociale) huurwoningen en koophuizen van mensen die dat zelf niet kunnen betalen. We verkennen hoe we in Groningen meer gebruik kunnen maken van out of the box oplossingen zoals:

- Kansfonds Gewoon Geld Geven
- Bouwdepot
- Doorbraakproject

Verkenning digitaal platform voor laagdrempelige zelfhulp en informatie over geestelijke gezondheid

- Opschaling platform 99gram.nl³⁵ naar sociale media. Jongeren maken tegenwoordig veel meer gebruik van sociale media dan van websites; in dit project maken we 99gram.nl toegankelijk voor sociale media zoals Instagram en TikTok. Het is belangrijk om juist op die podia eerlijke, realistische en vooral positieve content te bieden als tegenhanger van de hoeveelheid informatie die nu bij jongeren terecht komt die vaak juist leidt tot gezondheidsschade in plaats van verbetering. Jongeren zoeken op sociale media naar informatie en ervaringsverhalen en met 99gram dragen we bij aan laagdrempelige, realistische informatie

en positieve, eerlijke ervaringsverhalen voor jongeren die worstelen met hun gewicht en/of lichaamsbeeld.

- In een later stadium willen we vergelijkbare (positieve, realistische) content maken op sociale media voor andere psychische aandoeningen.

Verkenning aanpak inclusiviteit

- Tolerant en respectvol omgaan met iedereen, ook met mensen die een psychische kwetsbaarheid hebben. Ervoor zorgen dat iedereen de ruimte heeft om zichzelf te zijn.
- Verkenning van wat al wordt gedaan op dit gebied en hier waar nodig aanvullende aanpak op ontwikkelen.

³⁵ www.99gram.nl is een laagdrempelige website opgezet door Accare die eerlijke en positieve informatie geeft over eetstoornissen en een mogelijkheid voor jongeren om met elkaar te chatten. Ook heeft het een online behandelprogramma en biedt het aanknopingspunten voor wanneer een verwijzing naar de GGZ aangewezen is.





Hoofdstuk 3: Juiste aanbod op het juiste moment

Toegankelijke ondersteuning

De opgave waar we voor staan is goede zorg en ondersteuning kunnen blijven bieden aan mensen die mentale problemen ervaren. Om dit te realiseren is de regio gebaat bij een sterke verbinding tussen de huisartsen, het sociaal domein en GGZ. Uit de praktijk blijkt dat goede samenwerking tussen de huisartspraktijk en het sociaal domein leidt tot afbuiging van niet-medische zorgvragen naar het sociaal domein en betere sturing van medische zorgvragen.

Middels Welzijn op recept en- indien geïndiceerd- Voorzorg willen we inwoners met psychosociale klachten activeren door samen op zoek te gaan naar iets wat positiviteit in het leven brengt en leidt tot het (weer) aangaan van sociale contacten. Het perspectief is een zo normaal mogelijk leven met zo min mogelijk specialistische ondersteuning. Op deze manier neemt het welbevinden van inwoners toe.

Naast de sterke verbinding huisarts-sociaal domein streven we ook naar goede en digitale consultatie mogelijkheden tussen de huisarts, het sociaal domein en de GGZ. Ook weer om vragen dichtbij en normaliserend waar dat kan te beantwoorden. En ook om zo ruimte te creëren voor de mensen die GGZ het hardst nodig hebben. Juist zij zijn gebaat bij zo snel en optimaal mogelijke zorg krijgen. Ondanks dat er steeds meer laagdrempelige ondersteuning is voor mentale gezondheid zijn er veel mensen die op enig moment hulp nodig hebben van lichte GGZ behandeling en SGGZ.

Het is onze ambitie om toe te werken naar een gevarieerd aanbod van herstel mogelijkheden die aansluit bij de diverse behoeften. Hierbij maken we onderscheid tussen individuele begeleiding en ondersteuning en collectief aanbod. We sluiten aan bij al het goede dat al loopt, bij initiatieven die practiced-based en evidence-based bijdragen aan de juiste ondersteuning op het juiste moment. Vanuit de waarden samenwerken, menselijkheid en respect voor elkaars manier van werken willen we gezamenlijk nieuwe oplossingen verkennen en bewezen effectieve oplossingen opschalen. Op deze manier dragen we bij aan toegankelijke ondersteuning op het juiste moment voor alle Groningers.

Belangrijke randvoorwaarden die we hierbij willen benoemen zijn:

1. In het kader van wachttijden: gedegen analyse van en inzicht in de wijze waarop zorgvragers zich in het zorgnetwerk bewegen. Dit ontbreekt momenteel, terwijl dit inzicht cruciaal is om te komen tot een weloverwogen plan, juiste interventies en monitoring van deze interventies.
2. Indirecte tijd voor overleg tussen alle operationeel betrokken partijen.
3. Domeinoverstijgend bekostigings- en financieringsmodel
4. Geormerkte financiering van extra instroom Sociaal Domein.
5. Lange termijn afspraken over de financiering van de uitvoering.
6. Alle naasten en zorgprofessionals opleiden in het normaliseren en het aanleren van gezonde copingstrategieën.

Afspraken Integraal Zorgakkoord

Het Integraal Zorgakkoord (IZA) benadrukt voor de GGZ de noodzaak voor meer zelfzorg en onderlinge ondersteuning. Het streeft ernaar om minder zorgvragen bij de GGZ te laten belanden en wanneer zorg nodig is, moet deze zo efficiënt mogelijk worden verleend.

Om aan de randvoorwaarde om verdere samenwerking tussen ketenpartners te bevorderen te voldoen, wordt in het kader van IZA verwacht dat ketenpartners samen een Mentaal Gezondheidscentrum vormgeven. Onderdeel daarvan zijn het verkennende gesprek en laagdrempelige steunpunten. Dit zijn allemaal werktitels die in elke regio deels andere functies kunnen hebben.

Mentaal Gezondheidsnetwerk (MG)

In IZA staat beschreven: Als randvoorwaarde voor het verkorten van de wachttijden wordt in het IZA het ontwikkelen en/of verder ontwikkelen van de samenwerking tussen ketenpartners in de regio genoemd. Er wordt verwacht dat ketenpartners samen een Mentaal Gezondheidsnetwerk vorm gaan geven. Het gaat over het samen zorgdragen voor passende zorg voor de patiënt, waarbij de patiënt centraal staat met daarbinnen:

- het voeren van verkennende gesprekken (zie hieronder voor uitleg).
- het kunnen doorzetten en warm overdragen naar de betreffende GGZ-aanbieders en indien van toepassing, organiseren van Wmo-aanvragen.

- het beheerst kunnen overnemen van de behandelverantwoordelijkheid van de huisartsen voor de patiënten die op de wachtlijst staan (grote ontlasting van de huisarts) en komt ten goede aan de patiënt en de samenwerking in de gehele keten.
- het hebben van een kwantitatief maar vooral kwalitatief goede wachtlijst in deze (sub)regio.

In Groningen moeten we dit nog vorm geven, passend bij onze missie en visie.

Verkennende gesprekken

In IZA staat beschreven: Het verkennende gesprek vindt plaats in een regionaal mentaal gezondheidscentrum. In Groningen werken we samen in een mentaal gezondheidsnetwerk, waarbinnen het verkennende gesprek een plek moet gaan krijgen. Bij het verkennende gesprek wordt vanuit verschillende invalshoeken naar de patiënt en zijn hulpvraag gekeken. Het streven is dat de patiënt binnen één week door een professional uit de GGZ wordt beoordeeld, de huisarts blijft de verwijzer en gedurende het verkennende gesprek valt de patiënt onder de verantwoordelijkheid van de huisarts. De uitkomst van het verkennende gesprek kan zijn dat iemand wordt verwezen naar hulp in het sociaal domein. Het is ook mogelijk dat alleen zorg in de GGZ nodig is of een combinatie tussen GGZ en sociaal domein.

In Groningen moeten we dit nog vorm geven. Zie verderop de werkagenda van dit hoofdstuk.

Laagdrempelige steunpunten

In het IZA is een van de afspraken om te komen tot een landelijk dekkend netwerk van laagdrempelige steunpunten, zoals zelfregie en herstel initiatieven. Niet altijd is professionele ondersteuning of zorg het meest passende antwoord op een hulpvraag. En niet iedere hulpvraag is een zorgvraag. Ruimte voor maatschappelijk en persoonlijk herstel op je eigen tempo en in wederkerigheid met anderen is een gelijkwaardige waarde naast goede zorg, nog niet alle inwoners kunnen hiervoor in hun nabijheid terecht. Over 5 jaar moet een landelijk dekkend netwerk van laagdrempelige steunpunten bestaan (zie hoofdstuk Preventie). We starten dit programma met het creëren van overzicht en bekendheid van wat er al is. En werken vanuit daar een plan uit over wat er aanvullend nodig is. Bij deze ontwikkeling sluiten we aan bij het landelijke kwaliteitskaders die momenteel ontwikkeld worden. Ook werken we een aanpak uit om te komen tot uniforme en duurzame financiering van de laagdrempelige steunpunten in de regio.

In Groningen moeten we dit nog vorm geven, passend bij onze missie en visie.

Ambities juiste aanbod op het juiste moment

We hebben ambitie en we willen daar heldere KPI's aan koppelen. Tegelijkertijd is dat een complexe exercitie: iedere KPI kent vele nuances, soms ook risico's en over de haalbaarheid bestaan ook zorgen. We benoemen daarom op voorhand onze ambitie en formuleren onder voorbehoud de doelstellingen en indicatoren waar we ons op richten. Prioriteit bij de uitwerking van dit thema naar een uitvoeringsprogramma heeft het onderzoeken van haalbare, realistische en tegelijkertijd ambitieuze doelstellingen, inclusief validatie daarvan met behulp van wetenschappers en zorgprofessionals en inbreng van Groningers. Dat doen we in veranderateliers.

De ambitie is dat iedere persoon de juiste hulp op het juiste moment krijgt. Dat is waar onze verkenningen, programma's en interventies op zijn gericht. Hoe we daar zicht en grip op krijgen werken we nog uit. Uiteindelijk moet dat leiden tot verbeteringen in de knelpunten die er zijn.

We hebben als input voor de uitwerking van de ambitie naar doelstellingen en gewenste effecten op dit moment daarom wel al een aantal uitgangspunten. Niet uitputtend en deels onder voorbehoud willen we de volgende trends bewerkstelligen:

Het aantal cliënten in de regio in de GGZ en de Specialistische GGZ (SGGZ) vermindert.

- Voorzet onder voorbehoud van verdere uitwerking: in 2025 met 10% en in 2030 met een derde ten opzichte van 2022.

Het aantal bedden in de regio vermindert.

- Voorzet onder voorbehoud van verdere uitwerking: in 2025 naar landelijke benchmark
- De komende 5 jaar spannen we ons in voor betere ondersteuning buiten de SGGZ, dit monitoren we en per jaar bepalen we wat verantwoord kan worden afgebouwd.

Het aandeel zorgkosten van EPA per gemeente vermindert.

- Voorzet onder voorbehoud van verdere uitwerking: in 2025 met 10% en in 2030 met een derde.

De wachttijden voor behandeling in de GGZ verkorten.

- Voorzet onder voorbehoud van verdere uitwerking: in 2030 in lijn met het Nederlandse gemiddelde.

Aantal jeugdhulp trajecten vermindert

- Voorzet onder voorbehoud van verdere uitwerking: in 2025 met 10% en in 2030 met een derde.

Aantal hulpvragen en doorverwijzingen Dienstverlening Sociaal werk verhoogt

- Voorzet onder voorbehoud van verdere uitwerking: in 2025 met 20% en in 2030 met een derde.

Vanaf 2024 jaarlijks opschalen van minstens drie bestaande succesvolle pilots en/of procesinterventies die de toegang in het lokale netwerk 'in de wijk' domeinoverstijgend verbeteren en de wachtlijsten -gemeten bij een gelijke instroom- verminderen.

Verminderen medicalisering naar GGZ door onder andere:

- bij het eerste contact te werken vanuit de principes van Positieve Gezondheid door alle zorg-/hulpverleners.
- de terugrapportage naar de huisarts vanuit het Sociaal domein en de SGGZ uniform te ontwikkelen en te borgen.
- diverse inhoudelijke en organisatorische interventies, naast verwijzing.

Werkagenda juiste aanbod op het juiste moment

Samenvatting verkenningen en volgende stap

Populatiegerichte onderbouwing, monitoring en evaluatie

- In een veranderatelier werken we uit hoe we beter zicht en grip krijgen op de Groningse populatie en de verschillende doelgroepen daarbinnen. We werken onze ambities uit naar SMART-doelstellingen en naar een monitoringscyclus met bruikbare indicatoren, (proces) informatie en verhalen uit de praktijk. Het doel is een stevig fundament te maken voor onderbouwing, monitoring en evaluatie van het juiste aanbod op het juiste moment.
- We starten in Q1 2024 met het schrijven van transitieplannen voor het het opschalen van Voorzorg (waarschijnlijk starten in de regiogemeenten), Samen voor Herstel (waarschijnlijk starten in de centrumgemeente) en we creëren de mogelijkheid voor elke Groninger tot toegang tot een Herstelacademie en/of online community.

Mentaal Gezondheidsnetwerk (MG)

Het MG is een duurzaam samenwerkingsverband in een regio tussen sociaal domein, huisartsen en GGZ voor mensen met psychische klachten én problemen

op andere levensdomeinen. Partners voelen zich gezamenlijk verantwoordelijk voor het bieden van zorg en ondersteuning aan deze doelgroep en het realiseren van de doelstelling van het mentale gezondheidsnetwerk. De doelstelling is dat burgers en naasten ervaren dat een hulp- en ondersteuningsvraag snel en op de juiste plek wordt opgepakt.

We verwachten dat we een goede start kunnen maken door bestaande initiatieven verder uit te bouwen. Het creëren van een nieuwe organisatievorm is niet per definitie het doel, wel willen we netwerksamenwerking op zowel provinciaal als lokaal niveau, in de wijk, intensiveren.

Onderstaande functies worden naast het verkennend gesprek vervuld binnen het MG:

- **Transfer Mechanisme:** dit dient om de toegankelijkheid van de GGZ te verbeteren en wachttijden te verminderen. Het bevordert samenwerking tussen verwijzers, aanbieders en financiers om wachtende cliënten tijdig passende zorg te bieden. Door GGZ-professionals van verschillende instellingen worden geanonimiseerde zorgvragen besproken, waardoor wachtende cliënten effectief naar de juiste behandeling kunnen worden overgeplaatst. Het 'vier ogen principe' wordt toegepast bij de screening van wachtlijsten en cliënten hebben de keuze om alternatief aanbod te accepteren. Resultaten omvatten kortere wachttijden en het voorkomen van mismatch tussen vraag en aanbod, waardoor de druk op de GGZ vermindert.
- **Informatievoorziening:** inzicht in (voldoende) passende zorg/ ondersteuning. Het verkennend gesprek kan alleen zorgen voor het juiste aanbod op de juiste plek als het hele aanbod in de regio bekend is bij alle betrokken professionals.
- **Inzicht in regionale wachtlijsten:** uit het verkennend gesprek volgt een plan. Dit is alleen van toegevoegde waarde als duidelijk

is welke wachttijden er zijn voor de best passende zorg en/of ondersteuning alsook voor de overbruggingszorg. Daarom is het een verplicht onderdeel van het MG om te zorgen voor informatie over wachttijden in de regio of het inzicht te verkrijgen hierin. Het inzicht is van belang voor de vormgeving van de organisatie van het verkennend gesprek en de andere functies in het MG.

- Het domeinoverstijgende overleg is een periodiek casuïstiekoverleg, waarbij relevante netwerkpartners in een MG of over meerdere MG's heen in gelijkwaardigheid zorgen voor passende zorg/ondersteuning voor een burger, die:
 - bij één van de netwerkpartners in het samenwerkingsverband om hulp heeft gevraagd waarbij op voorhand duidelijk is dat die netwerkpartner zelf/alleen geen passende zorg/ondersteuning kan bieden of
 - al zorg/ondersteuning van de betreffende partij ontvangt en niet als passend ervaren wordt.

Verkenning veranderatelier als extra functie van een Mentaal Gezondheidsnetwerk

- Een netwerk is een samenwerkingsverband tussen verschillende organisaties, die gezamenlijk specifieke problemen of vraagstukken aanpakken. Vanwege de complexiteit van de geestelijke gezondheidszorg zijn deze vraagstukken regelmatig uniek. Het is daarom van tevoren lastig om alle regels, afspraken en procedures in beton te gieten - er moet altijd ruimte zijn voor bijsturing of aanpassing.
- In een veranderatelier kunnen de geleerde lessen besproken worden en de aanpak indien nodig bijgesteld. Uit de praktijk blijkt dat zo'n atelier essentieel is voor het succes van dit concept. Het laat zien dat er altijd oplossingen zijn voor mogelijke struikelblokken en het deelnemers scherp houdt op het te behalen doel.



Verkenning Regionale werkplaats netwerksamenwerking

- Succesvolle netwerksamenwerking³⁶ staat of valt met vertrouwen en een gezamenlijke visie. Die visie is gebaseerd op een gedeelde verantwoordelijkheid voor burgers die een hulpvraag hebben, aangevuld met de wil om met elkaar de wachtlijsten en capaciteitsproblemen voor de doelgroep op te lossen. Vanuit die gedeelde verantwoordelijkheid zoeken de netwerkpartners met elkaar naar oplossingen die de burger helpen en die voor elke netwerkpartner werkt.
- In een verkenning willen we onderzoeken hoe we de gedeelde verantwoordelijkheid borgen en oplossingen en geleerde lessen verder in praktijk kunnen brengen

Verkenning Kernteam GGZ

- Vanuit DokNoord wordt het voortouw genomen bij het structuren van overleg met huisartsen door het inrichten van een kernteam GGZ. Daarbij zien zij de volgende samenstelling voor zich: vertegenwoordiging met mandaat vanuit GGZ instellingen, kaderhuisartsen GGZ DokNoord, portefeuillehouders vanuit bestuur DokNoord en coördinator GGZ vanuit DokNoord.
- Het doel van het kernteam is om te komen tot heldere transmurale afspraken voor wat betreft verwijzing, terugverwijzing en terugkoppeling van relevante informatie. De basis voor deze transmurale afspraken zijn de richtlijnen van de Psychag³⁷.

³⁶ Er zijn al verschillende vormen van netwerksamenwerking in onze provincie; Stadskanaal en Oldambt met Voorzorg, Veendam met de Jeugd-GGZ, FACT Jeugd in het oosten van onze regio en, in Noord Groningen met een mobiel Geriatrisch team, met het Expertise Centrum Eemsdelta en in de Gemeente Groningen met de uitrol van het project Samen voor Herstel.

³⁷ Netwerk van kaderhuisartsen GGZ, dat richtlijnen ontwikkelt voor GGZ in de huisartsenpraktijk, psychag.nl

- Op korte termijn ligt de urgentie bij het maken van afspraken over het verkorten van de wachttijd en de wachttijdopvang door GGZ- instellingen. Het zou ook kunnen gaan over medisch inhoudelijke onderwerpen, zoals bijvoorbeeld medicatie afspraken.

Digitale consultatie huisartsen-psychiaters

- Regelmatig zijn er niet urgente vragen vanuit de huisarts naar een psychiater. Dit zou goed met de al beschikbare digitale systemen kunnen worden uitgevoerd. Binnen de somatische zorg is consultatie via VipLife heel gangbaar.
- Door zowel huisartsen als ook GGZ instellingen is meermaals de wens uitgesproken dat ook GGZ instellingen hierop aangesloten worden.

Deskundigheidsbevordering huisartsen en POH-GGZ

- Scholing gericht op normaliseren en demedicaliseren.

Groepsaanbod door POH-GGZ in de huisartsenpraktijk

- Verkenning of en hoe we dit in de regio vormgeven. Vooral gericht op waar toegevoegde waarde ligt ten opzichte van ontwikkelingen in de herstelacademies en ander groepsaanbod.

Verkenning Licht verstandelijk beperkten (LVB)

- Herkenning en erkenning van deze groep en en daar een passende benadering voor ontwikkeling, ook in het verkennend gesprek

Verkennend gesprek

- Het verkennende gesprek zal een plek moeten krijgen binnen het Groningse ecosysteem voor mentale gezondheid. Huisartsen willen leiderschap bij het ontwikkelen van de plaats in het netwerk. Te denken valt aan een plek binnen het sociaal domein, binnen de huisartspraktijk, of binnen de GGZ instelling. Ervaringsdeskundigheid wordt hier nauw bij betrokken³⁸.

Gezinsgerichte aanpak

- Er bestaan in Groningen verschillende soorten hulp en ondersteuning gericht op het kansrijk opgroeien en opvoeden, waaronder trainingen voor zowel ouders als kinderen (bijvoorbeeld over echtscheidingen), gezinscoaches, buddy-systemen en steunouders. Wel zien we dat hier per gemeente verschillen zitten in het aanbod en de mogelijkheden om dit verder door te ontwikkelen. Onderzoek welke interventies er momenteel bestaan op het vlak van een gezinsgerichte aanpak en of hier aanvulling op nodig is, is daarom van belang.

GGZ in de Wlz en Wmo

- Het rijk, gemeenten, zorgverzekeraars en zorgaanbieders willen de onverwacht hoge instroom van cliënten met GGZ-problematiek in de Wet langdurige zorg (Wlz) terugdringen. Hierover bestaan bestuurlijke afspraken. Alle zorgkantoorregio's hebben de opdracht een regioaanpak gericht op beter zorgaanbod op het snijvlak van Wlz en Wmo te maken. De bedoeling is dat gemeenten, zorgkantoor en aanbieders met elkaar in gesprek gaan om dit te realiseren.
- Er is afgesproken om de volgende interventies (aanvullend op wat er al gebeurt) uit te werken: herijking checklist 18-/18+, duiding toegangscriteria BW in verbinding met Wlz, onderzoek realiseren waakvlambeschikking, onderzoek realiseren netwerkverantwoordelijkheid.

³⁸ Zie ook hoofdstuk Ervaringsdeskundigheid.

Samenvatting programma's

Programma Laagdrempelige Steunpunten Zelfregie Herstel Centra

- In het IZA is afgesproken om de komende vijf jaar te komen tot een landelijk dekkend netwerk van laagdrempelige steunpunten, zoals zelfregie en herstel initiatieven. Deze steunpunten worden gerund door vrijwilligers en ervaringsdeskundigen, ondersteund door sociaal werkers en in verbinding met GGZ professionals. Vanuit deze punten wordt outreachend gewerkt en collectief aanbod georganiseerd. Er zal een link/aanspreekpunt naar huisartsen zijn. We starten dit programma met het creëren van overzicht en bekendheid van wat er al is. Van daaruit maken we een plan over wat aanvullend nodig is. Bij deze ontwikkeling sluiten we aan bij de landelijke kwaliteitskaders die momenteel worden ontwikkeld. Ook werken we een aanpak uit voor uniforme en duurzame financiering van de laagdrempelige steunpunten in de regio.

Samenvatting interventies

Welzijn op recept (WoR) (doorontwikkeling Ondersteuner Sociaal Domein naar WoR)

- WoR is een model waarbij huisarts/eerstelijns zorgverlener en de welzijnscoach samenwerken en bereiken dat inwoners de juiste ondersteuning krijgen waardoor het welbevinden toeneemt.
- De welzijnscoach biedt kortdurende hulpverlening en draagt bij aan zelfherstel, waarbij de cliënt zelf de regie heeft. De welzijnscoach leidt toe naar aanbod, niet alleen binnen de eigen sociaal werk-organisatie maar ook daarbuiten (benutten lokale sociale kaart).
- We zijn gestart met het maken van afspraken over het regionaal inkopen (domeinoverstijgende financiering) en het delen van informatie tussen de huisarts en de sociaal werk-organisatie. Deze randvoorwaarden dragen bij aan het realiseren van de ambitie: in 2025 kan iedere huisarts in de

regio gebruik maken van een goed uitgevoerd welzijnsrecept.

Voorzorg- en nazorggroepen

Voorzorg is enerzijds een procesinterventie waarbij zorgvragers met een (vermoeden van) een actuele psychische kwetsbaarheid letterlijk in beeld komen. Direct worden knelpunten op andere leefgebieden afgestemd met het lokale formele netwerk. Anderzijds wordt ingezet op de ervaringskennis van elkaar in zelfhulpgroepen, zoals we dat kennen vanuit de verslavingszorg. Te weten:

- Een betere verbinding tussen sociaal domein, SGGZ en huisartsenpraktijk; het Voorzorgproject vormt een hefboom om die samenwerking op gang te brengen.
- Met als doel vroeginterventie en het probleem van wachtenden op SGGZ te verkleinen.
- Patiënten worden door de huisarts verwezen, de POH-GGZ kijkt welke insteek het meest passend is bij de betreffende patiënt, en vanuit daar wordt patiënt aangemeld voor de 'voorzorggroep'. In de wachttijden tot aan behandeling binnen de SGGZ wordt er door ervaringsdeskundigen van het sociaal domein en door ervaringsdeskundigen van de SGGZ ondersteuning geboden in groepsverband of individuele begeleiding door het sociaal domein op diverse terreinen.
- Dit leidt tot kortere trajecten binnen de GGZ, voorkomen van crises en beter geholpen patiënten. In sommige gevallen is een GGZ behandeling zelfs niet meer nodig.
- Een nazorggroep kent dezelfde aanpak als de voorzorggroep, maar is gericht op eerder laten uitstromen van cliënten uit een GGZ behandeling. Randvoorwaarde voor het opschalen van een project als Voorzorg is domeinoverstijgend bekostigings- en financieringsmodel met de ingrediënten:
 - Inzet, werving en opleiding van Ervaringsdeskundigen Welzijn, Verslavingszorg en GGZ.

- Inzet systemisch en agogisch werkenden niveau 4 en 5.
- Tijd voor de huisarts/ POH-GGZ (triage, implementatietijd en consulten).
- Indirecte tijd voor overleg/ MDO tussen alle lokaal betrokken partijen.
- Consultatie en 'vangnet beschikbaarheid' SGGZ voor Sociaal domein, wijkteams, Welzijn, POH-GGZ.
- Geoordeelde financiering van extra instroom Sociaal Domein door op termijn overheveling uit een ander financieel kader, zoals de ZVW, NPG en dergelijke. Voor de korte termijn kan voor de uitvoering geput worden uit SPUK-IZA gelden.
- Uitvoering van de Voorzorggroepen, waaronder locatiekosten.
- Minimale registratie van activiteiten, door sec monitoring op outcome en klantreis in een geschikt (bestaand) digitaal dossier.

Samen Voor Herstel

- Samen voor herstel is gestart als een pilot in de stad Groningen. De netwerkgroep Samen Voor Herstel zet zich in voor het opschalen van werken met steungroepen (resourcegroepen, zie ook RACT Zweden). Een van de belemmerende factoren bij het opschalen is het ontbreken van een infrastructuur. Op dit moment is de netwerkgroep Samen Voor Herstel een IZA subsidieaanvraag aan het voorbereiden om een gedegen infrastructuur te creëren en daarmee te kunnen opschalen en te borgen.



Hoofdstuk 4: Verbeteren doorstroom

Een soepele reis naar weerbaarheid

Verbeteren doorstroom gaat over de doorstroom naar andere GGZ-instellingen en/of naar het sociaal domein. Het doel is om stagnatie te verminderen en de verbinding tussen diverse domeinen te versterken. We streven ernaar om de wachttijden voor patiënten die SGGZ-zorg nodig hebben tot een minimum te beperken.

Het hoofdstuk Preventie benadrukt het belang van preventieve maatregelen om het welzijn van individuen te bevorderen. Niettemin erkennen we ook de realiteit dat sommige mensen onverwacht de noodzaak van SGGZ ervaren. Het is van groot belang om niet alleen de toegang tot deze zorg te verbeteren, maar ook om de doorstroom te versnellen en de behandelduur verkorten.

Een belangrijk aandachtspunt is de verandering in financiering die plaatsvindt bij de overgang van de leeftijdsgroep van 18- naar 18+. Wanneer de leeftijd van 18 bereikt wordt, verandert de financiering van (GGZ-) zorg, wat invloed kan hebben op de voortzetting van die zorg. Er is behoefte aan flexibiliteit in financieringsstromen (Zvw en Wmo), rekening houdend met de continuering van zorg van jongeren die de leeftijd van 18 bereiken. Daarnaast worden GGZ behandelingen vanaf 18 jaar meestal vergoed vanuit de basisverzekering. Het daaraan gekoppelde jaarlijks verplichte eigen risico zorgt voor een drempel in de overgang van jeugd- naar volwassen-GGZ.

We zetten in op een systemische benadering van de geestelijke gezondheidszorg voor jongeren tot in ieder geval 23 jaar. Dit houdt in dat we niet alleen naar het individu en zijn of haar symptomen kijken, maar ook naar de bredere context waarin deze symptomen zich voordoen. Door de focus te leggen op systemische interventies, zoals het betrekken van familie en ondersteunende netwerken, streven we naar een diepgaand begrip van de factoren die het welzijn van een persoon beïnvloeden.

In de huidige fase van het plan willen we gezamenlijk nadenken over verdere concrete stappen en innovatieve benaderingen die kunnen worden toegepast om de doorstroom te verbeteren, de behandelduur te verkorten en meer systemisch te kunnen werken. We streven naar een GGZ-systeem dat effectiever, toegankelijker en empathischer is voor iedereen die deze zorg nodig heeft.

Knelpunt 18-/18+ problematiek

De jeugd GGZ biedt diagnostiek en behandeling voor minderjarigen met psychische problemen, maar niet aan jongeren van 18 jaar en ouder die al voor hun 18e jaar in zorg waren (en de behandeling nog niet is afgerond) of waar behandeling vanuit de jeugd GGZ beter bij aansluit dan behandeling vanuit de volwassenen GGZ. Dat laatste heeft te maken met het feit dat de jeugd GGZ zich op een aantal essentiële punten onderscheidt van de volwassenen GGZ:

- **Ontwikkelingsgericht**
De jeugd GGZ richt zich niet alleen op psychiatrische stoornissen, maar stimuleert ook de normale ontwikkeling van kinderen en jongeren. De behandelcontext moet dus ontwikkelingsgericht zijn, niet beperkt door starre classificaties en diagnoses.
- **Systeemgericht**
Psychiatrische problemen bij jongeren vinden plaats binnen de context van een gezinssysteem. De behandeling betreft daarom niet alleen de jeugdige, maar ook de ouders en andere gezinsleden.
- **Levenslopperspectief**
De jeugd GGZ houdt rekening met het levenslopperspectief. Jongeren die op jonge leeftijd veel nadelige ervaringen hebben (Adverse Childhood Experiences; ACE's), kunnen gedrags- en psychiatrische problemen ontwikkelen. Behandelaars evalueren zorgvuldig risico- en beschermende factoren in de levensloop en hanteren classificaties en diagnoses voorzichtig zolang de jongere nog niet volledig is uitontwikkeld.

Binnen de Jeugd GGZ wordt opgemerkt dat het aantal jongeren met een intensieve zorgvraag groeit. Vaak wordt de behandeling niet voltooid of overgedragen voordat ze 18 jaar worden. Het vinden van passende vervolgzorg in de volwassen GGZ is problematisch vanwege wachtlijsten en een gebrek aan specifieke expertise.

Deze situatie leidt tot onderbreking in de zorg, wat kan resulteren in negatieve gevolgen zoals motivatieproblemen en crisissituaties.

Daarnaast blijkt het lastig te zijn om integrale zorg voor jongeren tussen de 18-23 jaar te realiseren. De ernstige psychische problemen beïnvloeden verschillende levensgebieden, maar er is een tekort aan bredere ondersteuning. Deze jongeren vallen tussen wal en schip, met risico op zorg die niet vergoed wordt en onderbreking in hun behandeling.

Om passende zorg te bieden, is erkenning nodig dat sommige jongeren beter af zijn met verlengde behandeling binnen de jeugd GGZ. Intensievere samenwerking, niet alleen met de volwassen GGZ maar ook met organisaties in het sociaal domein en onderwijs, is essentieel. Het gezamenlijk nemen van verantwoordelijkheid door betrokken partners is cruciaal. Aandachtspunt hierbij is het financiële knelpunt rondom jeugdhulp voor gemeenten. Bovendien zijn de kosten per behandelingstraject de afgelopen jaren gestegen, mogelijk als gevolg van veranderingen in aannamebeleid en de afbouw van intramurale voorzieningen. Dit heeft geleid tot een concentratie van complexe problematiek bij enkele instellingen.

Streven naar vloeiende doorstroom

De huidige efficiëntie van ketenzorg wordt belemmerd door een aantal problemen die een naadloze samenwerking en vloeiende doorstroom in de zorg bemoeilijken. Het proces van intake, behandelplan, contactopbouw en vertrouwensopbouw wordt herhaaldelijk doorlopen. Het ontbreken van een effectieve overdracht resulteert bovendien in het opnieuw uitvinden van het wiel bij elke doorverwijzing. De ontvangende partij start mogelijk met een achterstand, aangezien het kan zijn dat ze niet op de hoogte zijn van eerdere diagnostiek en behandelingen. Cliënten ervaren vaak negatieve emoties en percepties door deze problemen wanneer ze van de ene naar de andere zorgverlener worden doorverwezen. Het

gevoel van falen en de interpretatie dat ze 'te moeilijk zijn om te helpen' bemoeilijken het vervolg van de behandeling. Er is noodzaak voor een geoptimaliseerd proces om kostbare tijd en middelen te besparen.

Een ander obstakel voor goede samenwerking is het voortijdig afsluiten van zorg voordat de volgende zorgpartij de gelegenheid heeft gehad om een intake te plannen. Dit veroorzaakt een hiaat in de doorstroom, waardoor er geen vloeiende overgang is tussen de verschillende zorgfasen. Bovendien ervaren zorgaanbieders het aangaan van onderaannemerschap als een arbeidsintensieve taak.

Daarnaast zijn de werkprocessen binnen verschillende zorgaanbieders vaak niet ingericht op samenwerking. Het vereist vrijmaking van collega's met specifieke kennis en vaardigheden om deze integratie mogelijk te maken. Ook blijken afspraken tussen zorgpartijen niet altijd de gewenste hardheid te hebben, wat onzekerheid met zich meebrengt en de communicatie en coördinatie verstoort, wat op zijn beurt de samenwerking bemoeilijkt.

Om deze obstakels te overwinnen, is het nodig om goed doordachte beleidsmaatregelen en organisatorische veranderingen door te voeren. Het streven naar een vloeiende doorstroom en effectieve samenwerking vereist niet alleen het identificeren van deze uitdagingen, maar ook het implementeren van strategieën om ze te overwinnen. Met gezamenlijke inspanningen en proactief beleid kunnen we de weg effenen voor een samenwerkingsgerichte zorgomgeving waarin de cliënt centraal staat en waar de zorg continuïteit gewaarborgd is.

Binnen de Regionale Taskforce Wachtlijden GGZ (RTWG) werkgroep zijn stappen gezet om verwijsafspraken te verbeteren, zoals de afspraak om zelf door te verwijzen en afsluiten, in plaats van via de huisarts. Een andere afspraak is om gebruik te

maken van de regiotafel in plaats van een verwijzing af te wijzen. De regiotafel is de plek om met elkaar te onderzoeken wat wel mogelijk is onder welke voorwaarden vanuit samenwerking, dit vraagt commitment van iedereen.

Ambities verbeteren doorstroom

De ambitie is een vloeiende doorstroom. We willen waarborgen dat mensen niet onnodig lang moeten wachten op de juiste zorg. Het verminderen van wachttijden is niet alleen een kwestie van efficiëntie, maar ook van het minimaliseren van het leed dat individuen ervaren tijdens een periode van onzekerheid en kwetsbaarheid.

Ook voor deze ambitie geldt dat we daar heldere doelstellingen aan willen koppelen, met inachtneming van de vele nuances, risico's en vraagtekens over haalbaarheid. Ook hier heeft het onderzoeken van haalbare, realistische en tegelijkertijd ambitieuze doelstellingen, inclusief validatie daarvan, prioriteit. In de verkenningen die we hieronder opsommen krijgt dit een prominente plek. Op dit moment is dit alvast onze voorzet:

- Gewenste beweging: de totale regionale behandelduur in de GGZ per cliënt neemt af. Onder voorbehoud van verdere uitwerking is dit daarbij de voorzet voor de maat: de komende tien jaar met 33% ten opzichte van de instroom in 2023 (waardoor de turnover toeneemt met gelijkblijvende middelen). Dit realiseren we door slimmer samen te werken, waar mogelijk, door het starten en verhogen van samengestelde groepen van diverse regionale organisaties, met zelfhulpgroepen, groepstraining en groepsbehandeling als antwoord op zorgvragen en voldoende capaciteit voor uitstroom naar beschermd/ begeleid wonen.
- We accepteren geen onderbreking van behandeltrajecten voor jongeren in zorg tot en

met 23 jaar als norm en verbeteren daardoor de samenhang 18-/18+. Monitor op onderbreking hulptrajecten 18 - 23 jarigen op initiatief van zorgaanbieders.

Werkagenda verbeteren doorstroom

Samenvatting verkenningen

Verkenning oplossen 18-/18+problematiek

- Uitwerking SMART-doelstellingen en daaraan gelieerd een langjarige cyclus voor onderbouwing, monitoring en evaluatie van beleid en interventies.
- De verwachting is dat het realiseren van de volgende stappen het voor de meeste adolescenten en jongvolwassenen mogelijk maakt om rond hun 18e levensjaar op een soepele manier over te stappen naar de volwassen GGZ, terwijl ze tegelijkertijd ondersteuning krijgen op andere belangrijke levensgebieden:
 - Vroegtijdige Voorbereiding: ruim voor het bereiken van de leeftijd van 18 jaar moeten behandelaars in de jeugd-GGZ met de jongere, ouders en betrokkenen bespreken wat er nodig is op verschillende levensgebieden (wonen, opleiding, werk, inkomen, sociale steun, en zorg) na het 18e levensjaar.
 - Warme Overdracht naar Volwassen GGZ: implementatie van een warme overdracht naar de volwassen-GGZ, waarbij gezamenlijke gesprekken met de jongvolwassenen en zijn of haar naasten plaatsvinden. Actieve Samenwerking Sociaal Domein: actieve samenwerking met professionals uit het sociale domein, buurtteams, en maatschappelijke ondersteuning om ondersteuning op levensgebieden zoals wonen, werk, opleiding, en inkomen te regelen.

- Flexibiliteit Financiering: financiers dienen financiële ruimte te bieden voor behandelingen van jongeren en jongvolwassenen met complexe problemen binnen de jeugd-GGZ.
- Meerjarenaafspraken: invoering van meerjarenaafspraken voor de komende 3 jaar om fluctuaties in de financiering op te vangen en tijd te geven voor de optimalisatie van de zorgketen voor kwetsbare jongeren.
- Samen met ketenpartners in de zorg en het sociaal domein (kleinschalige) woonplekken creëren waar jongeren kunnen verblijven tot ze voldoende stabiliteit en zelfstandigheid hebben. De bekostiging hiervan is onderdeel van de verkenning.
- Samenwerking met Wijk- en Gebiedsteams: meer samenwerking met wijk- en gebiedsteams om jongeren te begeleiden bij het vormgeven van hun sociale leven en het opbouwen van een stabiel netwerk.
- Afspraken met landelijk werkende aanbieders: implementatie van goede afspraken met aanbieders die samenwerken in regionale netwerken lastig vinden.
- Verkenning systemische benadering als norm van de geestelijke gezondheidszorg voor jongeren tot in ieder geval 23 jaar, maar wenselijk ook voor 23+
- Kritisch kijken naar exclusiecriteria, het uitsluiten van problematiek is niet bevorderend voor de doorstroom.

Verkenning realiseren vloeiende doorstroom

- Uitwerking SMART-doelstellingen voor de korte en de lange termijn en daaraan gelieerd een langjarige cyclus voor onderbouwing, monitoring en evaluatie van beleid en interventies.
- We verkennen verder o.a. de volgende ideeën:

- Gekaderde producten bundelen zonder dubbel papierwerk, met een afgesproken regievoerende partij en een behandelplan door de regievoerende partij, inclusief deelbehandelingen, zonder onderaannemerschap.
- Overleg tussen behandelende eenheid en eenheid waarnaar wordt verwezen vóór afsluiting, waarbij gezamenlijk wordt bepaald welke overbruggingszorg (nazorg/voorzorg) passend is. Keuze tussen terug naar de huisarts of bij de verwijzende partij, om uitval en latere draaideurverwijzingen te voorkomen, moet toetsbaar en expliciet worden afgewogen en vermeld in het dossier.
- Open communicatie over motieven, mogelijkheden en beperkingen tussen instellingen om gezamenlijk de grijze ruimte op inhoud te verkennen en samenwerking te bevorderen, en zo draaideurwerk te voorkomen.
- Bij heraanmelding in principe teruggaan naar een oud-behandelaar/oud-instelling, die het eerste contact herstelt en maximaal 5 gesprekken voert om te beoordelen of dit afdoende is of dat meer en welke hulp nodig is. Ontwikkel een product dat een goed advies aan de huisarts oplevert als de oud-instelling/oud-behandelaar inhoudelijk niet zelf een passend traject kan bieden.
- Afspraken met de huisarts dat bij verwijzing naar de SGGZ informatie over voorgaande behandelingen geautomatiseerd en uniform wordt meegestuurd onder de voorwaarde dat dit fors minder tijd kost voor de huisarts dan in 2023. Bepaal de behoeften en mogelijkheden van de huisarts om dit realistisch te kunnen doen. Stimuleer cliënten om het belang van het bezitten en delen van informatie over eerdere behandelingen te begrijpen, om herhaling van zettingen te voorkomen en zo tot betere zorg te komen.

- Slim en efficiënt samenwerken door het starten en uitbreiden van samengestelde groepen van diverse regionale organisaties met zelfhulpgroepen, groepstraining en groepsbehandeling bij zorgvragen. Het referentiejaar hierbij is 2022.

Verkenning realiseren uitstroom

- We onderzoeken hoe we mensen die langdurig worden behandeld in de GGZ kunnen uitstromen naar sociaal domein, welzijn en/ of informele zorg. Welke factoren werken belemmerend, welke juist stimulerend en hoe kunnen we die factoren samen beïnvloeden?





Hoofdstuk 5: Cruciale voorzieningen en acute zorg

Kwaliteit, betaalbaarheid en toegankelijkheid zwaar onder druk

Inwoners van de regio Groningen met (ernstige) psychische, psychiatrische of verslavingsproblematiek hebben recht op kwalitatief goede zorg, met de kortst mogelijke wachttijd, geboden door deskundige professionals.

De GGZ is niet uniform en onderscheidt zich in verschillende doelgroepen, waaronder personen met een ernstig psychiatrische aandoening. Dit betreft gecombineerde problematiek (bijvoorbeeld ernstige psychiatrie, verslavingsproblemen of een verstandelijke beperking) of zeldzame aandoeningen in moeilijke leefomstandigheden met o.a. dakloosheid, werkloosheid, schulden, of mensen met ernstige suïcidaliteit. Professionals in onze regio werken dagelijks met enorme inzet om deze groep goede zorg te bieden. Maar, zoals ook blijkt uit een eerste inventarisatie, lopen we hierin vast.

Zorgaanbieders en werkgevers staan voor een enorm probleem; kwalitatief goede, betaalbare, toegankelijke en crisiszorg voor de meest kwetsbaren in de GGZ is onder de huidige condities in de zorgkantorregio Groningen niet langer haalbaar³⁹. Knelpunten lijken elkaar bovendien te versterken en de tekorten aan personeel lopen steeds verder op. Financiële middelen verleggen zich meer en meer naar de zwaardere zorg.

Dit vraagt om een gerichte aanpak, waarin de partijen in het sociaal- en het zorgdomein samenwerken. Het waarborgen van voldoende capaciteit op regionaal, bovenregionaal en landelijk niveau is van groot belang om patiënten met complexe zorgvragen te voorzien van adequate en passende zorg.

Er wordt veel geprobeerd om hier op effectieve wijze verandering in aan te brengen, maar dit duurt vooralsnog (te) lang en legt ondertussen een grote druk op de zorg, en daarmee de cruciale GGZ. En ook basisvoorzieningen in de GGZ, met name in de regio, staan onder druk.

³⁹ Zie voor de Groningse problematiek en context het Kader De Groningse opgave is groot op pagina 3 van dit document.

⁴⁰ In de handreiking cruciale GGZ wordt cruciale zorg gedefinieerd als die zorg die niet door andere aanbieders kan worden geleverd en waarvan het wegvallen tot ernstige gezondheidsschade kan leiden. Het omvat in ieder geval specifieke behandelvormen en -niveaus, zoals Intensive Home Treatment (IHT), High & Intensive Care (HIC), crisisinterventie, Flexible Assertive Community Treatment (FACT), Forensische zorg, Levensloop en Hoog Specialistische zorg. Deze vormen van zorg richten zich voornamelijk op patiënten met complexe en/of ernstige chronische psychopathologie en comorbiditeit.

Hierbij gaat het om andere voorzieningen in de GGZ die niet volledig voldoen aan werkdefinitie voor cruciale GGZ. Bestaanszekerheid van deze cruciale basisvoorzieningen is van belang voor het instandhouden van GGZ zorg en daarmee van cruciale GGZ zorg. Dit onderdeel vraagt naast de aanpak voor de cruciale GGZ daarmee ook aandacht.

Werkdefinitie cruciale GGZ

Cruciale GGZ gaat over cruciale capaciteit voor hoog complexe zorgvragen⁴⁰;

- De capaciteit kent een hoog complexe logistiek, is schaars en wordt geboden door één of enkele aanbieders;
- Als deze capaciteit niet langer geboden kan worden, kan er ernstige gezondheidsschade voor patiënten ontstaan;
- De cruciale capaciteit functioneert in een netwerk van regionale- en bovenregionale aanbieders, zodat op- en afschalen mogelijk is.

Ambities Cruciale voorzieningen en acute zorg

In het IZA staan de volgende ambities bij het maken van afspraken over de cruciale en acute zorg. Bij de uitwerking van ons regioplan voor mentale gezondheid naar een uitvoeringsprogramma werken we dit uit naar haalbare en meetbare doelstellingen voor de korte en de lange termijn, inclusief een plan voor onderbouwing, monitoring en evaluatie van beleid en interventies:

- Patiënten met complexe zorgvraag kunnen blijven rekenen op goede en passende zorg.
- Op regionaal niveau is voldoende cruciaal klinisch- en ambulante aanbod beschikbaar.
- Op landelijk niveau is de hoog specialistische zorg voldoende beschikbaar, doelmatig georganiseerd en voldoende verspreid over het land.
- Kennis en kunde voor behandeling van dergelijke aandoeningen blijft behouden en voldoende beschikbaar (ook voor professionals van andere instellingen).
- Een aantrekkelijke werkomgeving.
- Het identificeren van de ontwikkelingen in de zorgvraag en het zorgaanbod en de knelpunten in toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid van acute zorg⁴¹.

Werkagenda cruciale voorzieningen en acute zorg

Samenvatting verkenningen

We willen deze thematiek zo snel mogelijk onderbrengen in een verandertafel en van daaruit de volgende verkenningen uitvoeren:

Het cruciale specialistische GGZ-aanbod wordt in beeld gebracht

- Het regionale cruciale aanbod wordt samen met de aanbieders en de preferente zorgverzekeraar (en 2e verzekeraar) vastgesteld. Het overzicht is een gezamenlijke verantwoordelijkheid van aanbieder(s) en verzekeraar(s) en wordt input voor het regioplan (continuïteit van het aanbod). Dat vastgestelde overzicht wordt uiteindelijk in de contractgesprekken tussen aanbieder en verzekeraar geborgd. Deze beweging is op dit moment, eind 2023, nog mede afhankelijk van gesprekken op landelijk niveau met onder andere het ministerie, zorgverzekeraars en

brancheorganisaties. Enkele voorbeelden van regionale zorgvormen die als cruciaal kunnen worden beschouwd in aard, toegankelijkheid en beschikbaarheid, zijn:

- Crisisdienst; Intensive Home Treatment (IHT); Forensisch Flexible Assertive Community Treatment (ForFACT) en regulier FACT; Hoog beveiligde klinische zorg; Hoog Specialistische 3e lijns Zorg op Medisch Psychiatrische Units (MPU).
- Ook een vastgesteld overzicht van bovenregionale cruciale zorgvoorzieningen is nog niet beschikbaar, omdat onderzoek hiernaar en gesprek hierover nog gaande zijn. Enkele voorbeelden van bovenregionale zorgvormen die als cruciaal kunnen worden beschouwd, zijn:
 - Forensische GGZ: zorg voor mensen die een strafbaar feit hebben gepleegd of daarvan worden verdacht.
 - Gesloten jeugdhulp: zorg voor jeugdigen met ernstige gedragsproblemen en die een gevaar vormen voor zichzelf of anderen en niet vrijwillig in een instelling willen of kunnen verblijven.
- We zien koppelkansen met het domein Veiligheid en willen daar nadrukkelijk aansluiting bij vinden en houden, bijvoorbeeld door:
 - aansluiting bij doorontwikkeling Zorg- en Veiligheidshuis
 - Ketenveldnorm levensloopfuncties en beveiligde intensieve zorg
 - ontwikkeling van een levensloopaanpak
 - aansluiting bij het programma Grip op onbegrip

Acute zorg

- Uitwerking ROAZ-beeld en -plan
- De ROAZ-beelden geven inzicht in welke actoren en karakteristieken in de regio een rol spelen om te komen tot effectieve interventies. Het ROAZ-plan

beschrijft vervolgens op basis van het ROAZ-beeld wat de prioritaire opgaven zijn en de afspraken die regionale zorgpartijen maken om deze aan te pakken.

Regioplan Acute Psychiatrie

- In het kader van de implementatie van de Generieke Module Acute Psychiatrie (GMAP) en de financiering van de acute GGZ (18+) tot maximaal 3 dagen, heeft elke acute GGZ-regio vanaf 2020 een regioplan opgesteld. Het regioplan acute Psychiatrie Groningen 2023⁴² is een actualisatie van het regioplan voor 2022. We beschouwen dit regioplan als een werkdocument en streven ernaar dit onderdeel te laten worden van het regioplan mentale gezondheid. Voor 2024 wordt de tekst weer geactualiseerd en geëvalueerd met relevante ketenpartners aan de hand van onderstaande speerpunten voor 2023:
 - Het arrangeren van de verbinding tussen acute GGZ, GGZ en Sociaal domein voor de mensen die belanden in het “grijze gebied”.
 - Mensen in crisis die een hoog veiligheidsrisico en ontwrichting of versterking van bestaande voorzieningen veroorzaken. Of die ernstige verdere persoonlijke ontwrichting oplopen door het niet beschikbaar zijn van adequate specifieke crisisopvang.
- Hoewel de ROAZ-plannen en het regioplan IZA voor de GGZ zich richten op verschillende aspecten van de zorg, zijn ze met elkaar verbonden doordat ze beide deel uitmaken van het overkoepelende Integraal Zorgakkoord. Dit vraagt om afstemming bij de uitwerking.
- Transformatie Aanpak professionalisering van de 24-uursdienst
- De crisisdienst van Lentis is cruciaal voor andere GGZ-organisaties in de regio. Personeelskrapte bedreigt de toegankelijkheid van de 24-uurs-

- crisiszorg. Het organiseren van de crisis- en waarnemingsdienst buiten kantooruren is een uitdaging, leidend tot capaciteitsproblemen. Keuzes in bezetting leiden tot langere wachttijden voor patiënten. Regionaal zijn er meer patiënten met complexe problematiek, wat de druk vergroot.
- Vanuit het netwerk Acute Psychiatrie en specifiek de regievoerder Lentis wordt een plan opgesteld voor de aanpak van de 24-uursdienst. Dit transformatieplan professionalisering 24-uurs dienst stellen we op in lijn met regionale ontwikkelingen. De financiering van dit plan willen we vanuit de IZA transformatie middelen bekostigen vanwege de vele raakvlakken met de IZA doelen.
- De transformatie beoogt efficiënter personeelgebruik door samenwerking met regionale zorgpartners. Een opleidingsprogramma voor aangesloten professionals is essentieel. Het versterken van de samenwerking met de Doktersdienst Groningen bevordert centrale acute zorg en efficiënte triage buiten kantooruren.
- Het project beoogt samenwerking met zorgprofessionals van andere aanbieders en een pilot met psychologen.
- Gelijkgerichtheid van zorgaanbieders en zorgverzekeraars is essentieel voor het behalen van doelstellingen. Het project omvat de gehele provincie Groningen en vereist regionale samenwerking voor complexe HR- en privacykwesties.
- De professionalisering vraagt inzet buiten regulier werk en samenwerking met diverse partijen. Financiering via GMAP is mogelijk na het succesvol afronden van het project. Regionale middelen zijn nodig voor deze transitie, buiten reguliere financiering.

⁴¹ De acute GGZ in de regio Groningen is georganiseerd vanuit het Regionaal Overleg Acute Zorgketen (ROAZ) en het Netwerk Acute Psychiatrie Groningen. In het IZA is opgenomen dat ROAZ-regio's aan de slag gaan met ROAZ-beelden en -plannen.

⁴² [Het regioplan acute Psychiatrie Groningen 2023](#)



Hoofdstuk 6: Inzet ervaringsdeskundigheid

Inzet ervaringsdeskundigheid optimaliseren en versnellen

Een brede inzet van ervaringsdeskundigheid levert bijdragen aan de verschillende opgaven die we in Groningen hebben inzake de mentale gezondheid van de inwoners. Ervaringsdeskundigen kunnen een rol spelen bij de thema's preventie, de juiste zorg op de juiste plek, doorstroom en gezonde arbeidsmarkt. We willen daarom de bestaande inzet behouden, uitbreiden, optimaliseren en versnellen.

Dit willen we doen door meer mensen op te leiden tot (familie)ervaringsdeskundigen, maar ook investeren in (zorg)professionals die hun ervaringskennis inzetten⁴³. Daarnaast onderzoeken we welke taken en rollen ervaringsdeskundigen kunnen opnemen binnen het huidige én het nieuwe aanbod.

⁴³ Deze beweging past in de lijn die is ingezet door de Vereniging Hogescholen. In het Sectorplan Hogere Sociale Studies is één van de vijf thema's: breng meer ervaringsdeskundigheid in het sociaal domein. De Vereniging Hogescholen wil dat bereiken door ervaringsdeskundigheid te integreren in niveau 5, 6 en 7 opleidingen en zal daarvoor een ontwikkelgroep formeren.

Enkele voorbeelden van ervaringsdeskundigheid

De Alliantie van Kracht is in samenwerking met ZorgpleinNoord bezig met het project Ervaringsdeskundigheid en Werk. Doel is dat mensen na het volgen van een opleiding (betaald) werk vinden als ervaringsdeskundige. Het gaat om mensen die een ontwrichtende levenservaring hebben meegemaakt. Het aanboren van ervaringskennis kan daarbij (ook) leiden tot keuzes die leiden naar reguliere functies waaraan een tekort bestaat, of combinaties daarvan. Het project richt zich op de provincies Groningen en Drenthe met een focus op de Veenkoloniën.

In 2021 is coöperatie InBegrepen opgericht. InBegrepen, collectief voor ervaringskennis is een coöperatie voor ervaringsdeskundigen. Vanuit InBegrepen kunnen ervaringsdeskundigen ingezet worden op projectbasis voor verschillende diensten op verschillende niveaus. Van het leiden/initiëren van projecten tot het inspireren door het vertellen van het eigen verhaal⁴⁴.

Sterk uit Armoede (SuA)⁴⁵ is een stichting die mensen met ervaring op het gebied van armoede de gelegenheid biedt om zich te ontwikkelen tot het nieuwe vakgebied 'Ervaringsdeskundige in generatiearmoede en sociale uitsluiting'.

⁴⁴ Kijk voor meer informatie www.inbegrepen.nl

⁴⁵ Voorheen Stichting Mens en Maatschappij, bestaat sinds 2013. www.sterkuitarmoede.nl

De missie is om armoede te doorbreken met de mensen die het betreft. Zij die in hun leven te maken hebben gehad met (generatie)armoede, krijgen de mogelijkheid zich te ontwikkelen tot professionele ervaringswerkers. Hun ervaring wordt betaald ingezet bij bijvoorbeeld overheden, maatschappelijke organisaties, hulpverlening. SuA heeft van het Ministerie Sociale Zaken en Werkgelegenheid de opdracht gekregen om mensen met een lange afstand tot de arbeidsmarkt in beweging te krijgen door die op maat gemaakte training landelijk aan te bieden.

Een mooi voorbeeld van hoe zelfhulp in het verlengde kan liggen van reguliere zorg: Verslavingszorg Noord Nederland (VNN) biedt in het kader van een Innovatie beleidsregel (NZA) behandeling aan een specifieke groep mensen die willen (maar niet kunnen) stoppen met roken (SMR). Deelnemers hebben aangegeven graag na de behandeling bij elkaar te willen blijven komen voor steun, een luisterend oor en het voorkomen van terugval. Vrijwilligers en ervaringsdeskundigen van VNN starten daarom in januari 2024 in Winschoten met een pilot zelfhulpgroep 'stoppen met roken'. Het is de bedoeling dat de zelfhulpgroep op een gegeven moment zelfdraaiend is, waarna de pilot in een nieuwe gemeente vervolgd kan worden.

Het opleiden van mensen tot ervaringsdeskundigen heeft meerdere effecten. Binnen de Innovatiewerkplaats Ervaringsdeskundigheid⁴⁶ is onderzoek gedaan naar de persoonlijke en professionele opbrengsten van de Groninger Opleiding Ervaringsdeskundigheid. Naast zeer positieve effecten op het persoonlijk herstel zijn 26 van de 55 respondenten vrijwillig of betaald aan de slag gegaan als ervaringsdeskundige. Opvallend was dat 16 mensen een andere baan hebben weten te vinden, meestal in de zorg⁴⁷.

De inzet van familie-ervaringsdeskundigen (FED) draagt bij aan het vergroten van de weerbaarheid en draagkracht van de inwoners van Groningen. Wanneer iemand een ontwrichtende situatie doormaakt, is dat voor zijn of haar naasten vaak ook ontwrichtend. FED ondersteunt de naasten bij hun herstel en het herstel van de onderlinge relatie.

Ook het inzetten van ervaringskennis bij (zorg-) professionals draagt bij aan een gezonder systeem. In Nederland krijgt 25% van de mensen vroeger of later te maken met een psychische kwetsbaarheid zoals depressie, verslaving of burn-out⁴⁸. Uit het onderzoek RAAK! Ervaringsdeskundigheid blijkt dat dat percentage bij de betrokken zorgmedewerkers 47% is⁴⁹. Het omzetten van die ervaringen in ervaringskennis kan leiden tot minder ziekteverzuim, hogere productiviteit en vooral meer werkplezier. Het bespreekbaar maken en normaliseren van die aandoeningen resulteert in minder stigma, zelfstigma en schaamte en heeft mogelijk een preventieve werking. Dit geldt uiteraard niet alleen voor zorgprofessionals maar ook voor professionals in andere werkvelden.

Een ander effect, zo blijkt uit hetzelfde RAAK! onderzoek, is dat openheid van hulpverleners over hun eigen ervaringen een positieve uitwerking heeft op het contact met cliënt of patiënt. Des te complexer de doelgroep des te groter het effect van zelfonthulling. Openheid verbetert dus de (behandel-)relatie en wat is daarvan de betekenis voor het herstelproces, behandelduur, doorstroom en uitstroom?

Een enorm potentieel aan arbeidskracht van ervaringsdeskundigen in spe wordt nauwelijks benut. Bepaalde taken, rollen en werkzaamheden kunnen goed door mensen worden opgepakt die mogelijk een geringere belastbaarheid hebben, maar bijvoorbeeld wel twee dagdelen in de week iets kunnen en willen betekenen. Om dit te realiseren is een brede verandering in denken noodzakelijk. Een voorbeeld hiervan is dat mensen niet meer vanwege een paar uur werken worden gekort of de uitkering verliezen. Of dat er bijvoorbeeld ruimte gemaakt wordt voor een meer flexibele inzetbaarheid.

In het nieuw te ontwikkelen aanbod spelen ervaringsdeskundigen een cruciale rol. Zelfhulpgroepen en herstel initiatieven bestaan al tientallen jaren en zijn van grote waarde voor het ontwikkelen van ervaringskennis, empowerment en eigen regie op het eigen herstelproces na ontwrichting.

Vanuit de gedachte dat de Groningse mentale gezondheid van ons allemaal is - en het collectivieren, normaliseren en demedicaliseren van mentale problemen - is het bovendien logisch om inwoners te betrekken en misschien zelfs eigenaarschap te laten nemen voor de mentale gezondheid in de regio. We willen daarom bestaande bewonersinitiatieven

behouden, uitbreiden en/of optimaliseren én ruimte creëren voor nieuwe initiatieven.

Voor het ontwikkelen van nieuwe initiatieven en het uitwerken van het regioplan is ervaringskennis een belangrijke bron van kennis. Hierdoor zorgen we ervoor dat in alle fasen van deze ontwikkeling ervaringsdeskundigen en inwoners betrokken zijn, zodat we niet over de mensen praten, maar met.

Tot slot willen we gaan nadenken over het vervolg: wat komt er na herstelacademies, zelfregiecentra en mentale gezondheidsnetwerken? Die zijn immers nog steeds gericht op of liggen in het verlengde van het medisch denken en het zorgsysteem. Hoe realiseren we de plekken waar iedere Groninger zich thuis voelt? Ontstaan er nieuwe 'kathedralen' of krijgen dorps- en buurthuizen een opleving?

Ambities inzet ervaringsdeskundigheid

Onze ambities richten zich op het behouden, uitbreiden, optimaliseren en versnellen van ervaringskennis en ervaringsdeskundigheid. We willen in ieder geval de ontwikkeling van de volgende punten:

- Hoeveelheid ervaringsdeskundigen die ingezet en geschoold worden
- Diversiteit aan werkplekken
- Diversiteit aan functies en rollen

Welke indicatoren en bijbehorende ambities we hierbij kiezen, werken we uit in het programmaplan.

Werkagenda inzet ervaringsdeskundigheid

Samenvatting verkenningen

Verkenning meer ervaringsdeskundigen

- In overleg met betrokken organisaties, gemeenten en UWV maken we het voor inwoners van Groningen makkelijker om een passende opleiding tot ervaringsdeskundige te volgen.
 - Koppelkans: Alliantie van Kracht
- Verkenning naar ervaringsdeskundige als 'kansrijk' beroep⁵⁰.
 - Koppelkans: Innovatiewerkplaats Ervaringsdeskundigheid van de Hanzehogeschool
- Lobbyen voor een bredere en soepele financiering van ervaringsdeskundigen in de GGZ.
 - Koppelkans: Vereniging van Ervaringsdeskundigen, MIND, Vereniging van Hogescholen, MBO-opleidingen, de Nederlandse GGZ, Zorgverzekeraars Nederland
- Structurele en meerjarige financiering van ervaringsdeskundige inzet in het sociaal domein.
 - Koppelkans: Tintengroep, Groninger Gemeenten, Vereniging van Ervaringsdeskundigen, Vereniging van Hogescholen, VNG
- Het voor werkende mensen mogelijk maken om ervaringsdeskundige te worden.
 - Koppelkans: Hanzehogeschool, Noorderpoort, Innovatiewerkplaats Ervaringsdeskundigheid
- Onderzoeken en stimuleren van samenwerkingsverbanden tussen (familie-) ervaringsdeskundigen en andere professionals. Voorzorggroep, verkennende gesprekken en herstelondersteunende intakes zijn voorbeelden waarop kan worden voortgeborduurd.

⁴⁶ Onderdeel van het Lectoraat Rehabilitatie van de Hanzehogeschool. Bij de IWP zijn meer dan 30 instanties, opleidingen, gemeenten en organisaties uit GGZ en sociaal domein aangesloten.

⁴⁷ Niezen, Hofstra, Korevaar en Van Leeuwen, (2022) 15 jaar Groninger Opleiding ErvaringsDeskundigheid. Een Evaluatieonderzoek naar de persoonlijke en professionele opbrengsten voor de deelnemers.

⁴⁸ Van Haaster, H. (2016). Goede GGZ! Nieuwe concepten, aangepaste taal en betere organisatie. Journal of Social Intervention: Theory and Practice, 25(3), 80-86.DOI: <https://doi.org/10.18352/jsi.497>

⁴⁹ Weerman, A., De Jong, K., Karbouniaris, S., Overbeek, F., Van Loon E., & Van der Lubbe, P. (2019). Professioneel inzetten van ervaringsdeskundigheid. Boom.

⁵⁰ Kansrijke beroepen bieden werkzoekenden kansen op het vinden van een baan. De vraag naar personeel is hier groter dan het aanbod. Het UWV gebruikt data om te bepalen of een beroep kansrijk is: bijvoorbeeld hoeveel mensen werk vinden als ervaringsdeskundige. Met de kwalificatie Kansrijk beroep kan de opleiding worden vergoed als er een uitkeringsrelatie is met UWV. De opleider moet wel een inkoopcontract hebben met UWV.

Verkenning stimuleren burger- en ervaringsdeskundige initiatieven

- We willen inzetten op uitbreiding, groei, ontwikkeling en onderzoek van initiatieven als Herstelacademies, laagdrempelige steunpunten, zelfhulpgroepen, zelfregiecentra, verkennende gesprekken en mentale gezondheidscentra.
- Koppelkans: Sedna Herstelacademie, Ixta Noa, (familie-) ervaringsdeskundigen van GGZ en sociaal domein organisaties, Groninger Gemeenten, Nederlandse Vereniging voor Zelfregie en Herstel
- We onderzoeken de realisatie van een 'huis van ervaring'. Een verzamelplek van en vindplaats voor ervaringsdeskundigen met diverse ervaring, expertise en competenties.
- Koppelkans: Sterk uit Armoede (bedenkers van de term 'huis van ervaring'), InBegrepen, (familie-) ervaringsdeskundigen van GGZ en sociaal domein organisaties, Innovatiewerkplaats Ervaringsdeskundigheid.

Verkenning inzet ervaringskennis en ervaringsdeskundigheid bij onderzoek en innovatie

- Het inzetten van burgers en (familie-) ervaringsdeskundigen bij onderzoek wordt steeds gebruikelijker. We onderzoeken hoe die inzet vanzelfsprekend kan worden in het gehele onderzoeksproces; van een rol bij de opzet van onderzoek en ontwikkeling van innovaties, tot aan de uitvoering en implementatie daarvan.

Verkenning good and best practices

- We onderzoeken, in overleg met de Kenniswerkplaats Onbegrepen Gedrag Groningen, good en best practices op het gebied van zelfregie-initiatieven, burgerinitiatieven en ervaringsdeskundige initiatieven in de regio en daarbuiten⁵¹.

51 Hiervoor loopt een subsidieaanvraag.

Verkenning nieuwe en gemeenschappelijke taal

- Met betrokken partijen en inwoners van Groningen gaan we op zoek naar nieuwe en gemeenschappelijke taal. Ervaringsdeskundigen generatiearmoede of oncologie gebruiken bijvoorbeeld geen hersteljargon.

Verkenning effect- en impactmetingen in combinatie met actieonderzoek

- Uitgaande van het idee dat ervaringskennis als kennisbron gelijkwaardig is aan wetenschappelijke en professionele kennis is het vreemd om dat via wetenschappelijk onderzoek te bewijzen. Tegelijkertijd is het zinvol - bijvoorbeeld in verband met financiering en verantwoording - om de werkzame elementen te onderzoeken. We willen daarom middels actieonderzoek de effecten van ervaringsdeskundige inzet onderzoeken en de impact meten.

Samenvatting interventies

Project burgerparticipatie bij domeinoverstijgende samenwerkingsverbanden

- De subsidieaanvraag 'burgerparticipatie bij domeinoverstijgende samenwerkingsverbanden', ingediend door InBegrepen, Lentis, Menzis en Cadanz Welzijn, is gehonoreerd. De betekenis daarvan is dat vanaf januari 2024 ruimte is voor
 - het opzetten van herstelwerkgroepen in de gemeenten Groningen en Eemsdelta
 - behoeftepeiling bij mensen op wachtlijsten voor de GGZ
 - ontwikkelen van en deelname aan verkennende gesprekken
 - brainstorm met burgers over oplossingen voor de wachtlijstproblematiek
 - realisatie/uitvoering van een aantal in dit hoofdstuk genoemde verkenningen

Aan het project wordt onderzoek gehangen, in samenwerking met de Innovatiewerkplaats Ervaringsdeskundigheid van de Hanzehogeschool.

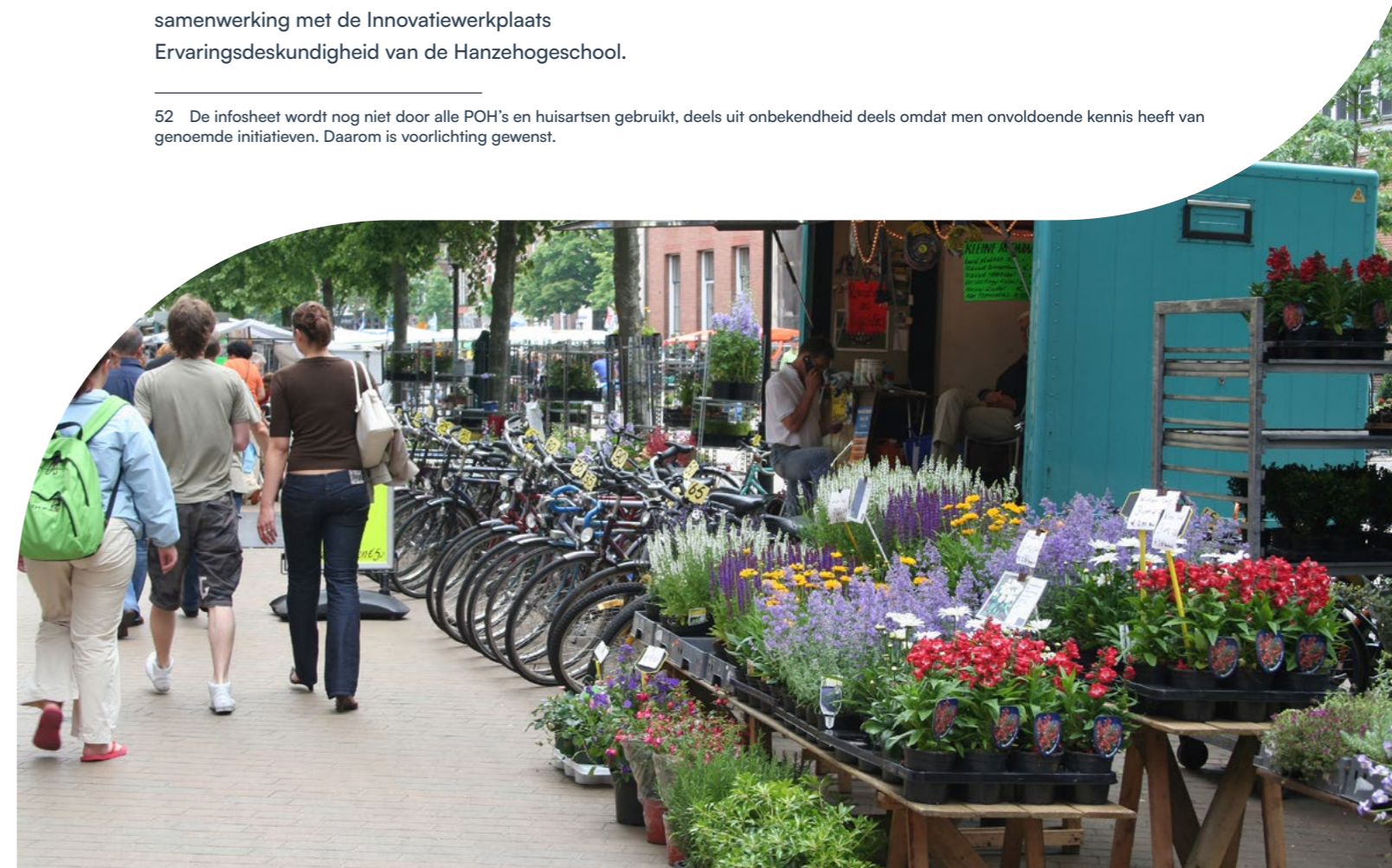
52 De infosheet wordt nog niet door alle POH's en huisartsen gebruikt, deels uit onbekendheid deels omdat men onvoldoende kennis heeft van genoemde initiatieven. Daarom is voorlichting gewenst.

Actief wijzen op aanbod ervaringsdeskundigheid

- Bij het verkennend gesprek, bij de POH-GGZ of de huisarts, bij contact en intake GGZ en tijdens de behandeling worden mensen gewezen op dit aanbod.
- In opdracht van het MJP is een infosheet met zelfregie- en zelfhulpinitiatieven opgesteld voor huisartsen en POH-GGZ. Deze infosheet wordt geüpdatet en breder beschikbaar gesteld⁵².

Voorlichting over ervaringsdeskundigheid en herstelondersteunende zorg

- We gaan meer voorlichting geven over en kwartier maken voor ervaringsdeskundigheid.
- We gaan organisaties informeren over en kwartier maken voor herstelondersteunende zorg.



Hoofdstuk 7: Gezonde arbeidsmarkt

De arbeidsmarkt staat onder druk

In het eerste hoofdstuk beschreven we al dat de arbeidsmarkt binnen de mentale gezondheid in Groningen onder druk staat. We diepen dat hier nog verder uit.

Dubbele mismatch

De GGZ in Groningen kent een dubbele mismatch. Ten eerste, voor de groep patiënten met de ernstigste problematiek is het tekort aan behandelaren het grootst waardoor de wachttijden voor deze groep het langste zijn. Ten tweede, in de delen van de provincie Groningen waar de meest complexe mentale problematiek is, zijn de personele tekorten het grootst, omdat GGZ-professionals dit gebied minder aantrekkelijk vinden om te wonen en te werken⁵³. Er zijn geen snelle oplossingen beschikbaar voor deze problemen. Het oplossen van deze mismatch vraagt gerichte inspanning om deze professionals aan te trekken naar de gebieden waar ze het hardst nodig zijn. Daarnaast is investeren in mentale gezondheid ook een krachtige preventieve maatregel voor arbeidsmarktproblemen. Werknemers die worstelen met stress, angst, depressie of andere psychische aandoeningen, kunnen gevolgen ondervinden in hun werkprestaties, waaronder verminderde productiviteit en verhoogd ziekteverzuim.

Kwaliteitseisen en standaarden

Een bijkomende factor die de situatie compliceert, zijn de eisen van de wetgever, toezichthouders en financiers. Deze normen en eisen kunnen zowel een stimulans als een belemmering vormen voor de beschikbaarheid van GGZ-professionals. Het voldoen aan deze standaarden kan extra druk leggen op de reeds schaarse middelen en mankracht, waardoor de toegankelijkheid van mentale gezondheidszorg verder onder druk komt te staan. In Groningen willen we zorgen voor kwalitatief hoogwaardige zorg binnen de gestelde normen, terwijl de arbeidsmarktuitdagingen worden aangepakt.

⁵³ Regiobeeld provincie Groningen

⁵⁴ Hoe ziet de arbeidsmarkt eruit? | Sociaal Werk werkt! (sociaalwerk-werkt.nl)

ZZP

Een ander probleem op de arbeidsmarkt in de GGZ-sector, is de groeiende afhankelijkheid van zelfstandige zorgprofessionals (ZZP'ers). Deze trend brengt zowel uitdagingen als risico's met zich mee. De inzet van ZZP'ers kan leiden tot een gebrek aan continuïteit in de zorgverlening en een verminderde coördinatie van zorg, aangezien ZZP'ers vaak flexibel tussen verschillende locaties werken. Bovendien zijn ZZP'ers over het algemeen minder betrokken bij langdurige behandelrelaties en draaien zij bijvoorbeeld minder vaak onregelmatigheidsdiensten. Deze factoren kunnen de stabiliteit en de kwaliteit van zorg beïnvloeden, en verminderen de bereidheid van zorgprofessionals om zich te vestigen in gebieden waar de tekorten het grootst zijn, wat de regionale ongelijkheid in personeelsvoorziening verder vergroot. Daarnaast heeft de hoge inzet van Personeel Niet In Loondienst (PNIL) een fors negatief effect op de bekostiging van zorg.

Sociaal Werk en bekostiging

In ons regioplan staat de beweging naar de voorkant centraal. Dit betekent dat de vraag naar sociaal werkers de komende tien jaar zal toenemen. Een meerderheid van de sociaal werk-organisaties verwacht in 2023 een grotere omvang en complexiteit van sociale vraagstukken. Hoewel landelijk meer dan de helft van de deelnemers verwacht in 2023 meer menskracht nodig te hebben, nemen volgens het merendeel de financiële middelen het komend jaar niet toe. Dit is niet alleen een knelpunt voor het sociaal werk, juist deze beroepsgroep is evident om de transitie naar een Mentaal Ecosysteem te realiseren. Ook voor andere sectoren kan de druk toenemen en zullen we hierop moeten anticiperen⁵⁴.

Door de groeiende uitdaging van grotere en complexere sociale vraagstukken, veranderen ook de competenties die sociaal werkers nodig hebben. De organisaties geven aan dat medewerkers de komende tijd vooral de volgende competenties moeten ontwikkelen:

- Omgaan met complexe, grotere en meervoudige problematiek
- Zelfstandig/zelfsturend werken
- Flexibiliteit
- Motiveren/coachen van cliënten
- Innovatief samenwerken

Anders werken

Het is nodig dat uitstroom van professionals uit de GGZ zo veel mogelijk wordt voorkomen en om de beschikbare professionals zo goed mogelijk in te zetten zullen op een andere manier moeten gaan werken: meer in groepen, meer e-health, een andere taakverdeling tussen behandelaren, ervaringsdeskundigen, sociaal domein en informele zorg, meer in een consultatiefunctie. Zo kunnen we de efficiëntie vergroten, de werkdruk verminderen en het werkplezier vergroten.

Deze ontwikkeling ondersteunen we met veranderateliers voor het thema 'anders organiseren'. Met het ontwikkelen van het Verkennend gesprek en de inrichting van Mentale Gezondheidscentra in de regio kan een kweekvijver worden gevormd voor de talentontwikkeling van professionals.

We moeten zorgen dat professionals op het gebied van mentale gezondheid zich buiten hun organisatie en vakgebied kunnen oriënteren, zodat ze hun vakbekwaamheid ook in een andere context in kunnen zetten. Zodat iemand die eraan toe is om wat anders te gaan doen, niet verloren gaat voor de sector, maar zich verder kan ontwikkelen in een andere functie. Behoud van professionals doen we ook door het creëren van aantrekkelijke arbeidsomstandigheden, loopbaanontwikkelingsmogelijkheden en specifieke

incentives voor professionals die in de GGZ willen blijven werken.

In de toekomstige organisatie van mentale gezondheid zal veel vaker inzet gevraagd worden van ervaringsdeskundigen (zie hoofdstuk 6). De inzet van ervaringsdeskundigen wordt gezien als een cruciaal onderdeel van de toekomstige organisatie van mentale gezondheid. Juist voor deze groep zijn de arbeidsvoorwaarden en de baan zekerheid vaak minder goed geregeld dan voor de 'klassieke' beroepsbeoefenaren. Dit verschil moeten we recht trekken om te voorkomen dat opgebouwde expertise in ervaringsdeskundigheid verloren gaat.

Een praktijkvoorbeeld

Een voorbeeld komt van een huisarts. Deze is prima bereid te werken met een gevalideerd triage instrument. Omdat het nu echter al een enorme klus is in HIS en Zorgdomein om de informatie eenduidig en geautomatiseerd in een verwijzing te krijgen, bestaat bij haar de vrees dat een uniform digitaal triage-instrument alleen nog maar meer administratieve druk geeft.

Onze ambitie is hierop de huisarts fors te ontlasten en de kwaliteit en gelijkgerichtheid van de verwijzing te automatiseren. Zo helpt dat in het werkplezier van de huisarts, terwijl tegelijkertijd de informatie passend, transparant binnen de beschikbare tijd wordt verzameld en overgedragen. De patiënt komt zo sneller op het juiste moment op de juiste plek in het zorgnetwerk en wordt bovendien niet belast met het telkens weer beantwoorden van ongeveer dezelfde vragen (die ook weer geadministreerd worden).

Verschillende vormen van zij-instroom willen we nadrukkelijk als oplossing meenemen. Dit impliceert dat er aandacht moet worden besteed aan het aantrekken van mensen met relevante ervaring en vaardigheden, zelfs als ze niet traditioneel zijn opgeleid in de GGZ. Daarom moeten we het gesprek aangaan over eisen die gesteld worden aan deskundigheidsniveau en functiemix. Deze eisen belemmeren nu een herverdeling van taken en instroom van nieuwe medewerkers.

Om het probleem van de afhankelijkheid van ZZP'ers in de GGZ in Groningen aan te pakken, is het allereerst van belang te investeren in aantrekkelijke arbeidsvoorwaarden en werkomgevingen om zorgprofessionals met een vast dienstverband te behouden en aan te trekken. Door de werkomstandigheden en de arbeidsvoorwaarden te verbeteren, kan de aantrekkingskracht van het ZZP-schap verminderen. We stimuleren regionale binding en betrokkenheid, ook door financiële prikkels voor zorgprofessionals die zich in specifieke regio's vestigen. Het faciliteren van samenwerkingsverbanden tussen ZZP'ers en reguliere zorginstellingen kan helpen om de continuïteit van zorg te waarborgen en coördinatieproblemen te verminderen.

Een meerderheid van het sociaal werk geeft aan dat de omvang en continuïteit van financiële middelen vanuit gemeenten onvoldoende is. De helft van de organisaties vindt ook de financiële afstemming met gemeenten onvoldoende. Gemeenten leggen volgens hen veel focus op inzet en kostenreductie, in plaats van op impact en wat nodig is. Wel ervaart een meerderheid voldoende vertrouwen van gemeenten in samenwerking en expertise van hun sociaal werkers. De ambitie is om samen veel meer op te trekken als 'strategische partners'.

Ambities Gezonde arbeidsmarkt

De ontwikkeling van concrete doelstellingen koppelen we aan het programmaplan dat we naar aanleiding van dit regioplan maken. Op voorhand richten we ons in ieder geval op de volgende ambities, gebaseerd op de indicatoren uit het Regiobeeld die ons helpen te volgen hoe de arbeidsmarkt zich ontwikkelt:

- Ervaren werktevredenheid verhoogt en ervaren werkdruk verlaagt
- Ontwikkeling ziekteverzuimpercentage positief ten opzichte van landelijke benchmark
- Positieve ontwikkeling personele groei per beroep versus personeelstekort sector zorg en welzijn
- Positieve ontwikkeling van aantal (potentiële) mantelzorgers en vrijwilligers

Andere doelstellingen zijn:

- Het vergroten van de flexibiliteit in loopbaan
- Het vergroten van de instroom van medewerkers in de GGZ
- Hogere beschikbaarheid van GGZ-medewerkers in subregio's waar de zorgvraag groot, complex en urgent is, vooral in Oost-Groningen
- Verminderen van administratieve belasting zorgverleners- en ontvangers

Randvoorwaarde hierbij is: overheid, financiers en toezichthouders moeten vertrouwen hebben in deze aanpak en daar ruimte voor bieden, in contractering door de zorgverzekeraar, gemeenten of in maatwerk toezichtarrangementen. We maken een beweging van 'dit kan of mag niet' naar 'maar hoe dan wel'? Hierover willen we afspraken maken met deze partijen.

Werkagenda Gezonde arbeidsmarkt

Samenvatting verkenningen

Alternatieve opleidingsroutes en/ of modulaire opleidingstrajecten

- Bevorderen dat professionals op het gebied van mentale gezondheid zich buiten hun organisatie en vakgebied kunnen oriënteren, zodat ze hun vakbekwaamheid ook in een andere context in kunnen zetten.
- Alternatieve opleidingsroutes ontwikkelen en aanbieden: modulair, stapelbaar, erkend door de sector. Daarmee verruimen we het loopbaanperspectief voor wie al in de sector werkt en maken we de overstap voor zij-instromers makkelijker (geen periode zonder betaald werk dat je moet overbruggen). In Gezond Groningen worden modulaire opleidingstrajecten ontwikkeld voor de VVT, dat kan ook voor andere sectoren, ook naar de GGZ.
- Koppelkans: Project Baanbrekend Perspectief voor een Duurzame Regio van Hanzehogeschool Groningen, Zorg Innovatie Forum, Rijksuniversiteit Groningen, Universitair Medisch Centrum Groningen en NHL Stenden Hogeschool, samen met ondernemers uit het MKB, grote organisaties, regionale netwerken, sociale partners en verleners van arbeidsmarktdiensten.

Meer regelruimte voor de professional

- Het maakt het werk leuker en interessanter, de professional boekt meer resultaat en is minder tijd kwijt aan bijzaken.
- Ontregelaars in de zorg opleiden en inzetten. Medewerkers krijgen de ruimte om de opleiding tot ontregelaar in de zorg te volgen en er vervolgens mee aan het werk te gaan in de eigen of een andere organisatie. Het management kan deze beweging aanjagen met cultuurinterventies in de organisatie.

- We sluiten aan bij het programma Ontregel de Zorg om de administratieve lasten in de zorg te verminderen en het werkplezier te vergroten. Het programma draagt bij aan het werven en behouden van zorgpersoneel, het verbeteren van de arbeidsvoorwaarden en het verhogen van de kwaliteit van de zorg. Dit betekent meer ruimte en autonomie voor zorgverleners om het werk in te richten, professionele kwaliteiten te benutten en eigen ontwikkeling te stimuleren. De ambitie is dat aan zorgvragers nooit (vrijwel) dezelfde vraag twee keer wordt gesteld, tenzij het een monitoringsvraag is.

Goed werkgeverschap vraagt goed opdrachtgeverschap

- Om professionals met hun expertise en ervaring te behouden, is het nodig dat hun werk continuïteit kent en niet bestaat uit een aaneenschakeling van kortlopende contracten of inhuur. Wil de werkgever die continuïteit bieden, dan moet ook de financier/opdrachtgever financiële zekerheid bieden. Om die zekerheid te bieden is een duurzame en langjarige relatie tussen opdrachtgever/financier en opdrachtnemer/uitvoerder noodzakelijk. Daarom moeten financiers (overheden en zorgverzekeraars) stoppen met kortlopende projectfinanciering, periodieke aanbestedingsprocedures en jaarlijkse contracteringsrondes.

Meer medewerkers in loondienst, minder (schijn) zelfstandigen

- Vaste medewerkers in vaste teams is van groot belang voor cliënten en collega's. Zorgaanbieders moeten investeren in vaste teams, zodat ze niet afhankelijk zijn van ZZP'ers om de bezetting rond te krijgen. De meerkosten van inhuur van ZZP'ers moeten ingezet worden voor betere beloning en arbeidsvoorwaarden van de vaste medewerkers. Door een aantrekkelijke vergoeding voor flexibele inzet, extra kosten voor reizen of kinderopvang en voorrang geven bij inroosting moet het vast dienstverband weer het aantrekkelijke alternatief zijn. Financiers zouden in de contractering een bonus/malus op kunnen nemen als stimulans voor aanbieders om het aantal ZZP'ers terug te dringen.

Vermindering van de administratieve lastendruk

- We willen veel meer de nadruk leggen op de gebruiksvriendelijkheid en werkelijk overnemen van administratief werk met slimme digitale oplossingen, die worden ingezet onder de conditie no cure no pay. Ambitie is dat zorgmedewerkers in 2025, 25% minder tijd kwijt zijn aan dezelfde taak dan in 2022. Zorginnovaties dienen vooral voor een verlichting van de administratieve last voor de zorgprofessional. Al is wellicht een passende oplossing hiervoor.





Hoofdstuk 8: Governance en organisatie

Op tal van plaatsen in de provincie werken inwoners, professionals en organisaties al langer aan de mentale gezondheid van de Groningers en aan passende zorg en ondersteuning bij mentale problematiek. Er zijn de afgelopen jaren verschillende samenwerkingsvormen voor ontstaan zoals de Regionale Taskforce Wachtlijden, het Meerjarenprogramma GGZ, het platform Mentaal Gezond Groningen en de Kenniswerkplaats onbegrepen gedrag. In die samenwerkingsvormen is een veelheid aan initiatieven ontstaan waarmee we de opgaven op het gebied van mentale gezondheid aanpakken.

In Mentale gezondheid is een zaak van alle Groningers brengen we mensen, organisaties, plannen en projecten bij elkaar. Veel zaken die we in dit plan voorstellen zijn niet nieuw, maar door ze te bundelen krijgen goede plannen en projecten meer impact, kunnen ze het verschil maken voor de Groningers die te kampen hebben met mentale problemen en op zoek zijn naar passende oplossingen.

Ook het ontwerpen van de governance is een opgave die we in een veranderatelier op gaan pakken. Om te begrijpen hoe veranderateliers werken en hoe transitiecurves verlopen is het zinvol om dit met elkaar te ervaren, omdat dit de manier is waarop we in Groningen willen veranderen: met elkaar in gesprek gaan over de waarden, zelf ervaren wat veranderateliers en transitie zijn, een quickscan uitvoeren die laat zien wat er al is aan bouwstenen en governance voor deze onderwerpen en tenslotte tot afspraken en rollen te komen voor de governance en voor de uitvoering.

Organisatie: mentale gezondheid als aparte actielijn

We integreren het regioplan Mentale gezondheid is een zaak van alle Groningers volledig binnen het netwerk Gezond Groningen als een nieuwe actielijn die specifiek gericht is op mentale gezondheid. Gezond Groningen werkt samen volgens het principe van één regiovisie, één regiobeeld en één regioplan. Omdat het Regioplan Mentale gezondheid is een zaak van alle Groningers aansluit bij de Regiovisie Gezonde Groningers, Gezonde Zorg, het Regiobeeld als uitgangspunt neemt, en onderdeel is van het totale Regioplan, is dat de meest logische plek.

In het netwerk Gezond Groningen is overeenstemming over de opgaven op het gebied van gezondheid en zorg, zoals beschreven in de regiovisie Gezonde Groningers, Gezonde Zorg⁵⁵. Ook is het netwerk

⁵⁵ [Gezonde Groningers, Gezonde Zorg](#)

Gezond Groningen het overkoepelende verbond om alle betrokken partijen, in verschillende samenstellingen, samen te laten werken aan alle opgaven die leiden tot gezonde Groningers en gezonde zorg. Deze samenwerking bestaat al langere tijd en werkt in tal van netwerken en samenwerkingsverbanden. Wat het netwerk toevoegt, is gelijkgerichtheid, samenhang en synergie. Daarnaast verbindt het netwerk structureel monitoring aan acties, zodat we in de regio weten wat werkt en wat het beste werkt om onze doelen te realiseren.

Gezond Groningen werkt samen op basis van vier actielijnen:

1. Meer doen met beschikbare middelen
2. Meer preventie, welzijn en samenleving (inclusief omgeving)
3. Datagestuurd werken en monitoren
4. Professionals van de toekomst

We voegen daar een vijfde, nieuwe actielijn aan toe: Mentale Gezondheid. Deze actielijn krijgt net als de andere actielijnen twee bestuurlijke trekkers. In deze nieuwe actielijn ‘Mentale gezondheid’ onderscheiden we vijf thema’s, gebaseerd op dit Regioplan Mentale Gezondheid. Het mandaat van de bestuurlijke trekkers is net als in de andere actielijnen gericht op representatie en gelijkgerichtheid.

Voor de governance van actielijn 5 geldt dat Q1 en Q2 van 2024 in het teken zullen staan van verdere concretisering en uitwerking. Hierbij sluiten we vooral aan bij alles wat er al gebeurt in de regio dat bijdraagt aan onze ambitie.

Governance actielijn 5 ‘Mentale gezondheid’

De governance van Actielijn 5: Mentale gezondheid sluit aan bij de governance van de overige actielijnen en ziet er als volgt uit:

1. Twee overall bestuurlijke trekkers: één namens de GGZ, één namens de tien Groningse gemeenten. De bestuurlijke trekkers vertegenwoordigen actielijn 5 ‘Mentale gezondheid’ in het bestuurlijk overleg van het netwerk Gezond Groningen en bewaken daar de samenhang en gelijkgerichtheid met de andere onderdelen.
2. Een stuurgroep, waarin de verschillende sectoren vertegenwoordigd zijn. Zo borgen we bestuurlijke verbinding met de andere sectoren: GGZ, Jeugd-GGZ, ervaringsdeskundigheid, preventie, herstel initiatieven, gemeenten, sociaal werk, kenniswerkplaats onbegrepen gedrag, GGD en de zorgverzekeraar.
3. Actielijn 5 kent vijf thema’s:
 - Thema Preventie
 - Thema Juiste aanbod op het juiste moment
 - Thema Verbeteren doorstroom
 - Thema Instandhouding cruciale voorzieningen:
 - Thema Gezonde arbeidsmarkt

Voor ieder thema worden één of twee regionale trekkers benoemd. Deze regionale trekkers vormen samen het programmateam. Bij de start zorgen we dat er een goede verbinding is met de al bestaande samenwerkingsvormen, zoals de regionale taskforce wachttijden, Platform Mentaal Gezond Groningen, Ketenaanpak Welzijn op Recept, Kenniswerkplaats Onbegrepen Gedrag, Grip op Onbegrip, RTWG-werkgroep SGGZ. Ook de verschillende partijen zijn vertegenwoordigd in het programmateam: GGZ, Menzis, ervaringsdeskundigen, huisartsen, sociaal werk, gemeenten, kennisinstellingen.

4. Kwartiermaker of programmacoördinator. In het eerste kwartaal van 2024 wordt door het Dagelijks

Bestuur van het netwerk Gezond Groningen een kwartiermaker of programmacoördinator aangesteld voor de verdere invulling en uitvoering van actielijn 5.

Bovenstaande houdt in dat de Regionale taskforce wachttijden GGZ van actielijn 1 naar deze nieuwe actielijn 5 gaat. Ook het platform Mentaal Gezond Groningen en de ketenaanpak Welzijn op recept verschuift van actielijn 2 naar deze nieuwe actielijn 5. Binnen genoemde thema’s zullen we veranderateliers inrichten om de gewenste beweging te versnellen en de impact te vergroten.

Voorwaarden als bestaanszekerheid, gezonde en veilige woning, gezonde voeding en een gezonde leefomgeving zijn kritische factoren voor mentale gezondheid. Hiervoor leggen we in het netwerk Gezond Groningen verbinding tussen de verschillende actielijnen en met regionale en provinciale programma’s als Nationaal Programma Groningen, Sociale Agenda, Nij Begun, Regiodeals, Kansen voor Kinderen en de Koploperregio Een thuis voor iedereen.

Onderbouwing, Monitoring en Evaluatie

Bij het maken en uitvoeren van plannen en projecten kijken we voortdurend naar de verhouding tussen het resultaat en de geleverde inspanningen, zodat we de meest impactvolle interventies op een zo groot mogelijke schaal in kunnen zetten. Aan de hand van indicatoren en KPI’s die aansluiten bij de ambities en plannen zien we of de interventies in voldoende mate bijdragen aan het behalen van de gestelde doelen. Eerder beschreven we ook dat we toe willen naar een populatiegerichte benadering die patronen van gebruik van het aanbod in (kleine) gebieden analyseert. Monitoring dient een bouwsteen te zijn van ons ecosysteem dat naast het bieden van inzichten en het volgen van trends ons helpt samen te leren, te evalueren en te ontwikkelen. Daarbij willen we niet alleen gebruik maken van kwantitatieve gegevens maar

ook van procesinformatie en verhalen.

Binnen het netwerk Gezond Groningen hebben we het gebruik en de duiding van gezondheidsdata om de resultaten van de andere actielijnen te monitoren ondergebracht in actielijn 3. We sluiten daarvoor aan bij Lifelines, Datapoort, Noordelijk Digitaal Zorgplatform, Sociaal Planbureau Groningen en de GGD.

Bij het gebruik van digitale informatie gaan we uit van de inwoner, zodat deze de informatie ook kan gebruiken bij het kiezen van passende zorg en voor het inzicht in de te verwachten en daadwerkelijk behaalde resultaten van een behandeling of ander aanbod.

Voor de monitoring van specifieke transities, interventies en projecten maken we gebruik van kennis en informatie van het Rob Giel Onderzoekscentrum, zorgverzekeraars en de Kenniswerkplaats Onbegrepen Gedrag. Verder willen we nadrukkelijk leren van ervaringen in andere regio’s.

Alleen samen met inwoners valt de trend te doorbreken

Als we de trend van toename van mentale gezondheidsproblemen, stijgende zorgvraag en schaarste willen doorbreken, dan kan dat niet zonder een actieve rol van de Groningers zelf. Dan hebben we het over wat Groningers zelf kunnen doen om (mentaal) gezond te blijven, over hun behoefte, maar ook wat zij nodig hebben om gezond te kunnen blijven. Veel inwoners zijn actief in hun eigen leefomgeving, waarin ze zorgen voor elkaar en waarin ze zich inspannen om de omgeving waarin ze met elkaar wonen en leven gezonder te maken. Informele zorg, waar inwonersinitiatieven in voorzien, en mantelzorg worden steeds belangrijker. Daarom hebben inwoners een belangrijke rol in het netwerk Gezond Groningen: als patiënt, als ervaringsdeskundige en als (in)formele zorgverlener. We organiseren dan ook burgerberaden

om de behoefte van inwoners op te halen en onze plannen te toetsen.

Burgerberaden over gezondheid en zorg

In regionale en lokale adviesraden en bewonersorganisaties willen we de behoefte van de inwoners bij ons beleid betrekken. Wat hebben zij nodig om (mentaal) gezond te blijven of gezonder te worden? Tevens vragen we deze groepen inwoners om de plannen in alle actielijnen van het netwerk Gezond Groningen te toetsen. Om deze groepen betrokken en actieve inwoners te bereiken sluiten we aan bij reeds bestaande de initiatieven en netwerken waar inwoners in participeren, zoals Zorgbelang Groningen, Vereniging Groninger Dorpen/Zorgzame Dorpen, Kracht van de Veenkoloniën, Alliantie van Kracht en Inbegrepen als coöperatie voor ervaringsdeskundigheid. Zij brengen met hun kennis en ervaring de behoefte van de inwoners in en kunnen de plannen toetsen aan het inwonersperspectief: zijn gestelde doelen realistisch, sluiten plannen aan bij de wensen en behoeften van inwoners en geeft de voorgestelde aanpak voldoende ruimte om te participeren, individueel en collectief?

Zelfs los van de vraag naar de betaalbaarheid ervan moeten we meer mensen met een grotere behoefte aan zorg helpen met het zorgaanbod van nu. Dat betekent dat we met elkaar keuzes moeten maken: kiezen voor de zorg die de grootste gezondheidswinst oplevert, kiezen voor behoud van gezondheid, kiezen welke zorg door professionals verleend moet worden en wat informele zorgverleners kunnen en willen doen. En vooral kiezen voor de beweging van zorg naar gezondheid, de kerngedachte van het IZA. Die keuzes worden alleen gedragen als we ze samen maken, met inwoners, vrijwilligers, cliënten, met professionals en bestuurders. Want naast de acties en programma’s in dit regioplan is de noodzakelijke verandering in denken en doen van de Groningers als het om gezondheid en zorg gaat misschien wel het belangrijkste speerpunt.

Financiering

Voor de realisatie van al deze interventies hebben we ook middelen nodig. In de regio kennen we verschillende financieringsbronnen die mogelijk helpend kunnen zijn bij de uitvoering van de plannen. Daarmee is natuurlijk niet gezegd dat we zonder meer de beschikking hebben over dit geld. Elke geldstroom kent eigen criteria, voorwaarden, bestedingsdoelen en een governance.

Dat betekent dat we per programma of interventie een koppeling moeten maken met een passende financieringsbron. En dat we vervolgens met elkaar ook de keuze moeten maken c.q. beïnvloeden om de beschikbare middelen hiervoor in te zetten.

Hierbij hanteren we de volgende uitgangspunten:

- De kosten van de transformatie zijn gedekt uit incidentele middelen zodat er geen extra druk wordt gelegd op de exploitatie van de deelnemende partijen.
- We voorkomen dat we teleurstellingen en ongelukken organiseren voor inwoners, professionals, managers en bestuurders door bij alle initiatieven vooraf het besluit te nemen over het perspectief op langere termijn.

Investeringen bestaan uit de volgende categorieën:

- Er zijn incidentele investeringen met een positief effect op het verbeteren van de toegankelijkheid, betaalbaarheid en kwaliteit van ondersteuning en zorg, zonder structurele financiële doorwerking. Het gaat om een incidentele investering die een kortdurende impuls geeft aan de gewenste transformatie.
- Incidentele investeringen in een transformatie waarbij om het positieve effect te continueren ook structurele financiering noodzakelijk is. Bij deze investeringen worden vooraf afspraken gemaakt over de business case, de (on)mogelijkheden van structurele financiering en de noodzakelijke

transparantie van deelnemende partijen over de lasten en de baten op de reguliere exploitatie.

Alle plannen dragen ertoe bij dat er beter passende zorg geboden wordt en dat de mentale gezondheid van de Groningers toeneemt, waardoor er sprake is van een positieve business case binnen de budgetten van de zorg zelf en een positieve MKBA in de zin van het effect op de brede welvaart in de regio. Daarom is het ook passend om in aanvulling op de IZA-transformatiemiddelen ook een beroep te doen op middelen van Nationaal Programma Groningen of de Sociale Agenda. In het programmaplan wordt meer specifiek opgenomen hoe wordt gezorgd voor financiële borging in relatie tot de beschikbare middelen bij de betrokken partijen en de cruciale verschuiving van middelen naar het sociaal domein.

Randvoorwaarden om impact te realiseren

We formuleren ook een aantal randvoorwaarden:

Netwerksamenwerking

- Gedeelde waarden en gelijkgerichtheid op basis van dit regioplan
- Veranderateliers en transitieplannen om onze ambities te realiseren
- Netwerken over de schaduw van de eigen organisatie heen en de transitie benutten om schotten te slechten en zorgen dat ze niet terug groeien
- Expliciet organiseren van samenwerking tussen mensen onderling, tussen organisaties onderling, tussen instituties onderling en in het geheel met elkaar
- Beschikbaarheid uitvoering

Lef

- Stoppen met initiatieven als deze geen of onvoldoende bewijs van verbetering leveren en juist opschalen van bewezen en gedragen initiatieven
- Ruimte om te innoveren

Financiering en regelgeving

- Financiering van de uitvoering van de transitie⁵⁶
- Structureel voldoende middelen voor domeinoverstijgende financiering zowel voor organisatie en coördinatie als voor de uitvoering door aanbieders en informele inwonersinitiatieven,
- Kwaliteitskaders en wet- en regelgeving waardoor bestaande interventies blijvend kunnen worden opgeschaald en uitgevoerd

Data-infrastructuur

- Een data-infrastructuur voor het monitoren van mentale gezondheid

Scope en status document

De aanleiding voor 'Mentale gezondheid is een zaak van alle Groningers' is het IZA, maar de reikwijdte en de looptijd beperken zich niet tot het IZA alleen. De scope van Gezond Groningen, waar dit Regioplan Mentale Gezondheid onder valt, is de gezondheid van de Groningers en alles wat daar aan bijdraagt, van vroege (universele) preventie tot derdelijns zorg. We maken dit plan minstens voor de komende vijf jaar, waarbij we de uitkomsten van de monitoring op de KPI's gebruiken om het plan elk jaar te herijken.

Mentale gezondheid is een zaak van alle Groningers hangt onder de Regiovisie, het Regiobeeld en het volledige Regioplan IZA voor gezondheid in Groningen.

Het heeft daarmee een verplichtend karakter. Zo wordt van de financiers gevraagd dat zij ondersteuning en zorg contracteren in lijn met het Regioplan.

We beschrijven hier de gezamenlijke visie, de richting en de werkagenda en die zijn alle drie niet vrijblijvend: dit is wat we gaan doen en waar alle partijen in het netwerk van Gezond Groningen aan meewerken.

In principe wijken we niet af van de visie en agenda uit Mentale gezondheid is een zaak van alle Groningers (tenzij omstandigheden dat vereisen). Jaarlijks evalueren we dit regioplan en de voortgang van de werkagenda, waarbij we inwoners, cliënten, naasten, ervaringsdeskundigen en professionals betrekken.

⁵⁶ Gedurende de transformatie is ook geld nodig voor de uitvoering van de transitie zelf. Dat kost tijd en menskracht. Er is nu een mismatch tussen de hoeveelheid aan transformatie subsidies en de uitvoering van de zorg zelf. Dat gaat gepaard met een verschuiving tussen de inzet van beroepsgroepen. Voor de implementatie van investeringen en de opbrengsten daarvan voor geheel Groningen is voldoende tijd nodig: 'Tijdens de verbouwing is de winkel open maar er vindt een impactvolle transitie plaats in het hele winkelcentrum en daarbuiten in de hele wijk'. Het plan Mentale gezondheid richt zich op het zo vroeg mogelijk voorkomen van psychische stoornissen. Er zal dan substitutie van middelen voor de uitvoering van netwerkzorg plaats moeten vinden naar Welzijn, met daarbij een slimme en passende vorm van domeinoverstijgende financiering. De uitvoering van de transformatie van plannen kost uiteraard meer tijd dan de planvorming zelf.

Colofon

Redactie: Netwerk Gezond Groningen, <https://gezondgroningen.nl>

Eindredactie: Aletta Advies

Vormgeving: Frissekom

Copyright: Netwerk Gezond Groningen 2023

Contact: info@gezondgroningen.nl





Gezond
Groningen