

Mentale Gezondheid en Veerkracht FRIZA

‘Door domein-overstijgende samenwerking naar Toegankelijkere Mentale
Gezondheidszorg in heel Friesland’

2024-2027

Versie van 21/03/2025

WERKDOCUMENT

INHOUDSOPGAVE

1.	AANLEIDING EN INLEIDING	4
2.	HUIDIGE SITUATIE	6
2.1	TOENEMENDE ZORGKLOOF IN DE MENTALE GEZONDHEIDSZORG IN FRIESLAND	6
2.2	MENTAAL WELBEVINDEN OVER DE JAREN HEEN	7
2.3	STAND VAN ZAKEN OP HET GEBIED VAN DE MENTALE GEZONDHEIDSZORG	8
2.3.1	<i>Geestelijke Gezondheid Zorg</i>	8
2.3.2	<i>Sociaal Domein, wijk- en gebiedsteams</i>	9
2.3.3	<i>Huisartsenzorg</i>	11
2.4	STAND VAN ZAKEN REGIONALE ONTWIKKELINGEN	11
2.4.1	<i>Positieve Gezondheid</i>	12
2.4.2	<i>Preventie</i>	12
2.4.3	<i>Taboe doorbreken rondom mentale problematiek</i>	13
2.4.4	<i>Inwonerparticipatie en co-creatie</i>	13
2.4.5	<i>Domein-overstijgende samenwerking</i>	14
2.5	SAMENVATTING HUIDIGE SITUATIE	14
3.	DOELSTELLINGEN, INHOUDELIJKE VISIE EN UITGANGSPUNTEN	15
3.1	DOELSTELLINGEN	15
3.2	INHOUDELIJKE VISIE EN UITGANGSPUNTEN	15
3.2.1	<i>Preventie</i>	17
3.2.2	<i>Laagdrempelige steunpunten</i>	17
3.2.3	<i>Integrale aanpak voor inwoners met EPA</i>	18
3.2.4	<i>Integrale aanpak voor multi-stress gezinnen (Gezinshulp)</i>	18
3.2.5	<i>Verkenkend en oriënterend gesprek</i>	18
3.2.6	<i>Consultatiefunctie</i>	19
3.2.7	<i>Domein Overstijgend Casusoverleg (DOCO)</i>	19
3.2.8	<i>Transfertafel</i>	19
3.2.9	<i>24/7 samenwerking psychosociale vraagstukken</i>	19
3.3.	OVERKOEPELENDE ONDERDELEN	20
3.3.1	<i>Lerend netwerk</i>	20
3.3.2	<i>Digitalisering</i>	20
3.3.3	<i>Positieve Gezondheid</i>	20
3.3.4	<i>Inzicht in de sociale kaart, aanbod en wachttijden</i>	21
3.3.5	<i>De relatie tussen de WAMG en de doelstellingen</i>	21
3.4	VISIE OP HET IMPLEMENTATIETRAJECT	22
3.4.1	<i>Evolutionair transformeren</i>	22
3.4.2	<i>Voortbouwen op wat er is binnen regionale kaders</i>	23
3.4.3	<i>Bestuurlijk en collectief leiderschap</i>	23
3.4.4	<i>Brede communicatie en vaandeldragers</i>	23
3.4.5	<i>Heldere programmastructuur</i>	23
3.4.6	<i>Metten van resultaten</i>	24
4.	IMPLEMENTATIEPLAN	25
4.1	PROMOTIE VAN MENTALE GEZONDHEID GEDURENDE DE HELE LEVENSLLOOP	25

4.2	LAAGDREMPELIGE HULP BIJ (BEGINNENDE) PROBLEMATIEK EN VAN 'GEHOLPEN WORDEN' NAAR 'JEZELF (EN ANDEREN) LEREN HELPEN'	29
4.3	SAMENWERKING SOCIAAL DOMEIN, DE EERSTE LIJN EN BIJ DE POORT VAN DE GGZ	33
4.4	INTEGRALE SAMENWERKING VOOR COMPLEXE DOELGROEPEN.....	38
4.4.1	GEÏNTEGREERDE ZORG EN ONDERSTEUNING VOOR INWONERS MET EEN ERNSTIG PSYCHIATRISCHE AANDOENING (EPA)	38
4.4.2	INTEGRALE AANPAK VOOR MULTI-STRESS GEZINNEN (GEZINSHULP).....	42
4.5	OVERIGE ONDERWERP-OVERSTIJGENDE PROJECTEN.....	45
5.	GOVERNANCE	54
5.1	INLEIDING	54
5.2	UITGANGSPUNTEN GOVERNANCE.....	54
5.3	ONDERDELEN IMPLEMENTATIE GOVERNANCE	55
5.3.1	<i>Projectleiders.....</i>	<i>55</i>
5.3.2	<i>Projectcoördinatie.....</i>	<i>56</i>
5.3.3	<i>Bestuurlijk trekkers.....</i>	<i>56</i>
5.3.4	<i>Implementatie stuurgroep</i>	<i>56</i>
5.3.6	<i>Lerend netwerk</i>	<i>57</i>
5.3.7	<i>Communicatie</i>	<i>58</i>
5.3.8	<i>Planning & control/ kassier.....</i>	<i>58</i>
5.3.9	<i>Monitoring</i>	<i>58</i>
5.4	RELATIE TUSSEN IMPLEMENTATIE GOVERNANCE EN BREDE FRIZA GOVERNANCE	59
5.5	VERBINDING BINNEN HET PROGRAMMA	59
6.	BUSINESS CASE, FINANCIËLE AANVRAAG EN TERUGVERDIENCAPACITEIT	60
6.1	BUSINESSCASE	60
6.1.1	<i>Uitgangspunten en aanpak.....</i>	<i>60</i>
6.1.2	<i>Resultaten per onderdeel.....</i>	<i>62</i>
6.1.3	<i>Dubbeltellingen in de businesscase.....</i>	<i>63</i>
6.1.4	<i>Totaalresultaat businesscase</i>	<i>63</i>
6.2	FINANCIËLE AANVRAAG.....	65
6.2.1	<i>Inleiding.....</i>	<i>65</i>
6.2.2	<i>Geraamde kosten.....</i>	<i>66</i>
6.3	TERUGVERDIENCAPACITEIT VAN HET TRANSFORMATIEPLAN	67
7.	IMPACTANALYSE.....	69
7.1	INLEIDING	69
7.2	AANPAK	69
8.	KPI'S EN UITBETALINGSMODEL (NOG NIET UITGEWERKT)	72
9.	DUURZAAMHEIDSIMPACT	73

1. Aanleiding en inleiding

Voor u ligt het transformatieplan Mentale Gezondheid en Veerkracht, geschreven voor de regio Friesland in het kader van het Integraal Zorgakkoord (IZA). Het doel van dit plan is om te komen tot mentaal gezonde(re) en veerkrachtige(re) Friese inwoners die tijdige en passende zorg, ondersteuning of behandeling kunnen vinden binnen de Mienskip (Fries voor 'de lokale gemeenschap'). Een belangrijk onderdeel hiervan is een nog sterkere verbinding van de Mienskip met het voorliggend veld, de voorzieningen vanuit het Sociaal Domein, de huisartsenzorg en de (tweedelijs) GGZ. Daarnaast is een betere afstemming van alle voorzieningen hierin belangrijk ten behoeve van de Friese inwoners en hun naasten.

Dit transformatieplan is onderdeel van het Friese regioplan IZA (FRIZA), een bredere beweging in Friesland in het kader van de IZA¹. Dit regioplan bevat naast de opgave *mentale gezondheid en veerkracht* nog drie andere opgaven: *Kansrijk opgroeien & gezond leven*, *Gezond ouder worden* en *toekomstbestendige Medisch Specialistische Zorg* (MSZ). De vijf fundamente² zoals omschreven in het regioplan FRIZA dienen als uitgangspunt in de uitwerking van dit transformatieplan, net zoals de quadruple aim-doelstellingen (gezondheid, kwaliteit, betaalbaarheid en medewerkers)³. Dit plan is dus slechts één onderdeel van een bredere integrale inzet in Friesland om de zorg toegankelijk te houden. De verschillende plannen binnen het FRIZA kunnen niet los van elkaar gezien worden. Om echter concreet te maken wat er de komende jaren binnen de mentale gezondheidszorg getransformeerd gaat worden, is het wel van belang hiervoor een separaat plan in te dienen. Daarmee wordt duidelijker wat de ambities op dit vlak concreet zijn en wat de plannen zijn om deze te realiseren.

Inhoudelijk bouwt dit plan voort op de uitgangspunten, de quadruple aim-doelstellingen en opgaven zoals omschreven en vastgesteld in het IZA, het Friese regiobeeld, het Friese regioplan en de Friese werkagenda.

Startpunt voor de uitwerking van het plan rondom de mentale gezondheidszorg is (naast de bovengenoemde plannen) het rapport "GGZ uit de knel" van het Trimbos instituut. Hoewel de titel doet vermoeden dat het rapport slechts de tweedelijs GGZ betreft, wordt hierin een brede visie gepresenteerd die uitgaat van de wensen en behoeften van inwoners op het bredere terrein van zorg en welzijn, inclusief preventie. De uitdagingen die in het rapport genoemd worden zijn ook in Friesland aan de orde. Dit omvat onder meer de stijgende vraag naar hulp en ondersteuning bij psychische klachten of mentale ontwrichting, de toename van de complexiteit in de casuïstiek, de schaarste aan personeel, de samenhangende te lange wachttijden en de problemen die daarmee ontstaan voor cliënten, hun naasten en organisaties die zich om deze wachtende cliënten bekommeren. Prognoses laten zien dat de huidige manier van werken niet houdbaar is. Een transformatie in de werkwijze en de samenwerking is nu nodig. Dit vraagt om een brede cultuurverandering en gelijkwaardige, domein-overstijgende samenwerking tussen de Friese inwoner, het voorliggend veld, het Sociaal Domein, de huisartsenzorg, de GGZ en alle aanpalende voorzieningen.

¹ De initiatiefnemers van dit transformatieplan houden de ontwikkelingen rondom het AZWA nauw in de gaten en zullen in de toekomst evalueren of het AZWA extra mogelijkheden biedt voor dit transformatieplan

² De vijf fundamente zijn: Versterken van de sociale basis, versterken van de eerste lijn, arbeidsmarkt, digitalisering en inwoneropparticipatie en bewustwording

³ Zie het [regioplan](#) voor een uitgebreide toelichting op de Friese opgaven en fundamente en een toelichting op de quadruple- aim doelstellingen, zijnde gezondheid, kwaliteit, betaalbaarheid en medewerkers

Dit transformatieplan is opgesteld met bijdragen van een groot aantal organisaties die actief zijn op het gebied van de mentale gezondheid van Friese inwoners. Het gaat daarbij om organisaties die zich bezighouden met preventie, zelfregie en herstel, welzijn, Wmo, GGZ, regionale ondersteuning, onderwijs, ervaringsdeskundigheid, huisartsenzorg en verslavingszorg. Daarnaast zijn vertegenwoordigers vanuit de achttien Friese gemeenten, inwoners (Zorgbelang Fryslân) en ervaringsdeskundigen (De Herstel Fries) betrokken bij de totstandkoming van dit plan. Ook Zilveren Kruis Achmea / De Friesland Zorgverzekeraar is inhoudelijk en procesmatig betrokken geweest bij het proces. GGZ Friesland dient het transformatieplan in namens alle betrokken partijen.

Leeswijzer

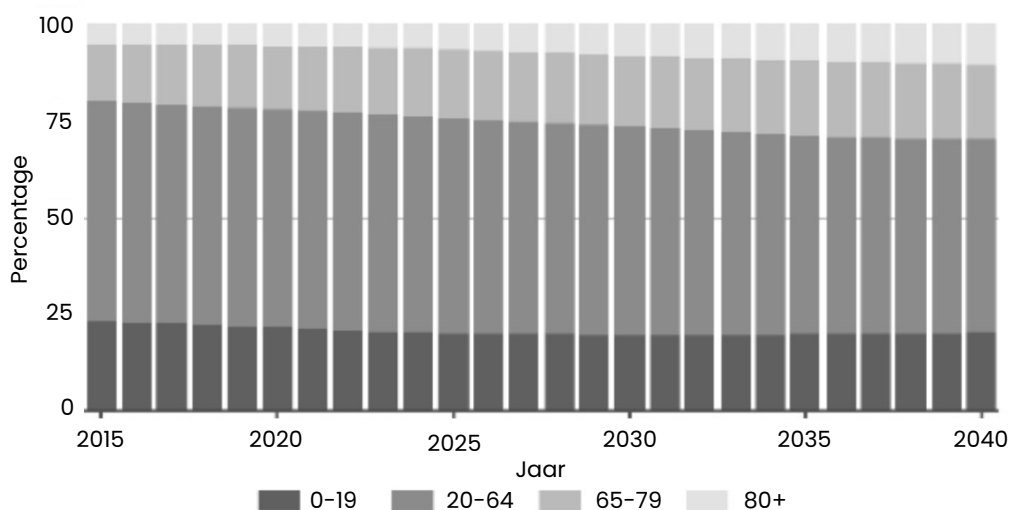
Hoofdstuk twee van dit transformatieplan bevat een beschrijving van de huidige situatie in de regio en de knelpunten die momenteel worden ervaren. Hierin worden de voornaamste feitelijke en objectieve gegevens en belangrijke kenmerken van de regio beschreven. In hoofdstuk drie volgt de inhoudelijke visie die aan dit transformatieplan ten grondslag ligt, evenals concrete doelen die met het plan beoogd worden. Deze visie is gebaseerd op de zogenaamde Wijkgerichte Aanpak Mentale Gezondheid (WAMG). In dit hoofdstuk wordt deze aanpak, inclusief bijbehorende onderdelen, nader toegelicht. In hoofdstuk vier is het transformatieplan verder geconcretiseerd. Per onderdeel van de WAMG is uitgewerkt wat er gaat gebeuren en wat het bijbehorende tijdspad is. In hoofdstuk vijf en zes wordt een overzicht gegeven van de kosten van dit plan, de relatie met de doelstellingen en de relevante KPI's. Tevens worden de hoofdlijnen van de uitkomsten van de business case gepresenteerd.

2. Huidige situatie

Dit hoofdstuk beschrijft de huidige situatie in de regio Friesland. Eerst wordt de toenemende zorgkloof in Friesland belicht. Vervolgens wordt ingegaan op de algemene ontwikkeling van het mentaal welbevinden van Friezen, waarna de stand van zaken en ontwikkelingen binnen de drie domeinen worden besproken: de GGZ, het Sociaal Domein (inclusief welzijn) en de huisartsenzorg⁴. Tot slot wordt ingegaan op enkele belangrijke inhoudelijke ontwikkelingen, zoals Positieve Gezondheid, preventie, het doorbreken van taboes, inwonerparticipatie en domein-overstijgende samenwerking.

2.1 TOENEMENDE ZORGKLOOF IN DE MENTALE GEZONDHEIDSZORG IN FRIESLAND

Dit transformatieplan is geschreven voor de regio Friesland. De regio valt samen met zowel de geografische provinciegrenzen van Friesland als de GGD-regiogrenzen en de ROAZ-regio. In totaal behoren achttien samenwerkende gemeenten tot deze regio. In de regio wonen circa 660.000 inwoners. Een groot deel van de inwoners woont in een van de elf steden in de regio of in Drachten en Heerenveen. Daarnaast vormen de vele dorpen en het Friese Waddengebied zowel demografisch als cultureel belangrijke kernen van Friesland.



Leeftijdsofbouw in Friesland, periode 2015 – 2040 (Bron: Regiobeeld Friesland)

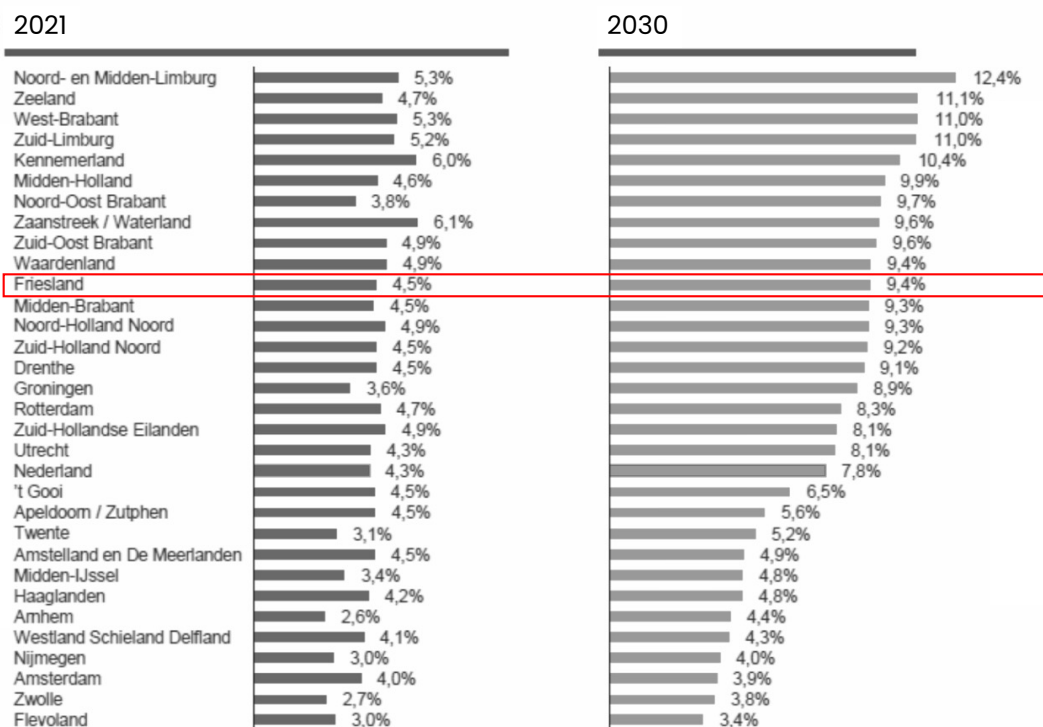
In bovenstaande grafiek is weergegeven hoe in Friesland in de afgelopen tien jaar een trend is ingezet van zowel forse ontgroening als vergrijzing. In de periode 2023 – 2040 neemt in de regio Friesland het aandeel inwoners van 65 – 79 jaar toe van 17,3% naar 19,4%. Ook het aandeel van de groep inwoners ouder dan 80 jaar neemt aanzienlijk toe, van 5,7% naar 10,1%. Naast deze significante dubbele vergrijzing, neemt ook de beroepsbevolking (20 – 64 jaar) af. Het aandeel inwoners dat deel uitmaakt van de beroepsbevolking daalt van 55,9 % naar 49,8 %. De druk op de beroepsbevolking neemt dus enorm toe.

Vergeleken met andere regio's in Nederland heeft Friesland een relatief laag groeipercentage van de beroepsbevolking⁵. In combinatie met de waarneembare ontgroening, vergrijzing en bevolkingsgroei in Friesland draagt dit verder bij aan de toenemende werkdruk op het huidige

⁴ Strikt genomen zijn er sprake van twee domeinen, de huisartsenzorg en GGZ maken allebei onderdeel uit van het Zvw domein. In dit plan benoemen we het als drie domeinen, omdat dat in zorginhoudelijke zin wel zo wordt gezien

⁵ Verwachte banengroei sterkst in regio's met grotere bevolkingsgroei – Economische Statistische Berichten (2023)

zorgpersoneel. In de komende vijftien jaar is er dus significant minder (zorg)personeel beschikbaar om te voldoen aan de vraag naar mentale gezondheidszorg.



Prognosemodel personeelstekort Zorg en Welzijn

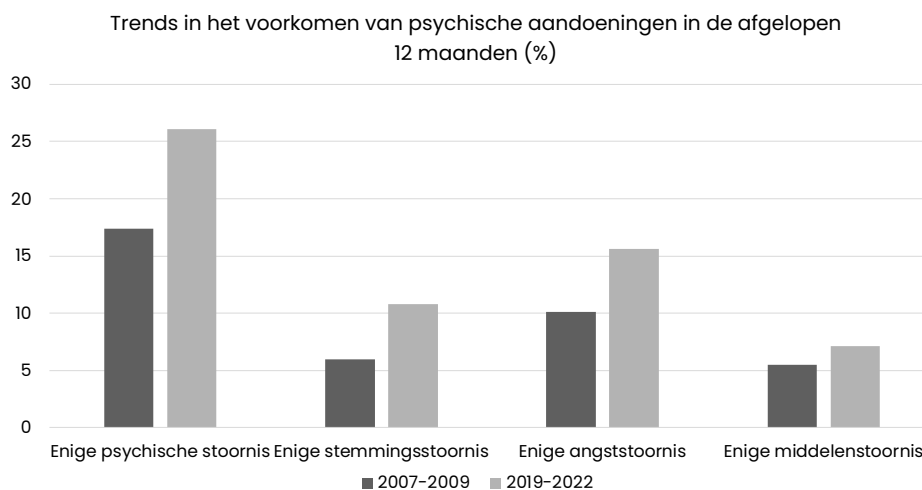
Uit het prognosemodel Zorg en Welzijn (Regiobeeld Friesland) hierboven blijkt dat het personeelstekort in de sector Zorg en Welzijn nog veel groter is dan het gemiddelde personeelstekort in Friesland. Het personeelstekort in deze sector verdubbelt (!) van 4,5 procent naar 9,4 procent in de periode 2021 – 2030.

De effecten van een toenemend personeelstekort leiden – als er geen ingrijpende veranderingen plaatsvinden – tot een enorme druk op de wachttijden in de mentale gezondheidszorg. Dit geldt zowel voor de GGZ, de huisartsen en het Sociaal Domein. Langere wachttijden hebben een aanzienlijke impact op cliënten en hun naasten. Zij worden gedwongen langer met hun problemen rond te lopen, wat in veel gevallen leidt tot een verergering van de problematiek. Hiermee komt op termijn ook de betaalbaarheid van de zorg meer onder druk. Daarnaast hebben de wachttijden in de GGZ ook een aanzienlijke impact op andere instanties. Cliënten die geen toegang hebben tot de GGZ wenden zich tot wijk- en gebiedsteams, huisartsen en andere eerstelijnsvoorzieningen. Deze instanties zijn echter niet altijd toegerust om (zwaardere) GGZ-problematiek te behandelen, waardoor de druk op deze instanties verder toeneemt.

2.2 MENTAAL WELBEVINDEN OVER DE JAREN HEEN

In het NEMESIS-onderzoek van het Trimbos instituut is onderzocht welk percentage van de volwassen Nederlandse bevolking in de voorgaande twaalf maanden een psychische aandoening heeft gehad. Uit dit onderzoek blijkt dat, vergeleken met de periode 2007 – 2009, het aantal volwassenen met psychische klachten in Nederland in de periode 2019–2022 significant is gestegen: van 17% naar 26%. Dit betreft een toename van 50% in tien jaar tijd. Bij een kwart van de bevolking was er de voorgaande twaalf maanden sprake van een psychische aandoening. Met name de angst- en stemmingsstoornissen zijn toegenomen, hier is het percentage bijna verdubbeld van 6% naar 11%.

Het is belangrijk om aan te geven dat Nemesis in het onderzoek benadrukt dat de ontwikkelingen geen gevolg zijn van de coronapandemie. Zie hiervoor ook onderstaande grafiek⁶.



Voorheen stonden inwoners van Friesland landelijk bekend als 'het gelukkigst': Friezen scoorden samen met inwoners uit Drenthe en Zeeland relatief hoog op deze ranglijst⁷. Echter lijkt er de afgelopen jaren een kentering gaande te zijn, waarin de relatieve ervaren gezondheid van Friese inwoners afneemt. Friesland is hierin geen uitzondering op de landelijke trends. Uit onderzoek van de GGD blijkt dat het aantal 18-plussers dat aangeeft zich (zeer) gezond te voelen in twee jaar tijd 9% is gedaald, van 81% in 2020 naar 72% in 2022. Met name bij Friezen die moeite hebben met rondkomen is een daling te zien in de ervaren gezondheid⁸. Ook blijkt dat meer Friezen een hoog risico hebben op een angststoornis of depressie en ervaart 18% psychische klachten. Vooral jongvolwassenen (18 t/m 34 jaar) worden getroffen met een toename van psychische klachten, eenzaamheid en stress. Uit dit onderzoek blijkt tot slot dat 12% van de respondenten zich in 2022 (zeer) eenzaam voelt, terwijl dit in 2020 8% was⁹.

2.3 STAND VAN ZAKEN OP HET GEBIED VAN DE MENTALE GEZONDHEIDSZORG

2.3.1 Geestelijke Gezondheid Zorg

De tweedelijns GGZ biedt geïndiceerde gespecialiseerde hulp. In totaal maken ruim 25.000 inwoners jaarlijks gebruik van de GGZ in Friesland¹⁰. Hoewel dit aantal de laatste jaren is gedaald, staat de GGZ in Friesland niettemin onder druk. Zo zal het personeelstekort in de regio naar verwachting oplopen tot 400 personen in 2032¹¹. Dit komt neer op meer dan 12% van de 3.200 werknemers die werkzaam zijn binnen de gespecialiseerde GGZ in Friesland¹². Tegelijkertijd blijven de wachtlijsten voor de GGZ groeien, terwijl de aanmeldwachtijd in Friesland voor alle categorieën, behalve de basis GGZ, nu al boven de Treeknorm ligt¹³. De lange wachtlijsten leiden tot een grote groep inwoners die geen, te laat of niet passende zorg ontvangt. Dit zorgt ervoor dat problematiek verergert, de ziektelast toeneemt

⁶ [NEMESIS onderzoek](#), Trimbos instituut, 2023

⁷ Centraal Planbureau, [Leven in Friesland](#), 2021

⁸ GGD Friesland, [Minder Friezen voelen zich gezond](#), 2023

⁹ GGD Friesland, [Minder Friezen voelen zich gezond](#), 2023

¹⁰ Fries Regiobeeld GGZ – ROS Friesland 2023

¹¹ Fries Regiobeeld GGZ – ROS Friesland 2023

¹² Arbeidsmarkt zorg en welzijn Friesland – Zorgplein Noord 2022

¹³ Fries Regiobeeld GGZ – ROS Friesland 2023

en andere domeinen of naasten van inwoners – die hier niet altijd voldoende op zijn toegerust – overbelast raken.

Door beleidskeuzes in de afgelopen jaren worden lichtere zorgvragen steeds vaker met minder intensieve professionele hulp aangepakt, wat een positieve ontwikkeling is. Dit betekent echter dat de zorgvragen die wel bij de tweedelijnszorg terechtkomen, vaak complexer zijn. Deze complexe zorgvragen stellen hogere eisen aan het personeel en de beschikbare expertise. Bovendien vereisen ze vaak domein-overstijgende samenwerking, vooral bij specifieke doelgroepen zoals mensen met een Ernstige Psychiatrische Aandoening (EPA). Ondanks het aantal complexe casussen relatief klein is, vertegenwoordigen ze veruit de duurste doelgroep binnen de zorg. Hoewel de ontwikkeling van domein-overstijgende samenwerking in Friesland de juiste kant op gaat, is het tempo te laag om de problemen en de kosten daadwerkelijk te beperken. Er is dan ook behoefte aan versnelling op dit gebied.

Alle betrokken partijen zijn het erover eens dat de hier geschetste problemen niet enkel door de gespecialiseerde GGZ kunnen worden opgelost; ook het sociaal domein en de huisartsen spelen hierin een belangrijke rol.

2.3.2 Sociaal Domein, wijk- en gebiedsteams

Binnen het Sociaal Domein wordt een breed palet aan hulp en ondersteuning aangeboden, wat de participatie en zelfredzaamheid van inwoners bevordert. Een deel hiervan, zoals de sociale basis c.q. het voorliggend veld, zijn vrij toegankelijk voor inwoners en hun naasten. Denk hierbij bijvoorbeeld aan het Welzijnswerk en de inloopvoorzieningen. Tegelijkertijd vallen ook de Jeugdwet, de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) en de Participatiewet onder het Sociaal Domein. Toegang tot deze voorzieningen is echter niet altijd vrij toegankelijk. Daarnaast worden gemeentelijke diensten, zoals schuldhulpverlening en huisvesting, doorgaans ook als onderdeel van het Sociaal Domein gezien.

De uitvoering van de Jeugdwet, de Wmo en de Participatiewet is wettelijk belegd bij de gemeenten. Daarbij hebben gemeenten op het gebied van Welzijn en het voorliggend veld een meer aanjagende en stimulerende rol. In de meeste gemeenten hebben wijk- en gebiedsteams een centrale rol in het coördineren van de inzet van hulp en ondersteuning in het Sociaal Domein. De exacte invulling van hun rol is afhankelijk van het beleid van de desbetreffende gemeente, wat kan leiden tot accentverschillen en verschillen in hun takenpakket. Dit betreft onder andere het stellen van indicaties, de mate en wijze van regievoering op de voortgang, de uitvoering van de ondersteuning en de coördinatie van de ingezette hulp. Sommige gemeenten hebben echter geen wijk- of gebiedsteams en organiseren de toegang tot het Sociaal Domein op een andere manier. Desondanks is het doel in alle gemeenten hetzelfde: inwoners en hun betrokken naasten zo goed mogelijk ondersteunen en de beschikbare middelen op een rechtvaardige manier verdelen.

De afgelopen jaren wordt er een steeds groter beroep gedaan op gemeenten in het uitvoeren van taken rondom hulp- en zorgverlening en de preventie hiervan. De druk op gemeenten neemt toe. Ook in het Integraal Zorg Akkoord (IZA) worden gemeenten gezien als een belangrijke schakel als het gaat om passende, integrale ondersteuning en zorg voor kwetsbare mensen. Hierdoor krijgt het Sociaal Domein een grotere rol bij het voorkomen en verminderen van de noodzaak voor tweedelijns GGZ-zorg.

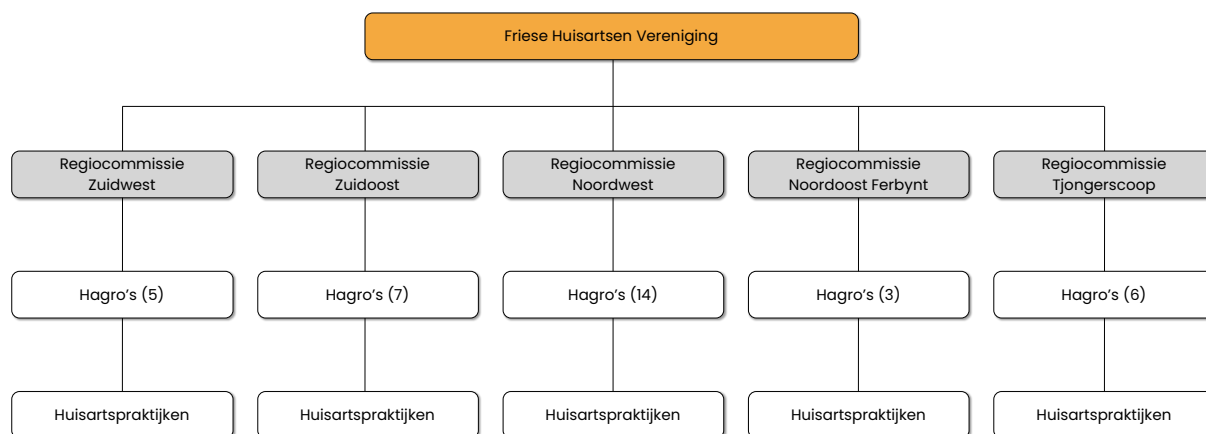
Echter hebben veel gemeenten nu al te maken met toenemende wachttijden, beperkte budgetten, hoge druk op wijk- en gebiedsteams en volle beleidsagenda's. Het naderende 'ravijnjaar' 2026, waarin gemeenten te maken krijgen met een aanzienlijke vermindering van het budget, vormt een extra uitdaging. De problemen rondom het personeelstekort, de wachttijden en de toenemende druk

in de GGZ kunnen simpelweg niet worden afgewenteld op het Sociaal Domein. De toenemende uitdagingen in de door de Zorgverzekeringswet gefinancierde gezondheidszorg maken samenwerking met het gemeentelijk domein echter wel essentieel. Ook voor gemeenten is het steeds belangrijker om zorg- en hulpverlening effectief en efficiënt te organiseren. De noodzaak van goede, gecoördineerde samenwerking tussen ketenpartners en gemeenten om zorg en ondersteuning aan alle inwoners van Friesland te waarborgen, wordt daarmee steeds urgenter. Dit is een belangrijke beweegreden om gezamenlijk, domein overstijgend tot dit transformatieplan te komen.

2.3.3 Huisartsenzorg

Huisartsen bieden een breed scala aan generalistische medisch zorg en zijn voor veel inwoners een belangrijk eerste aanspreekpunt bij zorg-, hulp- of ondersteuningsvragen. Vanuit deze rol bewaken zij de algehele gezondheid van individuele inwoners, voeren diagnostiek uit, begeleiden chronisch zieke patiënten, schrijven medicatie voor en geven voorlichting waar nodig. Daarnaast vervullen huisartsen een belangrijke rol als verwijzer in het zorglandschap in de regio. Zij verwijzen inwoners door naar de tweedelijns GGZ-zorg en de Jeugdhulp. Wanneer de inzet van tweedelijnszorg door wachtlijsten vertraagt, ontstaat er een situatie waarin inwoners en de betrokken naasten niet tijdig de juiste hulp krijgen, wat de druk op huisartsen verder vergroot.

In de regio Friesland zijn de huisartsen georganiseerd in de Friese Huisartsen Vereniging (FHV) om contact en afstemming tussen de verschillende huisartsen en huisartsengroepen mogelijk te maken. Hiervoor zijn vijf regiocommissies ingericht, elk ondersteund door een FHV-bestuurder. Daarnaast onderhouden de regiocommissies direct contact met een vast contactpersoon per huisartsengroep (Hagro) in hun regio. Dokterszorg Friesland fungeert als partnerorganisatie van de FHV en ondersteunt de Friese huisartsen bij het toegankelijk houden van de eerstelijnszorg.



In Friesland zijn er in totaal 202 huisartsenpraktijken, die gemiddeld (per huisartsenpraktijk) een patiëntenpopulatie van circa 3.300 inwoners bedienen. Door een lage instroom en hoge uitstroom van huisartsen zal de beschikbare capaciteit de komende tien jaar naar verwachting met 6% afnemen, terwijl de verwachte zorgvraag in dezelfde periode met 4% toeneemt. Dit terwijl de druk op de huisartsenpraktijken nu al hoog is: zo ervaart 92% van de Friese huisartsen op dit moment een hoge werkdruk en heeft bijna de helft van de praktijken één of meerdere keren een stop op de inschrijving van nieuwe patiënten ingevoerd¹⁴.

Naast de algemene uitdagingen in de huisartsenzorg spelen ook specifieke regionale factoren een rol. Zo is het aantal Praktijkondersteuners Huisartsen (POH'ers) in Friesland lager dan in veel andere regio's, wat bijdraagt aan de druk op huisartsen. Daarnaast is de gemiddelde patiëntenpopulatie per huisarts in Friesland niet alleen relatief groot, maar ook geografisch wijd verspreid, wat de werkdruk verder vergroot.

2.4 STAND VAN ZAKEN REGIONALE ONTWIKKELINGEN

De hierboven geschetste uitdagingen in de mentale gezondheidszorg in Friesland zijn niet nieuw. Friese partijen zijn zich bewust van de huidige problemen en hebben de afgelopen jaren actief gewerkt aan initiatieven en interventies om de druk op het systeem te verminderen. Het betreft een

¹⁴ Zicht op regionale capaciteit en arbeidsmarktvraagstukken huisartsenzorg – Nivel 2023

divers pakket aan thema's waaraan gewerkt wordt. In het vervolg van dit hoofdstuk wordt per thema de huidige stand van zaken uiteengezet. Het gaat hierbij om:

- Positieve Gezondheid
- Preventie
- Taboes doorbreken rondom mentale gezondheid
- Inwonerparticipatie
- Domein-overstijgende samenwerking

2.4.1 Positieve Gezondheid

Het gedachtegoed van Positieve Gezondheid is essentieel voor de toekomst van de mentale gezondheidszorg. Partijen omschrijven Positieve Gezondheid als de belangrijkste verschuiving die nodig is om de transformatie te realiseren: van het denken in beperkingen naar denken in mogelijkheden, en van de regie bij de behandelaar, naar regie bij de inwoner en diens naasten.

In de praktijk leidt het gedachtegoed van Positieve Gezondheid binnen de mentale gezondheidszorg tot een grotere nadruk op het algehele welbevinden van de inwoner, in plaats van enkel op de psychische klachten. De leefwereld van de inwoner staat hierbij centraal. Naast medische inzet wordt gekeken welke hulpvragen kunnen worden verholpen (mogelijk vanuit andere domeinen) door deelname aan sociale, creatieve of sportieve activiteiten. Positieve Gezondheid biedt hiermee een holistische benadering die preventie, vroege interventies en zelfregie bevordert. Het gedachtegoed richt zich op het versterken van de eigen regie en veerkracht van individuen, met een nadruk op fysiek, emotioneel en sociaal welbevinden.

De implementatie van het gedachtegoed van Positieve Gezondheid binnen de Friese mentale gezondheidszorg draagt naar verwachting bij aan het verminderen van ernstige psychische stoornissen. Door mensen te ondersteunen in hun eigen regie en uit te gaan van hun eigen kracht, vermindert de afhankelijkheid van behandelingen en ontstaat meer gepersonaliseerde zorg. Dit leidt niet alleen tot betere uitkomsten voor inwoners en hun naasten, maar ook tot minder druk op de mentale gezondheidszorg.

Op veel plekken in Friesland wordt reeds invulling gegeven aan het werken volgens de principes van Positieve Gezondheid. Voorbeelden hiervan zijn:

- Trainingen door het institute for Positive Health: Meer dan de helft van de Friese huisartsen en verschillende gebiedsteams zijn getraind in Positieve Gezondheid;
- De uitvoering van het programma *Meer Tijd Voor de Patiënt*, waarin aandacht is voor het bespreken van de positieve aspecten van de gezondheid;
- De inrichting van het *Positieve Gezondheidsnetwerk Friesland*, waarmee regionaal lading wordt gegeven aan de visie;
- De uitvoering van de ketenaanpak *Welzijn Op Recept* in meerdere gemeenten.

2.4.2 Preventie

Preventie is een cruciaal onderdeel van een goed functionerende mentale gezondheidszorg. Het richt zich op het bevorderen van mentale gezondheid gedurende het hele leven en in alle relevante leefomgevingen. Door vroegtijdig preventieve maatregelen in te zetten, kan een aanzienlijk deel van de (uiteindelijke) zorgvraag worden voorkomen of verminderd. Ook helpt preventie mensen om bewuster om te gaan met hun zorg en welzijn, waardoor zij zelfredzamer worden. Hierdoor worden hulp- en zorgvragen eerder en vaker opgepakt door inwoners zelf en hun omgeving, zoals burens, vrienden of andere naasten. Hierdoor kan ook worden voorkomen dat relatief bescheiden problemen verergeren, hetgeen de druk op de gezondheidszorg vermindert en bijdraagt aan een gezondere samenleving.

In Friesland wordt al vele jaren invulling gegeven aan preventie, onder andere binnen de Friese Preventieaanpak (FPA) en via diverse gemeentelijke projecten op wijk- en buurtniveau. Voorbeelden van bestaande initiatieven rondom preventie in Friesland zijn (maar niet uitputtend):

- De inzet op suïcidepreventie door GGD Fryslân, GGZ Friesland en de Regionale Agenda Suïcidepreventie met de ketenpartners
- De implementatie van een aanpak voor depressiepreventie bij leerlingen in het voortgezet onderwijs (STORM)
- Het samenwerkingsverband *Coalitie Kom Erbij!* voor de aanpak van eenzaamheid en het bevorderen van een inclusieve samenleving
- De uitvoering van de programmatische aanpak Leeuwarden Oost, gericht op het doorbreken van intergenerationele armoede
- De uitvoering van de *@ease-aanpak*, gericht op het laagdrempelig en anoniem bespreekbaar maken van beginnende mentale problematiek bij jongeren en jongvolwassenen

2.4.3 Taboe doorbreken rondom mentale problematiek

Het bespreekbaar maken van psychische vragen en problematiek helpt stigma rondom mentale gezondheid weg te nemen. Wanneer mentale gezondheid als een normaal onderdeel van de algehele gezondheid wordt gezien, wordt de drempel om hulp te zoeken lager. Door vroegtijdiger over mentale gezondheid te praten, bijvoorbeeld met naasten, ervaringsdeskundigen, welzijnswerkers of de huisarts, wordt de toegang tot zorg vergemakkelijkt. Daarnaast kan mentale gezondheidszorg hierdoor gemakkelijker worden geïntegreerd in de andere ondersteuningsdomeinen.

In Friesland is het bespreekbaar maken van mentale problematiek een belangrijk thema dat reeds op verschillende plekken terugkomt, voorbeelden hiervan zijn:

- De uitvoering van de methode *Druk & Dwars* die de omgeving van drukke en dwarse kinderen stimuleert om constructief om te gaan met dit gedrag;
- De zelfregie- en herstelcentra van Stjoer en Ixta Noa, die het bespreekbaar maken van mentale problematiek normaliseren;
- Het inzetten op normalisatie als ontwikkelpunt voor de gebiedsteams vanuit het programmaplan Toekomstscenario regio Fryslân van het Sociaal Domein Fryslân.

2.4.4 Inwonerparticipatie en co-creatie

Inwonerparticipatie en co-creatie vormen belangrijke pijlers voor de toekomst van de mentale gezondheidszorg. Er wordt toegewerkt naar een meer inclusieve GGZ, door inwoners actief te betrekken bij de ontwikkeling en implementatie van zorgprogramma's. Hierdoor kunnen unieke ervaringen en behoeften worden meegenomen, wat resulteert in zorgoplossingen die beter aansluiten bij de realiteit van het dagelijks leven en minder worden gestuurd door bestaande systemen.

In Friesland krijgt Inwonerparticipatie en co-creatie steeds meer vorm, onder andere door:

- De inzet van Zorgbelang Fryslân en de rol die zij vervullen door Friese inwoners, zorgorganisaties, financiers en patiëntenverenigingen aan elkaar te verbinden
- De organisatie van een regionale denktank met inwoners, naasten en ervaringsdeskundigen over mentale weerbaarheid door het Fries Preventienetwerk
- De uitvoering van het programma *Friesland gaat voor de 10!* waarmee inwoners voorlichtingen en trainingen kunnen volgen om samen over gezondheidsthema's in gesprek te gaan
- De uitvoering van het project Samen op weg! Door het Regionaal Overleg Acute Zorgketen, hiermee wordt de samenwerking tussen het ROAZ en inwoners en patiënten verstevigd

2.4.5 Domein-overstijgende samenwerking

De in dit hoofdstuk beschreven regionale ontwikkelingen weerspiegelen een overvraagd zorgstelsel, waarin steeds vaker een beroep wordt gedaan op domein-overstijgende samenwerking. Maar dit gebeurt binnen een systeem wat daar nog niet altijd op is ingericht. Om de toegankelijkheid van de mentale gezondheidszorg daadwerkelijk te verbeteren, moet de samenwerking tussen alle partijen in de gehele keten worden versterkt, met name rondom de instroom, doorstroom en uitstroom. Tegelijkertijd maakt het systeem dit soort samenwerkingen niet gemakkelijk. Het vraagt veel inspanning en doorzettingskracht van organisaties, bestuurders, managers en professionals om elkaar te vinden, te begrijpen en echt samen te werken. Dit is één van de aandachtspunten in dit transformatieplan.

In Friesland wordt op verschillende plekken al invulling gegeven aan domein-overstijgende samenwerking. Voorbeelden hiervan zijn:

- De implementatie van een integrale EPA-aanpak in Friesland waarbij GGZ Friesland, VNN en gemeenten met een integrale aanpak samenwerken voor inwoners met EPA;
- De implementatie van een integrale Gezinshulp aanpak in Friesland (Smallingerland) waarbij tien organisaties binnen jeugdhulp, WMO, werk en inkomen, wonen, schulden en onderwijs samenwerken in één team voor multi-stressgezinnen;
- De invoering van multidisciplinaire overleggen en integrale samenwerking tussen huisartsen en de GGZ rondom consultatie;
- De implementatie van integrale gezinshulp in de gemeente Smallingerland, waarbij de gemeente, Accare, Alliade, Carins, Fier, GGZ Friesland, Jeugdhulp Friesland, het Regiecentrum Bescherming en Veiligheid en VNN integraal samenwerken rondom multi-stress gezinnen;
- Het opzetten van het zorg coördinatiecentrum van het ROAZ.

2.5 SAMENVATTING HUIDIGE SITUATIE

In Friesland wordt vanuit alle domeinen al jaren hard gewerkt om de mentale gezondheidszorg toekomstbestendig te maken. Op verschillende plekken wordt reeds uitvoering gegeven aan grote opgaven zoals preventie, Positieve Gezondheid, inwonerparticipatie, normalisatie en domein-overstijgende samenwerking. Door de hele provincie zijn tal van goede voorbeelden te vinden.

Ook heeft iedere gemeente de afgelopen jaren veel aandacht besteed aan mentale gezondheid van inwoners in de uitvoering van beleidsplannen. Daarnaast zijn er ook samenwerkingen opgezet met lokale en regionale ketenpartners om uitvoering te geven aan domein-overstijgende oplossingen. De zorgaanbieders en huisartsen in Friesland nemen niet alleen deel aan gemeentelijke plannen, maar hebben zelf ook veel projecten geïnitieerd en hierin partners betrokken. In heel Friesland is door alle betrokken partijen hard gewerkt om de mentale gezondheidszorg toekomstbestendig te maken.

Ondanks deze positieve geluiden, initiatieven en samenwerkingen zijn de partijen het erover eens dat het ontwikkeltempo significant omhoog moet. Het stijgende personeelstekort, de groeiende zorgkloof en wachtlijsten, de uitdagingen rondom complexe casuïstiek én de toenemende individualisering van de maatschappij vereisen een gecoördineerde aanpak op provinciaal niveau. Doorgaan in het huidige ontwikkeltempo, zonder een eenduidig regionaal plan, gaat het tij niet keren. De problemen zijn nu al te groot en de verwachting is dat deze alleen maar zullen toenemen.

Het Sociaal Domein, de GGZ, het voorliggend veld en de huisartsen in Friesland zijn het erover eens dat het moment is aangebroken voor een grote, gezamenlijke stap voorwaarts. De bestaande initiatieven en goede ideeën, verspreid over de regio, moeten worden samengebracht in één geïntegreerd plan. Het is daarbij belangrijk om voort te bouwen op wat er staat, terwijl tegelijkertijd het tempo wordt opgevoerd. Op deze manier kunnen alle partijen gecoördineerd samenwerken om de benodigde transformatie te bewerkstelligen. Door gezamenlijk vanuit één plan en visie te werken

aan de mentale gezondheidszorg in de breedste zin, worden de krachten gebundeld. Hierdoor hoeven partijen niet meer afzonderlijk te investeren in plannen, implementatie en waarborging.

3. Doelstellingen, inhoudelijke visie en uitgangspunten

3.1 DOELSTELLINGEN

Met het transformatieplan wordt beoogd de Mentale Gezondheidszorg in Friesland te transformeren en toekomstbestendig te maken. Centraal in deze transformatie staat de ambitie zoals omschreven in het regioplan:

“In 2040 zijn de inwoners van Friesland meer dan gemiddeld tevreden met hun leven omdat zij in de Mienskip direct met elkaar in verbinding staan in de wijk of buurt, om zo mentaal gezond en veerkrachtig te zijn, te worden en te blijven. Als er tijdelijk hulp, ondersteuning of behandeling nodig blijkt, is dat drempelloos toegankelijk binnen die Mienskip, waarin er voor iedereen die dat nodig heeft de Juiste Zorg op de Juiste Plek, op het Juiste Moment door de Juiste Persoon of Organisatie geboden kan worden, waarbij geen schotten worden ervaren.” (Regioplan Friesland)

Vanuit alle domeinen in Friesland wordt er hard gewerkt om de mentale gezondheidszorg toekomstbestendig te maken. De stijgende personeelstekorten, groeiende zorgkloof en wachtlijsten, de uitdagingen rondom complexe casuïstiek én de toenemende individualisering van de maatschappij, vragen om een ambitieuze en gecoördineerde aanpak over de hele provincie. Om de druk op de verschillende domeinen te verlichten en bovengenoemde knelpunten het hoofd te bieden stellen we in dit transformatieplan voor om domein-overstijgend samen te werken in de Mienskip. De volgende vier concrete doelstellingen zijn daarvoor geformuleerd:

In de uitvoering van het transformatieplan wordt, bij gelijkblijvende context, beoogd dat:

1. Inwoners zich mentaal weerbaarder en veerkrachtiger voelen ten opzichte van de huidige situatie.
2. Alle inwoners met mentale uitdagingen (waar mogelijk met betrokken naasten) passende ondersteuning en zorg op de juiste plek (in één keer goed) ontvangen, integraal en zonder wachttijden
3. Het aantal inwoners dat zich bij de huisarts (eerste lijn) meldt met mentale klachten en het aantal verwijzingen naar de GGZ vermindert
4. Met hetzelfde aantal professionals (vanuit alle domeinen) de toegang en kwaliteit van de mentale gezondheidszorg gewaarborgd blijft.

3.2 INHOUDELIJKE VISIE EN UITGANGSPUNTEN

In het bereiken van deze doelstellingen is wijkgericht werken hét centrale uitgangspunt. Om deze ambitie en doelstellingen gezamenlijk te realiseren, gaan we in dit transformatieplan daarom uit van een *Wijkgerichte Aanpak Mentale Gezondheidszorg (WAMG)*.

Binnen deze aanpak werken professionals uit verschillende domeinen samen aan de mentale gezondheid van Friese inwoners. Een wijkgerichte aanpak biedt de mogelijkheid om – op lokaal niveau – domein-overstijgend aan de slag te gaan met mentale gezondheid. Dit gebeurt door in te zetten op onder andere preventie, het eerder, beter en passender doorverwijzen, en het samenwerken rondom inwoners met chronische psychische problemen. Samen doen en hier vervolgens gezamenlijk van leren.

Het vormgeven van samenwerking tussen professionals uit de verschillende domeinen op wijkniveau is essentieel voor de realisatie van de WAMG. Succes valt of staat met professionals die elkaar

kennen, elkaars taal begrijpen en spreken en elkaar snel weten te vinden. Lokale netwerken bestaan in ieder geval uit huisartsen/ POH-GGZ, GGZ-professionals en betrokkenen uit het Sociaal Domein en het Welzijnsdomein. Het idee is om de wijkgerichte netwerken vorm te geven op een passende schaal.

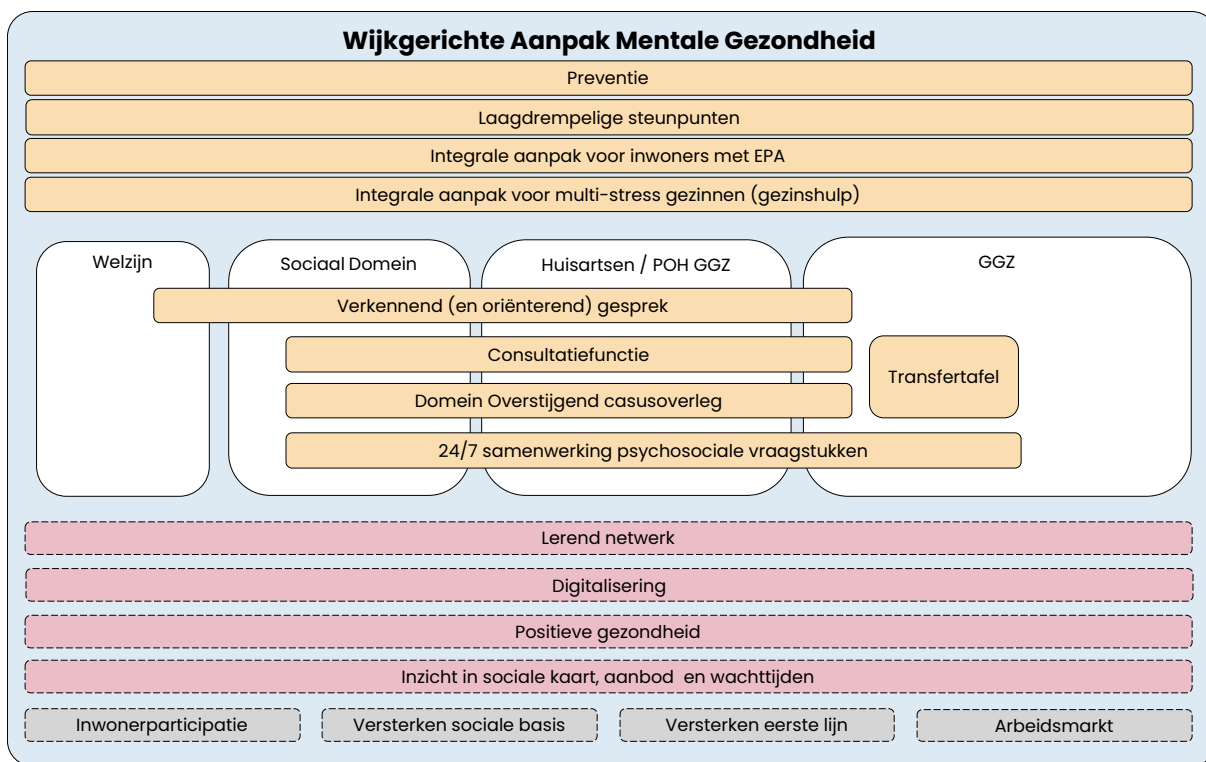
Betrokkenen in een WAMG-netwerk komen een aantal keer per jaar bijeen om elkaar te leren kennen, de samenwerking vorm te geven en gezamenlijk training te volgen. Zo wordt gewaarborgd dat alle onderdelen van de WAMG bekend zijn en stevig verankerd raken in de wijk of het dorp.

Naast het verbeteren van zorg voor Friese inwoners en hun naasten, ligt binnen de WAMG de nadruk op preventie en laagdrempelige toegang tot ondersteuning. Het is van groot belang dat inwoners eenvoudig ergens terecht kunnen met hun vragen. Waar mogelijk moeten zorgvragen worden voorkomen en moet de zelfredzaamheid van inwoners worden vergroot.

Deze aanpak biedt voordelen voor het welzijn en de gezondheid van de inwoners. Een bijkomend voordeel van de WAMG is de verlichting van de druk op de gemeentelijke toegang, de eerstelijns- en tweedelijnszorg. Doordat inwoners op deze manier eerder en beter passend geholpen worden, draagt deze aanpak bij aan de betaalbaarheid en toegankelijkheid van zorg en vermindert de druk op de arbeidsmarkt. Wel is de verwachting dat de druk op het voorliggend veld en Welzijnsdomein met deze beweging toeneemt. Van alle betrokken domeinen wordt verwacht dat zij gezamenlijk nieuwe activiteiten ontwikkelen, implementeren en uitvoeren, wat de komende jaren tijd en inzet vraagt. Goede samenwerking en korte lijnen tussen professionals op wijkniveau (middels de WAMG) zijn essentieel voor succes.

De WAGM bevat een groot aantal verschillende onderdelen, waaronder: preventie, laagdrempelige steunpunten, een integrale EPA-aanpak, een integrale gezinshulp aanpak, het verkennend en oriënterend gesprek, een multidisciplinair overleg, een consultatiefunctie GGZ, de 24/7-aanpak en de transfertafel. Daarnaast is het essentieel dat dit alles binnen een lerend netwerk plaatsvindt, waarbij optimaal gebruik wordt gemaakt van digitalisering, gewerkt wordt volgens de principes van Positieve Gezondheid en er inzicht is in de sociale kaart, het aanbod en de wachttijden.

In het onderstaande figuur is een schematisch overzicht opgenomen van alle onderdelen van de Wijkgerichte Aanpak Mentale Gezondheid. Belangrijk daarbij is dat geen van de onderdelen op zichzelf staat; alle onderdelen vormen samen een gecoördineerde en integrale aanpak en staan met elkaar in verbinding.



Schematisch overzicht van de Wijkgerichte Aanpak Mentale Gezondheid

In de onderstaande paragrafen worden de onderdelen van de Wijkgericht Aanpak Mentale Gezondheid op hoofdlijnen toegelicht. In hoofdstuk vier wordt vervolgens uitgebreider ingegaan op de concrete plannen per onderdeel en hoe we dat in Friesland willen realiseren.

3.2.1 Preventie

Preventie is een essentieel onderdeel binnen de WAMG. Het gaat hierbij om het verbeteren van mentale gezondheid gedurende de gehele levensloop en in alle relevante leefomgevingen van de Friese inwoner. Het doel is inwoners hiervan bewust te maken en daarmee hun zelfredzaamheid, evenals die van hun naasten, in een zo vroeg mogelijk stadium te vergroten. In dit plan is gekozen voor een aantal concrete en bewezen effectieve interventies die in heel Friesland zouden moeten worden ingevoerd. Deze interventies zijn verdeeld over verschillende leeftijdscategorieën en preventieniveaus, variërend van universele tot meer selectieve preventie gericht op het voorkomen van specifieke hulpvragen. Het transformatieplan bevat daarnaast een monitoringsmechanisme en een lerend systeem, waarin ervaringen worden geëvalueerd en benut. Dit maakt het mogelijk om in de toekomst aanvullende preventieve interventies in te voeren of uit te breiden. Zo wordt er toegewerkt naar een dekkend preventielandschap in Friesland.

3.2.2 Laagdrempelige steunpunten

Een tweede belangrijk onderdeel van de WAMG zijn de laagdrempelige steunpunten (ook wel zelfregie- en herstelcentra genoemd). Dit zijn gemeentelijke voorzieningen waar inwoners zonder verwijzing terecht kunnen om in gesprek te gaan over uiteenlopende onderwerpen, waaronder hun mentale gezondheid. Binnen de steunpunten is de mogelijkheid om met gelijkgestemden en ervaringsdeskundigen het gesprek aan te gaan. Zo is er peer-to-peer ondersteuning beschikbaar

voor inwoners die (mogelijk) te maken hebben met chronische mentale ontwrichting en/of voor wie laagdrempelige nazorg van belang is. Het idee is dat deze laagdrempelige steunpunten voor alle Friese inwoners en de betrokken naasten toegankelijk zijn. In sommige dorpen en wijken bestaan al vergelijkbare voorzieningen of wordt hier naartoe gewerkt. In die gevallen is het van belang voort te bouwen op de bestaande structuren. De steunpunten zijn een belangrijk onderdeel van de WAMG, omdat deze – naast de initiatieven op het gebied van preventie – een deel van de hulpvragen over mentale gezondheid kunnen opvangen. Daarnaast dragen ze bij aan bewustwording, normalisatie en zelfzorg. Tot slot zijn deze steunpunten van groot belang voor nazorg en kunnen ze als startpunt fungeren voor wijkgerichte initiatieven en preventieve activiteiten.

3.2.3 *Integrale aanpak voor inwoners met EPA*

Een derde onderdeel van de WAMG is een specifieke aanpak voor Inwoners met een ernstig psychiatrische aandoening (EPA). Zij hebben te maken met complexe problematiek op meerdere leefgebieden, waarbij deze problemen elkaar in stand houden of verergeren. Het doel is om voor deze doelgroep de samenwerking tussen de GGZ, de verslavingszorg en het Sociaal Domein te versterken zodat inwoners het als een geïntegreerd aanbod ervaren. Op termijn moet iedere Friese inwoner met een EPA via een integrale en herstel ondersteunende intake toegang krijgen tot geïntegreerde zorg en ondersteuning (laagdrempelig, toegankelijk en dichtbij in de wijk). Alle zorg, hulp en ondersteuning is daarin goed op elkaar afgestemd. Medewerkers van de GGZ, de wijk- en/of gebiedsteams, de huisartsen en professionals met expertise op het gebied van een licht verstandelijke beperking (LVB) werken intensief met elkaar samen. Door dit voor deze doelgroep in de WAMG zo te organiseren, wordt de druk op het gehele systeem aanzienlijk verlicht. Mede gezien de omvang van de doelgroep, de complexiteit van de vraagstukken en de omvang van deze vraag is gekozen om de zorg voor deze inwoners op deze manier en ook separaat vorm te geven.

3.2.4 *Integrale aanpak voor multi-stress gezinnen (Gezinshulp)*

Een ander onderdeel van de WAMG is gericht op gezinshulp voor multi-stressgezinnen. Dit zijn gezinnen waarin zowel ouders als jeugdigen te maken hebben met complexe problematiek meerdere leefgebieden. Deze problematiek is met elkaar verweven en versterken elkaar, waardoor ze in stand blijven. Het doel van deze aanpak is om gezinnen integraal te ondersteunen bij deze complexe (multi)problematiek op het gebied van onder andere zorg, wonen, werk, inkomen en welzijn. De verwachting is dat de inzet op “de basis op orde” (wonen, werk, inkomen en welzijn) en tijdige behandeling van ouders en jeugdigen (op termijn) de druk op de volwassenzorg verlaagt. Een stabiele basis vermindert stress bij ouders, waardoor psychosociale problematiek – zoals GGZ-problematiek en verslaving – bij hen kan worden voorkomen of verlicht. Hierdoor neemt de kans af dat kinderen opgroeien in een instabiele omgeving, wat voorkomt dat zij later een groter beroep moeten doen op Jeugdhulp. Dit verkleint bovendien de kans dat zij, of hun kinderen op latere leeftijd, zorg nodig hebben voor problematiek die in hun jeugd is ontstaan. Het doorbreken van deze negatieve cyclus van intergenerationele overdracht van problematiek is een belangrijk doel van gezinshulp. Ook de afstemming van inzet vanuit de verschillende domeinen is een belangrijk doel – zodat onnodige hulp en zorg worden voorkomen. Het streven is om deze aanpak beschikbaar te maken voor alle multi-stress gezinnen in Friesland.

3.2.5 *Verkenkend en oriënterend gesprek*

De WAMG voorziet ook in innovatie van de werkwijze in de reguliere zorg- en hulpverlening. Een belangrijk onderdeel hiervan is het verkennend gesprek, dat als doel heeft om inwoners en hun naasten in een vroeg stadium breed te ondersteunen en zorgvragen beter te verhelderen. Dit gesprek vindt plaats in de hele zorgketen, van welzijns- en wijkteams tot en met de eerstelijns- en tweedelijnszorg. Het uitgangspunt hierbij is een advies aan de huisarts voor passende zorg en ondersteuning, met Positieve Gezondheid als kader. Het verkennend gesprek wordt gevoerd voordat een formele verwijzing naar de tweedelijnszorg plaatsvindt. Dit betekent dat, in plaats van direct

door de huisarts naar specialistische zorg door te verwijzen, eerst in een breed gesprek met de inwoner wordt onderzocht welke zorg of ondersteuning het beste aansluit bij de situatie. Dit gesprek wordt ontwikkeld in lijn met de landelijke richtlijnen. Daarnaast wordt in dit plan onderzocht of er, naast het formele verkennende gesprek, ook behoefte is aan een laagdrempeliger gesprek binnen het sociaal domein of het voorliggende veld, bijvoorbeeld in een steunpunt. Dit gesprek, dat zonder aanmelding van de huisarts kan plaatsvinden, wordt het oriënterend gesprek genoemd. Het verkennend gesprek speelt een belangrijke rol binnen de WAMG, omdat het bijdraagt aan een beter passend hulpaanbod en voorkomt dat inwoners onnodig in zwaardere zorgtrajecten terechtkomen. Hierdoor wordt zorg en ondersteuning direct op de juiste manier ingezet en kan de instroom naar de eerstelijns- en tweedelijnszorg (zoals de GGZ) worden verminderd¹²

3.2.6 Consultatiefunctie

De consultatiefunctie biedt professionals uit het Sociaal Domein en de huisartsen de mogelijkheid om specialistisch advies vanuit de GGZ in te winnen. Door kennis uit de GGZ beschikbaar te stellen, zijn collega-professionals beter in staat (complexe) psychische problematiek (eerder) te herkennen, hier beter en adequaat op in te spelen, medicatieadvies in te winnen en/of passender te verwijzen. Dit is een belangrijk onderdeel van de WAMG, omdat het onnodige en verkeerde verwijzingen helpt voorkomen. Daarnaast zorgt consultatie ervoor dat inwoners, patiënten en cliënten niet onnodig lang gezien worden door de verkeerde professionals. Consultatie kan plaatsvinden middels een telefonisch consult of een online of fysiek meekijkconsult.

3.2.7 Domein Overstijgend Casusoverleg (DOCO)

Het multidisciplinair casusoverleg (DOCO) heeft een functie vergelijkbaar met de consultatiefunctie. Het biedt professionals uit verschillende domeinen de mogelijkheid om gezamenlijk de beste aanpak voor een inwoner of patiënt te bepalen. Dit overleg richt zich doorgaans op cliënten die zorg en ondersteuning ontvangen (of zouden moeten ontvangen) vanuit meerdere samenwerkingspartners. Ook kan het gaan om situaties waarbij het niet direct duidelijk is wat de zorg- of hulpvraag is en waarbij een brede benadering vanuit verschillende perspectieven nuttig is. Het breed invoeren van een dergelijk overleg is van groot belang. In die zin is ook dit een onmisbaar onderdeel van de WAMG. Tot slot zorgt het DOCO er ook voor dat zorgverleners (in de wijk) elkaar persoonlijk leren kennen, gemakkelijker contact leggen en elkaars perspectief beter leren begrijpen.

3.2.8 Transfertaal

Het doel van de inzet van alle onderdelen van de WAMG is om de juiste zorg op het juiste moment voor de juiste inwoner beschikbaar te maken. Ook in Friesland zijn hierin verbeteringen mogelijk. Maar zelfs wanneer deze aanpak goed loopt en geïmplementeerd is, betekent dit niet dat de wachtlijsten daarmee direct zijn opgelost. Daarom is de inzet van een goed functionerende transfertaal van groot belang. De transfertaal, georganiseerd vanuit het Friese Netwerk Psychiatrie, is bedoeld voor cliënten die al lange tijd op een wachtlijst staan voor specifieke (GGZ-) zorg. Hierbij wordt gekeken of de wachtende cliënt door een andere organisatie snel en passend geholpen kan worden. Daarnaast is het wenselijk dat cliënten tijdens hun wachttijd gebruik kunnen maken van alternatieve vormen van hulp of zorg (bijvoorbeeld digitaal, vanuit de steunpunten of middels voorzorggroepen). Dit heeft evidente voordelen voor alle betrokkenen. Bij de invoering wordt uitgegaan van succesvolle voorbeelden elders in het land.

3.2.9 24/7 samenwerking psychosociale vraagstukken

Binnen de Friese WAMG is het de bedoeling dat ook de vragen met een spoedeisend karakter goed afgehandeld worden. Op dit moment blijven specifieke hulpvragen onbeantwoord, omdat de benodigde afspraken nog onvoldoende zijn geïmplementeerd. Dit gaat om spoedeisende vragen in de avond, nacht en het weekend, waarbij er sprake is van psychosociale problematiek. Deze vragen komen nu vaak via de huisarts bij de GGZ terecht. Echter heeft de GGZ vaak geen passende

oplossing, omdat de hulpvragen meer psychosociaal van aard zijn en de psychische problematiek niet bovenliggend is. Het ontbreken van een effectieve aanpak voor deze vragen vergroot de druk op de spoedeisende zorg binnen zowel de eerste-als de tweedelijnszorg. Het is de bedoeling om in het kader van dit transformatieplan ook hier oplossingen voor te formuleren.

3.3. Overkoepelende onderdelen

Binnen de WAMG zijn er vier onderdelen die een belangrijke basis vormen voor de verdere ontwikkeling in de toekomst. Dit zijn op zich geen concrete onderdelen, waarbij op het eerste gezicht duidelijk is wat er gaat gebeuren.

3.3.1 Lerend netwerk

Voor een succesvolle implementatie van de WAMG is samenwerking tussen betrokken partijen en professionals binnen een lerend netwerk van belang. Door van elkaar te leren, kunnen professionals en organisaties elkaars perspectieven en taal beter begrijpen. Dit versterkt de onderlinge verbinding en biedt daarmee een basis om ook in de toekomst de mentale gezondheid van de Friese inwoners te blijven ondersteunen en verbeteren. Dit netwerk bestaat deels al, maar moet verder worden vormgegeven en geprofessionaliseerd. In die zin is een lerend netwerk een essentieel basisonderdeel van de WAMG.

3.3.2 Digitalisering

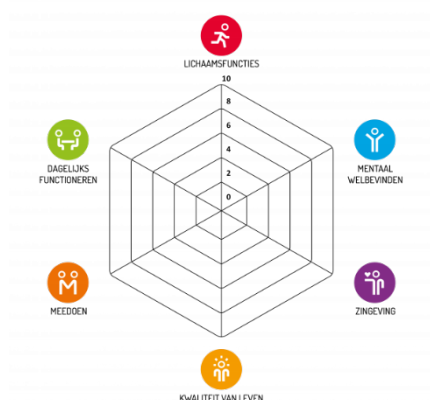
Digitalisering is essentieel voor de transformatie van de mentale gezondheidszorg in Friesland. Het ondersteunt de samenwerking tussen het sociaal domein, de eerste en tweede lijn en helpt inwoners beter geïnformeerde keuzes te maken. Door digitale innovaties wordt zorg toegankelijker, wachttijden verkort en de werkdruk van professionals verlaagd.

Binnen dit transformatieplan worden zes pijlers onderscheiden:

- **Digitale (zelf)zorgoplossingen:** Online zelfhulp en blended care-modellen, zodat inwoners zelfstandig of met minimale begeleiding aan hun mentale gezondheid kunnen werken
- **Gegevensuitwisseling:** Veilige en efficiënte gegevensdeling tussen professionals om onnodige diagnostiek en vertragingen te voorkomen
- **Uniform digitaal platform (NIS):** Een centrale plek waar professionals gegevens kunnen raadplegen en onderling communiceren, waardoor versnippering afneemt
- **BI-tool:** Inzicht in wachttijden, zorggebruik en de effectiviteit van interventies om knelpunten sneller op te lossen en bij te sturen
- **AI-spraaktechnologie:** Innovatieve spraakherkenningstools om administratieve lasten te verminderen en de focus op zorgverlening te vergroten
- **Taskforce digitale zorgvervanging:** Onderzoek en implementatie van digitale oplossingen, zoals AI-gestuurde triage en digitale behandelingen, om zorg efficiënter te maken

3.3.3 Positieve Gezondheid

Positieve Gezondheid vormt hét visiekader binnen de WAMG en wordt in alle functies van deze aanpak verankerd. Het fungeert als rode draad. Bij Positieve Gezondheid staat een zinvol leven voor Friese inwoners centraal en ligt de nadruk op veerkracht, eigen regie en het aanpassingsvermogen van de mens. De focus ligt niet primair op beperkingen of het ziektebeeld, maar juist op de mogelijkheden die er wél zijn. In het kader van dit transformatieplan wordt aan alle betrokkenen en professionals binnen de WAMG een (nader te bepalen) scholingsprogramma Positieve Gezondheid aangeboden. Dit geldt niet alleen voor professionals, maar ook voor betrokken vrijwilligers.



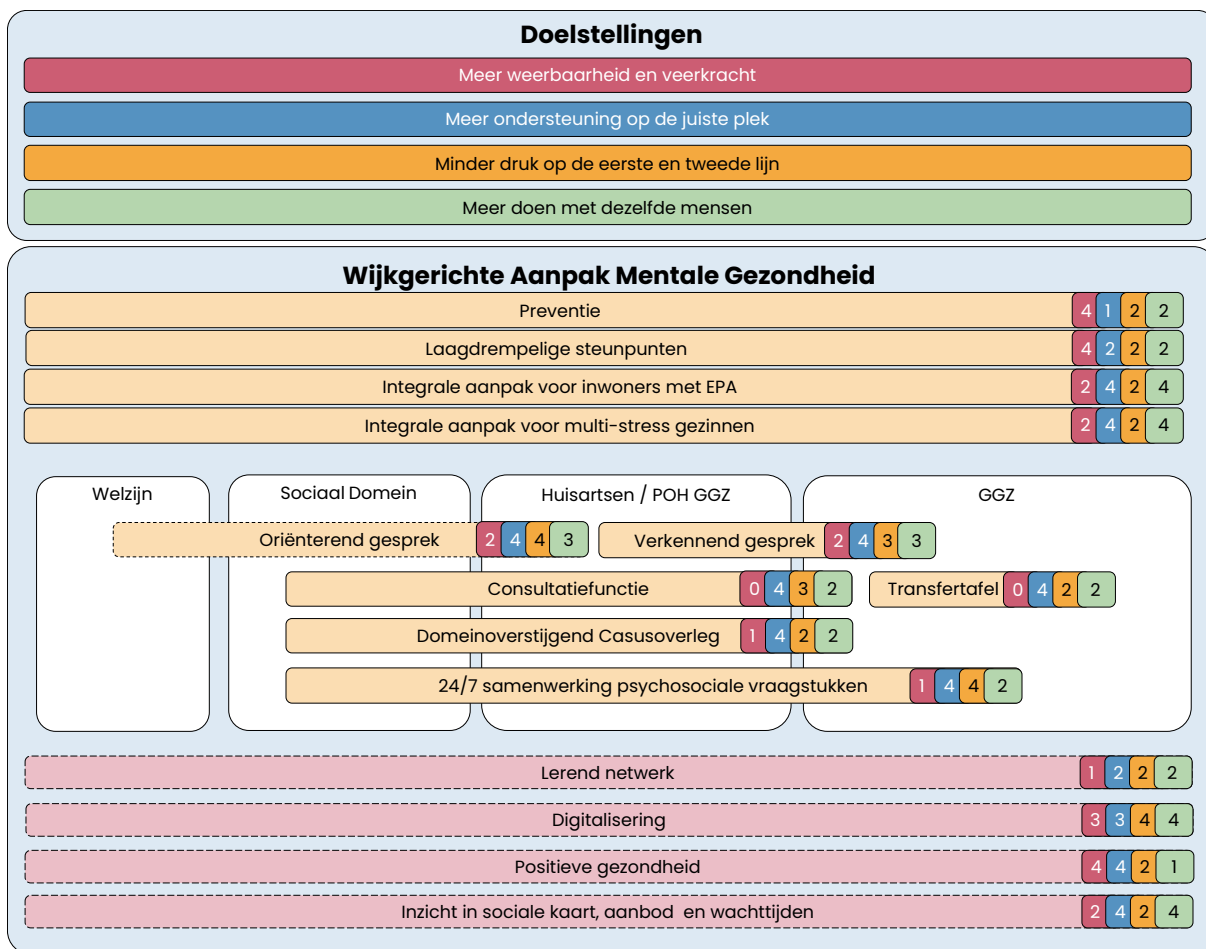
Schematisch overzicht van de opzet voor Positieve Gezondheid

3.3.4 Inzicht in de sociale kaart, aanbod en wachttijden

Ten slotte vormt goed feitelijk inzicht in de sociale kaart, het hulp- en zorgaanbod en de wachttijden een fundamenteel onderdeel van de WAMG. Hierbij kan onderscheid worden gemaakt tussen inzicht in de formele zorg en zicht op de informele sociale kaart, welke bekend zijn bij mensen actief in wijken en dorpen, bijvoorbeeld via *Welzijn op Recept*. Zonder deze feitelijke basis en goede toegang tot de sociale kaart voor professionals, en waar mogelijk ook inwoners en naasten, blijven veel van de bovenstaande onderdelen een lege huls. Het inzichtelijk maken van de sociale kaart, aanbod en wachttijden is dan ook een belangrijke overkoepelende activiteit binnen dit transformatieplan.

3.3.5 De relatie tussen de WAMG en de doelstellingen

Bovenstaand zijn de verschillende onderdelen van de WAMG toegelicht. Onze visie is dat de implementatie van alle onderdelen van de WAMG, het transformatieplan op een positieve manier bijdraagt aan de vier doelstellingen. Daarbij is het goed om te benoemen dat niet alle onderdelen evenveel impact hebben op elke doelstelling. Sommige onderdelen van de WAMG zijn randvoorwaardelijk of ondersteunend voor het slagen van de andere onderdelen van de WAMG. In onderstaand overzicht wordt uitgewerkt welke onderdelen van de WAMG bijdragen aan welke doelstelling(en). De mate van bijdrage is beoordeeld met een score van nul tot en met vier.



In deze figuur corresponderen de gekleurde vierkante blokjes bij ieder onderdeel met de bovenstaande doelstellingen. Het cijfer in ieder blokje geeft aan in welke mate (cijfer tussen nul en vier) het onderdeel bijdraagt aan de betreffende doelstelling.

3.4 VISIE OP HET IMPLEMENTATIETRAJECT

Naast de doelstellingen en de onderdelen van de WAMG hebben de betrokken partijen een gedeelde visie op de wijze waarop deze transformatie plaatsvindt. Dit is essentieel voor een succesvolle en breed gedragen transformatie, en zorgt ervoor dat er op een eenduidige manier wordt gewerkt aan de realisatie van het transformatieplan. Voor elk van de genoemde onderdelen van de WAMG geldt dat de realisatie is gebaseerd op zes onderliggende ankers. Deze zes ankers worden hieronder nader toegelicht:

- Evolutionair transformeren
- Voortbouwen op wat er is binnen regionale kaders
- Bestuurlijk en collectief leiderschap
- Communicatie door vaandeldragers
- Heldere programmastructuur
- Meten van de resultaten

3.4.1 Evolutionair transformeren

De veranderstrategie van het transformatieplan gaat uit van een stapsgewijze en evolutionaire benadering die gericht is op het creëren van een duurzame en geleidelijke verandering. Grote veranderingen worden vaak het best gerealiseerd door ze op te splitsen in kleinere, behapbare stappen. Een evolutionaire aanpak maakt het mogelijk voortdurend te leren, bij te sturen en te groeien terwijl de transformatie gaande is. Deze manier van transformeren biedt flexibiliteit om in te

spelen op veranderingen, uitdagingen en kansen zodra deze zich voordoen. Tegelijkertijd blijft de focus liggen op de (lange termijn) doelstellingen en de gedeelde visie, met een duidelijke stip op de horizon.

3.4.2 *Voortbouwen op wat er is binnen regionale kaders*

In dit transformatieplan worden uniforme regionale uitgangspunten en kaders uitgewerkt, met als doel dat alle Friese inwoners in iedere gemeente dezelfde kwaliteit en toegankelijkheid van zorg ervaren. Binnen deze regionale kaders is er echter nadrukkelijk ruimte voor de lokale context (de 'couleur locale'). Dit plan is zo opgesteld dat het voortgebouwd op succesvolle voorbeelden. Bestaande werkwijzen worden dus verder versterkt, waarbij er in de uitvoering van dit plan altijd wordt gekeken hoe de werkwijze zich verhoudt tot de gezamenlijke regionale strategie en kaders. Het adagium 'voortbouwen op de lokale context en wat er al is, binnen regionale kaders' geldt voor alle activiteiten in dit plan.

3.4.3 *Bestuurlijk en collectief leiderschap*

Voor alle elementen in het transformatieplan geldt dat deze niet door één partij of vanuit één domein kunnen worden gerealiseerd. Voor ieder element geldt dat er sprake is van domein-overstijgende samenwerking tussen meerdere partijen. Dit vraagt van bestuurders en sleutelfiguren binnen de betrokken organisaties dat zij uitstijgen boven de belangen van hun eigen organisatie en collectief leiderschap tonen. Het proces om tot collectief leiderschap te komen is al ingezet met de gezamenlijke totstandkoming van dit transformatieplan. In de afgelopen maanden zijn partijen gesterkt in de overtuiging dat collectief leiderschap een belangrijke sleutel is in de realisatie van het transformatieplan. Daarom is het gedurende de hele IZA-periode essentieel dat bestuurders een helder beeld hebben van de problematiek en de doelstellingen, en zich betrokken voelen bij de richting waarin wordt gewerkt. Dit vraagt om bijeenkomsten waarin wethouders, zorgbestuurders en directeurs stilstaan bij de visie, de stip op de horizon, de voortgang en wat er van hen in dit proces als collectief nodig is om verder te komen. Deze gezamenlijke reflectie en afstemming vormen een cruciaal onderdeel van de implementatie.

3.4.4 *Brede communicatie en vaandeldragers*

Het transformatieplan heeft impact op het gehele zorglandschap in Friesland. Inwoners, cliënten, naasten, vrijwilligers en professionals zullen allen vanuit hun rol bijdragen aan de verandering. Voor een transformatie van deze omvang is meer nodig dan alleen draagvlak onder bestuurders en directeurs binnen organisaties. Het vraagt om een bredere beweging binnen het Friese zorglandschap, waar iedere Fries een rol speelt. Het stimuleren en opzetten van een dergelijke beweging is essentieel om bekendheid, betrokkenheid en enthousiasme onder alle betrokkenen in Friesland te creëren.

Om deze beweging vorm te geven, wordt bewust ingezet op een groep van circa honderd personen die als voortrekkers fungeren in het uitdragen van het domein-overstijgende gedachtegoed: de *vaandeldragers*. Zij dragen de visie van het transformatieplan actief uit binnen hun vakgebied en professie. Ze spreken zich uit over waar zij in geloven en zetten zich actief in binnen hun werk en directe omgeving om de gewenste verandering te realiseren. Vaandeldragers zijn essentieel in een transformatie van deze orde. Doordat zij in woorden en daden ook worden gesteund door bestuurders en beleidsmakers, krijgen ze de ruimte om zich uit te spreken en hun visie uit te dragen in hun werk en in interactie met andere professionals. Dit zorgt ervoor dat anderen zien dat het niet slechts een nagestreefde visie is, maar daadwerkelijk impact heeft in de dagelijkse praktijk.

3.4.5 *Heldere programmastructuur*

Gezien het groot aantal betrokken partijen en de diversiteit aan elementen en projecten, is een transparant en duidelijk proces voor de aansturing van deze activiteiten van belang. Daarom wordt

er gewerkt met een zakelijk ingerichte programmastructuur. Het idee is dat alle activiteiten in projecten worden omgezet, waarbij ieder project volgens een vast format binnen de programmastructuur is ingebed. Daarnaast biedt de programmastructuur een duidelijke rolverdeling en vertegenwoordiging voor de betrokken partijen. Een dergelijke structuur zorgt voor overzicht en efficiëntie in de uitvoering en besturing van projecten binnen de programmastructuur. Een uitwerking van de programmastructuur is te vinden in het hoofdstuk 'Governance'.

3.4.6 Meten van resultaten

Om samen te kunnen sturen op maatschappelijke impact en het behalen van de doelstellingen, is het belangrijk dat er veel aandacht is voor monitoring. Dit vraagt – naast heldere doelstellingen – ook om mijlpalen, KPI's en monitoringsrapportages. Goede monitoringsrapportages bieden betrokken partijen inzicht in de voortgang van het programma, maken het mogelijk om bij te sturen en zorgen ervoor dat er ook rapportages zijn voor de zorgverzekeraar. Het meten, volgen en monitoren van het transformatieplan maakt onderdeel uit van de centrale implementatievisie. Daartoe wordt er in het programma een monitoringsbureau ingericht.

4. Implementatieplan

In dit hoofdstuk is uitgewerkt hoe de gewenste transformatie gerealiseerd zal worden gedurende de looptijd van het IZA (tot en met 2027). De transformatie wordt gerealiseerd met de betrokkenheid van een groot aantal partijen en omvat een breed scala aan projecten en activiteiten. Om dit tot een succes te maken, is het belangrijk dat de werkzaamheden gestructureerd, transparant en zorgvuldig verlopen. Tegelijkertijd is van belang dat het implementatieproces ook dynamisch, inspirerend en verbindend is – dit draagt bij aan de benodigde cultuurverandering en het draagvlak onder professionals. In dit hoofdstuk worden de onderdelen uit het implementatieplan nader toegelicht.

4.1 PROMOTIE VAN MENTALE GEZONDHEID GEDURENDE DE HELE LEVENSLOOP

Stand van zaken

Dit onderwerp richt zich op het bevorderen van mentale gezondheid in alle levensfasen, een belangrijke pijler binnen het transformatieplan. Er wordt gestreefd naar een structurele verbetering van het mentaal welbevinden, het verminderen van zorgafhankelijkheid en het bevorderen van zelfredzaamheid. Door het vroegtijdig inzetten van preventieve maatregelen wordt de druk op de zorg verlicht. Het versterken van veerkracht en zelfregie vormt hierbij de kern, waardoor lichtere zorgvragen met minder intensieve hulp kunnen worden behandeld.

In Friesland wordt er sinds 2020 binnen de regionale infrastructuur van De Friese Preventieaanpak (FPA) gewerkt aan een aantal reeds ingezette preventieopgaves in Friesland. Onderdeel van de FPA is de coalitie mentale gezondheid die onder andere bestaat uit de Friese gemeenten, de zorgverzekeraar, welzijnsorganisaties, zorgaanbieders en het onderwijs. Binnen dit transformatieplan richt preventie zich op drie prioritaire thema's, elk ondersteund door specifieke aanpakken interventies en programma's. De voorlopige focus in deze opgaves ligt nu op jeugd, jongeren en jongvolwassenen. Deze drie prioritaire opgaves vragen om een collectieve beweging.

De periode van het transformatieplan wordt ook gebruikt om nog enkele aanvullende doelgroepen en interventies te identificeren en implementeren. Hierbij wordt op dit moment gedacht aan ouderen, boeren, inwoners die richting de pensioenleeftijd gaan en kwetsbare gezinnen.

Mentaal Welbevinden binnen het Onderwijs:

De schoolomgeving biedt een unieke gelegenheid om preventie breed in te zetten. Het nationale ondersteuningsprogramma Welbevinden op School en het programma De Vreedzame School vormen de basis van de aanpak, waarbij scholen worden ondersteund in het creëren van een veilige, ondersteunende leeromgeving¹⁵. Voor aanvullende mogelijkheden kunnen gemeenten kiezen voor de interventies *KIVA of Prima*, gericht op het aanpakken van pestgedrag en *De Happyles*, een programma ter bevordering van geluk en welbevinden bij jongeren.

Depressie en Suïcidepreventie

Voor de preventie van depressieve klachten, somberheid en suïcidaliteit wordt de STORM-aanpak ingezet, een bewezen effectief programma dat zich richt op het vergroten van zelfvertrouwen en veerkracht bij jongeren in het voortgezet en middelbaar onderwijs. Dit programma biedt universele, selectieve en geïndiceerde preventie, waarbij jongeren met een verhoogd risico's passende ondersteuning krijgen. Daarnaast kunnen gemeenten opteren voor aanvullende interventies zoals *Supranet Community*, een actienetwerk gericht op suïcidepreventie, of *Grip op je Dip*, een onlinecursus voor jongeren met stemmingsklachten.

¹⁵ De gezonde school kent meerdere themacertificaten: bewegen en sport, milieu en natuur, relaties en seksualiteit, roken, alcohol- en drugspreventie, voeding en welbevinden

Verminderen van Eenzaamheid

Voor de aanpak van eenzaamheid, met name onder jongeren en jongvolwassenen, biedt het programma *Join Us* ondersteuning in het opbouwen van sociale netwerken. Aanvullend kan *@Ease* worden ingezet als laagdrempelige voorziening voor jongeren. Voor 50-plussers is er *Grip en Glans*, een programma gericht op het versterken van zelfmanagement en welzijn.

Doelstelling

Voor dit onderdeel van de WAMG geldt dat iedere gemeente¹⁶ in 2027 de volgende doelstellingen heeft bereikt:

- Het implementeren van de *Join Us* aanpak zodat het voor alle jongeren (12 – 30) toegankelijk is in iedere gemeente;
- Het implementeren van de gezonde school aanpak of het implementeren van de vreedzame school aanpak op minimaal 30 % van de scholen in iedere gemeente;
- Het implementeren van de *STORM* aanpak op minimaal 40 % van de scholen in iedere gemeente.

In aanvulling op de collectieve doelstellingen hierboven genoemd geeft dit transformatieplan individuele gemeentes de ruimte om te kiezen voor een aantal aanvullende maatregelen:

- Het implementeren van een aanpak tegen pesten (*KIVA* of de *Prima* modulaire aanpak)
- Het implementeren van een aanpak tegen depressieklachten bij jongeren (*De happyles*)
- Het implementeren van een aanpak tegen depressie onder jongeren (*Grip op je Dip*)
- Het aansluiten bij een actienetwerk suïcide bestrijding (*Supranet Community*)
- Het implementeren van een aanpak ter voorkoming van psychische klachten onder jongeren (*@Ease*)
- Het implementeren van een aanpak gericht op het verminderen van eenzaamheid onder vrouwen boven de 50 jaar (*Grip en Glans*)

De bijdrage van dit onderdeel aan de vier doelstellingen van dit transformatieplan is breed en is als volgt:

1. De Friese inwoners zijn weerbaarder en veerkrachtiger				
2. Alle Friese inwoners ontvangen passende ondersteuning en zorg op de juiste plek				
3. Het aantal inwoners dat zich meldt bij de eerste en tweede lijn neemt af				
4. Met hetzelfde aantal professionals blijft de toegang en kwaliteit geborgd				

Plan van aanpak

Om bovenstaande doelstelling te bereiken worden volgende activiteiten uitgevoerd:

1. Inventariseren welke aanvullende maatregelen iedere gemeente wil uitvoeren naast de collectieve doelstellingen en maatregelen
2. Uitwerken van en/of aansluiten bij de landelijke financieringsmogelijkheden

¹⁶ In de ontwikkelfase wordt met vertegenwoordiging van de wadden eilanden een passende vertaling van de doelstellingen opgeleverd voor de lokale situatie op de eilanden

3. Uitwerken van de roadmap-aanpak voor de implementatie van de collectieve en aanvullende maatregelen per gemeente
4. Implementatie van de collectieve maatregelen per gemeente, passend bij de richtlijn zoals deze is uitgewerkt voor ieder van de aanpakken, in een tempo dat aansluit bij de gemeentelijke ontwikkelingen
5. Implementatie van de aanvullende maatregelen per gemeente, passend bij de richtlijn zoals deze is uitgewerkt voor ieder van de aanpakken, in een tempo dat aansluit bij de gemeentelijke ontwikkelingen
6. Identificeren van aanvullende doelgroepen en interventies op het gebied van preventie
7. Ontwikkelen en uitvoeren van een communicatiecampagne gericht op bekendheid van de preventie aanpakken onder inwoners en professionals

1. *Inventariseren van welke aanvullende maatregelen iedere gemeente wilt uitvoeren in aanvulling op de collectieve doelstellingen en maatregelen*

Voor iedere gemeente geldt dat de collectieve doelstellingen en maatregelen worden geïmplementeerd. Daarnaast biedt dit transformatieplan alle gemeenten de kans om aanvullende maatregelen in te zetten op de prioritaire opgaves. Hiermee kunnen gemeenten zelf bepalen waar zij de komende jaren meer focus op leggen. Gemeenten zijn vrij om geen, enkele of alle aanvullende maatregelen toe te passen¹⁷.

De aangevraagde financiële middelen zijn gericht op het invoeren van maatregelen op gemeentelijk niveau. Er zijn ook middelen opgenomen voor de eventuele opleiding van professionals in een specifieke aanpak.

Er is nu een eerste inschatting gemaakt van het aantal aanvullende maatregelen dat wordt geïmplementeerd. Als helder is welke aanvullende maatregelen gemeenten daadwerkelijk willen inzetten, kan deze financiële aanvraag verder worden aangescherpt.

Thema	Collectieve verantwoordelijkheid	Aanvullende opties A	Aanvullende opties B
1. Vergroten van mentaal welbevinden op school	Welbevinden op school 4-12 Nationaal ondersteuningsprogramma en onderdeel van de Gezonde school aanpak. Dit biedt een 7 stappenplan over de integrale aanpak voor het bevorderen van mentaal welbevinden voor kinderen op de school of <i>De Vreedzame School</i> , dit is een schoolbreed programma voor sociale competentie en democratisch burgerschap.	KIVA of Prima modulaire aanpak 4-12 , een integrale aanpak van pesten, met aandacht voor beleid, educatie, ondersteuning en sociale omgeving.	De 'happytes' 12-23 Is een interventie ter bevordering van welbevinden en geluk en ter preventie van depressieklachten bij jongeren. Het doel is om vanuit een positieve insteek de mentale weerbaarheid van jongeren te bevorderen en het ontstaan van een depressie te voorkomen.
2. Verminderen van depressie en suicidepreventie	STORM-aanpak 12-23 Een netwerk preventieprogramma voor jongeren en jongvolwassenen van 12-23 jaar in het VO en mbo, gericht op het voorkomen van somberheid, depressie en suicide.	Supranet Community Actienetwerk gebaseerd op een community- aanpak om zelfdoding te verminderen en voorkomen. Tot 2021 vormde GGD Fryslân de Supranet community met partijen.	Grip op je dip online 16-25 vermindert depressieve klachten- en angstklachten voor jongeren. Gaat om depressiepreventie <i>geen</i> suicide preventie.

¹⁷ Van gemeenten wordt gevraagd tijdens de ontwikkelfase vast te stellen welke aanvullende maatregelen ze willen inzetten. Dit kan eventueel later ook nog in het geval er nog middelen beschikbaar zijn op dat moment

3. Verminderen van eenzaamheid

Join Us 12-18 en 18-25

Een aanpak gericht op jongeren die zich chronisch eenzaam voelen en helpt om voldoende zelfredzaam te worden om een netwerk op te bouwen.

@Ease 12-25

Een voorziening voor jongeren van 12-25 jaar om hulp te zoeken bij beginnende problemen en bestaande (psychische) klachten tegen te gaan uitgaande van de eigen kracht van jongeren.

Grip en Glans 50+/vrouw

Een aanpak gericht op het versterken van zelfmanagementvaardigheden (grip) en welbevinden (glans) en het verminderen van eenzaamheid. Andere doelgroepen dan jongeren.

2. *Identificeren van- en aansluiten bij landelijke financieringsmogelijkheden*

Voor een deel van de collectieve en aanvullende maatregelen is mogelijk ook landelijke financiering beschikbaar vanuit specifiek daarvoor bedoelde middelen. Het is belangrijk om te identificeren of er inderdaad sprake is van dergelijke financieringsmogelijkheden. Indien dit het geval is, kan er geen sprake zijn van *dubbele* financiering vanuit het IZA (andere financiering is voorliggend).

3. *Uitwerken van de roadmap-aanpak voor de implementatie van de collectieve en aanvullende maatregelen per gemeente*

Voor het implementeren van de maatregelen wordt uitgegaan van een 'roadmap-aanpak'. Dit betekent dat er eerst een collectieve voorbereidingsfase plaatsvindt, voordat gemeenten zelf aan de gang gaan met de implementatie. In deze voorbereiding worden de richtlijnen en kaders per maatregel uitgewerkt, evenals het implementatieproces. Door een gestructureerde voorbereiding worden succesfactoren geborgd en kunnen gemeenten goed voorbereid starten met de implementatie. De roadmap houdt daarbij rekening met lokale verschillen in behoeften en omstandigheden. Er moet ruimte zijn om voort te bouwen op bestaande infrastructuur en eerdere ervaringen. Onderdeel van deze stap is dan ook dat per gemeente wordt vastgesteld in welk tempo de implementatie plaatsvindt.

4. *Implementatie van de collectieve maatregelen per gemeente, passend bij de richtlijn zoals deze is uitgewerkt voor ieder van de aanpakken, in een tempo dat aansluit bij de gemeentelijke ontwikkelingen*

Op basis van de uitkomsten van de vorige activiteiten implementeert iedere gemeente de collectieve doelstellingen en maatregelen.

5. *Implementatie van de aanvullende maatregelen per gemeente, passend bij de richtlijn zoals deze is uitgewerkt voor ieder van de aanpakken, in een tempo dat aansluit bij de gemeentelijke ontwikkelingen*

Op basis van de uitkomsten van de vorige activiteiten implementeert iedere gemeente de aanvullende doelstellingen en maatregelen.

6. *Identificeren van aanvullende doelgroepen en interventies op het gebied van preventie*

Vanuit het onderwerp preventie zijn er momenteel drie centrale thema's met bijbehorende interventies geïdentificeerd. In het transformatieplan bestaat een nadrukkelijke wens om ook voor andere doelgroepen preventieaanpakken beschikbaar te maken. Hierbij kan bijvoorbeeld worden gedacht aan ouderen, boeren, inwoners die richting de pensioenleeftijd gaan en kwetsbare gezinnen. Onderdeel van de uitvoering van dit transformatieplan is het identificeren van deze doelgroepen en het selecteren van een aantal passende interventies. Gemeenten krijgen daarbij de mogelijkheid om deze te implementeren. Het opleveren van deze verkenning maakt onderdeel uit van het implementatieplan.

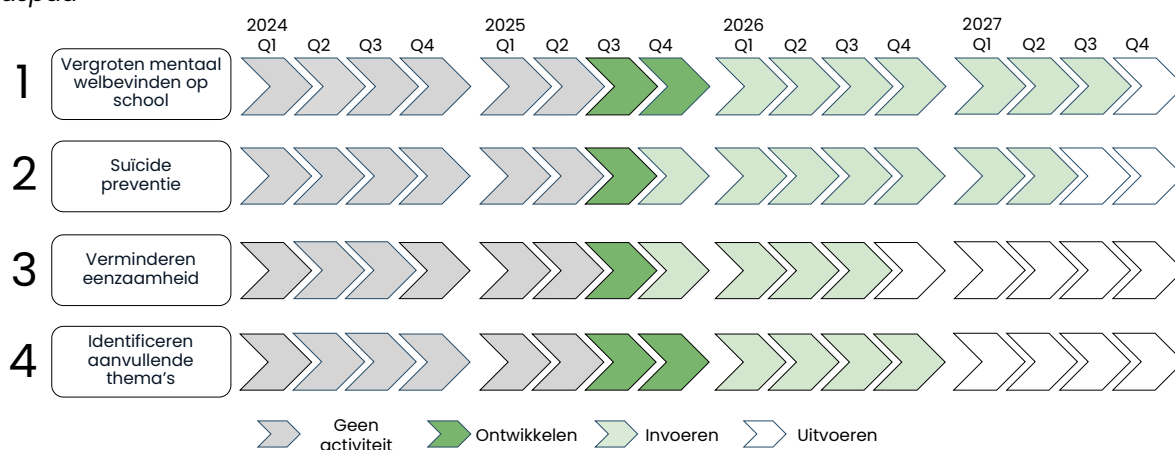
7. *Ontwikkelen en uitvoeren van een communicatiecampagne gericht op bekendheid van de preventie aanpakken onder inwoners en professionals*

Voor het succes van de preventieaanpakken is het van belang dat alle betrokkenen bij *mentale gezondheid en veerkracht* in Friesland goed op de hoogte zijn. Alle partijen die onderdeel uit maken

van de WAMG weten welke preventieaanpakken beschikbaar zijn in de gemeenten. Om dit te realiseren, wordt een communicatiecampagne ontwikkeld. Deze campagne maakt deel uit van een bredere campagne in het kader van dit transformatieplan (zie ook de paragraaf *communicatieplan*) en wordt afgestemd met andere regionale campagnes rondom deze thematiek.

Bij de inventarisatie en verdere uitwerking van de roadmap-aanpak wordt rekening gehouden met inzet vanuit alle verschillende domeinen, ondersteund door een centrale projectleiding. Voor de realisatie van de preventieaanpakken in de gemeenten wordt uitgegaan van de inzet van drie voltijd projectleiders die gemeenten ondersteunen.

Tijdspad

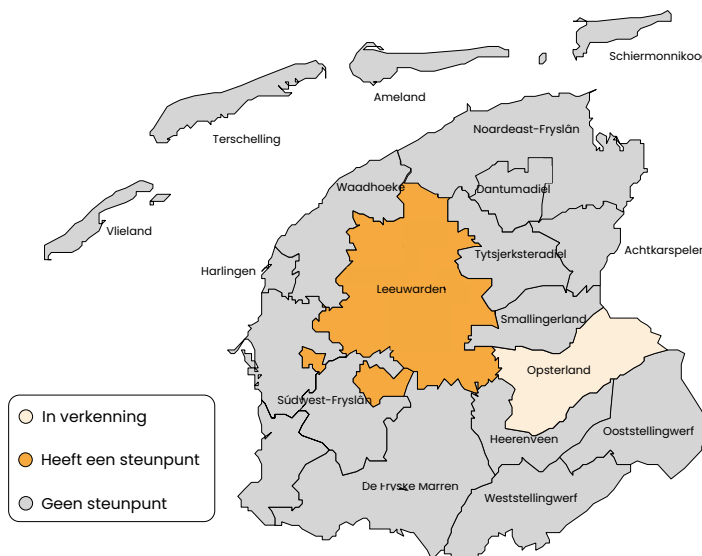


4.2 LAAGDREMPELIGE HULP BIJ (BEGINNENDE) PROBLEMATIEK EN VAN 'GEHOLPEN WORDEN' NAAR 'JEZELF (EN ANDEREN) LEREN HELPEN'

Stand van zaken

Dit onderwerp gaat over het realiseren van laagdrempelige steunpunten – ook wel zelfregie- en herstelcentra genoemd – en (digitale) hulpmiddelen die inwoners ondersteunen bij hun eigen zorg- en hulpvragen. Deze steunpunten zijn toegankelijke voorzieningen waar iedereen terecht kan met vragen over mentale gezondheid. Ze bieden ondersteuning aan mensen die te maken hebben met mentale problemen, zowel tijdens als na een hulpverleningstraject. Daarnaast kunnen ook naasten hier terecht voor advies en ondersteuning. Het belangrijkste kenmerk van deze centra is hun laagdrempeligheid en inclusieve karakter, zodat alle inwoners zich welkom voelen. De steunpunten sluiten aan op bestaande en in ontwikkeling zijnde initiatieven binnen de Friese gemeenten.

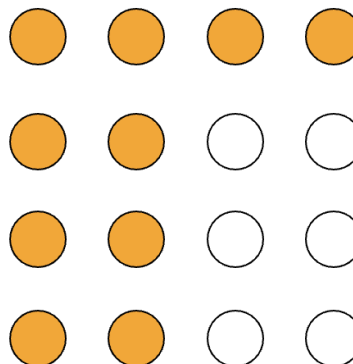
Momenteel zijn er in Friesland twee organisaties, Ixta Noa en Stjoer, die zelfregie- en herstelcentra in een of meerdere gemeenten aanbieden. Deze centra fungeren als laagdrempelige steunpunten waar inwoners, eventueel samen met hun naasten, zonder verwijzing terecht kunnen voor informatie, een goed gesprek en/of nazorg of ondersteuning bij (zware) mentale ontwrichting. Daarnaast bevinden verschillende gemeenten zich in de verkennende fase van het opzetten van een laagdrempelig steunpunt. Een voorbeeld hiervan is Súdwest-Fryslân. In 2022 is er bovendien een @ease-locatie in Leeuwarden geopend, waar jongeren tussen de 12 en 25 jaar terecht kunnen met vragen over mentale gezondheid. Eveneens zijn er in de provincie veel lokaal georganiseerde sociale inlooplocaties, buurtkamers en netwerkcentra. Tot slot zijn er verschillende websites en apps waar inwoners digitale zelfhulpmiddelen kunnen vinden of in contact kunnen komen met lotgenoten en hulpverleners.



Doelstelling

Als concrete doelstelling voor dit onderdeel van de WAMG geldt dat in 2027 iedere gemeente ten minste één steunpunt heeft dat voldoet aan de richtlijnen^{18,19}. De bijdrage van dit onderdeel op de vier doelstellingen van dit transformatieplan is als volgt:

1. De Friese inwoners zijn weerbaarder en veerkrachtiger
2. Alle Friese inwoners ontvangen passende ondersteuning en zorg op de juiste plek
3. Het aantal inwoners dat zich meldt bij de eerste en tweede lijn neemt af
4. Met hetzelfde aantal professionals blijft de toegang en kwaliteit geborgd



Overwegingen

Op dit moment wordt er uitgegaan van minimaal één fysiek steunpunt per gemeente. Het is echter nog niet helder of dit voldoende is om de toegankelijkheid voor alle inwoners te waarborgen. De

¹⁸ <https://vng.nl/sites/default/files/2023-10/handvatten-netwerk-laagdrempelige-steunpunten-iza.pdf>

¹⁹ In de ontwikkelfase wordt met vertegenwoordiging van de wadden eilanden een passende vertaling van de doelstellingen opgeleverd voor de lokale situatie op de eilanden

verwachting is dat in sommige gemeenten er meerdere steunpunten nodig zijn (dit wordt nog uitgewerkt).

Alle Friese inwoners zijn welkom bij de steunpunten. Toch ligt de focus vooral op inwoners met vraagstukken rondom mentale gezondheid, en hun naasten. In de uitwerking van de steunpunten is het daarom van belang dat er op ieder steunpunt voldoende expertise op het gebied van mentale gezondheid aanwezig is. Dit stelt de steunpunten in staat om inwoners, met bijvoorbeeld een Ernstige Psychiatrische Aandoening (EPA) of andere complexe problematiek zoals verslaving, goed te ondersteunen.

Plan van aanpak

Om bovenstaande doelstelling te bereiken worden volgende activiteiten uitgevoerd:

1. Inventariseren van de benodigde hoeveelheid steunpunten voor een dekkend netwerk
2. Inventariseren van de benodigde digitale infrastructuur
3. Uitwerken van en/of aansluiten bij de landelijke financieringsmogelijkheden en verkennen van de regionale en lokale financieringsmogelijkheden
4. Uitwerken van de roadmap-aanpak, rekening houdend met VNG-richtlijnen, en voortbouwend op de reeds bestaande steunpunten en voorzieningen in de gemeente
5. Implementatie van ten minste één steunpunt per gemeente, passend bij de richtlijn, in een tempo dat aansluit bij de gemeentelijke ontwikkelingen
6. Ontwikkelen en uitvoeren van een communicatiecampagne gericht op bekendheid van de steunpunten onder inwoners en professionals

1. Inventariseren van de benodigde hoeveelheid steunpunten voor een dekkend netwerk

Bepaalde doelgroepen kunnen specifieke vraagstukken hebben die extra aandacht vereisen. Daarnaast kan in sommige gemeenten de (reis)afstand tot een steunpunt aanzienlijk groter zijn, wat de toegankelijkheid tot steunpunten bemoeilijkt. In grotere gemeenten speelt daarom de vraag of één steunpunt voldoende is, of dat er extra steunpunten nodig zijn. Het optimale aantal steunpunten per gemeente, evenals de omvang en inrichting ervan, wordt tussen Q4 2025 en Q1 2026 uitgewerkt. Hierbij wordt rekening gehouden met de bevolkingsomvang per gemeente en de benodigde schaal.

2. Inventariseren van de benodigde digitale infrastructuur

Naast fysieke steunpunten zijn er ook digitale vormen noodzakelijk om een dekkend netwerk te waarborgen. Dit zorgt ervoor dat ook inwoners die ver van een steunpunt wonen of die openbare ruimtes willen vermijden, toegang hebben tot passende ondersteuning. Daarnaast hebben sommige de voorkeur om op een laagdrempelige manier vragen te stellen over mentale gezondheid, bijvoorbeeld via een app of online platform. Om deze groepen beter te ondersteunen, moet er passend (digitaal) aanbod beschikbaar zijn. Hoe dit eruit zou moeten zien en hoe dit zich verhoudt tot het bestaand digitaal aanbod, wordt nader onderzocht. Hierbij wordt aangesloten bij al bestaande platforms, websites en (indien relevant) applicaties. Ook de koppeling met fysieke steunpunten wordt gewaarborgd, zodat beide vormen van ondersteuning goed op elkaar aansluiten.

3. Uitwerken van en, of aansluiten bij de landelijke financieringsmogelijkheden en verkennen van de regionale en lokale financieringsmogelijkheden

Een belangrijk vraagstuk bij de realisatie van de steunpunten is dat er nog geen structurele betaaltitel is. Hierover worden momenteel op landelijk niveau gesprekken gevoerd. Om de continuïteit van de steunpunten te borgen, is het van belang dat deze betaaltitel er wel komt. Daarnaast is het zaak om ook regionale en lokale financieringsmogelijkheden te verkennen. Hier dient aandacht voor te zijn in het proces.

4. Uitwerken van de road-map aanpak, rekening houdend met de VNG richtlijnen

Voor het opzetten van fysieke steunpunten wordt de 'roadmap-aanpak' gehanteerd, waarbij het proces vooraf is uitgewerkt en gemeenten dit in eigen tempo kunnen doorlopen. Deze aanpak borgt dat bestaande richtlijnen, zoals die van de Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG), worden meegenomen en voorkomt dat het wiel opnieuw wordt uitgevonden. Tegelijkertijd biedt de roadmap voldoende flexibiliteit om in te spelen op lokale verschillen en behoeften, wat cruciaal is voor het succes van de steunpunten. Bovendien wordt voortgebouwd op de bestaande infrastructuur en initiatieven binnen gemeenten.

5. Implementatie van ten minste één steunpunt per gemeente

Op basis van de uitkomsten van de vorige activiteiten wordt in iedere gemeente ten minste één steunpunt gerealiseerd voor inwoners met mentale gezondheidsklachten. Dit kan een nieuw steunpunt zijn wanneer er nog geen steunpunt bestaat. In de praktijk zal het regelmatig gaan om de doorontwikkeling van bestaande steunpunten, waarbij deze worden aangepast om te voldoen aan de landelijke richtlijnen.

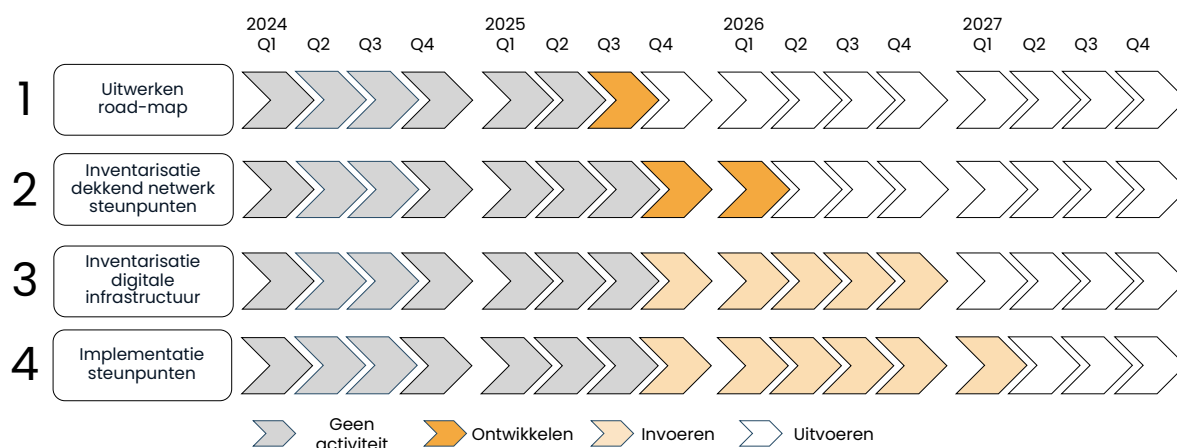
6. Ontwikkelen en uitvoeren van een communicatiecampagne gericht op bekendheid van de steunpunten onder inwoners en professionals

Het succes van de steunpunten hangt af van de bekendheid ervan onder alle betrokkenen bij *mentale gezondheid en veerkracht* in Friesland. Aan de ene kant moeten inwoners en hun naasten de steunpunten gemakkelijk kunnen vinden. Lokale 'vluchtheuvels' in de wijk, zoals sportverenigingen, bibliotheken, scholen en buurthuizen, kunnen hierbij een belangrijke rol spelen door als toegankelijke locaties te fungeren waar inwoners in contact komen met de steunpunten. Aan de andere kant is het essentieel dat professionals binnen gebiedsteams, welzijnsorganisaties, huisartsen en andere betrokken zorgorganisaties goed op de hoogte zijn van de steunpunten en hun functie. Hierdoor kunnen zij inwoners effectief doorverwijzen en ondersteunen. Om de bekendheid onder beide groepen te vergroten, wordt een communicatiecampagne ontwikkeld welke onderdeel is van een bredere campagne binnen dit transformatieplan (zie ook de paragraaf Communicatieplan)

Voor de inventarisatie en het (verder) uitwerken van de roadmap aanpak wordt rekening gehouden met inzet vanuit alle verschillende domeinen ondersteund door een centrale projectleiding. Voor de realisatie van ten minste één steunpunt per gemeente wordt uitgegaan van de inzet van twee voltijd projectleiders die gemeenten ondersteunen.

Tijdspad

In de periode van Q3 2025 tot en met Q4 2026 worden de activiteiten een tot en met drie uitgevoerd. Vanaf Q4 2025 wordt, waar mogelijk, parallel gewerkt aan het implementeren van steunpunten. Dit gebeurt volgens de onderstaande planning:



4.3 SAMENWERKING SOCIAAL DOMEIN, DE EERSTE LIJN EN BIJ DE POORT VAN DE GGZ

Stand van zaken

Dit onderwerp gaat over de verbeterde samenwerking tussen het Sociaal Domein, de eerste- en tweedelijnszorg op het gebied van mentale gezondheid bij een concrete hulpvraag. Landelijk zijn er goede voorbeelden van succesvol vormgeven van de samenwerking tussen deze domeinen. Ook in het IZA is een aantal goede voorbeelden omschreven die de druk op de tweedelijnszorg kunnen verminderen. Dit gaat onder meer over het voeren van het verkennend gesprek, het inzetten van consultatie en overleg tussen domeinen voor individuele cliënten, het ontwikkelen van digitaal aanbod en het vormgeven van duurzame samenwerkingsstructuren²⁰.

Ook in Friesland zijn er inmiddels verschillende initiatieven op dit gebied. Zo wordt er in verschillende Friese regio's al geëxperimenteerd met multidisciplinaire overleggen en integrale samenwerking (zoals in Hurdegaryp, Garyp en Eastermar in de ouderenzorg²¹), vinden er verschillende vormen van (telefonische en digitale) consultatie plaats tussen de huisarts en de GGZ²², lopen er verschillende interventies gericht op multidisciplinaire triage bij acute hulpvragen (zoals het zorgcoördinatiecentrum van het ROAZ²³ en de Rapid Responder²⁴) en zijn er specifieke wijken en gemeenten waar het Sociaal Domein, de huisarts en GGZ-professionals elkaar goed weten te vinden.

Een belangrijk knelpunt binnen deze samenwerking is het ontbreken van een structurele '24/7-aanpak' voor hulpvragen met een psychosociale component die zich in de avond, nacht en het weekend voordoen. Momenteel komen deze vraagstukken vaak terecht bij de GGZ-crisisdienst of de eerstelijnszorg. In ongeveer 30% van deze gevallen sprake is van psychosociale problematiek, wat niet direct onder de GGZ-zorg valt. Er is een sterke behoefte om samenwerking voor deze problematiek ook in dit plan vorm te geven.

Doelstelling

Het doel is om alle psychische hulpvragen van Friese inwoners integraal te benaderen en waar nodig expertise uit verschillende domeinen te betrekken. Dit betreft de brede invoering van diverse onderdelen van de WAMG, waaronder het verkennend gesprek, het oriënterend gesprek, een (domein-overstijgend) casusoverleg (DOCO), een GGZ-consultatiefunctie voor het Sociaal Domein en de huisarts, en de transfertafel. De invoering van deze onderdelen vindt plaats conform de werkwijze 'Mentaal Gezondheidsnetwerk' (MGN)²⁵.

Daarnaast is het doel om samenwerking vorm te geven voor de 24/7-zorg in situaties in de avond, nacht en het weekend waarbij er ook sprake is van psychosociale problematiek. Het doel is om alle bovenstaande onderdelen in het gehele werkveld in te voeren.

²⁰ <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2022/09/16/integraal-zorgakkoord-samenwerken-aan-gezonde-zorg>

²¹ <https://www.rosfriesland.nl/nieuws/multidisciplinair-overleg-mdo-rondom-kwetsbare-ouderen/>

²² <https://www.rosfriesland.nl/nieuws/kunt-u-van-betekenis-zijn-als-consulent-GGZ-voor-de-huisartsenpraktijk/>

²³ <https://www.acutezorgnetwerk.nl/pilot-zorgcoördinatie/zorgcoördinatiecentrum/>

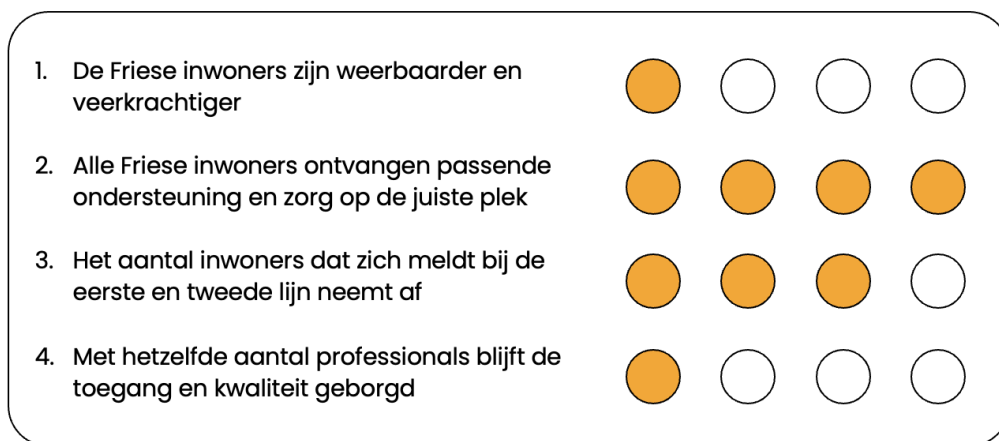
²⁴ <https://www.defriesland.nl/over-de-friesland/rol-in-de-zorg/juiste-zorg-op-de-juiste-plek/rapid-responder>

²⁵ <https://cms.denederlandseGGZ.nl/assets/publications/Werkwijze-Mentale-gezondheidsnetwerken-maart-2024.pdf>

Meer concreet gaat het om de volgende doelstellingen²⁶:

- Iedere Friese inwoner heeft toegang tot multidisciplinaire triage buiten kantoor tijden bij psychosociale problematiek (24/7-aanpak)
- Alle professionals die betrokken zijn bij inwoners met vraagstukken op het gebied van mentale gezondheidszorg werken nauw samen in een wijkgericht netwerk.
- Iedere huisartsenpraktijk is onderdeel van een lokaal netwerk mentale gezondheid, waarin de huisarts/POH-GGZ nauw samenwerken met professionals uit het Sociaal Domein en de GGZ
- Iedere Friese huisarts heeft toegang tot een domein-overstijgend casusoverleg (DOCO)
- Iedere Friese huisarts, POH-GGZ en wijkteammedewerker heeft toegang tot SGGZ-consultatie
- Voor 30% van alle nieuwe verwijzingen naar de SGGZ wordt een verkennend gesprek gevoerd
- Er is toegang tot een transfertafel (met inzicht in wachttijden) zodat cliënten waar mogelijk eerder passende zorg ontvangen

Voordat de genoemde onderdelen van de WAMG in Friesland kunnen worden ingevoerd, is er verdere uitwerking nodig. In de meeste gevallen betreft dit een nadere concretisering om de implementatie soepeler te laten verlopen. Daarnaast is het in sommige gevallen verstandig om bij de uitwerking ook rekening te houden met de Friese context en de huidige stand van zaken. Voor bepaalde onderdelen is ook de structurele financiering een aandachtspunt. De bijdrage van dit onderdeel aan de vier doelstellingen van dit transformatieplan is breed en is als volgt gescoord:



Plan van aanpak

Het plan van aanpak is zo concreet mogelijk en opgebouwd rondom zeven deelprojecten. Deze zijn:

1. Vormgeven van de wijkgerichte aanpak mentale gezondheid (WAMG)
2. Uitwerken van de werkwijze van het verkennend gesprek en de implementatie hiervan
3. Verkennen van de noodzaak tot een verkennend gesprek en (eventueel) uitwerken van de werkwijze van het oriënterend gesprek en de implementatie hiervan
4. Ontwikkelen van de consultatiefunctie GGZ voor de eerste lijn en het Sociaal Domein en de implementatie hiervan
5. Uitwerken van de werkwijze en implementeren van het (domein) overstijgend casusoverleg (DOCO) over heel Friesland
6. Uitwerken van de werkwijze en implementeren van het (domein) overstijgend casusoverleg (DOCO) over heel Friesland
7. Het ontwikkelen van een werkwijze voor professionals, voor inwoners waarbij er sprake is van psychosociale problematiek buiten kantoor tijden (de 24/7-aanpak)

²⁶In de ontwikkelfase wordt met vertegenwoordiging van de wadden eilanden een passende vertaling van de doelstellingen opgeleverd voor de lokale situatie op de eilanden

1. *Vormgeven van de Wijkgerichte Aanpak Mentale Gezondheid (WAMG)*

Het idee is om deze wijkgerichte netwerken vorm te geven op het niveau van huisartsengroepen (Hagro's). De vormgeving van deze wijkgerichte netwerken vraagt nog nadere uitwerking. Betrokkenen binnen het netwerk komen ongeveer vier keer per jaar bijeen om elkaar beter te leren kennen, kennis uit te wisselen en gezamenlijk te verdiepen door middel van scholing. Op deze manier vormen zij een lerend samenwerkingsverband.

Bij de start ontvangen alle betrokkenen, in ieder geval gezamenlijk een training over het gedachtegoed van Positieve Gezondheid. Dit helpt hen niet alleen om elkaar beter te leren kennen, maar ook om een gedeelde taal te ontwikkelen rondom mentale gezondheid en veerkracht. Om de lokale mentale netwerken goed en passend vorm te geven, wordt eerst een inventarisatie gemaakt van bestaande netwerken en samenwerkingsverbanden. Hierop kan vervolgens worden voortgebouwd.

Voor de uitvoering van dit plan worden financiële middelen aangevraagd, onder meer voor de inventarisatie van bestaande netwerken, de inzet van Hagro-managers op lokaal niveau om de netwerken vorm te geven en de tijdsinvestering van professionals voor regiobijeenkomsten. Daarnaast is budget beschikbaar voor trainingen over Positieve Gezondheid om een gezamenlijke basis en werkwijze te creëren.

2. *Uitwerken van de werkwijze van het verkennend gesprek en de implementatie hiervan*

In het verkennend gesprek bespreekt de inwoner, waar mogelijk samen met een naaste, zijn hulpvraag met professionals uit het Sociaal Domein en de GGZ, bij voorkeur aangevuld met ervaringsdeskundigen. Dit gesprek helpt om inzicht te krijgen in de hulpvraag en om een passend plan op te stellen voor de juiste vervolgstappen. Het vindt plaats aan de poort van de tweedelijnszorg en wordt vormgegeven volgens de landelijk vastgestelde uitgangspunten. Het verkennend gesprek zorgt ervoor dat inwoners een beter passend hulpaanbod ontvangen en dat zorg en ondersteuning direct op de juiste manier worden ingezet. Hierdoor kan de instroom naar de (S)GGZ worden verminderd²⁷.

Het doel is om in de vijf Friese huisartsenregio's een afgestemde pool van professionals op te zetten, die het verkennend gesprek voeren en worden getraind in methodieken zoals Positieve Gezondheid. Het is van belang om eerst de exacte werkwijze rondom het verkennend gesprek uit te werken. Hierbij wordt onder andere bepaald op welke locatie het verkennend gesprek plaatsvindt, bijvoorbeeld digitaal, binnen de GGZ, bij de huisarts of in de laagdrempelige steunpunten. Beoogd wordt om eerst de werkwijze op hoofdlijnen uit te werken en vervolgens in Q1 2026 te starten in één van de vijf huisartsenregio's. De uitkomsten van deze pilot worden geëvalueerd en verwerkt voordat het verkennend gesprek in heel Friesland wordt geïmplementeerd.

Voor de uitwerking van de werkwijze en het opzetten en evalueren van de pilot wordt uitgegaan van de inzet van één projectleider. Daarnaast worden middelen opgenomen voor de (tijds)inzet vanuit alle domeinen om mee te denken in de uitwerking. Voor de pilotfase en invoering (uitgaande van een succesvolle pilot) wordt wederom rekening gehouden met de inzet van een (provinciale) projectleiding en aandachtfunctionarissen per domein gedurende twee jaar.

3. *Verkennen van de noodzaak tot een verkennend gesprek en (eventueel) uitwerken van de werkwijze van het oriënterend gesprek en de implementatie hiervan*

Naast het verkennend gesprek, dat wordt uitgerold volgens de landelijke richtlijnen, wordt er binnen de wijkgerichte aanpak ook de noodzaak verkend voor een oriënterend gesprek. Dit gesprek,

²⁷ Ter illustratie: ervaring in Brabant laten zien dat 25% van de instroom in de GGZ wordt afgevangen

vergelijkbaar met het verkennend gesprek, biedt inwoners – waar mogelijk samen met een naaste – de mogelijkheid om op laagdrempelige wijze in gesprek te gaan over hun mentale gezondheid. Het belangrijkste verschil met het verkennend gesprek is dat het oriënterende gesprek laagdrempelig kan worden ingezet en zonder verwijzing van de huisarts. Hierdoor kunnen inwoners tijdig passend hulpaanbod ontvangen, wat bijdraagt aan een efficiënte en effectieve inzet van zorg en ondersteuning. De exacte werkwijze moet verder worden uitgedacht voordat het geïmplementeerd kan worden.

In de tijdsinvestering van de projectleiding voor de uitwerking van het verkennend gesprek is eveneens rekening gehouden met het verkennen van de noodzaak voor een oriënterend gesprek. In de praktijk is het denkbaar dat dit door een andere werkgroep wordt uitgewerkt. De eventuele invoering van het oriënterend gesprek en de scholing van professionals (volgens het gedachtegoed van Positieve Gezondheid) wordt afhankelijk van de verkenning nader uitgewerkt.

4. Ontwikkelen van de consultatiefunctie GGZ voor de eerste lijn en het Sociaal Domein en de implementatie hiervan

De consultatiefunctie biedt professionals uit het Sociaal Domein en huisartsen de mogelijkheid om specialistisch advies vanuit de GGZ in te winnen. Door de kennis vanuit de GGZ beschikbaar te stellen, kunnen collega-professionals (complexe) psychische problematiek eerder herkennen, hier beter en adequaat op reageren, medicatieadvies inwinnen en/of passender verwijzen. Consultatie kan plaatsvinden via een telefonisch consult, een (digitaal) meekijkconsult of een fysiek meekijkconsult. De laatste twee vinden idealiter zo dicht mogelijk bij de lokale gemeenschap plaats. Hoe dit exact vormgegeven moet worden, is nog een onderwerp van uitwerking. Geopperd is om een centraal punt in te richten waar consultatievragen binnenkomen en worden gecoördineerd.

In 2025 wordt de exacte werkwijze voor de consultatiefunctie verder uitgewerkt. Dit omvat een inventarisatie naar het gewenste systeem, de financieringswijze en de financiering bij veelvuldig gebruik van de consultatiefunctie. Na ontwikkeling van de werkwijze wordt de consultatiefunctie ingevoerd. Inrichting van een centraal punt (aanvullend op de lokale consultatie) en het aansluiten van de betrokken professionals vanuit de GGZ duurt naar verwachting een half jaar. Voor de ontwikkeling van de werkwijze van de consultatiefunctie worden gedurende een half jaar middelen opgenomen voor de inzet van een (deeltijd) projectleider. Voor de invoering wordt rekening gehouden met een implementatiemanager in de tweedelijnszorg gedurende een half jaar, ondersteund door aandachtfunctionarissen in de eerstelijnszorg en het sociaal domein.

5. Uitwerken van de werkwijze en implementeren van het (domein) overstijgend casusoverleg (DOCO) over heel Friesland

Domeinoverstijgend casusoverleg is onderdeel van de wijkgerichte aanpak. In dit overleg gaan de huisarts/POH-GGZ, de GGZ, het Sociaal Domein en waar nodig Wlz-partijen (bijv. vanuit het LVB-expertise) met elkaar in gesprek over specifieke casuïstiek. Het gaat hierbij vooral om cliënten of patiënten die zorg en ondersteuning ontvangen of zouden moeten ontvangen vanuit meerdere samenwerkingspartners. Ook kan het gaan om inwoners bij wie de situatie niet direct duidelijk is, waardoor een brede blik vanuit meerdere invalshoeken nuttig kan zijn. Het doel van het casusoverleg is om door middel van onderlinge afstemming betere oplossingen en vervolgstappen voor de inwoner te formuleren. Daarnaast zorgt het overleg ervoor dat professionals met verschillende perspectieven met elkaar in gesprek gaan, wat het gezamenlijke leerproces versterkt. Hierdoor ontvangen inwoners in Friesland sneller de meest geschikte zorg en ondersteuning en wordt voorkomen dat verschillende professionals los van elkaar aan dezelfde hulpvragen werken of tegenstrijdige adviezen geven.

In 2025 wordt tevens de exacte werkwijze van het casusoverleg uitgewerkt. In deze uitwerking is er aandacht voor de financieringswijze van het casusoverleg en het uitwerken van een programma voor de monitoring van de invoering van het casusoverleg. Vervolgens wordt het casusoverleg gedurende een periode van anderhalf jaar – en in samenhang met het ontwikkelen van de lokale netwerken WAMG – geïmplementeerd. Dit moet ervoor zorgen dat alle huisartsen en relevante samenwerkingspartners binnen hun lokale netwerk gebruik kunnen maken van het casusoverleg. In het transformatieplan worden middelen aangevraagd voor projectleiding, gericht op het opstellen een plan voor de werkwijze van het casusoverleg. Daarnaast zijn voor alle domeinen middelen opgenomen voor de tijdsinzet (over een half jaar) om mee te denken en input te leveren voor de werkwijze. De implementatie van het casusoverleg wordt ondersteund door vier voltijd implementatiemanagers (idealiter vanuit de eerstelijnszorg), gedurende anderhalf jaar.

6. Het ontwikkelen van een werkwijze voor professionals, voor inwoners waarbij er sprake is van psychosociale problematiek buiten kantoortijden (de 24/7-aanpak)

De 24/7-aanpak is gericht op het toegankelijk en multidisciplinair organiseren van triage en ondersteuning voor mensen met psychosociale hulpvragen buiten kantoortijden (niet zijnde acute psychische hulpvragen, hiervoor volstaat de GMAP). Deze aanpak is wenselijk omdat momenteel 30% van de crisisverwijzingen naar de GGZ bij beoordeling niet geëigend blijkt: er wordt een crisismelding gedaan, maar in werkelijkheid gaat het om een psychosociale hulpvraag.

Om de gewenste samenwerking vorm te geven, wordt geïnventariseerd wat de omvang van de doelgroep is en welke zorg- of ondersteuningsvragen hierbij horen. Tegelijkertijd wordt een geïntegreerde werkwijze voor triage en ondersteuning van deze doelgroep uitgewerkt en geïmplementeerd. Deze werkwijze is integraal en omvat samenwerking tussen de eerstelijnszorg (Dokterswacht), het Sociaal Domein (onder andere de GGD) en de SGGZ. Bij de ontwikkeling van de werkwijze is aandacht voor: a) 'acute' consultatie vanuit de eerstelijnszorg en het Sociaal Domein richting de SGGZ in het triage-proces; b) het ontwikkelen van hybride vormen van samenwerking tussen deze drie domeinen (zoals bijvoorbeeld de Rapid Responder) en c) het inventariseren en (het eventueel) ontwikkelen van een tijdelijke verblijf locatie voor inwoners met psychosociale hulpvragen. Deze aanpak sluit aan bij de bestaande initiatieven, zoals het Zorg Coördinatie Centrum (ZCC) en het lerend netwerk subacute crisis. Dit alles wordt ondersteund vanuit een lerend netwerk waarin betrokken professionals in de 24/7-aanpak een gezamenlijke taal ontwikkelen en de triage van psychische en psychosociale problematiek continu verbeteren. Er worden financiële middelen aangevraagd voor de inventarisatie en tijdsinzet van een projectleider voor zowel het ontwikkelen als invoeren van de bovenstaande werkwijze.

7. Uitwerken van de transfertafel

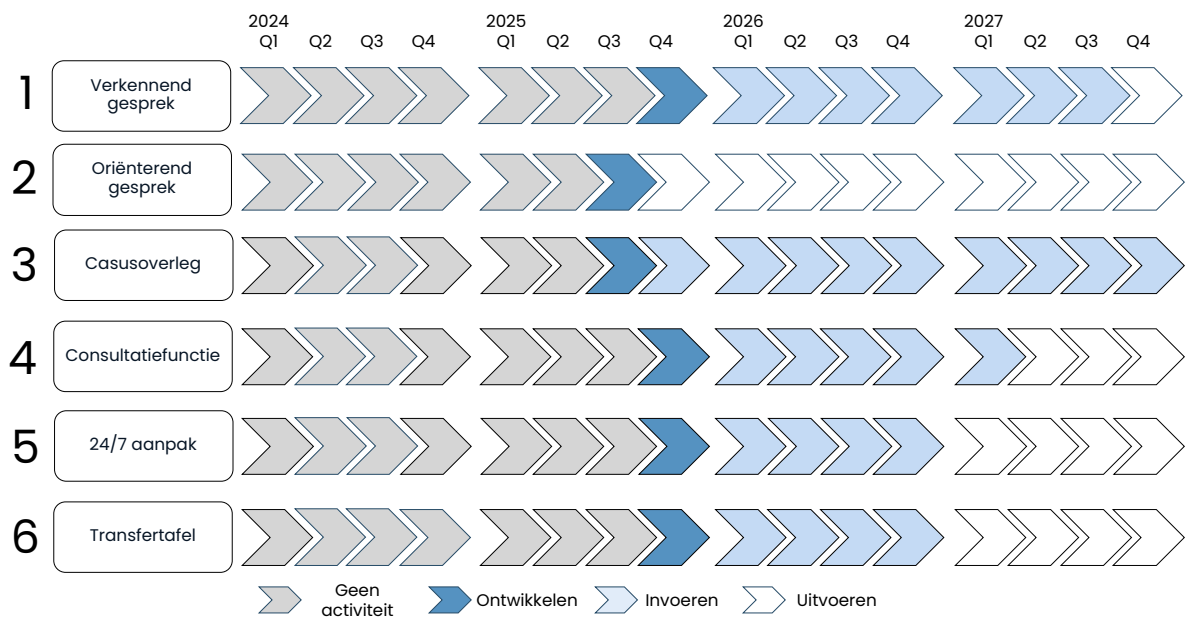
De transfertafel is een effectieve methode om cliënten die op een wachtlijst staan zo snel mogelijk de best passende zorg te bieden. Onderdeel hiervan is het zorgvuldig registreren van verschillende wachttijden voor specifieke hulpvragen bij diverse aanbieders en het benutten van deze informatie om de wachttijd voor cliënten te verkorten. Dit kan onder andere door cliënten door te verwijzen naar andere aanbieders met beschikbare behandelcapaciteit. Een succesvolle invoering van de transfertafel kan de variatie in wachttijden voor dezelfde zorgvormen tussen aanbieders verkleinen. De transfertafel faciliteert transfers voor zowel individuele cliënten – bijvoorbeeld wanneer na verwijzing of intake blijkt dat de organisatie niet kan bieden wat nodig is – als voor cliëntgroepen, zoals wanneer de wachttijd voor specifiek aanbod bij de ene organisatie langer is dan bij de andere.

Om dit project in goede banen te leiden, wordt een (deeltijd) projectleider aangesteld. De projectleiding wordt ondersteund door professionals vanuit alle domeinen bij zowel de (door)ontwikkeling als de implementatie van de transfertafel. Er zijn middelen opgenomen voor de (tijds)inzet van deze professionals.

In 2025 worden de verschillende treden van de regionale doorzettingsmacht (RDM) vormgegeven²⁸. Zodoende wordt geborgd dat de RDM een duidelijke plek krijgt in Friesland en onderdeel is van de transfertafel. Gedurende deze periode wordt de werkwijze uitgewerkt in schriftelijke afspraken, werkprocedures, richtlijnen, en worden de samenwerkingsafspraken tussen partijen geformaliseerd. Na de ontwikkelfase wordt de (geoptimaliseerde) transfertafel geïmplementeerd. Zowel voor de ontwikkeling als de invoering wordt rekening gehouden met tijdsinzet ter ondersteuning vanuit professionals in de eerste lijn, de tweede lijn en het Sociaal Domein.

Tijdspad

De activiteiten worden in lijn met onderstaande planning uitgevoerd:



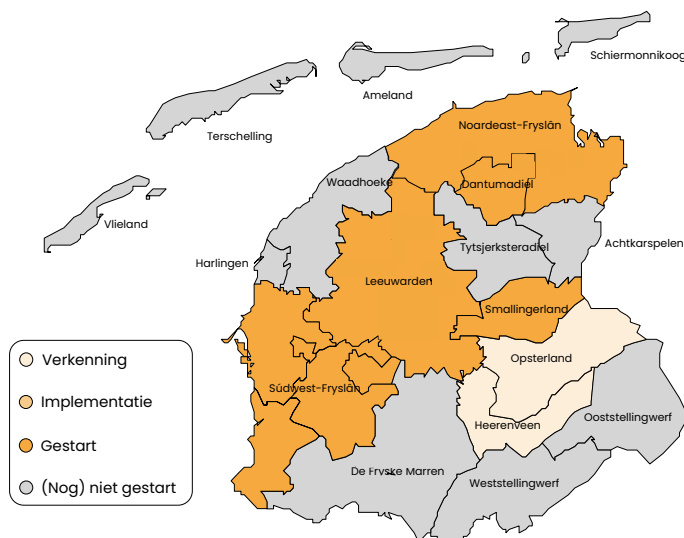
4.4 INTEGRALE SAMENWERKING VOOR COMPLEXE DOELGROEPEN

4.4.1 Geïntegreerde zorg en ondersteuning voor inwoners met een ernstig psychiatrische aandoening (EPA)

Stand van zaken

²⁸ <https://wegvandewachtlijst.nl/handreiking-regionale-doorzettingsmacht-rdm-oplossen-of-escaleren>

Dit onderwerp gaat over een Integrale aanpak voor inwoners met een Ernstig Psychiatrische aandoening (EPA). In vijf Friese gemeenten bestaat een integraal zorg- en ondersteuningsaanbod voor inwoners met een EPA (de Friese EPA-aanpak). Deze aanpak houdt in dat de GGZ-zorg en de zorg en ondersteuning vanuit de gemeente integraal vanuit één team worden aangeboden. Een dergelijke aanpak kijkt niet alleen naar zorgvragen (Zvw), maar omvat ook welzijn (vanuit sociaal domein), inkomen en werk (sociaal domein, UWV en IPS), waarbij al deze aspecten in samenhang worden meegenomen. De verslavingszorg werkt hierbij nauw samen met de teams en is in sommige gevallen zelfs onderdeel van het team. Momenteel verkennen enkele andere gemeenten de mogelijkheden om eveneens een integrale aanpak voor de EPA-doelgroep te implementeren.



Een integrale aanpak bestaat uit vijf kernonderdelen:

- Een integrale en herstel ondersteunende intake die toegang biedt tot geïntegreerde zorg en ondersteuning.
- Eén integraal hulpverleningsplan
- Eén gezamenlijk hulpverleningstraject vanuit de GGZ, Verslavingszorg en het Sociaal Domein
- De verantwoordelijkheid voor de behandeling en hulpverlening ligt bij de samenwerkende partijen, zodat er geen onnodig heen-en-weer schuiven plaatsvindt
- De samenwerkende partijen bepalen samen wanneer een inwoner klaar is om uit het traject te stromen naar bijvoorbeeld een wijkteam of huisarts

Op dit moment ontbreekt LVB-expertise in de bestaande integrale EPA-aanpakken. Uit onderzoek blijkt dat mensen met een LVB drie tot vier keer meer kans hebben op het ontwikkelen van psychische problematiek. Bovendien heeft ten minste 40% van de mensen met een EPA-diagnose ook een LVB²⁹. Het is daarom van belang dat professionals met LVB-expertise goed zijn aangehaakt bij de EPA-teams.

Ook de verbinding met de eerstelijnszorg kan op dit moment verbeterd worden binnen de bestaande EPA-aanpak. Huisartsen geven aan dat zij regelmatig te maken hebben met (uitgestroomde) EPA-patiënten, zonder dat hier een goede samenwerking of overdracht aan voorafgaat. Het afschalen en opschalen van zorg kan beter, onder andere door middel van een warme overdracht. Huisartsen hebben bovendien een sterke behoefte aan korte lijnen en heldere samenwerkingsroutes met de GGZ, de verslavingszorg en de LVB-zorg voor de inwoners met en EPA. De ambities en wensen van huisartsen sluiten grotendeels aan bij de verbredingsdoelstellingen van de GGZ, de verslavingszorg en de gemeenten voor de EPA-doelgroep. Deze partijen ervaren juist een hiaat als het gaat om de afstemming van zorg vanuit de eerstelijns voor de EPA-patiënten.

²⁹ <https://www.kenniscentrumLVB.nl/product/factsheet-LVB-GGZ/>

Doelstelling

Het doel is dat elke Friese gemeente³⁰ uiterlijk in Q2 2027 een integrale EPA-aanpak heeft geïmplementeerd die voldoet aan de hierboven genoemde kernonderdelen. Naast het implementeren van een EPA-aanpak in de provincie, is het doel ook om de bestaande werkwijzen uit te breiden met het LVB-aanbod en de samenwerking met de eerstelijns te versterken. De bijdrage van dit onderdeel op de vier doelstellingen van dit transformatieplan is als volgt:

1. De Friese inwoners zijn weerbaarder en veerkrachtiger				
2. Alle Friese inwoners ontvangen passende ondersteuning en zorg op de juiste plek				
3. Het aantal inwoners dat zich meldt bij de eerste en tweede lijn neemt af				
4. Met hetzelfde aantal professionals blijft de toegang en kwaliteit geborgd				

Overwegingen

Als het gaat om de uitrol van een EPA-aanpak in heel Friesland, is draagvlak voor een integrale aanpak bij alle partijen – inclusief gemeenten – van belang. Bij het formuleren van een eenduidige werkwijze voor de provincie ontstaan er begrijpelijkerwijs vragen vanuit de gemeenten over hoe de aanpak aansluit op de specifieke omstandigheden van elke gemeente. Dit zijn terechte aandachtspunten die een plek moeten krijgen in de implementatie. Het startpunt daarbij is goede communicatie over wat er wordt beoogd, zodat misverstanden over de meerwaarde voor de inwoners worden weggenomen. Het belang van een integrale EPA-aanpak rechtvaardigt een lokale communicatiecampagne waarin de werkwijze, de meerwaarde en de consequenties van een EPA-aanpak voor inwoners, gemeenten en gebiedsteams duidelijk worden toegelicht.

Daarnaast dient er in de uitrol van een EPA-aanpak in heel Friesland aandacht te zijn voor de gewenste ondersteuning voor minder goed bereikbare gebieden, zoals de Waddeneilanden en de rurale gebieden. Ook moet de werkwijze passend worden gemaakt voor inwoners met EPA die een andere culturele achtergrond hebben of andere taal spreken, zoals asielzoekers en migranten. Bij deze inwoners is het – nog meer dan bij andere inwoners – van belang om nauw samen te werken met eventueel betrokken naasten.

Op basis van bovenstaande overwegingen is ervoor gekozen om de lopende implementatie van de reeds bekende en succesvolle EPA-aanpak niet te onderbreken. Hoewel het denkbaar was om eerst de verbreding van de werkwijze en de aanpak voor minder bereikbare gebieden en andere doelgroepen uit te werken en pas daarna de verder te implementeren, is deze aanpak niet gekozen. In plaats daarvan wordt in alle gemeenten direct een integrale EPA-aanpak geïmplementeerd, terwijl tegelijkertijd de verbreding naar de LVB-sector en de eerstelijns wordt uitgewerkt. Vervolgens kunnen bestaande aanpakken hiermee worden versterkt. Wanneer dit goed werkt, kan de verbrede werkwijze worden uitgerold en vormt dit de nieuwe standaard in een EPA-aanpak.

³⁰In de ontwikkelfase wordt met vertegenwoordiging van de wadden eilanden een passende vertaling van de doelstellingen opgeleverd voor de lokale situatie op de eilanden

Plan van aanpak

Om bovenstaande doelstelling te bereiken, worden de volgende activiteiten uitgevoerd:

1. Verdere uitrol van een integrale EPA-aanpak onder alle gemeenten in Friesland
2. Verbreding van de bestaande EPA-aanpak naar huisartsen en LVB-professionals
3. Vormgeven van een communicatiecampagne richting gemeenten en wijkteams

1. Verdere uitrol van een integrale EPA-aanpak onder alle gemeenten in Friesland

De verdere uitrol van een integrale EPA-aanpak, die voldoet aan de vijf kernonderdelen, wordt projectmatig geïmplementeerd met duidelijke doelstellingen, fasering en mijlpalen. In Friesland hebben vijf gemeenten de aanpak al geïmplementeerd, terwijl de andere gemeenten zich in verschillende fases van implementatie bevinden. Voor de verdere uitrol wordt een centrale projectleider aangesteld en worden er middelen aangevraagd voor de ondersteuning van professionals vanuit de GGZ en de gemeenten bij de implementatie. De volledige implementatie van een integrale EPA-aanpak van start tot einde beslaat grofweg anderhalf jaar per gemeente. Binnen het transformatieplan worden alle incidentele middelen die gemoeid zijn met de implementatie van een integrale EPA-aanpak aangevraagd. Hierbij is er aandacht voor de aansluiting van de EPA-aanpak bij de 'couleur locale' van de gemeente, binnen de kaders van de kernonderdelen.

2. Verbreding van de bestaande EPA-aanpak naar huisartsen en LVB-professionals

De verbreding van de bestaande aanpak in samenwerking met huisartsen en LVB-professionals wordt eveneens projectmatig aangepakt. Centraal hierin staat dat dit een gezamenlijk traject is, dat wordt opgepakt met gemeenten, huisartsen, LVB-professionals, de GGZ en de verslavingszorg. De wijze waarop deze domeinen aangesloten worden, is hierin de belangrijkste vraag. Hierbij wordt zoveel mogelijk voortgebouwd op al bestaande samenwerkingsafspraken. Na de uitwerking van een werkwijze die voor alle partijen werkbaar is, moet ook aandacht worden besteed aan opleiding, training en teambuilding. De EPA-aanpak wordt eerst verbreed in één of twee gemeenten die al werken met deze integrale aanpak. Als dit succesvol verloopt, wordt de verbrede werkwijze geïmplementeerd in de overige gemeenten.

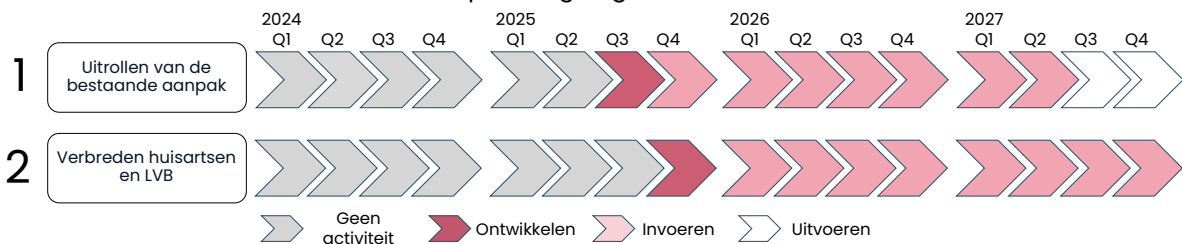
3. Vormgeven van een communicatiecampagne richting gemeenten en wijkteams

Begin 2025 wordt een communicatiecampagne ontwikkeld, die gedurende de gehele looptijd van de transformatie (tot en met 2027) wordt uitgevoerd. Deze campagne maakt deel uit van een bredere campagne in het kader van dit transformatieplan (zie ook de paragraaf 'communicatieplan').

Voor het uitrollen van een EPA-aanpak wordt uitgegaan van de inzet van een centrale (deeltijd)projectleider. Daarnaast wordt er in de aanvraag rekening gehouden met de inzet van de tweedelijns en het sociaal domein voor de aansluiting. Dit geldt ook voor de aansluiting van huisartsen en LVB-professionals. Daarnaast zijn in de aanvraag ook dagen opgenomen voor professionals uit alle domeinen, om de verbreding van een EPA-aanpak verder uit te werken.

Tijdspad

De activiteiten worden via onderstaande planning uitgevoerd:



4.4.2 Integrale aanpak voor multi-stress gezinnen (gezinshulp)

Stand van zaken

Dit onderwerp gaat over een integrale aanpak voor multi-stress gezinnen, waarin sprake is van complexe problematiek die meerdere levensdomeinen en gezinsleden raakt. De aanpak omvat de inzet van een multidisciplinair team van professionele zorg- en hulpverleners, zoals gezinscoaches, behandelaren en consultants uit de jeugdhulp, volwassenenzorg en het sociaal domein.

Alle expertise rondom zorg en hulp voor multi-stress gezinnen wordt vanuit één team geboden of georganiseerd. Hierdoor verbetert de afstemming van zorg en hulp, nemen doorverwijzingen af en komt de ondersteuning sneller en efficiënter op gang. Het gezinsteam werkt integraal aan een stabiele basis voor het gezin en zorgt ervoor dat de benodigde zorg tijdig wordt ingezet. De verwachten voordelen van deze aanpak zijn aanzienlijk: zorg en hulp worden beter afgestemd tussen de verschillende domeinen, waardoor gezinnen effectiever worden ondersteund. Dit vergroot de kans om de onderliggende problematiek duurzaam te doorbreken en intergenerationele problemen te verminderen.

De aanpak Gezinshulp werkt volgens acht leidende principes:

- Het netwerk wordt vanaf het begin geactiveerd en betrokken
- Het gezin behoudt dezelfde, vertrouwde, gezichten (duo) als vast aanspreekpunt gedurende alle inzet van zorg en hulp
- Het gezin heeft de regie, besluiten worden *met* hen genomen en niet *voor* hen
- Zorg, hulp en ondersteuning wordt in de juiste volgorde ingezet. De basis op orde is de eerste prioriteit
- De hulpverlening is maatwerk voor gezin
- Er is één integraal behandel- en ondersteuningsplan voor het hele gezin
- Er is voldoende tijd voor een gedegen analyse van het systeem en de samenhang tussen problemen en krachten
- Er is voldoende tijd om te werken aan het vertrouwen van het gezin

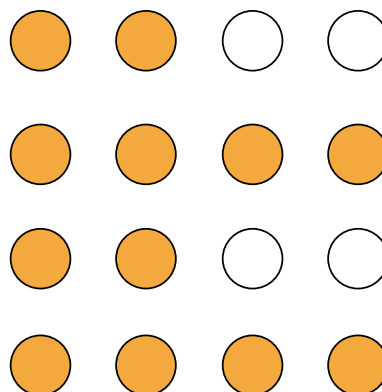
De aanpak is ontwikkeld met de gemeente Smallingerland, waar momenteel een eerste gezinsteam actief is dat volgens deze werkwijze werkt. De aanpak is ook uitgewerkt en vastgelegd in een handboek. Op basis van praktijkervaringen wordt deze werkwijze continu doorontwikkeld door het team. Er wordt voortdurend geëvalueerd of verbeteringen mogelijk zijn, zodat inhoudelijke kaders en afspraken steeds worden aangescherpt. Een wetenschappelijk onderzoeker betrokken bij het team en onderzoekt de effecten en meerwaarde van de aanpak. Daarnaast is er veel aandacht voor communicatie over de nieuwe werkwijze. De focus ligt op het informeren van zowel inwoners, verwijzers als zorgaanbieders. Daarnaast richt de communicatie zich op andere gemeenten, met aandacht voor de effecten van de aanpak en de mogelijkheden om de inzet van gezinshulp in Friesland uit te breiden.

Doelstelling

Het doel is dat in 2030 alle Friese gemeenten³¹ werken met de (doorontwikkelde) Gezinshulpaanpak voor alle multi-stress gezinnen. De bijdrage van dit onderdeel op de vier doelstellingen van dit transformatieplan is als volgt:

³¹ In de ontwikkelfase wordt met vertegenwoordiging van de wadden eilanden een passende vertaling van de doelstellingen opgeleverd voor de lokale situatie op de eilanden

1. De Friese inwoners zijn weerbaarder en veerkrachtiger
2. Alle Friese inwoners ontvangen passende ondersteuning en zorg op de juiste plek
3. Het aantal inwoners dat zich meldt bij de eerste en tweede lijn neemt af
4. Met hetzelfde aantal professionals blijft de toegang en kwaliteit geborgd



Overwegingen

De zorgaanbieders die betrokken zijn bij deze aanpak werken grotendeels regionaal en zijn een groot voorstander van deze aanpak. Een groot deel van de kosten van Gezinshulp wordt door de gemeente gefinancierd. Om de aanpak verder uit te breiden naar heel Friesland, ligt de prioriteit nu bij het enthousiasmeren van gemeenten voor de implementatie ervan. Op dit vlak doen zich geen problemen of weerstand voor. Wel is de aanpak voor veel gemeenten nieuw en moet deze aansluiten bij de manier waarop zij de organisatie van het sociaal domein beogen. Om deze redenen is het van groot belang dat gemeenten het 'wat, hoe en waarom' van Gezinshulp goed begrijpen.

Voor de kwaliteit van Gezinshulp is het belangrijk dat de werkwijze zoveel mogelijk wordt gestandaardiseerd. Gezien de uitvoering plaatsvindt via regionale aanbieders, moet te grote variatie in de organisatie van gezinsteams worden voorkomen, om onnodige administratieve lasten en kwaliteitsverschillen te beperken. Tegelijkertijd is het belangrijk om voldoende ruimte in te bouwen voor lokale verschillen, zodat de implementatie in alle Friese gemeenten succesvol kan verlopen.

Wat betreft de implementatie van de aanpak wordt voorgesteld om stapsgewijs te werken, waarbij eerst wordt ingezet op uitbreiding in een aantal gemeenten. Dit biedt de kans om de werkwijze verder te verfijnen en aan te passen aan lokale omstandigheden. Daarnaast biedt dit de ruimte om (onderzoeks)resultaten te verzamelen van het team in Smallingerland, wat kan bijdragen aan gesprekken met gemeenten over de maatschappelijke meerwaarde van de aanpak. Het idee is om in 2025 met enkele nieuwe gemeenten te starten, de werkwijze gaandeweg verder uit te ontwikkelen en waar mogelijk te standaardiseren, om de aanpak vervolgens uit te rollen naar de andere Friese gemeenten.

Plan van aanpak

Om bovenstaande doelstelling te bereiken, worden de volgende activiteiten uitgevoerd:

1. Bepalen volgorde implementatie gemeenten
2. Implementeren van de aanpak in enkele gemeenten
3. Uitrol naar alle andere gemeenten

1. Bepalen volgorde implementatie gemeenten

In deze fase ligt de focus op het informeren van gemeenten over de aanpak en het inventariseren welke gemeenten als eerste willen beginnen³². Dit begint met brede communicatie over de aanpak

³² De gemeenten Súdwest-Fryslân en Dantumadiel hebben reeds aangegeven te willen starten met een verkenning

en het geven van informerende presentaties in relevante gremia, zoals regionale overleggen voor wethouders of bestuurders. Gemeenten die snel van start willen, worden benaderd voor een verkennend gesprek over de aanpak en de aansluiting op de lokale context. Dit gesprek vindt plaats op zowel bestuurlijk als beleidsmatig niveau en kan gevoerd worden door afvaardiging uit de huidige stuurgroep Gezinshulp en de projectleiding. Het doel van deze eerste gesprekken is om voldoende interesse te wekken, zodat de gemeente een verkenning aangaat. Tijdens de verkenning wordt de organisatie van hulp en zorg voor de doelgroep binnen de gemeente in kaart gebracht. Dit bestaat uit een analyse van de omvang en zorgkosten van de doelgroep, een gesprek met beleidsmedewerkers over het lokale beleid, gesprekken met het wijkteam over hun ervaringen en een bezoek aan het bestaande gezinsteam. De verkenning resulteert in een “haalbaarheids”-businesscase en een implementatievoorstel dat aansluit bij de lokale realiteit. Het uitgangspunt is om zoveel mogelijk de werkwijze van het bestaande team te kopiëren: het standaardmodel met voldoende *couleur locale*.

2. Implementeren van de aanpak in enkele gemeenten

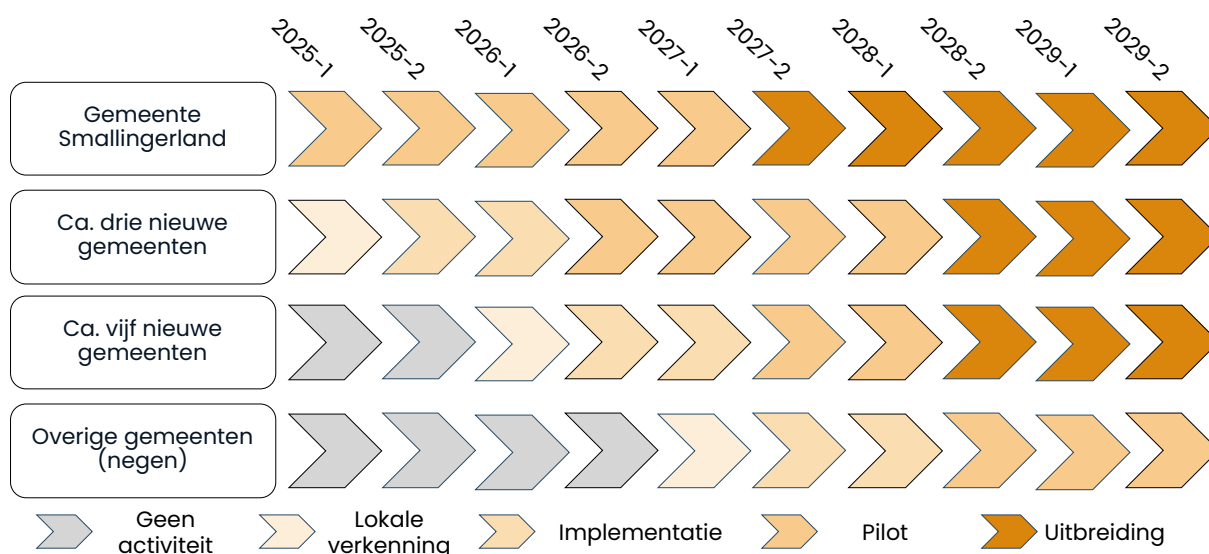
Op basis van de uitkomsten van de verkenning wordt de aanpak uitgerold in twee of drie nieuwe gemeenten. De werkwijze uit Smallingerland dient daarbij als blauwdruk voor de implementatie in andere gemeenten. Waar nodig kunnen lokaal aanpassingen worden gemaakt aan zowel de werkwijze als de implementatie. In deze fase worden alle stappen gezet om een eerste gezinsteam in de gemeente op te zetten – een pilot van een nader te bepalen periode (1 of 2 jaar). Er worden afspraken gemaakt over de resultaten waarbij de samenwerking structureel wordt ingebed en mogelijk wordt uitgebreid. Deze afspraken, en de inhoudelijke afspraken over de samenwerking, worden vastgelegd in een samenwerkingsovereenkomst. Het idee is dat deze eerste pilot binnen een gemeente de basis vormt voor de verdere uitbreiding. Verdere opschaling met extra teams binnen een gemeente valt niet onder de ondersteuning van het IZA. De verwachting is dat dit wordt opgepakt via gesprekken tussen de betrokken gemeenten en aanbieders, gevolgd door de uitvoering van een uitbreidingsplan.

3. Uitrol naar alle andere gemeenten

Terwijl de aanpak in enkele gemeenten wordt geïmplementeerd, wordt tegelijkertijd gewerkt aan het enthousiasmeren van de resterende gemeenten. In elke gemeente wordt een verkenning uitgevoerd van de lokale situatie. Ervaringen uit eerdere gemeenten worden benut om dit proces verder te standaardiseren en het sneller uit te voeren. Dit geldt ook voor de daaropvolgende implementatiefase. Wel zal er voor elke gemeente circa een jaar nodig zijn voor de implementatiefase, omdat er rekening moet worden gehouden met lokale verschillen. Naarmate meer gemeenten zich aansluiten en de effecten van de aanpak beter worden onderbouwd, zal de pilotfase in nieuwe gemeenten steeds korter worden. Uiteindelijk zal de werkwijze volledig gestandaardiseerd zijn en wetenschappelijk onderbouwde effecten opleveren.

Tijdspad

De activiteiten worden in lijn met onderstaande planning uitgevoerd:



4.5 OVERIGE ONDERWERP-OVERSTIJGENDE PROJECTEN

De WAMG moet worden gezien in het kader van de bredere FRIZA-beweging die in gang wordt gezet. Dit betekent dat er in de uitvoering van het plan nauwe verbinding is met de andere opgaven en fundamenteën vanuit het Friese regioplan IZA: Kansrijk opgroeien & gezond leven, Gezond ouder worden en toekomstbestendige MSZ, versterking van de sociale basis, het versterken van de eerste lijn, de arbeidsmarkt, de digitalisering en inwonerparticipatie & bewustwording.

Naast de hierboven omschreven onderdelen van de WAMG zijn er een aantal onderdelen die ten dienste staan aan het gehele netwerk in Friesland en haar inwoners, en specifiek aandacht vragen. Dit gaat om:

1. Inwonerparticipatie
2. Het vormgeven van een lerend netwerk mentale gezondheid
3. Het ontwikkelen en ontsluiten van digitaal aanbod op het gebied van mentale gezondheid
4. Het opleiden van betrokken professionals in het gedachtegoed van Positieve Gezondheid
5. Het inzichtelijk maken van de sociale kaart, plekken en wachttijden
6. Communicatieplan mentale gezondheid

Het nut, de noodzaak en de wijze van implementatie van deze projectonderdelen is het onderstaande uitgewerkt.

1. Inwonerparticipatie

Inwonerparticipatie vormt een onmisbaar fundament binnen het FrIZA Regioplan en daarmee ook in dit transformatieplan mentale gezondheid. Bij elk onderdeel wordt op een passende en maatwerkgerichte wijze actief de betrokkenheid van Friese inwoners geborgd. Deze betrokkenheid wordt vormgegeven in nauwe samenwerking met de in oprichting zijnde 'participatiehub', waarbij Zorgbelang als vertegenwoordiger een belangrijke rol vervult. Het betrekken van inwoners en ervaringsdeskundigen is essentieel om ervoor te zorgen dat de uitgewerkte methodieken en interventies aansluiten bij de leefwereld en behoeften van de inwoners. Binnen alle onderdelen, en specifiek binnen het lerend netwerk, is expliciete aandacht voor deze samenwerking. Hiervoor worden middelen gereserveerd om zowel de inzet van ervaringsdeskundigen te faciliteren als inwoners actief te betrekken bij de uitwerking, implementatie en uitvoering. Het is van belang dat ervaringsdeskundigen/ inwoners voldoende bekwaam dan wel gefaciliteerd worden. Bovendien

wordt in samenspraak met betrokken partijen tussentijds geëvalueerd of de gebruikte methodieken, zoals bijvoorbeeld de STORM-methode en de WAMG-aanpak, effectief zijn en aansluiten bij de praktijk en ervaringen van de Friese samenleving.

Binnen het transformatieplan worden middelen aangevraagd voor de inzet van ervaringsdeskundigen en om Friese inwoners actief te betrekken. Voor de ontwikkeling van de activiteiten uit dit transformatieplan geldt dat er in de aanvraag rekening gehouden is met de vertegenwoordiging van inwoners zodat het perspectief van de inwoner goed geborgd is. Enerzijds is er per project een klein budget opgenomen voor deze (tijds)inzet, anderzijds is er overkoepelend additioneel budget opgenomen voor de participatie van inwoners.

Bovenstaande onderwerpen worden opgepakt vanuit de programmastructuur mentale gezondheid. Voor elk onderwerp wordt een werkgroep samengesteld die zorgt voor de uitvoering.

2. Het vormgeven van een lerend netwerk mentale gezondheid

Om te komen tot een transformatie naar Toegankelijke Mentale Gezondheidszorg waar zorgvragers en professionals onderling (domein overstijgend) op een transformatieve manier met elkaar aan de slag gaan zijn een andere benadering, ander gedrag, andere kennis en vaardigheden nodig. Dat gaat gepaard met weerstand, emoties, maar biedt ook kansen voor en duurzame verandering. Een dergelijke transformatie slaagt alleen met een lerende aanpak vanuit lerende netwerken met ruimte om gedurende het proces bij te sturen. Om tot een transformatie te komen is het essentieel om te leren met elkaar. Transformaties verlopen grillig en onvoorspelbaar, het is een 'zoekend proces' waarbij steeds afwegingen gemaakt worden wat er moet gebeuren en of dat wat gebeurt bijdraagt aan de structurele doelen en verandering. In dat zoekend proces staat leren en bijsturen centraal, met de focus op de transitiedoelen. Daarnaast biedt een lerend netwerk de mogelijkheid om geleerde lessen en succesverhalen te delen op zowel lokaal als provinciaal niveau. Het netwerk sluit aan bij bestaande lerende netwerken in de provincie, maar vraagt tegelijkertijd meer dan alleen het samenbrengen van de bestaande gremia en gesprekstafels.

Het voorstel is om een lerend netwerk mentale gezondheid vorm te geven, waarin op twee niveaus lerende systemen worden georganiseerd: lokaal en provinciaal. Op lokaal niveau nemen inwoners en professionals, die actief zijn in dezelfde wijk of rondom een Hagro, deel aan een lokaal lerend netwerk. Zij komen zowel informeel als ondersteund bijeen om elkaar te leren kennen, goede voorbeelden te bespreken en elkaars leefwereld en perspectieven te begrijpen. Op deze manier worden verbanden gelegd tussen de lokaal betrokken organisaties en inwoners.

Op provinciaal niveau wordt het lerend netwerk opgezet in lijn met het gedachtegoed "Reflexieve Monitoring in Actie (RMA)". RMA is een methode voor het bevorderen van leerprocessen in systeeminnovatieprojecten (van Mierlo, et.al, 2010). RMA is zowel gericht op verandering van de praktijk als op het ontwikkelen van kennis over die verandering met als doel interactief leren en bijsturen om lange termijn doelen van het transformatieplan te bereiken. Het richt zich tevens op het identificeren van vroege signalen en het benutten daarvan voor voortdurende transitiegerichte verbeteringen. Op basis van opgehaalde inzichten worden plannen indien nodig bijgesteld en er wordt steeds in gezamenlijkheid een dynamische leeragenda opgesteld.

De RMA zorgt voor het stimuleren van het leren door middel van (continue) reflectie met het netwerk van betrokkenen binnen dit transformatieplan. Opgeleide RMA monitoren voeren daarvoor diverse activiteiten uit, zoals het opzetten van een infrastructuur voor het lerend netwerk, het voeren van of observeren bij overleg met partners en het organiseren van workshops met behulp van RMA-tools. De RMA monitoren geven samen met projectleider van de verschillende onderwerpen binnen dit plan in ieder geval vorm (met behulp van de RMA-tool de 'Dynamische Leeragenda') om het leren

en reflecteren in de praktijk te bevorderen (met de focus op de transitiedoelen). Voor ieder van de onderdelen van de WAMG wordt een uitdaging, inzicht of leermoment, een leervraag en vervolgactie(s) vastgelegd.

Als onderdeel van de reflexieve monitor in actie wordt eens per jaar een brede bijeenkomst georganiseerd waarin enerzijds kennis wordt gedeeld en daarnaast ook input wordt opgehaald voor het vervolg. Omdat het lerend netwerk diverse betrokkenen bij elkaar brengt, is het een uitdaging om op de juiste manier het gesprek te voeren. Het vergt tijd om aan elkaar te wennen en elkaar echt te begrijpen, waardoor het belangrijk is om een vaste methodiek te hanteren

De lokale netwerken hebben de vrijheid om een passende methodiek te kiezen, mits deze aansluit bij de provinciale werkwijze. De exacte werkwijze van het lerend netwerk, inclusief de gekozen methodiek en de aansluiting tussen de lokale en provinciale netwerken, wordt in Q4 van 2025 uitgewerkt.

Het organiseren van het lerende netwerk vereist ondersteuning van een projectleider die de opstartfase zorgvuldig begeleidt. De projectleider is verantwoordelijk voor het bij elkaar brengen van de partijen en organisaties op provinciaal niveau en voor het waarborgen van de werkwijze. Hij of zij wordt hierin ondersteund door de projectleiders op lokaal (Hagro) niveau: de Hagro-managers. De projectleider zorgt voor de verbinding tussen de provinciale en lokale lerende systemen. De tijdsinzet van de projectleider, evenals een budgetreservering voor bijeenkomsten, is opgenomen in het transformatieplan.

3. *Het ontsluiten van digitaal aanbod*

Om de toegankelijkheid van de mentale gezondheidszorg in Friesland te waarborgen en de andere onderdelen van het transformatieplan te realiseren, moet er ook aandacht worden besteed aan digitalisering. Het transformatieplan gaat uit van een aanzienlijke inzet als het gaat om de implementatie van praktische toepassingen zoals het MDO, het verkennend en het oriënterend gesprek, meer en effectievere aandacht voor doelgroepen en nadruk op positieve gezondheid. Onderliggend daaraan is ook de gedachte dat er tussen het sociaal domein, eerstelijns en tweedelijns meer verbinding ontstaat. Dit betreft niet alleen verbinding tussen organisaties, maar ook tussen professionals die met de inwoners, cliënten en/of patiënten te maken hebben. Voor inwoners betekent dit dat zij beter geïnformeerd zijn, beter en bewuster omgaan met hulp en gemakkelijker toegang hebben tot laagdrempelige zorg.

Het bestaande aanbod is divers en wordt geleverd door een groot aantal organisaties, ieder met hun eigen systemen en mate van digitalisering. Dát digitalisering een rol moet spelen bij het behalen van de transformatie doelstellingen, staat vast. Welke inzet vanuit dit plan concreet moet worden vormgegeven is op dit moment nog niet volledig uitgewerkt. Hieronder worden de belangrijkste denkrichtingen toegelicht. Hoofddlijn hierbij is dat de inzet vanuit dit plan een zo compleet mogelijke basis biedt voor de realisatie van het Transformatieplan.

Pijlers

Op dit moment zijn er zes pijlers geïdentificeerd die naar verwachting een bijdragen aan het realiseren van de doelstellingen van het transformatieplan. Hieronder wordt per pijler uiteengezet welke bijdrage deze kan leveren en welke inzet op hoofdlijnen vanuit dit plan nodig is.

Pijler 1: Digitale (zelf)zorgoplossingen

Deze pijler richt zich op het verbreden van zelfzorgoplossingen binnen het werkgebied. De achterliggende gedachte is dat een groter, beter en meer aansluitend aanbod inwoners kan ontzorgen, waardoor de druk op de professionals afneemt. Het doel is niet alleen dat inwoners dit aanbod zelfstandig kunnen vinden, maar ook dat professionals in het voorliggend veld, wijk- en

buurtteams, de eerstelijns- en tweedelijnszorg, en laagdrempelige steunpunten hier actief naar kunnen verwijzen. Dit aanbod kan ook onderdeel zijn van blended-care, waarbij een deel van de hulpverlening door professionals gesubstitueerd wordt door digitaal aanbod. Het is een realistische verwachting dat de inzet van dit type aanbod in de regio bijdraagt aan het verminderen van wachtlijsten en meer ruimte creëert om mensen die niet direct geholpen kunnen worden, bij te staan.

Er is al sprake van aanbod op dit vlak vanuit de eerste- en tweedelijnszorg. Het bestaande aanbod voor mentale gezondheidsvragen is echter niet altijd fysiek verbonden aan de regio; er is ook sprake van landelijk aanbod, naast dat van Friese partijen. Veel Friese gemeenten hebben inwoners al geïnformeerd over de mogelijkheden van het lokale aanbod in het sociaal domein. Op dit moment is er echter onvoldoende inzicht in mogelijke hiaten in de cliëntenreis met betrekking tot zelfhulpaanbod, evenals in wat hierin zodanig essentieel is dat dit nu ontwikkeld moet worden. De eerste stap binnen pijler 1 is dan ook om dit in kaart te brengen en op basis daarvan een plan op te stellen. Hierbij dient aandacht te zijn voor het bestaande aanbod en de wenselijke aanvullingen.

Pijler 2: Gegevensuitwisseling

Samenwerking binnen een netwerk vereist een robuuste en veilige gegevensuitwisseling. Zonder de mogelijkheden om clientgegevens uit te wisselen, blijven professionals werken met versnipperde informatie. Dit leidt tot onnodige handelingen, mogelijke dubbele diagnostiek, langere wachttijden en minder effectieve samenwerking. De essentie van het transformatieplan is juist dat samenwerking en afstemming over de grenzen van domeinen en organisaties heen van meerwaarde opleveren. Het is daarom belangrijk bestaande mogelijkheden op dit vlak ook worden toegepast voor de professionals in Fryslân. Dit betekent niet dat er een gezamenlijk systeem wordt gebruikt, maar dat relevante gegevens toegankelijk zijn voor professionals van andere organisaties die betrokken zijn bij de cliënt. Op dit moment zijn dergelijke mogelijkheden binnen het WAMG nog niet beschikbaar in Friesland, terwijl ze landelijk wel al bestaan.

De inzet binnen deze pijler zich zou moeten richten op de toepassing van bestaande landelijke initiatieven op dit vlak. Dit is efficiënter en effectiever dan het ontwikkelen van eventuele eigen nieuwe standaarden. Het inzetten van dit type digitale toepassingen is zonder meer noodzakelijk om de plannen effectief te kunnen uitvoeren. De eerste stap hiervoor is om een programma van eisen te ontwikkelen, dat aansluit bij de bestaande situatie in Fryslân en zo veel als mogelijk gebruik maakt van bestaande initiatieven en standaarden. Na het programma van eisen en het selecteren van een IT-partner worden de reguliere stappen doorlopen bij dit type trajecten (MVP, PoC, technische implementatie en doorontwikkeling).

Pijler 3: Ontwikkeling en implementatie van een uniform digitaal platform / Netwerk Informatie Systeem (NIS)

De derde pijler bouwt voort op de vorige. In Pijler 2 ligt de nadruk op het inzichtelijk maken van de relevante informatie over inwoners, cliënten en patiënten voor professionals. Een uniform digitaal platform of een Netwerk Informatie Systeem (NIS) gaat een stap verder. Dit is een digitale toepassing waarmee gegevens onderling kunnen worden geraadpleegd en waar nodig bijgewerkt. Daarnaast biedt het de mogelijkheid om digitale applicaties te ondersteunen, zowel in de communicatie met cliënten als tussen professionals. Dit laatste maakt onderlinge informatie-uitwisseling en communicatie efficiënter. De voordelen hiervan zijn vooral van belang voor effectievere samenwerking en breder inzicht bij professionals over wat er bij de cliënten aan hulp wordt ingezet. Dergelijke systemen bieden ook mogelijkheden als het gaat om informatie over de gehele keten, hetgeen ook van belang is voor het monitoren van de effectiviteit van de samenwerking en de resultaten ervan (pijler 4). Een gezamenlijk digitaal platform kan doorslaggevend zijn in het verminderen van versnippering binnen het mentale gezondheidsnetwerk en het verbeteren van samenwerking tussen professionals. Zonder een centraal NIS blijven gegevens en

communicatiestromen verspreid over verschillende organisaties, wat leidt tot inefficiënties, tragere zorgtrajecten en problemen bij het genereren van ketenbrede informatie.

In Fryslân zijn dergelijke toepassingen in de mentale gezondheidszorg nog niet beschikbaar. Landelijk zijn er wel systemen beschikbaar. Het is de verwachting dat de ontwikkeling op dit vlak in de komende jaren verder gaat. Mede gezien de doorlooptijd om een dergelijk systeem te implementeren, de evidente voordelen ervan, het tekort aan professionals en de wachtlijsten is het niet verantwoord om te wachten met deze pijler. Het is om deze reden dat naast pijler 2 ook voor deze pijler een programma van eisen ontwikkeld gaat worden. Belangrijke aandachtspunten daarbij zijn Interoperabiliteit (zorgen dat het systeem goed aansluit bij bestaande systemen), aansluiting bij landelijke standaarden, gebruiksvriendelijkheid voor inwoners en professionals en beveiliging en privacy. Na het programma van eisen en het selecteren van een IT-partner worden de reguliere stappen doorlopen bij dit type trajecten (MVP, PoC, technische implementatie en doorontwikkeling).

Pijler 4: Ontwikkeling van een slimme BI-tool

Deze pijler behelst de selectie en invoering van een gezamenlijke BI-tool die toegang biedt tot relevante informatie van alle betrokken partijen. De analyses die hieruit voortkomen, dragen bij aan het verbeteren van de toegankelijkheid en kwaliteit van de mentale zorg. Een dergelijke BI-tool verschaft onder andere inzicht in het zorgaanbod en wachttijden. Niet alleen is dit voor professionals van belang, maar informatie hierover is ook van belang voor het meten van de voortgang in het verbeteren van de prestaties van WAMG. Dit maakt op zijn beurt het leren mogelijk en geeft handvatten om bij te sturen op het niveau van de zorgketen in Fryslân. Door een data gestuurde aanpak kunnen knelpunten sneller gesignaleerd en opgelost worden, wat leidt tot een betere toegankelijkheid en kwaliteit van zorg. Het voortbouwen op pijler 3 lijkt daarbij logisch en wenselijk. In het plan is voorzien om hiervoor als eerste stap een programma van eisen te ontwikkelen. Het is van belang dat er een prioritering wordt aangebracht in de behoefte aan informatie. Prioriteit moet liggen bij de aspecten die aansluiten op de hoofd-KPI's van het transformatieplan. Na het programma van eisen en het selecteren van een IT-partner worden de reguliere stappen doorlopen bij dit type trajecten (MVP, PoC, technische implementatie en doorontwikkeling).

Pijler 5: Inzet van AI-spraaktechnologie

De zorg staat onder druk door een hoge administratieve last en een tekort aan zorgverleners. AI-spraaktechnologie kan hierin oplossingen bieden, onder meer door de administratietijd te verminderen. Door de inzet van AI wordt de efficiëntie verhoogd en de werkdruk verlaagd, wat bijdraagt aan het behoud van zorgverleners en het verbeteren van de kwaliteit van zorg.

Op dit moment zijn veel organisaties bezig met het (onderzoeken of het) invoeren van AI-spraaktoepassingen. Ook in Fryslân is dit het geval. Een voorbeeld van dit type tool wordt reeds door 25 huisartsenpraktijken in Friesland gebruikt en heeft veelbelovende resultaten laten zien in het terugdringen van patiëntgebonden administratietijd. Niet alleen huisartsen zien deze toepassing als waardevol, maar ook behandelaren in de tweede lijn en hulpverleners binnen het sociaal domein. Gezien de huidige positieve resultaten wordt de brede implementatie van de AI-spraakherkenningstool direct opgenomen in dit transformatieplan. Het is van belang om een programma van eisen te ontwikkelen en een plan te maken voor de implementatie van deze technologie in Fryslân. Na het programma van eisen en het selecteren van een IT-partner worden de reguliere stappen doorlopen bij dit type trajecten (MVP, PoC, technische implementatie en

Pijler 6: Taskforce voor onderzoek en implementatie van digitale zorgvervanging

De zorgvraag groeit sneller dan de beschikbare personele capaciteit, waardoor traditionele zorgmodellen niet langer houdbaar zijn. Digitalisering biedt nieuwe mogelijkheden om zorgvraagstukken op te lossen, zoals digitale triage, AI-gestuurde diagnostiek en chatbot-ondersteunde behandelingen. Veel van deze onderdelen worden door de partijen op eigen initiatief

opgepakt en ingezet in de zorgpraktijk. Toch is het daarnaast nodig om binnen de taskforce periodiek te bezien of het tempo van ontwikkeling daarin voldoende is, of er aanpassingen nodig zijn en/of maatregelen op het niveau van het WAMG. In die zin draagt deze pijler bij aan een toekomstbestendige en schaalbare zorginfrastructuur, waarbij meer zorg geleverd kan worden met minder personeel. Het opzetten van een dergelijke taskforce is de eerste stap bij de implementatie.

Verbinding met bredere ontwikkelingen

Bij het formuleren en uitvoeren van de vervolgstappen, wordt zo veel mogelijk samengewerkt met soortgelijke initiatieven in de andere noordelijke provincies (Groningen en Drenthe). Uitgangspunt daarbij is wel dat een dergelijke samenwerking versnellend werkt. Zoals eerder gesteld wordt in ieder geval aangesloten bij reeds lopende ontwikkelingen en bij (nationale) digitale standaarden en reeds bestaande landelijke voorzieningen. Daarnaast wordt verbinding gezocht met de werkafspraken omtrent digitalisering, zoals vastgesteld binnen het FRIZA-brede fundament digitalisering.

Prioriteiten

In het bovenstaande is voorzien dat met alle hierboven genoemde pijlers wordt gestart. Voor Pijlers 5 en 6 bestaat dit uit de nadere uitwerking. Bij pijlers 1,2,3 en 4 wordt voorzien in de ontwikkeling van een programma van eisen als eerstvolgende stap. Als onderdeel van een te ontwikkelen programma's van eisen moet – naast de opmerkingen in het bovenstaande – inzicht worden gegeven in de volgende aspecten:

- De mate waarin de voorgestelde oplossingen in de pijler impact hebben op de hoofddoelstellingen van het plan. Daarvoor moet ten minste een zo veel als mogelijk in feiten en aannames gefundeerde inschatting worden gemaakt
- De mate waarin de oplossingen het WAMG ondersteunen bij de uitvoering van de elementen ervan. Belangrijk daarbij is dat aangegeven wordt in welke mate welke onderdelen ondersteund worden
- De omvang van de gebruikers die door de inzet van de oplossingen baat hebben bij het gebruik ervan
- De vraag of de voorgestelde oplossing binnen de termijn van het plan implementeerbaar is en/of aantoonbaar effect zou kunnen sorteren
- De eventuele risico's van een implementatie en/of een inschatting van de kans dat de voorgestelde oplossing geen of minder effect zal sorteren
- Een begroting van de totale kosten ervan

Bij alle programma's van eisen wordt verwacht dat voor de pijler ook meerdere opties in kaart worden gebracht, zodat er in geheel ook afwegingen kunnen worden gemaakt over de inzet van middelen.

Op basis van deze programma's van eisen zal door de stuurgroep een besluit worden genomen over de vervolgstappen. De stuurgroep heeft de vrijheid om hierin keuzes te maken, zoals het bijsturen van de plannen per pijler (meer of minder) of zelfs te besluiten om één of meerdere pijlers niet voort te zetten. Daarbij geldt als uitgangspunt dat het totale bedrag van de beschikbare middelen vast staat. De voornaamste afweging voor de stuurgroep bij het stellen van prioriteiten en/of het maken van keuze is om de meeste meerwaarde in termen van bijdrage aan de hoofddoelstellingen van het plan te genereren binnen de planperiode met het totaal aan beschikbare middelen, waarbij de mogelijke risico's zo beperkt mogelijk worden gehouden. Voor de pijlers 5 en 6 is zoals gezegd het voorstel om na de goedkeuring van het plan direct over te gaan tot realisatie en/of implementatie. Het is voor deze onderdelen wel van belang dat er eerst een uitwerking of plan wordt gemaakt, dat voor de aanvang van de feitelijke uitvoering aan de stuurgroep wordt voorgelegd ter goedkeuring.

Financiële aanvraag

Voor iedere van de zes digitaliseringspijlers is in de financiële aanvraag budget gereserveerd. Dit gaat over de tijdsinzet van professionals die betrokken zijn bij de uitwerking van een plan van aanpak, onder leiding van een projectleider. Daarnaast zijn middelen opgenomen voor externe dienstverleners en de kosten van de implementatie (frictiekosten). Dit budget is overigens, bij gebreke van een uitgewerkt programma van eisen, op dit moment nog niet volledig aan de realiteit en haalbaarheid getoetst.

4. *Het opleiden van betrokken professionals in het gedachtegoed van Positieve Gezondheid*

In de Friese WAMG staat Positieve Gezondheid centraal. Positieve Gezondheid is een brede, integrale benadering van gezondheid, gedreven door het besef dat gezondheid niet alleen de afwezigheid van ziekte is, maar ook het volledige spectrum van fysieke, emotionele en sociale gezondheid en welzijn omvat. De focus verplaatst zich van het behandelen van ziekten naar het bevorderen van welzijn en gezonde leefstijlkeuzes. Aan betrokkenen en professionals in de Friese netwerken wordt een scholingsprogramma aangeboden, zodat hun kennis en vaardigheden op het gebied van Positieve Gezondheid worden vergroot. Door dit scholingsprogramma gezamenlijk te doorlopen, ontwikkelen professionals een gedeelde taal om over mentale problematiek te praten. Mogelijk is het ook wenselijk om inwoners de mogelijkheid te geven zelf aan de slag te gaan met Positieve Gezondheid, bijvoorbeeld middels een training; dit wordt meegenomen in de inventarisatie. Daarnaast wordt de mogelijkheid om de Friese taal toe te voegen in het IPH-model, en de mogelijkheid om IPH te intrigeren met technologische toepassingen zoals de AI-spraakherkenningstool.

In dit transformatieplan wordt ervan uitgegaan dat alle medewerkers die actief zijn in het lokale netwerk mentale gezondheid worden getraind in het gedachtegoed van Positieve Gezondheid. Afhankelijk van de mate waarin zij deze kennis toepassen in de praktijk (bijvoorbeeld in een verkennend of oriënterend gesprek, of als algemene basis in hun werk) ontvangen zij een uitgebreide of beknopte training. Om dit te realiseren, wordt in Q4 van 2025 geïnventariseerd wat de benodigde omvang van de vraag is (hoeveel en welke medewerkers in welke mate geschoold moeten worden), waarbij rekening wordt gehouden met medewerkers die reeds een training hebben gevolgd. Vervolgens wordt een plan van aanpak uitgewerkt, waarna de scholing van professionals in de lokale netwerken eind 2025 start en dit plan wordt geïmplementeerd.

Er worden financiële middelen aangevraagd voor de tijdsinzet van de projectleiding die nodig is voor de inventarisatie, het ontwikkelen van een plan en de implementatie daarvan. Daarnaast worden middelen aangevraagd voor zowel de (tijds)inzet van professionals om deel te nemen aan de opleiding, als de kosten voor het faciliteren van de opleiding.

5. *Het inzichtelijk maken van de sociale kaart, aanbod en wachttijden*

Binnen de wijkgerichte aanpak dient er goed inzicht te zijn in de sociale kaart, het aanbod, de capaciteit en de wachttijden. Dit is noodzakelijk om inwoners en professionals snel de weg te laten vinden naar beschikbare en passende ondersteuning en zorg. Het gaat hierbij niet alleen om het aanbod in de GGZ, maar ook om het aanbod binnen het Sociaal Domein en het voorliggend veld. Idealiter zou er binnen de Friese wijkgerichte aanpak real-time inzicht zijn in het beschikbare aanbod en de wachttijden. Mogelijk kan hiervoor gebruik worden gemaakt van een (digitale) sociale kaart, zoals deze door ROS Friesland is ontwikkeld, of via de [landelijke samenwerkingsverkenner](#).

Om dit doel te realiseren wordt de sociale kaart, inclusief aanbod, bijbehorende plekken en wachtlijsten, digitaal ontsloten. Hiervoor wordt eerst (handmatig) in kaart gebracht welke voorzieningen en aanbod er in het voorliggend veld, eerste- en tweedelijns beschikbaar zijn, waarna deze gegevens worden ingevoerd in een online systeem. Dit systeem dient vervolgens actueel

gehouden te worden. Hoe het beheer van dit systeem wordt ingericht, dient nog uitgewerkt te worden.

Het transformatieplan voorziet in middelen voor de inzet van centrale projectleiding bij het inventariseren en in kaart brengen van de voorzieningen voor de sociale kaart. Daarnaast wordt er rekening gehouden met de benodigde (tijds)inzet rondom het beheer hiervan.

6. *Communicatieplan mentale gezondheid*

Om alle betrokken inwoners en professionals mee te nemen in de nieuwe WAMG is het essentieel een communicatieplan te ontwikkelen. Een duidelijk en gericht communicatieplan draagt bij aan het creëren van enthousiasme en draagvlak voor bovengenoemde plannen. Dit zorgt voor een versnelling (of in ieder geval geen vertraging) van de uitvoering van het transformatieplan. Het communicatieplan wordt opgesteld in Q3 van 2025 en bestaat uit de volgende onderdelen:

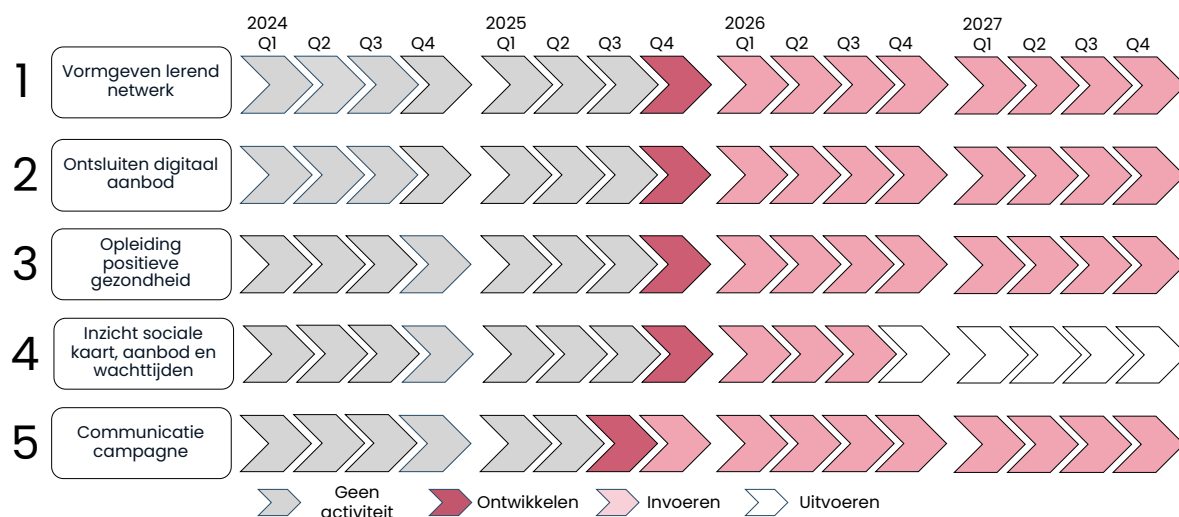
- Stakeholderanalyse waarin de betrokkenen die essentieel zijn voor de transformatie worden geïdentificeerd en wordt uitgewerkt welke informatie voor hen relevant is
- Ontwikkelen van een 'storyline': het opstellen van een verhaallijn waarin het nut en de noodzaak van de transformatie, vanuit het perspectief van de betrokkenen, duidelijk wordt
- Het uitwerken van de kernboodschap: een beknopte tekstuele en visuele pitch die de basis vormt voor de verschillende communicatie-uitingen
- Een 'contentkalender' waarin wordt uitgewerkt op welk moment welke communicatiemiddelen worden ingezet. Denk hierbij aan nieuwsbrieven, bijeenkomsten, sociale media en moderne communicatieplatforms
- *Eventueel*: het ontwikkelen van een herkenbaar beeldmerk voor alles met betrekking tot mentale gezondheid in Friesland

Bij het opstellen van een communicatieplan wordt nauw samengewerkt met ervaringsdeskundigen, cliëntvertegenwoordigers, vrijwilligers, naasten en 'vaandeldragers' vanuit de betrokken organisaties. Goede communicatie kan worden ingezet om juist deze mensen en hun ervaringen goed te positioneren om de meerwaarde van de ontwikkelingen helder over te brengen.

In het transformatieplan zijn middelen opgenomen voor de inzet van een centrale projectleider en een communicatiemedewerker vanuit de gemeente, de GGZ en huisartsen voor het uitwerken van een plan rondom de communicatie. Daarnaast is er budgetruimte opgenomen voor print- en drukwerk, het ontwikkelen van beeldmateriaal en het organiseren van bijeenkomsten. Naast de middelen voor de (externe) communicatie over het programma, zijn er ook middelen opgenomen voor de (tijds)investering van organisaties om intern draagvlak te creëren.

Tijdspad

De activiteiten worden in lijn met onderstaande planning uitgevoerd:



5. Governance

5.1 INLEIDING

Dit hoofdstuk bevat een uitwerking van de governancestructuur tijdens de implementatiefase en de formele programmastructuur van het transformatieplan voor de mentale gezondheid en veerkracht in Friesland.

De transformatie van de mentale gezondheid in Friesland vormt een complexe maatschappelijke uitdaging. Het omvat een fundamenteel andere zienswijze op hoe de mentale zorg- en ondersteuning wordt ingericht. De opgave raakt hierbij naast de Friese inwoner en zorgaanbieders, ook gemeenten, welzijn en andere partijen in het voorliggend veld. De betrokkenheid van zoveel verschillende partijen met eigen verantwoordelijkheden en belangen, benadrukt de noodzaak van een heldere en transparante governance. Het vraagt ook om een proces waarin ruimte is voor draagvlak en een pragmatische werkwijze om een stroperig proces te voorkomen. Om dit te kunnen bereiken is het van belang om een duurzame governancestructuur op te zetten, zodat zaken als samenwerking, vertrouwensopbouw én het bereiken van de noodzakelijke resultaten geborgd kunnen worden.

Dit hoofdstuk beschrijft de governance die nodig is voor de implementatie van de agenda voor de opgave mentale gezondheid & veerkracht. We noemen we dit de 'implementatie-governance', om een onderscheid te maken met de governance van het overkoepelende FrIZA. De hier opgenomen implementatie-governance waarborgt vooral het toezicht op de uitvoering van het transformatieplan. Dit betekent dat in het ontwerp de nadruk is gelegd op rapportagelijnen en besluitvormingsregels tussen de samenwerkende partijen. Door dit helder en overzichtelijk te maken worden resultaten en eventuele problemen zichtbaar en daardoor bespreekbaar. Dit draagt bij aan vertrouwen en samenwerking.

Naast de implementatie- governance bestaat er een brede FrIZA governance. De FrIZA-governance is vastgesteld door de bestuurstafel Seker & Sûn en heeft als doel de verbinding tussen alle opgaven en fundamenten te overzien. Aan het einde van dit hoofdstuk wordt ingegaan op hoe de implementatie-governance zich verhoudt tot de brede FrIZA governance.

5.2 UITGANGSPUNTEN GOVERNANCE

In het ontwerp van de governance is een aantal uitgangspunten geformuleerd welke centraal staan in de gekozen governance structuur. Dit zijn:

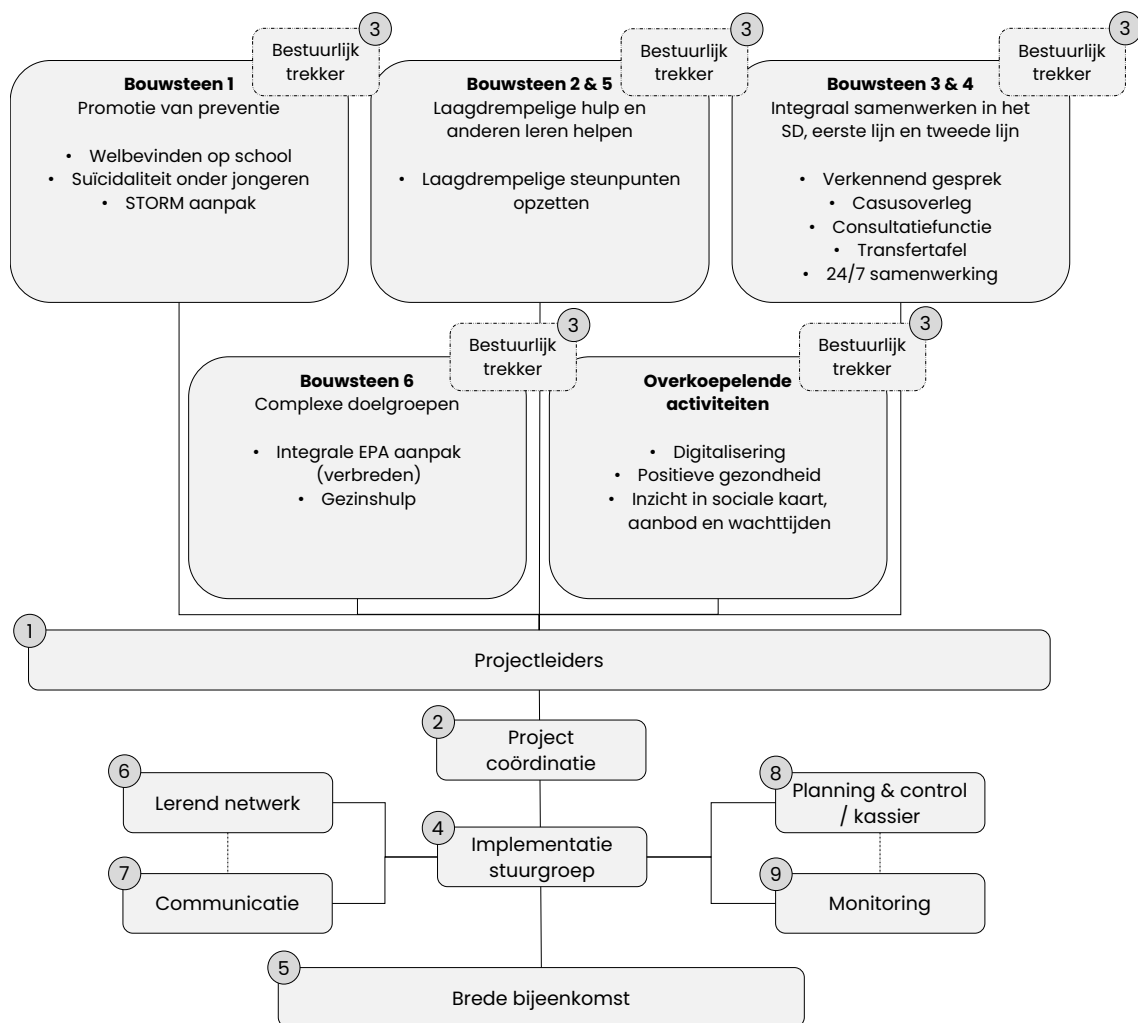
- Er is sprake van transparante, effectieve en efficiënte besluitvorming
- Er wordt samengewerkt vanuit collectief leiderschap en collectieve doelstellingen
- Taken en verantwoordelijkheden zijn helder belegd
- Draagvlak onder partijen wordt gewaarborgd
- Er is sprake van een heldere rapportage- en verantwoordingslijn
- Communicatielijnen zijn kort
- De governance faciliteert en is een lerend netwerk

Eind 2025 wordt geëvalueerd of de implementatie-governance passend is voor de uitvoering. Als aanpassingen gewenst zijn, behoudt de stuurgroep het mandaat en de ruimte om de implementatie-governance aan te passen. Centraal binnen de implementatie-governance staan de uitgangspunten zoals vastgesteld.

De implementatie-governance structuur zoals onderstaand weergegeven, richt zich zoals gezegd op de uitvoering van het transformatieplan. Dit omvat de uitvoering op projecten, het monitoren op en

rapporteren van de voortgang ten aanzien van de proces- en resultaat KPI's en besluitvorming tussen de partijen. De scope van de implementatie-governance zoals deze hier is uitgewerkt gaat dus in de eerste plaats over de formele processen in de uitvoering van het transformatieplan.

Uiteraard is het essentieel dat er ruimte is voor leren, verbinden en het onderlinge gesprek. Binnen de implementatie-governance is daar expliciet ruimte voor. Daarom worden brede bijeenkomsten georganiseerd en is er een lerend netwerk. Mocht tijdens het proces blijken dat er meer nodig is, dan is er ruimte om het aspect leren en verbinden uit te breiden.



5.3 ONDERDELEN IMPLEMENTATIE GOVERNANCE

Onderstaand lichten we per onderdeel toe welke rol en verantwoordelijkheid van toepassing is en hoe het desbetreffende onderdeel zich verhoudt tot de overige onderdelen binnen de governance. Waar relevant wordt nog aanvullende informatie gegeven, zoals de personen of domeinen die een rol spelen bij de uitvoering.

5.3.1 Projectleiders

Om de projecten zoals vastgesteld in het transformatieplan (zie ook hoofdstuk 4) uit te voeren worden projectleiders aangesteld. Zij zijn verantwoordelijk voor de uitvoering van het project, waaronder de communicatie met deelnemers, het betrokken houden van deelnemers, het voorbereiden en voorzitten van werkgroepen en bijeenkomsten, het toezien op uitwerkingen, het schrijven van de stukken (bijvoorbeeld een plan van aanpak of verslagen) en rapporteren van de

voortgang op hun projecten (op basis van KPI's) aan de projectcoördinatie. Waar nodig werken projectleiders onderling samen om meerwaarde te creëren voor de totale opgave.

De wijze en schaal waarop deze projectleiders worden ingezet, varieert per project. In sommige gevallen gaat het om projectleiders binnen een organisatie, terwijl het in andere gevallen gaat om projectleiders tussen organisaties, eventueel op (sub)-regionaal niveau. Voor specifieke projecten geldt dat de projectleiders ook verantwoordelijk zijn voor het mede-organiseren van draagvlak bij de achterban. De projectleiders werken op basis van vastgestelde opdrachten, in lijn met het transformatieplan. Daarnaast werken projectleiders nauw samen met de bestuurlijk trekker en rapporteren zij over de voortgang van de plannen via de project coördinatie, aan de stuurgroep.

5.3.2 Projectcoördinatie

De projectcoördinatie handelt in opdracht van de stuurgroep en stemt frequent af met de projectleiders van de verschillende projecten. De projectcoördinatie vervult een centrale rol in de uitvoering en houdt het overzicht als het gaat om de voortgang van de projecten.

Concreet voert de projectcoördinatie de volgende activiteiten uit:

- Voorbereiden en ondersteunen van de stuurgroep en brede bijeenkomst
- Rapporteren aan de stuurgroep en escaleren indien noodzakelijk (voortgangsrapportage). Waar nodig worden besluitvormende stukken gemaakt voor de stuurgroep
- Coördineren van projectleiders en overzien en bewaken van de voortgang van de projecten
- Overzien en signaleren van de samenhang tussen de verschillende projecten
- Vullen van de projectteams met vertegenwoordigers vanuit de betrokken organisaties
- Coördineren van de overige onderdelen binnen de governance (lerend netwerk, communicatie, monitoring, *planning & control* en kassiersfunctie)
- Zorgdragen voor communicatie naar de FrIZA-governance vanuit het FrIZA netwerkteam

5.3.3 Bestuurlijk trekkers

Voor ieder van de onderwerpen geldt dat er een bestuurlijk trekker betrokken is, zodat ook op bestuurlijk niveau geschakeld kan worden om de voortgang op projecten te bevorderen. Een bestuurlijk trekker ondersteunt projectleiders bij het bepalen en bewaken van de kaders en helpt bij het uitstippelen van de strategisch koers. De trekkers kunnen vanuit hun bestuurlijke rol bijdragen aan het vergroten van het draagvlak en extra beweging creëren binnen thema's. Het is bijvoorbeeld denkbaar dat, wanneer een project stagneert of juist floreert, de bestuurlijke trekkers hier op bestuurlijk niveau aandacht aan besteden. Zij werken nauw samen met de projectleiders en de projectcoördinatie van de betreffende projecten.

5.3.4 Implementatie stuurgroep

De implementatiestuurgroep is verantwoordelijk voor het waarborgen en bestendigen van de voortgang van het gehele transformatieplan. De stuurgroep bestaat uit vertegenwoordigers van de partijen uit de brede bijeenkomst en is namens de brede bijeenkomst gemandateerd om beslissingen te nemen en richting te geven aan de uitvoering van het plan. De stuurgroep fungeert als opdrachtgever voor de projectcoördinatie. Op de agenda van de stuurgroep staan vaste onderwerpen, zoals de voortgang van activiteiten, de KPI's, de samenhang tussen de verschillende projecten, de invulling van functies binnen de structuur en eventuele andere besluiten die moeten worden genomen. De stuurgroep bespreekt periodiek vraagstukken met betrekking tot de samenwerking en de kwaliteit van de gezamenlijke ontwikkeling.

Omdat deze transformatie individuele organisaties overstijgt, is een gedeelde verantwoordelijkheid en zichtbaar leiderschap binnen de stuurgroep essentieel. Het is ten eerste van belang dat de stuurgroep in haar besluitvorming alle betrokken domeinen vertegenwoordigt. De deelnemers van

de stuurgroep zijn bevoegd om namens hun organisaties en domein besluiten te nemen en doen dit zonder last of ruggenspraak. Daarnaast is het belangrijk dat de leden van de stuurgroep hun eigen achterban waar nodig informeren en betrokken houden. Van hen wordt verwacht dat hiervoor zelf initiatief nemen en zichtbaar zijn voor hun achterban.

De deelnemers van de stuurgroep zijn³³:

- Eén regionaal onder gemandateerde wethouder (voorzitter)
- Eén wethouder die het gemeentelijk perspectief vertegenwoordigd
- Eén bestuurders vanuit GGZ Friesland
- Eén bestuurder vanuit het FNP (Fries Netwerk Psychiatrie)
- Eén bestuurlijke vertegenwoordiger vanuit de huisartsen
- Eén (senior) zorginkoper namens Zilveren Kruis
- Eén bestuurlijk vertegenwoordiger van Zorgbelang

Alle leden nemen deel in de stuurgroep vanuit het algemene en gezamenlijke belang. Hoewel de samenstelling breed is opgezet met vertegenwoordiging vanuit de verschillende (groepen van) deelnemende organisaties, wordt van de leden van de stuurgroep wel verwacht dat zij een brede blik hanteren bij de besluitvorming.

Vanuit deze optiek, en om de samenwerking tussen de verschillende domeinen in de stuurgroep te bevorderen en tegelijkertijd de voortgang in besluitvorming te bewaken, verloopt de besluitvorming binnen de stuurgroep zoveel mogelijk op basis van algehele consensus. Dit betekent dat alle partijen gelijkwaardig aan tafel zitten en gezamenlijk overeenstemming trachten te vinden. Indien dit niet mogelijk is, is het aan de voorzitter om aan de stuurgroep voor te leggen of de voorliggende kwestie van dien aard en zwaarte is dat consensus noodzakelijk is. Als dat niet het geval is, wordt een besluit met meerderheid van stemmen genomen.

De stuurgroep komt in het eerste jaar na goedkeuring acht keer bijeen. Dit is ook de meest intensieve periode in de implementatieplanning. Hierna zal de frequentie van bijeenkomsten worden afgestemd op de omvang van de activiteiten. Dit aspect wordt ook meegenomen in de geplande evaluatie van de governance aan het eind van 2025.

Tenslotte: voor sommige projecten of onderwerpen geldt dat er bestaande besluitvorming- of governance structuren bestaan. Het is van belang te bepalen hoe de implementatiestuurgroep zich verhoudt tot deze bestaande structuren, en hoe deze kunnen worden ingevlochten, gecombineerd of verbonden.

5.3.5 Brede bijeenkomst

Alle partijen betrokken bij de uitvoering van dit transformatieplan zijn verenigd in de brede bijeenkomst. Zij dragen, vanuit de collectieve leiderschapsgedachte, actief bij aan het behalen van de doelstellingen van dit transformatieplan. De brede bijeenkomst vindt twee á drie keer per jaar plaats en ondersteunt een lerend netwerk doordat partijen elkaar in breder gezelschap blijven zien.

5.3.6 Lerend netwerk

Als onderdeel van het lerend netwerk wordt per organisatie één contactpersoon aangewezen. Deze contactpersonen staan nauw met elkaar in verbinding en vormen het eerste aanspreekpunt voor de

³³ Het kan zo zijn dat een functionaris zowel bestuurlijk trekker als stuurgroep lid is. In dat geval vervult de bestuurlijk trekker een dubbelrol, in de stuurgroep vergadering acteert deze functionaris als stuurgroep lid.

stuurgroep en de projectcoördinatie. De contactpersonen worden benaderd om het doel en de exacte invulling van het lerend netwerk verder vorm te geven. De bijbehorende frequentie van het samenkomen en hoe het lerend netwerk zich verhoudt tot de andere onderwerpen binnen deze governance wordt dan verder uitgewerkt. Het is denkbaar dat het lerend netwerk een belangrijke rol vervult om:

- Kennisdeling rondom de projecten te versnellen (succesverhalen en leringen delen)
- Bij te dragen aan draagvlak in de eigen en bij andere organisaties
- Personen (organisatie overkoepelend) met elkaar in verbinding te brengen
- Samen te reflecteren op projecten en hiervan te leren
- Ruimte te bieden voor experimenteren en het gezamenlijk ontwikkelen van oplossingen voor gedeelde uitdagingen

5.3.7 *Communicatie*

Het communicatieteam voor dit transformatieplan richt zich specifiek op de communicatie voor de betrokken partijen rondom dit transformatieplan en staat in nauw contact met de aanspreekpunten vanuit het lerend netwerk. Om invulling te geven aan de communicatie wordt in 2025 een communicatieplan uitgewerkt. De overige communicatie, denk bijvoorbeeld aan nieuwsbrieven, loopt via de brede FrIZA communicatie en wordt dus overkoepelend uitgevoerd. Het communicatieteam voor de opgave ondersteunt de brede FrIZA communicatie waar nodig door informatie aan te leveren.

5.3.8 *Planning & control/ kassier*

De werkgroep planning & control krijgt op vaste momenten verantwoordingsinformatie aangeleverd vanuit de projectleiders om de financiering van het programma te borgen. Dit betreft enerzijds het aanleveren van de bewijslast die nodig is om te beoordelen of de inspannings-KPI's zijn behaald, en anderzijds de informatie op basis waarvan ingeschat kan worden welke werkelijke kosten gemaakt zijn om de KPI te behalen. Dit laatste omvat (naast de rapportage op inspannings-KPI's) de urenregistraties van de betrokkenen op projecten en, als er sprake is van externe inzet, de facturen. De werkgroep planning & control beoordeelt de aangeleverde informatie en of deze volgens afspraak is aangeleverd. Hierna volgt een advies aan de zorgverzekeraar op basis waarvan de zorgverzekeraar over gaat tot beoordeling en uitbetaling.

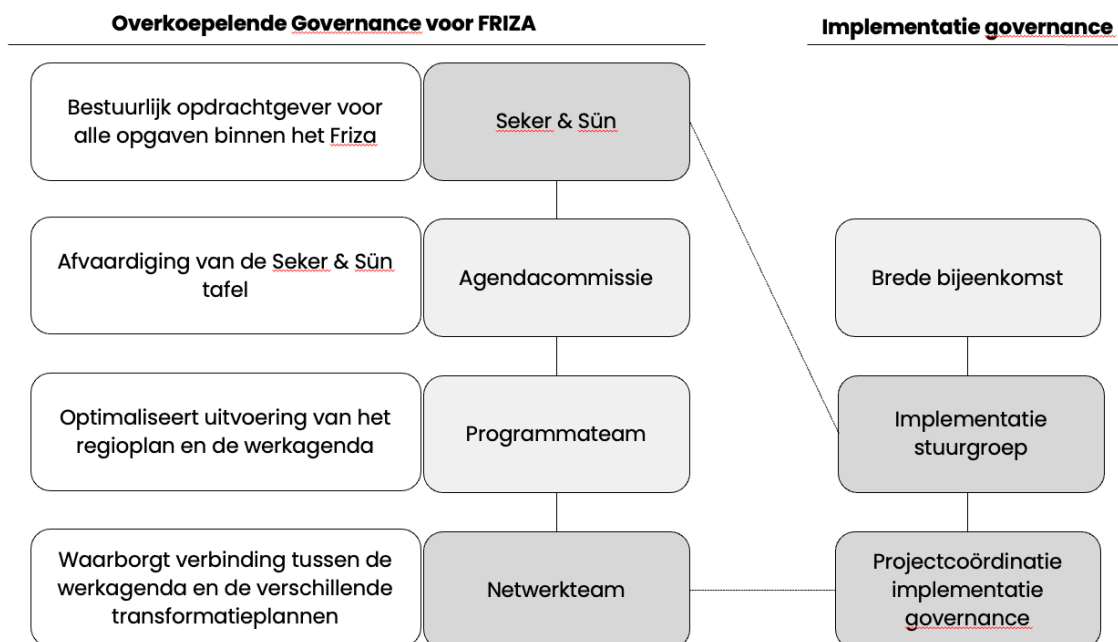
De kassier is voorzitter van de werkgroep planning & control en staat, namens de werkgroep, in nauw contact met de stuurgroep. Wanneer de middelen vanuit de zorgverzekeraar worden overgemaakt aan de kassier, verdeelt de kassier de middelen volgens afspraak over alle betrokken partijen.

5.3.9 *Monitoring*

De werkgroep monitoring monitort de voortgang op het transformatieplan. Concreet betekent dit dat zij verantwoordelijk is voor het meten van de voortgang op de resultaat-KPI's. Het is de verwachting dat er ook andere data-stromen op gang komen (niet zijnde KPI's), hiervoor geldt dat deze FrIZA overkoepelend worden verzamelen en geanalyseerd.

5.4 RELATIE TUSSEN IMPLEMENTATIE GOVERNANCE EN BREDE FRIZA GOVERNANCE

Zoals benoemd in de inleiding bestaat er naast de in dit hoofdstuk uiteengezette implementatie-governance voor de mentale gezondheidsopgave een brede Friza governance. De brede Friza governance is vastgesteld door de bestuurstafel Seker & Sün. Deze (overkoepelende) governance richt zich op het ontwikkelen van een Friesland brede en duurzame samenwerkingsstructuur, en overziet de verbinding en voortgang op alle opgaven en fundamenteën uit het Friza plan.



Om binnen de Friza governance een goed beeld te krijgen bij de voortgang op de mentale gezondheid opgave, en daarnaast de samenhang met andere opgaven en fundamenteën te kunnen duiden, is een goede verbinding tussen de implementatie- en Friza governance van belang. Deze verbinding wordt gewaarborgd door de projectcoördinatie te verbinden aan het Friza netwerkteam. Hierin vindt, mogelijk door vertegenwoordigers vanuit de projectcoördinatie, periodiek afstemming plaats in het netwerkteamoverleg. Daarnaast vindt er op bestuurlijk niveau verbinding plaats doordat de (onder gemandateerde) wethouder vertegenwoordigd is binnen de Seker & Sün bestuurstafel en de implementatiestuurgroep.

5.5 VERBINDING BINNEN HET PROGRAMMA

In dit hoofdstuk wordt expliciet ingegaan op de implementatie-governance van het transformatieplan. Een belangrijk doel van de governancestructuur is het sturing geven aan het programma en het waarborgen van rapportage-, monitoring- en verantwoording lijnen. Uiteraard is er naast deze relatief zakelijke componenten ook noodzaak tot verbinding tussen partijen, mensen, projecten en onderwerpen. De WAMG is een integrale en holistische aanpak. Uiteraard zijn de brede bijeenkomsten en het lerend netwerk hierin belangrijke schakels, maar deze zijn niet voldoende. In dat kader is het wenselijk aanvullende verbindingen ontstaan. Het is van belang dat de governance hier ruimte voor heeft.

6. Business case, financiële aanvraag en terugverdiencapaciteit

Het IZA heeft als doel de zorg in de toekomst betaalbaar te houden. In dit hoofdstuk wordt ingegaan op de businesscase, de financiële aanvraag en de terugverdiencapaciteit van dit transformatieplan.

In de businesscase worden de kosten en besparingen van het transformatieplan voor zowel de Zvw als het Sociaal Domein inzichtelijk gemaakt. In de financiële aanvraag wordt de eenmalige (incidentele) investering, welke benodigd is voor de implementatie van het transformatieplan, inzichtelijk gemaakt. Tezamen geven deze onderdelen inzicht in de terugverdiencapaciteit van het transformatieplan.

6.1 BUSINESSCASE

Het doel van de businesscase is om te bepalen of het plan in financiële zin een voldoende significant positief effect heeft. Daarnaast helpt de businesscase om duidelijk te maken welke besparingen of eventuele additionele kosten partijen kunnen verwachten bij de uitvoering van het plan. Door deze inzichten te delen wordt bijgedragen aan draagvlak onder de betrokken partijen, met aandacht voor budgettaire uitdagingen zoals het 'ravijnjaar' bij gemeenten.

Hoewel bij de berekeningen volgens het IZA kader enkel gekeken wordt naar de impact op de Zvw, is binnen deze businesscase ook de impact op het Sociaal Domein doorgerekend. Deze kosten en besparingen wegen niet mee voor de formele beoordeling, maar zijn wel meegenomen omdat dit inzicht bijdraagt aan een volledig beeld van de financiële impact.

6.1.1 Uitgangspunten en aanpak

Bij het opstellen van de businesscase zijn de volgende uitgangspunten gehanteerd:

- **Overtuigend en robuust;** onderbouwde berekeningen zijn, waar mogelijk, gebaseerd op bestaande informatie en feiten
- **Transparant;** berekeningen en gebruikte aannames zijn inzichtelijk
- **Berekenbaar en realistisch;** er is gebruik gemaakt van scenario's en bandbreedtes waar deze ondersteunend zijn. Daarbij is rekening gehouden met overlap tussen onderdelen
- **Overzichtelijk;** er is sprake van duidelijke specificaties van de berekende onderdelen en de wijze waarop deze berekend zijn
- **Inhoudelijk aangesloten;** er is zo veel mogelijk inhoudelijk aangesloten bij de Friese context, bijvoorbeeld in doelgroepen en aantallen

Er is voor zeven onderdelen van het Transformatieplan gekozen om deze door te rekenen als onderdeel van de businesscase. Voor deze onderdelen geldt dat voldaan kan worden aan de bovenstaande uitgangspunten. Dit betekent dat sommige activiteiten uit het transformatieplan niet zijn meegenomen. Daarmee is het potentieel van de business, zoals hier geschetst, een conservatieve inschatting.

<u>Onderdelen</u>	<u>Onderbouwing</u>
EPA, gezinshulp, steunpunten, verkennend gesprek, casusoverleg, consultatie, digitalisering	Deze activiteiten zijn doorgerekend als onderdeel van de businesscase. Voor deze activiteiten geldt dat er voldoende beschikbare informatie is om te komen tot een overtuigende en aannemelijke doorrekening.
Preventie, positieve gezondheid, lerend netwerk, inzicht in sociale kaart, aanbod & wachttijden, 24/7 samenwerking, transfertafel	Deze activiteiten zijn <i>niet</i> doorgerekend als onderdeel van de businesscase. Voor deze activiteiten geldt dat door een gebrek aan beschikbare data en informatie er onvoldoende kan worden bijgedragen aan een overtuigende en aannemelijke businesscase.

Om tot een aannemelijke businesscase te komen is gekozen voor een stapsgewijs proces, waarbij een aantal financiële professionals van de participerende organisaties is betrokken. Er is gekozen voor een proces van steeds verbeterde berekening, waarbij de aannames en berekeningswijzen constant zijn aangescherpt. Deze berekeningen baseren zich voor een groot deel op bestaande informatie, onderzoeken en feiten. Alle berekeningen zijn steeds getoetst en gevalideerd met de betrokken partijen uit de werkgroep. Voor de gedetailleerde uitwerking van alle aannames, feiten en berekeningen wordt verwezen naar de bijlagen.

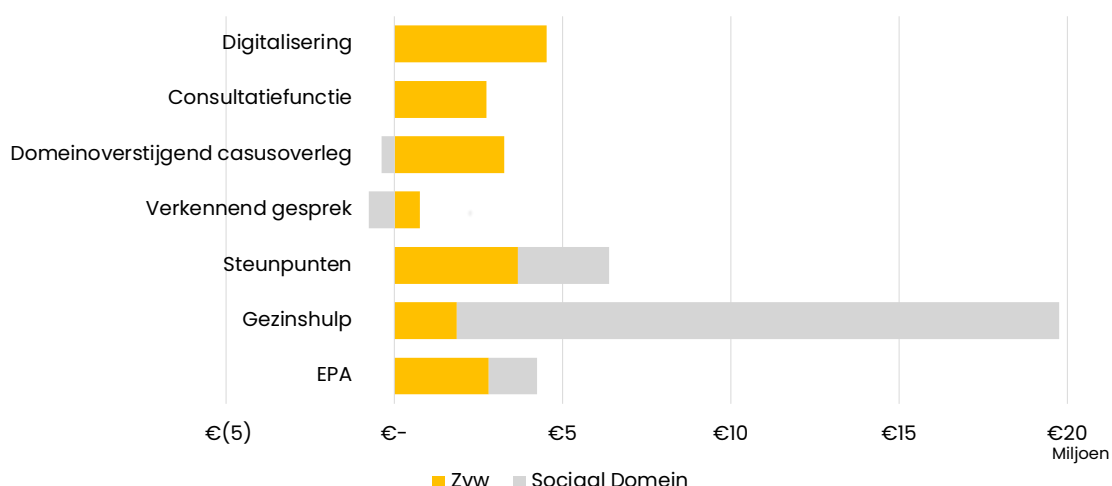
Ondanks het gedegen proces moet opgemerkt worden dat voor sommige onderdelen is gebleken dat feitelijke gegevens toch ontbreken of hun beperkingen hebben. Waar dat acceptabel is, en werkbaar is gebleken, is daarvoor met aannames gewerkt. De oorzaak hiervan is met name het vernieuwende karakter van het transformatieplan, wat betekent dat voor sommige onderdelen (bijvoorbeeld voor het domeinoverstijgend casusoverleg en de consultatiefunctie) slechts beperkte bestaande informatie omhanden is. De besparingen zoals opgenomen in deze businesscase zijn de best mogelijke inschattingen. Daarmee is niet gezegd dat er een garantie is dat deze besparingen in de praktijk ook daadwerkelijk gerealiseerd zullen worden. Dit sluit aan bij het indicatieve karakter van de businesscase en het doel dat wordt nagestreefd.

6.1.2 Resultaten per onderdeel

Voor de onderdelen EPA, gezinshulp, steunpunten, verkennend gesprek, domeinoverstijgend casusoverleg, consultatiefunctie en digitalisering geldt dat er een besparing per onderdeel is doorgerekend. De optelsom van deze besparingen (binnen de Zvw) vormt, na correctie van dubbeltellingen, het totale potentieel van de businesscase. Hieronder worden de totale besparingen (of kosten) per onderdeel per jaar weergegeven na volledige implementatie van het transformatieplan. In de onderstaande tabel en visualisatie zijn de volledige doorberekende uitkomst per onderdeel van het plan opgenomen, exclusief de nog door te voeren correcties voor te verwachten dubbeltellingen.

Onderdeel	Resultaat Zorgverzekeringswet	Resultaat Sociaal Domein
EPA	Besparing door het realiseren van een effectievere behandeling en kortere behandelduur voor EPA-patiënten van ca. <u>€2.8 miljoen</u> per jaar	Besparing door het realiseren van een effectievere behandeling en kortere behandelduur voor EPA-patiënten van ca. <u>€1.45 miljoen</u> per jaar
Gezinshulp	Besparing door het effectiever organiseren van de zorg rondom multi-stress gezinnen van <u>€1.8 miljoen</u> per jaar	Besparing door het effectiever organiseren van de zorg rondom multi-stress gezinnen van <u>€17.9 miljoen</u> per jaar
Steunpunten	Besparing door het voorkomen van een zorgvraag of door verergering te voorkomen van ca. <u>€3.7 miljoen</u> per jaar	Besparing door het voorkomen van een zorgvraag of door verergering te voorkomen van ca. <u>€2.7 miljoen</u> per jaar
Verkennend gesprek	Besparing door een reductie in het aantal doorverwijzingen naar de ggz van ca. <u>€765.000</u> per jaar	Extra kosten door de deelname vanuit het sociaal domein aan de verkennende gesprekken ca. <u>€798.000</u> per jaar
Domein-overstijgend casusoverleg	Besparing door een reductie in het aantal doorverwijzingen naar de ggz van ca. <u>€3.2 miljoen</u> per jaar	Extra kosten door de deelname vanuit het sociaal domein aan de casusoverleggen ca. <u>€378.000</u> per jaar
Consultatiefunctie	Besparing door een reductie in het aantal doorverwijzingen naar de ggz van ca. <u>€2.7 miljoen</u> per jaar	Nader onderzoek nodig
Digitalisering	Besparing door het reduceren van de tijd benodigd door huisartsen voor patiëntgebonden administratie van ca. <u>€4.5 miljoen</u> per jaar	Niet van toepassing. De berekening is enkel gericht op de besparing onder huisartsen

Onderstaand volgt een visuele weergave van de beoogde besparingen of kosten voor de uitwerking van ieder onderdeel uit het transformatieplan.



6.1.3 Dubbeltellingen in de businesscase

Om tot het totale resultaat van de businesscase te komen is ook gekeken naar eventuele dubbeltellingen, overlap of synergie tussen de onderdelen. Onderstaand wordt ingegaan op deze dubbeltellingen en de ingeschatte omvang. Bij de dubbeltellingen is enkel gekeken naar de Zvw. Het is te verwachten dat dit effect zich mogelijk ook voordoet in het Sociaal Domein, maar deze effecten zijn voor deze businesscase niet meegenomen.

Voor de onderdelen uit de businesscase die deel uitmaken van het MGN – het verkennend gesprek, het domeinoverstijgend casusoverleg en de consultatiefunctie – is het duidelijk dat er sprake is van overlap. Al deze onderdelen richten zich op hetzelfde resultaat, waarbij ieder onderdeel bijdraagt aan het geheel. In de businesscase is daarom 50% van het totaal van het totale effect van deze drie onderdelen meegenomen.

Voor de EPA aanpak en laagdrempelige steunpunten is het ook aannemelijk dat er sprake is van overlap. Het is denkbaar dat iemand die regelmatig bij een steunpunt binnenloopt ook behandeld wordt binnen een integraal EPA-team. Aan de andere kant is het echter ook aannemelijk dat de werking van een steunpunt en het integraal EPA-team elkaar juist kunnen versterken. Zo kan een steunpunt bijvoorbeeld een signalerende rol vervullen richting een EPA-team waarmee de effectiviteit van een behandeling binnen het EPA-team verbeterd kan worden. Rekening houdend met zowel het synergievoordeel als de overlap, is besloten voor deze beide onderdelen geen correctie toe te passen.

Het laatste onderdeel betreft digitalisering. Het is te verwachten dat digitalisering in het algemeen een hoge mate van overlap heeft met andere onderdelen uit dit plan. In de berekeningen is echter alleen het effect opgenomen van de tijdsbesparing onder huisartsen door de inzet van AI. Voor deze meerwaarde is op zichzelf geen overlap met andere onderdelen te verwachten. Andere effecten van digitalisering zijn nog niet doorgerekend. Om deze reden is ervoor gekozen hier geen correctie door te voeren.

6.1.4 Totaalresultaat businesscase

Met de businesscase wordt een indicatie gegeven van de financiële impact van het transformatieplan op de Zvw. Deze besparing wordt uitgedrukt in een bedrag per jaar vanaf 2030 (na volledige implementatie). In totaal wordt er op basis van de berekeningen en de correctie voor dubbeltellingen een totaal van €16.2 miljoen per jaar aan besparingen gerealiseerd voor de Zvw.

De besparingen en kosten per onderdeel voor zowel de Zvw als het Sociaal Domein (SD), gecorrigeerd voor dubbeltellingen, resulteren in het onderstaande beeld.

Onderdeel	Resultaat Zvw	Resultaat SD	Resultaat totaal
EPA	€ 2.800.000	€ 1.445.000	€ 4.245.000
Gezinshulp	€ 1.855.000	€ 17.900.000	€ 18.655.000
Steunpunten	€ 3.675.000	€ 2.712.500	€ 6.387.500
<i>Zorg op de juiste plek</i>			
Verkenkend gesprek	€ 765.000	- € 798.000	- € 33.000
Casusoverleg	€ 3.263.000	- € 378.000	€ 2.885.000
Consultatiefunctie	€ 2.743.000	NTB	€ 2.743.000
Digitalisering	€ 4.520.000	NTB	€ 4.520.000
Correctie voor dubbeltellingen	- € 3.385.500	NVT*	- € 3.385.500
Totaal	<u>€ 16.235.500</u>	€ 20.881.500	€ 36.017.000

**Omdat de dubbeltelling gecorrigeerd wordt op de onderdelen onder het MGN en hier binnen het Sociaal Domein geen besparingen plaatsvinden, is er geen sprake van een correctie voor dubbeltellingen.*

6.2 FINANCIËLE AANVRAAG

Dit hoofdstuk bevat een toelichting op de transformatiemiddelen die worden aangevraagd voor de implementatie van het plan. Eerst wordt ingegaan op de aanpak die gehanteerd is om te komen tot de aanvraag, waarna de uitkomsten en de aanvraag worden gepresenteerd.

6.2.1 Inleiding

De aanvraag behelst alle kosten zoals geraamd voor de implementatie van alle activiteiten, zoals opgenomen in dit transformatieplan (zie ook hoofdstuk 4). Dit omvat de kosten voor de tijdsbesteding van professionals, opleidingen en kosten voor project- en programmaleiding. Het gaat hier dus om incidentele (ofwel eenmalige) kosten, niet om structurele of zorg-gerelateerde kosten. De enige uitzondering hierop vormt een aantal kosten voor de gemeente. Met het recentelijk geaccordeerde IZA addendum (met als regeling SPUK transformatiemiddelen) kunnen ook voor gemeenten middelen worden opgenomen als onderdeel van de transformatieaanvraag³⁴. Conform het addendum betreft dit mogelijk wel structurele zorgkosten, welke overigens wel begrensd zijn tot de looptijd van het transformatieplan. Deze kosten worden op dit moment uitgewerkt en zijn nog niet opgenomen in dit document.

Naast de aangevraagde middelen voor implementatie en gemeentelijke zorgkosten conform het addendum is voor een aantal onderdelen ook structurele financiering (ook na de looptijd van het IZA) noodzakelijk om de beoogde transformatie duurzaam te maken. Dit gaat onder meer om de financiering van steunpunten. Het realiseren van deze structurele financiering is een belangrijke randvoorwaarde bij de uitvoering van dit plan. Het is van belang dat hier aandacht voor blijft en dat de activiteiten hiervoor ook opgenomen zijn in dit plan. In het voorgestelde implementatieplan is daarin voorzien.

Om te komen tot de financiële aanvraag zijn in totaal zestien gesprekken gevoerd met vertegenwoordigers van alle betrokken partijen. In deze gesprekken is per onderdeel uit dit transformatieplan een inschatting gemaakt van de benodigde tijdsinzet van professionals (en eventuele additionele kosten) om de projectactiviteiten tot uitvoering te kunnen brengen.

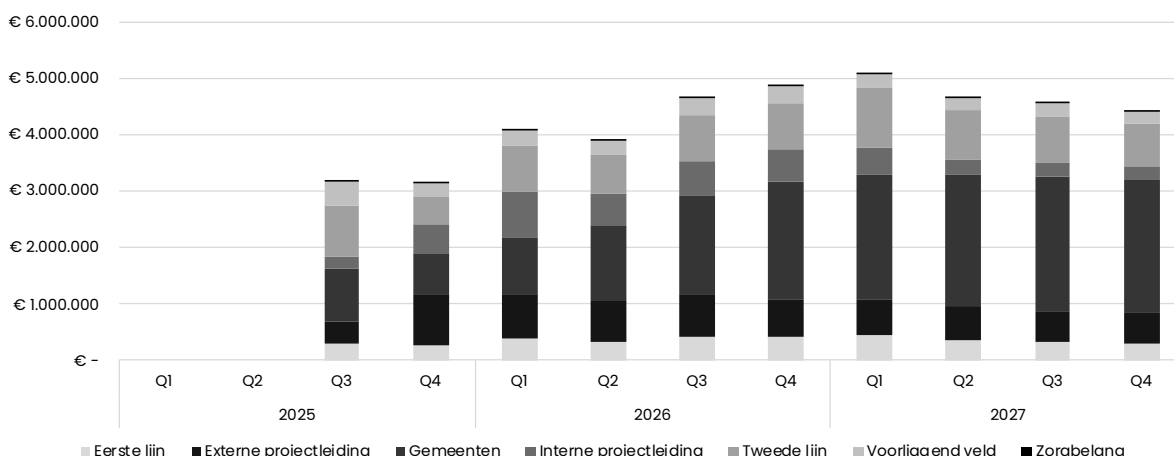
³⁴ N.B. Het tijdelijke rijksbudget SPUK-IZA 24 wordt verstrekt aan gemeenten en aan reeds door gemeenten gesubsidieerde en gecontracteerde organisaties voor de extra inspanningen zoals die zijn voorzien in dit transformatieplan. De gemeenten hebben getoetst dat de inzet van SPUK-transformatiemiddelen voor deze extra inspanningen van de betreffende partijen voldoen aan de eisen die de betreffende SPUK stelt aan staatssteun.

6.2.2 Geraamde kosten

Onderstaand wordt per onderdeel op hoofdlijnen uiteengezet wat de omvang is van de aanvraag. Zoals benoemd zijn dit de bedragen voor een breed palet aan activiteiten, variërend van de inzet van professionals die meedenken, tot projectleiders, implementatie managers, aandacht functionarissen en de kosten gemoeid met (het volgen van) opleidingen. Een specificatie van de onderstaande bedragen is opgenomen in de bijlage.

Onderdeel	Toelichting op hoofdlijnen	Bedrag
Bouwsteen 1 Preventie	Dit omvat middelen voor het invoeren van de deelprojecten op de drie preventie thema's (verminderen van depressie en suïcidaliteit, vergroten van mentaal welbevinden op school en verminderen van eenzaamheid. Daarnaast is voorzien in het inventariseren van aanvullende doelgroepen.	Ca. €3.4 miljoen
Bouwsteen 2 & 5 Steunpunten	Dit omvat de middelen voor de inzet van projectleiding voor zowel de inventarisatie van de behoefte als het invoeren van de steunpunten. Ook voorziet de aanvraag in alle noodzakelijke betrokkenheid van partijen in dit proces.	Ca. €5.0 miljoen
Bouwsteen 3 & 4 MGN	Dit omvat alle middelen gemoeid met de onderdelen consultatiefunctie, domeinoverstijgend casusoverleg, verkennend gesprek, 24/7 samenwerking en transfertafel. Ook is hier de ruimte voor het organiseren van de WAMG-bijeenkomsten in opgenomen.	Ca. €9.9 miljoen
Bouwsteen 6 Complexe doelgroepen	Dit omvat alle middelen gemoeid met het implementeren van integrale EPA-teams, het verbreden van deze aanpak en het implementeren van de gezinshulp aanpak.	Ca. €8.1 miljoen
Overkoepelende projecten	Dit omvat alle middelen gemoeid met de overkoepelende projecten, zijnde het lerend netwerk, positieve gezondheid, digitalisering, de communicatie en het inzicht in aanbod en wachttijden.	Ca. €11.1 miljoen
Uitvoering van het programma	Dit omvat alle kosten die gemaakt worden ter ondersteuning van de uitvoering van de werkagenda. Dit gaat over het (overkoepelende) programma management, de kassiersfunctie en de monitoring van het plan. Hiernaast zijn middelen opgenomen voor partijen ter ondersteuning van intern draagvlak & bewustwording.	Ca. €2.0 miljoen

Verder volgt onderstaand een verdiepend overzicht waarin de geraamde kosten uiteen worden gezet per betrokken partij, per kwartaal.



De totale financiële aanvraag bedraagt in totaal €42.5 miljoen. Om het transformatieplan te realiseren worden deze incidentele transformatiemiddelen aangevraagd voor de periode tot en met 2027. Dit bedrag is inclusief een post 'onvoorzien' voor iedere bouwsteen en een reservering voor tranche nul middelen als vergoeding voor reeds uitgevoerde activiteiten. Enkel de tranche nul reservering wordt in het bovenstaande overzicht buiten beschouwing gelaten. Voor een gedetailleerd overzicht van de aan te vragen middelen uiteengezet over tijd wordt verwezen naar de liquiditeitsbegroting.

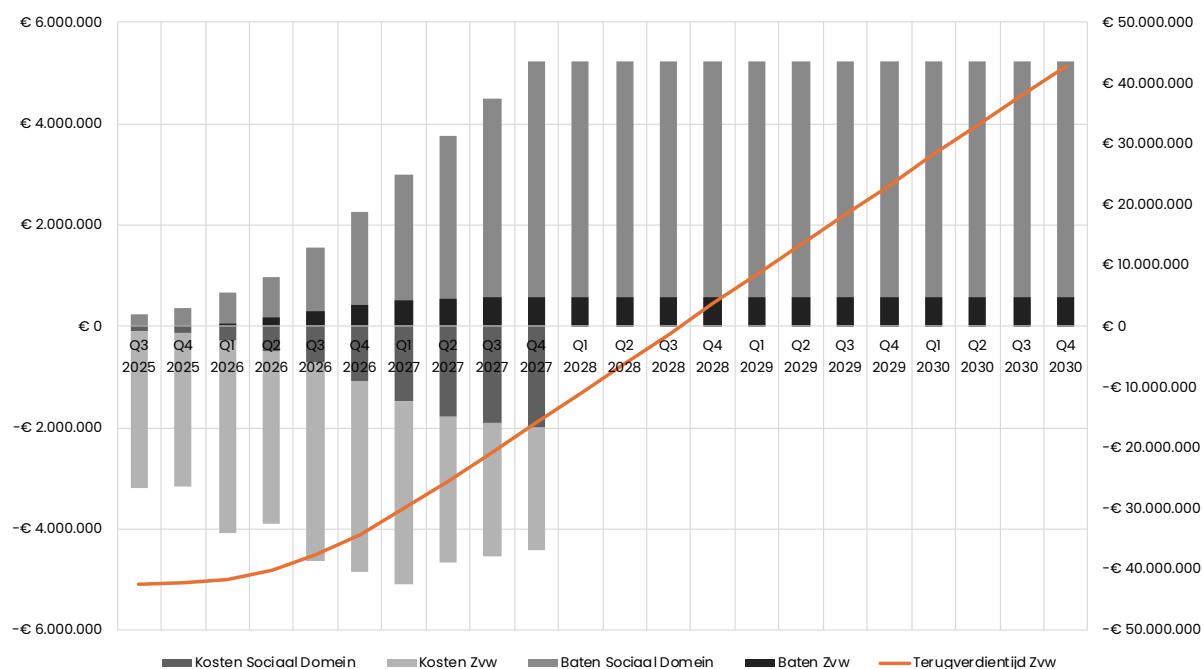
De genoemde kosten zullen gemaakt worden door de deelnemende partijen, waaronder alle Friese gemeenten, de Friese welzijnsorganisaties (vertegenwoordigd binnen Divers), Stjoer en Ixta Noa, Dokterszorg, LHV, GGZ Friesland en Synaeda, KieN, VNN, het FNP, Firda, NHL Stenden, de GGD en Alliade. De daadwerkelijke uitbetaling van middelen zal plaatsvinden op basis van werkelijk gefactureerde of gemaakte kosten in relatie tot de voortgang van de (deels nog te formuleren) resultaten. Voor de gedetailleerde uitwerking van de werkwijzen en regels over de uitbetaling van de financiële middelen wordt verwezen naar hoofdstuk 8 – KPI's en monitoring³⁵.

6.3 TERUGVERDIENCAPACITEIT VAN HET TRANSFORMATIEPLAN

In deze paragraaf wordt ingegaan op de terugverdiencapaciteit van het transformatieplan. Het IZA stelt dat inzichtelijk gemaakt moet worden dat het transformatieplan in financiële zin een significante positieve impact heeft. Hiermee worden de kosten zoals opgenomen in de financiële aanvraag gelegitimeerd. Voor het bepalen van de terugverdiencapaciteit is in deze businesscase gekeken naar de *terugverdiëntijd*. De terugverdiëntijd kan worden bepaald door het saldo van de besparingen zoals opgenomen in de businesscase en de kosten zoals opgenomen in de financiële aanvraag uit te zetten over tijd. De vraag is daarbij in hoeveel jaar de aangevraagde middelen terugverdiend worden door de besparingen.

De besparingen worden niet in een keer gerealiseerd. De verwachting is dat de besparingen toenemen over tijd tot ze het beoogde niveau van de berekeningen bereiken. Hierin is het verloop afhankelijk van de voortgang van de implementatie. Om te bepalen hoe snel dit gaat is gekeken naar de implementatieplanning van ieder van de onderdelen. Deze nuances zijn meegenomen in de berekeningen. Hiermee ontstaat er per kwartaal een beeld van de te verwachten uitgaven en opbrengsten. Als we de te verwachten kosten, besparingen en ontwikkeling van ieder van de onderdelen afzetten tegen elkaar ontstaat het onderstaande beeld.

³⁵ Het hoofdstuk KPI's en monitoring wordt op dit moment nog uitgewerkt



In de grafiek is per kwartaal met de staven aangegeven wat de kosten en baten zijn (uitgaand van directe realisatie) voor zowel het Sociaal Domein als de Zwv. Daarnaast geeft de lijn aan dat wanneer de volledigheid aan structurele en incidentele middelen in Q3 2025 is uitgekeerd, dit bedrag voor enkel door de baten uit de Zwv al wordt terugverdiend in Q3 2028. Dit betekent dat de besparing op dat moment net zo hoog is als de totale benodigde investering. De totale financiële investering is dan terugverdiend. Hiermee lijkt er sprake te zijn van een 'impactvolle' transformatie.

7. Impactanalyse

Naast de betaalbaarheid van zorg, heeft het Integraal Zorgakkoord (IZA) ook het doel om de zorg voor de toekomst toegankelijk te houden. In dit hoofdstuk wordt de impact analyse toegelicht, waarmee de bijdrage van dit transformatieplan aan de toegankelijkheid van zorg, uitgedrukt in vrijgespeelde personele capaciteit (FTE), inzichtelijk wordt gemaakt.

7.1 INLEIDING

De toegankelijkheid van de mentale zorg- en ondersteuning staat meer onder druk. De toenemende zorgvraag en het prangende personeelstekort maken dat professionals minder tijd en aandacht kunnen besteden aan de inwoner. Met de huidige transformatie wordt beoogd de toegankelijkheid van zorg te verbeteren. Alle onderdelen uit dit plan dragen (mogelijk indirect) bij aan het reduceren van de zogeheten zorgkloof. Deze bijdrage betreft bijvoorbeeld het voorkomen van zorg door de beweging naar de voorkant te maken, het realiseren van effectievere behandelingen door passende zorg op de juiste plek aan te bieden, of het efficiënter inzetten van personeel dankzij een lagere administratielast.

In de impactanalyse wordt de bijdrage van dit transformatieplan aan de toegankelijkheid van zorg op kwantitatief weergegeven. Dit gebeurt op basis van de vrijgespeelde personele capaciteit, uitgedrukt in FTE. Hoewel deze analyse niet alle problemen rondom de toegankelijkheid van zorg oplost, geeft het wel inzicht in de mate waarin wordt bijgedragen aan betere toegankelijkheid. Zo draagt dit transformatieplan bij aan de mentale veerkracht in Friesland en sluit het aan bij één van de belangrijkste hoofddoelstellingen van het Integraal Zorgakkoord.

7.2 AANPAK

Om iets te kunnen zeggen over de vrijgespeelde capaciteit van dit transformatieplan, worden de financiële besparingen uit de business case als uitgangspunt genomen. De besparingen zijn opgesteld en gevalideerd in samenwerking met betrokken partijen en vormen daarmee een goed vertrekpunt voor de impact analyse. Daarnaast zijn de besparingen uit de business case uiteindelijk allemaal te herleiden naar tijd die bij de professionals wordt vrijgespeeld.

Wel is het zo dat de besparingen uit de business case meer omvatten dan enkel een besparing op directe personeelskosten. Zo dient er ook rekening te worden gehouden met kosten voor overhead, huisvesting en eventuele overige kosten. Dit zijn kosten die niet direct komen te vervallen wanneer tijd bij professionals wordt vrijgespeeld. Deze kosten hebben een meer structureel karakter. Wanneer de bedragen uit de business case gecorrigeerd worden voor dergelijke kostencomponenten, kan op basis van het overgebleven bedrag een indicatie gegeven worden van de vrijgespeelde capaciteit. Dit wordt teruggerekend op basis van (gemiddelde) salarissen van de professionals waarop de besparing van toepassing is. Bijvoorbeeld voor huisartsen, psychiaters binnen de Zorgverzekeringswet, of Wmo consultants in het sociaal domein.

Het terugrekenen van de bedragen uit de business case naar de capaciteit (in FTE) die wordt vrijgespeeld, geeft het onderstaande beeld:

Onderdeel	Vrijgespeelde capaciteit Zvw	Vrijgespeelde capaciteit Sociaal Domein
EPA	Vrijgespeelde capaciteit door het realiseren van een effectievere behandeling en kortere behandelduur voor EPA-patiënten van ca. <u>19 FTE per jaar</u>	Vrijgespeelde capaciteit door het realiseren van een effectievere behandeling en kortere behandelduur voor EPA-patiënten van ca. <u>24 FTE per jaar</u>
Gezins hulp	Vrijgespeelde capaciteit door het effectiever organiseren van de zorg rondom multi-stress gezinnen van ca. <u>14 FTE per jaar</u>	Vrijgespeelde capaciteit door het effectiever organiseren van de zorg rondom multi-stress gezinnen van ca. <u>240 FTE per jaar</u>
Steunpunten	Vrijgespeelde capaciteit door het voorkomen van een zorgvraag of door verergering te voorkomen van ca. <u>46 FTE per jaar</u>	Vrijgespeelde capaciteit door het voorkomen van een zorgvraag of door verergering te voorkomen van ca. <u>48 FTE per jaar</u>
Verkennd gesprek	Vrijgespeelde capaciteit door een reductie in het aantal doorverwijzingen naar de ggz van ca. <u>3 FTE per jaar</u>	Extra benodigde capaciteit voor de deelname vanuit het sociaal domein aan de verkennende gesprekken ca. <u>12 FTE per jaar</u>
Casusoverleg	Vrijgespeelde capaciteit door een reductie in het aantal doorverwijzingen naar de ggz van ca. <u>13 FTE per jaar</u>	Extra benodigde capaciteit door de deelname vanuit het sociaal domein aan de casusoverleggen ca. <u>6 FTE per jaar</u>
Consultatie	Vrijgespeelde capaciteit door een reductie in het aantal doorverwijzingen naar de ggz van ca. <u>11 FTE per jaar</u>	Nader onderzoek nodig
Digitalisering	Vrijgespeelde capaciteit door het reduceren van de tijd benodigd door huisartsen voor patiëntgebonden administratie van ca. <u>20 FTE per jaar</u>	Niet van toepassing. De berekening is enkel gericht op de besparing onder huisartsen.

In totaal komen we op basis van de bovenstaande aantallen op 127 FTE vrijgespeeld binnen de Zvw. Binnen het sociaal domein bedraagt de vrijgespeelde capaciteit 290 FTE.

Impact analyse	Met de realisatie van het transformatieplan wordt personele capaciteit vrijgespeeld (in FTE). Het gaat om de vrijgespeelde capaciteit na volledige implementatie van het transformatieplan.	Capaciteit vrijgespeeld van 127 FTE (Zvw) 290 FTE (SD)
-----------------------	---	---

Het is duidelijk dat dat voor de meeste van de hierboven genoemde onderdelen er op termijn capaciteit wordt vrijgespeeld. Gezins hulp en de EPA- aanpak zijn voorbeelden waarbij er weinig tot geen extra capaciteit benodigd is voor de uitvoering van deze integrale werkwijzen. Dit komt omdat dezelfde professionals op een andere manier in teams gaan samenwerken. Tegelijkertijd resulteert de manier van werken wel in een effectievere behandeling waarmee op termijn minder zorg nodig is en daarmee capaciteit wordt vrijgespeeld. Voor de inzet van AI-spraakherkenningstechnologie geldt ook dat professionals efficiënter gaan werken wat direct resulteert in meer tijd voor de inwoners, zonder dat hier een grote investering voor nodig is.

Dit neemt niet weg dat er voor sommige onderdelen wel degelijk eerst een uitbreiding van de capaciteit nodig is, in termen van extra personeel. Dit is bijvoorbeeld het geval bij de laagdrempelige steunpunten. Ook voor de activiteiten rondom het Mentaal Gezondheidsnetwerk (MGN) geldt dat hier in eerste instantie capaciteit gevraagd wordt vanuit de gemeenten, terwijl de capaciteit die op kortere termijn vrijkomt met name binnen de Zorgverzekeringswet valt.

Al met al ligt er een grote opgave als het gaat om het toegankelijk houden van de mentale zorg en ondersteuning. Niet alleen in Friesland, maar ook in de rest van Nederland. Deze opgave vraagt om meer dan alleen de implementatie van de onderdelen in dit transformatieplan en een doelmatige inzet van personeel. Het vraagt ook om aandacht voor de zorgprofessional. Hun tevredenheid, werklast en beschikbaarheid bepalen niet alleen de kwaliteit van zorg, maar ook de mate van toegankelijk ervan voor inwoners. Ook naasten, mantelzorgers en vrijwilligers spelen hierbij een belangrijke rol. Hun inzet biedt niet alleen emotionele en praktische ondersteuning aan inwoners, maar verlicht tevens de druk op professionele zorgverleners. Vanuit de Mienskip dragen alle Friese inwoners een gezamenlijke verantwoordelijkheid om de mentale zorg- en ondersteuning toegankelijk te houden voor iedereen die dat nodig heeft.

8. KPI's en uitbetalingsmodel (nog niet uitgewerkt)

Onderdeel van de uitbetalingssystematiek van het IZA is dat de transformatiemiddelen uitbetaald worden op basis van op voorhand vastgestelde resultaten. In dit plan wordt onderscheid gemaakt tussen twee soorten resultaten: inspanning KPI's en resultaat KPI's. De uitbetaling van de transformatiemiddelen is gebaseerd op een combinatie van het behalen van inspanning en resultaat KPI's.

#	Type KPI	Toelichting
1	Inspanning	Inspanning KPI's zijn KPI's die door een normale inspanning van indieners behaald worden en zijn gekoppeld aan de projecten. Deze vaak behaald door een product (plan van aanpak) op te leveren of iets te implementeren (een verkennend gesprek).
2	Resultaat	Resultaat KPI's zijn meetbare veranderingen die direct en aantoonbaar bijdragen aan de beoogde hoofddoelstellingen van dit transformatieplan. Bijvoorbeeld; het aantal verwijzingen is afgenomen.

Voor de inspanning KPI's geldt dat een uitgebreide lijst met KPI's is opgesteld, voor ieder van de in dit transformatieplan opgenomen projecten. De KPI's zijn gekoppeld aan de beoogde tijdspaden voor implementatie (zie hoofdstuk 4). In bijlage 4 is het overzicht van alle proces KPI's opgenomen.

Het formuleren van de resultaat KPI's en de bijbehorende ambitieniveaus is uitgewerkt in een separate notitie, dit betreft bijlage 5. De systematiek voor uitbetaling, binnen de kaders van de landelijke richtlijnen is bijgevoegd in bijlage 6.

9. Duurzaamheidsimpact

Het transformatieplan voor de mentale gezondheidszorg in Friesland richt zich niet alleen op de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid rondom de mentale gezondheid, maar levert ook een positieve bijdrage op het gebied van duurzaamheid. Onderstaand wordt de belangrijkste impact, kijkend naar zowel de impact op het milieu als op de maatschappij, uiteengezet:

- *Reductie in materiaalgebruik:* door de inzet van E-Health en digitale ondersteuning vermindert het gebruik van fysieke materialen zoals papier, medische hulpmiddelen en andere verbruiksartikelen. Dit leidt tot minder afval en een efficiënter gebruik van hulpbronnen
- *Toegankelijkheid voor diverse bevolkingsgroepen:* digitale hulpmiddelen zoals E-Health en consultatiemogelijkheden maken de zorg toegankelijker voor mensen in afgelegen gebieden of voor inwoners die beperkt zijn in hun mobiliteit. Dit is relevant in een regio als Friesland, waar sommige inwoners ver van zorgcentra wonen
- *Vermindering van de benodigde huisvesting:* door een toename in de digitale dienstverlening is er minder behoefte aan fysieke kantoor- en behandelruimtes. Dit leidt tot een lagere vraag naar bouwmaterialen, landgebruik en energieverbruik voor onderhoud van gebouwen. Dit gaat gepaard met een lager verbruik van natuurlijke hulpbronnen zoals gas, water en elektriciteit
- *Vermindering van stigma en anonimiteit:* Voor veel mensen, vooral in diverse gemeenschappen waar mentale gezondheidsproblemen soms taboe zijn, kan de anonimiteit van digitale zorg een belangrijke factor zijn. Online platforms en consultaties bieden een discreet alternatief voor traditionele zorgvormen, wat kan helpen om drempels voor het zoeken van hulp te verlagen
- *Reductie in reisbewegingen van professionals en inwoners:* online meetings en (zorg)ondersteuning verminderen de noodzaak voor fysieke reizen. Dit leidt tot een aanzienlijke daling van de uitstoot van broeikasgassen en draagt bij aan schonere lucht
- *Taal- en cultuurondersteuning:* veel digitale zorgplatforms bieden mogelijkheden voor meertalige ondersteuning en kunnen worden aangepast aan de culturele behoeften van verschillende gebruikers. Dit helpt om taalbarrières te overwinnen en zorgt ervoor dat zorgverleners beter kunnen communiceren met patiënten van verschillende achtergronden
- *Voorbeeldfunctie voor andere sectoren:* de integratie van innovatieve digitale benaderingen en de nadruk op duurzaamheid in de zorgsector kunnen als model dienen voor andere sectoren. Dit stimuleert bredere adoptie van duurzame praktijken en versnelt de overgang naar een duurzamere toekomst

De overtuiging is dat de beoogde transitie op het gebied van de mentale gezondheidszorg gepaard gaat met bovenstaande positieve effecten op het gebied van duurzaamheid. Hoewel niet expliciet doorgerekend, wordt het aannemelijk geacht een positieve impact aan een beter klimaat en inclusievere maatschappij gerealiseerd wordt. Deze ontwikkelingen zijn een belangrijke stap in de richting van een duurzamere toekomst, waarin de gezondheidszorg niet alleen het welzijn van individuen bevordert, maar ook bijdraagt aan de gezondheid van de aarde.