

## De doelen op een rij:

### **IZA-doelen:**

- Verzekerde zorg houdbaar en toegankelijk houden
- Arbeidsbesparing

### **AZWA-doelen:**

- De beweging van zorg naar gezondheid
- Het vergroten van gelijke kansen op gezondheid
- Het voorkomen van (zwaardere) zorg en ondersteuning
- Toeleiding naar passende ondersteuning en zorg

### **GALA-doelen:**

- Dat iedereen gezond kan opgroeien
- In een gezonde leefomgeving
- Ondersteund door een sterk sociaal netwerk

## De GALA-doelen en -beweging binnen het leefgebied Mentale Gezondheid:

- Inzetten op sociale inclusie, zingeving en het opbouwen van een sterk sociaal netwerk (*versterken van beschermende factoren*)
- Het vroegtijdig signaleren en voorkomen van eenzaamheid, depressie en chronische stress (*preventie van mentale klachten*)
- Inwoners de vaardigheden en veerkracht bieden om beter om te gaan met stressvolle situaties en transitie in het leven (*vergroten van mentale weerbaarheid*)
- Het toegankelijker maken van laagdrempelige activiteiten, buurthuizen en ontmoetingsplekken (*versterking van de sociale basis*)

## Een beweging in gang zetten

### Ambitie i.r.t. het probleem bepalen:

Als je impact wilt maken: hoeveel inwoners zouden dan baat hebben bij de doelen en de beoogde beweging? Wie zijn die inwoners, en hoeveel zijn het er, die:

- zich niet geïnccludeerd voelen?
- zich niet van betekenis voelen?
- geen sterk sociaal netwerk hebben?
- depressief zijn of dreigen te worden?
- eenzaam zijn of dreigen te worden?
- chronische stress hebben of dreigen te krijgen?
- zich niet toegerust voelen (niet de veerkracht en/of de vaardigheden hebben) voor stressvolle situaties en/of de rafeligheden van het leven?
- geen nabije laagdrempelige ontmoetingsplekken hebben? Of wel maar daarvoor toch drempels ervaren?

## De inwoners die baat hebben, wie zijn ze?

Je zou kunnen zeggen dat er grofweg 2 groepen inwoners zijn:

### 1. Inwoners die al het probleem hebben dat ze

- zich niet geïncludeerd voelen
- zich niet van betekenis voelen
- geen sterk sociaal netwerk hebben
- zich eenzaam voelen
- chronische stress hebben
- etc.

### 2. Inwoners die de kans lopen om

- zich niet geïncludeerd te voelen
- zich niet van betekenis te voelen
- geen sterk sociaal netwerk te hebben
- zich eenzaam te gaan voelen
- chronische stress te gaan hebben
- etc.

## De inwoners die baat hebben, hoe herken je ze?

Naast dat ieder mens uniek is in zijn aanleg, context, omstandigheden en levensverhaal, zijn er kenmerken en factoren waarmee te voorspellen is dat de kans op stress en eenzaamheid, en het verliezen van betekenis en van veerkracht, vergroot wordt:

- Het hebben van een (al dan niet chronische) psychische kwetsbaarheid
- Het hebben van een chronische ziekte
- Naaste zijn van iemand met een kwetsbaarheid
- In armoede leven
- Een traumatische of ontwrichtende ervaring
- Laaggeletterdheid
- Prestatiedruk
- Social media-druk
- Geen (veilig) thuis hebben
- Ongezonde zorgafhankelijkheid
- Een combinatie van factoren

## Om hoeveel inwoners gaat het, waar vind je informatie?

Als je wil weten hoeveel inwoners baat zouden hebben bij een integrale benadering van het behouden én het hervinden van mentale gezondheid en veerkracht, zodat je over een aantal jaar kunt zeggen dat:

1. je inwoners én de samenleving mentaal gezonder en veerkrachtiger zijn
2. je een omslag hebt gemaakt van ziekte naar gezondheid
3. er minder zorgvragen en -kosten zijn (in alle domeinen)
4. de zorg toegankelijk blijft voor wie dat nodig heeft

... dan is er veel informatie te vinden over de inwoners (en hun aantal) die je wilt bereiken:

- [Waar staat je gemeente](#)
- [Kaarten gezondheidsmonitor](#)
- [Gemeentezorgspiegel](#)
- [Regiobeeld psychische problematiek](#)

En ook kun je informatie over aantallen ophalen bij maatschappelijke partners. Stap 4 in dit stappenplan gaat daarover: [Stappenplan voor gemeenten](#)

## Welke instrumenten, aanpakken en initiatieven zijn er?

Op het thema **mentale gezondheid** zijn er in het sociaal domein al heel veel mooie initiatieven, aanpakken en voorzieningen. Sommigen zijn nieuw (of klinken nieuw) of nog op de ontwikkel-agenda; anderen bestaan al (veel) langere tijd.

Gemeenten/regio's krijgen middels een ontschotte SPUK de komende drie jaar geld voor een samenhangend aanbod binnen vijf leefgebieden. Een opsomming van **relevante onderdelen** binnen het leefgebied **mentale gezondheid**:

### **Basisfunctionaliteiten (AZWA D5):**

- Laagdrempelige steunpunten (zelfregie en herstelinitiatieven)
- Sociaal verwijzen
- Mentale Gezondheidsnetwerken (inclusief Verkennend Gesprek)
- Aanpak eenzaamheid (*op ontwikkelagenda*)
- Lotgenotengroepen (*op ontwikkelagenda*)

### **Basisinfrastructuur (D6):**

- Inloopvoorzieningen sociaal & gezond
- Aansluiten stevige lokale teams bij de Hechte Wijkverbanden
- (mentale) Gezonde school (financiering naast ontschotte SPUK)

***Hoofdpijnenakkoord ouderen (HLO):***

- Gelijkgerichte mantelzorg

***En wat er ook is:***

- Aanpak suïcidepreventie
- Diverse campagnes anti-stigma

***En wat er al sinds mensenheugenis is:***

- Vrijwilligers-initiatieven gericht op elkaar helpen
- Inwonersinitiatieven gericht op omzien naar elkaar
- Het verenigingsleven
- Straten, buurten, wijken waar het fijn samenleven is

## #hoedan?

Hoe kunnen Laagdrempelige steunpunten (zelfregie en herstelorganisaties) betekenisvol in de werkagenda komen?

In het webinar nemen we je mee hoe je binnen het leefgebied **Mentale Gezondheid** betekenisvolle **samenhang** kunt aanbrengen met als doel dat inwoners -en de samenleving als geheel- zich in 2030 mentaal veerkrachtiger voelen.

### **Sprekers:**

Aldo Kivits - regiocoördinator IZA/AZWA Gooi en Vechtstreek

Henke van der Heiden - beleidsadviseur sociaal domein Gooise Meren

Alexander Hogendoorn - initiatiefnemer Zorgvrijstaat Rotterdam

Sonja Visser - directeur NVZH

### **Gespreksleider:**

Goof van Westing - beleidsmedewerker NVZH; adviseur sociaal domein

## Quotes:

### Henke:

Natuurlijk ga je regelmatig in gesprek met inwoners, N=1 verhalen ophalen. En als je voor een grote groep inwoners zelfregie en herstel mogelijk wilt maken dan kun je dat het best aan een senior-ervaringsdeskundige vragen. Zij hebben collectieve kennis over hoe het is om te leven met de ontwrichting van een psychische kwetsbaarheid én hoe je daar aan voorbij kunt komen.

### Alexander:

We ontdekten dat community-building niet vanuit regulier zorg-denken kan ontstaan. Het ontstaat pas als inwoners zeggenschap hebben en zich mede-eigenaar kunnen voelen.

### Aldo:

Eigenlijk gaat het om 3 x ruimte: ruimte voor individueel herstel, ruimte in de samenleving en ruimte in de werkagenda.

### Sonja:

Inwoners zijn in de transformatie niet 'de zwakste schakel', je hoeft hen geen veerkracht te geven. Maak mogelijk dat zij hun *eigen -én elkaars-* veerkracht weer kunnen hervinden.

## Leefgebied Mentale Gezondheid in de Werkagenda:

### Doel:

Meer inwoners (en de samenleving als geheel) **mentaal veerkrachtiger**.

### Paradigma:

**Gedrag en gezondheid zijn het startpunt** en vermindering van ziekte en zorg het beoogde gevolg (en dus niet het startpunt).

**Inwoners zijn de belangrijkste schakel in de transformatie** (dus niet de zwakste schakel).

### Middel:

Gemeenten hebben al veel ontwikkeld de afgelopen jaren. Breng dat samen in de werkagenda zodat je als regio kunt zorgen dat:

- (Kwetsbare) inwoners minder eenzaam zijn, door anderen te **ontmoeten** in kansrijke contexten.
- Inwoners in de ontmoeting hun **eigen -en elkaars- veerkracht hervinden** door betekenisvolle rollen/activiteiten en de kans om zich weer gezien te voelen als iemand die ertoe doet.
- Inwoners -als het nodig is- **toegeleid worden naar de juiste zorg/ondersteuning**.

## **Nodig:**

Als regio een beeld hebben voor **hoeveel inwoners** je het van waarde acht om je doel te bereiken. *Zie hiervoor de pagina's 3 t/m 6 van dit document.*

## **Werkagenda en financiering:**

- Beschrijf **hoe je ruimte gaat geven** om de ambitie (aantal inwoners) gekoppeld aan het doel (meer hervonden veerkracht), in een passend tempo, de verschillende onderdelen in samenhang én samen met ervaringsdeskundigen, in 2030 mogelijk gaat maken.
- Je hoeft in de werkagenda nu niet te bepalen hoeveel **voorzieningen** er moeten komen. Beter is om ruimte te creëren voor een **gezamenlijk proces** dat je de komende jaren doorloopt.
- Maak in dat proces ruimte voor (senior-) **ervaringsdeskundigen**; collectieve ervarings- én herstellennis is de **benodigde kennisbron** om de transformatie naar gezondheid en gedrag te laten slagen.
- Denk na over een structurele plek voor zelfregie en herstelinitiatieven. De werkagenda biedt ruimte voor de **structurele borging** waardoor de bestaanszekerheid van dit soort plekken vergroot wordt.
- Bonuspunten als je in beleid en financiering aansluit bij de werkelijkheid én de toegevoegde waarde van deze initiatieven. **Bottom-up en vrije ruimte financieren** vraagt een andere benadering.

### **Rol van laagdrempelige steunpunten:**

Laagdrempelige steunpunten (zelfregie en herstelinitiatieven) zijn **goede knooppunten** omdat ze:

- **inwoners bereiken om wie het gaat** doordat die inwoners er mede-eigenaar kunnen zijn;
- **al de paradigma-shift hebben gemaakt:** gericht zijn op veerkracht en niet op ziekte;
- vaak al **betrokken zijn bij ontwikkeling van MGN** (o.a. Ervaringsdeskundigen leveren voor Verkennende Gesprekken);
- meestal al **samenwerken met** ggz, verslavingszorg, huisartsen/POH-ggz, welzijn, woningcorporaties, andere inwonersinitiatieven, beschermd wonen, etc;
- en ook vaak al een relatie hebben met andere **basisfunctionaliteiten** (D5):
  - Sociaal verwijzen
  - Mentale Gezondheidsnetwerken
  - Aanpak eenzaamheid
  - Wachttijdondersteuning
  - Lotgenotengroepen
  - Aanpak armoede en schulden
  - Inlopen sociaal & gezond (basisinfrastructuur D6)

### **Impact in 2030:**

Vraag aan **alle relevante partijen** om **samen** het doel te bereiken én om een manier te vinden om de impact zichtbaar te maken. Bijvoorbeeld: **ontwikkel KPI's op de mate van hervonden veerkracht, zich van betekenis voelen en onderlinge steun.**