

Aan de gemeenteraad van Tubbergen

Zaaknummer
1472048

Bijlagen
6

Onderwerp
Raadsbrief nr. 83 2025- Aanvraag Specifieke uitkering transformatiemiddelen
IZA 2024-2027 voor het transformatieplan Mentaal Gezond Twente en samenwerking
gemeenten

Verzenddatum
27 november 2025

Geachte raads- en commissieleden,

Waarover gaat deze brief?

In onze collegevergadering hebben wij gesproken over de samenwerkingsovereenkomst als onderdeel van de de aanvraag van SPUK Transformatiemiddelen voor de uitvoering van het transformatieplan Mentaal Gezond Twente en de hierbij behorende verplichtingen. Ook hebben wij gesproken over de penvoerder -en kassiersfunctie en de verdeling van de middelen.

Ons besluit

1. In te stemmen met de overeenkomst transformatieplan, met bijbehorend financieringsmodel transformatieplan Mentaal Gezond Twente, als onderdeel van het definitieve transformatieplan Mentaal Gezond Twente, waarin de verplichtingen opgenomen zijn die behoren bij de SPUK Transformatiemiddelen en de uitvoering van het transformatieplan Mentaal Gezond Twente.
2. Gemeente Enschede te mandateren de penvoerder -en kassiersfunctie op zich te nemen (voor de aanvraag) van de SPUK Transformatiemiddelen.
3. De SPUK Transformatiemiddelen te verdelen onder de deelnemende gemeenten en Twentse Koers, waarbij de deelnemende gemeenten op basis van inwonersaantal de middelen krijgen voor de KPI's met lokale inspannings -en resultaatverplichting en Twentse Koers verantwoordelijk wordt voor het behalen van de regionale inspannings- en resultaatverplichtingen.
4. Kennis te nemen van het definitieve transformatieplan Mentaal Gezond Twente.
5. De raad te informeren over het transformatieplan en de daarbij behorende samenwerkingsovereenkomst, penvoerder -en kassiersfunctie en de verdeling van de middelen.

Toelichting

Mentale gezondheid onder druk

De mentale gezondheid van inwoners in Twente staat onder druk. De toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid van ondersteuning en zorg voor mensen met mentale klachten wordt steeds uitdagender door een groeiende zorgvraag, een krappe arbeidsmarkt en belemmeringen in samenwerking tussen verschillende domeinen. Deze ontwikkelingen vragen om een fundamentele transformatie binnen de regio, waarbij de focus verschuift van ziekte en zorg naar gezondheid en gedrag. Ook binnen de gemeente Tubbergen wordt het belang van de adoptie van het transformatieplan benadrukt. Voor Tubbergen is een factsheet opgesteld waarin alle relevante cijfers over mentale gezondheid zijn samengebracht. Uit deze gegevens blijkt dat de mentale gezondheid van inwoners onder druk staat. Dit onderstreept de noodzaak van domein overstijgende samenwerking en het belang van het gezamenlijk omarmen van het transformatieplan.

Op 27 mei 2025 heeft het college besloten om in te stemmen met de inhoud van het transformatieplan Mentaal Gezond Twente en daarvoor de lokale inspanning te leveren. Het plan richt zich op het versterken van de mentale veerkracht van inwoners en focust daarbij op drie cruciale bewegingen: een sterke sociale

basis, passende netwerkondersteuning en zorg en digitale ondersteuning. Het plan zorgt voor een optimalere doorstroom in het zorg pad en voorkomt verergering van zorgvraag door duidelijke routes, verkorte wachttijden en het gebruik van laagdrempelige steunpunten.

Het college heeft nu besloten over de samenwerkingsovereenkomst, de penvoerder - en kassiersfunctie en de verdeling van de middelen. De 14 Twentse gemeenten kunnen een gezamenlijke aanvraag indienen voor SPUK-middelen voor de financiering van het transformatieplan Mentaal Gezond Twente gezien het plan is goedgekeurd door de beoordelend zorgverzekeraars, wiens taak landelijk zo is bepaalt. Om de aanvraag in te dienen, behoren de gemeenten akkoord te gaan met de voorwaarden zoals opgenomen in de overeenkomst. Deze voorwaarden gaan bijvoorbeeld over de eisen voor de verantwoording en eventuele terugbetaling van de middelen. Volgens de regeling moeten de samenwerkende gemeenten één gemeente als penvoerder aanwijzen die namens hen de SPUK-aanvraag indient en de middelen verdeelt (kassier). De gemeente Enschede is bereid deze penvoerder - en kassiersfunctie op zich te nemen. Het transformatieplan Mentaal Gezond Twente bevat lokale en regionale inspannings- en resultaatverplichtingen. De gemeenten ontvangen op basis van inwonersaantal de middelen voor het behalen van de lokale verplichtingen. Twentse Koers ontvangt de middelen voor het behalen van de regionale verplichtingen.

Samenhang Wet Integrale Suïcidepreventie

Ook de samenhang tussen het Transformatieplan Mentaal Gezond Twente en de Wet Integrale Suïcidepreventie is van groot belang voor een effectieve aanpak van de mentale gezondheidsuitdagingen. Beide trajecten hebben overlappende thema's, doelgroepen en samenwerkingspartners. De uitvoering van het transformatieplan start begin december 2026, vrijwel gelijktijdig met de inwerkingtreding van de Wet Integrale Suïcidepreventie op 1 januari 2026. Waar mogelijk worden beide trajecten op elkaar afgestemd.

Financiën

De totale kosten (inclusief ambtelijke benodigde capaciteit) voor de gemeenten voor 2025 t/m 2027 worden volledig gedekt vanuit de SPUK transformatiemiddelen IZA 2024-2027 (regionaal). Ook zijn de middelen voldoende om de regionale resultaten te realiseren. Vanaf 2028 dienen de gemeenten zelf de structurele kosten op te vangen. De gemeente Tubbergen is niet automatisch verbonden aan structurele voortzetting van het transformatieplan vanaf 2028, hiervoor zal in 2027 een keuze gemaakt worden. Het is van belang dit tijdig te agenderen in Twente en Tubbergen in het kader van de evaluatie en de prognose richting 2028, zodat kan worden vastgesteld of voortzetting dan logisch en haalbaar is.

Voor de jaren 2025 t/m 2027 wordt er in totaal 16,3 miljoen aan transformatiemiddelen aangevraagd. Dit bedrag bestaat voor ongeveer 7,7 miljoen uit incidentele kosten voor de zorg, 6,9 miljoen incidentele kosten voor gemeenten (Sociaal Domein) en 1,6 miljoen structurele kosten voor gemeenten. Het exacte bedrag dat de gemeente Tubbergen zal ontvangen en de exacte KPI's waaraan moet worden voldaan is nog niet duidelijk.

Als niet aan een deel van de gestelde KPI's wordt voldaan, moet het daaraan gelinkte deel van de ontvangen middelen worden terugbetaald.

Waarom deze raadsbrief?

In artikel 169, tweede lid, van de Gemeentewet staat dat wij de raad alle inlichtingen verschaffen die de raad voor de uitoefening van zijn taak nodig heeft. Wij meenden er daarom goed aan te doen u van ons besluit op de hoogte te stellen. Wij stellen u voor deze raadsbrief voor kennisgeving aan te nemen.

Heeft u nog vragen?

Neem dan contact op met de raadsgriffier. Deze zal uw vragen aan ons college kenbaar maken. De griffier is te bereiken via telefoonnummer (0546) 62 80 00 of e-mailadres griffie@tubbergen.nl

Hoogachtend,

Burgemeester en wethouders van Tubbergen,
de secretaris



Ing. J.L.M. Scholten

de burgemeester



Drs. A.H. Postma

OVEREENKOMST TRANSFORMATIEPLAN

tussen

DE DEELNEMENDE PARTIJ

en

DE FINANCIER

en

DE ZORGVERZEKERAARS

INHOUDSOPGAVE

DE ONDERGETEKENENDEN:

- (1) De deelnemende partij(en) (hierna in enkelvoud: de **Deelnemende Partij**); Gemeente Almelo, Gemeente Borne, Gemeente Dinkelland, Gemeente Enschede, Gemeente Haaksbergen, Gemeente Hellendoorn, Gemeente Hengelo, Gemeente Hof van Twente, Gemeente Losser, Gemeente Oldenzaal, Gemeente Rijssen-Holten, Gemeente Tubbergen, Gemeente Twenterand, Gemeente Wierden en Twentse Koers.
- (2) De financier (hierna in enkelvoud: de **Financier**); Gemeente Enschede.
- (3) De coördinerende zorgverzekeraar (de **Coördinerende Zorgverzekeraar**); Menzis.

tekenbevoegd op basis van een geldige machtiging namens de overige deelnemende zorgverzekeraars die tevens lid zijn van Zorgverzekeraars Nederland (iedere zorgverzekeraar individueel: de **Zorgverzekeraar** en samen met de Coördinerende Zorgverzekeraar: de **Zorgverzekeraars**)

De Deelnemende Partij, de Financier en de Coördinerende Zorgverzekeraar worden hierna gezamenlijk **Partijen** en ieder afzonderlijk **Partij** genoemd.

OVERWEGEN ALS VOLGT:

- (A) In het Integraal Zorg Akkoord van september 2022 (versie 1.0, het **IZA**) hebben onder andere Zorgverzekeraars Nederland (**ZN**), het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (**Ministerie van VWS**), de Nederlandse Zorgautoriteit (**NZa**), de Vereniging van Nederlandse Gemeenten (**VNG**) en een groot aantal overkoepelende organisaties van ziekenhuizen, de geestelijke gezondheidszorg en ouderenzorg (samen met ZN, Ministerie van VWS, NZa en VNG hierna: **IZA-Partijen**) afspraken gemaakt ten behoeve van het toegankelijk en betaalbaar houden van de zorg in de toekomst.
- (B) De IZA-Partijen zijn overeengekomen dat een brede transformatie in de zorg nodig is. De IZA-Partijen zijn hierover al langere tijd met elkaar in gesprek. Voor de context, achtergrond en invulling van de beoogde transformatie wordt in ieder geval verwezen naar de volgende door IZA-Partijen vastgestelde documenten: (i) het IZA en (ii) het Beoordelingskader Impactvolle zorgtransformaties en inzet transformatiemiddelen (het **Beoordelingskader**, **Bijlage 1**).
- (C) Partijen zijn in het Transformatieplan (zoals hierna gedefinieerd) (**Bijlage 2**) afspraken en doelstellingen overeengekomen over hoe de aangevraagde Transformatiemiddelen (zoals hierna gedefinieerd) worden ingezet. De Deelnemende Partijen (zoals hierna gedefinieerd) zijn limitatief opgenomen in het Transformatieplan.¹
- (D) Deze Overeenkomst Transformatieplan is alleen van toepassing indien de kosten van (onderdelen van) het Transformatieplan niet via de Zorgverzekeraars kunnen worden gefinancierd, omdat het geen Zvw²-kosten betreffen. Deze Overeenkomst Transformatieplan

¹ Verschillende partijen kunnen betrokken zijn bij een Transformatieplan: Zvw-aanbieders, Wlz-aanbieders, Wmo-aanbieders, een gemeente, een collectief van gemeenten, mandaatgemeenten et cetera. Indien sprake is van meerdere Deelnemende Partijen die actief zijn in hetzelfde domein is in principe sprake van één overeenkomst over de regels voor de uitvoering van het Transformatieplan, de rechten en verplichtingen over en weer, en de financiering ervan. Indien deze Deelnemende Partijen actief zijn in verschillende zorgdomeinen worden in principe meerdere separate overeenkomsten gesloten. Deze overeenkomsten zijn via het Transformatieplan onlosmakelijk met elkaar verbonden en onderdeel van de contractuele verhouding tussen de Deelnemende Partijen. De Deelnemende Partijen erkennen in dat kader het belang van coördinatie en communicatie en spannen zich maximaal in om te borgen dat iedere Deelnemende Partij de afspraken – ook indien de financiering in separate overeenkomsten is geregeld – in de overeenkomsten na kan komen.

² Bekostiging door zorgverzekeraars vanuit de reguliere contractafspraken of door middel van inzet van transformatiemiddelen.

ziet alleen op de uitbetaling van de Transformatiemiddelen aan een Deelnemende Partij door de Financier (al dan niet via een gemeenschappelijke mandaatregeling of andersoortige gemeentelijke samenwerking) via de door de Minister van VWS verstrekte specifieke uitkering 'Regeling specifieke uitkering transformatiemiddelen IZA 2024-2027 (SPUK).

- (E) Partijen onderschrijven dat deze Overeenkomst Transformatieplan – gelet op het onzekere karakter van (het verloop en de uitkomst van) het 'transformatieproject' – voortvloeit uit de afspraken zoals opgenomen in de huidige versie van het IZA en het Beoordelingskader en niet uitputtend in alle regels en/of toekomstige wijzigingen van het IZA en het Beoordelingskader kan voorzien. Indien dit tot een onredelijke situatie leidt, dan zullen Partijen zo spoedig mogelijk in overleg treden en daarbij redelijkheid en billijkheid betrachten met inachtneming van de belangen van de andere Partij.
- (F) De Zorgverzekeraars hebben de Coördinerende Zorgverzekeraar gemachtigd onderhavige Overeenkomst Transformatieplan namens hen te ondertekenen.

KOMEN OVEREEN ALS VOLGT:

1 DEFINITIES

1.1 Definitielijst

1.1.1 In deze Overeenkomst Transformatieplan worden de volgende definities gehanteerd:

- (a) Deelnemende Partij: indien een partij betrokken is bij de uitvoering van het Transformatieplan kwalificeert de partij als Deelnemende Partij³;
- (b) Financier: indien een partij (al dan niet via een gemeenschappelijke mandaatregeling of een andersoortige gemeentelijke samenwerking) verantwoordelijk is voor de verstrekking van Transformatiemiddelen aan de Deelnemende Partij onder deze Overeenkomst Transformatieplan, dan kwalificeert deze partij als Financier;
- (c) Mijlpalen: het recht op Transformatiemiddelen is gekoppeld aan tussentijdse mijlpalen of één mijlpaal (of *key performance indicators*, kpi's), die zijn neergelegd in het Transformatieplan. Een Mijlpaal kan een inspannings- of een resultaatsverplichting zijn, waaraan de Deelnemende Partijen zich conformeren;
- (d) Overeenkomst Transformatieplan: in onderhavige overeenkomst zijn de rechten en verplichtingen voortvloeiend uit het Transformatieplan vastgelegd;
- (e) Transformatieplan: de inzet van Transformatiemiddelen is gekoppeld aan een transformatieplan voor een impactvolle transformatie. Het Transformatieplan maakt als Bijlage 2 bij deze Overeenkomst Transformatieplan onlosmakelijk onderdeel uit van de contractuele verhouding tussen Partijen;
- (f) Transformatiemiddelen: het budget dat ten behoeve van het verstrekken van een SPUK aan de Financier vanuit het Zorgverzekeringsfonds ter beschikking wordt gesteld op de begroting van de uitgaven en ontvangsten van het Ministerie van VWS. Er zijn vanuit het coalitieakkoord tijdelijke transformatiemiddelen van in totaal € 2,8 miljard⁴

³ Niet is vereist dat een Zvw-aanbieder betrokken is bij het Transformatieplan.

⁴ Hiervan is bij ontwerp-begroting 2023 en eerste suppletoire begroting 2023 € 0,4 miljard toegevoegd aan de begroting van VWS ten behoeve van een aantal IZA-afspraken waarvan bekostiging via de begroting in plaats van via zorgverzekeraars logisch is, zie Kamerstukken 2022-2023, 31 765, nr. 792.

voor de periode 2023-2027 beschikbaar gesteld om de transformatie in de zorg te ondersteunen, en

- (g) Zorg: handelingen van de Deelnemende Partij op het gebied van zorg en welzijn, waaronder ondersteuning, die niet vallen onder zorg of overige diensten als bedoeld in artikel 11, eerste lid, onderdeel a, van de Zorgverzekeringswet.

1.2 **Rol deelnemer**

- 1.2.1 Een deelnemer kan afhankelijk van haar rol in het Transformatieplan bij deze Overeenkomst Transformatieplan betrokken zijn als Deelnemende Partij en/of als Financier.

2 **VOORWAARDEN**

2.1 **Voorwaarden Overeenkomst Transformatieplan**

- 2.1.1 Partijen dienen gedurende de looptijd van deze Overeenkomst Transformatieplan aan de volgende voorwaarden te (blijven) voldoen:
 - (a) De Deelnemende Partij en Financier houden zich aan de inhoud van het goedgekeurde Transformatieplan, waaronder de daarin opgenomen Mijlpalen, de in het Transformatieplan overeengekomen termijnen waarbinnen de Mijlpalen moeten zijn behaald en de overige afspraken. In geval van strijdigheid van bepalingen in deze Overeenkomst Transformatieplan met de inhoud van het Transformatieplan, prevaleert het bepaalde in deze Overeenkomst Transformatieplan.
 - (b) De inzet van Transformatiemiddelen is incidenteel, voor een bepaalde periode van maximaal vijf jaar, en dus niet structureel.
 - (c) Transformatiemiddelen zijn additioneel ten opzichte van andere geldstromen beschikbaar vanuit de Financier. Transformatiemiddelen kunnen en mogen niet aangewend worden als vergoeding voor Zorg waarvoor via een andere wijze van financiering (bijv. bestaande Wmo-middelen) al een vergoeding ontvangen wordt of kan worden ontvangen (geen dubbele vergoedingen). De kosten die vergoed worden met Transformatiemiddelen mogen niet (ook) op een andere manier bekostigd worden (bijvoorbeeld vergoeding uit hoofde van een subsidie of een van rijkswege beschikbare vergoeding), noch mag sprake zijn van overcompensatie. Zodra sprake blijkt van dubbele bekostiging en/of overcompensatie ten aanzien van activiteit(en) in het kader van het Transformatieplan, zijn de Zorgverzekeraars en/of de Financier gerechtigd deze Overeenkomst Transformatieplan overeenkomstig artikel 4.2 te ontbinden en is de (dubbele) vergoeding op grond van deze Overeenkomst Transformatieplan onverschuldigd betaald en kan deze vergoeding worden teruggevorderd.
 - (d) De Financier dient tijdig en juist een SPUK-aanvraag in bij de Minister van VWS en de Deelnemende Partij verleent hieraan voor zover nodig haar medewerking.
 - (e) De Financier staat ervoor in dat is voldaan aan de voorwaarden zoals gesteld in de SPUK(-beschikking), waaronder de verantwoordingseisen van de Minister van VWS op grond van artikel 17a van de Financiële-verhoudingswet.

2.2 **Aanvullende administratie- en transparantievoorwaarden**

2.2.1 In aanvulling op de voorwaarden zoals genoemd in artikel 2.1 dient de Deelnemende Partij gedurende de looptijd van deze Overeenkomst Transformatieplan aan de volgende administratie- en transparantievoorwaarden te voldoen:

- (a) De Deelnemende Partij is verplicht een adequate (juiste, tijdige en volledige) administratie bij te houden en op eerste verzoek van de Coördinerende Zorgverzekeraar en/of Financier inzicht te verschaffen in deze administratie voor zover deze betrekking heeft op de inhoud van het Transformatieplan, inclusief geleverde inspanningen (bij een inspanningsverplichting), de behaalde resultaten (bij een resultaatsverplichting) en de daadwerkelijk voor de uitvoering van het Transformatieplan gemaakte kosten.
- (b) De Deelnemende Partij is verplicht de werkzaamheden inclusief coördinatie daarvan zoals opgenomen in het Transformatieplan af te stemmen met de Deelnemende Partijen.
- (c) De Deelnemende Partij is verplicht op eerste verzoek van de Coördinerende Zorgverzekeraar en/of Financier medewerking te verlenen aan controles op rechtmatigheid, waaronder een controle op overcompensatie van betaalde Transformatiemiddelen, en het verstrekken van gegevens ten behoeve daarvan.
- (d) De Deelnemende Partij is verplicht verkregen resultaten van en kennis over de betreffende transformatie om niet aan andere zorgaanbieders en/of overige gerelateerde partijen ter beschikking te stellen ter voorkoming van onbedoelde concurrentievoordelen. Het Ministerie van VWS coördineert de wijze waarop deze informatie wordt gedeeld en de Deelnemende Partij verleent zijn actieve medewerking daaraan.

2.2.2 De Deelnemende Partij stemt door ondertekening van deze Overeenkomst Transformatieplan op voorhand in met de uitwisseling van administratieve informatie tussen de Zorgverzekeraars onderling, voor zover dat noodzakelijk is voor de uitvoering van het Transformatieplan, monitoring van de voortgang, controle op het behalen van de Mijlpalen, geleverde inspanningen en toets op de daadwerkelijk gemaakte kosten.

2.3 **Wijziging Transformatieplan**

2.3.1 Iedere Zorgverzekeraar en de Deelnemende Partij – uitsluitend in geval van consensus van alle Deelnemende Partijen – kunnen bij de Coördinerende Zorgverzekeraar een verzoek tot wijziging van het Transformatieplan indienen. De wijziging wordt beoordeeld door de Coördinerende Zorgverzekeraar samen met de tweede beoordelende Zorgverzekeraar. De overige Zorgverzekeraars en de Financier zijn onverkort en integraal gebonden aan de uitkomst van deze beoordeling.

2.3.2 Indien de wijziging van het Transformatieplan wordt goedgekeurd, dan zijn Partijen verplicht een addendum bij deze Overeenkomst Transformatieplan overeen te komen dat aan dezelfde eisen zoals opgenomen in deze Overeenkomst Transformatieplan voldoet.

2.3.3 Indien het Transformatieplan in het geheel wordt vervangen door een nieuw transformatieplan, dan komen Partijen een nieuwe overeenkomst ter vervanging van onderhavige Overeenkomst Transformatieplan overeen. Partijen zullen onderhavige Overeenkomst Transformatieplan in dat geval met wederzijds goedvinden beëindigen. Reeds

op grond van deze Overeenkomst Transformatieplan gedane betalingen blijven in stand en kunnen niet worden teruggevorderd.

- 2.3.4 Indien voor de wijziging en/of vervanging van het Transformatieplan onvoldoende dekking bestaat op grond van de SPUK, dan kan een Deelnemende Partij geen aanspraak maken op een wijziging en/of vervanging van het Transformatieplan.

2.4 Vervanging Deelnemende Partij

- 2.4.1 Partijen kunnen – uitsluitend in geval van consensus van alle Deelnemende Partijen – besluiten de Deelnemende Partij te vervangen door een andere deelnemer. In dat geval zijn Partijen verplicht een addendum bij deze Overeenkomst Transformatieplan overeen te komen dat aan dezelfde eisen zoals opgenomen in deze Overeenkomst Transformatieplan voldoet.

3 BETALINGSPROCEDURE

3.1 Algemeen

- 3.1.1 De Coördinerende Zorgverzekeraar en de tweede beoordelende Zorgverzekeraar beoordelen en beslissen mede namens de Financier of de Deelnemende Partij in aanmerking komt voor betaling van de Transformatiemiddelen (zie artikel 3.3 van deze Overeenkomst Transformatieplan). Na goedkeuring kan de Deelnemende Partij de aanvraag voor Transformatiemiddelen indienen bij de Financier.
- 3.1.2 Het recht van de Deelnemende Partij op Transformatiemiddelen ontstaat, indien een Mijlpaal zoals opgenomen in het Transformatieplan door de Deelnemende Partij is behaald (zie artikel 3.2 van deze Overeenkomst Transformatiemiddelen) en aan de voorwaarden in deze Overeenkomst Transformatieplan is voldaan.⁵

3.2 Mijlpalen

- 3.2.1 Het recht op Transformatiemiddelen is gekoppeld aan het behalen van de Mijlpalen zoals opgenomen in het Transformatieplan van de Deelnemende Partij. De hoogte van de daarbij behorende beschikbaar gestelde Transformatiemiddelen (per kpi) is opgenomen in **Bijlage 3**⁶ bij deze Overeenkomst Transformatieplan.
- 3.2.2 De Coördinerende Zorgverzekeraar en de tweede beoordelende Zorgverzekeraar beoordelen of de Deelnemende Partij de betreffende Mijlpaal heeft behaald en delen het oordeel met de Deelnemende Partij, de overige Zorgverzekeraars en de Financier. De Deelnemende Partij is verplicht medewerking te verlenen aan deze beoordeling. Indien de beoordeling niet tijdig binnen vier weken na het verstrijken van de behaaldatum voor de Mijlpaal zoals opgenomen in het Transformatieplan wordt uitgevoerd, dan wordt de Mijlpaal geacht te zijn behaald ten aanzien van de betaalverplichting, mits de Deelnemende Partij naar het oordeel van de Coördinerende Zorgverzekeraar volledig heeft voldaan aan de administratie- en transparantieverplichtingen zoals bedoeld in artikel 2.2 van deze Overeenkomst Transformatieplan.
- 3.2.3 De Deelnemende Partij verplicht zich door ondertekening van deze Overeenkomst Transformatieplan de Mijlpalen zoals opgenomen in het Transformatieplan binnen de daarvoor gestelde behaaldata te behalen.

⁵ De mogelijkheid van bevoorschotting is niet in deze Overeenkomst Transformatieplan geregeld. Indien de Financier en de Deelnemende Partij in dat kader afspraken wensen te maken, dienen zij dit in een separate overeenkomst vast te leggen.

⁶ Dit overzicht is afkomstig van de Database Transformatieplannen.

3.3 Betaling

- 3.3.1 De Financier verplicht zich om de aan de Mijlpalen gekoppelde bedragen uit te betalen overeenkomstig hetgeen is opgenomen in artikel 3.2 van deze Overeenkomst Transformatieplan, indien aan de voorwaarden in deze Overeenkomst Transformatieplan is voldaan. De Deelnemende Partij kan zich ten behoeve van de betaling uitsluitend tot de Financier wenden, en niet tot de Zorgverzekeraars (waaronder de Coördinerende Zorgverzekeraar) en/of de Minister van VWS.

4 OVERIGE BEPALINGEN

4.1 Duur

- 4.1.1 Deze Overeenkomst Transformatieplan is aangegaan voor bepaalde duur, te weten voor de periode van de beoogde transformatie zoals opgenomen in het Transformatieplan. Deze Overeenkomst Transformatieplan eindigt van rechtswege per de datum dat het IZA eindigt of komt te vervallen.
- 4.1.2 Verplichtingen welke naar hun aard bestemd zijn om ook na beëindiging van deze Overeenkomst Transformatieplan voort te duren blijven ook na beëindiging van deze Overeenkomst Transformatieplan bestaan.

4.2 Niet-nakoming en ontbinding

- 4.2.1 Partijen zijn gerechtigd deze Overeenkomst Transformatieplan met opgaaf van redenen met onmiddellijke ingang buitengerechtelijk te ontbinden, indien:
- (i) sprake is van een situatie zoals bedoeld in artikel 2.1.1 onder Error: Reference source not found van deze Overeenkomst Transformatieplan;
 - (ii) blijkt dat (een wijziging en/of vervanging van) het Transformatieplan ten onrechte is goedgekeurd;
 - (iii) de Minister van VWS de SPUK-aanvraag van de Financier afkeurt en/of de Minister van VWS het verzoek om herziening van de SPUK-beschikking afwijst;
 - (iv) de Minister van VWS een besluit neemt ten aanzien van de wijziging, intrekking of vaststelling van de SPUK die aanleiding tot ontbinding geeft;
 - (v) een van de Partijen tekortschiet in de nakoming van (één van) haar verplichting(en) uit deze Overeenkomst Transformatieplan, daarvan op de hoogte is gesteld door de andere Partij door middel van een met redenen omkleed geschrift en niet binnen de door de andere Partij gestelde redelijke termijn is overgegaan tot adequaat herstel. Indien nakoming van de betreffende verplichting(en) reeds blijvend onmogelijk is, is de betreffende Partij van rechtswege in verzuim;
 - (vi) een Deelnemende Partij surseance van betaling aanvraagt of het faillissement van de Deelnemende Partij wordt aangevraagd; of
 - (vii) het kabinet besluiten neemt met betrekking tot de afspraken in het IZA over impactvolle transformaties, de afspraken zoals opgenomen in deze Overeenkomst Transformatieplan en/of de beschikbaarheid van Transformatiemiddelen, die aanleiding tot ontbinding geven.

- 4.2.2 Het rechtsgevolg van ontbinding van deze Overeenkomst Transformatieplan is dat de afspraken zoals opgenomen in het Transformatieplan eindigen. De aanspraken op Transformatiemiddelen (met uitzondering van eerdere betalingen die na het behalen van een bepaalde Mijlpaal reeds zijn betaald) komen in dat geval per direct te vervallen zonder dat de Zorgverzekeraars en de Financier daarvoor op enigerlei wijze aansprakelijk zijn jegens de Deelnemende Partij. In geval van dubbele bekostiging (artikel 4.2.1 onder (i)) is het rechtsgevolg van ontbinding van deze Overeenkomst Transformatieplan dat de aanspraken op Transformatiemiddelen per direct komen te vervallen, en dat enig ten onrechte dubbel betaald bedrag kan worden teruggevorderd.
- 4.2.3 Op het moment dat één van de Partijen redelijkerwijs voorziet of vermoedt dat zij haar verplichtingen niet nakomt, dient deze Partij de andere Partij hier onverwijld schriftelijk van op de hoogte te stellen.
- 4.2.4 De Deelnemende Partij overlegt met de Coördinerende Zorgverzekeraar en de Financier voordat een besluit genomen wordt over het (gedeeltelijk) overdragen van de zeggenschap, fusie, omzetting, splitsing of het aangaan of verbreken van een duurzame samenwerking met een andere partij en de mogelijke impact daarvan op deze Overeenkomst Transformatieplan.
- 4.3 **Overdraagbaarheid**
- 4.3.1 Vorderingsrechten uit hoofde van deze Overeenkomst Transformatieplan kunnen door de Deelnemende Partij niet aan andere rechtspersonen worden overgedragen, behoudens in het kader van een fusie (met inachtneming van artikel 4.2.4 van deze Overeenkomst Transformatieplan). Met dit verbod is tussen Partijen goederenrechtelijke werking beoogd in de zin van artikel 3:83 lid 2 van het Burgerlijk Wetboek.
- 4.4 **Strijdigheid**
- 4.4.1 In geval van strijdigheid van bepalingen in deze Overeenkomst Transformatieplan met de inhoud van het Beoordelingskader, het Transformatieplan (inclusief Mijlpalen) en/of de overeenkomst zoals overeengekomen tussen de Deelnemer en de Financier, prevaleert het bepaalde in deze Overeenkomst Transformatieplan.
- 4.4.2 De overeenkomst zoals benoemd in artikel 4.4.1 kan geen afbreuk doen aan het bepaalde in deze Overeenkomst Transformatieplan.
- 4.5 **Toepasselijk recht**
- 4.5.1 Op de rechten en verplichtingen van Partijen op grond van deze Overeenkomst Transformatieplan en alle contractuele en niet-contractuele verbintenissen verband houdende daarmee is Nederlands recht van toepassing.
- 4.6 **Geschilbeslechting**
- 4.6.1 Eventuele geschillen voortvloeiende uit of verband houdende met deze Overeenkomst Transformatieplan zullen uitsluitend worden beslecht door de daartoe bevoegde Nederlandse rechter.
- 4.7 **Ondertekening**
- 4.7.1 Partijen verklaren dat ondertekening heeft plaatsgevonden door een daartoe bevoegd persoon.

4.7.2 De Zorgverzekeraars verklaren dat ondertekening heeft plaatsgevonden op basis van een machtiging door (een daartoe bevoegd persoon van) de Coördinerende Zorgverzekeraar.

--	--	--	--

[Naam]
Gemeente Almelo

[Naam]
Gemeente Borne

[Naam]
Gemeente Dinkelland

[Naam]
Gemeente Enschede

--	--	--	--

[Naam]
Gemeente
Haaksbergen

[Naam]
Gemeente
Hellendoorn

[Naam]
Gemeente Hengelo

[Naam]
Gemeente Hof van
Twente

--	--	--	--

[Naam]
Gemeente Losser

[Naam]
Gemeente Oldenzaal

[Naam]
Gemeente Rijssen-
Holten

[Naam]
Gemeente Tubbergen

--	--	--	--

[Naam]
Gemeente Twenterand

[Naam]
Gemeente Wierden

[Naam]
Twentse Koers

[Naam]
Menzis Coördinerende
zorgverzekeraar

5 Bijlagen

5.1 Bijlage 1. het Beoordelingskader

Bijgevoegd

5.2 Bijlage 2. Transformatieplan Mentaal Gezond Twente

Bijgevoegd

5.3 Bijlage 3. Mijlpalenformat Mentaal Gezond Twente

Bijgevoegd

5.4 Bijlage 4 Financieringsmodel Transformatieplan Mentaal Gezond Twente Gemeenten

Bijgevoegd

Naam	Omschrijving	Geplande datum (d-m-jijj)	Resultaatverplichting/Inspanning sverplichting	Verwachte bewijslast	Totaalbedrag (in hele euro's)	Toelichting bedrag	DNR.000041 - Monitoring	DNR.000041 - Betaling	DNR.000514 - Betaling	
0. Programmaoverstijgend	Transformatieplan Mentaal Gezond Twente opgeleverd (inclusief reeds gemaakte kosten instapteams regio Hengelo en Enschede).	30-6-2025	Inspanningsverplichting	Ingediend en goedgekeurd transformatieplan Mentaal Gezond Twente	€	1.237.000		€	585.000 €	652.000
0. Programmaoverstijgend	De samenwerkingsovereenkomst is opgesteld en ondertekend door risicodragende partijen.	30-10-2025	Inspanningsverplichting	Ondertekende samenwerkingsovereenkomst						
0. Programmaoverstijgend	Er is een 0-meting uitgevoerd (ijkmoment 01-07-2025) voor het bepalen van de omvang van de ggz-wachtlijst o.b.v. cijfers Mediant, Dimence en Tactus.	31-12-2025	Inspanningsverplichting	Uitkomst van 0-meting met onderbouwing o.b.v. cijfers Mediant, Dimence, Tactus	€	150.000	Afname a.g.v. VG, DOCO, consult.func. over 2025 (totaal 6 maanden) en eerste 6 maanden van 2026	€	71.000 €	79.000
0. Programmaoverstijgend	De omvang van de oorspronkelijke ggz-wachtlijst bij Mediant, Dimence en Tactus (KPI #3) is op 01-07-2026 met 155 gedaald ten opzichte van de 0-meting als gevolg van de effecten van Mentaal Gezond Twente	31-12-2026	Resultaatverplichting	Status omvang oorspronkelijke wachtlijst met onderbouwing cijfers Mediant, Dimence, Tactus	€	150.000	Afname a.g.v. VG, DOCO, consult.func. over 2025 (totaal 6 maanden), geheel 2026 en eerste 6 maanden	€	71.000 €	79.000
0. Programmaoverstijgend	De omvang van de oorspronkelijke ggz-wachtlijst bij Mediant, Dimence en Tactus (KPI #3) is op 01-07-2027 met 437 gedaald ten opzichte van de 0-meting als gevolg van de effecten van Mentaal Gezond Twente.	31-12-2027	Resultaatverplichting	Status omvang oorspronkelijke wachtlijst met onderbouwing cijfers Mediant, Dimence, Tactus	€	150.000		€	71.000 €	79.000
1. Adoptie van het netwerkgedachtegoed vanuit de visie positieve gezondheid	De centrale communicatiestrategie is opgeleverd, inclusief doelgroepsegmentatie en gedragsopgave, en wordt onderschreven door minimaal 70% van de betrokken partijen binnen mentale gezondheid.	31-3-2026	Inspanningsverplichting	Een met handtekeningen ondertekend strategiedocument waaruit de accordering blijkt, door minimaal 70% de gemandateerden vanuit de voorafvastgestelde betrokken sectoren. Het wel of niet behalen van de KPI wordt besproken in het financieel monitoringsoverleg met verzekeraar.	€	988.000		€	467.500 €	520.500
1. Adoptie van het netwerkgedachtegoed vanuit de visie positieve gezondheid	Er is een tactisch mediaplan opgeleverd waarin distributiestrategieën voor zowel inwoners als professionals zijn opgenomen, gekoppeld aan doelgroep-specifieke touchpoints.	30-6-2026	Inspanningsverplichting	Tactisch mediaplan	€	988.000		€	467.500 €	520.500
1. Adoptie van het netwerkgedachtegoed vanuit de visie positieve gezondheid	Bij de uitvoering (fase 4 en 5) van de communicatiestrategie geeft minimaal 70% van de deelnemende organisaties actief en passend richtbaarheid aan de campagne via eigen kanalen, passend bij hun doelgroep (zoals nieuwsbrief, intranet of social media). Dit vindt plaats onder actieve begeleiding en coördinatie van het communicatiebureau.	31-12-2026	Inspanningsverplichting	Overzicht van organisaties die actief uitvoering geven aan communicatieplan, via het communicatiebureau	€	988.000		€	467.500 €	520.500
1. Adoptie van het netwerkgedachtegoed vanuit de visie positieve gezondheid	We bereiken minimaal 40.000 unieke inwoners in Twente via de campagne en informatielijn.	30-6-2027	Inspanningsverplichting	Gemeten via online impressies, traffic en events.	€	1.755.000		€	830.000 €	925.000
2. Verkennend gesprek	In samenwerking met gemeenten, zorgaanbieders en welzijnspartijen is een regionaal kader vastgesteld waarin de werkwijze voor het verkennend gesprek is uitgewerkt. De werkspraken zijn gekaderd door landelijke kaders en bevatten onder meer doelgroepselectie, betrokken professionals, timing van het gesprek en randvoorwaarden voor lokale implementatie.	31-12-2025	Inspanningsverplichting	Een gedocumenteerd regionaal kader dat is vastgesteld in samenwerking met gemeenten, zorgaanbieders en welzijnspartijen	€	127.000		€	60.000 €	67.000
2. Verkennend gesprek	In samenwerking met gemeenten, zorgaanbieders en welzijnspartijen zijn lokale kaders vastgesteld, waarin de lokale werkwijze van het verkennend gesprek is uitgewerkt voor de 14 gemeenten. Die werkspraken zijn gekaderd door de landelijke kaders en baseren zich op criteria voor doelgroepselectie, betrokken professionals, timing van het gesprek en randvoorwaarden voor lokale implementatie.	31-3-2026	Inspanningsverplichting	Een door alle betrokken gemeenten, zorgaanbieders en welzijnspartijen ondertekend document waarin de lokale werkwijze is beschreven	€	208.000		€	98.500 €	109.500
2. Verkennend gesprek	De professionals (90%) die het verkennend gesprek gaan uitvoeren (wie en hoe volgt uit werkwijze zoals hierboven opgesteld) zijn geschoold in de netwerkinname.	31-3-2026	Inspanningsverplichting	Certificaat van geslaagde afronding eLearning	€	208.000		€	98.500 €	109.500
2. Verkennend gesprek	Vanaf 1-1-2025 hebben 100 verkennende gesprekken in de regio Twente plaatsgevonden.	31-12-2025	Inspanningsverplichting	De verkennende gesprekken die worden gevoerd in beide sub-regio's worden geregistreerd in een rapportage tool (MS Forms) die reeds is ontwikkeld door het Saxion. Er zal elk kwartaal een uitdraai worden gemaakt van de registratietool om het aantal Verkennende Gesprekken die zijn gevoerd te monitoren. De kerngroep haalt deze informatie op in de regio en rapporteert hierover aan de stuurgroep. Aan het eind van het jaar wordt een totaaloverzicht gemaakt van het aantal gevoerde gesprekken door de kerngroep en dit wordt als bewijslast aangeboden aan de stuurgroep. De stuurgroep bepaalt dan in gezamenlijkheid met de zorgverzekeraar of de KPI is gehaald.	€	127.000		€	60.000 €	67.000

2. Verkennd gesprek				De verkennde gesprekken die worden gevoerd in beide sub-regio's worden geregistreerd in een rapportage tool (MS Forms) die reeds is ontwikkeld door het Saxion. Er zal elk kwartaal een uitdraai worden gemaakt van de registratietool om het aantal Verkennde Gesprekken die zijn gevoerd te monitoren. De kerngroep haalt deze informatie op in de regio en rapporteert hierover aan de stuurgroep. Aan het eind van het jaar wordt een totaaloverzicht gemaakt van het aantal gevoerde gesprekken door de kerngroep en dit wordt als bewijslast aangeboden aan de stuurgroep. De stuurgroep bepaalt dan in gezamenlijkheid met de zorgverzekeraar of de KPI is gehaald.								€	208.000	€	98.500	€	109.500
Vanaf 1-1-2026 hebben 650 verkennde gesprekken in de regio Twente plaatsgevonden.				31-12-2026	Inspanningsverplichting												

2. Verkennd gesprek						De verkennde gesprekken die worden gevoerd in beide sub-regio's worden geregistreerd in een rapportage tool (MS Forms) die reeds is ontwikkeld door het Saxion. Er zal elk kwartaal een uitdraai worden gemaakt van de registratietool om het aantal Verkennde Gesprekken die zijn gevoerd te monitoren. De kerngroep haalt deze informatie op in de regio en rapporteert hierover aan de stuurgroep. Aan het eind van het jaar wordt een totaaloverzicht gemaakt van het aantal gevoerde gesprekken door de kerngroep en dit wordt als bewijslast aangeboden aan de stuurgroep. De stuurgroep bepaalt dan in gezamenlijkheid met de zorgverzekeraar of de KPI is gehaald.							
Vanaf 1-1-2027 hebben 1.300 verkennde gesprekken in de regio Twente plaatsgevonden.	31-12-2027	Inspanningsverplichting	€	429.000	€	203.000	€	226.000					

2. Verkenkend gesprek				De verkenkende gesprekken die worden gevoerd in beide sub-regio's worden geregistreerd in een rapportage tool (MS Forms) die reeds is ontwikkeld door het Saxion. In deze tool wordt ook geregistreerd welk advies voor 'verwijzing' wordt gedaan. Elk kwartaal wordt een uitdraai gemaakt van de 'verwijzingen'. Vervolgens worden het aantal verwijzingen naar specialistische GGZ afgezet tegen het totaal. Op basis hiervan wordt inzichtelijk welk percentage wordt doorverwezen naar de specialistische GGZ. De kerngroep verzamelt deze informatie en rapporteert hierover aan de stuurgroep. Aan het eind van het jaar wordt een totaaloverzicht gemaakt van het verwijzingen naar de specialistische GGZ afgezet tegen het totaal en dit wordt als bewijslast aangeboden aan de stuurgroep. De stuurgroep bepaalt dan in gezamenlijkheid met de zorgverzekeraar of de KPI is gehaald.							
Vanaf 1-1-2025 zal van het aantal gevoerde verkenkende gesprekken, maximaal 78% zijn toegelijd naar de specialistische ggz.				31-12-2025	Resultaatverplichting	€	127.000	€	60.000	€	67.000

2. Verkennd gesprek		De verkennde gesprekken die worden gevoerd in beide sub-regio's worden geregistreerd in een rapportage tool (MS Forms) die reeds is ontwikkeld door het Saxion. In deze tool wordt ook geregistreerd welk advies voor 'verwijzing' wordt gedaan. Elk kwartaal wordt een uitdraai gemaakt van de 'verwijzingen'. Vervolgens worden het aantal verwijzingen naar specialistische GGZ afgezet tegen het totaal. Op basis hiervan wordt inzichtelijk welk percentage wordt doorverwezen naar de specialistische GGZ. De kerngroep verzamelt deze informatie en rapporteert hierover aan de stuurgroep. Aan het eind van het jaar wordt een totaaloverzicht gemaakt van het verwijzingen naar de specialistische GGZ afgezet tegen het totaal en dit wordt als bewijslast aangeboden aan de stuurgroep. De stuurgroep bepaalt dan in gezamenlijkheid met de zorgverzekeraar of de KPI is gehaald.									
Vanaf 1-1-2026 zal van het aantal gevoerde verkennde gesprekken, maximaal 73% zijn toegeleid naar de specialistische ggz.	31-12-2026	Resultaatverplichting	€	208.000	€	98.500	€	109.500			

2. Verkennend gesprek

Vanaf 1-1-2027 zal van het aantal gevoerde verkennende gesprekken, maximaal 68% zijn toegeleid naar de specialistische ggz.	31-12-2027	Resultaatverplichting	De verkennende gesprekken die worden gevoerd in beide sub-regio's worden geregistreerd in een rapportage tool (MS Forms) die reeds is ontwikkelt door het Saxion. In deze tool wordt ook geregistreerd welk advies voor 'verwijzing' wordt gedaan. Elk kwartaal wordt een uitdraai gemaakt van de 'verwijzingen'. Vervolgens worden het aantal verwijzingen naar specialistische GGZ afgezet tegen het totaal. Op basis hiervan wordt inzichtelijk welk percentage wordt doorverwezen naar de specialistische GGZ. De kerngroep verzamelt deze informatie en rapporteert hierover aan de stuurgroep. Aan het eind van het jaar wordt een totaaloverzicht gemaakt van het verwijzingen naar de specialistische GGZ afgezet tegen het totaal en dit wordt als bewijslast aangeboden aan de stuurgroep. De stuurgroep bepaalt dan in gezamenlijkheid met de zorgverzekeraar of de KPI is gehaald.	€	429.000	€	203.000	€	226.000
---	------------	-----------------------	--	---	---------	---	---------	---	---------

2. Verkennend gesprek

Vanaf 1-1-2025 zal van het aantal gevoerde verkennende gesprekken, minimaal 10% zijn toegeleid naar de monodisciplinaire ggz i.p.v. multidisciplinaire ggz	31-12-2025	Resultaatverplichting	Op basis van gegevens van Mediant en Dimence vindt een 0-meting plaats over het aantal verwijzingen naar de mono- en multidisciplinaire ggz in Q1 2024. Na uitrol van het VG wordt middels de geregistreerde doorverwijzingen in de rapportagetool berekend wat de verhouding is t.o.v. de 0-meting. Dit geeft inzicht in het percentage waarnaar verwezen wordt t.o.v. de situatie waarin het VG niet bestond. De kerngroep verzamelt deze informatie en rapporteert hierover aan de stuurgroep. Aan het eind van het jaar wordt een totaaloverzicht gemaakt van deze percentages en dit wordt als bewijslast aangeboden aan de stuurgroep. De stuurgroep bepaalt dan in gezamenlijkheid met de zorgverzekeraar of de KPI is gehaald.	€	127.000	€	60.000	€	67.000
--	------------	-----------------------	--	---	---------	---	--------	---	--------

2. Verkennend gesprek

Vanaf 1-1-2026 zal van het aantal gevoerde verkennende gesprekken, minimaal 12% zijn toegeleid naar de monodisciplinaire ggz i.p.v. multidisciplinaire ggz	31-12-2026	Resultaatverplichting	Op basis van gegevens van Mediant en Dimence vindt een 0-meting plaats over het aantal verwijzingen naar de mono- en multidisciplinaire ggz in Q1 2024. Na uitrol van het VG wordt middels de geregistreerde doorverwijzingen in de rapportagetool berekend wat de verhouding is t.o.v. de 0-meting. Dit geeft inzicht in het percentage waarnaar verwezen wordt t.o.v. de situatie waarin het VG niet bestond. De kerngroep verzamelt deze informatie en rapporteert hierover aan de stuurgroep. Aan het eind van het jaar wordt een totaaloverzicht gemaakt van deze percentages en dit wordt als bewijslast aangeboden aan de stuurgroep. De stuurgroep bepaalt dan in gezamenlijkheid met de zorgverzekeraar of de KPI is gehaald.	€	208.000	€	98.500	€	109.500
--	------------	-----------------------	--	---	---------	---	--------	---	---------

2. Verkennend gesprek

Vanaf 1-1-2027 zal van het aantal gevoerde verkennende gesprekken, minimaal 15% zijn toegeleid naar de monodisciplinaire ggz i.p.v. multidisciplinaire ggz	31-12-2027	Resultaatverplichting	Op basis van gegevens van Mediant en Dimence vindt een 0-meting plaats over het aantal verwijzingen naar de mono- en multidisciplinaire ggz in Q1 2024. Na uitrol van het VG wordt middels de geregistreerde doorverwijzingen in de rapportagetool berekend wat de verhouding is t.o.v. de 0-meting. Dit geeft inzicht in het percentage waarnaar verwezen wordt t.o.v. de situatie waarin het VG niet bestond. De kerngroep verzamelt deze informatie en rapporteert hierover aan de stuurgroep. Aan het eind van het jaar wordt een totaaloverzicht gemaakt van deze percentages en dit wordt als bewijslast aangeboden aan de stuurgroep. De stuurgroep bepaalt dan in gezamenlijkheid met de zorgverzekeraar of de KPI is gehaald.	€	429.000	€	203.000	€	226.000
--	------------	-----------------------	--	---	---------	---	---------	---	---------

3. Domeinoverstijgend overleg

Vanaf 1-1-2025 zijn er 138 casussen besproken in het domeinoverstijgend casusoverleg.	31-12-2025	Resultaatverplichting	De casussen die worden ingebracht in het DOCO worden in beide sub-regio's geregistreerd in een rapportage tool (MS Forms) die reeds is ontwikkelt door het Saxion. Er zal elk kwartaal een uitdraai worden gemaakt van de registratietool om het aantal casussen dat is besproken in het DOCO te monitoren. De kerngroep haalt deze informatie op in de regio en rapporteert hierover aan de stuurgroep. Aan het eind van het jaar wordt een totaaloverzicht gemaakt van het aantal casussen dat is besproken in het DOCO door kerngroep en dit wordt als bewijslast aangeboden aan de stuurgroep. De stuurgroep bepaalt dan in gezamenlijkheid met de zorgverzekeraar of de KPI is gehaald.	€	116.000	€	55.000	€	61.000
---	------------	-----------------------	--	---	---------	---	--------	---	--------

3. Domeinoverstijgend overleg

Vanaf 1-1-2026 zijn er 414 casussen besproken in het domeinoverstijgende casusoverleg.	31-12-2026	Resultaatverplichting	De casussen die worden ingebracht in het DOCO worden in beide sub-regio's geregistreerd in een rapportage tool (MS Forms) die reeds is ontwikkelt door het Saxion. Er zal elk kwartaal een uitdraai worden gemaakt van de registratietool om het aantal casussen dat is besproken in het DOCO te monitoren. De kerngroep haalt deze informatie op in de regio en rapporteert hierover aan de stuurgroep. Aan het eind van het jaar wordt een totaaloverzicht gemaakt van het aantal casussen dat is besproken in het DOCO door kerngroep en dit wordt als bewijslast aangeboden aan de stuurgroep. De stuurgroep bepaalt dan in gezamenlijkheid met de zorgverzekeraar of de KPI is gehaald.	€	204.000	€	96.500	€	107.500
--	------------	-----------------------	--	---	---------	---	--------	---	---------

3. Domeinoverstijgend overleg

Vanaf 1-1-2027 zijn er 690 casussen besproken in het domeinoverstijgende casusoverleg.	31-12-2027	Resultaatverplichting	De casussen die worden ingebracht in het DOCO worden in beide sub-regio's geregistreerd in een rapportage tool (MS Forms) die reeds is ontwikkelt door het Saxion. Er zal elk kwartaal een uitdraai worden gemaakt van de registratietool om het aantal casussen dat is besproken in het DOCO te monitoren. De kerngroep haalt deze informatie op in de regio en rapporteert hierover aan de stuurgroep. Aan het eind van het jaar wordt een totaaloverzicht gemaakt van het aantal casussen dat is besproken in het DOCO door kerngroep en dit wordt als bewijslast aangeboden aan de stuurgroep. De stuurgroep bepaalt dan in gezamenlijkheid met de zorgverzekeraar of de KPI is gehaald.	€	317.000	€	150.000	€	167.000
--	------------	-----------------------	--	---	---------	---	---------	---	---------

3. Domeinoverstijgend overleg

Van het aantal casussen besproken in het domeinoverstijgend casusoverleg vanaf Q3 en Q4 2025 maakt minimaal 10% van de cliënten na het gesprek gebruik van aanbod niet zijnde ggz.	31-12-2025	Resultaatverplichting	De casussen die worden ingebracht in het DOCO worden in beide sub-regio's geregistreerd in een rapportage tool (MS Forms) die reeds is ontwikkelt door het Saxion. Bij de registratie van deze casussen wordt ook vastgelegd van welk aanbod cliënten nadien gebruik maken. Het aantal cliënten dat gebruik maakt van aanbod niet zijnde GGZ wordt hierin vervolgens afgezet tegen het totaal cliënten dat is besproken. Hieruit volgt het percentage dat na het gesprek gebruik maakt van aanbod niet zijnde GGZ. Er zal elk kwartaal een uitdraai worden gemaakt van de registratietool dit percentage te monitoren. De kerngroep haalt deze informatie op in de regio en rapporteert hierover aan de stuurgroep. Aan het eind van het jaar wordt een totaaloverzicht gemaakt met bijbehorend percentage en dit wordt als bewijslast aangeboden aan de stuurgroep. De stuurgroep bepaalt dan in gezamenlijkheid met de zorgverzekeraar of de KPI is gehaald.	€	116.000	€	55.000	€	61.000
--	------------	-----------------------	--	---	---------	---	--------	---	--------

3. Domeinoverstijgend overleg

Van het aantal casussen besproken in het domeinoverstijgend casusoverleg vanaf 1-1-2026 maakt minimaal 10% van de cliënten na het gesprek gebruik van aanbod niet zijnde ggz.	31-12-2026	Resultaatverplichting	De casussen die worden ingebracht in het DOCO worden in beide sub-regio's geregistreerd in een rapportage tool (MS Forms) die reeds is ontwikkelt door het Saxion. Bij de registratie van deze casussen wordt ook vastgelegd van welk aanbod cliënten nadien gebruik maken. Het aantal cliënten dat gebruik maakt van aanbod niet zijnde GGZ wordt hierin vervolgens afgezet tegen het totaal cliënten dat is besproken. Hieruit volgt het percentage dat na het gesprek gebruik maakt van aanbod niet zijnde GGZ. Er zal elk kwartaal een uitdraai worden gemaakt van de registratietool dit percentage te monitoren. De kerngroep haalt deze informatie op in de regio en rapporteert hierover aan de stuurgroep. Aan het eind van het jaar wordt een totaaloverzicht gemaakt met bijbehorend percentage en dit wordt als bewijslast aangeboden aan de stuurgroep. De stuurgroep bepaalt dan in gezamenlijkheid met de zorgverzekeraar of de KPI is gehaald.	€	204.000	€	96.500	€	107.500
---	------------	-----------------------	--	---	---------	---	--------	---	---------

3. Domeinoverstijgend overleg

Van het aantal casussen besproken in het domeinoverstijgend casusoverleg vanaf 1-1-2027 maakt minimaal 10% van de cliënten na het gesprek gebruik van aanbod niet zijnde ggz.	31-12-2027	Resultaatverplichting	De casussen die worden ingebracht in het DOCO worden in beide sub-regio's geregistreerd in een rapportage tool (MS Forms) die reeds is ontwikkelt door het Saxion. Bij de registratie van deze casussen wordt ook vastgelegd van welk aanbod cliënten nadien gebruik maken. Het aantal cliënten dat gebruik maakt van aanbod niet zijnde GGZ wordt hierin vervolgens afgezet tegen het totaal cliënten dat is besproken. Hieruit volgt het percentage dat na het gesprek gebruik maakt van aanbod niet zijnde GGZ. Er zal elk kwartaal een uitdraai worden gemaakt van de registratietool dit percentage te monitoren. De kerngroep haalt deze informatie op in de regio en rapporteert hierover aan de stuurgroep. Aan het eind van het jaar wordt een totaaloverzicht gemaakt met bijbehorend percentage en dit wordt als bewijslast aangeboden aan de stuurgroep. De stuurgroep bepaalt dan in gezamenlijkheid met de zorgverzekeraar of de KPI is gehaald.	€	317.000	€	150.000	€	167.000
---	------------	-----------------------	--	---	---------	---	---------	---	---------

4. Informatievoorziening

In aansluiting op de landelijke ontwikkelingen en in samenwerking met regionale ggz-aanbieders is een digitaal systeem operationeel dat actuele informatie biedt over wachttijden en beschikbaar aanbod binnen de ggz. Het systeem is toegankelijk voor verwijzers en uitvoerders van het verkennend gesprek en wordt minstens maandelijks geactualiseerd	31-12-2026	Inspanningsverplichting	Het digitale systeem voor wachttijden en beschikbaar aanbod binnen de ggz is operationeel bij alle deelnemende ggz-instellingen in de regio Twente	€	333.000	€	157.500	€	175.500
---	------------	-------------------------	--	---	---------	---	---------	---	---------

5. Transfermechanisme

In samenwerking met gemeenten, zorgaanbieders en welzijnspartijen is een regionaal kader vastgesteld waarin de werkwijze van het transfermechanisme is uitgewerkt. Die werkafspraken zijn gekaderd door landelijke kaders en bevatten onder meer een gezamenlijk beeld over de invulling van het transfermechanisme, benodigdheden en realistische ambitie.	31-12-2025	Inspanningsverplichting	Een door alle betrokken gemeenten, zorgaanbieders en welzijnspartijen ondertekend document waarin de werkwijze staat beschreven	€	345.000	€	163.000	€	182.000
---	------------	-------------------------	---	---	---------	---	---------	---	---------

6. Laagdrempelige steunpunten

Het aanbod van laagdrempelige steunpunten in de regio is inzichtelijk voor inwoners en professionals. Het gaat hierbij om welke laagdrempelige steunpunten er in de regio bestaan, het gaat niet om de actuele beschikbaarheid.	31-12-2025	Inspanningsverplichting	Een digitaal of fysiek overzicht waarin per gemeente de bestaande laagdrempelige steunpunten zijn benoemd.	€	174.000	€	82.000	€	92.000
---	------------	-------------------------	--	---	---------	---	--------	---	--------

6. Laagdrempelige steunpunten

Er is een fit-gap analyse gedaan tussen het huidige aanbod (0-meting) en regionaal dekkend netwerk van laagdrempelige steunpunten (ook wel witte vlekken analyse genoemd).	31-12-2025	Inspanningsverplichting	Een gedocumenteerde analyse waarin per gemeente het bestaande aanbod is geïnventariseerd en afgezet tegen vooraf gedefinieerde criteria voor een dekkend netwerk.	€	174.000	€	82.000	€	92.000
--	------------	-------------------------	---	---	---------	---	--------	---	--------

6. Laagdrempelige steunpunten

Er is een plan van aanpak opgesteld en bestuurlijk afgestemd voor het realiseren van een regionaal dekkend netwerk van laagdrempelige steunpunten. Dit plan is gebaseerd op de uitkomsten van de fit-gap analyse en bevat per gemeente een overzicht van bestaande initiatieven, geconstateerde hiaten, benodigde functies en locaties. Daarnaast beschrijft het plan de betrokken samenwerkingspartners, randvoorwaarden voor realisatie, en een voorstel voor financiering en governance.	31-3-2026	Inspanningsverplichting	Een regionaal plan van aanpak voor het realiseren van een dekkend netwerk van laagdrempelige steunpunten	€	572.000	€	271.000	€	301.000
---	-----------	-------------------------	--	---	---------	---	---------	---	---------

6. Laagdrempelige steunpunten

De regionale capaciteit van het netwerk van laagdrempelige steunpunten met minimaal 10% gegroeid richting de gewenste capaciteit voor een dekkend netwerk zoals beschreven in het plan van aanpak	31-12-2026	Inspanningsverplichting	Berekening 0-meting t.o.v. en gewenste groei. Deze groei is aantoonbaar op basis van het aantal extra gerealiseerde steunpunten en/of inlooppunten, de uitbreiding van openingsuren of bereikbaarheid, en/of de toename van het aantal inwoners dat gebruikmaakt van de steunpunten. De definitie van capaciteit en de gewenste groei zijn vastgesteld in het plan van aanpak, gebaseerd op de fit-gap analyse.	€	572.000	€	271.000	€	301.000
---	------------	-------------------------	---	---	---------	---	---------	---	---------

7. Consultatiefunctie	In samenwerking met gemeenten, zorgaanbieders en welzijnspartijen is een regionaal kader vastgesteld waarin de werkwijze van de consultatiefunctie is uitgewerkt. Die werkafspraken zijn gekaderd door landelijke kaders en bevatten onder meer een stroomschema m.b.t. de werkwijze en financiële afspraken.	31-12-2025	Inspanningsverplichting	Een door alle betrokken gemeenten, zorgaanbieders en welzijnspartijen ondertekend document waarin de werkwijze staat beschreven.	€	91.000	€	43.000	€	48.000
7. Consultatiefunctie	Een regionaal afgestemd communicatieplan is opgeleverd voor de promotie van de consultatiefunctie richting professionals binnen gemeenten en sociaal werk en welzijn. Dit plan is afgestemd met het regiobrede communicatieplan van Twente Beter, zoals beschreven in hoofdstuk 1 en 6 van het transformatieplan, bevat doelgroepgerichte kernboodschappen, communicatiemiddelen en -kanalen, omvat een tijdlijn voor uitvoering en monitoring, is opgesteld in samenwerking met betrokken ggz-partijen, sociaal domein en communicatieadviseurs en sluit aan bij de leidende principes van samenwerking en adoptie van het netwerkgedachtegoed.	31-12-2025	Inspanningsverplichting	Er is een regionaal afgestemd communicatieplan opgeleverd.	€	91.000	€	43.000	€	48.000
7. Consultatiefunctie	Vanaf 1-1-2025 heeft de ggz 400 consultvragen gekregen vanuit het sociaal domein.	31-12-2025	Inspanningsverplichting	De uitvoerende zorgaanbieders registreren de consultvragen die binnen komen bij de GGZ. Elk kwartaal wordt er een uitdraai gemaakt van de registratietool waarbij het aantal ontvangen consultvragen wordt uitgedraaid. De kenrgroep verzamelt deze informatie en rapporteert hierover aan de stuurgroep. Aan het eind van het jaar wordt een totaaloverzicht gemaakt van het aantal consultvragen die zijn binnengekomen in de GGZ en dit wordt als bewijslast aangeboden aan de stuurgroep. De stuurgroep bepaalt dan in gezamenlijkheid met de zorgverzekeraar of de KPI is gehaald.	€	91.000	€	43.000	€	48.000
7. Consultatiefunctie	Vanaf 1-1-2026 heeft de ggz 850 consultvragen gekregen vanuit het sociaal domein.	31-12-2026	Inspanningsverplichting	De uitvoerende zorgaanbieders registreren de consultvragen die binnen komen bij de GGZ. Elk kwartaal wordt er een uitdraai gemaakt van de registratietool waarbij het aantal ontvangen consultvragen wordt uitgedraaid. De kenrgroep verzamelt deze informatie en rapporteert hierover aan de stuurgroep. Aan het eind van het jaar wordt een totaaloverzicht gemaakt van het aantal consultvragen die zijn binnengekomen in de GGZ en dit wordt als bewijslast aangeboden aan de stuurgroep. De stuurgroep bepaalt dan in gezamenlijkheid met de zorgverzekeraar of de KPI is gehaald.	€	367.000	€	173.500	€	193.500
7. Consultatiefunctie	Vanaf 1-1-2027 heeft de ggz 900 consultvragen gekregen vanuit het sociaal domein.	31-12-2027	Inspanningsverplichting	De uitvoerende zorgaanbieders registreren de consultvragen die binnen komen bij de GGZ. Elk kwartaal wordt er een uitdraai gemaakt van de registratietool waarbij het aantal ontvangen consultvragen wordt uitgedraaid. De kenrgroep verzamelt deze informatie en rapporteert hierover aan de stuurgroep. Aan het eind van het jaar wordt een totaaloverzicht gemaakt van het aantal consultvragen die zijn binnengekomen in de GGZ en dit wordt als bewijslast aangeboden aan de stuurgroep. De stuurgroep bepaalt dan in gezamenlijkheid met de zorgverzekeraar of de KPI is gehaald.	€	471.000	€	223.000	€	248.000
8. Groepsgericht werken	Door de regionale werkgroep is in samenwerking met professionals uit de regio een fit-gap analyse (0-meting) gedaan om het huidige en gewenste (regionaal) groepsaanbod en types binnen de regio te inventariseren.	31-3-2026	Inspanningsverplichting	Een gedocumenteerde analyse waarin het bestaande en gewenste (typen) groepsaanbod in de regio zijn geïnventariseerd.	€	363.000	€	172.000	€	191.000
8. Groepsgericht werken	In samenwerking met betrokken partijen zijn regionale werkafspraken opgesteld voor domeinoverstijgend groepsgericht werken in Twente. Deze afspraken omvatten een gezamenlijke visie op groepsgericht werken over domeinen heen (ggz, sociaal werk, welzijn, paramedie), afspraken over doelgroep, type aanbod, samenwerking en doorverwijzing, een format voor registratie, monitoring en evaluatie en een voorstel voor het gebruik van een ondersteunende tool voor planning en organisatie. De werkafspraken zijn gebaseerd op de uitkomsten van de fit-gap analyse en de inventarisatie van bestaand en gewenst groepsaanbod zoals beschreven in het transformatieplan.	31-3-2026	Inspanningsverplichting	Een door alle betrokken gemeenten, zorgaanbieders en welzijnspartijen ondertekend document waarin de werkwijze staat beschreven.	€	363.000	€	172.000	€	191.000
8. Groepsgericht werken	Medewerkers trainen in groepsgericht werken: 150 professionals zijn geschoold in groepsgericht werken	30-9-2026	Inspanningsverplichting	Certificaat van geslaagde afronding scholing	€	363.000	€	172.000	€	191.000
8. Groepsgericht werken	In de drie grote gemeenten (Enschede, Hengelo, Almelo) is een start gemaakt met domeinoverstijgend groepsaanbod met betrokkenheid van professionals uit meerdere domeinen	31-3-2027	Resultaatverplichting	Uitvraag onder en check binnen gemeenten en (ggz-) organisaties met specificatie van het domeinoverstijgend groepsaanbod	€	305.000	€	144.500	€	160.500

Bijlage 1. Financieringsmodel transformatieplan Mentaal Gezond Twente

Bijlage van “overeenkomst transformatieplan” met gemeenten.

Met betrekking tot de SPUK-transformatiemiddelen

Voorstel aanpak financiering & risicodragerschap transformatieplan gemeenten

In het transformatieplan Mentaal Gezond Twente nemen we op hoe we als regio de financiering willen organiseren en welke (onderlinge) afspraken we hierover maken.

Van belang is dat er goede afspraken zijn rondom de vergoeding en het risicodragerschap. Parallel aan het indienen van het transformatieplan is hier een voorstel aanpak voor opgesteld. Op de volgende pagina's staat een voorstel voor afspraken beschreven.

1

Penvoerderschap

Deze rol heeft de verantwoordelijkheid om de SPUK-transformatiemiddelen aan te vragen en te zorgen dat de bijbehorende administratie goed verloopt.

Gemeente Enschede neemt deze rol op zich voor de geldstromen die bedoeld zijn voor het sociaal domein (SPUK-transformatiemiddelen).

2

Risicodragerschap

Deelnemende partijen van het transformatieplan Mentaal Gezond Twente dragen gezamenlijk het risico voor het slagen van het plan, en daarmee ook voor het binnenhalen van de financiering.

Er zijn specifieke kosten waarvan het risico wordt verdeeld over risicodragende partijen.

+

Rekenvoorbeeld met financiële doorrekening met mogelijke verdeelsleutel voor de SPUK-transformatiemiddelen

1 Penvoerderschap

Penvoerderschap SPUK-transformatiemiddelen | Concrete afspraken

1. **Gemeente Enschede** neemt de kassiersfunctie op zich voor de **geldstromen** die bedoeld zijn voor het **sociaal domein** (SPUK-transformatiemiddelen)
2. Deelnemende **gemeenten dragen risico** over de SPUK gelden als er **terugbetaling** van het voorschot gedaan moet worden wanneer een mijlpaal niet behaald wordt.
3. We zorgen ervoor dat de handelingen van de gemeenten en Twentse Koers verifieerbaar en controleerbaar zijn door een accountant via de SiSa systematiek
4. Verdeling van het voorschot onder de deelnemende gemeenten:
 - Uitkomst afstemming beleidsadviseurs over verdeelsleutel gemeenten: Splitsing maken tussen lokale en regionale KPI's. Lokale KPI's verdeelsleutel obv inwoneraantal (zie tabel. Regionale KPI's blijft een gezamenlijke pot en wordt obv inspanning uitgekeerd. Belangrijk dat het mogelijk blijft het lokale gesprek te voeren hierover.
 - Peildatum 1-1-2025, aantal inwoners per gemeenten (voorlopig). Bron CBS (<https://www.cbs.nl/nl-nl/maatwerk/2025/10/voorlopige-bevolkingsaantallen-per-gemeente-1-1-2025>).

Gemeente	Inwoners per 1-1-2025	Percentage (Rato)
Almelo	74.776	11,63%
Borne	24.741	3,85%
Dinkelland	26.278	4,09%
Enschede	162.317	25,24%
Haaksbergen	24.225	3,77%
Hellendoorn	36.213	5,63%
Hengelo	83.655	13,01%
Hof van Twente	35.660	5,54%
Losser	23.469	3,65%
Oldenzaal	32.021	4,98%
Rijssen-Holten	38.836	6,04%
Tubbergen	21.507	3,34%
Twenterand	34.113	5,30%
Wierden	25.342	3,94%
Totaal	654.153	100,00%

1

Randvoorwaarden invulling penvoerderschap gemeente Enschede

- Enschede verzorgt de aanvraag SPUK transformatiemiddelen en verantwoording via SiSa¹, de gevraagde inhoudelijke verantwoording ligt bij de lokale gemeenten samen met de programmaorganisatie van Twentse Koers.
- Enschede heeft geen inhoudelijke verantwoordelijkheid op aansturing en inspanning vanuit gemeenten. De monitoringsfunctie op de inhoudelijke doelen en indicatoren verloopt via Twentse Koers (stuurgroep);
- Enschede treedt op als “kassier” op aangeven van de 14 gemeenten (Colleges) en draagt zorg voor uitbetaling middelen aan gemeenten op aanwijzing van de stuurgroep;
- Iedere afzonderlijke gemeente draagt zorg voor een adequate inrichting van haar administratie en vereisten conform de SiSa verantwoording. Deze eis is ook opgenomen in de overeenkomst transformatieplan;
- Enschede zal de verantwoording van de besteding van de middelen baseren op alle lokaal aangeleverde SiSa verantwoordingen. Dat gebeurt in het jaar volgend op de verantwoording van alle lokale aanleveringen. Totale verantwoording vanuit de penvoerder is dus in jaar t+2 bij het ministerie (dus: over 2025 verantwoorden de gemeenten zelfstandig in 2026, Enschede verantwoordt het geheel in 2027 als penvoerder);
- Er wordt een financiële werkgroep ingericht waarin gestuurd wordt op afdoende werkafspraken rondom besteding en verantwoording van de middelen. Communicatie (rondom besteding van de middelen) met de andere gemeenten vindt plaats langs deze lijn;
- De “Overeenkomst Transformatieplan” vormt de (juridische) basis voor het verstrekken van de middelen, er zullen geen afzonderlijke beschikkingen met gemeenten worden opgesteld;
- In het verlengde van voorgaand punt geldt dat de regionale middelen voor de regionale uitvoeringsfuncties binnen Twentse koers aan Twentse koers worden overgeheveld. Grondslag is normaliter ook de samenwerkingsovereenkomst, mocht dat juridisch onvoldoende zijn dan wordt er nog een separate overeenkomst tussen gemeente Enschede en Twentse Koers opgesteld;
- De bevoorschotting aan de gemeenten volgt de frequentie van bevoorschotting van de middelen door VWS (waarschijnlijk jaarbedragen);
- Voor de extra werkzaamheden die Enschede uitvoert wordt op feitelijke inzet verrekend via de overhead component van de SPUK regeling. Als de SPUK regeling transformatiemiddelen hier onvoldoende dekking voor heeft, worden de kosten doorbelast aan de deelnemende gemeenten. Deze kunnen overwegen om in het BO-Twentse Koers een voorstel in te dienen om deze kosten te betalen via de SPUK IZA.
- In het verlengde van voorgaande geldt dit ook voor extra te maken externe kosten voor accountantscontrole voor de uitvoering van de SPUK transformatiemiddelen IZA 2024-2027.

¹Single informatie, single audit, verantwoordingsvereiste ministeries rondom SPUK gelden

We mitigeren de risico's

2 Risicodragerschap

Risicodragerschap I Concrete afspraken

1. Deelnemende partijen dragen **gezamenlijk het risico** indien er geen uitbetaling van een transformatiegelden plaatsvindt
2. Gelden en risicodragerschap zijn per **KPI verdeeld over IZA-transformatiemiddelen en SPUK-transformatiemiddelen**. Dit betekent dat partijen die vallen onder de zorgverzekeringswet risico dragen voor het deel van de KPI dat gekoppeld is aan IZA-transformatiemiddelen en dat partijen die vallen onder het sociaal domein risico dragen voor het deel van de KPI dat gekoppeld is aan SPUK-transformatiemiddelen. Deze verdeling per KPI is opgenomen in het transformatieplan op basis van de verwachte kosten per partij.
3. We verdelen de **financiële risico's naar passende rato. Deze rato wordt vervolgens per KPI en bijbehorende gelden toegepast:**
 1. **Gemeenten (SPUK-transformatiemiddelen):** Gezamenlijk risicodragerschap naar rato o.b.v. inwoneraantal.
4. Wanneer een KPI niet behaald wordt, dan betekent dat niet dat gelden van eerder behaalde KPI's moet worden terugbetaald. Eerder behaalde KPI's zijn namelijk **gekoppeld aan een behaald (tussentijds) resultaat**
5. Partijen kunnen starten met het geven van uitvoering aan het transformatieplan, voordat deze formeel is vastgesteld door de Menzis en VGZ. Eventueel gemaakte kosten zijn voor eigen risico. Mocht het transformatieplan niet worden goedgekeurd en/of er geen IZA-transformatiemiddelen beschikbaar zijn en geen SPUK-transformatiemiddelen kunnen worden aangevraagd, dan zijn de gemaakte kosten voor het eigen risico van de partij.
6. Om financiële administratie- en registratielast te beperken worden de uren die een bestuurder deelneemt aan de stuurgroep **niet vergoed** evenals (ambtelijke) inzet/advies richting het kernteam.
7. Out of pocket kosten die **niet zijn opgenomen in de begroting** van het transformatieplan dienen **geaccordeerd** te worden indien deze kosten een bepaald bedrag overschrijden. Hiertoe worden aanvullende afspraken gemaakt.

Mitigerende maatregelen: het financieel risicodragerschap wordt zo klein mogelijk gehouden door:

- Het maximaal inzetten van financiering op basis van inspanningsgerichte KPI's (in plaats van resultaatsgerichte KPI's)
- Het spreiden van investeringen over de tijd, waardoor de uitstaande investeringen relatief zo klein mogelijk worden gehouden
- Personele kosten worden waar mogelijk gestopt/verminderd zodra een deelproject onhaalbaar blijkt
- Het bijsturen waar nodig (in overleg met Menzis is een wijzigingsverzoek mogelijk), wanneer plannen niet haalbaar lijken (om zo ineffectieve investeringen te voorkomen). Dit kan zowel stoppen of bijstellen van een deelproject betreffen
- Het op een later tijdstip alsnog behalen van de KPI's en daarmee de financiering. Tot eind 2027 kan uitbetaling plaatsvinden. In het transformatieplan zijn KPI's t/m 2027 opgenomen
- Indien mijlpalen niet volledig behaald worden, kan middels een stuurgroep geadviseerd worden om een deel van de KPI uit te betalen of zelfs helemaal. Dit is afhankelijk van de inspanningen van de partijen en welke bewegingsruimte er is. Dit dient ook altijd afgestemd te worden met de zorgverzekeraar.

Concretisering risicodragerschap

Kosten die vallen onder risicodragerschap:

- Kosten onder risicodragerschap = totale kosten - verletkosten - gemaakte kosten voor opstellen transformatieplan
 - De risico's van verletkosten en reeds gemaakte kosten worden dus niet verdeeld. Organisaties draaien zelf op voor deze voorgefinancierde risico's (kosten), zoals het participeren bij werkgroepen.
 - De risico's van programmabrede inzet van programmamanagement, projectleiders en overkoepelde rollen (data-analisten etc.) en materiële kosten worden dus wel verdeeld.

Toe te passen verdeelsleutels voor kosten waar risicodragerschap voor geldt:

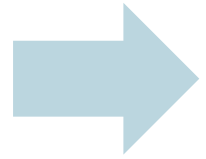
- Risicoverdeling gemeenten (SPUK-transformatiemiddelen):
 - Gezamenlijk risicodragerschap naar rato o.b.v. inwoneraantal
 - Peildatum 1-1-2025, aantal inwoners per gemeenten (voorlopig).
Bron CBS (<https://www.cbs.nl/nl-nl/maatwerk/2025/10/voorlopige-bevolkingsaantallen-per-gemeente-1-1-2025>).

Gemeente	Inwoners per 1-1-2025	Percentage (Rato)
Almelo	74.776	11,63%
Borne	24.741	3,85%
Dinkelland	26.278	4,09%
Enschede	162.317	25,24%
Haaksbergen	24.225	3,77%
Hellendoorn	36.213	5,63%
Hengelo	83.655	13,01%
Hof van Twente	35.660	5,54%
Losser	23.469	3,65%
Oldenzaal	32.021	4,98%
Rijssen-Holten	38.836	6,04%
Tubbergen	21.507	3,34%
Twenterand	34.113	5,30%
Wierden	25.342	3,94%
Totaal	654.153	100,00%

Rekenvoorbeeld verdeling financiële risico's

Rekenvoorbeeld risicodragerschap (bedragen x1000)

SD		2025	2026	2027
Gemeente	Verhouding	jaar 1	jaar 2	jaar 3
Enschede	24,20%	175	377	266
Hengelo	13,50%	98	210	148
Almelo	8,70%	63	136	96
Rijssen-Holten	5,10%	37	79	56
Etc.	%			
Totaal	100%	723	1.558	1.099



Nadere doorrekening van risicodragerschap per KPI staan in de businesscase behorend bij Transformatieplan Mentaal Gezond Twente.

x1000	Zvw kassier	SD kassier
KPI 1	€	€
KPI 2	€	€
KPI 3	€	€

*Verdeelsleutel:
Naar rato o.b.v. inwoneraantal , van
toepassing op alle onderdelen van
transformatieplan*

Ondertekening transformatieplan Mentaal Gezond Twente

Voor indieners:

Vul hieronder in de naam van het plan, indienende partijen inclusief handtekening en contactpersoon

Naam plan: 'Mentaal Gezond Twente'

Indienende partijen: zorgpartijen die zijn aangesloten bij Twente Beter

Handtekening per zorgorganisatie:

Dhr. M. Bijker
Mediant

Mw. L.E. Verhoeven
Dimence Groep

Ondertekend door:
Guus Bruins
BFFD39B5B46E40D...

Dhr. G Bruins
SHT-THOON

Dhr. H. ter Horst
CHPA-FEA

Mw. J. Snel
CHPA-FEA

Mw. M.E. Beens
Twentse Organisatie
Paramedie

Mw. L.E.M. Darman-Knuif
Twentse Apothekers
Organisatie UA

Dhr. J. Harkink
Tactus Verslavingszorg

Ondertekening transformatieplan Mentaal Gezond Twente

Contactpersoon: per zorgorganisatie

Contactpersoon namens indienende partijen (naam, organisatie, emailadres en telefoonnummer):

Dhr. M. Bijker, voorzitter Raad van Bestuur Mediant te Enschede, m.bijker@mediant.nl, tel.nr. 053-4755 501

Mevr. L. Verhoeven, Raad van Bestuur, Hengelo, l.verhoeven@dimencegroep.nl, tel. Nr. 088 4780509

Dhr. G. Bruins, directeur SHT-THOON, Hengelo, g.bruins@sht-thoon.nl, 074 – 256 8798

Mw. J. Snel, algemeen directeur CHPA-FEA, Almelo, j.snel@chpalmelo.nl, 088 - 5880533

Mw. M.E. Beens, Bestuurslid stichting Twentse Organisatie Paramedie, Albergen, marieke.beens@top-paramedie.nl, liefst via mail in nood 06-12780567

Mw. L.E.M. Darman-Knuif, voorzitter Twentse Apothekers Organisatie – UA, Hengelo, info@tao-ua.nl, 085-7731099

Mw. M. Ruyten, directeur bedrijfsvoering regio Oost Tactus, Deventer, m.ruyten@tactus.nl, 06-51942256 (secretaresse Judith Klarenbeek)

Ondertekening transformatieplan Mentaal Gezond Twente

Voor indieners:

Vul hieronder in de naam van het plan, indienende partijen inclusief handtekening en contactpersoon

Naam plan: 'Mentaal Gezond Twente'

Indienende partijen: gemeenten die aangesloten zijn bij Twentse Koers

Handtekening per Twentse gemeente:

Dhr. H. Vedder
Gemeente Enschede

Dhr. drs. S.W.J.G. Schelberg
Gemeente Hengelo

Dhr. R.T.A. Korteland
Gemeente Almelo

Dhr. M. Geerdink
Gemeente Borne

Dhr. C. Severijn
Gemeente Dinkelland

Dhr. G.J. van den Hengel
Gemeente Haaksbergen

Mevr. C.M. de Waard
Gemeente Hellendoorn

Mevr. H. Rohaan
Gemeente Hof van Twente

Mevr. M. Oosterbroek
Gemeente Losser

Dhr. P.G. Welman
Gemeente Oldenzaal

Dhr. B. Beens
Gemeente Rijssen-Holten

Mevr. H. Berning
Gemeente Tubbergen

Dhr. M. Paters
Gemeente Twenterand

Dhr. H. ter Keurst
Gemeente Wierden

Ondertekening transformatieplan Mentaal Gezond Twente

Contactpersoon: per Twentse gemeente

Contactpersoon* namens indienende partijen (naam, organisatie, emailadres en telefoonnummer):

Dhr./Mevr. naam, *functie*, Enschede', *mailadres*, *tel. nummer secretariaat*

Mevr. C. Wildemors, beleidsadviseur Sociaal Domein, Hengelo, c.wildemors@hengelo.nl, 14 074

Dhr./Mevr. naam, *functie*, Almelo', *mailadres*, *tel. nummer secretariaat*

Dhr./Mevr. naam, *functie*, Borne', *mailadres*, *tel. nummer secretariaat*

Dhr./Mevr. naam, *functie*, Dinkelland', *mailadres*, *tel. nummer secretariaat*

Dhr. G.J. van den Hengel, burgemeester, Haaksbergen', g.vandenhengel@haaksbergen.nl

Mevr. Anique Besten, beleidsadviseur, Hellendoorn, a.besten@hellendoorn.nl, 0548-630301

Dhr./Mevr. naam, *functie*, Hof van Twente', *mailadres*, *tel. nummer secretariaat*

Dhr./Mevr. naam, *functie*, Losser', *mailadres*, *tel. nummer secretariaat*

Mevr. Jannie Brünink, beleidsadviseur, Oldenzaal, j.brunink@oldenzaal.nl, 06-12505461

Dhr. Han Meijerink, strategisch beleidsadviseur, Rijssen-Holten, h.meijerink@rijssen-holten.nl, 0548-854461

Dhr./Mevr. naam, *functie*, Tubbergen', *mailadres*, *tel. nummer secretariaat*

Dhr./Mevr. naam, *functie*, Twenterand', *mailadres*, *tel. nummer secretariaat*

Mevr. Heleen Broeksma, strateeg maatschappelijke ontwikkeling, Wierden, h.broeksma@wierden.nl, 0546-580909

Ondertekening transformatieplan Mentaal Gezond Twente

Voor indieners:

Vul hieronder in de naam van het plan, indienende partijen inclusief handtekening en contactpersoon

Naam plan: 'Mentaal Gezond Twente'

Indienende partijen: welzijnspartijen die aangesloten zijn bij Twentse Koers

Handtekening per welzijnspartij:

Dhr. H. Bonten
Wijkracht

Mevr. L. Westerik
Stichting De Welle

Mevr. M.A. ten Heuw
Avedan

Mevr. S. Keijser
ZorgSaam Twenterand

Mevr. S. Veldhuis
Alifa

Dhr. W. Loupatty
SMD Enschede -
Haaksbergen

Dhr. B. Been
Salut

Mevr. J.K. Hartman
Impuls

Dhr. B. Beerthuis
ViaVie Welzijn

Mevr. E. Fokkink
Fundament

Ondertekening transformatieplan Mentaal Gezond Twente

Contactpersoon: per welzijns partij

Contactpersoon* namens indienende partijen (naam, organisatie, emailadres en telefoonnummer):

Dhr./Mevr. naam, *functie*, Wijkkracht, *mailadres*, *tel. nummer secretariaat*

Dhr./Mevr. naam, *functie*, De Welle, *mailadres*, *tel. nummer secretariaat*

Dhr./Mevr. naam, *functie*, Avedan, *mailadres*, *tel. nummer secretariaat*

Dhr./Mevr. naam, *functie*, ZorgSaam Twenterand, *mailadres*, *tel. nummer secretariaat*

Dhr./Mevr. naam, *functie*, Alifa, *mailadres*, *tel. nummer secretariaat*

Dhr./Mevr. naam, *functie*, Wijz/De Kern, *mailadres*, *tel. nummer secretariaat*

Dhr. Been, directeur-bestuurder, Salut, benjamin@salut-welzijn.nl, 0547-260053

Dhr./Mevr. naam, *functie*, Impuls, *mailadres*, *tel. nummer secretariaat*

Dhr./Mevr. naam, *functie*, ViaVie Welzijn, *mailadres*, *tel. nummer secretariaat*

Dhr./Mevr. naam, *functie*, Fundament, *mailadres*, *tel. nummer secretariaat*

Dhr./Mevr. naam, *functie*, SMD Enschede - Haaksbergen, *mailadres*, *tel. nummer secretariaat*

Dubbele bekostiging en uitvoeringskosten

Aanvullende informatie n.a.v. eerdere beoordelingen

Dubbele bekostiging

In eerdere feedback komt terug dat er zorgen zijn over het risico op dubbele bekostiging bij partijen die participeren in de uitvoering van het transformatieplan. Vervolgens zijn er toevoegingen gedaan in het plan over welke maatregelen we nemen om dit risico te minimaliseren. Wij hebben kennisgenomen van de regels die hierover zijn opgesteld door de NZa en zullen hiernaar handelen. Concreet betekent dit:

- Dat deelnemers aan het transformatieplan gezamenlijk zorg dragen dat er geen sprake zal zijn van dubbele bekostiging. Concreet voorbeeld om hierbij aan te halen is KPI #8 bij het onderdeel adoptie. De bedragen die aan deze KPI zijn gekoppeld zijn bedoeld voor de inzet van het communicatiebureau en dus niet voor de personele inzet van de betrokken organisaties. Verder zijn kosten voor de regiegroep MGA verwijderd uit de reeds gemaakte kosten omdat dubbele bekostiging hierbij niet uit te sluiten is.
- Dat bij het opstellen van de governance (inclusief monitoring en registratie) hierover specifieke afspraken worden gemaakt waar de betrokken organisaties ook mee zullen moeten instemmen.
- Dat deelnemers aan de transformatie alleen daadwerkelijk gemaakte kosten voor dit transformatieplan zullen declareren.
- Dat verletkosten van organisaties die deelnemen aan de transformatie alleen op te voeren zijn onder voorwaarden, passend bij het [verantwoordingskader van de NZa](#).

Uitvoeringskosten en het totaal aan te vragen transformatiebedrag

Per onderdeel van het transformatieplan zijn structurele uitvoeringskosten in kaart gebracht om inzichtelijk te maken of er sprake is van een positieve businesscase. Deze uitvoeringskosten zijn nadrukkelijk geen onderdeel van de aanvraag transformatiemiddelen. Uitzondering hierop zijn de structurele kosten voor het sociaal domein waarvoor we voor de looptijd van het transformatieplan wel structurele middelen mogen aanvragen. We bevestigen graag nogmaals dat wij ons er van bewust zijn dat de structurele kosten na transformatie moeten passen binnen de bestaande financiële kaders. De structurele kosten betreffen dan ook geen extra formatie/ kosten en passen binnen de reguliere bekostiging.

Transformatieplan Mentaal Gezond Twente

Versie 1.2 |

10 oktober 2025



Inhoudsopgave



Management samenvatting

p. 10



1. Aanleiding en achtergrond

p. 12



2. Introductie Mentaal Gezond Twente

p. 21



3. Verdieping Mentaal Gezond Twente

p. 26



4. Samenwerking en governance

p. 45



5. Maatschappelijke business case

p. 48



6. Monitoring en bijsturing

p. 59



7. Randvoorwaarden voor succes

p. 69

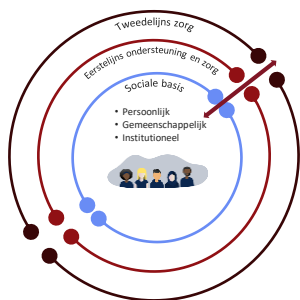


8. Bijlagen

p. 72

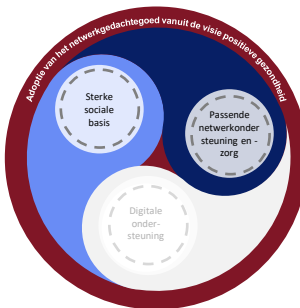
Management samenvatting [1/2]

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



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

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



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

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

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

Management samenvatting [2/2]

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

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

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

De transformatie Mentaal Gezond Twente beoogt bij te dragen aan het mentaal welzijn van Twentenaren, dit is gerelateerd aan de volgende IZA-doelstellingen: reductie van het zorggebruik in de Zvw, verschuiving van patiëntenstromen en effectiever inzetten van personeel. Dit wordt allereerst bereikt via kwalitatieve effecten, zoals verbeterde kwaliteit van leven voor inwoners met een mentale uitdaging, efficiëntere en effectievere zorg en meer werkplezier voor professionals. Daarnaast zijn er kwantitatieve effecten die voortkomen uit het netwerk als geheel en specifieke onderdelen hiervan, met als belangrijkste effect de verschuiving van zorg naar meer zelf- en samenredzaamheid in het eigen netwerk. Qua zorg verwachten we een verschuiving van ggz (Zvw) naar ondersteuning binnen het sociaal domein (bestaande uit sociaal werk en welzijn en maatschappelijke ggz), laagdrempelige alternatieven zoals de paramedie en een verschuiving van zorg en ondersteuning naar geen ondersteuning (zelf- en samenredzaamheid). Deze verschuiving verbetert de toegankelijkheid van ondersteuning en zorg. Daarnaast zijn er andere effecten gekwantificeerd, waaronder de maatschappelijke besparing door kortere ggz-wachttijsten, reductie van huisartsconsulten en minder afstemmingstijd tussen huisarts en ggz-professionals. Daartegenover staan investeringskosten om de transformatie mogelijk te maken, waaronder programmaoverstijgend (reeds gemaakte programmakosten, inzet kernteam) en kosten per onderdeel (tijdsinzet projectleiders, werkgroepleden of inzet in interne organisatie, verletkosten, materiële kosten). De totale investering bedraagt € 7,7 mln aan IZA-transformatiemiddelen en € 8,6 mln aan SPUK-transformatiemiddelen. Om zicht te houden op de transformatie en resultaatgericht te werken zijn er KPI's opgesteld, zowel programmaoverstijgend als per onderdeel, deels inspannings- en resultaatgericht. De benodigde investeringskosten zijn gelinkt aan de KPI's op basis van kosten die gemaakt worden in de Zvw en sociaal domein.

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

1. Aanleiding en achtergrond

Wat zijn de uitdagingen en ambities op het gebied van mentale gezondheid in de regio?

Welke partijen in de regio zijn betrokken bij de transformatie Mentaal Gezond Twente?



Toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid van mentale gezondheidszorg staan onder druk

Regionale uitdagingen

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

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

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

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

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

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

1. Bron: Regiobeeld Twente (2023)

2. Bron: Regioplan Twente (2023)

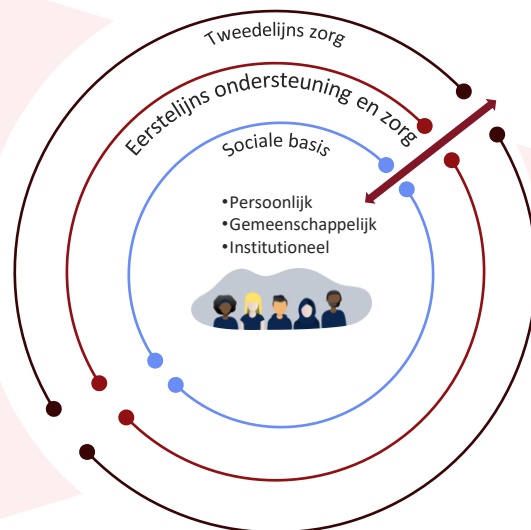
Een gezondere toekomst voor de Twentse inwoners vraagt anders denken en anders doen

Samen de uitdaging aan: voor en door Twentenaren

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

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

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



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

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

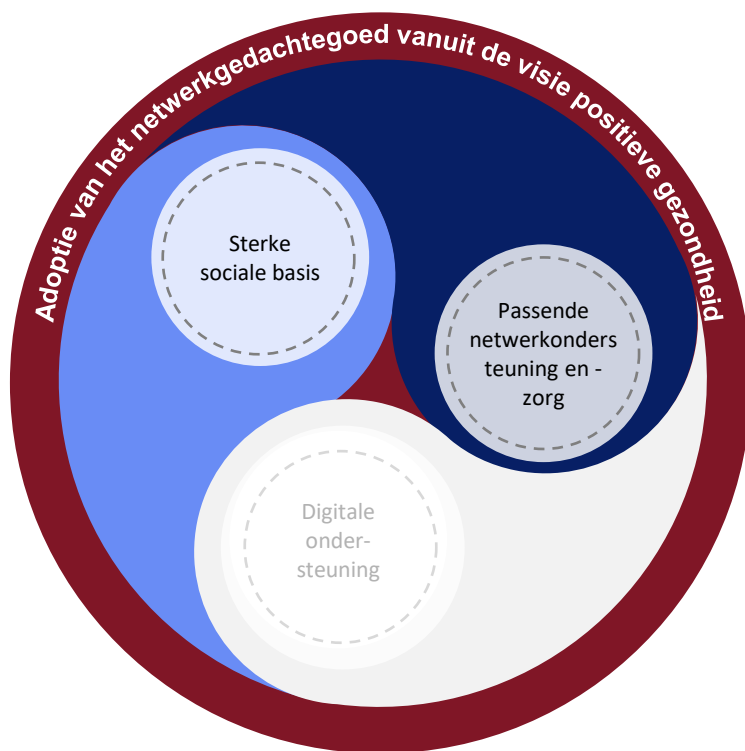
We zetten in de regio, en dus in deze visualisatie, de gemeenschap van inwoners centraal. Daar omheen kunnen verschillende lagen van ondersteuning en zorg de inwoners uit de gemeenschap helpen met hun zorg- en ondersteuningsvragen. We hebben deze lagen met intentie niet dichtgemaakt. De openingen zijn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

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

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

De in te zetten bewegingen [1/2]

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



Adoptie van het netwerkgedachtegoed vanuit de visie positieve gezondheid

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

Borgen van de bewegingen

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

De in te zetten bewegingen [2/2]

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

Sterke sociale basis

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

Passende netwerkondersteuning en -zorg

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

Digitale ondersteuning

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

Bewegingen:
primaire focus
binnen dit
transformatieplan

Beweging:
secundaire focus
binnen dit
transformatieplan



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

Onderdelen

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

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

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

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

Leidende principes samenwerking

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



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



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



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



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



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



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



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



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

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

Deelnemende partijen in regio

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



Zorgaanbieders: behandel-ggz



Zorgaanbieders: overig



Sociaal werk en welzijn



Gemeenten



Zorgaanbieders: huisartsenzorg



Zorgaanbieders: gehandicaptenzorg



Zorgaanbieders: maatschappelijke ggz



Laagdrempelige steunpunten en ervaringsdeskundigheid



Vertegenwoordiging inwoners en cliënten



Kennisinstelling



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

Regionale ontwikkelingen en raakvlakken

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

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

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

Mentaal Gezond Almelo

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

Instapteams

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

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

Mentale gezondheid en jeugd

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

Raakvlakken en synergie met andere (transformatie)plannen

Digitalisering rondom mentale gezondheid: Mediant, GGNet en partners

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

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

Transformatie Ouder worden doen we samen: Twente Beter en partners

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

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

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

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

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

2. Introductie Mentaal Gezond Twente

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



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

Hoe we de bewegingen inzetten [1/2]

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

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

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

Hoe we de bewegingen inzetten [2/2]

Onderdeel	Beschrijving van onderdeel	Toelichting op raakvlak onderdeel met beweging(en)	Regionaal vs. lokaal
4. Informatievoorziening wachttijden*	Door beter inzicht te hebben in regionaal aanbod voor verschillende zorgaanbieders binnen de ggz en het (indien mogelijk) sociaal domein en de beschikbaarheid daarvan, kunnen verwijzers en uitvoerders van het verkennend gesprek inwoners sneller verwijzen naar de best passende zorg.	Transparante en uniforme informatievoorziening over wachttijden ondersteunt bij het vinden van passende ondersteuning of zorg en dan specifiek op het juiste moment. Door inzicht te hebben in het regionale aanbod en beschikbaarheid, kan de inwoner sneller passende hulp ontvangen, wat bijdraagt aan het bevorderen van welzijn en positieve gezondheid.	De informatievoorziening wordt regionaal vormgegeven met lokale input. Regionaal uitgangspunt is voor deze informatievoorziening en –uitwisseling aan te sluiten bij Versneld Verbinden. Dit zorgt voor regiobrede borging van data-uitwisseling en zo kunnen in de toekomst ook andere organisaties aansluiten.
5. Transfermechanisme*	Binnen het transfermechanisme worden afspraken gemaakt tussen verwijzer en aanbieders en over financieringsstromen. Aanbieders geven elkaar inzicht in de zorgvragers op hun wachtlijst en gezamenlijk wordt gekeken waar de zorgvrager het best passend en tijdig geholpen kan worden, vanuit gemeenten, sociaal werk en welzijn of de ggz	Het transfermechanisme verbindt aanbieders van ondersteuning en zorg en maakt cliëntenoverdracht mogelijk. Door hierin nauw en gelijkwaardig samen te werken is beschikbare capaciteit inzichtelijk en zo in te zetten dat het past bij de ondersteuningsvraag. Hiermee past het bij de visie van passende zorg op de juiste plek en draagt het bij een netwerk van ondersteuning- en zorg.	Regionaal worden afspraken gemaakt over het transfermechanisme door lokale en regionale partners, voortbouwend op bestaande goed werkende afspraken.
6. Laagdrempelige steunpunten	Een regionaal dekkend netwerk van samenwerkende laagdrempelige steunpunten, die voldoen aan de 10 kenmerken ¹ , wordt doorontwikkeld. Omvang van regionale dekking is nader te bepalen. Een laagdrempelig steunpunt biedt bijvoorbeeld inloop, groepsactiviteiten en kan tevens een respijtfunctie hebben. Deze laagdrempelige steunpunten zijn toegankelijk voor iedere inwoner en naaste in een sociale en/of mentale kwetsbare situatie (variërend van lichte klachten tot EPA) die vast zijn gelopen om uiteenlopende redenen. Er is ondersteuning mogelijk binnen diverse leefgebieden.	Een regionaal dekkend netwerk van laagdrempelige steunpunten draagt bij aan de beweging naar een sterke sociale basis. Dit sluit aan bij de visie om zo mentaal welzijn te bevorderen, zonder dat er uitgebreide vervolgondersteuning of -zorg nodig is. Een laagdrempelig steunpunt in de vorm van een respijthuis helpt bijvoorbeeld met op tijd logeren in het voorkomen van crisiszorg- en opnames.	De landelijke richtlijnen t.a.v. zelfregie en herstel worden gevolgd. Op lokaal niveau is een goede verbinding nodig tussen de verschillende (centrum)gemeenten en hun diverse aanbod.
7. Consultatiefunctie	De consultatiefunctie (ggz – sociaal domein) ondersteunt professionals in het bieden van passende zorg en ondersteuning. Dit draagt bij aan domeinoverstijgend denken en handelen en draagt zo bij aan de totstandkoming van een zorgnetwerk om de inwoner heen.	De consultatiefunctie tussen sociaal werk en welzijn en de ggz ondersteunt professionals in het bieden van passende ondersteuning en zorg. Dit draagt bij aan domeinoverstijgend denken en vergroot het handelingsperspectief.	Voor de consultatiefunctie wordt op regionaal niveau afspraken gemaakt. In de uitvoering kunnen aanvullende lokale werkvormen worden toegevoegd en zo mogelijk regionaal overgenomen.
8. Groepsgericht werken	We ontwikkelen, implementeren, stimuleren en vergroten passend en samenhangend groepsaanbod in ondersteuning en zorg, waarvan meer mensen met psychische klachten tijdig kunnen profiteren. We besparen hiermee arbeidscapaciteit voor ondersteuning en zorg, waarmee de toegankelijkheid vergroten.	Groepsgerichte zorg en ondersteuning zorgt ervoor dat mensen mét en van elkaar leren en elkaar helpen en dat de rollen van ‘behandelaar’ en ‘patiënt’ veel meer losgelaten kunnen worden. Dat bevordert een gezamenlijke cultuur in plaats van een individualistische cultuur en sterkt mensen in hun eigen regie en in het van betekenis kunnen zijn voor een ander. Tegelijkertijd maakt groepsgericht werken mogelijk dat we met minder capaciteit meer hulp kunnen bieden. Ook ligt de focus op het trainen van vaardigheden om de inwoner zelfredzamer maken.	We vertalen regionaal de visie op domeinoverstijgend samenwerken naar een samenhangend groepsaanbod van sociale basis tot ggz. Daarmee kunnen (samenwerkende) organisaties afspraken maken om te komen tot passend groepsaanbod en dit onder de aandacht brengen.

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

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

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

Betrokken domeinen op hoofdlijnen [1/2]

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

Beschrijving en rol van domein in transformatie

Impact van transformatie op domein



Ggz

Monodisciplinaire-ggz
Diagnostiek en behandeling van lichte tot matige psychische problemen / verslavingsproblematiek. Opschalen van zorg indien niet toereikend.
Multidisciplinaire-ggz
Gespecialiseerde diagnostiek en behandeling voor mensen met (ernstige) psychische problemen, verslavingsproblematiek of psychiatrische aandoeningen.

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



Ervaringsdeskundigheid

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

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



Laagdrempelige steunpunten

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

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



Huisartsenzorg

Huisartsen
Signalering van psychische, psychiatrische en sociaal maatschappelijke problemen en inschakelen van hulpverlening/behandeling. De huisarts vindt de juiste plek of verwijst naar hulpverleners die hierbij kunnen helpen.
POH-ggz
Ondersteunen van de huisarts in zijn rol binnen mentale gezondheid bij diagnostiek en indicatie van benodigde zorg/ondersteuning. Uitvoeren van korte interventies bij psychische of psychiatrische problemen. Het gaat hierbij om POH met achtergrond als bijvoorbeeld sociaal werker, psycholoog of (sociaal)psychiater

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



Zorgverzekeraar

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

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

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

Betrokken domeinen op hoofdlijnen [2/2]



3. Verdieping en aanpak Mentaal Gezond Twente

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



1. Adoptie van het netwerkgedachtegoed vanuit de visie positieve gezondheid



Doelstelling: Ons doel is om inwoners en professionals bewust te maken van de beweging van ziekte en zorg naar gezondheid en gedrag en om hen aan te zetten tot ander gedrag. Dit doen we dan ook samen: in co-creatie met andere regionale initiatieven zoals het transformatieplan 'Ouder worden doen we samen' met als overkoepelende boodschap: 'Zelf zorgen, samen doen'. Hierbij werken we ook aan het normaliseren van mentale klachten, het centraal stellen van de inwoner en diens netwerk en het versterken van de herstelgerichte benadering. Hierdoor worden inwoners zelfredzamer en gaan zij vaker gezamenlijk met hun netwerk oplossingen vinden (samenredzaam). Door onze inspanningen op adoptie en uitvoering van lokale actieplannen begrijpen inwoners en professionals de noodzaak tot veranderen, voelen de urgentie om hier actief mee aan de slag te gaan, pakken de handvatten die we hen aanreiken met beide handen aan en doen het écht anders, samen. Hierdoor lukt het ons als organisaties om onze ondersteuning en zorg toegankelijk, betaalbaar en van hoge kwaliteit te houden, op het moment dat het nodig is. Daarbij is het randvoorwaardelijk dat professionals het gedachtegoed rondom Mentaal Gezond Twente en de bijbehorende netwerksamenwerking uitdragen, zowel binnen de eigen organisatie als binnen de regio. Om te weten of we met onze inspanningen de gewenste impact daadwerkelijk bereiken, starten we met een 0-meting, die we tijdens het transformatieproces op meerdere momenten zullen opvolgen.



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



Huidige situatie

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

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

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



Gewenste situatie

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

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



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



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

Inwoners aanzetten tot anders denken en doen

Adoptie | inwoners

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

Voorbeeld van in te zetten interventie

Om effectief samen te werken is het essentieel dat inwoners, professionals, organisaties en gemeenten een gezamenlijke taal ontwikkelen. Een gedeelde taal voorkomt misverstanden, bevordert gelijkwaardige communicatie en maakt het mogelijk om complexe vraagstukken rondom mentale gezondheid vanuit een gezamenlijk referentiekader te benaderen. Het helpt om elkaars perspectieven en rollen beter te begrijpen en ondersteunt samenwerking over domeinen en systemen heen. Zo draagt een gezamenlijke taal bij aan vertrouwen, samenhang en effectieve ondersteuning die echt aansluit bij de inwoners.

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

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

Het startpunt van de beweging: onze veranderboodschap lokaal laten landen

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

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

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

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

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

We vertalen deze boodschap naar de specifieke context van mentale gezondheid

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

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

Professionals toerusten met concrete handvatten in onze veranderaanpak

Adoptie | professionals

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

Voorbeelden van in te zetten interventie

Professionals worden in de adoptie van de nieuwe werkwijze ondersteund door een combinatie van scholing, intervisie en lerende netwerken. Scholingen zijn gericht op het verdiepen van het gedachtegoed zoals positieve gezondheid en het vertalen daarvan naar het dagelijks handelen. Intervisiebijeenkomsten bieden ruimte voor reflectie op eigen gedrag en het uitwisselen van ervaringen met collega's. Daarnaast worden lerende netwerken georganiseerd waarin professionals domeinoverstijgend samenwerken, casuïstiek bespreken en gezamenlijke taal ontwikkelen. Deze interventies helpen professionals om stap voor stap hun werkwijze aan te passen en zich zekerder te voelen in hun nieuwe rol.

Waarom een regionale veranderaanpak?

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

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

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

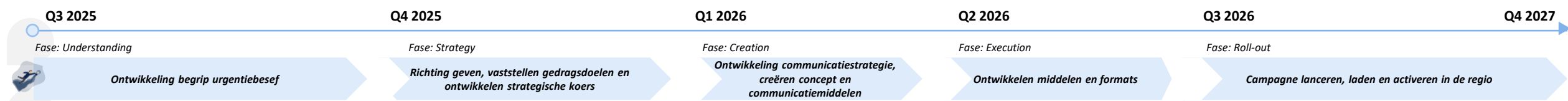
Optimale toerusting van professionals om de verandering te omarmen hangt af van de veranderfase waar ze zich in bevinden. Over het algemeen onderscheiden we twee groepen die in een ander tempo de verandering doormaken: koplopers en betrokkenen. De koplopers starten eerder met het doormaken van de verandering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



1. Adoptie van het netwerkgedachtegoed vanuit de visie positieve gezondheid¹



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



Fase 1: Understanding

In deze fase ligt het accent op het opzetten en uitvoeren van onderzoek naar gedrag en een stakeholderanalyse.

We voeren gesprekken met inwoners, professionals en vertegenwoordigers van gemeenten en wethouders om o.a. het urgentiebesef, ervaringen en verschillen in kaart te brengen. We doen een nulmeting, inventariseren bestaande initiatieven en bundelen bestaande inzichten uit plannen en initiatieven in de regio. Daarmee leggen we een gezamenlijk vertrekpunt voor de volgende fase.

Daarnaast richten we in deze fase een governance-structuur in zodat we een brede groep kunnen betrekken en een compacte groep beslissingen kan nemen.

Fase 2: Strategy

We leveren een **overkoepelende strategie** op. Hierin is de route opgenomen, gebaseerd op de bewustwordings- en gedragsopgave met per doelgroep een maatwerkboodschap. In de strategie staat ook beschreven wanneer welke stakeholder wordt aangesproken, welke beïnvloedingstrategie daarbij past.

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

Zie voor gedetailleerde planning en onderbouwing de offerte van communicatiebureau in [bijlage I](#)

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

Fase 3: Creation

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

Fase 4: Execution

De strategie wordt uitgewerkt naar middelen en formats voor de diverse stakeholders, zowel inwoners als professionals. Inwoners krijgen herkenbare en toegankelijke uitingen die mentale gezondheid bespreekbaar maken. Professionals krijgen formats die hun werkpraktijk ondersteunen en samenwerking makkelijker maken. In deze fase wordt een mediaplan ontwikkeld. Zo zetten we gezamenlijk de verandering in.

Fase 5: Roll-out

We gaan onze veranderboodschap uitdragen en aan het werk met elkaar. We richten ons op vier onderdelen: **regionale zichtbaarheid** gericht op bewustwording, urgentie en herkenning (hero-campagne), **inhoudelijke informatielijn en succesverhalen** gericht op verdieping en gedragsbeïnvloeding, **hyperlokale activatie** in buurt, wijk of op werkvloer gericht op directe interactie, en tot slot een regionaal afrondingsmoment om stil te staan bij wat we met elkaar hebben bereikt. Organisaties en individuele professionals zijn aan de slag met het nieuwe gedachtegoed en krijgen hulp in het verkrijgen van de vaardigheden die zij nodig hebben om hiermee in de dagelijkse praktijk aan de slag te gaan.

We voeren per lokaal actieplan en organisatie de stappen van de veranderroutekaart uit. Het regionaal adoptieteam ondersteunt in het inrichten van coaching, een PDCA-cyclus en het blijven vieren van successen. Naast een 0-meting zullen ook vervolgmetingen plaatsvinden om het succes van de ingezette interventies te kunnen meten.

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

2. Verkennend gesprek



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



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



Huidige situatie

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

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

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



Gewenste situatie

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

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

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



Betrokken netwerkpartners: Gemeenten, ggz-professionals (inclusief verslavingszorg en maatschappelijke ggz), professionals in sociaal werk en welzijn, ervaringsdeskundigen, paramedici, LVB-professionals, huisartsenzorg, evt. paramedie waar dit passend lijkt

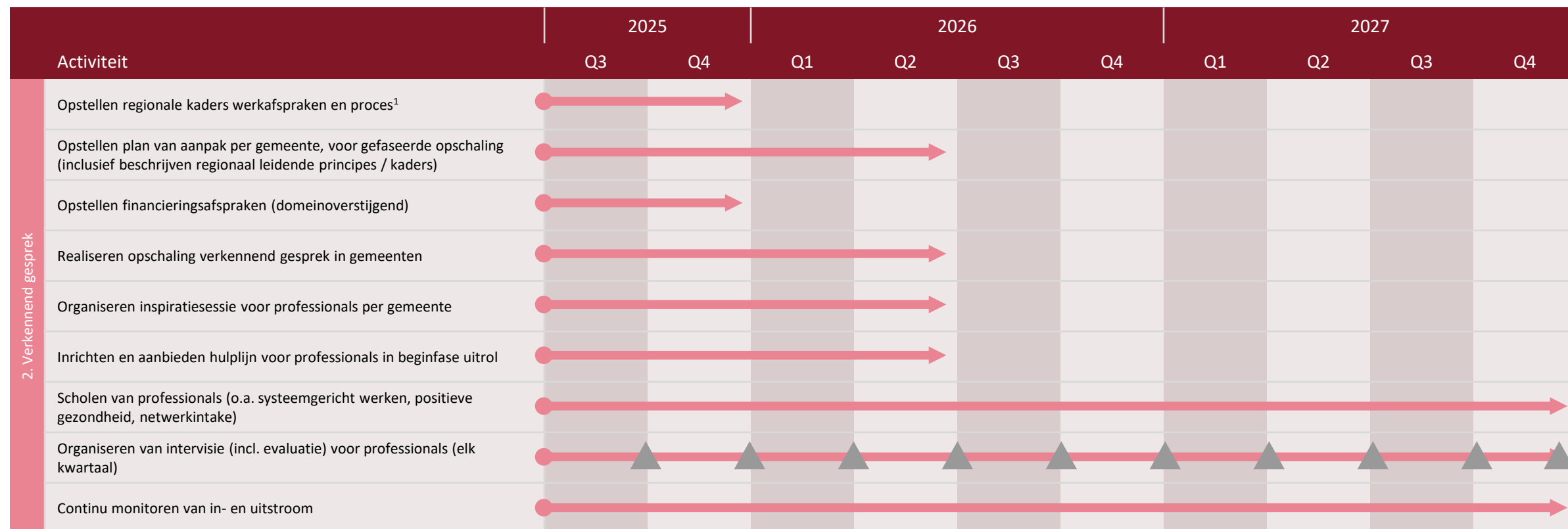


Kritische succesfactoren: Financiering deelname sociaal domein, inkoopafspraken Zvw, draagvlak en aanvaardbare administratieve druk huisarts en andere verwijzers, huisartsen kunnen eenvoudig verwijzen en terugrapportage ontvangen (bijv. via VIPLive), voldoende mogelijkheden voor opvolging van het advies,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

2. Verkennend gesprek

Aanpak

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



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

3. Domeinoverstijgend casusoverleg (DOC)



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



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



Huidige situatie

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

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



Gewenste situatie¹

Lokaal (per gemeente) stemmen betrokken netwerkpartners (zie hieronder) met elkaar af over casuïstiek wanneer (aanvullende) ondersteuning en/of zorg vanuit een ander domein wenselijk is. De inwoner is op deze manier eerder op de juiste plek doordat de partijen met elkaar meedenken in plaats van in het eigen domein te blijven. Dit lokale overleg is de basis en essentieel voor lokale en regionale samenwerking. Een goed lokaal overleg is ook voorwaarde voor een goed functionerend regionaal domeinoverstijgend casusoverleg. Veelal wordt voorkomen dat de situatie (verder) escaleert. Alle lokale initiatieven zijn in kaart gebracht en geoptimaliseerd, er zijn goede werkafspraken en de vindbaarheid is goed.

Wanneer men er lokaal niet uitkomt, kan gebruik worden gemaakt van de twee regionale tafels (het domeinoverstijgend casusoverleg). In dit domeinoverstijgend casusoverleg worden complexe casuïstiek en knelpunten in de regio besproken. De huidige regionale triage- en transfertafels worden hiervoor heringericht, door het formaliseren van de samenwerking en het aanpassen van het werkproces.

De lokale overleggen zijn een essentiële randvoorwaarde voor de goede werking van de regionale overlegtafels. De lokale overleggen staan echter op basis van de definitie los van het regionale domeinoverstijgende casusoverleg.



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



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

1. De aanvraag transformatiemiddelen DOC staat los van prestatievergoeding vanuit de PGGAZ (Patiëntengroepsgebonden afstemming binnen Zvw-verzekerde zorg. De transformatiemiddelen worden ingezet voor het opzetten van het DOC, monitoring en evaluatie en het creëren van een doorlopend leersysteem. Daadwerkelijke inzet van professionals in het overleg komen uit de reguliere PGGAZ middelen ([bron](#))

3. Domeinoverstijgend casusoverleg

Aanpak

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

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

1. Onderwerpen o.a. methodiek, vereisten casuïstiek, proces om casuïstiek in te brengen, team, planning, verslaglegging en registratie, onderzoek digitale mogelijkheden, opstellen financieringsafspraken (domeinoverstijgend)
2. Community voor Domeinoverstijgend casusoverleg en Transfermechanisme: ondersteunen/coachen van domeinoverstijgend casusoverleg, evalueren (o.a. successen delen en kruisbestuiving realiseren), monitoren casuïstiek

4. Informatievoorziening wachttijden



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



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



Huidige situatie

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



Gewenste situatie

Er is (blijvende) afstemming over informatievoorziening in de regio met betrokken organisaties. Het is helder hoe de regio informatievoorziening kan realiseren, waarbij er afspraken zijn over de technische mogelijkheden, data uitwisseling (requirements, leveranciers, passend bij landelijke en regionale ontwikkelingen zoals voor Jeugd en Versneld Verbinden) en commitment van betrokken partijen. Parallel aan het maken van afspraken op regionaal niveau werken we voor de technische inrichting meerdere scenario's uit waarbij we rekening houden met landelijke en regionale ontwikkelingen zoals Versneld Verbinden.

Er komt een tool beschikbaar welke inzicht geeft in beschikbare mogelijkheden en eventuele wachttijden, van in ieder geval de maatschappelijke en specialistische ggz. Op basis van actuele data kan de best passende verwijzing worden gemaakt voor dat moment en ontvangt een inwoner sneller passende hulp. Door monitoring worden eventuele hiaten in het aanbod en/of knelpunten in de beschikbaarheidesignaleerd en aangepakt.

De tool is te gebruiken door in ieder geval de verwijzers en uitvoerders van het verkennend gesprek. De ambitie is om middels de informatievoorziening ook het aanbod van het sociaal domein inzichtelijk te maken.



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

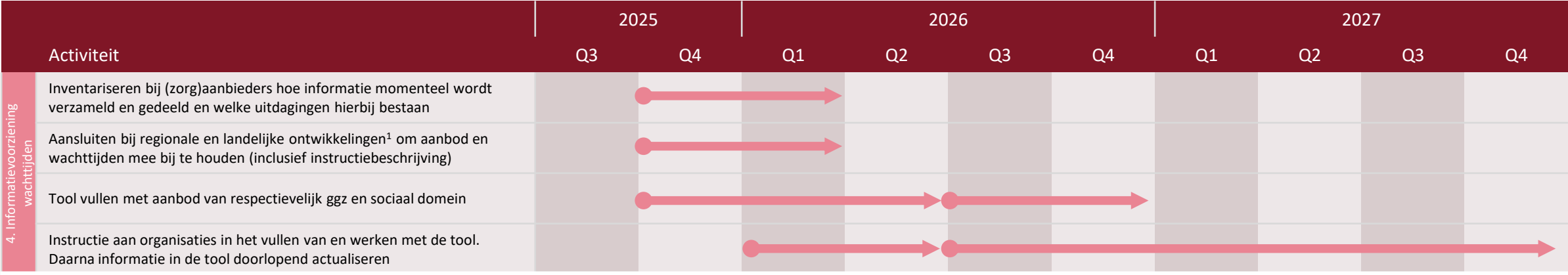


Kritische succesfactoren: Commitment van alle aanbieders om informatie te delen (nadere afspraken en wijze waarop nog overeen te komen), inhoud van de tool wordt gegenereerd uit bestaande data, afspraken over structurele borging en beheer van de tool, gefaseerd toevoegen van aanbod: eerst ggz daarna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

4. Informatievoorziening wachttijden

Aanpak

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



1. Momenteel (juni 2025) vindt er een landelijke uitwerking plaats van de specificaties waaraan een dergelijk systeem moet voldoen. Vanuit Mentaal Gezond Twente doen we zoveel mogelijk voorbereidend werk om t.z.t. goed aan te sluiten op deze uitkomsten en ontwikkelpad en het platform van Versneld Verbinden. De snelheid van de landelijke ontwikkelingen en duidelijkheid daarover zijn dus essentieel voor de te nemen stappen vanuit Mentaal Gezond Twente.

5. Transfermechanisme



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



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



Huidige situatie

In de regio zijn 2 triage- en transfertafels actief (1 voor subregio Almelo en 1 voor subregio Enschede/Hengelo). Dit is een tweewekelijks digitaal overleg van 30 minuten, waar met aanbieders vanuit verschillende domeinen overlegd wordt over passende behandel- en ondersteuningsmogelijkheden voor de aangemelde inwoner. De tafels zijn niet bij iedereen bekend, er zijn geen afspraken gemaakt over transfer (is vrijblijvend) en daardoor worden de tafels niet optimaal benut (te weinig casuïstiek aangeleverd). De tafel wordt voornamelijk gebruikt voor de triagefunctie (door verwijzers) en minder voor de transferfunctie en er is beperkt zicht op beschikbaarheid van zorg.



Gewenste situatie

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

Regionaal is er een tweewekelijks digitaal overleg van een uur met de betrokken netwerkpartners (zie hieronder; afvaardiging later te concretiseren). Dit overleg is breed bekend, partners nemen actief deel en transfers worden regelmatig mogelijk gemaakt. Hierin bespreken zij oplossingen voor knelpunten (t.a.v. wachttijden) en vullen zij groepen die in aanmerking komen voor een transfer. Het doel is om gezamenlijk verschillen in vraag en aanbod en eventuele herverdeling vraagstukken op te lossen. Dit overleg kan naast de transferfunctie tevens gebruikt worden voor het bespreken van casuïstiek waar lokaal in wordt vastgelopen.



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

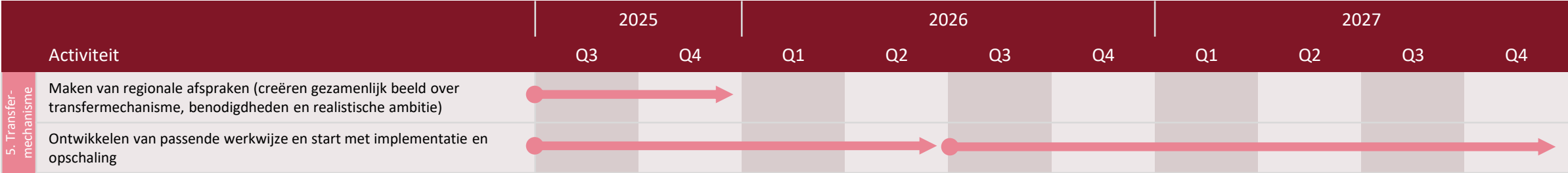


Kritische succesfactoren: Voldoende capaciteit bij zorgverleners, gemeenten, sociaal werkorganisaties om deel te nemen aan tafels, beschikbaar zorg- en ondersteuningsaanbod, afspraken zijn bekend bij partijen, denken in mogelijkheden, eenheid van taal t.a.v. wachtlijsten, acceptatie van de rol, opdracht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

5. Transfermechanisme

Aanpak

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



6. Laagdrempelige steunpunten



Doelstelling: Een regionaal dekkend netwerk van laagdrempelige steunpunten, die voldoen aan de tien kenmerken zoals vastgesteld door de *werkgroep laagdrempelige steunpunten IZA-thematafel Samenwerking sociaal domein, huisartsen en ggz (bron)*. Inwoners kunnen hier laagdrempelig naartoe, zonder dat een doorverwijzing nodig is.



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



Huidige situatie

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

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

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



Gewenste situatie

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

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

Uit een eerste inventarisatie blijkt dat er vier bestaande laagdrempelige steunpunten in Twente zijn en we toewerken naar totaal zeven. Verder zijn er zeven inlooppunten, uit te breiden naar totaal 14.



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



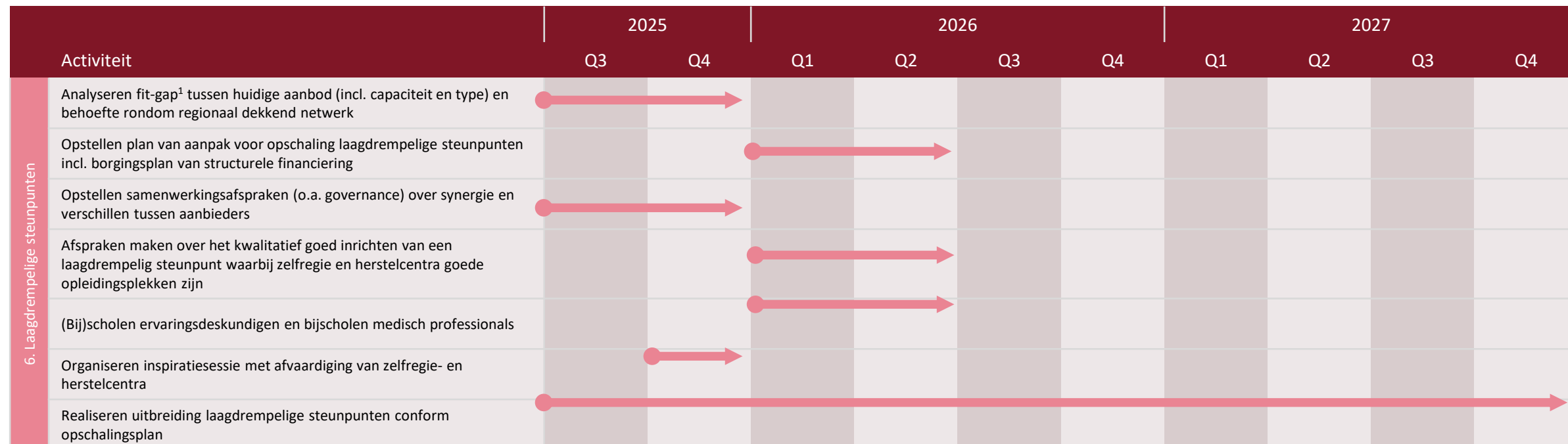
Kritische succesfactoren: Juiste structurele financiering en financieringsvorm/prikkel (domeinoverstijgende financiering moet verstevigd worden), voldoende capaciteit bij laagdrempelige steunpunten om te kunnen groeien, maar ook flexibele samenwerking en aansluiten bij bestaande initiatieven, tijd voor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

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

6. Laagdrempelige steunpunten

Aanpak

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



1. Bij de fit-gap analyse gebruikmaken van de kwantitatieve richtlijn van de IZA-werkgroep laagdrempelige steunpunten, waarmee per regio te berekenen is hoeverre het netwerk dekkend is ([bron](#))

7. Consultatiefunctie



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



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



Huidige situatie

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



Gewenste situatie

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

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

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



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



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

7. Consultatiefunctie

Aanpak

De consultatiefunctie zorgt er de komende jaren voor dat professionals uit het sociaal domein en ggz elkaar makkelijker kunnen bereiken. Hiertoe is het nodig dat er regionale werkafspraken komen over de inzet en meerwaarde hiervan. Samenvattend gaat het om bekendheid geven aan de consultatiefunctie, samenwerkingsafspraken maken en randvoorwaarden creëren.

		2025		2026				2027			
Activiteit		Q3	Q4	Q1	Q2	Q3	Q4	Q1	Q2	Q3	Q4
7. Consultatiefunctie	Opstellen regionale (en eventueel lokale) werkafspraken (Onderwerpen o.a. stroomschema van de werkwijze en financiële afspraken)										
	Periodiek evalueren van consultatiefunctie door periodieke bijeenkomsten (onderdeel van learning community domeinoverstijgend casusoverleg)										
	Continu monitoren van casuïstiek (bijv. middels een learning community)										

8. Groepsgericht werken



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



Doelgroep: inwoners met mentale klachten.



Huidige situatie

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

Binnen de inloopvoorzieningen is groepsgericht werken volop aanwezig.



Gewenste situatie

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

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

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



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



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

8. Groepsgericht werken

Aanpak

Onderstaande tabel toont de aanpak om een gezamenlijke visie op groepsgericht werken te realiseren en meer (domeinoverstijgend) groepsaanbod te realiseren. Samenvattend gaat het om het maken van samenwerkingsafspraken, vormen van een gezamenlijke visie, creëren van randvoorwaarden en indien nodig/relevant ontwikkelen van domeinoverstijgend aanbod.

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

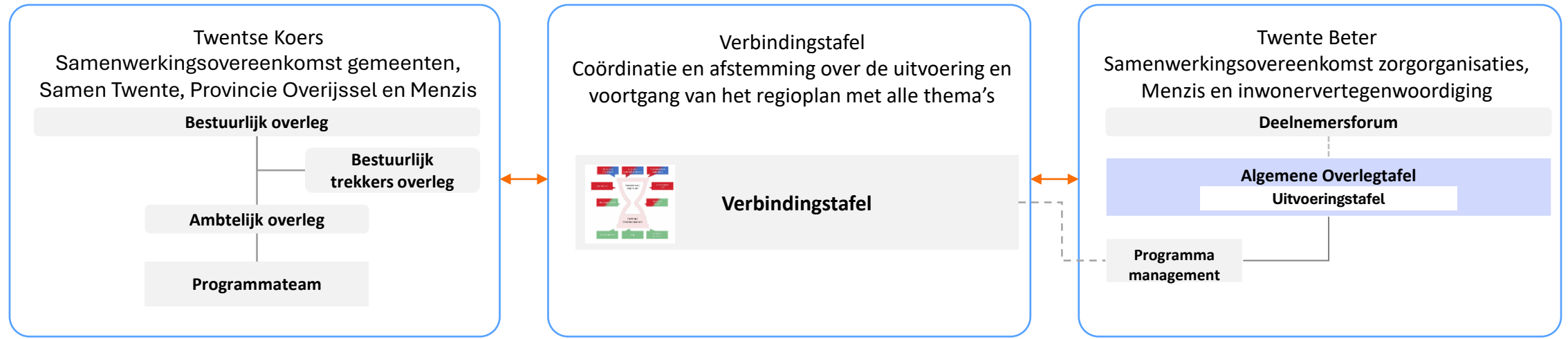
4. Samenwerking en governance

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



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

Regionale governance en raakvlakken



Hier vindt uitwerking van het voorliggende transformatieplan plaats

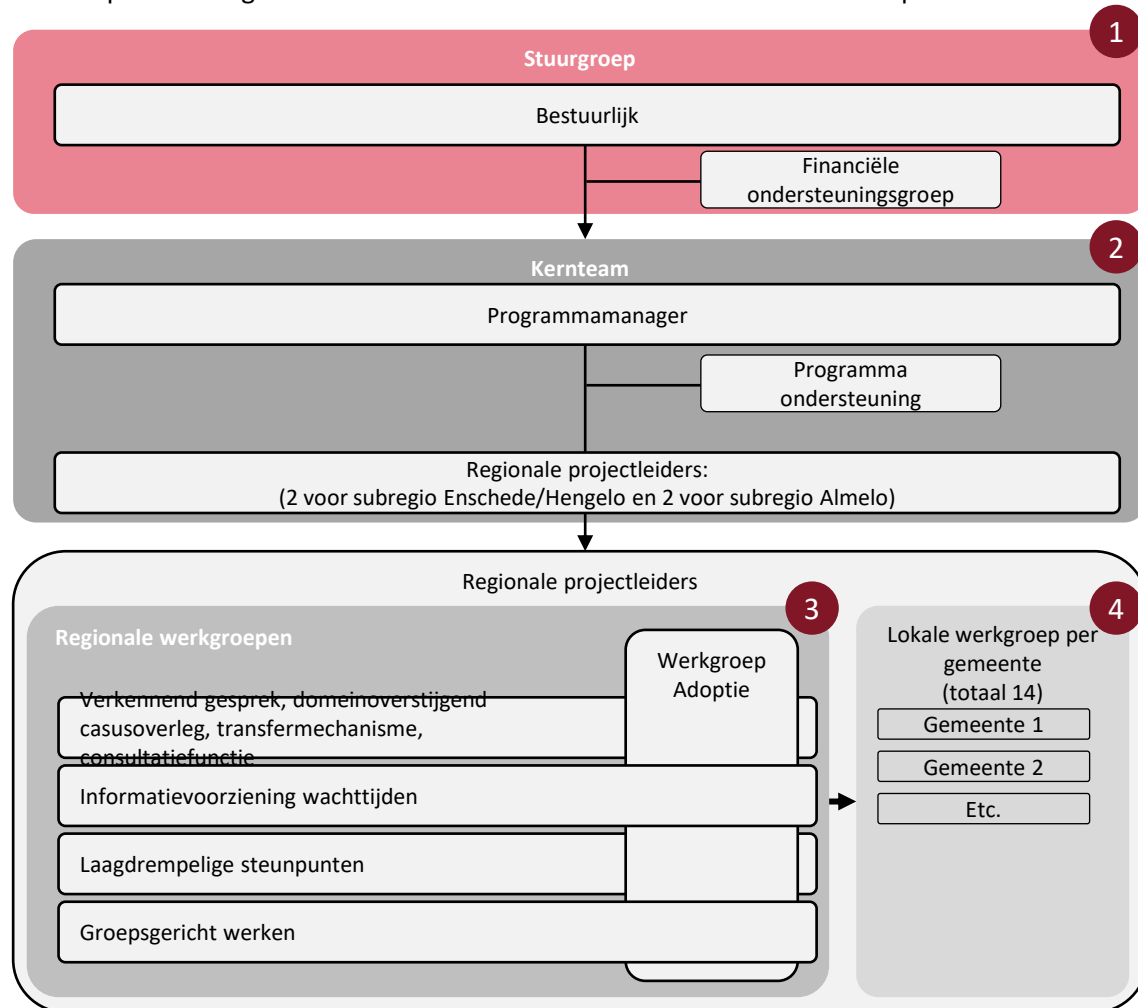
Communicatie

¹ In samenwerking met de Samenwerkingsagenda Jeugd

Succesvolle uitvoering van het transformatieplan vraagt om heldere en pragmatische structuur

Besturings- en overlegstructuur

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



Toelichting op betrokken teams

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

Toelichting op programma overleggen

- 1 Stuurgroep overleggen: Strategische besluitvorming. Stakeholder management, algehele voortgang m.b.t. implementatieplanning, aftekening stukken en escalaties.
- 2 Kernteam voortgangsoverleg: Tactische en deels strategische besluitvorming. Focus op proces en inhoud: bewaking van voortgang t.a.v. implementatie-planning, KPI's, escalatiemogelijkheden, monitoren van risico's en afstemming inhoud/stakeholders.
- 2 Projectleidersoverleg: De projectleiders van de regionale werkgroepen komen periodiek samen met het kernteam.
- 3 Werkgroep overleg: Afstemming tussen projectleiders van de regionale en lokale werkgroepen.
- 4

Levert input voor

5. Maatschappelijke business case

Wat is de verwachte impact van de transformatie?

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



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

Impact op IZA-doelen

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



Het netwerk als geheel en de individuele onderdelen kunnen impact hebben op klimaat en milieu. Dit is echter niet het primaire doel van deze transformatie en daarom niet verder uitgewerkt en doorgerekend. Wel is de verwachting dat als inwoners vaker en sneller op de juiste plek ondersteuning en/of zorg ontvangen, dit onnodige reisbewegingen en ondersteuning en zorg kan voorkomen. Het totale netto effect op klimaat en milieu is niet bekend.

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

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

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

Uitgangspunten en kengetallen

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

Uitgangspunten

- Zie [Bijlage IV](#) voor de basisuitgangspunten van de business case.
- Ggz zorg is aangeduid als Zvw zorg en sociaal werk en welzijn en maatschappelijke ggz is aangeduid als sociaal domein
- De verschuivingen inwoners tussen domeinen gaat gepaard met financiële stromen. Het bijbehorende financiële resultaat betekent beslist geen omzetsdaling in de ggz: het gaat hier om gecreëerde zorgruimte om de groeiende vraag naar ondersteuning en zorg op te vangen. Dit laat dus de verbeterde toegankelijkheid tot de ggz zien.
- Kosten- en impact worden voor het overzicht uitgesplitst per onderdeel van Mentaal Gezond Twente, uiteindelijk wordt de impact gerealiseerd door het netwerk als geheel.
- Kosten- en impact worden uitgesplitst in Zorgverzekeringswet (Zvw) en sociaal domein (SD), vanwege achterliggende financieringsstromen.
- In sommige gevallen gaat een verschuiving van inwonersstromen tussen domeinen gepaard met een kostenverschuiving. Deze kosten zijn ook inzichtelijk gemaakt.
- De reeds gemaakte kosten betreffen periode t/m Q2 2025 en bestaan uit kosten voor voorbereidingen op Mentaal Gezond Twente en voor het opstellen van het transformatieplan. De impact en kosten voor het vervolg starten vanaf Q3 2025, wat als startdatum van de transformatie wordt gezien.
- De details t.a.v. de business case zijn in de vorm van een Excel uitvoerig besproken en gedeeld met de expert groep business case (controllers van (zorg)instellingen en Menzis).
- Bij het opstellen van dit plan is er op toegezien dat er geen sprake is van dubbele bekostiging, om zo te voldoen aan de eisen volgens het verantwoordingskader NZa.

Aandachtspunt structurele kosten sociaal domein na 2027

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

Belangrijkste kengetallen¹

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

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

Het netwerk kent generieke effecten en specifieke effecten per activiteit

Effecten

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

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

Zie uitwerking op volgende pagina's

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

Impact- en kostendrivers

In werksessies met de werkgroep en de expertgroep business case zijn de impact- en kostendrivers van de business case geïdentificeerd en is een inschatting gemaakt van de omvang. Zie [bijlage II](#) voor de samenstelling van deze werk- en expertgroepen. Daarnaast vormen zowel de landelijke business case als de vanuit zorgverzekeraars gezamenlijke memo ten aanzien van de business case van mentale gezondheidsnetwerken de basis voor de business case.



De maatschappelijke business case van het netwerk is op termijn positief

Samenvatting van de impact en kosten

	Onderdeel van Mentaal Gezond Twente	Omvang (€ x1.000)					Totaal	Totaal Zvw	Totaal SD
		Jaar 1 (6 mnd)	Jaar 2	Jaar 3	Jaar 4	Jaar 5			
Impact	2. Verkennend gesprek	-265	-1.784	-3.829	-5.945	-5.629	-17.452	-10.680	-6.772
	3. Domeinoverstijgend casuoverleg	-94	-360	-925	-1.551	-1.910	-4.841	-4.841	0
	6. Laagdrempelige steunpunten	-304	-501	-490	-76	-78	-1.449	-1.132	-317
	7. Consultatiefunctie	-15	-33	-40	-41	-42	-171	-367	196
	Totaal	-678	-2.679	-5.284	-7.613	-7.659	-23.913	-17.020	-6.893
Kosten	0. Programma overstijgend	2.015	1.562	1.590	0	0	5.167	2.869	2.298
	1. Adoptie netwerkgedachtegoed	914	1.827	1.595	0	0	4.336	2.258	2.078
	2. Verkennend gesprek	427	871	1.186	1.176	1.208	4.869	2.031	2.838
	3. DOC, 4. Infor.voorz., 5. Transfermech.	557	963	630	391	402	2.943	2.098	845
	6. Laagdrempelige steunpunten	218	346	315	0	0	879	90	789
	7. Consultatiefunctie	138	290	308	73	75	885	439	446
	8. Groepsgericht werken	407	460	144	0	0	1.011	633	378
	Totaal	4.676	6.319	5.768	1.640	1.686	20.090	10.417	9.672
Totaal resultaat business case		3.997	3.641	485	-5.973	-5.973	-3.823	-6.603	2.780

Toelichting

- In de business case wordt impact (baten) aangeduid met een negatief getal en worden kosten aangeduid met een positief getal.
- Aangezien het transformatieplan in de loop van 2025 wordt ingediend, zijn in 2025 alleen de laatste 6 maanden geïncludeerd in de business case.
- In het begin wordt geïnvesteerd in de opstart van Mentaal Gezond Twente. Dat verklaart de relatief hoge kosten in de zes maanden van jaar 1, jaar 2 en jaar 3.
- Vanaf jaar vier is de business case positief; de baten zijn dan groter dan de kosten. Het positieve resultaat neemt in de jaren daarna telkens toe.
- Het resultaat betreft een besparing in de vorm van vrijgekomen zorgruimte. Deze vrijgekomen ruimte is in te zetten om de wachtlijsten en –tijden te verminderen binnen het ggz-domein. De bestaande zorgvraag i.c.m. krapte in het aanbod is zo beter op te vangen. Dit gaat gepaard met meer activiteiten en dus kosten binnen het sociaal domein. Alles bij elkaar opgeteld is het resultaat op totaal niveau positief. De besparing dient niet verward te worden met een omzetsdaling in de ggz.
- Extra of minder uitgaven in het sociaal domein per onderdeel staan weergegeven op de hiernavolgende impact pagina.
- Voor de onderdelen '1. Adoptie visie en gedachtegoed' en '4. Informatievoorziening wachttijden' is geen afzonderlijke impact weergegeven, aangezien deze activiteiten faciliterend zijn aan het netwerk.
- Voor het onderdeel '5. Transfermechanisme' zijn geen afzonderlijke impact of kosten weergegeven. Dit onderdeel valt namelijk onder onderdeel '3. Domeinoverstijgend casuoverleg'.
- Voor het onderdeel '8. Groepsgericht werken' is geen afzonderlijke impact weergegeven, aangezien bijbehorend effecten onvoldoende cijfermatig onderbouwd kon worden.

De verwachte impact is per onderdeel van het netwerk berekend

Impact

Impact	Omvang (€ x1.000)					Totaal	Totaal Zvw	Totaal SD
	Jaar 1 (6 mnd)	Jaar 2	Jaar 3	Jaar 4	Jaar 5			
2. Verkennend gesprek	-265	-1.784	-3.829	-5.945	-5.629	-17.452	-10.680	-6.772
Verschuiving van multidisciplinaire ggz naar monodisciplinaire ggz (beide Zvw): 15% van de inwoners die een verkennend gesprek krijgt, gaat daarna naar monodisciplinaire ggz (i.p.v. multidisciplinaire ggz)	-24	-178	-458	-785	-807	-2.253	-2.253	
Voorkomen van ggz zorg: 17% van de inwoners die een verkennend gesprek krijgt, gaat daarna naar het sociaal domein (i.p.v. ggz)	-43	-334	-779	-1.413	-1.614	-4.184	-4.184	
Besparing van op de wachtlijst (zowel maatschappelijk als SD)	-128	-834	-1.714	-2.492	-2.163	-7.332		-7.332
Besparing van op de wachtlijst (Zvw)	-68	-439	-902	-1.312	-1.138	-3.859	-3.859	
Extra uitgaven in het sociaal domein (meer doorverwijzingen): 17% van de casussen komt door het verkennend gesprek nieuw in het sociaal domein terecht*	7	57	137	251	293	745		745
Minder uitgaven in het sociaal domein (meer richting geen ondersteuning en/of zorg): 3% van de casussen krijgt na het verkennend gesprek geen ondersteuning en/of zorg	-3	-18	-37	-63	-65			-185
Minder druk op de huisartsenzorg: besparing van twee huisartsconsulten per inwoner na verkennend gesprek	-6	-37	-76	-131	-135	-385	-385	
3. Domeinoverstijgend casusoverleg	-94	-360	-925	-1.551	-1.910	-4.841	-4.841	0
Reduceren van ggz: 10% van de casussen die besproken worden in het domeinoverstijgend casusoverleg worden behandeld buiten de ggz	-6	-23	-23	-24	-25	-100	-100	
Reductie van huisartsconsulten (draaideur-effect): 70% van de casuïstiek die door de huisarts aangedragen wordt bij het domeinoverstijgend casusoverleg stroomt sneller door	-23	-66	-64	-64	-64	-282	-282	
Minder afstemming tussen huisarts en ggz (door leereffect in doorverwijzen): 35% reductie van de afstemmingstijd tussen de huisarts en ggz	-66	-271	-837	-1.463	-1.821	-4.459	-4.459	
6. Laagdrempelige steunpunten	-304	-501	-490	-76	-78	-1.449	-1.132	-317
Brede maatschappelijke baten zoals arbeidsparticipatie, minder ggz-crisisopnames, minder gebruik ggz-dagactiviteiten of dagbesteding	-344	-624	-701	-293	-301	-2.264	-1.132	-1.132
Extra uitgaven in het sociaal domein (opstarten en uitbreiden laagdrempelige steunpunten)*	40	123	211	217	223	815		815
7. Consultatiefunctie	-15	-33	-40	-41	-42	-171	-367	196
Voorkomen van ggz zorg: inwoners blijven vaker of langer in sociaal domein i.p.v. doorstroom naar ggz	-33	-71	-85	-88	-90	-367	-367	
Extra uitgaven in het sociaal domein (meer doorverwijzingen): 5% van de casussen blijft binnen het SD*	18	38	45	47	48	196		196

Toelichting

- Over de jaren ontstaan steeds grotere baten (besparingen) als gevolg van o.a. verminderde huisartsbezoeken, betere verbinding tussen ggz en huisartsenzorg en kortere wachtlijsten.
- Door de focus op positieve gezondheid en een sterke sociale basis ontstaat een verschuiving van professionele ondersteuning af. Deze impact kan op dit moment nog niet gekwantificeerd worden.
- Structurele extra kosten (extra uitgaven in het sociaal domein door meer aanbod en structurele beheerkosten) zijn aangeduid met een *. De extra kosten door toenemende verwijzingen drukken de financiële impact.

De verwachte kosten zijn per onderdeel van het netwerk berekend

Kosten [1/3]

Investering	Omvang (€ x1.000)					Totaal	Totaal Zvw	Totaal SD
	Jaar 1 (6 mnd)	Jaar 2	Jaar 3	Jaar 4	Jaar 5			
o. Programma overstijgend	2.015	1.562	1.590	0	0	5.167	2.869	2.298
Reeds gemaakte kosten (incl. schrijven transformatieplan)	1.237	0	0	0	0	1.237	646	591
Inzet Kernteam	399	790	796	0	0	1.985	992	992
Verletkosten professionals	380	772	794	0	0	1.946		
Verletkosten zorgprofessionals Zvw	238	489	503	0	0	1.231	1.231	
Verletkosten sociaal domein	141	283	291	0	0	715		715
1. Adoptie netwerkgedachtegoed	914	1.827	1.595	0	0	4.336	2.258	2.078
Projectleider	354	363	257	0	0	974	487	487
Communicatiebureau	230	784	640	0	0	1.654	827	827
Verletkosten professionals	330	679	698	0	0	1.708		
Verletkosten zorgprofessionals Zvw	183	375	386	0	0	944	944	
Verletkosten sociaal domein	148	304	312	0	0	764		764
Materiële kosten	0	0	0	0	0	0		0
2. Verkennend gesprek	427	871	1.186	1.176	1.208	4.869	2.031	2.838
Projectleider	106	218	224	0	0	548	274	274
Verletkosten professionals	269	286	272	0	0	827		
Verletkosten zorgprofessionals Zvw	159	170	162	0	0	491	491	
Verletkosten sociaal domein	110	116	110	0	0	336		336
Deelname professionals	49	363	686	1.176	1.208	3.482		
Zorgprofessionals Zvw	22	128	248	425	437	1.260	1.260	
Sociaal domein*	27	235	438	750	771	2.222		2.222
Materiële kosten	4	4	4	0	0	12	6	6

Toelichting

- Om de beoogde transformatie te realiseren is personele inzet vereist. Hieronder valt de inzet van programmamanagers, regionale en lokale projectleiders en medewerkers, scholing en training i.v.m. het aanleren van nieuwe werkwijzen. Alle personele inzet wordt in principe intern vervuld.
- De tijd die professionals en medewerkers niet kunnen besteden aan reguliere werkzaamheden als gevolg van deelname aan werkgroepen, monitoring, borging en scholing, zijn meegenomen als verletkosten.
- Materiële kosten staan in een separate rij weergegeven.
- Reeds gemaakte kosten (t/m juni 2025) ter voorbereiding op Mentaal Gezond Twente (€ 1.165k) en voor het opstellen van het transformatieplan zijn opgevoerd in jaar 1 (€ 190k).
- Kosten van deelname aan het verkennend gesprek nemen over de jaren toe aangezien het gesprek vaker plaatsvindt en er meer professionals bij betrokken zijn. De aanvraag van IZA-transformatiemiddelen is exclusief de kosten voor deelname aan het verkennend gesprek door ggz professionals. Voor deze kosten bestaan andere betaaltitels.
- Het verkennend gesprek is tegen kostprijs opgenomen in de business case, aangezien het opbrengsttarief nog moet worden vastgesteld.
- Structurele kosten (extra uitgaven in het sociaal domein door meer aanbod en structurele beheerkosten) zijn aangeduid met een *.

De verwachte kosten zijn per onderdeel van het netwerk berekend

Kosten [2/3]

Investering	Omvang (€ x1.000)					Totaal	Totaal Zvw	Totaal SD
	Jaar 1 (6 mnd)	Jaar 2	Jaar 3	Jaar 4	Jaar 5			
3. DOC, 4. Infor.voorz., 5. Transfermech.	557	963	630	391	402	2.943	2.098	845
Projectleider en IT-expert* voor beheer informatie-voorziening	44	66	26	27	27	191	95	95
Verletkosten professionals	295	452	249	0	0	996		
Verletkosten zorgprofessionals Zvw	241	347	169	0	0	757	757	
Verletkosten sociaal domein	54	105	80	0	0	238		238
Deelname professionals	168	345	355	365	375	1.607		
Zorgprofessionals Zvw	130	267	275	283	291	1.246	1.246	
Sociaal domein*	38	78	80	82	84			361
Materiële kosten	50	100	0	0	0	150		150
6. Laagdrempelige steunpunten	218	346	315	0	0	879	90	789
Projectleider	35	72	74	0	0	180	90	90
Verletkosten professionals	38	59	55	0	0	152		
Verletkosten zorgprofessionals Zvw	0	0	0	0	0	0	0	
Verletkosten sociaal domein	38	59	55	0	0	152		152
Materiële kosten	145	215	187	0	0	547		547
7. Consultatiefunctie	138	290	308	73	75	885	439	446
Verletkosten professionals	110	231	237	0	0	578		
Verletkosten zorgprofessionals Zvw	49	101	104	0	0	254	254	
Verletkosten sociaal domein	61	129	133	0	0	323		323
Deelname professionals	27	60	71	73	75	307		
Zorgprofessionals Zvw	17	36	43	44	45		185	
Sociaal domein*	11	24	28	29	30			122

Toelichting

- Om de beoogde transformatie te realiseren is personele inzet vereist. Hieronder valt de inzet van programmamanagers, regionale en lokale projectleiders en medewerkers, scholing en training i.v.m. het aanleren van nieuwe werkwijzen. Alle personele inzet wordt in principe intern gevuld.
- De tijd die professionals en medewerkers niet kunnen besteden aan reguliere werkzaamheden als gevolg van deelname aan werkgroepen, monitoring, borging en scholing, zijn meegenomen als verletkosten
- De kosten voor deelname van professionals (uitvoeringskosten) van '5. Transfermechanisme' staan opgenomen onder '3. Domeinoverstijgend casusoverleg'. Het transfermechanisme vindt namelijk plaats tijdens het domeinoverstijgend casusoverleg. Deze uitvoeringskosten apart inzichtelijk maken is daardoor niet mogelijk.
- Materiële kosten staan in een separate rij weergegeven.
- Structurele kosten (extra uitgaven in het sociaal domein door meer aanbod en structurele beheerkosten) zijn aangeduid met een *.

De verwachte kosten zijn per onderdeel van het netwerk berekend

Kosten [3/3]

Investering	Omvang (€ x1.000)					Totaal	Totaal Zvw	Totaal SD
	Jaar 1 (6 mnd)	Jaar 2	Jaar 3	Jaar 4	Jaar 5			
8. Groepsgericht werken	407	460	144	0	0	1.011	633	378
Projectleider	20	41	42	0	0	103	51	51
Verletkosten professionals	272	301	84	0	0	657		
Verletkosten zorgprofessionals Zvw	190	209	56	0	0	456	456	
Verletkosten sociaal domein	81	92	28	0	0	201		201
Materiële kosten	115	118	18	0	0	251	126	126
Totaal	4.676	6.319	5.768	1.640	1.686	20.090	10.417	9.672

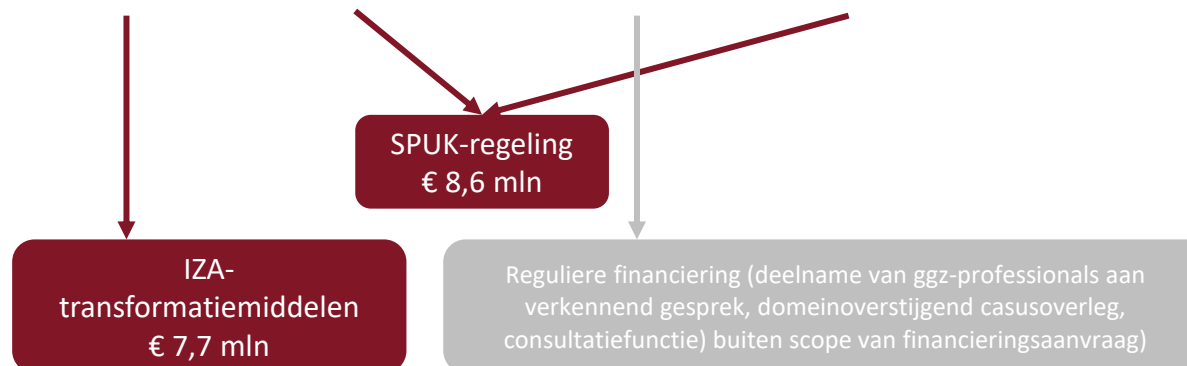
De IZA-transformatiemiddelen en SPUK-regeling worden aangeboord

Aanvraag IZA-transformatiemiddelen en SPUK-transformatiemiddelen

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

Kosten 2025 t/m 2027 (€ x1.000)				
Incidenteel		Structureel		Totaal
Zvw	SD	Zvw	SD	
7.700	6.940	1.166	1.635	17.440

Jaarlijkse kosten vanaf 2028 (€ x1.000)	
Structureel	
Zvw	SD
752	1377



Toelichting

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

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

6. Monitoring en bijsturing

Op welke manier wordt voortgang gemonitord en bijgestuurd waar nodig?



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

Monitoring en bijsturing

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

Uitgangspunten KPI's



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



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



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



Er wordt een samenwerkingsovereenkomst opgesteld om nadere afspraken met elkaar te maken over het financieringsmodel, risicodragerschap, kassiersfunctie(s), voor de risicodragende partijen. Deze overeenkomst is onlosmakelijk verbonden met het transformatieplan.

Uitgangspunten monitoring

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

Specifiek voor SPUK-transformatiemiddelen

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

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

KPI's [1/8]

Onderdeel	Nr.	KPI ¹	I/ R	Geplande datum	Bedrag (€ x1.000)			Bewijsvoering ²
					Totaal	IZA	SPUK	
Algemeen - oplevering	1	Transformatieplan Mentaal Gezond Twente opgeleverd (inclusief reeds gemaakte kosten instapteams regio Hengelo en Enschede).	I	30-6-2025	1.237	585	652	Ingediend en goedgekeurd transformatieplan Mentaal Gezond Twente
	2	De samenwerkingsovereenkomst is opgesteld en ondertekend door risicodragende partijen.	I	30-10-2025	0	0	0	Ondertekende samenwerkingsovereenkomst
Programma- overstijgend	3	Er is een 0-meting uitgevoerd (ijkmoment 01-07-2025) voor het bepalen van de omvang van de ggz-wachtlIJst o.b.v. cijfers Mediant, Dimence en Tactus.	I	31-12-2025	150	71	79	Uitkomst van 0-meting met onderbouwing o.b.v. cijfers Mediant, Dimence, Tactus
	4	De omvang van de oorspronkelijke ggz-wachtlIJst bij Mediant, Dimence en Tactus (KPI #3) is op 01-07-2026 met 155 gedaald ten opzichte van de 0-meting als gevolg van de effecten van Mentaal Gezond Twente	R	31-12-2026	150	71	79	Status omvang oorspronkelijke wachtlIJst met onderbouwing cijfers Mediant, Dimence, Tactus
	5	De omvang van de oorspronkelijke ggz-wachtlIJst bij Mediant, Dimence en Tactus (KPI #3) is op 01-07-2027 met 437 gedaald ten opzichte van de 0-meting als gevolg van de effecten van Mentaal Gezond Twente.	R	31-12-2027	150	71	79	

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

2. Uitgebreide omschrijving van de bewijsvoering is opgenomen in de Businesscase bij de betreffende KPI.

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

KPI's [2/8]

Onderdeel	Nr.	KPI	I/ R	Geplande datum	Bedrag (€ x1.000)			Bewijsvoering ²
					Totaal	IZA	SPUK	
1. Adoptie ¹	6	De centrale communicatiestrategie is opgeleverd, inclusief doelgroepsegmentatie en gedragsopgave, en wordt onderschreven door minimaal 70% van de betrokken partijen binnen mentale gezondheid.	I	31-03-2026	988	467	520	Strategiedocument, door minimaal 70% van betrokken gemandateerden ondertekend
	7	Er is een tactisch mediaplan opgeleverd waarin distributiestrategieën voor zowel inwoners als professionals zijn opgenomen, gekoppeld aan doelgroep-specifieke touchpoints.	I	30-06-2026	988	467	520	Tactisch mediaplan
	8	Bij de uitvoering (fase 4 en 5) van de communicatiestrategie geeft minimaal 70% van de deelnemende organisaties actief en passend richtbaarheid aan de campagne via eigen kanalen, passend bij hun doelgroep (zoals nieuwsbrief, intranet of social media). Dit vindt plaats onder actieve begeleiding en coördinatie van het communicatiebureau.	I	31-12-2026	988	467	520	Overzicht van organisaties die actief uitvoering geven aan communicatieplan, via het communicatiebureau
	9	We bereiken minimaal 40.000 unieke inwoners in Twente via de campagne en informatielijn.	I	30-06-2027	1.755	830	925	Gemeten via online impressies, traffic en events
2. Verkennend gesprek	10	In samenwerking met gemeenten, zorgaanbieders en welzijnspartijen is een regionaal kader vastgesteld waarin de werkwijze voor het verkennend gesprek is uitgewerkt. De werkafspraken zijn gekaderd door landelijke kaders en bevatten onder meer doelgroepselectie, betrokken professionals, timing van het gesprek en randvoorwaarden voor lokale implementatie.	I	31-12-2025	127	60	67	Een gedocumenteerd regionaal kader dat is vastgesteld in samenwerking met gemeenten, zorgaanbieders en welzijnspartijen
	11	In samenwerking met gemeenten, zorgaanbieders en welzijnspartijen zijn lokale kaders vastgesteld, waarin de lokale werkwijze van het verkennend gesprek is uitgewerkt voor de 14 gemeenten. Die werkafspraken zijn gekaderd door de landelijke kaders en baseren zich op criteria voor doelgroepselectie, betrokken professionals, timing van het gesprek en randvoorwaarden voor lokale implementatie.	I	31-03-2026	208	98	109	Een door alle betrokken gemeenten, zorgaanbieders en welzijnspartijen ondertekend document waarin de lokale werkwijze is beschreven
	12	De professionals (90%) die het verkennend gesprek gaan uitvoeren (wie en hoe volgt uit werkwijze zoals hierboven opgesteld) zijn geschoold in de netwerkintake.	I	31-03-2026	208	98	109	Certificaat van geslaagde afronding eLearning

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

2. Uitgebreide omschrijving van de bewijsvoering is opgenomen in de Businesscase bij de betreffende KPI.

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

KPI's [3/8]

Onderdeel	Nr.	KPI	I/ R	Geplande datum	Bedrag (€ x1.000)			Bewijsvoering ²
					Totaal	IZA	SPUK	
2. Verkennd gesprek	13	Vanaf 1-1-2025 hebben 100 verkennende gesprekken in de regio Twente plaatsgevonden.	I	31-12-2025	127	60	67	Bestaande rapportagetool (MS Forms) via Saxion ^{1,2}
	14	Vanaf 1-1-2026 hebben 650 verkennende gesprekken in de regio Twente plaatsgevonden.	I	31-12-2026	208	98	109	
	15	Vanaf 1-1-2027 hebben 1.300 verkennende gesprekken in de regio Twente plaatsgevonden.	I	31-12-2027	429	203	226	
	16	Vanaf 1-1-2025 zal van het aantal gevoerde verkennende gesprekken, maximaal 78% zijn toegeleid naar de specialistische ggz.	R	31-12-2025	127	60	67	
	17	Vanaf 1-1-2026 zal van het aantal gevoerde verkennende gesprekken, maximaal 73% zijn toegeleid naar de specialistische ggz.	R	31-12-2026	208	98	109	
	18	Vanaf 1-1-2027 zal van het aantal gevoerde verkennende gesprekken, maximaal 68% zijn toegeleid naar de specialistische ggz.	R	31-12-2027	429	203	226	
	19	Vanaf 1-1-2025 zal van het aantal gevoerde verkennende gesprekken, minimaal 10% zijn toegeleid naar de monodisciplinaire ggz i.p.v. multidisciplinaire ggz	R	31-12-2025	127	60	67	
	20	Vanaf 1-1-2026 zal van het aantal gevoerde verkennende gesprekken, minimaal 12% zijn toegeleid naar de monodisciplinaire ggz i.p.v. multidisciplinaire ggz	R	31-12-2026	208	98	109	
	21	Vanaf 1-1-2027 zal van het aantal gevoerde verkennende gesprekken, minimaal 15% zijn toegeleid naar de monodisciplinaire ggz i.p.v. multidisciplinaire ggz	R	31-12-2027	429	203	226	
	22	Vanaf 1-1-2025 zal van het aantal gevoerde verkennende gesprekken, minimaal 9% zijn toegeleid naar het sociaal domein i.p.v. ggz	R	31-12-2025	127	60	67	
	23	Vanaf 1-1-2026 zal van het aantal gevoerde verkennende gesprekken, minimaal 12% zijn toegeleid naar het sociaal domein i.p.v. ggz	R	31-12-2026	208	98	109	
	24	Vanaf 1-1-2027 zal van het aantal gevoerde verkennende gesprekken, minimaal 14% zijn toegeleid naar het sociaal domein i.p.v. ggz	R	31-12-2027	429	203	226	

1. In rapportagetool te registreren: aantal gesprekken, plus differentiatie op basis van registratie per gesprek (datum van aanmelding en datum gesprek, aantal gesprekken, duur van gesprek, leeftijd inwoner, aanwezige professionals, aanwezigheid naaste(n), pijlers(s) positieve gezondheid waarbinnen de hulpvraag valt, domein(en) waar het advies op gericht is. Daarnaast evalueren van de ervaring, proces en samenwerking

2. Uitgebreide omschrijving van de bewijsvoering is opgenomen in de Businesscase bij de betreffende KPI.

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

KPI's [4/8]

Onderdeel	Nr.	KPI	I/ R	Geplande datum	Bedrag (€ x1.000)			Bewijsvoering ²
					Totaal	IZA	SPUK	
3. Domein- overstijgend casusoverleg	25	In samenwerking met gemeenten, zorgaanbieders en welzijnspartijen is een regionaal kader vastgesteld waarin de werkwijze van het domeinoverstijgend casusoverleg is uitgewerkt. Die werkafspraken zijn gekaderd door landelijke kaders en bevatten onder meer de criteria voor casusselectie, betrokken disciplines, overlegstructuur, informatiedeling en borging van besluitvorming.	I	31-12-2025	116	55	61	Een door alle betrokken gemeenten, zorgaanbieders en welzijnspartijen ondertekend document waarin regionale kaders staan beschreven., ter inhoudelijke beoordeling door de stuurgroep
	26	In samenwerking met betrokken partijen is er een lokale werkwijze voor het domeinoverstijgend casusoverleg opgesteld met/voor alle 14 gemeenten. Dit omvat een lokale concretisering van de criteria voor casusselectie, betrokken disciplines, overlegstructuur, informatiedeling en borging van besluitvorming.	I	30-6-2026	204	97	108	Een door alle betrokken gemeenten, zorgaanbieders en welzijnspartijen ondertekend document waarin de lokale DOC-werkwijze staat beschreven, ter inhoudelijke beoordeling door de stuurgroep
	27	Vanaf 1-1-2025 zijn er 138 casussen besproken in het domeinoverstijgend casusoverleg.	R	31-12-2025	116	55	61	Bestaande rapportagetool (MS Forms) via Saxion (na uitbreiding voor DOC ^{1,2}
	28	Vanaf 1-1-2026 zijn er 414 casussen besproken in het domeinoverstijgende casusoverleg.	R	31-12-2026	204	97	108	
	29	Vanaf 1-1-2027 zijn er 690 casussen besproken in het domeinoverstijgende casusoverleg.	R	31-12-2027	317	150	167	
	30	Van het aantal casussen besproken in het domeinoverstijgend casusoverleg vanaf Q3 en Q4 2025 maakt minimaal 10% van de cliënten na het gesprek gebruik van aanbod niet zijnde ggz.	R	31-12-2025	116	55	61	
	31	Van het aantal casussen besproken in het domeinoverstijgend casusoverleg vanaf 1-1-2026 maakt minimaal 10% van de cliënten na het gesprek gebruik van aanbod niet zijnde ggz.	R	31-12-2026	204	97	108	
	32	Van het aantal casussen besproken in het domeinoverstijgend casusoverleg vanaf 1-1-2027 maakt minimaal 10% van de cliënten na het gesprek gebruik van aanbod niet zijnde ggz.	R	31-12-2027	317	150	167	

1. In rapportagetool te registreren voor DOC: aantal gemeenten waar een DOC geïmplementeerd is, aantal gevoerde overleggen, aantal ingebrachte casussen, registratie adviezen/uitkomsten: percentage dat niet naar de ggz uitstroomt.

2. Uitgebreide omschrijving ggz in de bewijsvoering is opgenomen in de Businesscase bij de betreffende KPI

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

KPI's [5/8]

Onderdeel	Nr.	KPI	I/ R	Geplande datum	Bedrag (€ x1.000)			Bewijsvoering ¹
					Totaal	IZA	SPUK	
4. Informatie-voorziening	33	In aansluiting op de landelijke ontwikkelingen en in samenwerking met regionale ggz-aanbieders is een digitaal systeem operationeel dat actuele informatie biedt over wachttijden en beschikbaar aanbod binnen de ggz. Het systeem is toegankelijk voor verwijzers en uitvoerders van het verkennend gesprek en wordt minstens maandelijks geactualiseerd	I	31-12-2026	333	157	175	Het digitale systeem voor wachttijden en beschikbaar aanbod binnen de ggz is operationeel bij alle deelnemende ggz-instellingen in de regio Twente
5. Transfer-mechanisme	34	In samenwerking met gemeenten, zorgaanbieders en welzijnspartijen is een regionaal kader vastgesteld waarin de werkwijze van het transfermechanisme is uitgewerkt. Die werkafspraken zijn gekaderd door landelijke kaders en bevatten onder meer een gezamenlijk beeld over de invulling van het transfermechanisme, behoeften en realistische ambitie.	I	31-12-2025	345	163	182	Een door alle betrokken gemeenten, zorgaanbieders en welzijnspartijen ondertekend document waarin de werkwijze staat beschreven

1. Uitgebreide omschrijving van de bewijsvoering is opgenomen in de Businesscase bij de betreffende KPI.

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

KPI's [6/8]

Onderdeel	Nr.	KPI	I/R	Geplande datum	Bedrag (€ x1.000)			Bewijsvoering ¹
					Totaal	IZA	SPUK	
6. Laag-drempelige steunpunten	35	Het aanbod van laagdrempelige steunpunten in de regio is inzichtelijk voor inwoners en professionals. Het gaat hierbij om welke laagdrempelige steunpunten er in de regio bestaan, het gaat niet om de actuele beschikbaarheid.	I	31-12-2025	174	82	92	Een digitaal of fysiek overzicht waarin per gemeente de bestaande laagdrempelige steunpunten zijn benoemd.
	36	Er is een fit-gap analyse gedaan tussen het huidige aanbod (0-meting) en regionaal dekkend netwerk van laagdrempelige steunpunten (ook wel witte vlekken analyse genoemd).	I	31-12-2025	174	82	92	Een gedocumenteerde analyse waarin per gemeente het bestaande aanbod is geïnventariseerd en afgezet tegen vooraf gedefinieerde criteria voor een dekkend netwerk.
	37	Er is een plan van aanpak opgesteld en bestuurlijk afgestemd voor het realiseren van een regionaal dekkend netwerk van laagdrempelige steunpunten. Dit plan is gebaseerd op de uitkomsten van de fit-gap analyse en bevat per gemeente een overzicht van bestaande initiatieven, geconstateerde hiaten, benodigde functies en locaties. Daarnaast beschrijft het plan de betrokken samenwerkingspartners, randvoorwaarden voor realisatie, en een voorstel voor financiering en governance.	I	31-3-2026	572	271	301	Een regionaal plan van aanpak voor het realiseren van een dekkend netwerk van laagdrempelige steunpunten
	38	De regionale capaciteit van het netwerk van laagdrempelige steunpunten met minimaal 10% gegroeid richting de gewenste capaciteit voor een dekkend netwerk zoals beschreven in het plan van aanpak	I	31-12-2026	572	271	301	Berekening 0-meting t.o.v. en gewenste groei. Deze groei is aantoonbaar op basis van het aantal extra gerealiseerde steunpunten en/of inlooppunten, de uitbreiding van openingsuren of bereikbaarheid, en/of de toename van het aantal inwoners dat gebruikmaakt van de steunpunten. De definitie van capaciteit en de gewenste groei zijn vastgesteld in het plan van aanpak, gebaseerd op de fit-gap analyse.

1. Uitgebreide omschrijving van de bewijsvoering is opgenomen in de Businesscase bij de betreffende KPI.

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

KPI's [7/8]

Onderdeel	Nr.	KPI	I/ R	Geplande datum	Bedrag (€ x1.000)			Bewijsvoering ¹
					Totaal	IZA	SPUK	
7. Consultatie- functie	39	In samenwerking met gemeenten, zorgaanbieders en welzijnspartijen is een regionaal kader vastgesteld waarin de werkwijze van de consultatiefunctie is uitgewerkt. Die werkafspraken zijn gekaderd door landelijke kaders en bevatten onder meer een stroomschema m.b.t. de werkwijze en financiële afspraken.	I	31-12-2025	91	43	48	Een door alle betrokken gemeenten, zorgaanbieders en welzijnspartijen ondertekend document waarin de werkwijze staat beschreven.
	40	Een regionaal afgestemd communicatieplan is opgeleverd voor de promotie van de consultatiefunctie richting professionals binnen gemeenten en sociaal werk en welzijn. Dit plan is afgestemd met het regiobrede communicatieplan van Twente Beter, zoals beschreven in hoofdstuk 1 en 6 van het transformatieplan, bevat doelgroepgerichte kernboodschappen, communicatiemiddelen en -kanalen, omvat een tijdlijn voor uitvoering en monitoring, is opgesteld in samenwerking met betrokken ggz-partijen, sociaal domein en communicatieadviseurs en sluit aan bij de leidende principes van samenwerking en adoptie van het netwerkgedachtegoed.	I	31-12-2025	91	43	48	Er is een regionaal afgestemd communicatieplan opgeleverd.
	41	Vanaf 1-1-2025 heeft de ggz 400 consultvragen gekregen vanuit het sociaal domein.	I	31-12-2025	91	43	48	Registratie consultatiefunctie door uitvoerende ggz-aanbieders Mediant, Tactus en Dimence Groep ¹
	42	Vanaf 1-1-2026 heeft de ggz 850 consultvragen gekregen vanuit het sociaal domein.	I	31-12-2026	367	173	193	
	43	Vanaf 1-1-2027 heeft de ggz 900 consultvragen gekregen vanuit het sociaal domein.	I	31-12-2027	471	223	248	

1. Uitgebreide omschrijving van de bewijsvoering is opgenomen in de Businesscase bij de betreffende KPI.

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

KPI's [8/8]

Onderdeel	Nr.	KPI	I/ R	Geplande datum	Bedrag (€ x1.000)			Bewijsvoering ¹
					Totaal	IZA	SPUK	
8. Groeps- gericht werken	44	Door de regionale werkgroep is in samenwerking met professionals uit de regio een fit-gap analyse (0-meting) gedaan om het huidig en gewenst (regionaal) groepsaanbod en types binnen de regio te inventariseren.	I	31-03-2026	363	172	191	Een gedocumenteerde analyse waarin het bestaande en gewenste (typen) groepsaanbod in de regio zijn geïnventariseerd.
	45	In samenwerking met betrokken partijen zijn regionale werkafspraken opgesteld voor domeinoverstijgend groepsgericht werken in Twente. Deze afspraken omvatten een gezamenlijke visie op groepsgericht werken over domeinen heen (ggz, sociaal werk, welzijn, paramedie), afspraken over doelgroep, type aanbod, samenwerking en doorverwijzing, een format voor registratie, monitoring en evaluatie en een voorstel voor het gebruik van een ondersteunende tool voor planning en organisatie. De werkafspraken zijn gebaseerd op de uitkomsten van de fit-gap analyse en de inventarisatie van bestaand en gewenst groepsaanbod zoals beschreven in het transformatieplan.	I	31-03-2026	363	172	191	Een door alle betrokken gemeenten, zorgaanbieders en welzijnspartijen ondertekend document waarin de werkwijze staat beschreven.
	46	Medewerkers trainen in groepsgericht werken: 150 professionals zijn geschoold in groepsgericht werken	I	30-09-2026	363	172	191	Certificaat van geslaagde afronding scholing
	47	In de drie grote gemeenten (Enschede, Hengelo, Almelo) is een start gemaakt met domeinoverstijgend groepsaanbod met betrokkenheid van professionals uit meerdere domeinen	R	31-03-2027	304	144	160	Uitvraag onder en check binnen gemeenten en (ggz-) organisaties met specificatie van het domeinoverstijgend groepsaanbod
Totaal					16.275	7.700	8.575	

1. Uitgebreide omschrijving van de bewijsvoering is opgenomen in de Businesscase bij de betreffende KPI.

7. Randvoorwaarden voor succes

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



Voornaamste risico's en mitigerende maatregelen

Randvoorwaarden voor succes

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

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

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

Gelijkgericht werken richting succes

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

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

Om de transformatie mogelijk te maken en kracht bij te zetten en is er zowel vanuit het brede zorgveld, welzijn en gemeenten brede betrokkenheid geweest om te werken aan gelijkgerichtheid. Geprobeerd is zo'n breed mogelijke achterban te betrekken in het doorlopen proces. Hiermee is bij de afzonderlijke organisaties een gevoel van eigenaarschap, gezamenlijke regionale visie en een gedeeld besef gecreëerd, namelijk dat het zonder commitment en aanzienlijke participatie vanuit de domeinen de transformatie geen significante impact gaat hebben. Als de organisaties vooral blijven werken zoals ze deden en niet over de muren van hun organisatie of domein durven heen te kijken, is er geen aanzienlijke impact te verwachten van de transformatie. Er blijven dan teveel situaties waar niet genoeg aanspraak wordt gemaakt op de zelf- en samenredzaamheid en inwoners krijgen dan niet vaak genoeg ondersteuning direct op de juiste plek. Gelijkgerichtheid in deze transformatie is dus cruciaal, zodat organisaties in samenwerking de regionale uitdagingen aan gaan en over hun eigen belang durven heen te stappen. Intensievere samenwerking dient te voldoen aan de Mededingingswet, maar de beweging die we regionaal inzetten zal naar verwachting aanzienlijk voordelen hebben voor de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van ondersteuning en zorg en daarmee opwegen tegen de mogelijke (mededingings)nadelen¹. Gelijkgerichtheid vanuit zorgverzekeraars is nodig, omdat dit bijdraagt aan de domeinoverstijgende, regiobrede samenwerking. De zorgverzekeraars kunnen hier een verbindende rol in hebben gezien hun regiobrede en regio overstijgende aanwezigheid en ervaringen met transformaties. Conform de landelijke afspraken zullen de functies van Mentaal Gezond Twente gelijkgericht moeten worden gecontracteerd. Zorgverzekeraars kunnen samen de potentie van kansrijke initiatieven inschatten en gezamenlijk investeren in kwaliteitsverbetering en innovaties. Dit voorkomt dat zij op verschillende terreinen investeren, het wiel opnieuw wordt uitgevonden en de potentie van initiatieven of samenwerking niet optimaal wordt benut. Gecombineerd komt dit de kwaliteit en toegankelijkheid van ondersteuning en zorg ten goede.

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

Bijlagen

- I. Offerte communicatiebureau met specificering activiteiten t.b.v. adoptie
- II. Organisaties in bestuurlijke trekkersoverleg en werkgroep t.b.v. ontwikkeling transformatieplan
- III. Verdieping onderdeel Verkennend gesprek
- IV. Uitgangspunten business case



Offerte communicatiebureau met specificering activiteiten t.b.v. adoptie

Bijlage I

Op de volgende pagina's staat de offerte van een communicatiebureau. Deze offerte is ter indicatie van de in te zetten activiteiten omtrent communicatie en adoptie. Deze activiteiten en omvang zijn afgestemd met regiobrede activiteiten van o.a. het transformatieplan 'Ouder worden doen we samen'.

VERSIE 1.1 | 2 SEPTEMBER 2025

Transformatieplan Mentale Gezond Twente

Over dit document

Dit document is een samengesteld geheel dat in de loop van de tijd is ontwikkeld. Het bouwt voort op gesprekken, vragen en input van meerdere stakeholders, waaronder gemeenten, professionals en partners in de regio.

In de basis betreft het een **investeringscope met bijbehorende aanpak**, aangevuld met onderbouwing, context en concrete uitwerkingen. Daarmee geeft het antwoord op de terugkerende vragen die vanuit verschillende invalshoeken zijn gesteld: hoe maken we de beweging naar mentale gezondheid in Twente groter, hoe borgen we samenhang en draagvlak, en welke investering is daarvoor nodig?

Samenvatting

Met *Zelf zorgen, samen doen* als basis verbreden we de beweging naar mentale gezondheid. We zetten daarmee de stap van een systeem gericht op ziekte en zorg naar een samenleving waarin gezondheid, gedrag en veerkracht centraal staan.

De opdracht: bereik inwoners, naasten, professionals, gemeenten en organisaties in heel Twente met als doel bewustwording, gedragsverandering en meer zelf- en samenredzaamheid.

De begroting is opgebouwd in bandbreedtes en sluit aan op bewezen gedragsveranderingscampagnes. Kern is de dubbele slag: bewustwording én aanpassing van het (mentale) zorgsysteem. Communicatie is hierbij de motor die alles verbindt, versnippering voorkomt en de gezamenlijke beweging zichtbaar maakt.

De governancestructuur bestaat uit een kernteam, werkgroep en communicatie-afgevaardigden. Door deze structuur - waarin een kleinere groep het mandaat krijgt van de grotere groep - zijn we in staat om scherp te bewaken en gedragen keuzes te kunnen maken. Gemeenten hebben hierin een zichtbare rol als bestuurlijke en verbindende schakel. Dit fundament wordt versterkt met structureel kwalitatief en kwantitatief onderzoek.

Het plan verloopt in vijf fasen:

1. **Understanding** – urgentie ophalen, context scherpstellen, nulmeting en interviews.
2. **Strategy** – gedragsdoelen en communicatiestrategie vastleggen.
3. **Creation** – concept en basismiddelen ontwikkelen.
4. **Execution** – bouwstenen, middelen, toolkit en mediaplan realiseren.
5. **Roll-out** – campagne intern borgen, gemeenten, professionals en organisaties als dragers activeren, regio breed uitrollen en resultaten zichtbaar maken.

De totale investering (€ 1.733.000) is nodig voor effect en het behalen van doelstellingen.

Concreet resultaat: meer inwoners die weten wat ze zelf kunnen doen, meer naasten die hun rol herkennen, meer professionals die het gesprek over mentale gezondheid voeren, gemeenten die bestuurlijk draagvlak en zichtbaarheid bieden, en een regio die samen structureel werkt aan versterking van mentale gezondheid.

Context

De beweging *Zelf zorgen, samen doen* is al in Twente gestart. Nu verbreden we deze beweging met het domein **mentale gezondheid**. Daarmee zetten we de transitie in gang van een systeem dat draait om ziekte en zorg, naar een samenleving die gericht is op gezondheid, gedrag en veerkracht.

Met *Zelf zorgen, samen doen* als basis hebben we juist nu het moment om de beweging groter te trekken en inwoners, professionals en organisaties samen in beweging te brengen.

Opdracht

We formuleren de opdracht als volgt:

Ontwikkel en versterk de maatschappelijke beweging *Zelf zorgen, samen doen* door deze te verbreden naar het domein **mentale gezondheid**. Bereik hiermee de hele regio Twente – inwoners, naasten, professionals en organisaties – met als doel bewustwording, gedragsverandering en meer zelf- en samenredzaamheid.

Zelf zorgen, samen doen blijft de kapstok. Met dit traject maken we de beweging groter, herkenbaar voor meer doelgroepen en toepasbaar op mentale gezondheid.

Over de begroting

De begroting is opgebouwd als een realistische investeringsscope, passend bij de omvang van de doelgroep in Twente (680.000 inwoners en duizenden professionals). De scope is afgestemd met IG&H en volgt het raamwerk van eerdere communicatie- en adoptieplannen binnen Twente Beter.

Belangrijk om te benadrukken: het gaat om bandbreedtes per fase, geen vaste bedragen. De uiteindelijke inzet hangt af van keuzes die we gaandeweg maken en van de effectiviteit van middelen. Zo bleek in de eerdere campagne onder de beweging *Zelf zorgen, samen doen* dat het verspreiden van drukwerk, dat aanvankelijk buiten de raming viel, onverwacht zeer effectief was. Deze case is uitgewerkt in de bijlage, inclusief de manier waarop offline zichtbaarheid en digitale opvolging elkaar hebben versterkt.

Voor de bepaling van deze investeringsscope spiegelen we ons daarnaast aan eerdere en lopende gedragsveranderingscampagnes. Uit bewezen campagnes zoals BOB, NIX18 en Stoptober blijkt dat normverandering vooral ontstaat door brede verzadiging in de start en structurele herhaling in de jaren daarna. Ook in Twente zien we dit principe terug: de huidige campagne onder de beweging *Zelf zorgen, samen doen* legt het fundament, maar om daadwerkelijk impact te maken is vervolg en verbreding noodzakelijk. Communicatie fungeert hierbij als de satéprikker die alle activiteiten met elkaar verbindt, versnippering voorkomt en de gezamenlijke beweging zichtbaar en herkenbaar maakt.

Door met bandbreedtes te werken, creëren we ruimte om het budget dynamisch in te zetten waar dit het meeste rendement oplevert. Ons uitgangspunt is niet om het plan simpelweg uit te voeren, maar om het maximale effect te behalen in bewustwording, gedragsverandering en draagvlak.

Communicatie als motor van de verandering

Communicatie is de verbindende kracht in dit plan, niet alleen binnen adoptie/communicatieparagraaf maar in het hele transformatieplan mentale gezondheid. Het begint bij het ophalen van informatie en het zichtbaar maken van waar belangen en perspectieven elkaar raken, maar ook waar ze botsen. Dat is onvermijdelijk in een gemêleerde groep stakeholders, waarin professionals een andere rol krijgen, gemeenten en organisaties anders moeten samenwerken en er meer verantwoordelijkheid in wijk, buurt en achter de voordeur komt te liggen. Daarmee krijgen naast een grotere rol, die we nadrukkelijk meenemen.

Door de gezamenlijke ontwikkeling van de communicatie als vertrekpunt te nemen, ontstaat eigenaarschap. Het is geen losstaande stroom, maar verweven in het systeem. In eerdere campagnes onder *Zelf zorgen, samen doen* hebben we bewust ruimte gegeven voor de eigen kleuren van organisaties, individuen en professionals. Dat vergroot herkenbaarheid én versterkt de samenwerking.

In de eerste fases haalt communicatie urgentie op en creëert het een gezamenlijk narratief. In strategie en creatie vertaalt het zich naar beelden en boodschappen die voor alle doelgroepen werken. In de uitvoering en activatie stuurt communicatie het systeem bij, geeft het richting aan gedrag en legt het de basis voor een nieuwe norm in de regio. Deze rol sluit direct aan bij de dubbele slag: communicatie brengt bewustwording én aanpassing van het (mentale) zorgsysteem samen. Daarmee is communicatie niet ondersteunend, maar de motor die de beweging vooruit stuwt en borgt dat zowel bewustwording als systeem aanpassing worden bereikt.

Governancestructuur

Om scherpste, draagvlak en slagkracht te borgen werken we met een duidelijke governancestructuur. Deze is bewust zo ingericht dat een compacte groep beslissingen kan nemen namens de brede groep betrokkenen. Daarmee voorkomen we versnippering en zorgen we dat keuzes tijdig en met mandaat worden gemaakt.

We onderscheiden drie niveaus:

1. Kernteam

Het kernteam is het compacte beslisteam en bestaat uit vertegenwoordigers van de betrokken partijen. Deze vertegenwoordigers hebben mandaat vanuit hun achterban en maken keuzes op basis van gestelde doelen en hoofdlijnen. Het kernteam bewaakt de koers, accordeert de resultaten na iedere fase en geeft formeel akkoord om door te gaan.

2. Werkgroep

De werkgroep heeft een uitvoerende en realisatierol. Hierin zitten professionals, communicatieadviseurs en betrokkenen vanuit de deelnemende organisaties en gemeenten. De werkgroep denkt praktisch mee, levert input en toetst de uitvoerbaarheid van middelen en plannen.

3. Communicatie-afgevaardigden

Daarnaast werken we met een bredere groep communicatie-afgevaardigden. Deze groep zorgt voor verbinding naar de eigen organisaties en achterban. Zij brengen kennis en draagvlak in, maar zorgen ook voor doorvertaling van middelen naar de praktijk.

Deze structuur is eerder toegepast binnen de beweging *Zelf zorgen, samen doen* en heeft zich daar bewezen als effectief. Belangrijk is dat iedere stap en elk besluit formeel wordt afgerond met een akkoord vanuit het kernteam. Dit voorkomt dat besluiten later ter discussie komen en borgt consistentie en voortgang.

Nulmeting, onderzoek en reflectie

Naast deze governancestructuur doen we zowel kwalitatief als kwantitatief onderzoek om de koers te onderbouwen en draagvlak te meten. Dit is ook binnen de bestaande beweging Zelf zorgen, samen doen gedaan. Zo is in mei 2025 een nulmeting uitgevoerd onder 1.520 inwoners en professionals in Twente. Deze bevestigde het sentiment dat we in eerdere gesprekken en sessies ophaalden: **78,2% van de respondenten wil geen grotere rol** spelen in de zorg of ondersteuning van iemand in de omgeving. Deze uitkomst onderstreept dat de beweging niet vanzelf ontstaat. Daarnaast hebben we in de aanloop, in verschillende fases, ook kwalitatief onderzoek uitgevoerd om een 360°-perspectief te ontwikkelen en conclusies, kansen en dilemma's te toetsen en te onderbouwen. De combinatie van structureel onderzoek en de hierboven beschreven governancestructuur zorgt ervoor dat keuzes inhoudelijk sterk, gedragen en effectief zijn.

Traject en stappen

FASE 1 - UNDERSTANDING

Doel: urgentie ophalen, context scherpstellen en verschillen per doelgroep zichtbaar maken.

De mentale gezondheid in Twente staat onder druk. Wachtlijden lopen op, de druk op professionals neemt toe en inwoners ervaren steeds vaker mentale klachten. Tegelijkertijd is de samenwerking versnipperd en ontbreekt een gedeeld verhaal. Deze uitdagingen maken duidelijk dat verandering noodzakelijk is – en dat begint met begrijpen waar inwoners, professionals en organisaties nu staan.

We starten met een convenant waarin rollen, verantwoordelijkheden en doelen worden vastgelegd. Het kernteam krijgt hierin mandaat om namens alle partijen keuzes te maken. Dat geeft richting en slagkracht.

Onder begeleiding van Artica voeren we gesprekken met inwoners, professionals én vertegenwoordigers van gemeenten en wethouders om urgentiebesef, ervaringen en verschillen in kaart te brengen. We doen een nulmeting en bundelen bestaande inzichten uit plannen en initiatieven in de regio. Daarmee leggen we een gezamenlijk vertrekpunt voor de volgende fase.

In deze fase werken we toe naar een breed gedragen narratief. We organiseren een inventarisatie-uitvraag bij vertegenwoordigers van alle betrokken groepen en maken een overzicht van doelgroepen en hun belangrijkste kenmerken. We voeren minimaal 25 verdiepende interviews met inwoners en professionals om inzicht te krijgen in gedrag, beleving, triggers en barrières. Parallel hieraan loopt een nulmeting onder 500 respondenten waarin kennis, urgentiebesef en bereidheid tot verandering in kaart wordt gebracht.

Alle gesprekken en data worden aangevuld met een analyse van bestaande plannen, initiatieven en campagnes. Zo ontstaat een compleet beeld van overlap, lacunes en kansen. Ook brengen we de belangrijkste touchpoints per doelgroep in beeld: momenten, kanalen en contexten waar communicatie het meeste effect kan hebben.

De inzichten worden gebundeld in een synthesesessie met Artica en een dialoogsessie met het kernteam. Het resultaat is een narratief dat de uitdagingen scherp benoemt en door alle partners wordt onderschreven. Dit wordt vastgelegd in een rapportage en een commitmentdocument, dat als fundament dient voor de volgende fase.

FASE 2 - STRATEGY

Doel: inzichten vertalen naar richting, gedragsdoelen vastleggen en een strategische koers bepalen.

Na de understanding-fase is het tijd om richting te geven. De gesprekken, nulmeting en analyses hebben inzicht gegeven in waar inwoners, professionals en organisaties staan. In deze fase vertalen we die inzichten naar concrete gedragsdoelen en een communicatiestrategie die de beweging verder brengt.

Centraal staat de vraag wat er moet veranderen in houding en gedrag. Voor inwoners gaat het om het normaliseren van mentale klachten en het benutten van de eigen omgeving en steunpunten. Voor professionals gaat het om domeinoverstijgend samenwerken, het voeren van verkennende gesprekken en het ondersteunen van eigen regie in plaats van overnemen. Voor bestuurders, wethouders en gemeenten gaat het om het zichtbaar uitdragen van één gedeeld verhaal, het creëren van bestuurlijk draagvlak en het wegnemen van schotten die samenwerking en communicatie belemmeren.

Binnen deze fase werken we toe naar **één gezamenlijke communicatiestrategie**. Deze strategie biedt ruimte aan subroutes per doelgroep, zodat de communicatie flexibel en herkenbaar aansluit bij hun mentale positie. De middelen en boodschappen versterken elkaar, maar laten tegelijk ruimte voor maatwerk.

Het kernteam kiest de gezamenlijke koers en bekrachtigt deze met mandaat. Dat voorkomt versnippering en maakt dat iedereen dezelfde richting volgt.

Het resultaat van deze fase is een compact en praktisch strategiedocument. Hierin staat per doelgroep wat de gedragsopgave is, wat de kernboodschap wordt, hoe de communicatiestrategie in hoofdlijnen is ingericht en hoe dit aansluit bij bestaande plannen en initiatieven binnen Twente Beter. Daarmee leggen we het fundament onder de creatiefase die hierop volgt.

FASE 3 - CREATION

Doel: de gekozen creatieve strategie vertalen naar concept en eerste middelen.

Met de strategische richting uit fase 2 is het tijd om deze koers zichtbaar en toepasbaar te maken. In deze fase wordt de creatieve strategie uitgewerkt tot een concept dat inwoners, professionals en gemeenten aanspreekt en de uitdagingen rond mentale gezondheid concreet en herkenbaar maakt. Het concept vormt de basis voor alle communicatie en komt terug in woord, beeld en gedrag.

De kernboodschap wordt vertaald naar passende subboodschappen per doelgroep. Het concept en de eerste middelen worden getest op herkenning, toepasbaarheid en inclusiviteit, zodat ze aansluiten bij de diversiteit in Twente. Daarbij houden we rekening met laaggeletterdheid, digitale vaardigheden en culturele verschillen.

Het kernteam en de werkgroep worden actief betrokken in deze fase. In workshops en testmomenten worden concepten en middelen beoordeeld en aangescherpt. Zo ontstaat niet alleen een sterk concept, maar ook eigenaarschap bij de partijen die het verhaal gaan uitdragen.

Het resultaat van deze fase is een definitieve creatieve strategie die is doorvertaald in concept en visueel kader, inclusief richtlijnen voor taal, tone-of-voice en stijl. Daarnaast worden eerste middelen ontwikkeld om de doorvertaling te toetsen, zoals schetsen voor video's, posters, digitale formats en gesprekskaarten. Daarmee ligt het fundament voor de uitvoering in de volgende fase.

Belangrijk is dat het **concept** in deze context niet gezien moet worden als een tijdelijke status of voorloper van een definitieve versie, maar als het creatieve idee dat richting geeft en aanzet tot een eenduidige familie van ideeën.

FASE 4 - EXECUTION

Doel: de creatieve strategie omzetten in middelen en formats die klaar zijn voor gebruik en de regio voorbereiden op de uitrol.

De creatieve strategie en het concept liggen vast. In deze fase volgt uitvoering. We ontwikkelen de bouwstenen die alle communicatie dragen: een copyplatform, keyvisuals, campaigndeck en een toolkit. Vanuit deze basis ontstaan middelen die modulair, herbruikbaar en schaalbaar zijn, zodat organisaties ze direct kunnen inzetten in hun eigen omgeving.

De middelen sluiten aan op de verschillende doelgroepen. Inwoners krijgen herkenbare en toegankelijke uitingen die mentale gezondheid bespreekbaar maken. Professionals krijgen formats die hun werkwijze ondersteunen en samenwerking makkelijker maken. Gemeenten en wethouders krijgen handvatten om lokaal het verhaal te vertellen en hun rol zichtbaar te maken.

Naast de middelen komt er een mediaplan. Dit plan maakt concreet welke kanalen we inzetten, hoe de hero-campagne wordt opgebouwd, hoe verhalen en voorbeelden continu zichtbaar blijven en hoe lokale activatie wordt ondersteund. Het mediaplan zorgt voor duidelijkheid en samenhang, zodat alle partners weten wanneer en hoe ze kunnen aanhaken.

Het resultaat van deze fase is een complete set bouwstenen en middelen, gebundeld in een praktische toolkit, samen met een gedragen mediaplan. Daarmee staat de regio klaar voor de daadwerkelijke uitrol in de volgende fase.

FASE 5 - ROLL-OUT

Doel: de campagne lanceren, laden en activeren in de regio.

In deze fase komt alles samen. De boodschap gaat de regio in en wordt zichtbaar voor inwoners, professionals en gemeenten. De uitrol start bewust intern: eerst zorgen we dat alle betrokken organisaties, bestuurders, wethouders en professionals beschikken over de juiste tools, assets en middelen. Pas wanneer de boodschap intern is geborgd en eigen gemaakt, gaan we breed de regio in richting inwoners.

De uitrol verloopt langs vier lijnen die elkaar versterken.

De **hero-campagne** zorgt voor brede zichtbaarheid en urgentie. Met een krachtig verhaal en herkenbare beelden laten we zien dat mentale gezondheid iedereen raakt en dat verandering nodig is.

De **informatielijn en succesverhalen** zorgen voor verdieping en herkenning. Via verhalen - zoals artikelen en podcasts - en korte video's tonen we hoe inwoners, professionals en gemeenten stappen zetten en wat dit oplevert. Dit maakt de beweging tastbaar en geloofwaardig.

De **hyperlokale activatie** brengt de boodschap dichtbij. In wijken, organisaties en lokale netwerken vinden actiemomenten plaats die inwoners en professionals direct betrekken. Denk aan bijeenkomsten, gesprekskaarten, mobiele ontmoetingsplekken en activiteiten op de werkvloer.

De **slotactivatie** markeert de afronding van de eerste fase van de beweging. We laten zien wat er is bereikt, welke resultaten zichtbaar zijn en welke stappen nodig blijven. Dit moment geeft de regio perspectief en energie om verder te bouwen.

Het resultaat van deze fase is dat inwoners, professionals en gemeenten de beweging niet alleen kennen, maar ook herkennen en uitdragen. De communicatie zet aan tot houding en gedrag die nodig zijn om mentale gezondheid in Twente structureel te versterken.

Investeringscope

Fase 1-3: understanding, strategy en creation (€ 208.000) (Q3-Q4 2025)

Post	Inhoud	Indicatiebedrag
Sessies & co-creatie	Convenant, kernteamsessies, interviews, verdiepende dialoog	€ 60.000
Onderzoek & analyse	Inventarisaties, nulmeting, doelgroepinzicht	€ 40.000
Strategieontwikkeling	Gedragsdoelen, routes, campagnerichting	€ 35.000
Creatie & concept	Visuele en verbale kapstok, campagneboodschap, testmomenten	€ 55.000
Projectmanagement & support	Coördinatie, verslaglegging en afstemming	€ 18.000
Totaal: €208.000		

Fase 4: Execution (€ 275.000) (Q1-Q2 2026)

Post	Inhoud	Indicatiebedrag
Copyplatform & keyvisuals	Ontwikkeling formats, campagne-deck, tone-of-voice en beeldtaal als vaste basis voor alle middelen	€ 57.000
Ontwikkeling middelen	Productie hero-video's en edits, online video, social content, posters, flyers, intranetmodules, drukwerk, digital, website, etc	€ 98.000
Contentontwikkeling	Beeldbank (fotografie & video), copywriting voor contentlijnen, successtories	€ 40.000
Toolkits & richtlijnen	Bundeling van middelen en handleidingen voor interne teams: digitale toolkit, gebruiksinstructies, contentrichtlijnen	€ 24.000
Digitale infrastructuur & online strategie	Retargeting-setup, digitale set-up voor always-on campagne	€ 16.000
Mediaplan	Uitwerking scenario's en mix: DVC, podcast, social, outdoor; advies & planning op basis van bereikdoelstellingen	€ 15.000
Flexibel budget	Voor onvoorziene optimalisaties of actuele inhakers	€ 10.000

Projectmanagement & support	Coördinatie, verslaglegging en afstemming met kernteam	€ 15.000
-----------------------------	--	----------

Totaal: € 275.000

Fase 5: Roll-out (€ 1.250.000) (Q2 2026 - Q4 2027)

Post	Inhoud	Indicatiebedrag
Hero-campagne	Regiobrede zichtbaarheid, lanceringsevent, massamedia	€ 445.000
Informatielijn & succesverhalen	Video's, podcasts, nieuwsbrieven, success stories	€ 335.000
Hyperlokale activatie	Mobiele actiemomenten, wijk- & werkvloercampagnes	€ 350.000
Slotactivatie	Compact slotevent, beknopte terugblik & afrondingscampagne	€ 25.000
Monitoring, evaluatie & optimalisatie	Nul- en eindmeting, dashboard, rapportages, doorlopende optimalisaties en eind-evaluatie	€ 25.000
Project- en creative support	Coördinatie, voortgangsbewaking, creatieve doorontwikkeling tijdens activatie	€ 40.000
Flexibel budget	Onvoorziene optimalisaties, inhaken actualiteit	€ 30.000
Totaal: € 1.250.000		

Gereduceerde investering: hyperlokale activatie

September 2025: in lijn met het Twente Beter-plan is de bemensing uit dit plan gehaald.

Oorspronkelijk bedrag: ca. € 350.000

Na afschaling: ca. € 113.629

Toelichting

Succesvolle gedragsveranderingscampagnes laten zien dat er altijd twee bewegingen tegelijk nodig zijn, zoals herhaaldelijk terugkomt in dit document. Enerzijds moet het systeem mee veranderen: professionals, gemeenten, organisaties en bestuurders die hun rol pakken en de beweging zichtbaar uitdragen. Anderzijds vraagt het om verzadiging in de doelgroep: inwoners en naasten moeten de boodschap vaak genoeg, herkenbaar en via verschillende kanalen tegenkomen om er daadwerkelijk naar te gaan handelen.

Die dubbele slag is precies wat dit plan doet. Daarom pleiten we er nadrukkelijk niet voor om de totale investering naar beneden te brengen. Zeker gezien de complexiteit van mentale gezondheid, met een breed speelveld van stakeholders, gemeenten en zeer diverse doelgroepen, is voldoende investering noodzakelijk om effect te bereiken.

Waar we wel kunnen verscherpen, is het slim inzetten van bestaande middelen. In de begroting waren we hier al vanuit gegaan, mede omdat we expliciet op pad zijn gestuurd om dubbele investeringen te voorkomen. De moeilijkheid is dat we nu aannemen dat het plan van Twente Beter doorgaat. Eerder zijn we uitgegaan van extra inzet als beide plannen doorgaan, maar nu reduceren we de fictieve dubbele ontwikkeling.

Hyperlokale activatie

Voor de mobiele woonkamer geldt dat deze reeds wordt ontwikkeld binnen het Twente Beter ouderenplan. Uitgaande van gezamenlijke ontwikkeling nemen we voor mentale gezondheid enkel een aanvullende post van € 28.000 op voor de aanpassing van de huiskamer naar de specifieke wensen en inhoud van dit domein.

De huiskamer zetten we minimaal zestig keer in binnen de regio. De inzetmomenten zijn inclusief communicatie en zichtbaarheid rondom elk event, zodat inwoners en professionals weten waar en wanneer de huiskamer verschijnt.

De bemensing van de huiskamer nemen we niet op in deze investeringsscope, maar rekenen we als fte-kosten bij de betrokken organisaties en gemeenten zelf. Wel reserveren we, net als in het ouderenplan, een volledig budget voor een trainings- en onboardingprogramma (€ 45.629), zodat professionals goed worden voorbereid op hun rol als host. Daarbij plaatsen we een kritische kanttekening: er moet een fallbackscenario zijn voor het geval er onverhoopt geen bemensing geleverd kan worden. In dat geval maken we opnieuw een

kwalitatieve kosten-batenanalyse en bekijken we aanvullende oplossingen. Hetzelfde geldt als het plan binnen Twente Beter onverhoopt geen doorgang vindt.

Met deze keuzes besparen we structureel op externe inzet terwijl we de kracht van het middel, zichtbaar, tastbaar en dichtbij, behouden.

Totaal oud: ca. € 350.000

Totaal nieuw: ca. € 113.629.

De besparing binnen deze post, door het wegvallen van de productie van de mobiele huiskamer (zie voor context transformatieplan Twente Beter) en bemensing, bedraagt daarmee ca. € **236.000.**

Bijlage 1: Drukwerk als brug tussen interne en online campagne

Wat deden we?

Voor de start van de externe campagne hebben we bewust eerst intern ingezet: medewerkers moesten onderdeel worden van de beweging voordat we de regio benaderden. We ontwikkelden een bestuurlijke video waarin de bestuurders van de eigen organisatie het belang én de noodzaak van de beweging toelichtten. Deze video werd online verspreid via de bestaande infrastructuur van de organisaties, zoals intranet, WhatsApp-berichten voor teamleiders en posts op social media.

Om ook vanuit het offline domein traffic te genereren, ontwikkelden we drukwerk dat direct werd geïntegreerd in de online funnel. Posters en flyers werden voorzien van **QR-codes en URL's met UTM-tags**, waardoor we exact konden meten van welke organisatie iemand afkomstig was, via welk item men instroomde en hoe zij vervolgens in de campagneflow bleven.

Daarnaast gebruikten we interactie met berichten en zoekgedrag online als signaal om bezoekers opnieuw te benaderen. Zo koppelden we letterlijk de werkvloer aan het online domein.

Wat leverde het op?

- Medewerkers werden via hun eigen bestuurder en collega's aangesproken, wat zorgde voor herkenning en eigenaarschap.
- Offline middelen trokken medewerkers de online funnel in, waar we hun gedrag konden meten en opvolgen.
- Dankzij retargeting en cookies konden we medewerkers structureel bereiken met content die aansloot bij hun eerdere interactie.
- Er ontstond een continue dialoog: medewerkers werden niet éénmalig, maar herhaaldelijk betrokken bij de beweging.

Wat nemen we mee?

- **Eerst intern, dan extern:** medewerkers moeten de beweging kennen en omarmen voordat inwoners en naasten worden bereikt.
- **Offline en online versterken elkaar:** drukwerk is een krachtige trigger als het wordt gekoppeld aan meetbare digitale opvolging.

- **Datagedreven aanpak** (UTM's, cookies, retargeting) maakt zichtbaar wat werkt per organisatie en vergroot de effectiviteit van middelen.
- **Bestuurlijke steun + zichtbaarheid op de werkvloer** zorgen samen voor sterk draagvlak.

Belangrijk is dat dit drukwerk **niet begroot was**, maar dankzij slimme schuiven binnen de online middelen toch kon worden gerealiseerd. Door behendig te blijven en de doelstelling centraal te stellen, rendeerde dit onderdeel optimaal.

Bijlage II: Onderbouwing investeringsscope

De vraag naar harde baten en exacte prognoses is begrijpelijk, maar op dit moment niet volledig te beantwoorden. Benchmarkcijfers ontbreken nog, omdat de huidige externe campagne onder de beweging Zelf zorgen, samen doen pas recent is gestart. Vanuit die campagne zullen we de eerste meetresultaten verzamelen. Tot die tijd baseren we ons op bewezen principes en eerdere gedragsveranderingscampagnes.

Wat we wél kunnen voorspellen, is de richting van de beweging. Uit resultaten van dit soort campagnes weten we dat er een vaste curve zichtbaar is: eerst brede verzadiging en bewustwording, daarna normvorming en pas in een latere fase harde outcome-cijfers.

De BOB-campagne liet zien dat structurele herhaling een compleet nieuwe sociale norm kan vestigen. Tussen 1995 en 2019 daalde het aantal positieve blaastesten van 6,4 procent naar 1,8 procent. NIX18 toonde aan dat praktische handvatten voor de sociale omgeving, in dit geval ouders, leiden tot meetbare gedragsverandering bij jongeren. Stoptober bewijst dat een gezamenlijke uitdaging met veel zichtbaarheid recordaantallen gedragsverandering kan opleveren, met 63.000 deelnemers in 2022.

Wat deze campagnes gemeen hebben, is dat ze twee sporen tegelijk bewandelden. Eerst werd bewustwording en normvorming bereikt door de boodschap breed en herkenbaar te laden. Daarnaast vond systeemaanpassing plaats door omgevingen, professionals en naasten praktische middelen te geven om gedrag te ondersteunen.

Die dubbele slag is precies de blauwdruk van onze aanpak in Twente. Communicatie speelt daarbij de rol van motor en verbinder. Zonder brede zichtbaarheid en herhaling komt de beweging niet op gang, en zonder tools en handvatten beklijft de verandering niet.

Belangrijk is ook de verzadiging in de startfase. Uit de BOB-campagne weten we dat breed en intensief beginnen cruciaal is om het vliegwiel op snelheid te brengen. Daarom nemen we in onze investeringsscope voldoende middelen op om in de eerste fase sterke ruchtbaarheid te geven, zodat bewustwording en herkenning breed in de regio landen.

Concreet kunnen we nu al zeggen dat de campagne oplevert dat meer inwoners weten wat ze zelf kunnen doen en welke stappen daarbij horen. Dat meer naasten hun rol herkennen en bereid zijn die op te pakken. Dat meer professionals het gesprek over mentale gezondheid en eigen regie voeren. En dat er meer draagvlak en herkenning ontstaat doordat communicatie alle activiteiten zichtbaar maakt en verbindt.

Met deze aanpak sluiten we aan bij bewezen principes en geven we de regio de grootste kans op een beweging die niet tijdelijk is, maar structureel.

Organisaties in gerealiseerde stuurgroepen en werkgroepen t.b.v. opstellen transformatieplan

Bijlage II

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

Toelichting

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

Verdieping verkennend gesprek | Rolverdeling

Bijlage III [1/2]

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

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



Huisarts
POH-ggz

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



ggz

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



Gemeente en
sociaal werk en
welzijn

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



Ervarings-
deskundige

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

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

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

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

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

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

Verdieping verkennend gesprek | Uitgangspunten

Bijlage III [2/2]

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



Schil van
gespreksvoerders

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



Positieve
gezondheid

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



Bouwen op
ervaringen

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



Inwoner staat
centraal

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



Onderscheidend

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

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

De business case is opgesteld op basis van onderstaande uitgangspunten

Bijlage IV

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

Beoordelingskader Impactvolle zorgtransformaties en inzet transformatiemiddelen

Samen werken aan gezonde zorg



Inhoud

Achtergrond	3
Waarom een beoordelingskader?	3
Het opstellen van een transformatieplan	4
Beoordelingsproces transformatieplannen en inzet transformatiemiddelen	5
Stap 1: Eerste snelle toets	5
Stap 2: Samen uitwerken transformatieplan	6
Stap 3: Beoordeling transformatieplan	7
Stap 4: Implementatie inclusief monitoring	9

Achtergrond

In de zorg staan we voor een enorme maatschappelijke opgave, zoals beschreven in het IZA en in het kader Passende zorg. In het IZA zijn afspraken gemaakt over ombuiging van de groei, voor het borgen van de toegankelijkheid, kwaliteit, betaalbaarheid van zorg inclusief het behouden en ontzorgen van zorgprofessionals.

Een van de afspraken is dat zorgaanbieders, zorgprofessionals, patiëntenorganisaties en zorgverzekeraars en gemeenten, in samenwerking met elkaar (waarbij de samenstelling afhankelijk is van het plan) plannen ontwikkelen voor zorgtransformaties, om zo bij te dragen aan de IZA-doelen. De essentie van transformeren daarbij is gericht op het optimaal inzetten van kritische en schaarse capaciteit en infrastructuur. We zetten in op de beweging richting passende en arbeidsbesparende zorg om zo met gelijkblijvende mensen en binnen de financiële kaders te voldoen aan een groeiende zorgvraag.

Uitgangspunt van het zorgstelsel is en blijft individuele contractering. Wanneer er echter sprake is van een impactvolle transformatie, handelen zorgaanbieders en zorgverzekeraars gelijkgericht voor zover het gaat om de transformatie en kunnen transformatiemiddelen worden ingezet. Onder 'gelijkgericht handelen' wordt verstaan dat zorgaanbieders en zorgverzekeraars in hun individuele handelen en in contractafspraken dezelfde beweging nastreven. De Mededingingswet blijft echter ongewijzigd van kracht. Daarom moet onderbouwd worden waarom en op welke aspecten gelijkgerichtheid nodig is voor een goede uitvoering van het transformatieplan. Bovendien blijft de gelijkgerichtheid beperkt tot de duur van de uitvoering van het plan. Zie ook paragraaf: 'Wordt voldaan aan de voorwaarden uit IZA en Mededingingswet?'. De transformatieplannen worden namens alle betrokken verzekeraars beoordeeld door de twee marktleider zorgverzekeraars.

In het IZA (p.20) is afgesproken dat alle transformatiemiddelen bedoeld zijn voor impactvolle transformaties, dus ook de middelen die voor een sector zijn geormerkt. Er wordt in het IZA geen onderscheid gemaakt tussen de geldende uitgangspunten voor de middelen die sectoraal zijn geormerkt en de middelen die nog niet sectoraal zijn toebedeeld. In hoeverre sectoren de geormerkte bedragen uitputten per sector, wordt gemonitord en eventueel bestuurlijk op bijgestuurd.

Waarom een beoordelingskader?

Het beoordelen van de transformatieplannen gebeurt aan de hand van het beoordelingskader Impactvolle transformaties. Hierin zijn de criteria en voorwaarden voor impactvolle transformaties zoals beschreven in het IZA, nader uitgewerkt en aangevuld.

Het doel van het beoordelingskader is om te borgen dat er een uniform, level playing field is voor alle partijen en sectoren en in alle regio's als het gaat om gelijkgerichtheid in handelen en de inzet van transformatiemiddelen voor plannen met impact op het toekomstbestendig maken van de zorg in Nederland.

De beoordeling en implementatie van plannen voor impactvolle transformaties zal elk kwartaal worden besproken binnen de thematafel contractering. Daarbij zal het beoordelingskader worden geëvalueerd in een gezamenlijk lerend proces. Hierbij kijken alle betrokken partijen hoe het loopt en of er bepaalde soorten plannen ongewenst niet door het beoordelingskader komen waardoor scheefheid of achterstand in de noodzakelijke transformatie ontstaat; daarbij kan worden gekeken naar bijvoorbeeld de verdeling over regio's, sectoren of thema's. In het BO IZA zal dit periodiek worden geagendeerd. Op zijn laatst in Q4 2023 wordt het beoordelingskader volledig geëvalueerd en indien nodig aangepast.

Transformatieplannen die niet binnen de criteria en/of voorwaarden van het beoordelingskader impactvolle transformaties vallen, kunnen in individuele afspraken worden opgepakt tussen aanbieder(s) en zorgverzekeraars.

Het opstellen van een transformatieplan

Het maken van een plan voor een impactvolle transformatie is erop gericht om de transformatie op een goede en efficiënte manier te realiseren en de kans te vergroten dat de transformatie succesvol verloopt en goede resultaten worden bereikt. De beoordeling is geen doel op zich. Zowel het opstellen van de transformatieplannen als het beoordelingsproces zijn daarom zo eenvoudig en uniform mogelijk, zonder onnodige administratieve lasten (proportionaliteit).

Het opstellen van transformatieplannen gebeurt door zorgaanbieders, zorgprofessionals, patiëntenorganisaties en zorgverzekeraars en/of gemeenten; vaak in samenwerking met elkaar. De transformatieplannen zijn gericht op het aanpakken van knelpunten in de zorg. De transformatieplannen zijn in lijn met de regiobeelden en -plannen voor zover die er al zijn¹, en houden rekening met andere partijen die door de desbetreffende zorgtransformatie worden geraakt. Urgentie is echter leidend; het is dus ook mogelijk dat een transformatieplan los van een regioplan tot stand komt.

Het is aan de partijen die samen het transformatieplan opstellen om aan te geven welke partijen betrokken zijn en daarmee welke schaal hun plan heeft. Deze schaal kan zijn: individueel, lokaal, regionaal en landelijk; waarbij regionaal niet overeen hoeven te komen met een zorgkantoorregio, ROAZ-regio of andere formele regio-indeling. Zorgverzekeraars zullen (waar gewenst) partijen aan de hand van het beoordelingskader faciliteren bij het opstellen van plannen. Indieners kunnen vooraf contact opnemen met de zorgverzekeraars om hen te helpen met uitleg over het beoordelingsproces, hoe ze het opstellen van een plan voor een impactvolle transformatie aan kunnen pakken en waarmee ze rekening moeten houden.

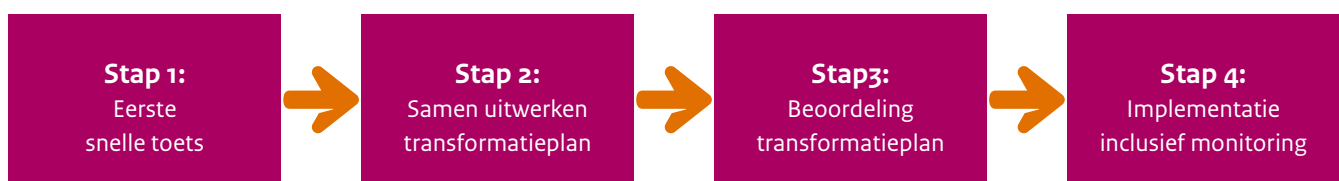
Partijen die samen een transformatieplan hebben gemaakt, maken gebruik van het indieningsformat inclusief handleiding². Dit format stelt indieners en beoordelaars in staat om snel inzichtelijk te maken of een transformatieplan aan de criteria en voorwaarden voldoet.

¹ In het IZA is afgesproken dat de regionale zorgpartijen in 2023 gezamenlijk regiobeelden en regioplannen opstellen/herijken.

² Dit indieningsformat wordt na vaststelling van het beoordelingskader door het BO IZA door de IZA-partijen opgesteld en door de thematafel Contractering vastgesteld. Het format is een technische uitwerking van het beoordelingskader.

Beoordelingsproces transformatieplannen en inzet transformatiemiddelen

Het beoordelingsproces bij impactvolle transformaties bestaat uit vier stappen, die in de rest van dit document worden toegelicht.



Stap 1: Eerste snelle toets

De eerste stap in het beoordelingsproces is het door middel van een snelle toets bepalen of er sprake is van een impactvolle transformatie die succesvol kan zijn, voordat wordt gestart met het opstellen van het transformatieplan (stap 2). Bij een positieve uitkomst van stap 1 gaan partijen ervan uit dat stap 2 en 3 met goed gevolg zullen worden gezet; dit betekent dat zij gelijkgericht (contract)afspraken zullen maken gericht op het faciliteren van de transitie en dat het plan in aanmerking komt voor de inzet van transformatiemiddelen in het geval dat deze middelen nodig zijn om het plan uit te kunnen voeren.

De initiatiefnemers maken voor deze stap een kort voorstel met de essentie van de gewenste impactvolle transformatie, waarbij zij gebruik kunnen maken van het indieningsformat. Hierin is minimaal inzichtelijk gemaakt wat de bijdrage is van de transformatie aan het oplossen van de knelpunten in de zorg voor patiënten en burgers, hoe de transformatie zich verhoudt tot de regioplannen of het ROAZ-plan en/of de visie en plan van aanpak voor de eerstelijnszorg voor 2030, wat de effecten zijn op de lange termijn en hoe het bijdraagt aan passende zorg. Het voorstel wordt ter beoordeling voorgelegd aan de twee marktleider zorgverzekeraars. Deze geven binnen vier weken uitsluitel over de beoordeling.

Is er sprake van een impactvolle transformatie?

Met een 'impactvolle transformatie' wordt bedoeld dat de transformatie een substantiële positieve impact heeft op passende zorg³ en daarmee op de toegankelijkheid (beschikbaarheid) en/of kwaliteit van de zorg op lange termijn en het behouden, ontzorgen en optimaal inzetten van zorgprofessionals. Impactvolle zorgtransformaties gaan over het voorkomen, verleggen en/of optimaliseren van patiëntenstromen, waarbij de acties veelal gericht zijn op de hele keten van zorg inclusief het sociaal domein. Preventie (verminderen zorgvraag/zorggebruik), digitalisering en concentratie van zorg zijn aspecten die daarbij een rol kunnen spelen en dus terug kunnen komen in de transformatieplannen.

Een impactvolle transformatie kan ook een totaalafpraak betreffen over een pakket van verschillende kleinere initiatieven en zorginnovaties, mits dit voldoende impact heeft in het realiseren van de IZA-doelen en daarnaast van voldoende implementatiekracht is voorzien. Bij kleinere initiatieven geldt dat er wordt gekeken naar de mogelijkheden tot opschaalbaarheid.

³ Zie IZA pagina 9, kader passende zorg en uitgangspunten.

Een transformatie wordt aangemerkt als impactvol als er sprake is van een substantiële impact (conform IZA-doelen) op een of meerdere van de onderstaande aspecten:

1. Het zorggebruik in de Zorgverzekeringswet.
2. Regionale en/of landelijke herverdelingsvraagstukken (profielkeuzes)⁴.
3. De inzet van personeel⁵;
4. De omvang van zorgvastgoed (in relatie tot de omvang van de zorgaanbieder).

Wordt voldaan aan de voorwaarden uit IZA en Mededingingswet?

Daarnaast wordt bij stap 1 ook reeds gekeken of aan onderstaande voorwaarden wordt voldaan die in het IZA onder het beoordelingskader zijn opgenomen (1 en 2) of door de ACM wordt gesteld (3):

1. De beoogde transformatie is in lijn met de feitelijke en openbare regiobeelden/plannen, de ROAZ-beelden/plannen en/of de visie en plan van aanpak voor de eerstelijnszorg voor 2030; voor zover die reeds vorm hebben gekregen. Indien er geen of geen concrete relaties bestaan met bovengenoemde plannen, dan wordt in het voorstel toegelicht waarom daarvan geen sprake is.
2. Er is sprake van een aantoonbare en gedeelde urgentie bij de benodigde partijen. Dit betekent dat de beoogde impactvolle transformatie wordt gedragen door alle partijen die bepalend zijn voor het kunnen realiseren van de transformatie. Zorgaanbieders, zorginkopers, zorgprofessionals en patiënten(verenigingen) zijn/worden actief betrokken. Er mag geen sprake zijn van afwenteling op partijen die wel direct worden geraakt, maar niet worden betrokken.
3. Er is onderbouwd waarom gelijkgerichtheid van zorgaanbieders en zorgverzekeraars noodzakelijk is om de doelstellingen te behalen.

Stap 2: Samen uitwerken transformatieplan

Als stap 1 succesvol is doorlopen, is er voldoende basis om het plan voor de impactvolle transformatie te gaan maken. Dit kan door de betrokken zorgaanbieder(s), zorgprofessionals en/of patiëntenorganisatie(s) gedaan worden, maar ook bij voorkeur in gezamenlijkheid met de zorgverzekeraars en mogelijk ook met gemeenten en/ of zorgkantoren. Dit laatste heeft als voordeel dat bij het opstellen van het plan al alle perspectieven meegenomen kunnen worden en dat de zorgverzekeraars ook kunnen ondersteunen bij een transformatieplan dat aan de noodzakelijke voorwaarden voldoet (mede door hun ervaring met vergelijkbare plannen). De marktleider zorgverzekeraars zijn bereid om de transformatieplanontwikkeling in hun regio gezamenlijk te ondersteunen en een faciliterende en verbindende rol te spelen. Financiële vergoeding voor het opstellen van het transformatieplan (out of pocket kosten) kan onderdeel uitmaken van het transformatieplan, mits dit van tevoren is afgestemd met de marktleider zorgverzekeraars.

⁴ Hiermee wordt bijvoorbeeld bedoeld: verschuivingen van patiëntenstromen met als doel het voorkomen van (zwaardere) zorg en optimale inzet van capaciteit binnen de regionale dan wel landelijke context.

⁵ Hiermee wordt bedoeld dat wil zeggen dat de transformatie leidt tot substantieel minder en/of effectiever inzetten van schaars personeel (in aansluiting op de regionale arbeidsmarkt). Hieronder kan ook bij/nascholing vallen, waardoor personeel effectiever zorg kan verlenen.

Stap 3: Beoordeling transformatieplan

Zoals in het IZA opgenomen, moet het uiteindelijke plan voor de impactvolle transformatie door de twee marktleider zorgverzekeraars worden beoordeeld en goedgekeurd. Dit wordt gedaan aan de hand van onderstaande voorwaarden, waarbij maatwerk wordt geleverd op basis van de specifieke situatie en waarbij proportionaliteit en minimalisering administratieve lasten nadrukkelijk worden meegewogen. Elk plan wordt afzonderlijk op zijn merites beoordeeld; verschillende plannen worden dus niet tegen elkaar afgewogen. Indien binnen een plan meerdere opties worden beschreven, wordt een afweging gemaakt met de beste balans tussen kosten, opbrengsten en kans van slagen.

Als op onderdelen (nog) niet wordt voldaan aan de voorwaarden, maar de transformatie wel wenselijk/noodzakelijk is, kunnen zorgaanbieders en zorgverzekeraars in onderling overleg werken aan een aangepast plan en dit opnieuw ter beoordeling aanbieden.

Voorwaarden transformatieplan impactvolle transformaties

Het opstellen van het transformatieplan dient een eenvoudig proces, dus zonder onnodige administratieve lasten zijn. De beoordeling betreft onderstaande voorwaarden uit het IZA rekening houdend met de schaal van de transformatie (proportionaliteit):

1. Er ligt een transformatieplan met SMART-geformuleerde afspraken (concreet, meetbaar en toetsbaar) die bijdragen aan het bereiken van passende zorg, om de toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid van zorg inclusief het behouden en ontzorgen van zorgprofessionals te borgen. Dit met een beschrijving van de wijze waarop deze doelen bereikt worden (al dan niet gefaseerd), verantwoordelijkheden van partijen en een tijdplanning.
2. Er is sprake van een positieve (maatschappelijke) businesscase waaruit blijkt op welke wijze de transformatie gaat bijdragen aan passende zorg en/of andere IZA-doelen (waaronder kwaliteit van zorg) en aan de in het IZA genoemde doelgroepen en resultaten.
3. Er is met de betrokken partijen een zorgvuldige impactanalyse gedaan voor de voorzienbare effecten van het transformatieplan op (waar van toepassing):
 - a. Patiënten en burgers (kwaliteit, veiligheid en toegankelijkheid van zorg).
 - b. De betrokken zorgaanbieders (o.a. bedrijfsvoering, personeel, ICT- en andere en infrastructuur en vastgoed); én
 - c. De rest van de zorgketen.
 - d. Daarbij wordt het plan gezien in een bredere context, waaronder bijvoorbeeld regionale en landelijke afspraken met als doel om de toegankelijkheid, kwaliteit, betaalbaarheid van zorg inclusief behouden en ontzorgen van zorgprofessionals te borgen.
4. Executiekraft en gelijkgerichtheid tussen en binnen alle bij het transformatieplan betrokken partijen ten aanzien van het transformatieplan zijn (aantoonbaar) georganiseerd door middel van een implementatieplan met aandacht voor (project) organisatie, capaciteit, mijlpaalplanning en besluitvorming. Er is aantoonbaar commitment op de consequenties van de transformatie op hun organisatie. In het geval van ziekenhuizen geldt dat inclusief de afspraken met het Medisch Specialisten Bedrijf (MSB) in het ziekenhuis.
5. De in het transformatieplan geformuleerde transformatieafspraken worden binnen vijf jaar behaald.
6. In het transformatieplan wordt (indien van toepassing) beschreven wat de impact is van de transformatie ten aanzien van duurzaamheid in de zorg⁶. Het transformatieplan draagt waar mogelijk bij aan het verminderen van de klimaat- en milieu-impact van de betreffende zorg, of mag deze in ieder geval niet vergroten t.o.v. de huidige situatie. Partijen besteden (indien van toepassing) in hun plan waar van toepassing (beknopt) aandacht aan veranderingen in het gebruik van gebouwen, reisbewegingen van personeel en patiënten, geneesmiddelen en ICT. Een gedetailleerde doorrekening van bijvoorbeeld de CO₂-voetafdruk is daarbij niet noodzakelijk.

⁶ Een transformatieplan dient primair gericht te zijn op de transformatie van zorg; duurzaamheid is een bijkomend aspect. Transformatieplannen en de inzet van transformatiemiddelen zijn niet bedoeld voor het financieren van investeringen in duurzaamheid zoals het plaatsen van zonnepanelen en verduurzaming van gebouwen.

Overige aspecten transformatieplan (situationeel van toepassing)

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

- In het transformatieplan is helder beschreven welke gelijkgerichte (contract) afspraken ter facilitering van de transitie noodzakelijk zijn om de doelstellingen te behalen en voor welke periode.
- Voor zorgaanbieders die in de transitie volume afbouwen en bijbehorend opbouwen, zijn indien van toepassing en onderdeel van het transformatieplan, niet vrijblijvende afspraken over het tempo van afbouw/opbouw van fte's en organisatiekosten onderdeel van het plan evenals transparantie over de realisatie van die afspraken.
- In het transformatieplan wordt onderbouwd wat de best passende schaal is voor de transformatie (individueel, lokaal, regionaal of landelijk). Het betreft dus geen voorstellen voor de desbetreffende zorgaanbieders waarbij beter kan worden aangesloten bij andere initiatieven of die effectiever of efficiënter (boven)regionaal of landelijk kunnen worden opgepakt. Voor de eerstelijns kan het ook gaan om subregionale plannen.
- Bij kleinere initiatieven wordt in het transformatieplan beschreven welke mogelijkheden er zijn tot opschaalbaarheid, dan wel in welke fase van de implementatie hier naar wordt gekeken.
- Indien het transformatieplan digitale transformaties omvat, kan de verbinding worden gelegd met de in het IZA genoemde elementen: het Kenniscentrum Digitale Zorg, de gezamenlijk te ontwikkelen Ondersteuningsstructuur en de Menukaart arbeidsbesparende innovaties.

Transformatiemiddelen

Indien er in het plan voor een impactvolle transformatie om inzet van transformatiegelden wordt gevraagd, geldt daarvoor het volgende:

1. De transformatie kan op korte termijn niet anders bereikt, substantieel versneld en/of opgeschaald worden dan door inzet van transformatiemiddelen.
2. Het betreft een éénmalige investering voor de totstandbrenging van de beoogde transformatie (dus geen structurele kosten; deze moeten, indien van toepassing, uit de reguliere zorgcontractering betaald worden). Afbouw en uitfasen van activiteiten/desinvesteringen en niet via de tarieven te bekostigen aanloopkosten kunnen hier wel onder vallen. Dat geldt ook voor de transformatie van onroerend goed.
3. De inzet van transformatiemiddelen is gekoppeld aan concrete transformatieafspraken. Deze transformatieafspraken kunnen het karakter hebben van een inspanningsverplichting en waar mogelijk een resultaatsverplichting die beide goed kunnen worden gemonitord. Waar mogelijk en van toepassing worden transformatiemiddelen toegekend in batches, gekoppeld aan tussentijdse mijlpalen. Betaling vindt plaats op basis van de realisatie van deze transformatieafspraken, die transparant gedeeld worden. IZA-partijen hebben afgesproken dat reeds toegekende transformatiemiddelen niet op een later moment teruggevorderd en/of verrekend worden.
4. In het transformatieplan is duidelijk aangegeven hoe de aangevraagde transformatiemiddelen worden ingezet bij de verschillende zorgsectoren en de betrokken partijen (indien van toepassing).
5. Er is geen sprake van dubbele financiering dan wel financiering van zaken waarvoor andere gealloceerde middelen beschikbaar zijn.

Het definitieve plan voor een impactvolle transformatie wordt ter beoordeling voorgelegd aan de twee marktleider zorgverzekeraars. Deze nemen binnen vier weken een voorgenomen besluit en informeren de indienende partijen en de andere zorgverzekeraars hierover. Andere zorgverzekeraars hebben dan twee weken de tijd om in overleg te treden om vragen te stellen en te wijzen op eventuele onduidelijkheden of onvolledigheden. De niet-marktleider zorgverzekeraars kunnen alleen vragen stellen en onduidelijkheden of onvolledigheden aangeven, waar dat voor hen van belang is om gelijkgericht te kunnen handelen ten aanzien van de transformatie. Zij nemen geen besluit over het goedkeuren van het transformatieplan; zij volgen het uiteindelijke besluit van de twee marktleiders. Daarna volgt binnen twee weken een definitief besluit.

Stap 4: Implementatie inclusief monitoring

De positief beoordeelde plannen voor een impactvolle transformatie worden publiekelijk transparant gemaakt door de zorgverzekeraars, met als doel navolging van goede plannen te stimuleren. Dit gebeurt op www.dejuistezorgopdejuisteplek.nl. De publieke informatie betreft een beknopt overzicht van de doelen, afspraken en resultaten, de betrokken zorgpartijen en contactinformatie.

Na positieve beoordeling van een plan voor de impactvolle transformatie gaan alle betrokken partijen aan de slag met de implementatie. De voortgang hiervan wordt door de betrokken zorgaanbieders en zorgverzekeraars gemonitord. Het doel van het monitoren van de implementatie van de individuele transformatieplannen is om te kijken of de gemaakte afspraken worden behaald, of (indien van toepassing) transformatiemiddelen gekoppeld aan bepaalde mijlpalen moeten worden uitbetaald en om bij te sturen en aanvullende afspraken te maken waar nodig.

De voor de landelijke monitor van de voortgang en het succes van de transformaties en de inzet van transformatiegelden benodigde informatie wordt door de betrokken partijen via ZN periodiek aangeleverd aan alle betrokken partijen in het BO IZA. Het doel van het monitoren op landelijk niveau is om te zorgen dat sectoren of regio's die achterblijven, kunnen worden gestimuleerd om met transformatieplannen te komen.

Vervolgstappen

Nadat bovenstaand proces, criteria en voorwaarden voor plannen voor een impactvolle transformatie en inzet transformatiemiddelen zijn vastgesteld door het BO IZA, wordt op basis hiervan eerdergenoemd indieningsformat inclusief handleiding opgesteld en gedeeld met alle partijen. Daarnaast ontvangen alle partijen een overzicht van de aanspreekpunten per regio vanuit de zorgverzekeraars bij wie zij terecht kunnen voor het indienen van transformatieplannen en vragen over het indieningsproces en samenwerking en/of ondersteuning daarbij.

Vanaf 1 februari 2023 kunnen plannen voor een impactvolle transformatie worden ingediend. Als er nog geen regioplan is, dan hoeft daar niet op te worden gewacht. De toets is op basis van de in het beoordelingskader gestelde criteria en daardoor zo objectief als mogelijk.

Transformatieplannen die al lopen, kunnen in aanmerking komen voor transformatiemiddelen in het kader van het IZA, als zij bij (her)beoordeling aan de gestelde voorwaarden voor “impactvolle transformaties” voldoen. Dat moet wel worden getoetst; dit gebeurt door de twee marktleider zorgverzekeraars aan de hand van de snelle toets beschreven in stap 1 van het beoordelingskader.

Dit is een uitgave van

Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

Bezoekadres

Parnassusplein 5 | 2511 vx Den Haag

Postadres

Postbus 20350 | 2500 ej Den Haag
Telefoon 070 340 79 11
www.rijksoverheid.nl

januari 2023

Factsheet

MENTALE GEZONDHEID

Onderzoeksgegevens over de
mentale gezondheid van inwoners uit
de gemeente Dinkelland en de
gemeente Tubbergen



Onderzoek naar de mentale gezondheid van inwoners

Noaberkracht doet onderzoek naar de gezondheid van inwoners, zo ook naar de mentale gezondheid. Voelen inwoners zich gelukkig, veerkrachtig en weerbaar? Zijn er psychische klachten of gedachten over zelfdoding? Ervaren inwoners van de gemeente Dinkelland en Tubbergen steun? In deze factsheet lees je meer over de mentale gezondheid van de inwoners.

Over deze factsheet

In deze factsheet zijn de cijfers en ervaringen over mentale gezondheid gebruikt zoals die bekend en beschikbaar zijn bij de GGD Twente. Er zijn hiervoor een aantal gezondheidsmonitoren en onderzoeken gebundeld:

- Gezondheidsmonitor Volwassenen en ouderen (2016, 2020, 2022, 2024)
- Kindermonitor (2017, 2021)
- Gezondheidsmonitor Jeugd (2019, 2020, 2021, 2023)
- Corona Gezondheidsmonitor Jongvolwassenen (2022, 2024)

De gezondheidsmonitoren zijn bekeken over verschillende jaren om trends te kunnen ontdekken. Niet in elke monitor zijn alle cijfers beschikbaar voor de verschillende jaartallen van onderzoek, maar daar waar ze wel beschikbaar waren zijn deze gebruikt. In principe zijn de weergegeven cijfers in deze factsheet gemiddelden van Dinkelland en Tubbergen, tenzij de cijfers verschillen. Dan is ervoor gekozen om deze apart te vermelden.

GGD Twente

De monitoren zijn onderzoeken die GGD'en elke vier jaar afnemen. Tijdens de coronaperiode zijn er extra monitoren afgenomen. In deze factsheet geldt dit voor de Corona Gezondheidsmonitor Jongvolwassenen 2022 en de Corona Gezondheidsmonitor Volwassenen en Ouderen 2022.

Bekijk alle uitkomsten en ander onderzoek op www.twentsegezondheidsverkenning.nl



Mentale gezondheid in cijfers

Hoe gaat het met de kinderen?

De vragenlijst is ingevuld door ouders van kinderen in de leeftijd van 4 tot 12 jaar.

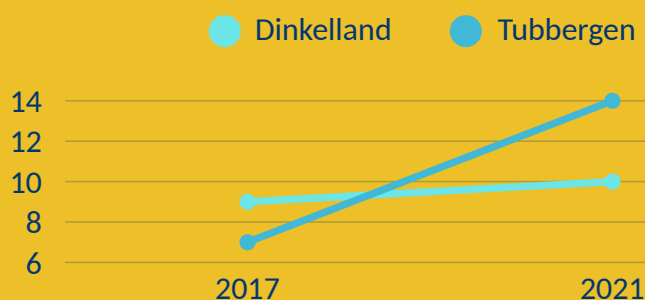
- 98% van de kinderen voelt zich meestal (zeer) gelukkig.
- 12% van de kinderen heeft een verhoogd risico op psychosociale problemen. Dit risico is bepaald aan de hand van de SDQ.
- Ruim 72% van de kinderen is meestal weerbaar. Kinderen die weerbaar zijn, kunnen goed voor zichzelf opkomen.
- Om en nabij de 90% van de kinderen heeft genoeg vriendjes/vriendinnetjes om mee te spelen.
- Rond de 90% van de ouders geeft aan het vertrouwen in de toekomst van hun kind te scoren met een goed (8+).

Toelichting

De SDQ, die het risico meet op psychosociale problemen, laat een stijgende lijn zien als het gaat om een score in het grensgebied of afwijkende gebied bij kinderen. Hieronder staan een aantal grafieken weergegeven die dit inzichtelijk maken.

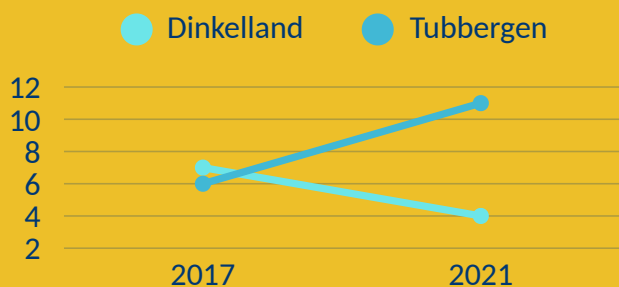


Psychosociale gezondheid (in %)
Grensgebied plus afwijkende totaalscore



Opvallend aan de totale psychosociale gezondheid is dat in de gemeente Tubbergen er een grotere stijging te zien is als het gaat om scores in het grensgebied of afwijkende totaalscores, in de gehele leeftijdsgroep, zowel bij jongens als bij meisjes.

Emotionele gezondheid bij meisjes (in %)
Grensgebied plus afwijkende totaalscore

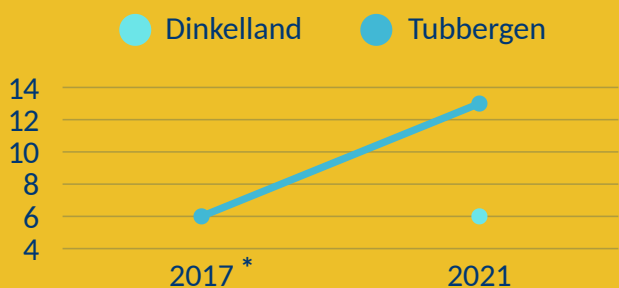


Emotionele gezondheid bij jongens (in %)
Grensgebied plus afwijkende totaalscore



*In 2017 zijn voor Dinkelland geen gegevens bekend.

Emotionele gezondheid leeftijd 4-7 (in %)
Grensgebied plus afwijkende totaalscore



Emotionele gezondheid leeftijd 8-12 (in %)
Grensgebied plus afwijkende totaalscore



*In 2017 zijn voor Dinkelland geen gegevens bekend.

Hoe gaat het met de jeugd?

De vragenlijst is ingevuld door jeugdigen in klas 2 en klas 4 van het voortgezet onderwijs (14-16 jaar).

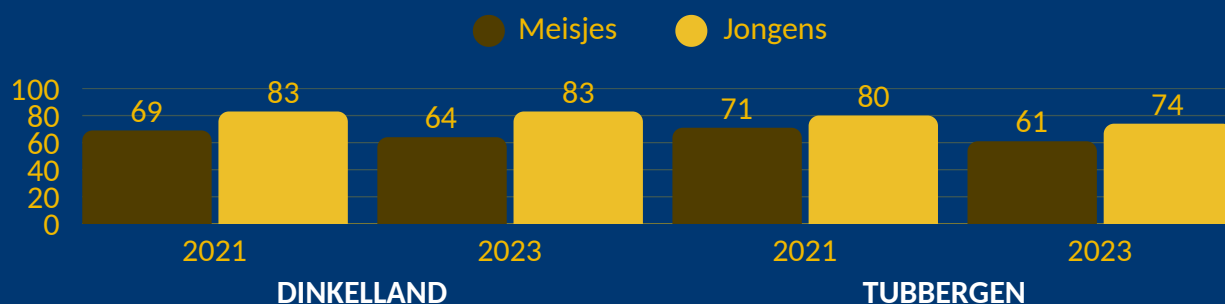
- 86% van de jeugdigen voelt zich meestal (zeer) gelukkig.
- 30% van de jeugdigen heeft psychische klachten. Jongens hebben minder psychische klachten dan meisjes (gemiddeld 9% om 21%). Dit is gemeten met de Mental Health Inventory 5. Het geeft een beeld van de psychische gezondheid, bijvoorbeeld over sombere klachten.
- 44% van de jeugdigen ervaart stress door 1 of meer factoren, met name door school- of huiswerk en alles wat ze moeten doen.
- Rond de 90% van de jeugd is voldoende weerbaar. Hierbij zijn jongens met 95% weerbaarder dan meisjes met 85%.
- Ruim 70% van de jeugd herstelt na een moeilijke periode weer snel (zie grafiek hieronder) en rond de 50% van de jongeren vindt het makkelijk om stressvolle gebeurtenissen te doorstaan. Hierbij is een verschil te zien tussen jongens (die hier hoger op scoren) en meisjes (die dit makkelijker aangaat).
- 15% van de jeugd heeft in de laatste 12 maanden er serieus over nagedacht om een einde te maken aan het eigen leven. Gemiddeld 15% heeft de laatste 12 maanden zichzelf één of meerdere keren opzettelijk verwond of pijn gedaan.
- 87% van de jeugd geeft aan bij ouder(s) of verzorger(s) terecht te kunnen met problemen.
- 60% van de jeugd heeft (heel) veel vertrouwen in de eigen toekomst.

Toelichting

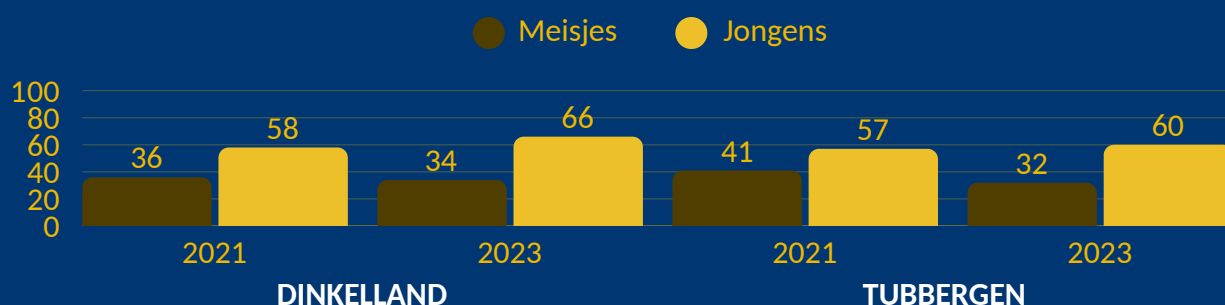
Opvallend in de data van de jeugd is het verschil tussen meisjes en jongens. Zo scoren meisjes hoger op de MHI-5, wat betekent dat ze meer psychische klachten hebben. Ook zijn meisjes minder weerbaar en herstellen ze minder snel na een moeilijke periode.



HERSTELT SNEL NA EEN MOEILIJKE PERIODE (IN %)



VIND HET MAKKELIJK OM STRESSVOLLE PERIODE TE DOORSTAAN (IN %)



Ook bij onderstaande tabellen is te zien dat meisjes zichzelf wat vaker verwonden en er serieus over gedacht hebben een einde te maken aan het leven. Dit is met name in Dinkelland zichtbaar, wat ook gepaard gaat met een grote stijging. Daarnaast valt op dat er een stijging is in 2023 t.o.v. 2021, zowel in Dinkelland als in Tubbergen. Klas twee, als de jongeren 14 jaar zijn, lijkt een risicovolle leeftijd. Ook is er een grotere stijging te zien bij leerlingen op het vmbo in vergelijking met havo/vwo.

Percentage jongeren dat zichzelf de laatste 12 maanden één of meerdere keren opzettelijk verwond of pijn gedaan heeft.

	Gedaan		Gedaan (jongens)		Gedaan (meisjes)		Gedaan (klas 2)		Gedaan (klas 4)		Gedaan (vmbo)		Gedaan (havo/vwo)	
	2021	2023	2021	2023	2021	2023	2021	2023	2021	2023	2021	2023	2021	2023
Gem. DKL	12	16	15	13	10	19	6	23	17	11	13	18	10	13
Gem. TBG	12	13	10	13	14	13	13	17	11	10	13	18	11	6

Percentage jongeren dat de laatste 12 maanden er serieus over nagedacht heeft een einde te maken aan het eigen leven.

	Leven		Gedaan (jongens)		Gedaan (meisjes)		Gedaan (klas 2)		Gedaan (klas 4)		Gedaan (vmbo)		Gedaan (havo/vwo)	
	2021	2023	2021	2023	2021	2023	2021	2023	2021	2023	2021	2023	2021	2023
Gem. DKL	15	16	15	10	15	22	7	20	23	13	18	14	13	18
Gem. TBG	14	15	14	14	14	16	11	17	17	14	16	24	12	6



Hoe gaat het met de jongvolwassenen?

De vragenlijst is ingevuld door jongvolwassenen van 16 tot en met 25 jaar.

- 70% van de jongvolwassenen ervaart zijn of haar mentale gezondheid als (zeer) goed.
- 66% ervaart angst of depressiegevoelens. Vrouwen ervaren dit meer dan mannen, 85% om 67%. Ten opzichte van 2022 is er een lichte afname te zien. Dit is gemeten met de MHI-5, waarin bepaalt wordt in hoeverre iemand angst of depressie gevoelens had voor en tijdens het invullen van de lijst.
- 40% geeft aan sociaal eenzaam te zijn en 45% geeft aan emotioneel eenzaam te zijn.
- 30% voelt zich (heel) vaak gestrest, met name door studie of school en werk of bijbaan.
- 85% is voldoende weerbaar. Hierbij zijn mannen met 89% weerbaarder dan vrouwen met 81%.
- 68% van de jongvolwassenen herstelt na een moeilijke periode meestal weer snel en rond de 50% vindt het moeilijk om stressvolle gebeurtenissen te doorstaan.
- 16% van de jongvolwassenen heeft er de laatste 12 maanden een enkele keer of af en toe serieus over nagedacht een einde te maken aan het eigen leven. In Dinkelland geeft 4% aan hier vaak over nagedacht te hebben. 5% heeft in de laatste 12 maanden een poging ondernomen om een eind te maken aan het eigen leven. Gemiddeld 7% van de jongvolwassenen geeft aan met iemand gepraat te hebben over de gedachte om een eind te maken aan het leven.
- 79% van de jongvolwassenen geeft aan bij ouder(s) of verzorger(s) terecht te kunnen met problemen.
- Ruim 50% geeft aan (heel) veel vertrouwen in de toekomst te hebben.

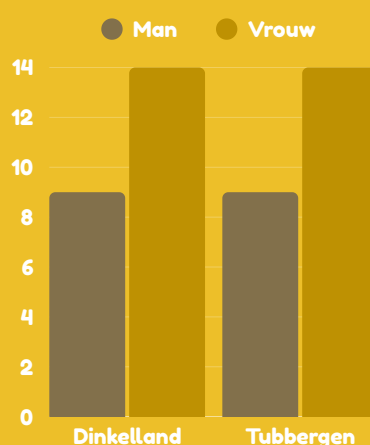
Toelichting

Voor de jongvolwassenen is niet zoveel data beschikbaar als voor de jeugd, met name niet uit voorgaande jaren. Het aantal jongvolwassenen dat nadenkt over een einde maken aan het eigen leven is licht toegenomen ten opzichte van de jeugd. Daarbij valt het op dat vrouwen hier meer over praten dan mannen.

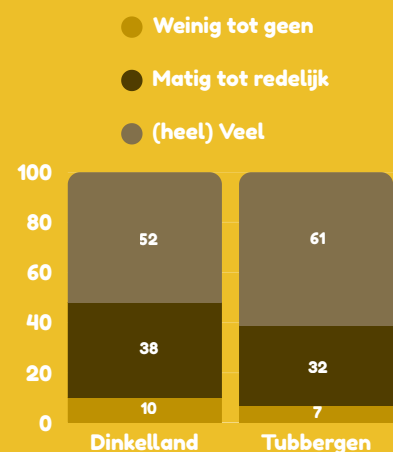
Jongvolwassene heeft de laatste 12 maanden serieus nagedacht over een eind maken aan eigen leven (in %)



Jongvolwassene heeft met iemand gepraat over de gedachte om een eind te maken aan het leven (in %)



Jongvolwassene heeft vertrouwen in de toekomst (in %)



Het vertrouwen in de toekomst is gemiddeld genomen licht gedaald wanneer we de jeugd vergelijken met de jongvolwassenen. Met name in de gemeente Dinkelland is hier sprake van. Hierbij heeft 65% van de jeugd (heel) veel vertrouwen in de toekomst en bij de jongvolwassenen 52%. In Tubbergen is het andersom, daar heeft 55% van de jeugd (heel) veel vertrouwen in de toekomst en 61% van de jongvolwassenen.

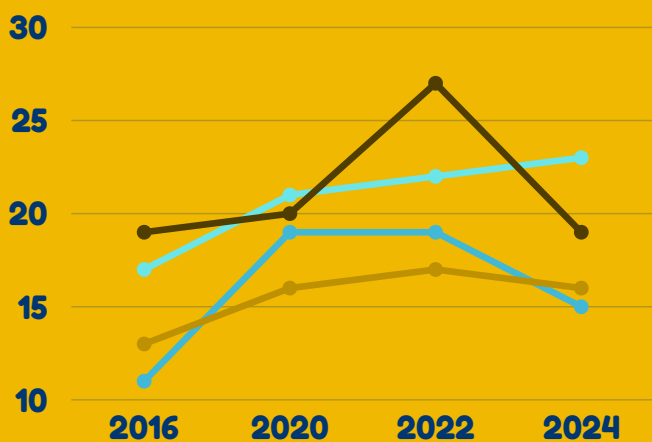
Hoe gaat het met de volwassenen en ouderen?

De vragenlijst is ingevuld door volwassenen en ouderen van 18 jaar en ouder. Wanneer hieronder alleen over volwassenen gesproken wordt gaat het over de doelgroep van 18 t/m 64 jaar. Wordt er alleen over ouderen gesproken dan gaat het over de doelgroep 65+.

- Gemiddeld geeft 66% van de volwassenen en ouderen een 8 of hoger voor geluk. In Dinkelland is er bij de volwassenen vanaf 2016 tot nu een lichte afname te zien van 72% naar 63%. Het percentage van de ouderen stijgt heel licht, van 64% naar 67%. In Tubbergen blijft het bij beide groepen gelijk.
- Ongeveer 90% van de inwoners geeft aan het leven zinvol te vinden.
- 19% van de volwassenen geeft aan eenzaam te zijn en 25% van de ouderen geeft dit aan.
- Ongeveer 45% van de volwassenen ervaart een beetje stress, 15% ervaart veel of heel veel stress. Ruim 26% van de ouderen ervaart een beetje, veel of heel veel stress.
- 56% van de volwassenen en ouderen ervaart (zeer) hoge veerkracht.
- 97% van de inwoners ervaart redelijke tot goede sociale steun.
- Noaberschap speelt voor ongeveer 50% van de ouderen een grote rol in het leven.

Eenzaamheid onder 18 - 64 jarigen (in %)

- Sociaal eenzaam DKL
- Emotioneel eenzaam DKL
- Sociaal eenzaam TBG
- Emotioneel eenzaam TBG



Eenzaamheid onder 65-plussers (in %)

- Sociaal eenzaam DKL
- Emotioneel eenzaam DKL
- Sociaal eenzaam TBG
- Emotioneel eenzaam TBG

