

Tekenvel

Dit tekenvel maakt integraal onderdeel uit van het Integraal Zorgakkoord:
Regioplan West-Brabant 2024/2025/2026.

Aldus vastgesteld door:

CZ Zorgverzekering

Mijke Buijs – Manager Regioregie CZ

Datum

20 december 2023

Handtekening



En

Gemeente Breda

In deze mandaat houdend gemeente voor de gemeenten in de regio West-Brabant zoals verwoord in de 'Regeling specifieke uitkering IZA-doelen 2023-2026'. En zoals overeengekomen in de 'mandaatstructuur gemeenten regio West-Brabant' (juni 2023) door de gemeenten:
Alphen-Chaam, Altena, Baarle-Nassau, Breda, Drimmelen, Etten-Leur, Geertruidenberg, Oosterhout, Bergen op Zoom, Halderberge, Moerdijk, Roosendaal, Rucphen, Steenbergen, Woensdrecht en Zundert

Wethouder Boaz Adank

Datum

21-12-2023

Handtekening



Regioplan West-Brabant Oost



2024



Contactpersonen

Coördinerende zorgverzekeraar
Mijke Buijs
Manager Regioregie CZ
mijke.buijs@cz.nl

Coördinerende gemeente
Clemens Piena
Wethouder gemeente Oosterhout
c.piena@oosterhout.nl
14-0162

Betrokken partijen

Dit is het regioplan namens zorgverzekeraars CZ en VGZ en de 16 gemeenten uit de regio West-Brabant. Dit regioplan is in samenwerking met de volgende partijen tot stand gekomen:

- Amphia ziekenhuis
- Annature
- Avoord
- ggz Breburg
- CZ
- DeMarq
- GGD West Brabant
- Het Huisartsenteam
- HZG Breda
- Jong JGZ
- Mijzo
- Novadic Kentron
- Revant
- Surplus
- Thebe
- Transvorm
- VGZ
- Zorroo
- Zorgbelang

In 2024 gaan we de samenwerking uitbreiden met andere partijen uit de regio.

MANAGEMENTSAMENVATTING

Prioritaire thema's uit het regiobeeld

De partijen in de regio hebben op basis van de regioproblematiek een zestal thema's benoemd van waaruit gewerkt kan worden aan de prioritaire opgaven. Dit zijn:

1 Kwetsbare ouderen nu en in de toekomst

De mismatch tussen de stijgende zorgvraag en het afnemende zorgaanbod bij kwetsbare ouderen, nu en in de toekomst, vormt een grote opgave in de regio. Er is een relatieve en absolute toename van het aantal ouderen in de regio. Tegelijkertijd neemt het aandeel mensen dat voor deze groep kan zorgen af (toename demografische druk), en daalt het mantelzorgpotentieel. Er is een duidelijke stijging in het aantal ouderdomsgerelateerde aandoeningen en inwoners met multiproblematiek te zien. Eenzaamheid komt relatief veel voor en er is een dalende trend te zien in zelfredzaamheid en regie over het eigen leven. Dit leidt mede tot een verhoogde mate van 'zorggebruik/ consumentisme': afhankelijkheid en versnelde wens tot gebruik van professionele ondersteunings- en zorgdiensten zoals Wmo-begeleiding, wijkverpleging en verpleeghuiszorg. Het uitgangspunt richting toekomst is gericht op vitaal ouder worden en meer samenredzaamheid, waarbij 'kwaliteit van leven' het leidend principe is.

2 Tekort aan zorgprofessionals en mantelzorgers

We zien een toenemend tekort aan mensen die de zorg kunnen leveren die nodig is, waarbij het verwachte personeelstekort hoger is dan het landelijk gemiddelde. Dit geldt zowel op het gebied van formele als informele zorg. Het potentieel aan mantelzorgers daalt tot 2040 met meer dan de helft. Door dit

tekort en door o.a. de vergrijzing, wordt de mismatch tussen zorgvraag en zorgaanbod steeds groter. In absolute aantallen zijn de tekorten het grootst in de verpleging en verzorging. Relatief gezien zijn de tekorten het grootste in het sociaal werk, bij de huisartsenpraktijken, gezondheidscentra en de ggz.

3 Mentale gezondheid

Psychische klachten, stress en eenzaamheid komen bij bepaalde bevolkingsgroepen in de regio veel voor. Er wordt minder vaak eigen regie over het leven ervaren dan in de rest van Nederland, wat gevolgen heeft voor het psychisch en fysiek welbevinden. De uitstroom in de ggz in West-Brabant is lager dan de instroom. Hierdoor nemen de wachtlijsten toe, terwijl ze nu al de Treeknormen overschrijden voor de meeste diagnoses.

4 Leefstijl- en leefomgeving-gerelateerde ziekten

Leefstijlgerelateerde aandoeningen hebben een hoge prevalentie in de regio, wat onder andere een gevolg is van overgewicht, te weinig bewegen en meer ervaren stress. De prevalentie longkanker en het hoge medicijngebruik voor astma, duiden op meer luchtweggerelateerde aandoeningen in de regio. We gaan veranderen van ziekte en zorg, naar gezondheid en preventie.

5 Kansenongelijkheid en kansrijke start

In de regio zijn er op gemeenteniveau aantoonbare verschillen in SES-WOA score, inkomen, leefbaarheid, schulden, eenzaamheid en psychosociale problemen. Onderzoek heeft aangetoond dat inwoners met een lage SES-WOA score gemiddeld 4 jaar eerder

overlijden en 15 jaar korter in goede gezondheid leven. In de regio zijn er 1300 gezinnen met meervoudige problematiek en ligt het aandeel potentieel kwetsbare ouders in sommige wijken erg hoog, wat invloed heeft op een kansrijke start in het leven en zorgt voor een grotere druk op het zorgsysteem in de toekomst.

6 Druk op eerste lijn

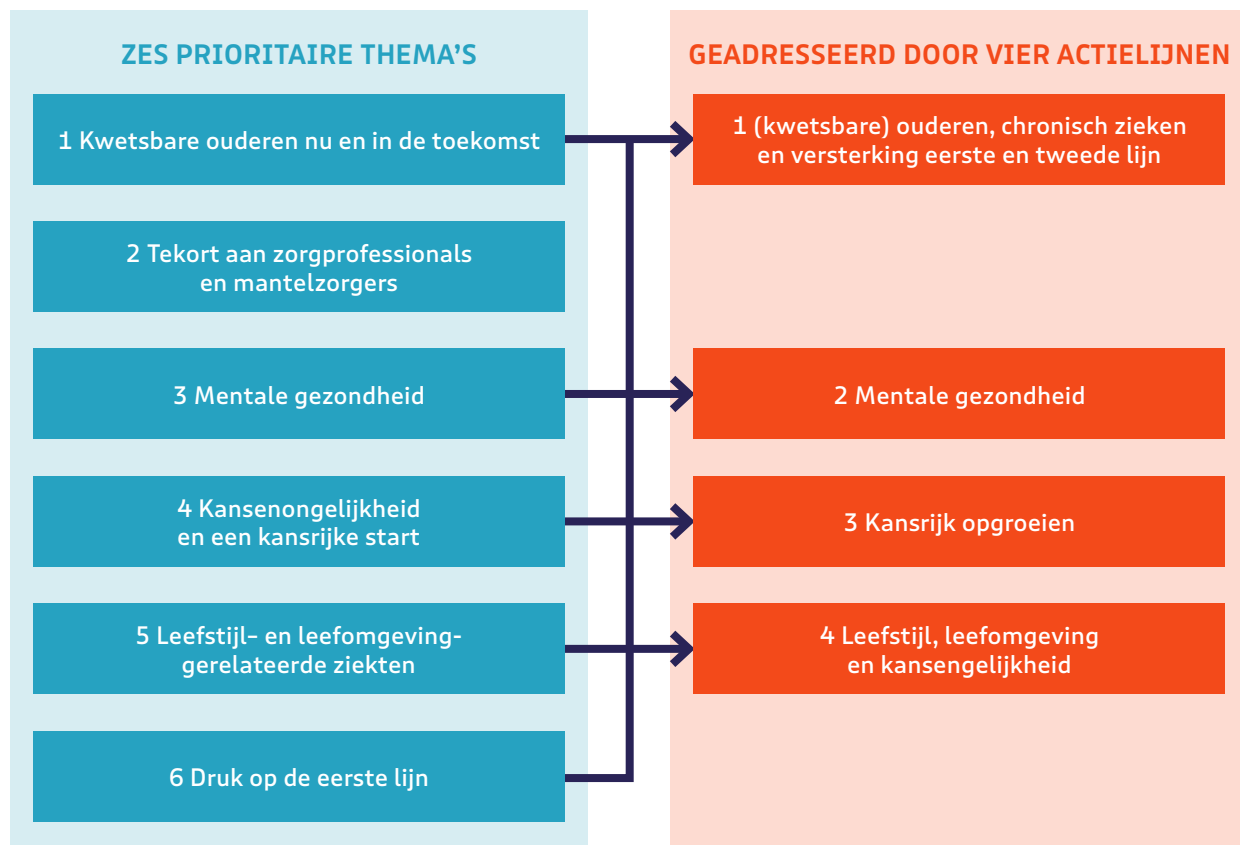
De ervaren werkdruk onder huisartsen is hoog en neemt in de toekomst verder toe. Een oorzaak hiervan is de toename van het aantal consulten, die voor een substantieel deel bestaan uit niet medische, 'praktische' vragen. Ook de toegankelijkheid van vervolgzorg (met name ggz, VVT en tweede lijnszorg) en sociaal domein speelt een belangrijke rol. Hierdoor blijven patiënten langer in de eerste lijn. De druk op de eerste lijn is ook zichtbaar in de wijkverpleging, waar het aantal cliënten sterk stijgt en het aantal medewerkers krimpt. De druk op de eerste lijn vertaalt zich naar een toenemende druk op de avond-, nacht en weekendzorg. Daarnaast zien we juist bij zowel wijkverpleging als huisartsen een steeds groter tekort aan professionals ontstaan.

MANAGEMENTSAMENVATTING

Governance

Van prioritaire thema's naar actielijnen

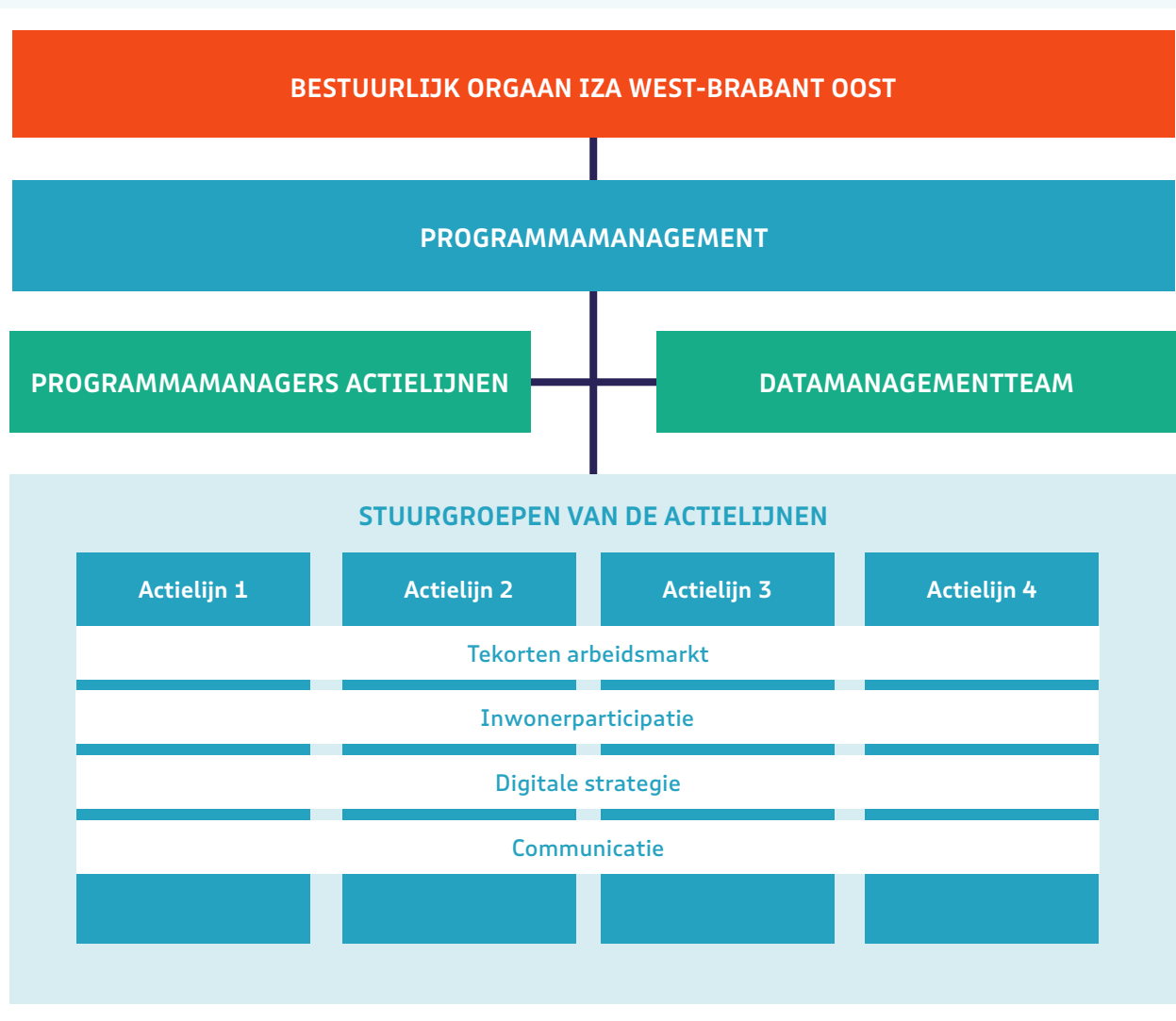
Er zijn vier actielijnen ingericht. Dit zijn programmastructuren die invulling geven aan een bepaald prioritair thema. De regio heeft ervoor gekozen om het prioritair thema 'Tekort aan zorgprofessionals en mantelzorgers' niet in één actielijn onder te brengen, maar juist elke actielijn de verantwoordelijkheid te geven om hier invulling aan te geven. Daarnaast is ervoor gekozen om het prioritair thema 'Druk op de eerste lijn' in de eerste actielijn te adresseren, omdat in die lijn dezelfde partijen zich al als programma georganiseerd hebben. Dit leidt tot onderstaande vertaling van de prioritaire thema's naar actielijnen:



Iedere actielijn moet invulling geven aan het thema *Tekort aan zorgprofessionals en mantelzorgers*

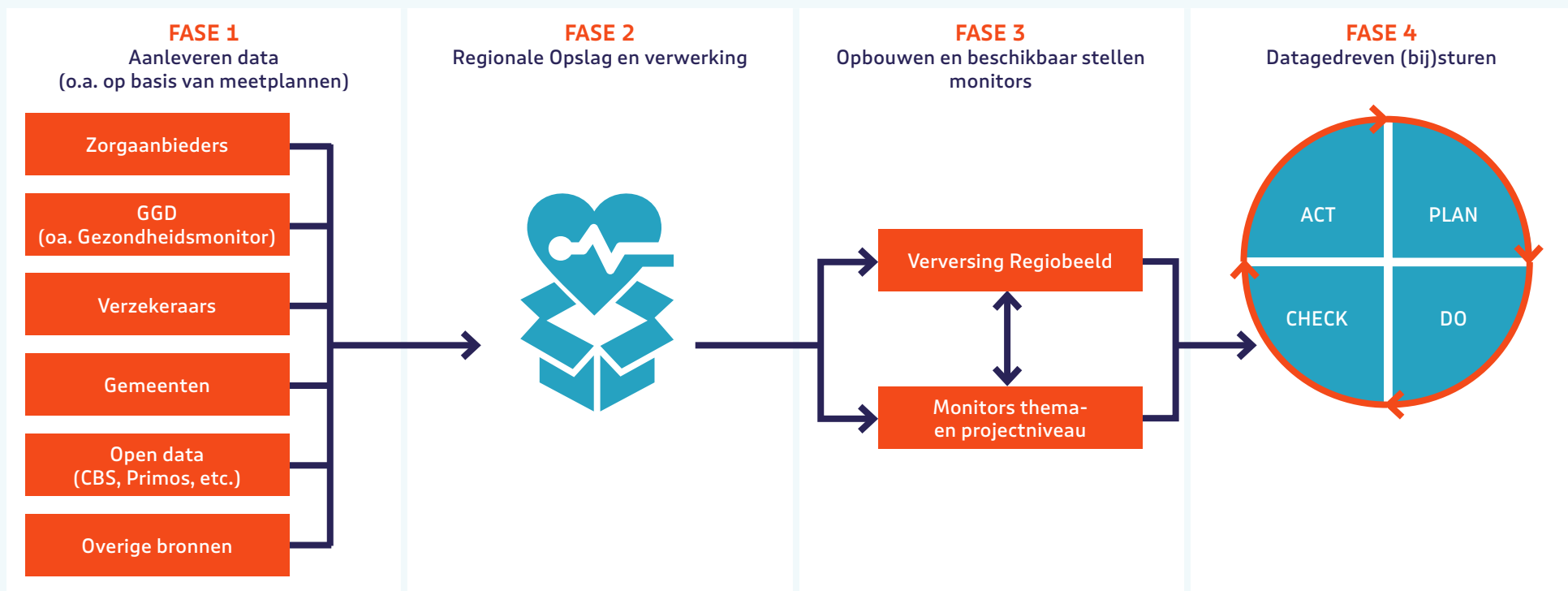
Governancestructuur

De governancestructuur staat hiernaast schematisch weergegeven. De structuur bestaat uit het Bestuurlijk Orgaan IZA West-Brabant Oost (BO IZA), waarbinnen bestuurlijke aanspreekpunten zijn benoemd voor elke actielijn, met daaronder het programmamanagement. De programmamanagers van de actielijnen en het datamanagementteam ondersteunen het programmamanagement en de stuurgroepen van de actielijnen zelf.



Monitoren en bijsturen

De regio bouwt in eerste instantie voort op de monitoring en bijsturing die al is ingericht in de actielijnen zelf. Tegelijkertijd verkent de regio in 2024 de meest kansrijke constructies om regiobreed, structureel en zoveel als mogelijk geautomatiseerd, de monitoring duurzaam in te richten met een gedegen governance. Zie onderstaande schematische weergave:



MANAGEMENTSAMENVATTING

Regionale en actielijnambities

De regio West-Brabant Oost heeft als ambitie om toegang tot zorg en welzijn te garanderen voor diegenen die dat écht nodig hebben. Dit bereiken we door met inwoners én professionals te werken aan:

- Een gezonde regio, benaderd vanuit positieve gezondheid en kwaliteit van leven
- Zelf- en samenredzaamheid
- Optimale inzet van schaarse capaciteit om noodzakelijke (passende) zorg toegankelijk en betaalbaar te houden

ACTIELIJN 1

Kwetsbare ouderen en chronisch zieken, nu en in de toekomst + transformeren eerste en tweede lijn

Gegarandeerde toegankelijkheid tot passende zorg en ondersteuning in de wijk/kern en tot tweedelijnszorg voor kwetsbare ouderen en inwoners met een chronische aandoening die dat écht nodig hebben. Dit bereiken we door:

- inwoners (pro)actief voor te bereiden op ouder worden, zodat zij zo lang mogelijk zelfstandig in de wijk of kern kunnen wonen;
- het faciliteren van het vergroten van zelfredzaamheid en van gezondheidsvaardigheden en hiermee de kwaliteit van leven te bevorderen;
- te werken aan een samenleving die zorgt voor elkaar;
- te werken aan (zelf)zorgvaardigheden bij inwoners en hun naasten, ondersteund door technologie waar mogelijk;
- te werken aan een optimale in-, door- en uitstroom van cliënten en patiënten in de keten;
- passende zorg en ondersteuning te leveren waarbij naadloos wordt samengewerkt tussen alle partijen in zorg en welzijn.

ACTIELIJN 2

Mentale gezondheid

Toegankelijkheid tot zorg en ondersteuning op het gebied van mentale gezondheid, voor diegenen die dat écht nodig hebben garanderen door:

- de inzet van preventie ter bevordering van mentale gezondheid en voorkomen dat mensen psychische klachten krijgen en/of suïcidaal gedrag ontwikkelen;
- inzet op verandering van mindset bij zowel mensen mét als zonder psychische klachten, leidend tot weerbaarheid en veerkracht bij onze inwoners. Dit begint al tijdens de jeugd;
- een passend en toegankelijk zorg- en ondersteuningsaanbod ggz en mensen met psychische klachten eigen regie laten ervaren;
- stimuleren van het gebruik van digitale toepassingen zodat zoveel mogelijk mensen geholpen kunnen worden. Digitale toepassingen helpen ook bij het bevorderen van het gevoel van eigen regie.

ACTIELIJN 3

Kansrijk opgroeien

Op korte termijn de toegankelijkheid van zorg en welzijn voor kinderen en hun ouders verbeteren en op lange termijn een gezondere generatie bereiken die minder zorg vraagt, door:

- voor de zwangerschap inwoners zo goed mogelijk voor te bereiden op een gezonde zwangerschap en onbedoelde en ongewenste zwangerschappen zoveel mogelijk te voorkomen;
- tijdens de zwangerschap zwangeren in een (potentieel) kwetsbare situatie passend te ondersteunen door betere vroegsignalering en toeleiding naar de juiste ondersteuning op het juiste moment;
- na de geboorte te investeren in laagdrempelig toegankelijke, passende zorg en ondersteuning voor jeugdigen tot 18 jaar, ouders en gezinnen, met een focus op preventie en welzijn. Hierdoor wordt verschuiving en daarmee transformatie mogelijk van tweede, naar eerste en nulde lijn;
- een kansrijke, duurzame ketensamenwerking op te zetten, waarin verbinding tussen professionals uit het sociaal en medisch domein en een continu proces van leren en verbeteren in de keten tot stand worden gebracht.

ACTIELIJN 4

Leefstijl, leefomgeving en kansengelijkheid

- 1 Zorgen dat we al onze gezonde inwoners gezond houden.
- 2 Zorgen dat we bij mensen met een kwetsbare gezondheid het maken van gezondere leefstijlkeuzes makkelijker en toegankelijker maken.
- 3 Zorgen dat we de gezondheid van (chronisch) zieken zodanig bevorderen dat dit hun kans op herstel vergroot.

We doen dit door te werken aan:

- het gezonder maken van de leefomgeving van mensen in West-Brabant, zodat deze de gezondheid bevordert en beschermt;
- een passend, toegankelijk, integraal en begrijpelijk ondersteuningsaanbod op leefstijl;
- het vergroten van gezondheidsvaardigheden en kansengelijkheid.

MANAGEMENTSAMENVATTING

Impact actielijnen op regionale ambitie

| AMBITIE | Toegankelijkheid van zorg & welzijn voor hen die dat écht nodig hebben | Een gezonde regio • Vergroten individuele gezondheid en gezondheidsvaardigheden • Verkleinen gezondheidsverschillen | Vergroten zelf- en samenredzaamheid | Optimale inzet van schaarse capaciteit om noodzakelijke (passende) zorg toegankelijk en betaalbaar te houden |
|--|--|---|-------------------------------------|--|
| ACTIELIJN 1: KWETSBARE OUDEREN EN CHRONISCH ZIEKEN TRANSFORMEREN EERSTE EN TWEEDE LIJN | | | | |
| THEMA 1: Positief gezonde regio | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| THEMA 2: Samenwerking in de wijk | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| THEMA 3: Regionale, integrale vroegsignalering & preventie | ✓ | | ✓ | ✓ |
| THEMA 4: Mantelzorgversterking | ✓ | | ✓ | ✓ |
| THEMA 5: Grenzen stellen aan passende zorg en ondersteuning | ✓ | | ✓ | ✓ |
| THEMA 6: Slimmer werken en inzet technologie t.b.v. zelfredzaamheid, eigen regie en arbeidsbesparing | ✓ | | ✓ | ✓ |
| THEMA 7: Regionale Coördinatie Functie | ✓ | | | ✓ |
| THEMA 8: Transmurale Revalidatie (ATZ) | ✓ | | ✓ | ✓ |
| THEMA 9: Transformatie tweede lijn - Hybride medisch specialistische zorg | ✓ | | | ✓ |
| THEMA 10: Transformatie tweede lijn - Medisch specialistische zorg samen met ketenpartners | ✓ | | ✓ | ✓ |
| THEMA 11: Transformatie tweede lijn - Passende medisch specialistische zorg | ✓ | | | |
| ACTIELIJN 2: MENTALE GEZONDHEID | | | | |
| THEMA 1: Regionale integrale aanpak preventie mentale gezondheid en suïcide | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| THEMA 2: Versterken voorzieningenniveau in de wijk voor mensen met psychische kwetsbaarheid | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| THEMA 3: Toegankelijke mentale gezondheidszorg | ✓ | | ✓ | ✓ |
| THEMA 4: Meer en breder inzetten van e-health-oplossingen en zelfhulpprogramma's | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| THEMA 5: Interculturele zorg | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| ACTIELIJN 3: KANSRIJK OPGROEIEN | | | | |
| THEMA 1: Toegankelijke informatievoorziening | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| THEMA 2: Vroegsignalering en toeleiding naar passende ondersteuning en/of zorg | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| THEMA 3: Sterke, laagdrempelige, toegankelijke en passende (collectieve) ondersteuningsmogelijkheden | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| THEMA 4: Zorgverschuiving en intensievere keten (overstijgende)-samenwerking voor kinderen tot 18 jaar | ✓ | | | ✓ |
| THEMA 5: Kansrijke regionale ketensamenwerking tussen sociaal en medisch domein | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| THEMA 6: Benutten van data: samen leren en verbeteren | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| ACTIELIJN 4: LEEFSTIJL EN LEEFOMGEVING | | | | |
| THEMA 1: Leefstijlcommunity | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| THEMA 2: Het leefstijlloket (leefstijl als interventie) | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| THEMA 3: Aanpak middelengebruik | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| THEMA 4: Verbeteren gezondheidsvaardigheden | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| THEMA 5: Regio-alliantie 'Gezonde leefomgeving' | ✓ | ✓ | | ✓ |

Inhoudsopgave

| | |
|---|-----------|
| Managementsamenvatting | 3 |
| 1 Inleiding | 13 |
| → IZA, regiobeelden en regioplannen | 13 |
| → Leeswijzer | 14 |
| → Regiobeeld - prioritaire thema's | 15 |
| → Regionale ambitie | 26 |
| 2 Governance | 27 |
| → Van prioritaire thema's naar actielijnen | 28 |
| → Structuur | 29 |
| → Monitoren en bijsturen | 30 |
| → Inwonerparticipatie | 31 |
| 3 Actielijnen | 32 |
| 1 Kwetsbare ouderen, chronisch zieken nu en in de toekomst & transformeren eerste en tweede lijn | 33 |
| 2 Mentale gezondheid | 42 |
| 3 Kansrijk opgroeien | 48 |
| 4 Leefstijl en leefomgeving | 55 |
| → Vijf ketenaanpakken uit het IZA | 63 |
| 4 Landelijke randvoorwaarden | 64 |
| 5 Bijlagen | 65 |
| → Managementsamenvatting regiobeeld | 66 |
| → Samenhang programma's en akkoorden | 75 |
| → Samenhang met het ROAZ-plan | 76 |

1 Inleiding

- IZA, regiobeelden en regioplannen
- Leeswijzer
- Regiobeeld – prioritaire thema's
- Regionale ambitie

INLEIDING

Het integraal zorgakkoord, regiobeelden en regioplannen

Gezondheid is voor iedereen belangrijk. Het helpt mensen om een goed leven te leiden, zelf en met elkaar. Wanneer de gezondheid wankelt, wil iedereen kunnen rekenen op goede, toegankelijke en betaalbare zorg en ondersteuning op basis van de (para)medische, verpleegkundige en gemeentelijke expertise. Die zorg staat echter steeds meer onder druk. Als we niets doen, dreigt de zorg vast te lopen. We moeten daarom aan de slag. De zorgsector, de politiek en de samenleving als geheel; alleen samen kunnen we de zorg toekomstbestendig maken¹.

De gemeenten en zorg- en welzijnspartijen maken regiobeelden (per zorgkantorregio) waarin zij vaststellen wat de prioritaire opgaven zijn. Op basis van deze regiobeelden stellen zij concrete regioplannen op waarin afspraken staan hoe deze prioritaire opgaven aangepakt worden. Zo organiseren zij de nodige transformaties met als doel de integrale gezondheidszorg in de regio te waarborgen, waarbij toegankelijkheid en kwaliteit leidend zijn².

Het regioplan bestaat uit twee delen²:

- A Regio-opgaven:** Dit betreft de belangrijkste regionale opgaven die met prioriteit gezamenlijk worden opgepakt².
- B Regio-afspraken:** Dit zijn afspraken over de wijze waarop partijen de regio-opgaven gaan oppakken en wie daarbij betrokken zijn. De afspraken worden vertaald in een werkagenda met meetbare resultaatafspraken inclusief meerjarenplanning².

Het regioplan is gebaseerd op het regiobeeld van de zorgkantorregio West-Brabant. Dit regiobeeld is te vinden op www.dejuistezorgopdejuisteplek.nl/regiobeelden. Een korte samenvatting van het regiobeeld van de regio West-Brabant is opgenomen in de bijlage.

¹ Uit: Integraal Zorg Akkoord – Samen werken aan gezonde zorg 2022

² Bronnen: Integraal Zorg Akkoord – Samen werken aan gezonde zorg 2022, Criteria regiobeelden en regioplannen – januari 2023

INLEIDING

Leeswijzer

Het regioplan van de regio West-Brabant Oost start met een algemene inleiding, waarin de aanleiding van het integraal zorgakkoord en de globale criteria voor het regioplan worden beschreven. Vervolgens wordt elke prioritair thema zoals geïdentificeerd in het regiobeeld van regio West-Brabant, afzonderlijk toegelicht. De inleiding wordt afgerond met de regioambitie die het bestuursorgaan IZA van West-Brabant Oost heeft vastgesteld.

In het hoofdstuk Governance vindt u de afspraken die het bestuursorgaan IZA van West-Brabant Oost heeft gemaakt op het gebied van samenwerking met specifieke aandacht voor besluitvorming, monitoring en bijsturing. Daarnaast leest u in dit hoofdstuk hoe de inwoners van West-Brabant Oost worden betrokken.

In het hoofdstuk Actielijnen treft u voor elk van de vier actielijnen de actielijn-ambitie aan en de aanpak op hoofdlijnen, waarmee invulling gegeven wordt aan de actielijn-ambitie en/of de regionale ambitie. Tevens beschrijft dit hoofdstuk waar in de actielijnen de vijf IZA- ketenaanpakken geborgd zijn.

In de bijlage vind u de managementsamenvatting van het regiobeeld van West-Brabant.

INLEIDING

Prioritair thema 1: Kwetsbare ouderen nu en in de toekomst

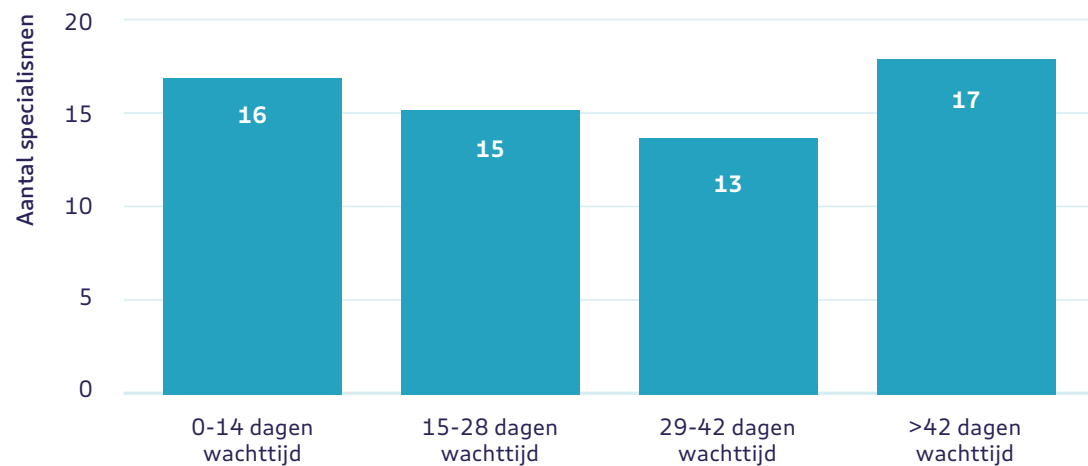
Samenvatting uit het regiobeeld

De mismatch tussen de stijgende zorgvraag en het afnemende zorgaanbod bij kwetsbare ouderen, nu en in de toekomst, vormt een grote opgave in de regio. Er is een relatieve en absolute toename van het aantal ouderen in de regio. Tegelijkertijd neemt het aandeel mensen dat voor deze groep kan zorgen af (toename demografische druk), en daalt het mantelzorgpotentieel met meer dan de helft tot 2040. (zie thema 2). Als het gaat om de zorgvraag, is er een duidelijke stijging in het aantal ouderdomsgerelateerde aandoeningen en een verwachte stijging van operaties die samenhangen met ouder worden. Daarnaast is er een toename van het aantal inwoners met multiproblematiek. Dit maakt het vatten van kwetsbare inwoners in de nu gangbare 'hokjes/labels' steeds moeilijker.

Eenzaamheid komt relatief veel voor onder ouderen in de regio West-Brabant en kan de problematiek m.b.t. kwetsbare ouderen versterken. Ook zien we een dalende trend in zelfredzaamheid en regie over het eigen leven. Dit leidt tot een verhoogde mate van 'zorggebruik/ consumentisme': afhankelijkheid van en versnelde wens tot gebruik van professionele ondersteunings- en zorgdiensten zoals Wmo-begeleiding, wijkverpleging en verpleeghuiszorg. Het aantal cliënten in de Wmo is hoger dan landelijk gemiddeld. Dat leidt tot een hogere overschrijding van Wmo-budgetten.

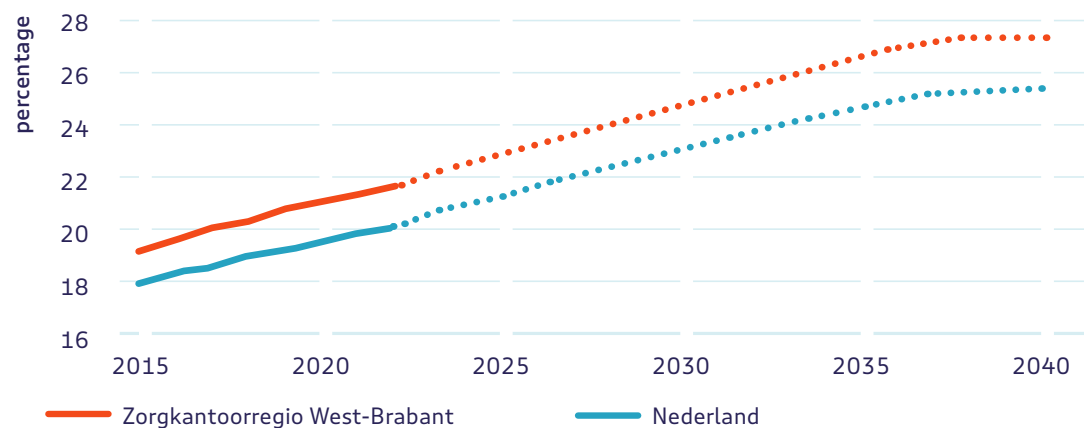
Toegankelijkheid tweede lijn

Toegang poli ziekenhuizen – peildatum 31 oktober 2023 – Aantal specialismen per Wachtijdgroep.



Toename 65+ers

Percentage 65 jaar en ouder



Bron: Bevolkingsstatistiek (CBS) i.c.m. Primos-prognose (ABF Research), bewerking RIVM

INLEIDING

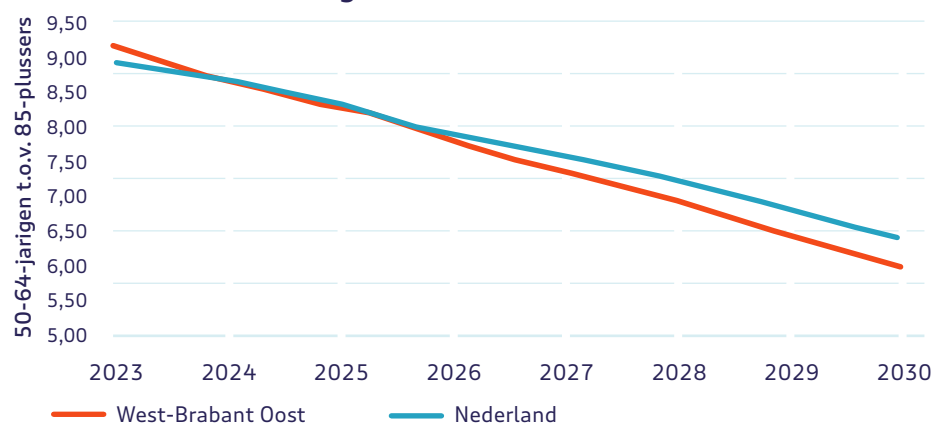
Prioritair thema 2: Druk op de arbeidsmarkt en afname mantelzorgers

Samenvatting uit het regiobeeld

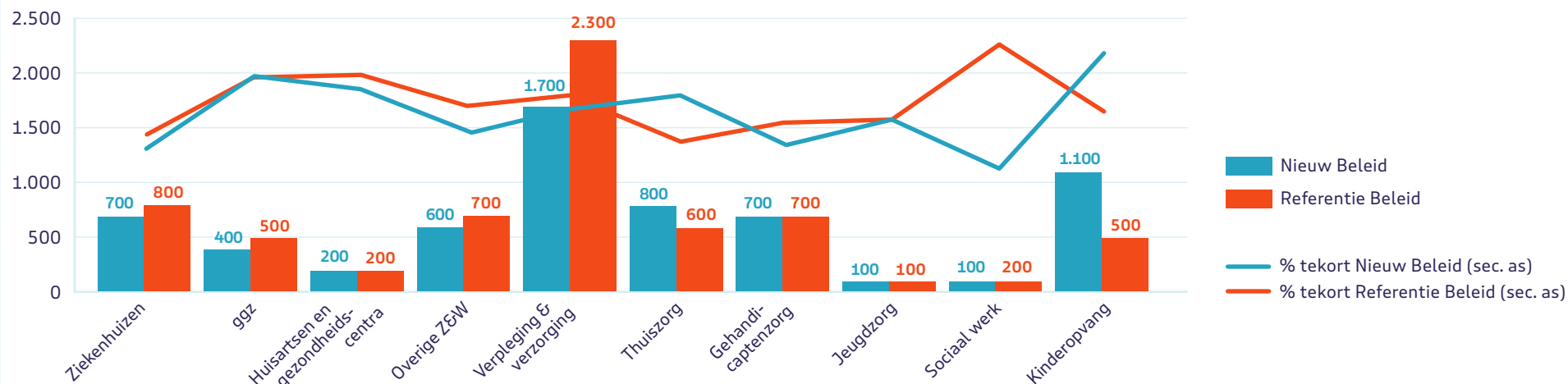
We zien een toenemend tekort aan mensen die de zorg kunnen leveren die nodig is, waarbij het verwachte personeelstekort hoger is dan het landelijk gemiddelde. Dit geldt zowel op het gebied van formele als informele zorg.

Het potentieel aan mantelzorgers daalt tot 2040 met meer dan de helft. Door dit tekort en door bijvoorbeeld de vergrijzing, wordt de mismatch tussen zorgvraag en zorgaanbod steeds groter. In absolute aantallen zijn de tekorten het grootst in de verpleging en verzorging. Relatief gezien zijn de tekorten het grootst in het sociaal domein, de huisartsenpraktijken, gezondheidscentra en de ggz.

Potentieel mantelzorgers



Absolute en relatieve tekorten op de arbeidsmarkt in 2032



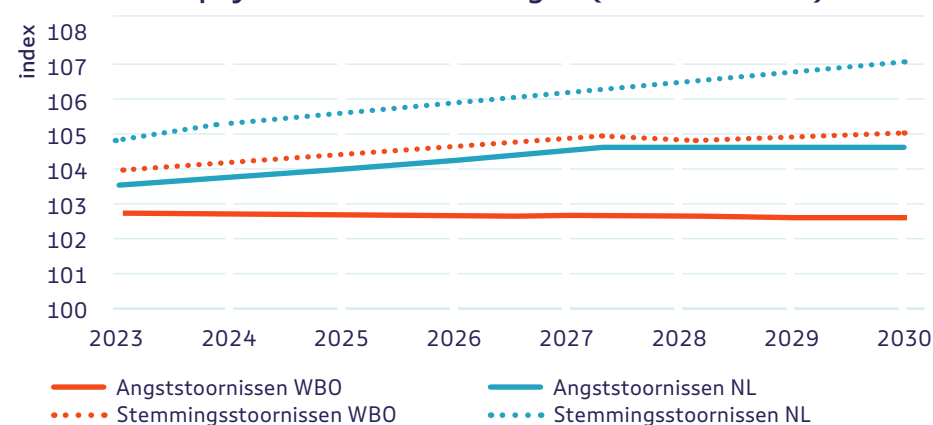
INLEIDING

Prioritair thema 3: Mentale gezondheid

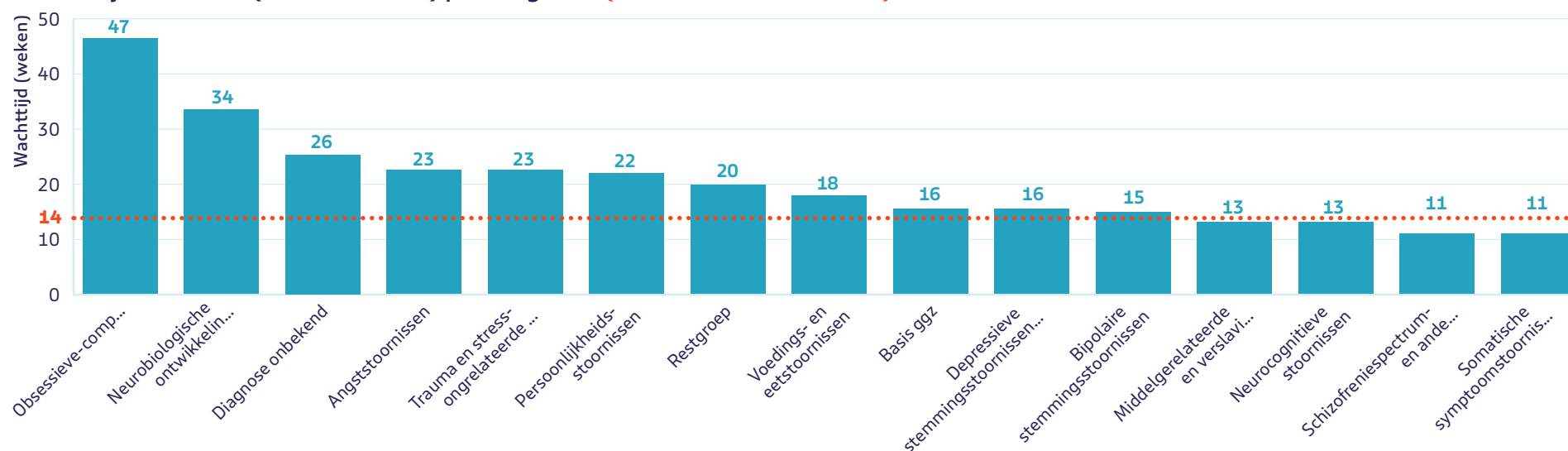
Samenvatting uit het regiobeeld

Psychische klachten, stress en eenzaamheid komen bij bepaalde bevolkingsgroepen in de regio veel voor. Er wordt minder vaak eigen regie over het leven ervaren dan in de rest van Nederland, wat gevolgen heeft voor het psychisch en fysiek welbevinden. We zien in de regio een daling van het aantal ggz-cliënten, in combinatie met langere wachtlijsten in de ggz dan in de rest van Nederland. Dit suggereert dat de uitstroom in de ggz lager is dan de instroom. Hierdoor blijft de toegankelijkheid afnemen, terwijl de toegangstijden de Treeknormen voor de meeste diagnoses al overschrijden. Cliënten worden dus niet tijdig geholpen, met als gevolg dat de aandoening verergerd en de complexiteit toeneemt.

Prevalentie psychische aandoeningen (West-Brabant)



Wachttijd in weken (West-Brabant) per diagnose (treeknorm = 14 weken)



INLEIDING

Prioritair thema 4: Kansenongelijkheid en kansrijke start

Samenvatting uit het regiobeeld

In de regio zijn er op gemeenteniveau aantoonbare verschillen in SES-WOA score, inkomen, leefbaarheid, schulden, eenzaamheid en psychosociale problemen. De leefbaarheid is gebaseerd op kenmerken als onveiligheid, aanwezigheid van voorzieningen en overlast.

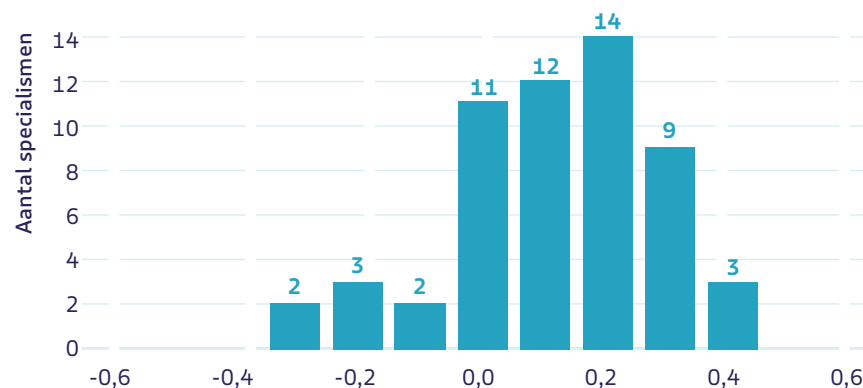
Onderzoek heeft aangetoond dat inwoners met een lage SES-WOA score gemiddeld 4 jaar eerder overlijden en 15 jaar korter in goede gezondheid leven. In de regio zijn er 1.300 gezinnen met meervoudige problematiek en ligt het aandeel potentieel kwetsbare ouders in sommige wijken erg hoog. Dat heeft invloed op een minder kansrijke start in het leven en veroorzaakt later een grotere druk op het zorgsysteem.

Factoren zoals veiligheid, bestaanszekerheid, huisvesting, inkomen en sociale contacten zijn van invloed op gezondheid.

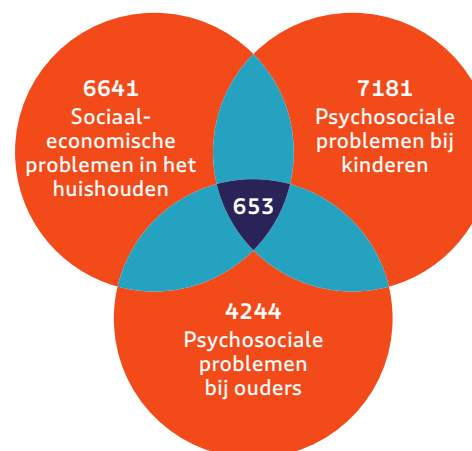
De verwachting is dat deze groep inwoners met een lage SES-WOA score zorgt voor een grotere druk op de zorg, terwijl oplossingen vaak buiten de zorg liggen.

Spreading SES-WOA score (Histogram op wijkniveau)

Aantal wijken per SES-WOA score



Verdeling gezinnen met meervoudige problemen



INLEIDING

Prioritair thema 5: Leefstijl- en Leefomgevinggerelateerde aandoeningen

Samenvatting uit het regiobeeld

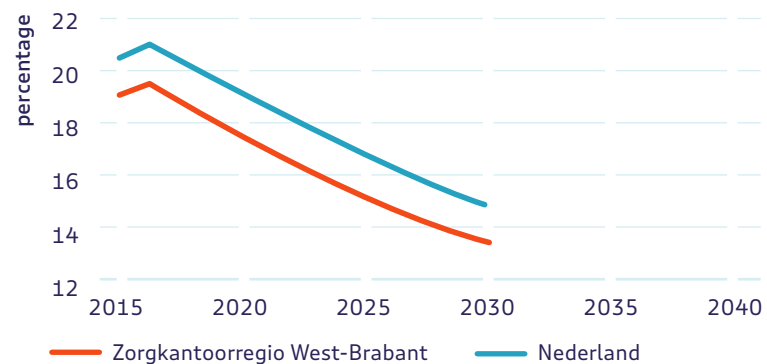
Leefstijlgerelateerde aandoeningen hebben een hoge prevalentie in de regio, onder andere een door overgewicht, te weinig bewegen en meer stress. De prevalentie longkanker en het hoge medicijngebruik voor astma duidt op meer luchtweggerelateerde aandoeningen in de regio.

Overmatig gebruik van verslavende middelen zoals alcohol en roken lijkt gemiddeld minder voor te komen dan in andere delen van Nederland. Toch wordt het als een probleem ervaren in de regio. Met name alcoholgebruik onder ouderen en drugsgebruik onder jongeren, wat vaak gezien wordt in combinatie met psychische problematiek. We verwachten dit op wijkniveau terug te zien in de cijfers.

De hoge prevalentie en verwachte toename van leefstijlgerelateerde aandoeningen zorgt voor een grote druk op het zorgsysteem. De verwachting is dat dit alleen maar toeneemt. Om te zorgen dat er minder een beroep gedaan wordt op het zorgsysteem, is het van belang dat de inwoner bewust is van het probleem. De inwoner moet zich beseffen dat gezond leven en het verbeteren van gezondheidsvaardigheden, een eigen verantwoordelijkheid is.

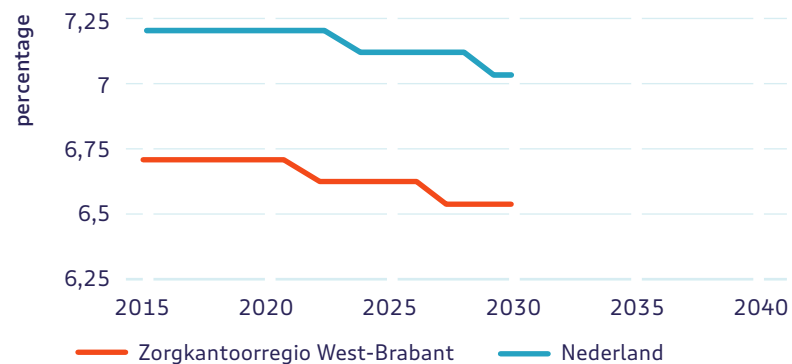
Leefstijlindicatoren

Roken (soms)



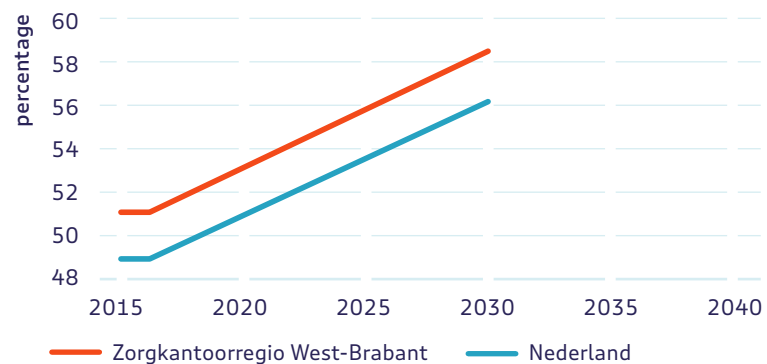
Bron: Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2018, RIVM, gemeentelijke verdeling RIVM

Overmatig alcoholgebruik



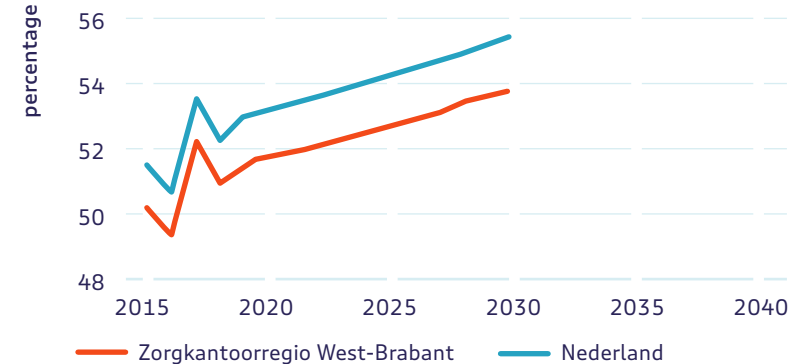
Bron: Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2018, RIVM, gemeentelijke verdeling RIVM

Overgewicht (BMI >25)



Bron: Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2018, RIVM, gemeentelijke verdeling RIVM

Wekelijkse sporters



Bron: Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2018, RIVM, gemeentelijke verdeling RIVM

INLEIDING

Prioritair thema 6: Druk op de eerste lijn

Samenvatting uit het regiobeeld

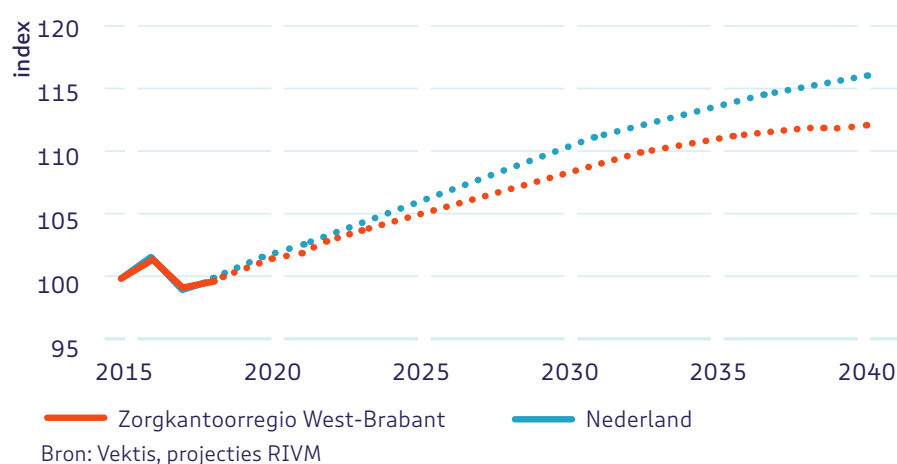
De ervaren werkdruk onder huisartsen is hoog en neemt in de toekomst verder toe. Oorzaak hiervan is de toename van het aantal consulten in de periode 2023-2040, die voor een substantieel deel bestaan uit niet-medische, 'praktische' vragen, en de beperkte toegankelijkheid van (gespecialiseerde) vervolgzorg en ondersteuning (ggz, ziekenhuis, sociaal domein). Hierdoor blijven patiënten langer in de eerste lijn.

De druk op de hele eerste lijn is ook zichtbaar in de wijkverpleging, waar het aantal cliënten sterk stijgt en het aantal medewerkers krimpt. De druk op de eerste lijn vertaalt zich naar een toenemende druk op de avond-, nacht- en weekendzorg.

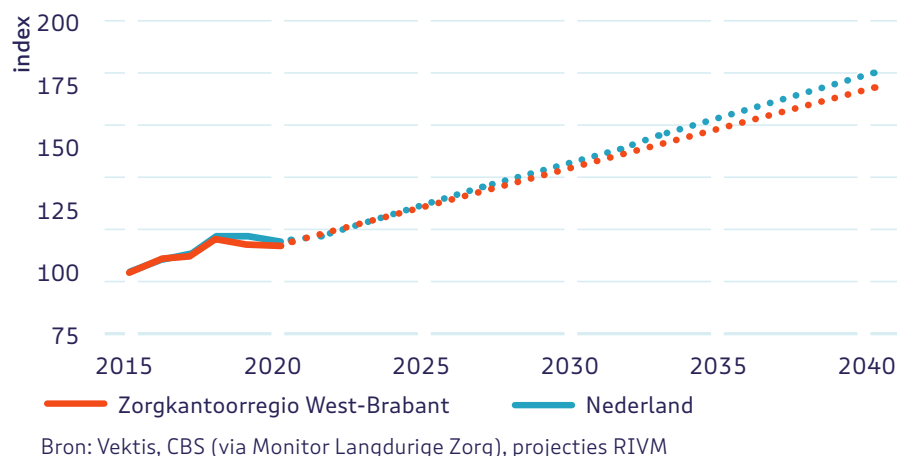
De overige beroepsbeoefenaren in de eerste lijn zoals apothekers, paramedici, ggz-behandelaren, jgz, kraamzorg, verloskunde, maar ook disciplines binnen het sociaal werk, zoals maatschappelijk werkers, ervaren de toenemende vraag en krapte op de arbeidsmarkt.

NB. Door de afnemende toegankelijkheid van de eerste lijn, ontstaat er ook druk op de tweede lijn.

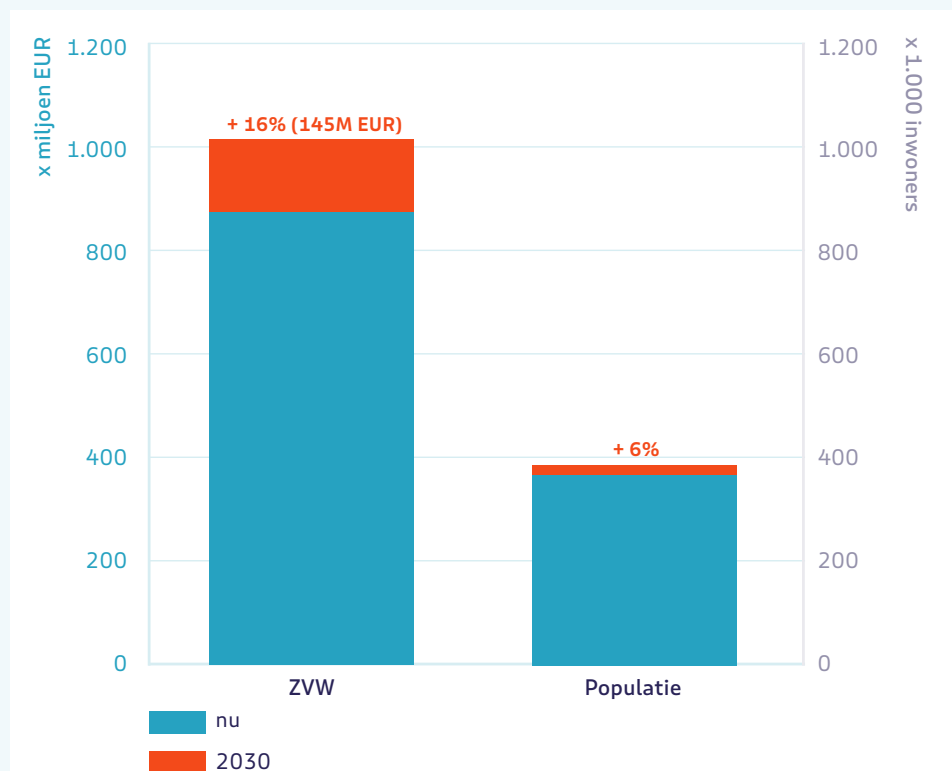
Huisartsconsulten



Cliënten Wijkverpleging



Kostenontwikkeling ZvW en Wlz



In de grafiek hierboven staat links de kostenontwikkeling in de Zvw tussen nu en 2030 (+16%). Rechts is de groei van de populatie weergegeven (+6%). De kosten stijgen daarmee harder dan de premie-inkomsten.

NB. De toename van de Zvw-zorgkosten valt bijna volledig in de leeftijdscategorie 65+ (144M EUR van de 145M EUR). De algemene stijging in Zvw-kosten voor de 65- populatie wordt gecompenseerd in deze berekening, doordat het aandeel 65- in de totale populatie daalt.

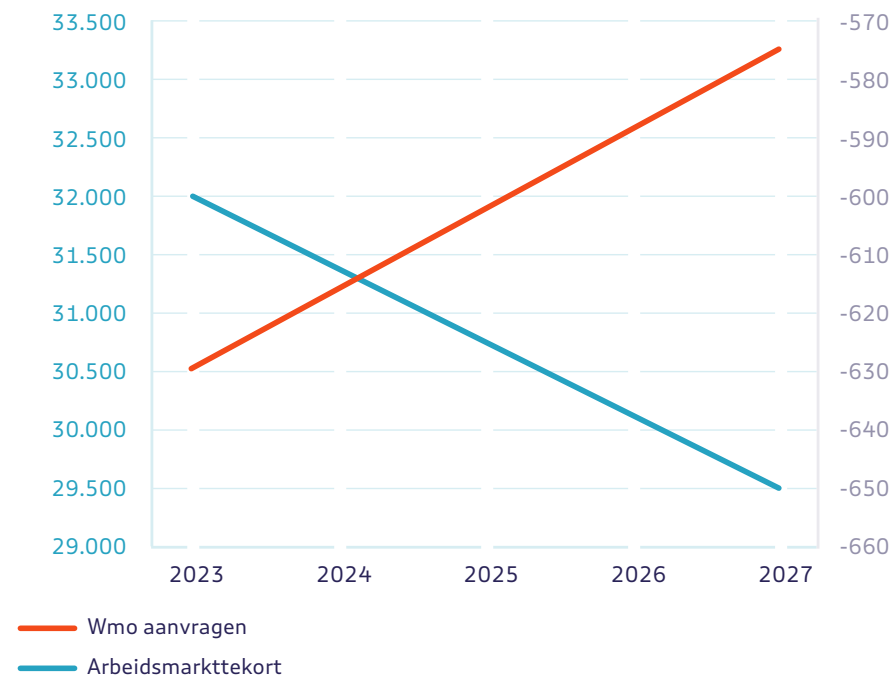


In de grafiek hierboven staat links de kostenontwikkeling in de Wlz tussen 2017 en 2030 (+6%). Rechts is de groei van de populatie weergegeven (+6%). De kosten stijgen daarmee gelijk aan de premie inkomsten. Al moet worden benoemd dat de geraamde kostenontwikkeling van de Wlz erg conservatief is op basis van beschikbare data.

Toegankelijkheid Wmo

- Het aantal gebruikers van de Wmo zal tussen 2023 en 2027 in elke gemeente in de regio West-Brabant Oost. Het aantal gebruikers in 2027 ligt ongeveer 9% hoger dan in 2023 terwijl het tekort op de arbeidsmarkt verder toeneemt.
- Het gaat om zowel Hulp Bij Huishouden, Ondersteuning Thuis en Hulpmiddelen en Diensten.

Wmo aanvragen



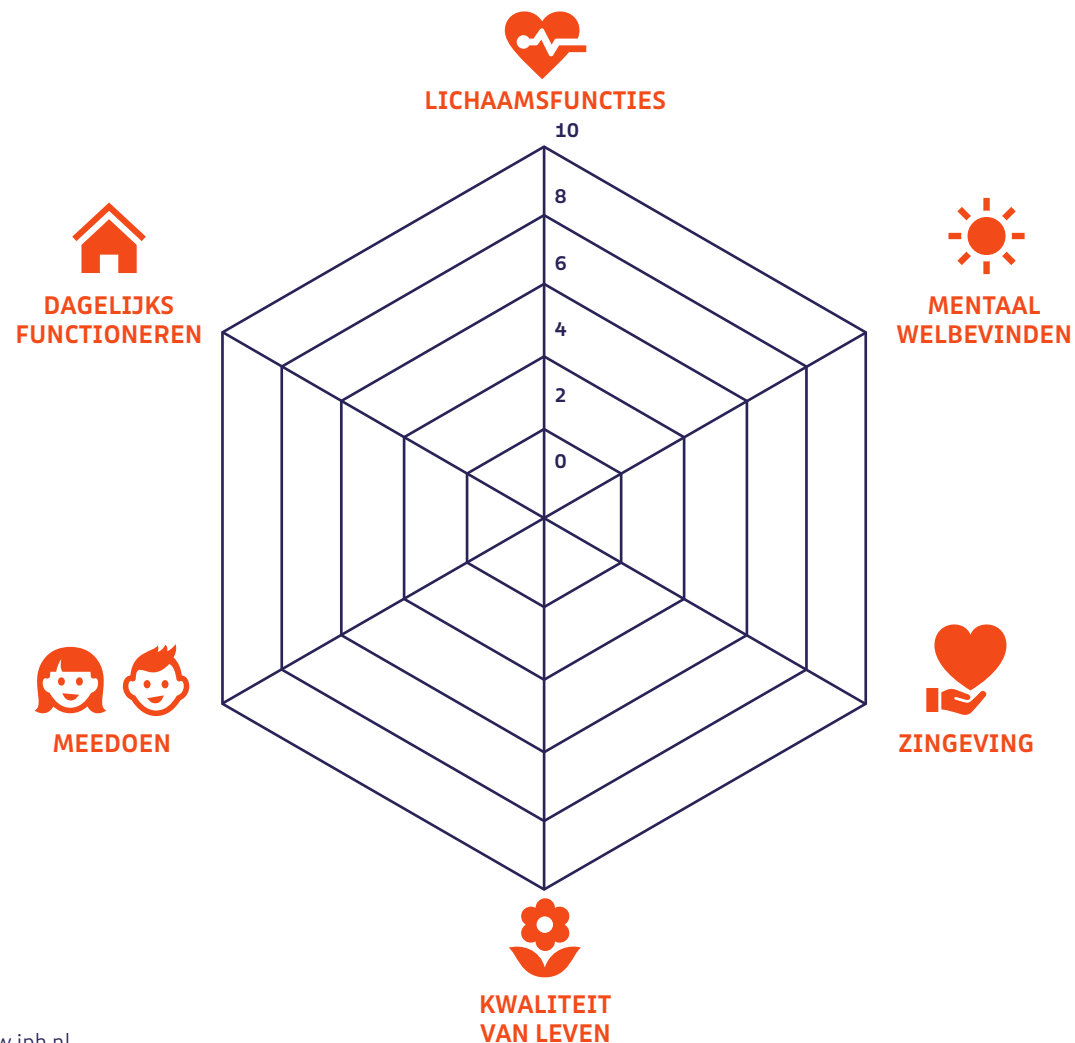
INLEIDING

Regionale ambitie – West-Brabant Oost

De regio West-Brabant Oost heeft als ambitie om toegang tot zorg & welzijn te garanderen voor diegenen die dat écht nodig hebben. Dit bereiken we door met inwoners én professionals te werken aan:

- een gezonde regio, benaderd vanuit
- positieve gezondheid en kwaliteit van leven;
- zelf- en samenredzaamheid;
- optimale inzet van schaarse capaciteit om noodzakelijke (passende) zorg toegankelijk en betaalbaar te houden.

Spinnenwebdiagram – Positieve gezondheid



Bron: www.iph.nl

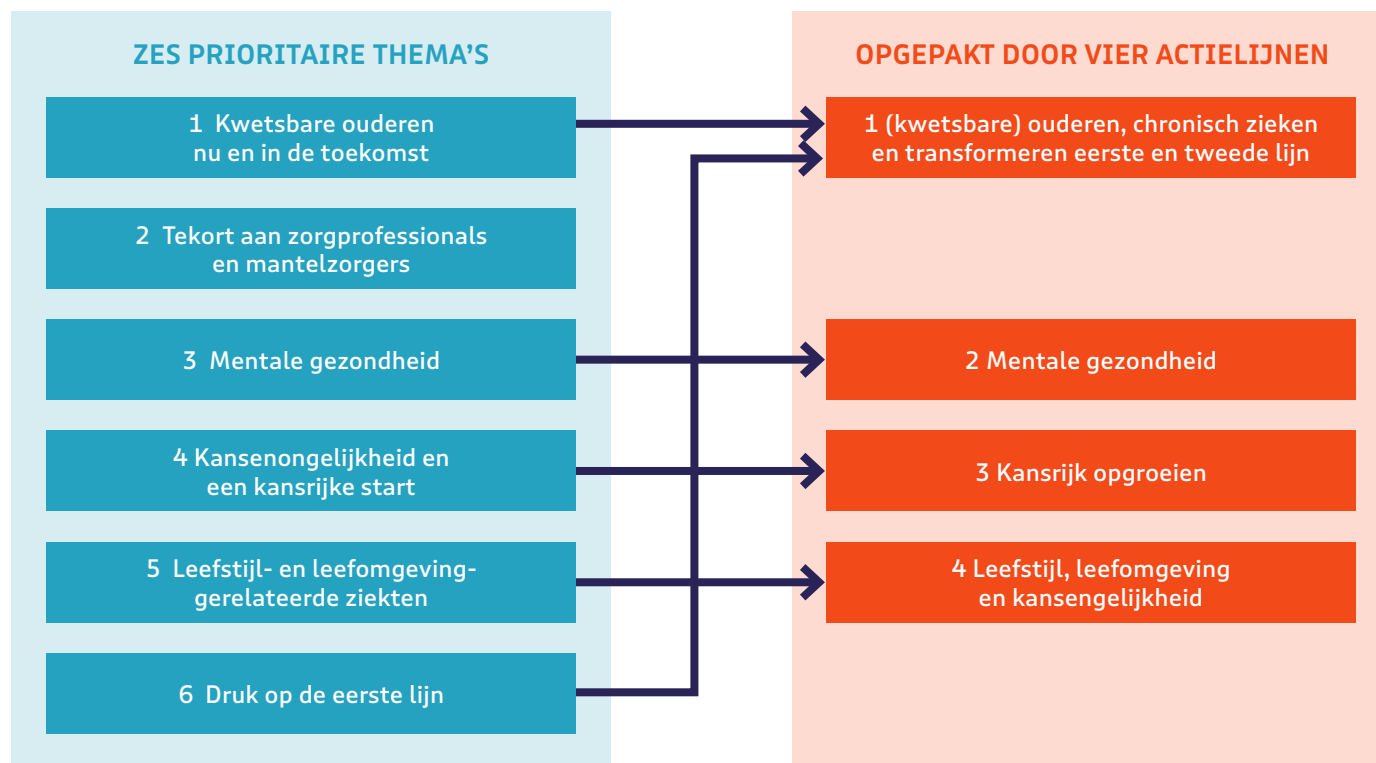
2 Governance

- Van prioritaire thema's naar actielijnen
- Structuur
- Monitoren en bijsturen
- Inwonerparticipatie
- Samenhang met andere regioplannen

2 GOVERNANCE

Van Prioritaire thema's naar actielijnen

Er zijn vier actielijnen ingericht. Dit zijn programma-structuren die invulling geven aan een bepaald prioritair thema. De regio heeft ervoor gekozen om het prioritair thema *Tekort aan zorgprofessionals en mantelzorgers* niet in één actielijn onder te brengen, maar om het juist een verantwoordelijkheid te maken van elke actielijn om hier invulling aan te geven. Daarnaast wordt het prioritair thema *Druk op de eerste lijn* aan de eerste actielijn toegewezen, evenals het transformeren van de tweede lijn. Hier is voor gekozen omdat in de eerste actielijn dezelfde partijen zich al als programma georganiseerd hebben, als die voor dit thema benodigd zijn. Dit leidt tot onderstaande vertaling van de prioritaire thema's naar actielijnen:



Iedere actielijn moet invulling geven aan het thema *Tekort aan zorgprofessionals en mantelzorgers*

2 GOVERNANCE

Governancestructuur

Hiernaast staat de governancestructuur schematisch weergegeven. De structuur bestaat uit het Bestuurlijk Orgaan IZA West-Brabant Oost (BO IZA), waarbinnen bestuurlijke aanspreekpunten zijn benoemd voor elke actielijn, met daaronder het programmamanagement, de programmamanagers van de actielijnen en het datamanagementteam. Zij ondersteunen het programmamanagement en de stuurgroepen van de actielijnen zelf.

- Het **BO IZA** is verantwoordelijk voor de voortgang en coördinatie van het geheel van actielijnen in de regio, startende met het opstellen van dit regioplan. Het BO IZA komt vier keer per jaar bijeen.
- Het **programmamanagement** wordt gevormd door de opdrachtgevers (CZ en gemeente Oosterhout) en het programmamateam (programmamanager en ondersteuning). Het programmamanagement komt twee keer per maand bijeen.
- **Programmamanagers van de actielijnen** adviseren het programmamanagement en coördineren de eigen actielijnen. De programmamanagers van de actielijnen komen periodiek bijeen met het programmamanagement.
- Het **Datamanagementteam** ondersteunt alle gremia met analyse en duiding van cijfers, ten behoeve van de monitoring van de voortgang en impact.
- De **stuurgroepen** van de actielijnen zelf, zijn binnen de eigen actielijn verantwoordelijk voor organisatie, aansturing, voortgang en bijsturing van de eigen actielijn. De vergaderfrequentie van de stuurgroepen van de actielijnen is aan de stuurgroepen zelf.

In 2024 werken we toe naar het inrichten van de volgende thema's die in elke actielijn en regioplan-breed spelen: Tekorten arbeidsmarkt, Inwonerparticipatie, Digitale strategie en Communicatie.



2 GOVERNANCE

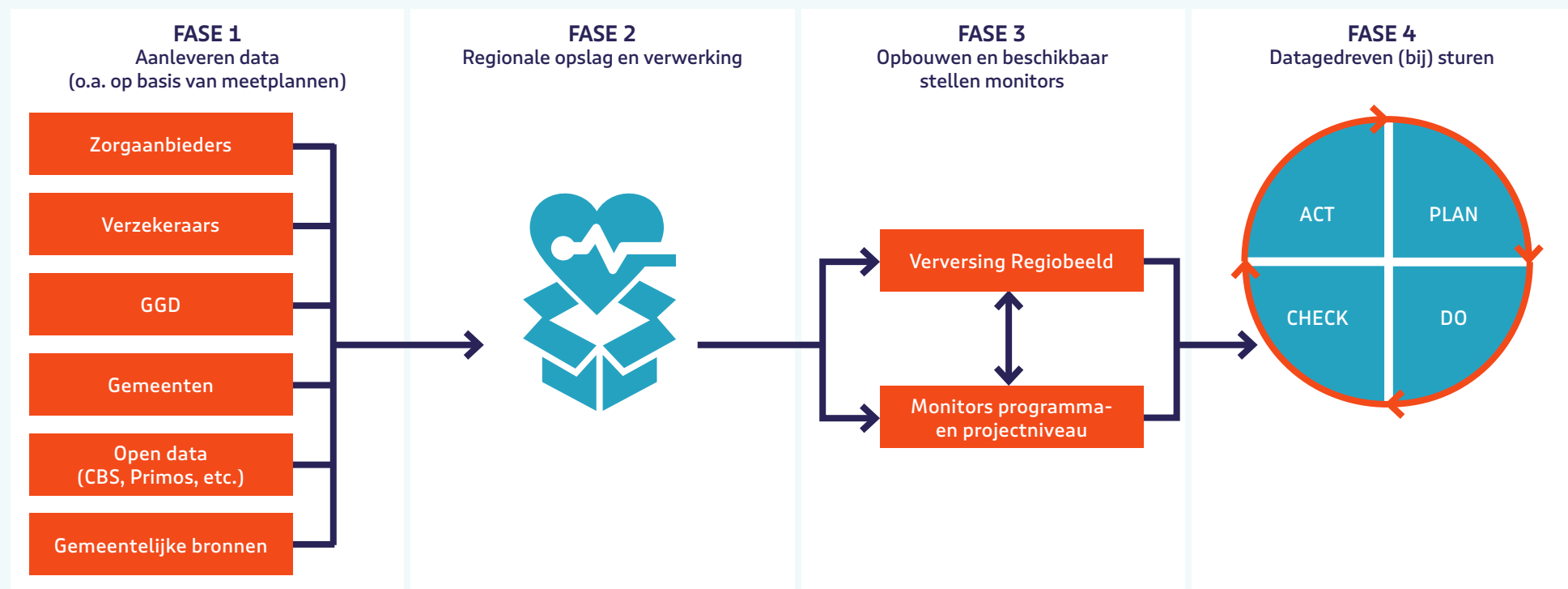
Monitoren en bijsturen

Bij de uitvoering van dit regioplan is het belangrijk dat we kunnen volgen of we voldoende voortgang boeken en of de projecten het gewenste resultaat opleveren voor de ambities die we als regio hebben uitgesproken. Het inrichten van deze regionale monitor is een basisvoorwaarde om te kunnen (bij)sturen. Primair zal er een projectmonitor ingericht gaan worden waarin voortgang, effect op de doelgroep en omvang van de doelgroep gevolgd worden.

Hiervoor is dataverzameling nodig, zowel regiobreed als over instellingsgrenzen heen. Op dit moment is er nog geen centrale voorziening die monitoring kan faciliteren. In de actielijnen zijn al wel enkele voorzieningen voor data-analyse gerealiseerd. De regio West-Brabant Oost kiest voor een groeimodel waarbij in eerste instantie gekozen wordt voor het voortbouwen

op de decentrale voorzieningen in de actielijnen. Tegelijkertijd verkent de regio in 2024 de meest kansrijke constructies om regiobreed, structureel en zoveel als mogelijk geautomatiseerd, de monitoring duurzaam in te richten met een gedegen governance. Bij de inrichting wordt ook afstemming gezocht met andere regiobrede programma's die een dergelijke monitoringsbehoefte kennen. In onderstaand schema staat hoe we met een centrale voorziening van brondata naar stuurinformatie komen:

De cijfers uit de projectenmonitor worden ter voorbereiding geduid door het datamanagementteam. Vervolgens worden de rapportages, met duiding, in het BO IZA geëvalueerd. Dan wordt ook besloten of bijsturing noodzakelijk is en/of worden de rapportages gedeeld met de betreffende actielijnen.



2 GOVERNANCE

Inwonerparticipatie

In samenwerking met ZorgBelang zijn de eerste contouren geschetst van de aanpak waarmee het Bestuurlijk Orgaan IZA inwoners wil betrekken in de verdere ontwikkeling van het regioplan en de realisatie van projecten.

Het doel is tweeledig:

- Oplossingsrichtingen, geïnitieerde (nieuwe) acties en initiatieven binnen de regioafspraken aan laten sluiten bij de behoeften van inwoner;
- Inwoners activeren, ruimte geven, ondersteunen en versterken om zelf met oplossingsrichtingen, acties en initiatieven aan de slag te gaan. Hierdoor verbetert de gezondheid en wordt toekomstbestendige zorg en ondersteuning gerealiseerd voor alle inwoners van West-Brabant Oost.

Dit vraagt een aanpak op basis van twee sporen:

- 1 Stimuleren en ondersteunen van en samenwerken met inwoners die initiatief nemen voor versterking vanuit de samenleving, zoals inwonerinitiatieven, lotgenotengroepen en zorgcoöperaties. Hiermee wordt de beweging naar informele zorg gestimuleerd en het zelfoplossend vermogen van inwoners (en daarmee de gemeenschapskracht) vergroot.
- 2 Bereiken en betrekken van alle inwoners, zodat er bewustwording wordt gecreëerd over de problematiek en er kan worden opgehaald wat er leeft in de wijk, buurt of straat. Op die manier sluit de uitvoering van de agenda aan bij de behoeften van inwoners en daarmee vergroten we de eigen regie en grip op de eigen gezondheid.
 - Aanpak wordt van lokaal naar bovenlokaal opgebouwd: van wijk, naar gebied, naar gemeente, naar regio.

In 2024 zal het BO IZA besluiten hoe in de regio West-Brabant Oost de verdere invulling van inwonerparticipatie vorm krijgt. Daarnaast zijn in enkele actielijnen, inmiddels eigen invullingen van inwonerparticipatie gestart.

3 Actielijnen

- 1 Kwetsbare ouderen, chronisch zieken nu en in de toekomst & transformeren eerste en tweede lijn
 - 2 Mentale gezondheid
 - 3 Kansrijk opgroeien
 - 4 Leefstijl, leefomgeving en kansengelijkheid
- Vijf ketenaanpakken uit het IZA

ACTIELIJN 1: KWETSBARE OUDEREN, CHRONISCH ZIEKEN NU EN IN DE TOEKOMST & TRANSFORMEREN EERSTE EN TWEDE LIJN

Algemene beschrijving

De mismatch tussen de stijgende zorgvraag en het afnemende zorgaanbod bij kwetsbare ouderen, nu en in de toekomst, vormt een grote opgave in de regio. Er is een relatieve en absolute toename van het aantal ouderen in de regio. Tegelijkertijd neemt het aandeel mensen dat voor deze groep kan zorgen af (toename demografische druk), en daalt het mantelzorgpotentieel. Er is een duidelijke stijging in het aantal ouderdomsgerelateerde aandoeningen en inwoners met multi-problematiek. Eenzaamheid komt relatief veel voor en er is een dalende trend te zien in zelfredzaamheid en regie over het eigen leven.

Daarbij is de ervaren werkdruk in de gehele eerste lijn hoog. Dit neemt in de toekomst verder toe, zowel in fysieke en telefonische consulten, als in telefonisch contact met de praktijk, de daaropvolgende triage en een mogelijk consult. Door afnemende toegankelijkheid van vervolgzorg, blijven patiënten langer in de eerste lijn. Ook in de wijkverpleging is dit zichtbaar, waar het aantal cliënten sterk stijgt en het aantal medewerkers krimpt. De druk op de eerste lijn vertaalt zich naar een toenemende druk op de avond-, nacht- en weekendzorg.

Actielijn 1 heeft in opdracht van het BO IZA een bredere context gekregen, zodat ook de benodigde transformatie van de tweede lijn meegenomen wordt. Want ook in de tweede lijn is er sprake van stijgend zorggebruik, terwijl de beschikbare capaciteit daalt. Net als in andere sectoren zal ook in de tweedelijnszorg het aantal medewerkers in de toekomst krimpen. De toegankelijkheid van medisch specialistische zorg voor mensen die dat echt nodig hebben, staat onder druk. Deze druk is nu al zichtbaar, bijvoorbeeld in de wachtlijsten die ontstaan voor een polikliniekbezoek of operatie. Maar ook in de spoedzorg is dit merkbaar.

Bestuurlijk trekker

Mireille de Wee (Mijzo) – voorzitter & Daan Kerklaan (Zorroo) – vice-voorzitter

Betrokken organisaties

Amphia, Avoord, DeMARQ, Gemeenten (Altena, Alphen-Chaam, Baarle-Nassau, Breda, Drimmelen, Etten-Leur, Geertruidenberg, Oosterhout), GGD West Brabant, Het HuisartsenTeam, HZGBreda, Mijzo, Revant, Surplus, Thebe, Zorgverzekeraar CZ, Zorroo. Deze organisaties zijn vertegenwoordigd in het Transmurale Zorgnetwerk (TMZ). De gemeenten worden hierin vertegenwoordigd door gemeente Oosterhout.

Inwonerparticipatie in de actielijn

Zorgbelang is sinds eind 2023 (bestuurlijk en ambtelijk) aangesloten bij het BO IZA in onze regio. Vanuit daar gaan we in gesprek om inwonerparticipatie op midden- en lange termijn vorm te geven. Hiermee geven we inwonerparticipatie een duidelijke plek in de regionale samenwerking.

Halfjaarlijks organiseren we ‘Realisatiesessie & dialoogsessies’ waarbij (zorg)professionals, vertegenwoordigers van cliëntenraden, mantelzorgers en inwoners welkom zijn om mee te denken over de uitdagingen/ambities, projecten en zorg van de toekomst in de regio. De opbrengst van deze sessies wordt gebruikt als input voor nieuwe initiatieven en ter aanscherping van reeds lopende initiatieven. Het betreft het ‘raadplegen’ en laten ‘adviseren’ en ook het creëren van bewustwording over de maatschappelijke opgave waar we samen voor staan.

ACTIELIJN 1: KWETSBARE OUDEREN, CHRONISCH ZIEKEN NU EN IN DE TOEKOMST & TRANSFORMEREN EERSTE EN TWEEDE LIJN

Actielijnambitie

De regio West-Brabant Oost heeft als ambitie in actielijn 1 om toegankelijkheid te garanderen tot passende zorg & ondersteuning in de wijk/kern en tot tweedelijnszorg voor kwetsbare ouderen en inwoners met een chronische aandoening, die dat écht nodig hebben. Dit bereiken we door:

- inwoners (pro)actief voor te bereiden op ouder worden, zodat zij zolang mogelijk zelfstandig in de wijk of kern kunnen wonen;
- het faciliteren van het vergroten van zelfredzaamheid en van gezondheidsvaardigheden en hiermee de kwaliteit van leven te bevorderen;
- te werken aan een samenleving die zorgt voor elkaar;
- te werken aan (zelf)zorgvaardigheden bij inwoners en hun naasten, ondersteund door technologie waar mogelijk;
- te werken aan een optimale in-, door- en uitstroom van cliënten en patiënten door de keten;
- passende zorg en ondersteuning te leveren waarbij naadloos wordt samengewerkt tussen alle partijen in zorg en welzijn.

ACTIELIJN 1: KWETSBARE OUDEREN, CHRONISCH ZIEKEN NU EN IN DE TOEKOMST & TRANSFORMEREN EERSTE EN TWEEDE LIJN

Belangrijkste thema's – Overzicht

| De regio West-Brabant Oost heeft als ambitie in actielijn 1 om toegankelijkheid te garanderen tot passende zorg & ondersteuning in de wijk/kern en tot tweede-lijnszorg voor kwetsbare ouderen en inwoners met een chronische aandoening, die dat écht nodig hebben. Dit bereiken we door: | Bijdrage aan de regioambitie en/of algemene actielijnambitie | Inwoners (pro) actief voorbereiden op ouder worden | Vergroten van zelfredzaamheid en gezondheidsvaardigheden ter bevordering van kwaliteit van leven | Te werken aan een samenleving die zorgt voor elkaar | Te werken aan (zelf-)zorgvaardigheden bij inwoners en naasten, ondersteund door technologie waar mogelijk | Optimale in-, door- en uitstroom van cliënten en patiënten door de keten | Passende zorg en ondersteuning leveren met naadloze samenwerking tussen alle partijen in zorg en welzijn |
|--|--|--|--|---|---|--|--|
| PROJECTEN/PROGRAMMALIJN | | | | | | | |
| THEMA 1: Positief gezonde regio | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | | | |
| THEMA 2: Samenwerking in de wijk | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| THEMA 3: Regionale, integrale vroegsignalering & preventie | ✓ | ✓ | ✓ | | | ✓ | ✓ |
| THEMA 4: Mantelzorgversterking | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | | |
| THEMA 5: Grenzen stellen aan passende zorg en ondersteuning | ✓ | ✓ | | | | ✓ | ✓ |
| THEMA 6: Slimmer werken en inzet technologie t.b.v. zelfredzaamheid, eigen regie en arbeidsbesparing | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| THEMA 7: Regionale Coördinatie Functie | ✓ | | | | | ✓ | ✓ |
| THEMA 8: Transmurale Revalidatie (ATZ) | ✓ | | ✓ | | | ✓ | ✓ |
| THEMA 9: Transformatie tweede lijn – Hybride medisch specialistische zorg | ✓ | | ✓ | | ✓ | ✓ | ✓ |
| THEMA 10: Transformatie tweede lijn – Medisch specialistische zorg samen met ketenpartners | ✓ | | ✓ | | ✓ | ✓ | ✓ |
| THEMA 11: Transformatie tweede lijn – Passende medisch specialistische zorg | ✓ | | ✓ | | ✓ | ✓ | ✓ |

ACTIELIJN 1: KWETSBARE OUDEREN, CHRONISCH ZIEKEN NU EN IN DE TOEKOMST & TRANSFORMEREN EERSTE EN TWEEDE LIJN

Themabeschrijvingen

THEMA 1

Positief gezonde regio

Resultaat van dit thema is dat het vermogen van inwoners wordt versterkt om met de fysieke, emotionele en sociale uitdagingen in het leven om te gaan. En om zo veel mogelijk eigen regie te voeren en zelfredzaam te zijn.

We dragen regiobreed en gezamenlijk het gedachtegoed van positieve gezondheid uit en steken (waar relevant) in op het aanleren van vaardigheden. We bevorderen de zelf- en samenredzaamheid en verminderen het doen van een beroep op zorg. Inwoners doen nu nog vaker dan nodig een beroep op zorg, naar aanleiding van gezondheidsproblemen. Dit terwijl de oplossing voor hen ligt in een betekenisvol leven en de veerkracht (kwaliteit van leven). We stellen een betekenisvol leven van inwoners centraal: gezond en fit blijven en maatschappelijk betrokken (meedoen) zodat zij fysiek, mentaal en sociaal gezond blijven. Belang van elkaar vinden en voor elkaar zorgen. Dit thema integreert en bouwt verder op reeds bestaande initiatieven zoals: de ketenaanpak 'Welzijn op Recept', 'één tegen eenzaamheid' en reablement en heeft een sterke link met de regionale actielijnen mentale gezondheid en leefstijl en leefomgeving.

THEMA 2

Samenwerking in de wijk

Resultaat van dit thema is dat iedere (kwetsbare) oudere en chronisch zieke in de eigen wijk of kern ondersteuning, hulp- en zorgverlening krijgt die op elkaar is afgestemd. Dit geeft een integrale, efficiënte benadering van vraagstukken van inwoners én bevordert de gezondheid. Zorg en sociaal domein combineren activiteiten, stemmen deze af, verminderen dubbel werk en dragen op die manier bij aan toegankelijke zorg.

Dit thema integreert en bouwt verder op reeds bestaande initiatieven zoals: kernteams rondom de huisarts, schakelteams van wijkverpleging, Centrum voor Wonen & Welzijn/ wonen met gemak, Langer Zelfstandig Wonen, reablement, community care, projecten vanuit gemeenten en GGD op versterking samenwerking in de sociale basis en in de toekomst ook mogelijk met de Stevige Lokale Teams. Dit thema heeft ook een sterke link met de regionale actielijn mentale gezondheid.

THEMA 3

Regionale, integrale vroegsignalering & preventie

Resultaat van dit thema is dat we vanuit de domeinen welzijn, sociaal, huisartsen en eerstelijns VVT, gezamenlijk een regio-aanpak maken voor het afbuigen en/of beheersbaar maken van kwetsbaarheid.

Dit thema integreert en bouwt verder op al bestaande initiatieven zoals: Advance Care Planning, Vroegsignalering bij huisartsen, de ketenaanpakken ‘Valpreventie’ en ‘Welzijn op Recept’ en initiatieven zoals reablement, Community Care West-Brabant en community building, Centrum voor Wonen en Welzijn/Wonen met Gemak en de Welbevinder.

THEMA 4

Mantelzorgversterking

Langer thuis betekent voor mantelzorgers dat er meer van hen gevraagd wordt. Daarbij weten we dat het huidig mantelzorg-potentieel gaat afnemen (regiobeeld).

Resultaat van dit thema is dat we met elkaar werken aan het verstevigen van zelf- en samenredzaamheid van ouderen, chronisch zieken en hun mantelzorgers, met aandacht voor de balans hierin. Dit vraagt enerzijds om het versterken van de draagkracht en anderzijds om het verlagen van de draaglast van mantelzorgers.

Bij dit thema hoort ook het meer naar elkaar omkijken en voor elkaar zorgen, al dan niet via inwonerinitiatieven. Zorgverzekeraars en gemeenten zoeken ook naar vernieuwende vormen van respijtzorg.

Dit thema integreert en bouwt verder op al bestaande initiatieven zoals het Mantelzorgplein, Centrum voor Wonen & Welzijn en Wonen met gemak, logeerszorg en het logeershuis, mantelzorgsteunpunt, Mantelzorgtechnologie thuis en Langer Zelfstandig Wonen.

THEMA 5

Grenzen stellen aan passende zorg en ondersteuning

Als resultaat van dit thema voeren we (of committeren we ons aan) een consistente en regionale werkwijze die uitdraagt dat er grenzen zijn aan passende zorg en ondersteuning. Dit wordt over de domeinen heen uitgedragen. Onnodige handelingen en verplaatsingen worden hiermee voorkomen.

Dit thema integreert en bouwt verder op reeds bestaande initiatieven zoals Advanced Care Planning, de communicatie-campagne ‘Zorg is schaars’, reablement, kernteams rondom de huisarts, slimmer samenwerken in de keten en schakelteams van wijkverpleging. Dit thema heeft een sterke link met het thema ‘slimmer werken en inzet technologie t.b.v. zelfredzaamheid, eigen regie en arbeidsbesparing’.

THEMA 6

Slimmer werken en inzet technologie t.b.v. zelfredzaamheid, eigen regie en arbeidsbesparing

Als resultaat van dit thema:

- stimuleren we zelfredzaamheid van patiënten/ cliënten/ inwoners;
- voorkomen we zorg en stoppen we onnodige zorg;
- stimuleren we de inzet van technologie en hulpmiddelen in de thuisomgeving.

We doen dit samen met de regio's West Brabant West en Midden Brabant. Ideeën voor nieuwe thema's worden geïnventariseerd tijdens dialoogsessies met onder andere inwoners en zorgprofessionals.

THEMA 7

Regionale Coördinatie Functie

Het resultaat van dit thema is dat er een centrale functie is waar triage en inplannen van verplaatsingen van zorg over de lijnen en sectoren, plaatsvindt.

Dit zorgt ervoor dat op korte en lange termijn zicht is op beschikbare capaciteit in de keten. Hierdoor wordt capaciteit optimaal ingezet en wordt voorkomen dat cliënten/patiënten op de verkeerde plek terecht komen. Hieronder vallen projecten zoals het 'Keten Control Center' en het 'Regionaal Coördinatie Punt'.

THEMA 8

Transmurale Revalidatie (ATZ)

ATZ/Transmurale revalidatie is een onlangs gestarte, innovatieve, regionale pilot met inzet van professionals uit verschillende organisaties. Patiënten die klinisch opgenomen zijn, maar wel al kunnen starten met revalidatie en herstel, kunnen terecht voor Transmurale Revalidatie. Patiënten worden opgenomen op een afdeling van DeMARQ en gaan werken aan revalidatie en herstel met een gespecialiseerd multidisciplinair team. De verwijzend specialist blijft betrokken, maar de specialist ouderengeneeskunde wordt de hoofdbehandelaar.

Het resultaat van dit thema is dat de deskundige zorg en het revalidatie-aanbod functieverlies tot een minimum beperken en de kans op een veilige terugkeer naar huis wordt vergroot.

THEMA 9

Transformatie tweede lijn – Hybride medisch specialistische zorg

Als resultaat van dit thema wordt medisch specialistische zorg meer hybride (thuis, zelf, digitaal) verleend (juiste patiënt, juiste zorg, juiste plek). Hieronder vallen projecten als het hybride inrichten van zorgpaden (digitaal en op afstand), zelfzorg en zelfregie en inzicht in het zorgproces voor patiënten – waar mogelijk – gebaseerd op gedeelde patiëntdata in de keten.

THEMA 10

Transformatie tweede lijn – Medisch specialistische zorg samen met ketenpartners

Als resultaat van dit thema wordt medisch specialistische zorg meer samen met ketenpartners verleend (juiste patiënt, juiste zorg, juiste plek).

Door slimme triage, screening, diagnostiek en verwijzing van acute, chronische en electieve zorg wordt (onnodig) tweede-lijnszorg-gebruik voorkomen, zonder onbedoelde extra belasting van de eerste lijn te veroorzaken of ziekenhuiszorg te verplaatsen naar thuis via de (specialistische) wijkverpleging. Ook slim georganiseerde behandeling, zoals het bewuster inzetten van eerste-, tweede- en derdelijnsrevalidatie, draagt bij aan een efficiënte samenwerking tussen de eerste en tweede lijn.

THEMA 11

Transformatie tweede lijn – Passende medisch specialistische zorg

Waardegedreven, uitkomstgerichte zorg waarover mét de patiënt en zijn/haar naasten wordt besloten. Hieronder vallen projecten als 'Transmurale palliatieve zorg', 'Keuzehulpen' en 'Samen beslissen'.

ACTIELIJN 1: KWETSBARE OUDEREN, CHRONISCH ZIEKEN NU EN IN DE TOEKOMST & TRANSFORMEREN EERSTE EN TWEEDE LIJN

Verdere stappen in 2024

Keuzes die nog gemaakt moeten worden:

- De actielijn kent een stuurgroep (TMZ) waarin de bestuurders van betrokken organisaties vertegenwoordigd zijn. Deze stuurgroep komt eens per twee maanden bij elkaar. Lopende thema's worden gevolgd in deze stuurgroep. De stuurgroep besluit over het opstarten van nieuwe thema's in dit regioplan en buigt zich over de eventuele herverdeling van portefeuilles.
- De werkgroepen van deze thema's bestaan uit een goede afspiegeling van de verschillende domeinen en organisaties.

Benodigde analyses:

- De impact van de thema's van actielijn 1 op de zorgkloof.
- De huidige beschikbare data en systemen versus de behoeften vanuit de thema's.

Aanvullende initiatieven:

- De stuurgroep besluit over nieuwe / aanvullende initiatieven.
- Op het thema 'aantrekkelijk (regionaal) werkgeverschap' worden in actielijn een vooralsnog geen aparte initiatieven opgenomen. Hierbij kan gedacht worden aan: Zorg- en ondersteuningsprofessionals vitaal en inzetbaar houden als het werk drukker, complexer en meer digitaal wordt. Boeien, binden en behouden van medewerkers. Medewerkers klaar maken voor digitalisering. Sociale innovatie bij nieuwe technologieën en samenwerken in arbeidsmarktproblematiek.

Invulling PDCA

Sinds 2021 is in opdracht van het Transmurale Zorg netwerk (TMZ) een onderzoeksgroep van de Universiteit van Maastricht gestart met wetenschappelijk onderzoek. Er wordt een actiegericht onderzoeksaanpak gehanteerd. Dit betekent dat het onderzoek sterk samenhangt met vraagstukken die spelen binnen TMZ en waarbij terugkoppeling plaatsvindt van onderzoeksresultaten naar de stuurgroep en de praktijk. Zo wordt een lerend netwerk gecreëerd, waar tussentijds bijsturing kan plaatsvinden.

Naast ondersteuning van de stuurgroep TMZ (door meer feitelijke onderbouwing en kennis over mogelijkheden, knelpunten en barrières om te komen tot de juiste zorg op de juiste plek), buigt de onderzoeksgroep zich tot op heden over een aantal geselecteerde projecten. Sinds 2021 worden vier projecten ondersteund met analyses en advies vanuit het onderzoek en wordt er gewerkt aan promotieonderzoek. In de projecten die gevolgd zijn, is een Plan-Do-Check-Act (PDCA) cyclus op gang gekomen, door in werkgroepen indicatoren te definiëren (meetplan) en deze periodiek te monitoren.

Voor projecten die tot op heden niet gevolgd worden door de onderzoeksgroep, wordt vooraf of gedurende de implementatie een meetplan opgesteld, waarop periodiek gemonitord wordt.

Het onderzoek loopt nog tot en met 2024. De stuurgroep TMZ buigt zich momenteel over verlenging met 3 jaar en eventuele uitbreiding van het onderzoek met bijvoorbeeld het volgen van meer projecten uit het IZA regioplan.

Monitoring op de effecten van hele programma TMZ op de langetermijndoelen, gebeurt tot op heden niet kwantitatief. In de toekomst wordt data van de GGD gecombineerd met data van de zorgverzekeraars en het Keten Control Center.

ACTIELIJN 1: KWETSBARE OUDEREN, CHRONISCH ZIEKEN NU EN IN DE TOEKOMST & TRANSFORMEREN EERSTE EN TWEEDE LIJN

Samenhang andere regionale programma's

| Raakvlakken met | Ja / Nee | Wat is het raakvlak? | Op welke manier afgestemd? |
|------------------|----------|--|--|
| ROAZ | Ja | ROAZ plan, ROAZ regio <ul style="list-style-type: none"> • Advanced Care Planning: draagt bij aan pijler 2 van ROAZ (Groeï acute zorgvraag remmen). • Medisch specialistische zorg samen met ketenpartners: draagt bij aan pijler 3 van ROAZ (aanbod efficiënter inzetten). • Transformatie tweede lijn – Hybride medisch specialistische zorg: draagt bij aan pijler 3 van ROAZ (aanbod efficiënter inzetten). • Regionaal coördinatiecentrum pijler 4 ROAZ: sluit aan bij ons thema Regionale Coördinatie Functie. | Alle initiatieven worden bij zowel ROAZ als IZA vergaderingen gedeeld door betrokken partijen zoals Amphia, huisartsen en VVT. |
| GALA | Ja | Implementatie ketenaanpakken <ul style="list-style-type: none"> • Welzijn op recept • Valpreventie | Lokaal en regionaal via de GGD. |
| WOZO | Ja | Transitietafel VVT: o.a. reablement en Langer Actief Thuis Woonzorganalyse | Gebeurt via portefeuille houdend bestuurders In lokaal Volkshuisvestingsprogramma |
| ggz | Ja | Via actielijn 2 Regioplan West Brabant Oost. | Via deelname van bestuurders ggz Breburg, CZ zorgverzekeraar, gemeenten en Huisartsenzorggroepen HHT/ Zorroo/ HZG Breda. |
| Wlz | Ja | VVT instellingen die betrokken zijn in actielijn 1, zijn ook in de lead voor de Wlz-plannen in de regio. | |
| TAZ | In 2024 | Op dit moment is er nog geen expliciete afstemming met Transvorm over concrete initiatieven. Wel is afgestemd dat Transvorm in 2024 meedenkt over de verdere invulling van het prioritaire thema 'Druk op de arbeidsmarkt' in of over de actielijnen heen. | Periodiek afstemming tussen programmamanager IZA en strategisch adviseur bij Transvorm. |
| ACTIELIJN | | | |
| 2 | | THEMA 2: Wijkgericht werken. | Verbinding met projectleider actielijn 2 en verbinding via bestuurders, CZ, gemeenten. |
| 4 | | Een gezonde leefstijl en leefomgeving zorgt dat ouderen langer zelfstandig kunnen wonen en dat chronisch zieken minder zorg nodig hebben. | Verbinding met projectleider actielijn 4. |

ACTIELIJN 2: MENTALE GEZONDHEID

Algemene beschrijving

Psychische klachten, stress en eenzaamheid komen bij bepaalde bevolkingsgroepen in de regio veel voor. Er wordt minder vaak eigen regie over het leven ervaren dan in de rest van Nederland, wat gevolgen heeft voor het psychisch en fysiek welbevinden. De uitstroom in de ggz in West-Brabant is lager dan de instroom. Hierdoor nemen de wachtlijsten toe, terwijl ze nu al de Treek-normen overschrijden voor de meeste diagnoses.

Deze actielijn is nieuw gestart.

Bestuurlijk trekker

Bestuursvoorzitter – ggz Breburg

Betrokken organisaties

ggz Breburg, gemeente Breda en gemeente Oosterhout namens de regiogemeenten, GGD West-Brabant, Huisartsenzorggroepen Zorroo, HZG, HHT, Surplus, Amphia, Novadic-Kentron, deelnemende ggz-partijen Transformatieplan Toegankelijke Mentale Gezondheidszorg (Caleidozorg, Mentaal Beter, Sterk Huis), Zorgbelang. Via de klankbordgroep Ggz Platform zijn de overige gecontracteerde ggz- partijen in West-Brabant betrokken.

Structuur actielijn

Er is een kernteam geformeerd waarvan de leden structureel afstemmen en werken aan de verdere ontwikkeling van actielijn 2 in 2024. In dit kernteam is vertegenwoordiging van GGD, gemeenten Oosterhout en Breda, Novadic Kentron, Amphia, De Viersprong, ggz Breburg, huisartsen, MEE en Surplus.

Inwonerparticipatie

Actielijn 2 sluit aan bij het plan dat ZorgBelang heeft opgesteld voor regio West-Brabant Oost. Bij de concrete invulling zoals die in 2024 uitgewerkt wordt, zal actielijn 2 zorgen dat er ervaringsdeskundigen ggz, leden van de adviesraden Wmo en de cliëntenraden van de betrokken zorgorganisaties worden betrokken.

ACTIELIJN 2: MENTALE GEZONDHEID

Actielijnambitie

De regio West-Brabant Oost heeft als ambitie de toegankelijkheid tot zorg en ondersteuning op het gebied van mentale gezondheid voor diegenen die dat écht nodig hebben te garanderen. Dat doen we door:

- De inzet van preventie, waarmee we de mentale gezondheid bevorderen en zoveel mogelijk voorkomen dat mensen psychische klachten krijgen en/of suïcidaal gedrag ontwikkelen.
- Te werken aan een verandering van de mindset bij zowel mensen met als zonder psychische klachten, leidend tot weerbaarheid en veerkracht bij onze inwoners. Dit begint al tijdens de jeugd.
- Te borgen dat er een passend en toegankelijk zorg- en ondersteuningsaanbod ggz is voor diegene die dat nodig hebben. Daarbij wordt door sociaal domein, eerste en tweede lijn, optimaal samengewerkt en mensen met psychische klachten ervaren eigen regie. Hierdoor verminderen de wachttijden en de instroom naar de ggz en wordt de uitstroom verbeterd. Dit omvat ook doelgroepen waarvoor specifieke zorg nodig is, zoals EPA en LVB.
- Het stimuleren van het gebruik van digitale toepassingen om ervoor te zorgen dat zoveel mogelijk mensen geholpen kunnen worden. Digitale toepassingen helpen ook bij het versterken van het gevoel van eigen regie.

ACTIELIJN 2: MENTALE GEZONDHEID

Belangrijkste thema's – Overzicht

| Ambitie: De regio West-Brabant Oost heeft als ambitie op het gebied van mentale gezondheid, om toegankelijkheid tot geestelijke gezondheidszorg, voor diegenen die dat écht nodig hebben, te garanderen door | Bijdrage aan de regio-ambitie en/of algemene actielijnambitie | De inzet op preventie van psychische klachten | Te werken aan weerbaarheid en veerkracht bij onze inwoners. Dit begint al tijdens de jeugd. | Borging van een passend en toegankelijk zorg- en ondersteuningsaanbod ggz voor diegenen die dat nodig hebben. | We stimuleren het gebruik van digitale toepassingen en het vergroten van het gevoel van eigen regie. |
|---|---|---|---|---|--|
| THEMA 1: Regionale integrale aanpak preventie mentale gezondheid en suïcide | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| THEMA 2: Versterken voorzieningenniveau in de wijk voor mensen met psychische kwetsbaarheid | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| THEMA 3: Toegankelijke mentale gezondheidszorg | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| THEMA 4: Meer en breder inzetten van e-health oplossingen en zelfhulpprogramma's | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| THEMA 5: Interculturele zorg | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |

ACTIELIJN 2: MENTALE GEZONDHEID

Themabeschrijvingen

THEMA 1

Regionale integrale aanpak preventie mentale gezondheid en de preventie van suïcidaal gedrag

We richten een regionaal netwerk voor preventie in, waarin we via een multilevel community aanpak en inzet van effectieve preventieve strategieën, samenwerken aan:

- het bevorderen van de mentale gezondheid en preventie suïcidaal gedrag en suïcides;
- het versterken van de keten preventie - welzijn en zorg.

In dit netwerk werken gemeenten, preventie-, welzijns- en zorgpartners en ervaringsdeskundigen, samen. De community aanpak dient als paraplu en verbindende schakel voor de - regionale - inzet van effectieve, universele tot geïndiceerde preventie, zoals:

- de integrale aanpak mentale gezondheid jeugd op VO-scholen, Gezien, Gehoord, Gesteund;
- ggz-preventieprogramma's zoals KOPP.

THEMA 2

Versterken voorzieningenniveau in de wijk voor mensen met psychische kwetsbaarheid

Concrete activiteiten zijn bijvoorbeeld het uitbreiden van Buurtpleinen, grotere inzet Wijk-GGD'er / Wijk ggz'er en meer investeren in werving vrijwillige buddies psychische kwetsbaarheid. Maar ook het faciliteren en bevorderen van herstelbeweging / ervaringsdeskundigheid / zelfhulpgroepen, (zelf)stigma campagnes, dekkend netwerk laagdrempelige steunpunten, het realiseren van spoedzoekerswoningen, uitbreiding welzijn op recept en

het doorbraakfonds multiproblematiek vallen daaronder. Dit omvat ook de IZA-opdracht om een dekkend netwerk van laagdrempelige steunpunten zoals zelfregie-, en herstelcentra op te zetten en te borgen.

THEMA 3

Toegankelijke mentale gezondheidszorg

We versterken de samenwerking tussen sociaal domein, huisartsen en ggz in lijn met de IZA-opdracht mentale gezondheidscentra. Door verbeterde samenwerking en het toepassen van een bewezen effectieve aanpak, ontvangen mensen met psychische klachten eerder de juiste ondersteuning en/of zorg, dit omvat ook de EPA-doelgroep.

THEMA 4: Meer en integraler inzetten van e-Health oplossingen en zelfhulpprogramma's

We zetten een regionaal programma op om de inzet van e-health en digitale zelfhulpprogramma's bij het voorkomen en behandelen van psychische klachten, te vergroten. Dat doen we, waar passend, over de domeinen heen.

THEMA 5

Interculturele zorg

We zetten een aanbod op voor inwoners met een migratieachtergrond, dat zich uitstrekt van psycho-educatie, het coördineren van benodigde andere hulp dan ggz, tot en met de inzet van tweedelijns ggz. Dat doen we in samenwerking met de relevante regionale partijen.

ACTIELIJN 2: MENTALE GEZONDHEID

Verdere stappen in 2024

In 2024 richt actielijn 2 zich op de volgende onderwerpen:

- Opzetten mentale gezondheidscentra.
 - Mede door de genoemde tekorten op de arbeidsmarkt, staat een deel van het cruciale aanbod ggz onder druk. Cruciaal omdat het aanbod slechts door één of enkele aanbieders in de regio wordt geleverd en er direct gezondheidsschade ontstaat voor de cliënt, op het moment dat het aanbod niet meer in de regio aanwezig is. Zorgaanbieders in de regio en de zorgverzekeraar, gaan vanaf 2024 met elkaar in gesprek over de (noodzakelijke) invulling van het cruciale zorgaanbod in de regio.
 - Het opzetten van een breed preventieprogramma waarin bestaande projecten uit de diverse sectoren op elkaar afgestemd worden. Dit voorkomt overlap en biedt kansen om projecten elkaar te laten versterken.
 - Er is een andere mindset nodig in de maatschappij. Er wordt gestart met een bewustwordingstraject bij zorg- en welzijnsaanbieders, zodat zij vanuit dit perspectief naar het eigen portfolio en bestaande initiatieven kijken.
 - Impactbepalingen van de hiervoor genoemde thema's om te bepalen of aanvullende initiatieven nodig zijn.
- Het structureren van actielijn 2 in verschillende werkstromen (voorstel):
 - Preventie – trekkende organisatie: ggd West-Brabant
 - Voorzieningen in de wijken – trekkende organisatie: Gemeenten
 - Passende en interculturele zorg – trekkende organisatie: ggz-aanbieders
 - Digitalisering – trekkende organisatie nader te bepalen
 - Het opstellen van de werkagenda voor 2024 en verder.
 - In 2024 verkent actielijn 2 hoe de monitoring het beste ingericht kan worden langs de volgende dimensies:
 - # mensen met psychische klachten bij het sociaal domein / huisartsen
 - # mensen met psychische klachten bij het sociaal domein / huisartsen; doorbreken stigma
 - Toegangstijden ggz; instroom en uitstroom ggz
 - Personele inzet

ACTIELIJN 2: MENTALE GEZONDHEID

Samenhang andere regionale programma's

| Raakvlakken met | Ja / Nee | Wat is het raakvlak? | Op welke manier afgestemd? |
|------------------|----------|--|---|
| ROAZ | Ja | ROAZ plan, ROAZ regio: THEMA 1: Regionale integrale aanpak preventie mentale gezondheid en suïcide → Gerelateerd aan het voorkomen van acute ggz. | Dezelfde partijen zijn betrokken binnen IZA en binnen ROAZ voor de acute ggz. |
| GALA | Ja | THEMA 1: Regionale integrale aanpak preventie mentale gezondheid en suïcide. THEMA 2: Versterken voorzieningenniveau in de wijk voor mensen met psychische kwetsbaarheid heeft ook raakvlakken met GALA. | Lokaal en regionaal via de GGD. |
| WOZO | Nee | | |
| ggz | Ja | Betrokken organisaties binnen actielijn 2 ook betrokken bij opzet ggz-plan. | Dezelfde partijen zijn betrokken bij IZA en ggz regioplan. |
| Wlz | Nee | | |
| TAZ | In 2024 | Op dit moment is er nog geen expliciete afstemming met Transvorm over concrete initiatieven. Wel is afgestemd dat Transvorm in 2024 meedenkt over de verdere invulling van het prioritaire thema 'Druk op de arbeidsmarkt' in of over de actielijnen heen. | Periodiek afstemming tussen programmamanager IZA en strategisch adviseur bij Transvorm. |
| ACTIELIJN | | | |
| 1 | | Mentaal welbevinden is belangrijk voor de zelf- en samenredzaamheid bij chronisch zieken en kwetsbare ouderen. Ook ontlast het huisartsen wanneer inwoners met mentale problematiek snel op de juiste plek terecht kunnen. | Verbinding met projectleider actielijn 1 |
| 3 | | (Aanstaande) ouders met psychische aandoeningen kunnen kansrijk opgroeien verhinderen. | Verbinding met projectleider actielijn 3 |
| 4 | | Mentaal welbevinden is een belangrijke voorwaarde voor een gezonde leefstijl. | Verbinding met projectleider actielijn 4 |

ACTIELIJN 3: KANSRIJK OPGROEIEN

Algemene beschrijving

Een kansrijke start is cruciaal voor de lichamelijke, cognitieve en sociaal-emotionele ontwikkeling met impact op latere gezondheid, educatie, arbeid en participatie in de samenleving. Onze ambitie is dat alle kinderen in de regio de best mogelijke start hebben en kansrijk en veilig kunnen opgroeien. Dat wil zeggen dat iedereen gelijke kansen heeft tijdens het opgroeien, ongeacht afkomst, achtergrond, omgevingsfactoren (zoals financiële middelen) of woonplaats dan wel wijk waarin zij opgroeien. Door integrale samenwerking van alle betrokken partijen en het versterken en toegankelijk maken van laagdrempelige, passende en begrijpelijke ondersteuning en/of zorg, willen we een gezondere generatie bereiken, die minder ondersteuning en zorg vraagt in de toekomst.

Bestuurlijk trekker

Christianne Lennards – Amphia

Betrokken organisaties

Gemeenten West-Brabant Oost, GGD West-Brabant, Jong JGZ, vakgroep kindergeneeskunde Amphia, Annature Geboortezorg (= Amphia, Verloskundigen coöperatie Breda en omstreken (VCB&O), vakgroep gynaecologie en coöperatie kraamzorg), zorggroepen van huisartsen (inclusief POH jeugd) en CZ. Daarnaast zijn van belang en worden betrokken: ggz, kinderrevalidatie, verschillende zorgpartners in de eerste lijn en verschillende maatschappelijke partners (zoals CJG's, welzijnsorganisaties, kinderopvang) uit de lokale coalities Kansrijke Start.

Structuur actielijn

De betrokken organisaties in de bestaande regionale samenwerking, richten zich op 3 fases in de periode van -9 maanden tot 18 jaar:

- Voor de zwangerschap
- Tijdens de zwangerschap
- Na de geboorte tot 18 jaar

Inwonerparticipatie

Inwonerparticipatie wordt opgepakt in lijn met de aanpak die het BO IZA voor ogen heeft. Dit wordt nader uitgewerkt in de uitvoeringsplannen. Er wordt gebouwd aan een brede infrastructuur rondom ouder-/inwonerparticipatie met het (aanstaande) gezin als vertrekpunt, bijvoorbeeld een regionale Ouderraad. Het is belangrijk om ouders een stevig platform te bieden en de kans te geven om mee te denken.

Op 13-11-2023 zijn ketenpartners als eerste stap in het proces, met enkele ouders in gesprek gegaan om feedback op te halen over hun ervaringen met ondersteuning en zorg, in de eerste 1000 levensdagen van hun kind(eren). Om ouders nog meer te betrekken kunnen in de toekomst ook relevante partijen die veel inwoners bereiken, zoals vrijwilligersorganisaties, betrokken worden.

ACTIELIJN 3: KANSRIJK OPGROEIEN

Actielijnambitie

De regio West-Brabant Oost heeft op het gebied van kansrijk opgroeien, een duidelijke ambitie op korte termijn: de toegankelijkheid van zorg en welzijn voor kinderen en hun ouders verbeteren. De ambitie op lange termijn is een gezondere generatie bereiken die minder zorg vraagt. Dat doen we door:

- Voor de zwangerschap: Onze inwoners zo goed mogelijk voor te bereiden op een gezonde zwangerschap en onbedoelde en ongewenste zwangerschappen zoveel mogelijk te voorkomen;
- Tijdens de zwangerschap: Zwangeren in een (potentieel) kwetsbare situatie passend te ondersteunen door betere vroegsignalering en toeleiding naar de juiste ondersteuning op het juiste moment;

- Na de geboorte tot 18 jaar: Te investeren in laagdrempelig toegankelijke, passende zorg en ondersteuning voor jeugdigen tot 18 jaar, ouders en gezinnen, met een focus op preventie en welzijn. Hierdoor wordt verschuiving en daarmee transformatie mogelijk gemaakt van de tweede naar de eerste en nulde lijn.
- Een kansrijke, duurzame ketensamenwerking op te zetten. Hierin wordt verbinding gelegd tussen professionals uit het sociaal en medisch domein en een continu proces van leren en verbeteren in de keten tot stand gebracht.

Samenhang tussen de thema's



ACTIELIJN 3: KANSRIJK OPGROEIEN

Belangrijkste thema's – Overzicht

| Ambitie: Op het gebied van kansrijk opgroeien is de ambitie op korte termijn om de toegankelijkheid van zorg en welzijn te verbeteren en op lange termijn een gezondere generatie te bereiken die minder zorg vraagt door → | Bijdrage aan de regio- ambitie en/of algemene actielijnambitie | Zo goed mogelijk voorbereiden op een gezonde zwangerschap en onbedoelde en ongewenste zwangerschappen voorkomen | Zwangeren in een kwetsbare situatie passend ondersteunen | Laagdrempelige, passende zorg en ondersteuning voor jeugdigen tot 18 jaar, ouders en gezinnen met focus op preventie en welzijn. Hierdoor wordt verschuiving en daarmee transformatie mogelijk van 2 ^e > 1 ^e > 0 ^e lijn | Verbinding tussen professionals uit sociaal en medisch domein alsmede een continu proces van leren en verbeteren in de keten |
|--|--|---|--|--|--|
| THEMA 1: Toegankelijke informatievoorziening | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| THEMA 2: Vroegsignalering en toeleiding naar passende ondersteuning en/of zorg | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| THEMA 3: Sterke, laagdrempelige, toegankelijke en passende (collectieve) ondersteuningsmogelijkheden | ✓ | | ✓ | ✓ | ✓ |
| THEMA 4: Zorgverschuiving en intensievere keten (overstijgende)samenwerking voor kinderen tot 18 jaar | ✓ | | ✓ | ✓ | ✓ |
| THEMA 5: Kansrijke (regionale) ketensamenwerking tussen het sociaal en medisch domein | ✓ | ✓ | | ✓ | ✓ |
| THEMA 6: Benutten van data: samen leren en verbeteren | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |

ACTIELIJN 3: KANSRIJK OPGROEIEN

Themabeschrijvingen

THEMA 1

Toegankelijke informatievoorziening

We zorgen voor toegankelijke, begrijpelijke en juiste informatie en adviezen voor (1) potentiële aanstaande ouders over een kinderwens & gezond zwanger worden en zijn, (2) jeugdigen en ouders over gezond opgroeien en (3) professionals over de beschikbare ondersteuningsmogelijkheden voor inwoners in een (potentieel) kwetsbare situatie. Hierbij willen we aansluiten bij de behoeften van de doelgroepen. Zo kunnen potentiële aanstaande ouders een bewuste keuze maken over een kinderwens en zich goed voorbereiden op een zwangerschap (pre-conceptiezorg), waardoor het aantal gezonde zwangerschappen zal toenemen en het aantal onbedoelde en ongewenste zwangerschappen zal afnemen (anticonceptiezorg). Daarnaast kunnen zwangeren, ouders en jeugdigen bewustere keuzes maken over hun gezondheid en kunnen professionals hen beter op weg helpen naar passende ondersteuningsmogelijkheden, waardoor gezondheidswinst kan worden geboekt. Een vorm om dit te bereiken is het bouwen van een integraal digitaal informatieplatform waar inwoners en professionals toegang tot hebben.

THEMA 2

Vroegsignalering en toeleiding naar passende ondersteuning en/of zorg

Ketenpartners uit het sociaal en medisch domein investeren gezamenlijk in vroegsignalering van (aanstaande) ouders in een (potentieel) kwetsbare situatie. Denk hierbij aan het meer benaderbaar maken van het prenataal huisbezoek, onderzoeken hoe (aanstaande) ouders in een (potentieel) kwetsbare situatie beter gesignaleerd kunnen worden, een uniforme gespreksmethode en aan een manier om ervoor te zorgen dat iedere ketenpartner weet hoe signalen kunnen worden opgevolgd. Vroegsignalering is van belang om (toekomstige) ouders en jeugdigen op het juiste moment toe te leiden naar de juiste ondersteuning of zorg, door de juiste partner.

Daarnaast worden integrale zorgpaden ontwikkeld voor o.a. zwangeren met (psycho)sociale hulpvragen, bijvoorbeeld met de Pharos zorgpaden tool. Hierdoor wordt de zorgvraag juist getrieerd, wordt juist verwezen naar passende ondersteuning of zorg en juist gemonitord. Door in te steken op gezondheid en preventie en vroegtijdig te signaleren en toeleiden naar de juiste professional in het sociaal of medisch domein, bouwen we aan een gezondere generatie. Op deze manier is ondersteuning of zorg niet zwaarder dan nodig en wordt gebruik gemaakt van beschikbare passende zorg.

THEMA 3

Sterke, laagdrempelige, toegankelijke en passende (collectieve) ondersteuningsmogelijkheden

We zorgen dat jeugdigen en ouders met (zorg/hulp)vragen versterkt worden in hun zelfredzaamheid en de juiste ondersteuning krijgen op de juiste plek. We borgen dat ondersteuning en zorg beschikbaar is en voor hen toegankelijk wordt gemaakt. We investeren regionaal in laagdrempelige, toegankelijke, passende en voldoende ondersteuningsmogelijkheden (waar kan: collectief aanbod) met gezamenlijk aanbod, eenheid van taal en handelen, en doorlopende lijnen in de verschillende levensfasen van jeugdigen en gezinnen. Dit om te zorgen dat jeugdigen/gezinnen eerder in de lijn ondersteund of geholpen kunnen worden, om zo hogere maatschappelijke en zorgkosten te voorkomen.

THEMA 4

Zorgverschuiving en intensievere keten (overstijgende)-samenwerking voor kinderen tot 18 jaar

Nu komen kinderen met zorgvragen van (psycho)sociale of opvoedkundige aard overwegend uit in de tweede lijn, bij de kinderarts. De kinderarts heeft als doel medische, somatische klachten uit te sluiten of te behandelen, maar is niet de juiste professional om deze sociale zorgvragen te behandelen. Om te voorkomen dat deze vragen in de tweede lijn terechtkomen, is een intensievere ketensamenwerking nodig met de jeugdgezondheidszorg, de huisarts, professionals uit het sociaal domein en het onderwijs. Zo is het mogelijk zorg te verschuiven van de tweede naar de eerste of nulde lijn. De toegankelijkheid van de tweedelijnszorg wordt zo verbeterd en er wordt voorkomen dat sociale zorgvragen in eerste instantie in de tweede lijn terechtkomen. Denk hierbij aan een MDO tussen jeugdarts en kinderarts, een buddy-systeem of periodiek spreekuur bij het consultatiebureau. Daarnaast wordt triage in de eerste lijn en toeleiding naar het sociaal domein (in plaats van naar de tweede lijn)

beter, door de beschikbaarheid van het informatieplatform en kortere lijnen tussen huisarts, jeugdgezondheidszorg, kinderarts en professionals uit het sociaal domein. Tot slot kijken we hoe de verbinding tussen het onderwijs, de jeugdgezondheidszorg, en de kinderarts beter kan in het kader van vroegsignalering.

THEMA 5

Kansrijke (regionale) ketensamenwerking tussen het sociaal en medisch domein

We investeren in een intensieve, naadloze, veilige, professionele en duurzame ketensamenwerking tussen het sociaal, medisch en informeel domein op lokaal niveau (lokale coalities Kansrijke Start) met doorlopende lijnen op regionaal niveau (regionale coalitie) voor het kansrijk opgroeien van jeugdigen. Zo kunnen de kwaliteiten en expertises van de verschillende ketenpartners beter worden benut, komen (aanstaande) ouders en jeugdigen in een (potentieel) kwetsbare situatie eerder en vaker op de juiste plek, en komen we tot een doorlopende lijn van passende ondersteuning of zorg voor deze (aanstaande) ouders en jeugdigen. Hiermee bevorderen we kansgelijkheid en bouwen we aan een gezondere generatie.

THEMA 6

Benutten van data: samen leren en verbeteren

We investeren in het verantwoordelijk samenbrengen en benutten van beschikbare data. Hierbij kan gedacht worden aan het analyseren van data, om dit voorspellend in te kunnen zetten op preventie. Maar ook aan het verantwoordelijk uitwisselen van gegevens (inclusief terugkoppeling) over (aanstaande) ouders en jeugdigen met ondersteuning/zorg om ze zo nog beter te kunnen ondersteunen. Hiermee verwachten we beter te kunnen aansluiten op de behoeften van inwoners, waardoor kansgelijkheid en kansrijk opgroeien ook bevorderd wordt.

ACTIELIJN 3: KANSRIJK OPGROEIEN

Verdere stappen in 2024

In 2024 werkt actielijn 3 verder aan:

- Het doorontwikkelen van de governance en het verkennen van het traject voor een samenwerkingsovereenkomst. Daarnaast moeten de programmastructuur en eventuele ondersteuning door een programmanager, verder worden uitgewerkt.
 - Het betrekken van partijen uit de eerste en nulde lijn die nu nog niet betrokken zijn.
 - Een werkagenda en een prioritering van de projecten. In de uitwerking komen er wellicht nog meer ideeën voorbij die het project versterken.
 - De werkagenda wordt begin 2024 verder uitgewerkt als onderdeel van de te ontwikkelen uitvoeringsplannen. Doel is om deze uitvoeringsplannen in Q1/Q2 van 2024 af te ronden, zodat in de loop van Q2 kan worden gestart met de implementatie van de uitvoeringsplannen (waarbij met het ene deel wellicht eerder gestart kan worden dan met een ander deel). We werken en blijven werken aan een regionale coalitie. Door dit in Q1 goed weg te zetten, wordt ook een stevige basis gevormd voor de rest van de projecten.
- Voor de projecten wordt voorafgaand aan of tijdens de implementatie een meetplan opgesteld waarop periodiek gemonitord wordt. In 2024 verkennen we of monitoring op de effecten van het gehele programma, ten opzichte van de langetermijndoelen, kan plaatsvinden aan de hand van data van de GGD, gecombineerd met data van de zorgverzekeraars en eventuele onderzoeksresultaten van diverse partners. Daarnaast wordt meegewerkt aan de Landelijke Monitor Kansrijke Start van het RIVM.

ACTIELIJN 3: KANSRIJK OPGROEIEN

Samenhang andere regionale programma's en actielijnen

| Raakvlakken met | Ja / Nee | Wat is het raakvlak? | Op welke manier afgestemd? |
|------------------|----------|--|---|
| ROAZ | Ja | Deze actielijn past binnen het ROAZ-beeld omdat het de druk op de acute verloskunde zal verlagen. | Amphia neemt deel in verschillende ROAZ werkgroepen/ stuurgroepen, maken intern de verbinding. |
| GALA | Ja | Kansrijke start is één van de preventieopgaves uit het GALA, inclusief implementatie ketenaanpak Kansrijke Start. | Gemeenten leggen de link met de lokale plannen van aanpak GALA. Gebeurt dus lokaal en ook regionaal via de GGD. |
| WOZO | Nee | | |
| ggz | Ja | Raakvlak met IZA actielijn 2 Mentale gezondheid. | Vraagt verdere afstemming bij het opstellen van uitvoeringsplannen. Contact is gelegd. |
| Wlz | Nee | | |
| TAZ | In 2024 | Op dit moment is er nog geen expliciete afstemming met Transvorm over concrete initiatieven. Wel is afgestemd dat Transvorm in 2024 meedenkt over de verdere invulling van het prioritaire thema 'Druk op de arbeidsmarkt' in of over de actielijnen heen. | Periodiek afstemming tussen programmamanager IZA en strategisch adviseur bij Transvorm. |
| ACTIELIJN | | | |
| 2 | | (Aanstaande) ouders met psychische aandoeningen kunnen kansrijk opgroeien verhinderen. | Verbinding met projectleider actielijn 2. |
| 4 | | Voor kansrijk opgroeien is leefstijl een belangrijk element voor ouders en jeugdige. | Verbinding met projectleider actielijn 4. |
| OVERIGE | | | |
| Regiovisie WBO | | Tijdens de implementatie van de projecten/thema's, met name project 3 gericht op (collectieve) ondersteuningsmogelijkheden, wordt blijvend afgestemd met de ontwikkelingen die plaatsvinden rondom het uitvoeren van de regiovisie. | |

ACTIELIJN 4: LEEFSTIJL, LEEFOMGEVING EN KANSENGELIJKHEID

Algemene beschrijving

Leefstijl is cruciaal voor preventie en essentieel vanwege stijgende zorgkosten en personele krapte. Het draagt niet alleen bij aan het voorkomen van zorg, maar ook aan het verminderen van extra zorgvraag na behandeling. Leefstijl-gerelateerde aandoeningen hebben een hoge prevalentie in de regio, onder andere door overgewicht, te weinig bewegen en meer ervaren stress. De prevalentie longkanker en het hoge medicijngebruik voor astma duidt op meer luchtweggerelateerde aandoeningen in de regio. We proberen de omslag van ziekte en zorg naar gezondheid en gedrag te maken.

Deze actielijn is nieuw opgezet ten behoeve van het IZA regioplan.

Bestuurlijk trekker

Sebastiaan Baan – GGD West-Brabant

Betrokken organisaties

Amphia, Novadic Kentron, Gemeenten regio WB Oost, GGD, ggz Breburg, HZG Breda, Het Huisartsteam en Zorroo.

In 2024 worden welzijn, publiek en private partijen op leefstijl en leefomgeving (denk aan onderwijs, maar ook supermarkten en horeca) aangehaakt bij deze actielijn.

Structuur actielijn

Op dit moment heeft deze actielijn een kernteam dat de verdere inrichting en structuur gaat vormgeven. Bovengenoemde partijen hebben zitting in dit kernteam.

Inwonerparticipatie

Zorgbelang is sinds eind 2023 (bestuurlijk en ambtelijk) aangesloten bij het BO IZA in onze regio. Vanuit daar gaan we in gesprek om inwonerparticipatie op midden- en lange termijn vorm te geven. Hiermee willen we de ‘participatieladder’ verder beklimmen.

ACTIELIJN 4: LEEFSTIJL, LEEFOMGEVING EN KANSENGELIJKHEID

Actielijnambitie

De regio West-Brabant Oost heeft op het gebied van leefstijl en leefomgeving de ambitie om:

- 1 te zorgen dat we al onze gezonde inwoners gezond houden;
- 2 te zorgen dat we bij mensen met een kwetsbare gezondheid, het maken van gezondere leefstijlkeuzes makkelijker en toegankelijker maken;
- 3 te zorgen dat we de gezondheid van (chronisch) zieken zodanig bevorderen dat dit hun kans op herstel vergroot.

We doen dit door een beweging te creëren waarbij we werken aan:

- het gezonder maken van de leefomgeving van mensen in West Brabant, zodat deze de gezondheid bevordert en beschermt;
- een passend, toegankelijk, integraal en begrijpelijk ondersteuningsaanbod op leefstijl;
- het vergroten van gezondheidsvaardigheden en kansengelijkheid.

ACTIELIJN 4: LEEFSTIJL, LEEFOMGEVING EN KANSENGELIJKHEID

Realiseren van de ambitie

Om onze ambitie te realiseren zien we een korte termijn (2024) en een lange termijn (2025-2030) voor ons.

Voor de korte termijn

- Implementatie van de ketenaanpakken GLI en KNGG (conform niet vrijblijvende IZA afspraak: IZA pagina 80/81)
- Inzet op leefstijlketten.
- Inzet zorgtechnologie op leefstijl; benutten van digitale innovaties & toegankelijke gezondheidsinformatie gericht op gezonde leefstijl ('wat kunnen mensen zelf al doen en waar is informatie of hulp te vinden').
- Inzetten op verbeteren gezondheidsvaardigheden. Bijvoorbeeld met aanpak laaggeletterdheid om ervoor te zorgen dat mensen gezondheidsinformatie beter begrijpen.
- Investeren in voorkomen middelengebruik (alcohol, drugs, roken en vaperen in relatie tot leefstijlgerelateerde ziekten), maar ook in aandacht voor naasten van mensen die kampen met verslaving.
- Investeren in beweeg en sportparticipatie, aandacht voor gezonde voeding 'voor weinig geld', ontspanning en gezonde slaap.
- Investeren in de mentale gezondheid (via actielijn 2).
- Inzetten op vergroten van kansengelijkheid (Equity in all policies). Daarmee ondervangen we de verschillen in kansengelijkheid.

Voor de lange termijn

- Onze leefomgeving ombuigen naar een gezonde leefomgeving, vraagt een meerjarige integrale aanpak, gericht op alle zes de dimensies van positieve gezondheid*.
- Daarin hebben we ook oog voor de beroepsbevolking: hoe houden we de werkende generatie vitaal (ook onze eigen medewerkers), maar ook voor participatie in de arbeidsmarkt met een chronische aandoening en/of rehabilitatie na ziekte.
- Verbinden aan woonvisie en omgevingsvisie: Zo bouwen dat de omgeving een gezonde leefomgeving wordt (in breedste zin van het woord: gericht op beweging, ontmoeten en sociale basis waar inwoners elkaar helpen).
- Treffen van gezondheidsbevorderende en gezondheidsbeschermende maatregelen en invloed van de regio op dikmakende (obesogene) en vervuulende leefomgeving. Denk aan:
 - Invloed (social) media en influencers, invloed reclame
 - Aanwezigheid fastfood in onze directe omgeving
 - Invloed van aanbiedingen supermarkt ('Kiloknallers')
 - Verbeteren lucht en geluidskwaliteit
 - Link met infectieziekten (zoönose)
 - Regionaal samenwerken voor klimaatadaptieve maatregelen ter voorkoming van hittestress en uitwerken regionaal/lokaal hitteplan
 - Inventariseren en verminderen beschadigende aspecten in onze leefomgeving door industrie, landbouw en wegverkeer.

*Machteld Huber

ACTIELIJN 4: LEEFSTIJL, LEEFOMGEVING EN KANSENGELIJKHEID

Belangrijkste thema's – Overzicht

| Ambitie: Op het gebied van leefstijl en leefomgeving is de ambitie om toegang tot zorg & welzijn te garanderen voor diegenen die dat echt nodig hebben, door een beweging te creëren waarbij we werken aan: | Bijdrage aan de regio-ambitie en/of algemene actielijnambitie | Gezonde inwoners blijven gezond | Inwoners met een kwetsbare gezondheid worden gezond(er) | Bevorderen gezondheid (chronisch) zieken en vergroten kans op herstel | Gezonder maken van de leefomgeving | Begrijpelijk en toegankelijk aanbod | Vergroten van gezondheidsvaardigheden en kansen-gelijkheid |
|---|---|---------------------------------|---|---|------------------------------------|-------------------------------------|--|
| THEMA 1: Leefstijlcommunity | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| THEMA 2: Het leefstijlloket (leefstijl als interventie) | ✓ | | ✓ | ✓ | | ✓ | |
| THEMA 3: Aanpak middelengebruik | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| THEMA 4: Verbeteren gezondheidsvaardigheden | ✓ | | ✓ | ✓ | | ✓ | ✓ |
| THEMA 5: Regio alliantie 'Gezonde leefomgeving' | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | | ✓ |

ACTIELIJN 4: LEEFSTIJL, LEEFOMGEVING EN KANSENGELIJKHEID

Themabeschrijvingen

THEMA 1

Leefstijlcommunity

Om in te zetten op een gezonde leefstijl is samenwerking van groot belang. Veel verschillende organisaties en professionals zetten zich in voor een gezonde leefstijl. We kunnen de impact vergroten door een eenheid van taal op kernbegrippen zoals leefomgeving, leefstijl en kansengelijkheid, maar ook elkaar inspireren op best practices en kennisdeling (effectieve interventies). De leefstijlcommunity is een samenwerking tussen betrokken professionals uit het sociale domein (o.a. GGD, welzijn, cultuur, sportverenigingen, buurtsportcoaches) en professionals uit het medische domein (o.a. huisartsenzorg, ziekenhuis, apothekers, verslavingszorg). De leefstijlcommunity gaat aan de slag met:

- Inrichten kennis-expertgroep leefstijl (regionale samenwerking in preventie-infrastructuur)
- Implementatie Zorgroute leefstijl (verbinding voorliggend veld en Zorgpad eerste en tweede lijn)
- Implementatie ketenaanpakken GLI en KNGG
- Projecten gericht op onderwijs: aanpak Gezonde School en bundelen diverse initiatieven Amphia, huisartsen/zorgpartners, Novadic Kentron, GGD etc.

THEMA 2

Het leefstijlloket (leefstijl als interventie)

Inzet op leefstijl draagt bij aan preventie en is om die reden essentieel vanwege de stijgende zorgkosten en personele krapte. Leefstijl is niet alleen belangrijk voor het voorkomen van zorg, maar ook voor het voorkomen van 'extra' zorgvraag na behandeling of tijdens ziek zijn. Als mensen gezonder ziek zijn of behandeld worden dan scheelt dat onderaan de streep in zorggebruik. Door tijdig zorg en begeleiding te bieden aan patiënten, kan de leefstijl verantwoord worden aangepast, waarmee (chronische) ziektes mogelijk voorkomen worden of de mate (ernst) van ziekte positief beïnvloed kan worden. Onder het actiepunt 'leefstijl als interventie' vallen twee initiatieven die beide deel uitmaken van een landelijk programma: het leefstijlzorgloket (Home - LOFIT project (lofitleefstijlloket.nl)) en fit4surgery (Fit4Surgery).

Gezonder starten aan een behandeling voorkomt dus extra zorggebruik. Het credo is: 'hoe fitter erin, hoe fitter eruit'.

THEMA 3

Aanpak middelengebruik

Om te voorkomen dat jongeren al op jonge leeftijd middelen gebruiken, is het belangrijk om vroeg én actief in te zetten op preventie. Het alcoholgebruik onder jongeren in West-Brabant is

blijvend hoog en we zien ook de toename van trends in middelengebruik zoals Vapen. Middelengebruik raakt 1 op 1 aan een ongezonde leefstijl. Inzet op aanpak van middelengebruik gebeurt nu óf fragmentarisch óf op lokaal niveau. Terwijl we ook zien: als het mis gaat, gaat het goed mis. Niet alleen bij jongeren, maar zeker ook bij volwassenen én ouderen. Met onnodige druk op de tweede lijn als gevolg.

Het doel is om een gelijk aanbod te creëren in de hele regio, met als basis erkende (impactvolle) interventies, aangevuld met steun- en zorgaanbod, maar ook door in te zetten op integrale voorlichting en een aanpak voor naasten. Concreet moet er komen:

Een integraal plan van aanpak gericht op onderwijs en vroegsignalering, samen met alle partijen (Novadic Kentron, GGD, artsen eerste en tweede lijn, wijkagent, onderwijs) gericht op denormalisering van middelengebruik en drugs (denk o.a. Skip die trip) + interventies

- Aanpak middelengebruik: opgroeien in een kansrijke omgeving/vroegsignalering alcoholmisbruik
- Regionaal ondersteuningsaanbod naasten (CRAFT methodiek Novadic Kentron)

THEMA 4

Verbeteren gezondheidsvaardigheden

Mensen met een lage SES-WOA score overlijden gemiddeld 4 jaar eerder en leven 15 jaar korter in goede gezondheid dan hoog opgeleiden. Een aanpak gericht op verbeteren van gezondheidsvaardigheden levert dus direct minder zorg op. Daarnaast willen we voor alle inwoners inzetten op toegankelijke informatie en e-health technologie. Dat levert niet alleen minder zorg op, maar ook slimmere zorg. Het tijdig (h)erkennen van beperkte

gezondheidsvaardigheden, informatie duidelijk uitleggen en zorgorganisaties die allemaal ‘gezondheidsvaardig’ zijn, kan onnodige zorg, maar ook te lange uitstel van zorg en daardoor hogere zorgkosten voorkomen. Daarom gaan we inzetten op het verbreden van gezondheidsvaardigheden door:

- Effectieve communicatie door al onze medewerkers.
- Aanpak laaggeletterdheid op leefstijl en gezondheid.
- Toegankelijk en integraal aanbod (ook van elkaar in de keten weten wie wat doet en koppelen van aanbod).
- Gebruik van e-health technologie (aandacht voor digitale vaardigheden)

THEMA 5

Regio alliantie ‘Gezonde leefomgeving’

Luchtverontreiniging zorgt voor veel schade aan de gezondheid, wat zich uit in o.a. hart- en vaatziekten en longaandoeningen, waaronder astma. Een gezonde leefomgeving draagt niet alleen bij aan de bescherming van de gezondheid, maar ook aan de bevordering ervan. Het is een omgeving die uitnodigt tot bewegen en rust en ontspanning biedt. We moeten onze leefomgeving ombuigen naar een gezonde omgeving, die onze inwoners beschermt tegen beïnvloedende factoren als lucht en geluid. Een omgeving die de gezondheid van onze inwoners bevordert omdat hij uitnodigt tot bewegen en bijdraagt aan een gezonde leefstijl. We gaan regionaal dan ook flink inzetten op: gezondheidsbevorderende en beschermende maatregelen, door verschillende quick wins in de leefomgeving zoals het installeren van watertappunten. Maar we gaan vooral regionaal samenwerken om de luchtkwaliteit te verbeteren en klimaatadaptieve maatregelen te treffen, ter voorkoming van hittestress. We beginnen klein, maar dromen groot. We zoeken eerst de samenwerking op met supermarkten, maar als het aan ons ligt later ook met andere partijen in bijvoorbeeld logistiek en industrie.

ACTIELIJN 4: LEEFSTIJL, LEEFOMGEVING EN KANSENGELIJKHEID

Verdere stappen in 2024

In 2024 werkt actielijn 4 aan de volgende onderwerpen:

- Besturing van de actielijn: In tegenstelling tot de andere actielijnen, bouwt actielijn 4 niet voort op een reeds bestaande samenwerking. In 2024 zal de bestuurlijk trekker samen de participerende partijen verder structuur geven aan de actielijn.
- Impactanalyses van de thema's op de regioambitie en bepalen welke projecten als IZA transformatieplan ingediend kunnen worden.
- Naast een (sub)regionale inzet blijft het van belang om niet alleen te verbinden aan de regio, maar ook aan de provincie en het rijk. Maatregelen van Rijksoverheid op leefstijl en leefomgeving zijn essentieel. Hier is een gezamenlijke lobby nodig, dat kunnen we niet alleen vanuit West Brabant Oost. We zullen dat regionaal en provinciaal moeten oppakken.
- Opstellen van een werkagenda voor 2024 waarin de belangrijkste thema's gefaseerd van start zullen gaan.
- Vanuit de GGD en gemeenten werken we en blijven we werken aan een regionale coalitie op leefstijl en leefomgeving. Door dit in Q1 goed weg te zetten, wordt ook een goede basis gevormd voor de rest van de projecten.
- Bij de uitvoering van het regioplan moet zichtbaar zijn of er voldoende voortgang wordt geboekt in de projecten en of de projecten het gewenste resultaat opleveren, voor het waarmaken van de ambities die we als regio hebben uitgesproken. Het inrichten van deze regionale monitor is ons inziens een basisvoorwaarde om te kunnen (bij)sturen. In 2024 verkenen we in deze actielijn hoe we data van de GGD, gecombineerd met data van de zorgverzekeraars, zorgpartijen en onderzoeksinstituten zoals de Academische Werkplaats Publieke Gezondheid maar ook TRANZO, hiervoor kunnen inzetten.

ACTIELIJN 4: LEEFSTIJL, LEEFOMGEVING EN KANSENGELIJKHEID

Samenhang andere regionale programma's

| Raakvlakken met | Ja / Nee | Wat is het raakvlak? | Op welke manier afgestemd? |
|--------------------|----------|--|--|
| ROAZ | Ja | ROAZ plan, ROAZ regio <ul style="list-style-type: none"> • Verbeteren gezondheidsvaardigheden en aanpak middelengebruik draagt bij aan ROAZ doel: Groei acute zorgvraag remmen. • Leefstijlloket draagt bij aan ROAZ doel: aanbod efficiënter inzetten. | Wordt door partijen die betrokken zijn bij zowel ROAZ als IZA gedeeld (o.a. Amphia en huisartsen). Denk ook aan verbinding van GGD en GHOR bij het ROAZ. |
| GALA | Ja | Hangt samen met GALA doelstelling: Een gezonde fysieke leefomgeving die uitnodigt tot bewegen en ontmoeten. Implementatie ketenaanpakken <ul style="list-style-type: none"> • GLI • KNGG • Link naar ketenaanpak Welzijn op Recept | Via GGD en gemeenten: belang van aansluiting GALA op IZA en vice versa (staat ook in beide akkoorden benadrukt). |
| WOZO | Ja | Zo bouwen dat de omgeving een gezonde leefomgeving wordt (in breedste zin van het woord: gericht op beweging, ontmoeten en sociale basis waar inwoners elkaar helpen) maar ook zo bouwen dat dit geldt voor senioren en dat er in de woonomgeving meteen op ingezet wordt dat ondersteuning en zorg zich aanpassen aan de voorkeur van ouderen om zo lang mogelijk regie op het eigen leven te houden. | |
| ggz | Ja | Samenwerken in de wijk: Mentale gezondheidscentra. | |
| Wlz | Nee | | |
| TAZ | In 2024 | Op dit moment is er nog geen expliciete afstemming met Transvorm over concrete initiatieven. Wel is afgestemd dat Transvorm in 2024 meedenkt over de verdere invulling van het prioritaire thema 'Druk op de arbeidsmarkt' in of over de actielijnen heen. | Periodiek afstemming tussen programmamanager IZA en strategisch adviseur bij Transvorm. |
| ACTIELIJN | | | |
| 1 | | Een gezonde leefstijl en leefomgeving zorgt dat ouderen langer zelfstandig kunnen wonen en dat chronisch zieken minder zorg nodig hebben. | Verbinding met projectleider actielijn 1. |
| 2 | | Mentaal welbevinden is een belangrijke voorwaarde voor een gezonde leefstijl. | Verbinding met projectleider actielijn 2. |
| 3 | | Voor kansrijk opgroeien is leefstijl een belangrijk element voor ouders en jeugdige. | Verbinding met projectleider actielijn 3. |
| OVERIGE | | | |
| Omgevingswet, PGLO | | www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/omgevingswet ; Programma Gezonde Leef Omgeving; Programma Gezonde Leefomgeving RIVM | |

Vijf ketenaanpakken uit het IZA

In het IZA is afgesproken dat zorgverzekeraars en gemeenten de volgende ketenaanpakken inrichten: kansrijke start, valpreventie bij ouderen, aanpak overgewicht en obesitas bij kinderen, de gecombineerde leefstijlinterventie bij overgewicht van volwassenen en welzijn op recept.

Hieronder wordt weergegeven op welke wijze deze ketenaanpakken zijn verankerd in de verschillende actielijnen:

| Ketenaanpak | Geadresseerd in actielijn - project |
|--|---|
| Kansrijke start | ACTIELIJN 3 - Alle thema's |
| Valpreventie bij ouderen | ACTIELIJN 1 - THEMA 3: Regionale, integrale vroegsignalering & preventie THEMA 11: Transformatie tweede lijn - Passende medisch specialistische zorg |
| Aanpak overgewicht en obesitas bij kinderen | ACTIELIJN 3 - THEMA 3: Sterke, laagdrempelige, toegankelijke en passende (collectieve) ondersteuningsmogelijkheden ACTIELIJN 4 - THEMA 1: Leefstijlcommunity |
| Gecombineerde leefstijlinterventie bij overgewicht van volwassenen | ACTIELIJN 1 - THEMA 9: Transformatie tweede lijn - Hybride medisch specialistische zorg ACTIELIJN 4 - THEMA 1: Leefstijlcommunity THEMA 2: Het leefstijlloket (leefstijl als interventie) |
| Welzijn op recept | ACTIELIJN 1 - THEMA 1: Positief gezonde regio THEMA 3: Regionale, integrale vroegsignalering & preventie ACTIELIJN 2 - THEMA 2: Versterken voorzieningenniveau in de wijk voor mensen met psychische kwetsbaarheid ACTIELIJN 4 - THEMA 2: Het leefstijlloket |

4 Landelijke randvoorwaarden

- Administratieve lastenverlichting en daarmee het terugdringen van bureaucratie.
- Een gedeelde data-infrastructuur vraagt landelijke standaarden: niet alleen voor regionale capaciteitsplanning, maar ook voor onderzoek naar en sturing op bijvoorbeeld passende zorg en ondersteuning voor specifieke zorgpaden, zelfmanagement chronische aandoeningen en patiëntgericht advies bij de huisarts.
- Landelijke communicatiecampagne gericht op bewustwording bij inwoners, dat zorg schaars is en er meer zelfredzaamheid gevraagd wordt.

Regionale randvoorwaarden

- In 2024 wordt invulling gegeven aan de digitale strategie in de regio. Onderstaande drie randvoorwaarden zullen daarin benoemd worden
 - Nieuwe keuzes op ICT-vlak moeten getoetst en geborgd zijn, zodat deze keuzes passen binnen de afgesproken kaders, die erop gericht zijn ICT-initiatieven voldoende doordacht, afgestemd en toekomstbestendig te laten zijn.
 - Succesvol samenwerken in de keten betekent dat we met elkaar afspraken moet maken over ICT. Op korte termijn betekent dit oplossingen creëren voor onderstaande thema's, waarin ICT ondersteunend is aan de procesgang en realisatie van de thema's. Voor de lange termijn betekent dit ontwikkelen van een regiobrede, digitale infrastructuur op basis van het vijflagen model van NICTIZ.
 - Gedeelde datainfrastructuur: niet alleen voor regionale capaciteitsplanning, maar ook voor onderzoek en sturing naar bijvoorbeeld passende zorg en ondersteuning voor specifieke zorgpaden, zelfmanagement chronische aandoeningen en patiëntgericht advies bij de huisarts.
- Een duidelijk op elkaar aansluitende governance van de verschillende actielijnen binnen het regioplan.
 - Het programmamanagement zal in 2024 in samenwerking met BO IZA en de programmamanagers hier een voorstel voor doen.

Bijlagen

Regiobeeld West-Brabant



Aanleiding

Het Integraal Zorgakkoord (IZA) heeft als doel de zorg voor de toekomst goed, toegankelijk en betaalbaar te houden. IZA-partijen hebben afgesproken de samenwerking in regio's te bevorderen om zo te komen tot regionale transitie. Dit begint met het goed in kaart brengen van de feitelijke situatie in een zogenaamd *Regiobeeld*. Op basis van het Regiobeeld worden door de regionale partijen *Regioplannen* opgesteld. Regionale samenwerking is nodig om impactvolle transformaties te realiseren.

Het Regiobeeld van West-Brabant (inclusief bronnen) is in zijn geheel te vinden op de website regiobeeld.nl. Dit Regiobeeld hebben de zorgverzekeraars en zestien gemeenten van de

regio in samenwerking met relevante stakeholders opgesteld. Het is een door de regio gedragen regiobeeld geworden waarin prognoses van en ontwikkelingen in zorgbehoefte en zorg- en welzijnsaanbod naast andere relevante informatie over de bevolking van de regio te vinden is. In dit document vindt u de meest belangrijke thema's die de regiopartijen in nauwe samenwerking uit het Regiobeeld hebben gedestilleerd.

Ambitie van de samenwerkende regiopartijen

Een gezondere bevolking met een hogere kwaliteit van leven in West-Brabant. Wij dragen hier aan bij door naadloze samenwerking tussen zorg-, welzijnsorganisaties én inwoners en gaan uit van de krachten en kansen die onze West-Brabantse regio biedt.

Zes belangrijkste aandachtsgebieden/thema's uit het Regiobeeld

1 Kwetsbare ouderen nu en in de toekomst

De mismatch tussen de stijgende zorgvraag en het afnemende zorgaanbod bij kwetsbare ouderen, nu en in de toekomst vormt een grote opgave in de regio. Er is een relatieve en absolute toename van het aantal ouderen in de regio. Tegelijkertijd neemt het aandeel mensen dat voor deze groep kan zorgen af (toename demografische druk), en daalt het mantelzorgpotentieel. Er is een duidelijke stijging in het aantal ouderdomsgerelateerde aandoeningen en inwoners met multiproblematiek. Eenzaamheid komt relatief veel voor en er is een dalende trend te zien in zelfredzaamheid en regie over het eigen leven. Dit leidt mede tot een verhoogde mate van 'zorgverbruik/consumentisme': afhankelijkheid en versnelde wens tot gebruik van professionele ondersteunings- en zorgdiensten zoals WMO-begeleiding, wijkverpleging en verpleeghuiszorg. Het uitgangspunt richting toekomst zal gericht zijn op meer samenred-

zaamheid waarbij 'kwaliteit van leven' het leidend principe.

2 Tekort aan zorgprofessionals en mantelzorgers

We zien een toenemend tekort aan mensen die de zorg kunnen leveren die nodig is, waarbij het verwachte personeelstekort groter is dan het landelijk gemiddelde. Dit geldt zowel op het gebied van formele als informele zorg (mantelzorgers). Het potentieel aan mantelzorgers daalt met meer dan de helft in 2040. Door dit tekort en door o.a. de vergrijzing wordt de mismatch tussen zorgvraag en zorgaanbod steeds groter.

3 Mentale gezondheid

Betreffende mentale gezondheid komen psychische klachten, stress en eenzaamheid bij bepaalde bevolkingsgroepen in de regio veel voor. Er wordt minder vaak eigen regie over het leven ervaren dan in de rest van Nederland, wat gevolgen

heeft voor het psychisch en fysiek welbevinden. We zien in de regio een daling van het aantal ggz-cliënten, in combinatie met langere wachtlijsten in de GGZ dan in de rest van Nederland die de treeknormen overschrijden.

4 Kansenongelijkheid en een kansrijke start

Leefstijlgerelateerde aandoeningen hebben een hoge prevalentie in de regio, wat onder andere een gevolg is van overgewicht, te weinig bewegen en meer ervaren stress. De prevalentie longkanker en het hoge medicijngebruik voor astma duidt op meer luchtweggerelateerde aandoeningen in de regio. We beogen de omslag van ziekte en zorg naar gezondheid en gedrag te maken.

5 Leefstijl- en leefomgevinggerelateerde ziekten

In regio zijn er op gemeenteniveau aantoonbare verschillen in SES-WOA score, inkomen, leefbaar-

heid, schulden, eenzaamheid en psychosociale problemen. Onderzoek heeft aangetoond dat inwoners met een lage SES-WOA score gemiddeld 4 jaar eerder overlijden en 15 jaar korter in goede gezondheid leven. In de regio zijn er 1300 gezinnen met meervoudige problematiek en ligt het aandeel potentieel kwetsbare ouders in sommige wijken erg hoog, wat invloed heeft op een minder kansrijke start in het leven en daarmee later een grotere druk op het zorgsysteem.

6 Druk op de eerste lijn

De druk op de eerste lijn uit zich bij huisartsen op verschillende manieren. Zoals een hoog ervaren werkdruk die in de toekomst in verdere mate zal toenemen. Deze druk is ook zichtbaar in de wijkverpleging, waar het aantal cliënten sterk stijgt en het aantal medewerkers krimpt. De druk op de eerstelijns vertaalt zich naar een toenemende druk op de avond-, nacht- en weekendzorg.

THEMA 1

Kwetsbare ouderen nu en in de toekomst

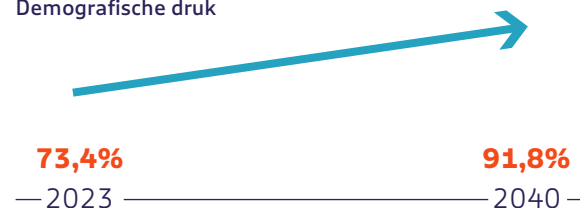
Toename aandeel 65+ers



De 'grijze druk' is **groter** dan het landelijk gemiddelde.



Demografische druk



Prevalentie van ziekten als dementie, perifere artrose, coronaire hartziekten, beroerte, COPD en diabetes

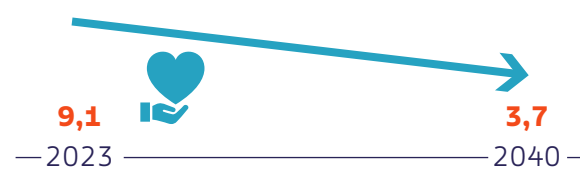


Het aantal inwoners met 1 of meer chronische aandoeningen **neemt sterk toe**; meer **multiproblematiek**.



Mantelzorgpotentieel

In aantal 50-65-jarige mantelzorgers per 85-jarig en ouder persoon.



Kwetsbare ouderen geven nu al een **grote druk** op alle lijnen van de zorg, en op **acute zorg** in het bijzonder.

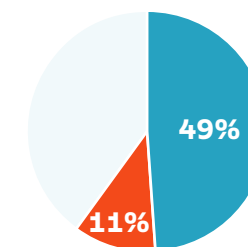


Er wordt meer beroep gedaan op de WMO dan landelijk gemiddeld voor ondersteuning thuis, hulp bij huishouden, hulpmiddelen en diensten en maatwerkarrangement.

Grote toename verwacht in aantal cataract-, heup-, en knieoperaties in periode 2023-2040



In 2020 was **49%** van de West-Brabantse ouderen **eenzaam** en **11%** zelfs **ernstig tot zeer ernstig eenzaam**.



De huidige capaciteitsplannen (391) kunnen de verwachte groei naar geclusterde zorg Wlz (+1.810) niet opvangen.

-1.419

Wonen

Er ontstaat naar verwachting een verder tekort aan passende woonzorg plaatsen en geschikte woningen voor ouderen met hulpbehoeften.



Het percentage inwoners dat **regie over het eigen leven** heeft, laat een dalende trend zien.



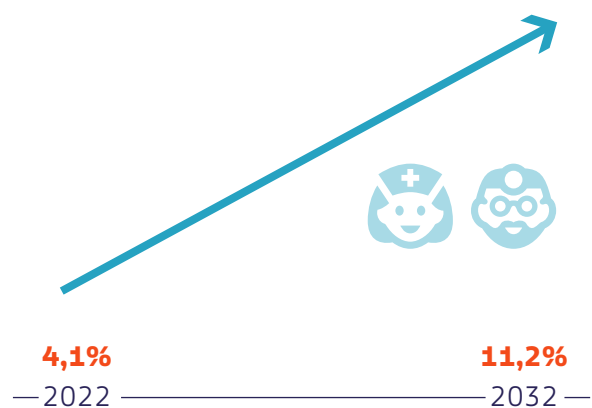
Samenvatting

De mismatch tussen de stijgende zorgvraag en het afnemende zorgaanbod bij kwetsbare ouderen, nu en in de toekomst vormt een grote opgave in de regio. Er is een relatieve en absolute toename van het aantal ouderen in de regio. Tegelijkertijd neemt het aandeel mensen dat voor deze groep kan zorgen af (toename demografische druk), en daalt het mantelzorgpotentieel met meer dan de helft in 2040. (zie thema 2). Als het gaat om de zorgvraag is er een duidelijke stijging in het aantal ouderdomsgerelateerde aandoeningen en een verwachte stijging van operaties die samenhangen met ouder worden. Daarnaast is er een toename van het aantal inwoners met multiproblematiek. Dit maakt het vatten van kwetsbare inwoners in thans gangbare 'hokjes/ labels' steeds moeilijker. Eenzaamheid komt relatief veel voor onder ouderen in de regio West-Brabant en kan de problematiek m.b.t. kwetsbare ouderen versterken. Ook zien we een dalende trend in zelfredzaamheid en regie over het eigen leven. Dit leidt tot een verhoogde mate van 'zorgverbruik/ consumentisme': afhankelijkheid en versnelde wens tot gebruik van professionele ondersteunings- en zorgdiensten zoals WMO-begeleiding, wijkverpleging en verpleeghuiszorg. Het aantal cliënten in de Wmo is hoger dan landelijk gemiddeld. Daarnaast worden er door gemeenten overschrijdingen van ondersteuningsbudgetten voor begeleiding en ondersteuning gemeld.

THEMA 2

Tekort aan zorgprofessionals en mantelzorgers

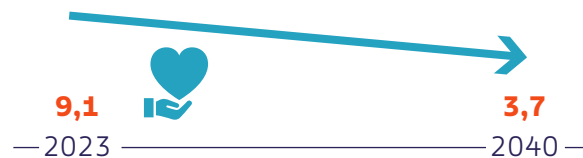
Als we niets doen, stijgt het personeelstekort in de periode 2022-2032 van 4,1% naar 11,2%



In absolute aantallen zijn de tekorten het grootst in verpleging en verzorging.



Mantelzorgpotentieel
In aantal 50-65-jarige mantelzorgers per 85-jarig en ouder persoon.



Relatief gezien zijn de tekorten het grootst in sociaal werk, de huisartsen- en gezondheidscentra en de GGZ

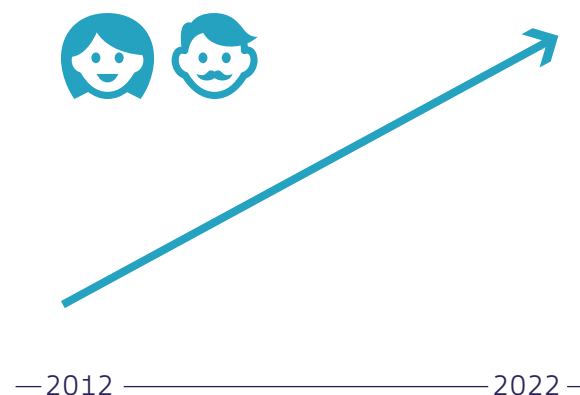


Deeltijdsfactor

Het laagst bij branches huisartsen en gezondheidscentra, VVT en kinderopvang.



Aandeel werknemers van 55+



Samenvatting

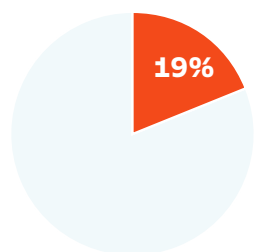
We zien een toenemend tekort aan mensen die de zorg kunnen leveren die nodig is, waarbij het verwachte personeelstekort groter is dan het landelijk gemiddelde. Dit geldt zowel op het gebied van formele als informele zorg (mantelzorgers).

Het potentieel aan mantelzorgers daalt met meer dan de helft in 2040. Door dit tekort en door o.a. de vergrijzing wordt de mismatch tussen zorgvraag en zorgaanbod steeds groter.

THEMA 3

Mentale gezondheid

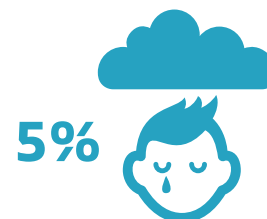
19% van de volwassenen in West-Brabant heeft in 2020 psychische klachten.



In 2022 ervaart 53% van de jongvolwassenen (16-25jaar) in West-Brabant psychische klachten.



Suicide
Onder de jongeren heeft 5% heel vaak overwogen suïcide te plegen (2e-4e klas VO).



Stress en eenzaamheid

Komen bij bepaalde bevolkingsgroepen in de regio meer voor dan bij anderen (o.a. vrouwen, ouderen, inwoners met een migratieachtergrond en jongeren als gevolg van corona).

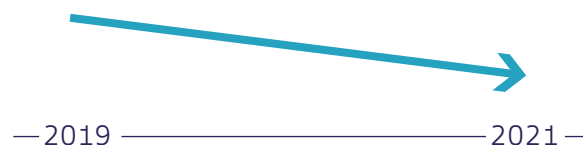


30%-40%

van de ouders ervaren problemen en stress bij de opvoeding van kinderen van 0-11 jaar.

Aantal GGZ cliënten

Dalende trend in de periode 2019-2021.



Chronische stemmingsstoornissen

Groter aandeel van de bevolking gebruikt medicatie dan in de rest van Nederland.

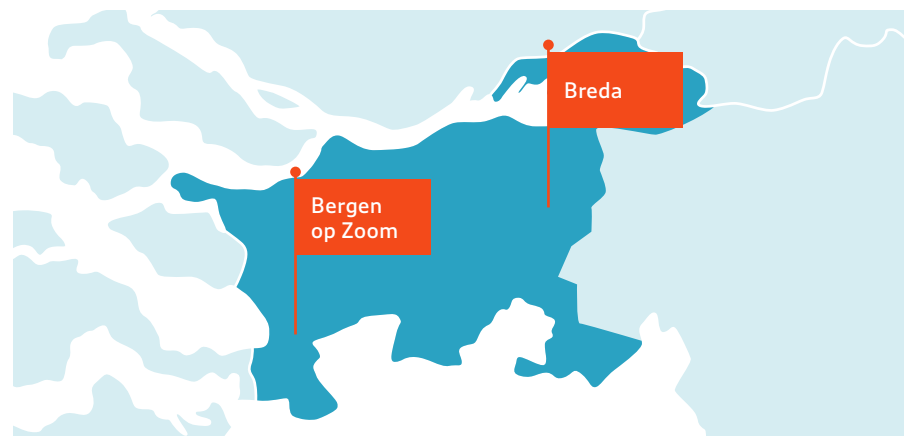


Er wordt minder vaak eigen regie over het leven ervaren in West-Brabant dan in de rest van Nederland.



Aantal GGZ-clënten

Het hoogst in de gemeenten Bergen op Zoom en Breda. Hier bevinden zich ook de meeste EPA-clënten.



De continuïteit in de GGZ is met name in het gedrang bij de crisisdiensten, de complexere zorg (bv HIC) en de zorg voor jeugd tot 23 jaar.

Wachttijden in de GGZ

Over het algemeen langer dan in de rest van Nederland en overschrijden treeknormen.



Samenvatting

Psychische klachten, stress en eenzaamheid komen bij bepaalde bevolkingsgroepen in de regio veel voor. Er wordt minder vaak eigen regie over het leven ervaren dan in de rest van Nederland, wat gevolgen heeft voor het psychisch en fysiek welbevinden.

We zien in de regio een daling van het aantal ggz-clënten, in combinatie met langere wachtlijsten in de GGZ dan in de rest van Nederland die de treeknormen overschrijden.

Cliënten worden dus niet tijdig geholpen met als gevolg dat de aandoening verergert en er toename van complexiteit zichtbaar is.

THEMA 4

Kansenongelijkheid en kansrijke start

DE SES-WOA score in de regio West-Brabant ligt in de meeste gemeenten **boven** het landelijk gemiddelde.



In enkele gemeenten in de regio West-Brabant west geeft de score voor leefbaarheid een **negatieve afwijking** t.o.v. het landelijk gemiddelde.



Er zijn **1.300** kwetsbare gezinnen in West-Brabant waar meervoudige problematiek een rol speelt (**lage SES, psychosociale problemen bij kinderen en psychosociale problemen bij ouders**).

DE SES-WOA score ligt in 3 gemeenten **gelijk** aan het landelijk gemiddelde (Roosendaal, Bergen op Zoom, Steenbergen).



Op gemeenteniveau zijn er verschillen in moeite met **rondkomen** en aantal **huishoudens met schulden** (m.n. in Bergen op Zoom, Roosendaal, Breda, Rucphen).



Samenvatting

In de regio zijn er op gemeenteniveau aantoonbare verschillen in SES-WOA score, inkomen, leefbaarheid, schulden, eenzaamheid en psychosociale problemen. De leefbaarheid is gebaseerd op kenmerken als onveiligheid, aanwezigheid van voorzieningen, overlast.

Onderzoek heeft aangetoond dat inwoners met een lage SES-WOA score gemiddeld 4 jaar eerder overlijden en 15 jaar korter in goede gezondheid leven. In de regio zijn er 1.300 gezinnen met meervoudige problematiek en ligt het aandeel potentieel kwetsbare ouders in sommige wijken erg hoog, wat invloed heeft op een minder kansrijke start in het leven en daarmee later een grotere druk op het zorgstelsel.

De GGD geeft aan dat o.a. factoren als veiligheid, bestaanszekerheid, huisvesting, inkomen en sociale contacten van invloed zijn op gezondheid.

De verwachting is dat deze groep zorgt voor een grotere druk op de zorg, terwijl oplossingen vaak buiten de zorg liggen.

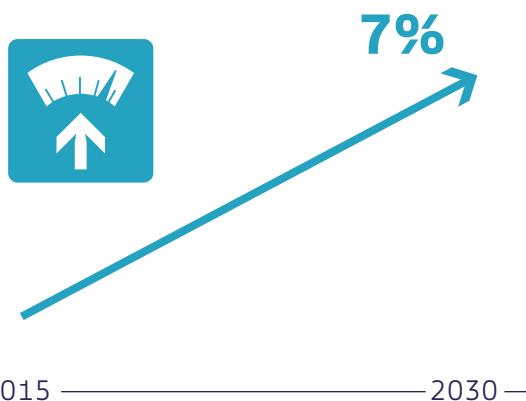
THEMA 5

Leefstijl- en leefomgevinggerelateerde ziekten

De ervaren gezondheid is in de regio lager dan in de rest van Nederland



Overgewicht
Hoger dan het landelijk gemiddelde.



Er wordt meer medicatie gebruikt voor astma dan landelijk gemiddeld



De prevalentie van hartfalen, aandoeningen van schouder, nek en rugaandoeningen is in de regio hoger dan landelijk gemiddeld



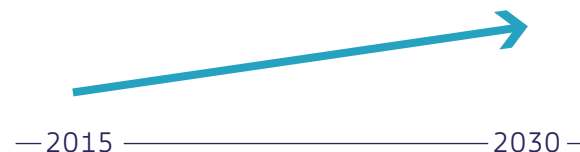
De longkanker prevalentie is hoger dan het landelijk gemiddelde.



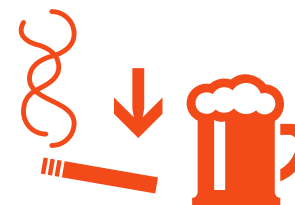
Het percentage wekelijkse sporters ligt lager dan het landelijke gemiddelde



De prevalentie van coronaire hartziekten, COPD en diabetes laat in de periode 2015-2030 een sterke groei zien



Roken en alcoholgebruik
Minder dan in de rest van Nederland.



In de groep 18 tot 65 jaar zijn gewichtsproblemen en te weinig bewegen een probleem



Samenvatting

Leefstijlgerelateerde aandoeningen hebben een hoge prevalentie in de regio, wat onder andere een gevolg is van overgewicht, te weinig bewegen en meer ervaren stress. De prevalentie longkanker en het hoge medicijngebruik voor astma duidt op meer luchtweggerelateerde aandoeningen in de regio.

Overmatig gebruik van verslavende middelen zoals alcohol en roken lijkt gemiddeld genomen minder voor te komen dan in andere delen van Nederland, maar wordt wel als een probleem ervaren in de regio, met name alcoholgebruik onder ouderen en drugsgebruik onder jongeren. Dit komt vaak terug in combinatie met psychische problematiek. Wellicht is dit op wijkniveau wel terug te zien in de cijfers.

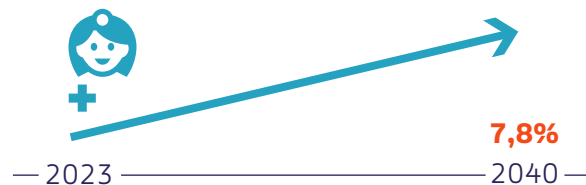
De hoge prevalentie en verwachte toename van leefstijl gerelateerde aandoeningen zorgt voor een grote druk op het zorgstelsel en de verwachting is dat dit alleen maar toeneemt. Om te zorgen dat er minder beroep gedaan wordt op het zorgstelsel kan er ingezet worden op het bewustzijn van de inwoner in het probleem en het besef dat er meer eigen verantwoordelijkheid genomen moet worden om gezond te leven en gezondheidsvaardigheden te verbeteren.

THEMA 6

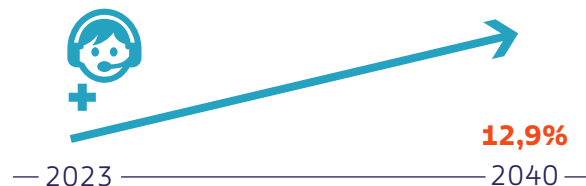
Druk op de eerste lijn

Aantal huisartsenconsulten stijgt

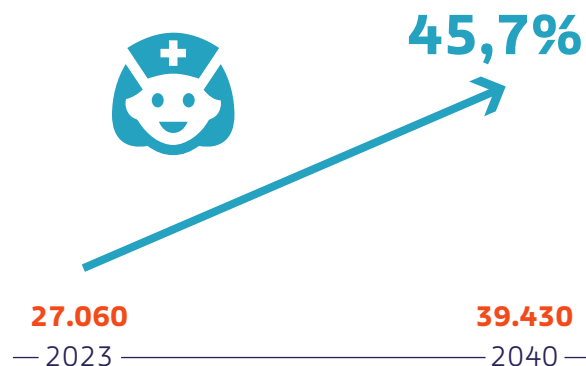
Aantal reguliere huisartsenconsulten.



Aantal telefonische huisartsenconsulten.



Aantal cliënten in de wijkverpleging in de regio stijgt



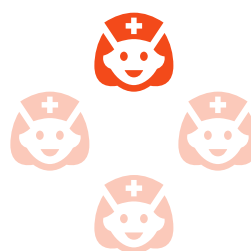
Huisartsen in Noord-Brabant geven aan problemen te ervaren bij het invullen van vacatures.

**77%** van de huisartsen geeft aan problemen te verwachten bij het vinden van opvolging**60%** van de huisartsen geeft aan problemen te verwachten bij het vinden van waarneming.

De ervaren werkdruk bij huisartsen in de regio West-Brabant is hoog



In wijkverpleging (VVT branche) wordt er een groot tekort aan verpleegkundigen verwacht.



In de regio is het aandeel van de bevolking dat de HAP in ANW uren bezoekt voor elke leeftijdscategorie hoger dan het landelijk gemiddelde



Samenvatting

De ervaren werkdruk onder huisartsen is hoog en zal naar de toekomst toe verder toenemen. Oorzaak hiervan is de toename van het aantal consulten in de periode 2023-2040, die voor een substantieel deel bestaan uit niet-medische, 'praktische' vragen, en de toegankelijkheid van (gespecialiseerde) vervolgzorg in zorg en sociaal domein (GGZ, ziekenhuis, sociaal domein). Hierdoor blijven patiënten langer in de eerste lijn.

De druk op de hele eerste lijn is ook zichtbaar in de wijkverpleging, waar het aantal cliënten sterk stijgt en het aantal medewerkers krimpt. De druk op de eerstelijns vertaalt zich naar een toenemende druk op de avond-, nacht- en weekendzorg.

Samenhang met het ROAZ-plan

Huidige situatie acute zorg in Brabant

- Over het algemeen voldoet de geografische dekking aan bereikbaarheidsnormen, maar ambulance standplaatsen voldoen niet aan de norm.
- Toegankelijkheid van acute zorg staat onder druk ondanks redelijke geografische dekking.
- Zorgvraag verschilt per sector.

Toekomstige uitdagingen (2022-2032)

- Het aantal acute zorgvragen zal toenemen vanwege demografische en incidentele factoren.
- Beschikbaar zorgaanbod neemt af in alle sectoren.
- Zonder actie zal het steeds moeilijker zijn om aan de vraag te voldoen.

Mogelijke oplossingen en kansen

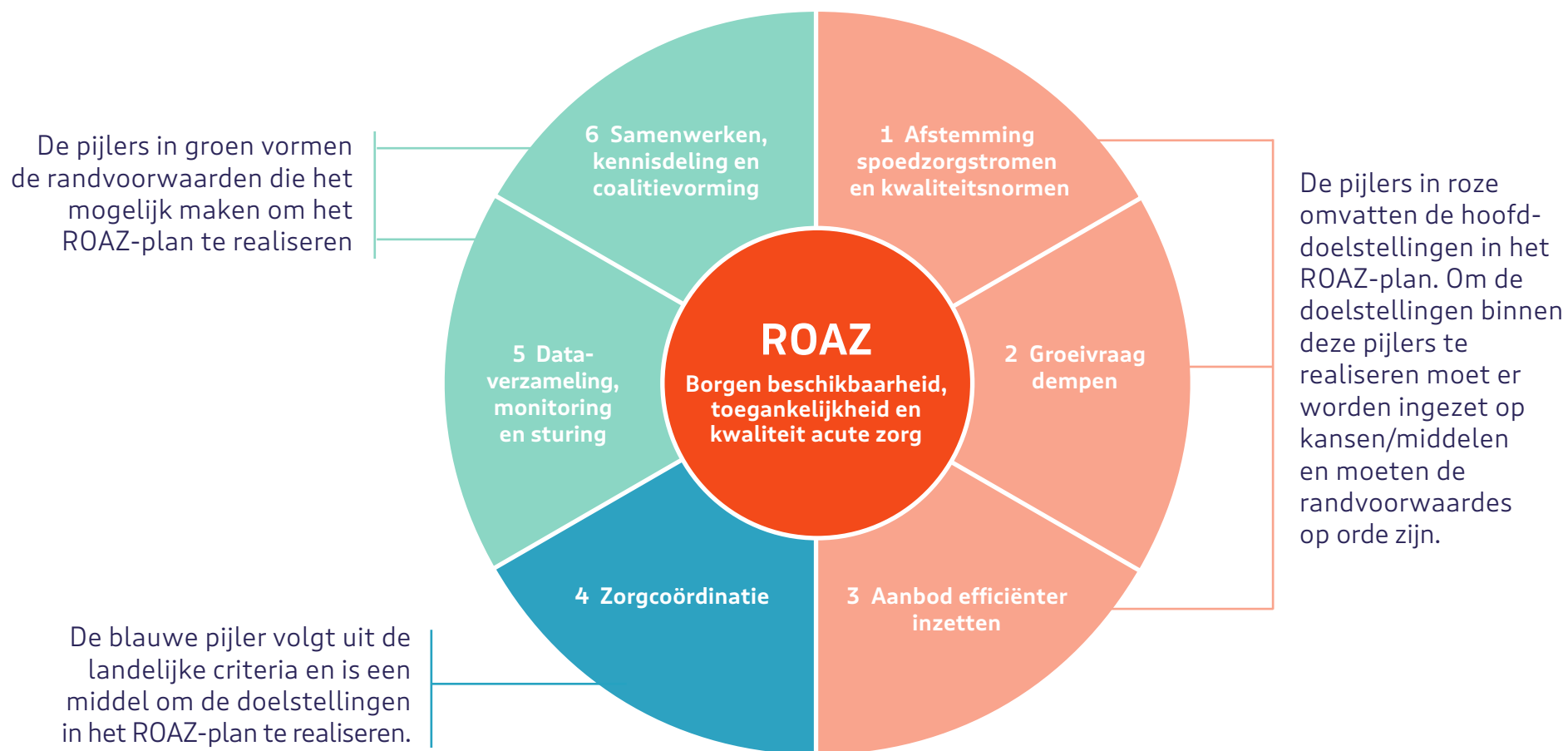
- Voorkomen of verplaatsen van acute zorgvragen kan een deel van de groei dempen.
- Slimmere inzet van aanbod kan de productiviteit verhogen.
- Kansen benutten vraagt om vraagreductie, investeringen in dagzorg, en samenwerking tussen sectoren.
- In actielijn 1 en 2 is volop aandacht voor het voorkomen van acute zorg bij chronisch zieken, kwetsbare ouderen en mensen met een psychische aandoening. Dit heeft rechtstreeks effect op de zorgvraag in de acute zorg.

Uitdagingen bij het realiseren van beleidsrijke koers

- Genoemde kansen zijn naar verwachting niet voldoende om kloof tussen vraag en aanbod te dichten.
- Realisatie vraagt om focus op vraagreductie, investeringen in dagzorg, en intersectorale samenwerking.

Aanpak in het ROAZ-plan

- Inzetten op genoemde kansen om beleidsrijke koers te realiseren.
- Vooral aandacht voor vraagreductie, investeringen in dagzorg, en samenwerking tussen sectoren.
- Nadere uitwerking nodig voor aanbodkansen, vooral verbetering van data-beschikbaarheid.



Regioplan West-Brabant West



2024



Contactpersonen

Regionale samenwerkingsstructuur
Heleen van Nispen
Voorzitter Grip op Kwetsbaarheid
heleen.van.nispen@groenhuisen.nl
088-55 74 010

Coördinerende zorgverzekeraar
Mijke Buijs
Manager Regioregie CZ
mijke.buijs@cz.nl

Regionale samenwerkingsstructuur
Bianka Mennema-Vastenhout
Voorzitter WestWest
B.Vastenhout@bravis.nl
088-70 68 000

Coördinerende gemeente
René van Ginderen
Wethouder gemeente Roosendaal
r.van.ginderen@roosendaal.nl
0165-57 91 11

WAAROM IS TRANSFORMATIE NODIG? (KERNPROBLEMATIEK EN AMBITIES)

Onze ambitie

In de regio West-Brabant West nemen zorg- en welzijnspartijen, gemeenten en zorgverzekeraars, samen met inwoners, de verantwoordelijkheid om de gezondheid van onze inwoners zo lang mogelijk, zo goed mogelijk te houden. We constateren met elkaar uitdagingen rondom kwetsbare ouderen, op het gebied van mentale gezondheid en gelijke kansen bij opgroeien. Maar ook op het gebied van leefstijl- en leefomgeving-gerelateerde aandoeningen en toenemende druk op de eerstelijns. Doemdenken zit niet in onze volksaard. Wij denken in kansen, zijn positief over de toekomst en zien veel kracht in onze samenleving, samenwerking en bij onze professionals en inwoners. De beweging van het IZA vertalen wij naar een eigen, regionale opdracht.

In onze regionale werkbijeenkomsten hebben we uitgesproken dat onze inzet voor het nieuwe gezondheidsdenken primair gericht moet worden op 'de beweging naar de voorkant'. Daaronder verstaan we dat we ons richten op en zo veel mogelijk aansluiten bij de eigen leefwereld van mensen. Concreet houdt dit in dat het zwaartepunt van onze plannen ligt bij het *verkleinen* van de kans dat een zorgvraag ontstaat én bij het uitstellen van de zorgvraag. Daarbij hebben we wel oog voor de patiënt van *nu*. We ontwikkelen plannen om te investeren in gezond gedrag en presenteren plannen die de zelfstandigheid en veerkracht van onze inwoners vergroten. *We laten ons leiden door de principes van Positieve Gezondheid, een holistische blik op wat de gezondheid van mensen bepaalt.* Daarnaast realiseren we ons dat voor gelijke gezondheidskansen, we ongelijk moeten investeren. Niet iedereen bezit dezelfde mogelijkheden om de eigen gezondheid te bevorderen of heeft een netwerk van naasten. Deze groepen hebben meer aandacht nodig.

Ons streven is een *gezonder West-Brabant West*. Dit betekent voor ons dat inwoners zo gezond mogelijk opgroeien en zo lang mogelijk zelfstandig in de eigen leefomgeving *wonen en meedoen*, met ondersteuning van en ondersteuning vóór de zorgzame naaste(n). Onder die leefomgeving scharen wij als samenwerkende partijen ook de wijken waarin mensen zo lang mogelijk kunnen blijven wonen en bijdragen. Een leefomgeving die bijdraagt aan een gezonde leefstijl. Samen redzaam zijn, de Brabantse gezelligheid delen met elkaar.

Onze regionale plannen voorzien ook in het slimmer en beter (samen)werken. Niet als een vorm van bezuiniging maar omdat we onze huidige en toekomstige professionals koesteren. We hebben hen keihard nodig en stellen onszelf de opgave om hun werk uitdagend, zinvol maar ook draaglijk te houden. We zoeken daarom naar mogelijkheden om met elkaar meer te doen, zonder harder te gaan werken. Die mogelijkheden vinden we enerzijds in het beter samenwerken, het benutten van elkaars expertise in de wijk. We kijken over de grenzen van de financiële domeinen en bestaande organisaties, naar verbindingen om niet langs elkaar, maar mét elkaar het goede te doen. We gaan daarbij uit van passende zorg. Daarnaast benutten we de mogelijkheden van digitalisering om gespecialiseerde kennis en kunde dichtbij mensen te brengen. Dit alles met het doel om meer mensen met een zorgvraag te bereiken, bij gelijkblijvende aantallen professionals.

Onze regionale aanpak vertalen we in meetbare ambities om de zorgkloof aantoonbaar te dichten. Deze doelen zijn tot 2030 gericht op een stevige ombuiging van de groei van de zorgkosten en het garanderen van de toegankelijkheid door het opvangen van arbeidsmarkttekorten. In het vervolg van het regioplan staan de ambities concreet vermeld.

WAAROM IS TRANSFORMATIE NODIG? (KERNPROBLEMATIEK EN AMBITIES)

Onze leidende principes

- 1** Vertrekpunt van onze activiteiten is de burger en zijn leefomgeving.
- 2** We denken en handelen vanuit Positieve Gezondheid (een brede holistische kijk) en passende zorg.
- 3** We versterken de eigen kracht en regie op eigen leven van inwoners en hun netwerk, zodat minder of pas later inzet van zorg aan de orde is.
- 4** We verbinden de kracht van zowel het sociaal, medisch als zorgdomein tot een gelijkwaardige, integrale samenwerking in de wijk.
- 5** Ongelijk investeren voor gelijke gezondheidskansen, om zo moeilijk bereikbare groepen te bereiken.
- 6** Werken in zorg en welzijn blijft uitdagend, betekenisvol en draaglijk.
- 7** We meten, reflecteren en stellen onze regionale activiteiten bij op basis van data.
- 8** Een governance waarin alle domeinen gelijkwaardig zijn vertegenwoordigd: inwoners, gemeenten, zorgverzekeraars, welzijns- en zorgorganisaties.
- 9** We werken vanuit de volgende gedachte: we zetten zoveel mogelijk in op preventie, waarna we de burger zelf in staat stellen de oplossingen te vinden. Eventueel met innovatie en hulpmiddelen, eventueel met het eigen (informele) netwerk en als het moet, zo goed mogelijk met professionele inzet.

DOEL VAN HET REGIOPLAN

In het regioplan stellen regionale zorg- en welzijnspartijen, de gemeenten, zorgverzekeraars, samen met inwoners vast wat de belangrijkste prioritaire opgaven zijn op basis van de analyse in het regiobeeld. Het regioplan bevat ook de afspraken hoe deze gezamenlijk worden aangepakt. Daarbij is de urgentie van de regionale knelpunten op het gebied van betaalbaarheid, toegankelijkheid en kwaliteit leidend.

Het regioplan bestaat uit twee delen:

- A Regio-opgaven:** De belangrijkste regionale opgaven die met prioriteit gezamenlijk worden opgepakt.
- B Regio-afspraken:** De afspraken over de wijze waarop partijen de regio-opgaven gecommiteerd gaan oppakken en wie daarbij betrokken zijn. De afspraken worden vertaald in een werkagenda met meetbare resultaatafspraken inclusief meerjarenplanning.

Het regioplan is gebaseerd op het regiobeeld van de zorgkantorregio West-Brabant. Dit regiobeeld is te vinden op www.dejuistezorgopdejuisteplek.nl/regiobeelden.

DOEL VAN HET REGIOPLAN

Reikwijdte van het regioplan

In de regio West-Brabant West worden in verschillende gremia vele stappen ondernomen om de sterk stijgende vraag naar (medische) zorg en ondersteuning enerzijds en de krappere arbeidsmarkt anderzijds, het hoofd te bieden. Dit regioplan beoogt niet een totaaloverzicht van al deze activiteiten te presenteren. Het regioplan richt zich op:

- de beschrijving van de **domeinoverstijgende** opgave, ambitie, doelstellingen en concrete aanpak. Activiteiten die sectoraal of door individuele instellingen worden ondernomen, maken geen onderdeel uit van het regioplan, maar raken dit uiteraard wel. De combinatie van instellings-, sectorale en domeinoverstijgende activiteiten vormen samen de noodzakelijke transformatie om de zorgkloof te dichten;
- de **inhoud van de transformatie en de impact** die we als gezamenlijke partijen uit de verschillende domeinen nastreven. De financiering is hierop volgend en krijgt vorm bij het beschrijven van transformatieplannen. Nadrukkelijk betrekken we hierbij het perspectief van inwoners en professionals;
- het structureel **betrekken van inwoners** bij de planvorming en uitwerking van onze regionale ambities;
- de invulling van de **governance** waarbinnen we in de regio West-Brabant West de uitwerking van de plannen sturen, faciliteren en monitoren.

De impact van onze gezamenlijke inspanningen is gericht op:

- **een gezondere bevolking**;
- **toegankelijkheid**, vertaald naar de bijdrage om het verwacht tekort aan fte te reduceren;
- **verlaging van de kostengroei** als gevolg van de sterk stijgende vraag naar (medische) zorg en ondersteuning, op alle financieringsdomeinen:
Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo), Zorgverzekeringswet (Zvw) en Wet langdurige zorg (Wlz);
- **het behoud van kwaliteit van leven**.

Het regioplan vormt een solide basis voor de domeinoverstijgende aanpak om de zorgkloof in de regio West-Brabant West te verkleinen. De invulling en uitwerking op inhoud en projecten is **dynamisch**.

Met de kennis van nu en binnen de beperkte tijd die beschikbaar was in de tweede helft van 2023, is dit regioplan tot stand gebracht. De governance zal voorzien in een besturing waardoor aanpassing, bijstelling en prioritering van de voorgestelde aanpak mogelijk is.

Bij het realiseren van onze ambitie betrekken wij nadrukkelijk andere regionale zorg- en welzijnsorganisaties. Ook zoeken wij actief verbinding met maatschappelijke partners zoals woningbouwcorporaties en scholen.

DOEL VAN HET REGIOPLAN

Pijlers van het regioplan

Samenwerkende partijen richten een effectieve en herkenbare governance in ten behoeve van de voortgang, prioritering, monitoring en facilitering van het regioplan.

Inwoners worden structureel betrokken bij de planvorming en uitvoering van het regioplan.

De activiteiten in het regioplan raken aan andere plannen en akkoorden die bijdragen aan de transformatie. Dit zijn bijvoorbeeld het ROAZ-plan, cruciale ggz, GALA (inclusief de vijf ketenaanpakken), transitietafel VVT, woonzorgvisies van gemeenten, TAZ, WOZO en de VG-sector. Samenwerkende partijen in het regioplan leggen verbindingen met deze plannen om de gezamenlijke impact te vergroten. Zie **bijlage 3** voor verdere verdieping.



Het regioplan wil de transformatie van ziekte en zorg naar gezondheid en gedrag te maken langs vier lijnen.

In elk van de thema-lijnen wordt ingezet op preventie (bevorderen van gezondheid), zo lang mogelijk zelfstandig, ook met behulp van technologie (uitstel), informele ondersteuning uit het eigen netwerk en omgeving (uitstel) en met professionele ondersteuning. Dit laatste omvat betere samenwerking over domeinen heen, slimmer werken door digitalisering.

Betrokken partijen

Dit is het regioplan van de volgende organisaties en gemeenten in West-Brabant West (al dan niet verenigd in de al bestaande samenwerkingsverbanden WestWest en Grip op Kwetsbaarheid):

- Bravis
- CIC West-Brabant
- CZ
- Coöperatie VGZ
- Gemeente Bergen op Zoom
- Gemeente Etten-Leur
- Gemeente Halderberge
- Gemeente Moerdijk
- Gemeente Roosendaal
- Gemeente Rucphen
- Gemeente Steenbergen
- Gemeente Woensdrecht
- Gemeente Zundert
- GGD West-Brabant
- Groenhuysen
- GGZ WNB
- Huisartsencoöperatie West-Brabant
- Het Huisartsteam
- MEE West-Brabant
- OOBOZ
- REN West-Brabant
- S&L-zorg
- Surplus
- SDW
- TanteLouise
- Transvorm
- TWB
- WijZijn
- Zorgbelang Brabant|Zeeland

NB: Er wordt actief verbinding gemaakt met partijen in West-Brabant Oost en het regioplan in deze subregio.

Inhoudsopgave

Onderwerp

| | | |
|----|---|----|
| 1 | Kernproblematiek en ambities | 2 |
| 2 | Het doel van het regioplan | 4 |
| 3 | Betrokken partijen | 7 |
| 4 | Inhoudsopgave | 8 |
| 5 | Belangrijke punten uit het regiobeeld | 9 |
| 6 | Overkoepelende uitdagingen | 11 |
| 7 | Kernproblemen en ambities per prioritaire opgave | 16 |
| 8 | Werken aan de oplossing voor de prioritaire opgaven | 25 |
| 9 | Overkoepelende projecten en aandachtgebieden vanuit IZA | 26 |
| 10 | Inwonerparticipatie | 29 |
| 11 | Governance | 33 |
| 12 | Opzet PDCA | 34 |

BELANGRIJKSTE PUNTEN UIT HET REGIOBEELD

Samenvatting regiobeeld West-Brabant

De meest opvallende knelpunten hebben de partijen in de regio geclusterd in een zestal thema's. Dit zijn:

1 Kwetsbare ouderen nu en in de toekomst

De mismatch tussen de stijgende zorgvraag en het afnemende zorgaanbod bij kwetsbare ouderen, nu en in de toekomst, vormt een grote opgave in de regio.

Er is een relatieve en absolute toename van het aantal ouderen in de regio. Tegelijkertijd neemt het aandeel mensen dat voor deze groep kan zorgen af (toename demografische druk), en daalt het mantelzorgpotentieel. Er is een duidelijke stijging in het aantal ouderdomgerelateerde aandoeningen en inwoners met multiproblematiek. Eenzaamheid komt relatief veel voor en er is een dalende trend te zien in zelfredzaamheid en regie over het eigen leven. Dit leidt mede tot een verhoogde mate van 'zorgverbruik/ consumentisme': afhankelijkheid en versnelde wens tot gebruik van professionele ondersteunings- en zorgdiensten, zoals Wmo begeleiding, wijkverpleging en verpleeghuiszorg. Het uitgangspunt richting toekomst is gericht op vitaal ouder worden en meer samenredzaamheid, waarbij 'kwaliteit van leven' het leidend principe is.

2 Tekort aan zorgprofessionals en mantelzorgers

We zien een toenemend tekort aan mensen die de zorg kunnen leveren die nodig is. Daarbij is het verwachte personeelstekort hoger is dan het landelijk gemiddelde. Dit geldt zowel op het

gebied van formele als informele zorg. Het potentieel aan mantelzorgers daalt met meer dan de helft tot 2040. Door dit tekort en door o.a. de vergrijzing, wordt de mismatch tussen zorgvraag en zorgaanbod steeds groter. In absolute aantallen zijn de tekorten het grootst in de verpleging en verzorging. Relatief gezien zijn de tekorten het grootste in het sociaal werk, de huisartsen- en gezondheidscentra en de ggz.

3 Mentale gezondheid

Psychische klachten, stress en eenzaamheid komen bij bepaalde bevolkingsgroepen in de regio veel voor. Er wordt minder vaak eigen regie over het leven ervaren dan in de rest van Nederland, wat gevolgen heeft voor het psychisch en fysiek welbevinden. We zien in de regio een daling van het aantal ggz-cliënten, maar ook langere wachtlijsten in de ggz dan in de rest van Nederland.

De Treeknormen worden daarmee overschreden.

4 Leefstijl- en leefomgeving-gerelateerde ziekten

Leefstijl-gerelateerde aandoeningen hebben een hoge prevalentie in de regio, wat onder andere een gevolg is van overgewicht, te weinig bewegen en meer stress.

De prevalentie longkanker en het hoge medicijngebruik voor astma duidt op meer luchtweg-gerelateerde aandoeningen in de regio. We willen de omslag van ziekte en zorg naar gezondheid en gedrag maken.

5 Kansenongelijkheid en kansrijke start

In de regio zijn er op gemeenteniveau aantoonbare verschillen in SES-WOA score, inkomen, leefbaarheid, schulden, eenzaamheid en psychosociale problemen. Onderzoek heeft aangetoond dat inwoners met een lage SES-WOA score gemiddeld 4 jaar eerder overlijden en 15 jaar korter in goede gezondheid leven. In de regio zijn er 1300 gezinnen met meervoudige problematiek en ligt het aandeel potentieel kwetsbare ouders in sommige wijken erg hoog. Dit heeft invloed op een kansrijke start voor kinderen en zorgt voor een groter beroep op formele zorg in de toekomst.

6 Druk op eerste lijn

De ervaren werkdruk onder huisartsen is hoog en neemt verder toe. Oorzaken hiervan zijn de toename van het aantal consulten die voor een substantieel deel bestaan uit niet medische, 'praktische' vragen, en de toegankelijkheid van (vervolg)zorg in medisch en sociaal domein. Hierdoor blijven patiënten langer in de eerste lijn. De druk op de eerste lijn is ook zichtbaar in de wijkverpleging, waar het aantal cliënten sterk stijgt en het aantal medewerkers krimpt. De druk op de eerste lijn vertaalt zich naar een toenemende druk op de avond-, nacht- en weekendzorg. Daarnaast zien we juist bij zowel wijkverpleging als huisartsen een steeds groter tekort aan professionals ontstaan.

NB: De eerste lijn omvat een breder domein dan alleen de huisartsenzorg en wijkverpleging. De overige beroepsbeoefenaars betrokken bij ouderenzorg (zoals paramedici), mentale gezondheid (ggz-behandelaren), kansrijk opgroeien (jgz, kraamzorg, verloskunde) maar ook het maatschappelijk werk en apothekers ervaren eveneens de toenemende vraag en de krapte op de arbeidsmarkt. De uitwerking van dit thema kent een brede, thema-overstijgende aanpak.

OVERKOEPELENDE UITDAGINGEN

De overkoepelende uitdaging vanuit het Integraal Zorgakkoord

Vanuit het Integraal Zorgakkoord wordt de overkoepelende uitdaging op de volgende manier geschetst:

“Gezondheid is voor iedereen belangrijk. Het helpt mensen om een goed leven te leiden, zelf en met elkaar. Wanneer de gezondheid wankelt, wil iedereen kunnen rekenen op goede, toegankelijke en betaalbare zorg en ondersteuning op basis van de (para)medische, verpleegkundige en gemeentelijke expertise. Die zorg staat echter toenemend onder druk. Als we niets doen, dreigt de zorg vast te lopen. We moeten daarom aan de slag. De zorgsector, de politiek en de samenleving als geheel; alleen samen kunnen we de zorg toekomstbestendig maken. [...]

Kortom, de ambitie is om de zorg voor iedereen toegankelijk, kwalitatief goed en betaalbaar te houden.”

Om meer beeld te geven bij de uitdaging van West-Brabant West geven de volgende pagina's inzicht in de groeiende zorgkloof in de regio, evenals de kostenontwikkeling rondom de Zorgverzekeringswet, Wet langdurige zorg en de Wet maatschappelijke ondersteuning.

OVERKOEPELENDE UITDAGINGEN

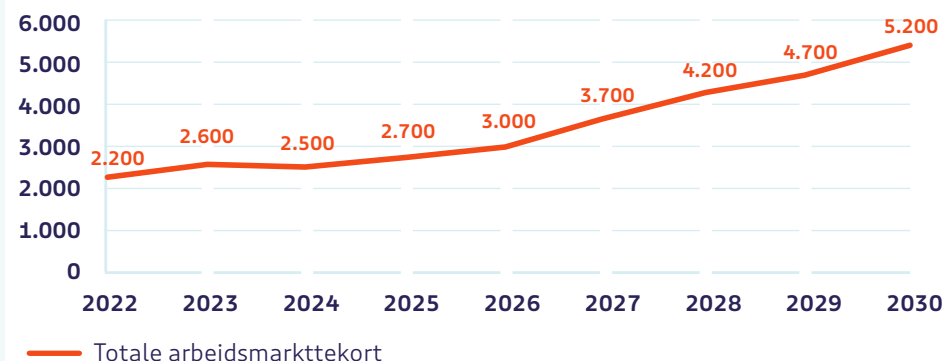
Overkoepelende uitdaging: De groeiende Zorgkloof

Arbeidsmarkttekort stijgt van 4,1% naar 11,2% tot 2030 in de regio West-Brabant

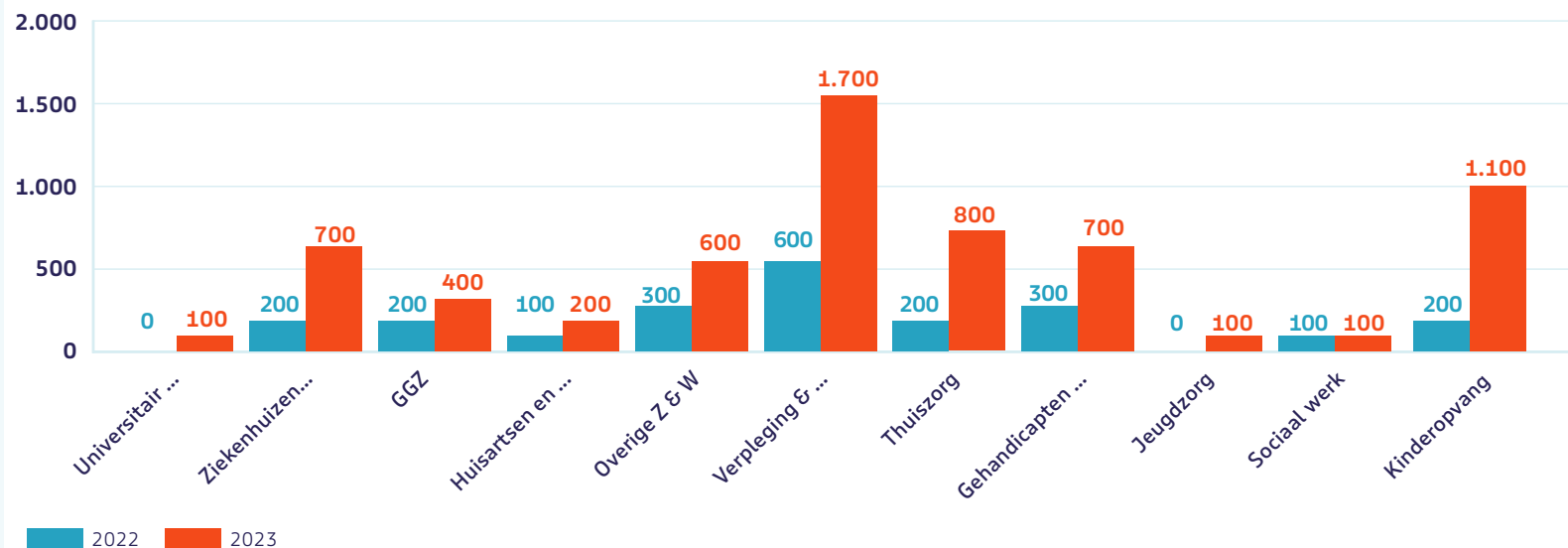
De grootste arbeidsmarkttekorten in de regio West-Brabant zijn in 2030 te vinden in de verpleging en verzorging en de thuiszorg. Ook in de kinderopvang is het tekort in 2032 flink opgelopen.

In 2030 is in West-Brabant het totale arbeidsmarkttekort in de zorg 5200 personen. In de toekomstige leeftijdsopbouw van het beschikbare personeel zijn er geen grote veranderingen te zien.

Arbeidsmarkttekort per jaar in aantal personen (WB)



Arbeidsmarkttekort per jaar in aantal personen per zorgsegment (WB)

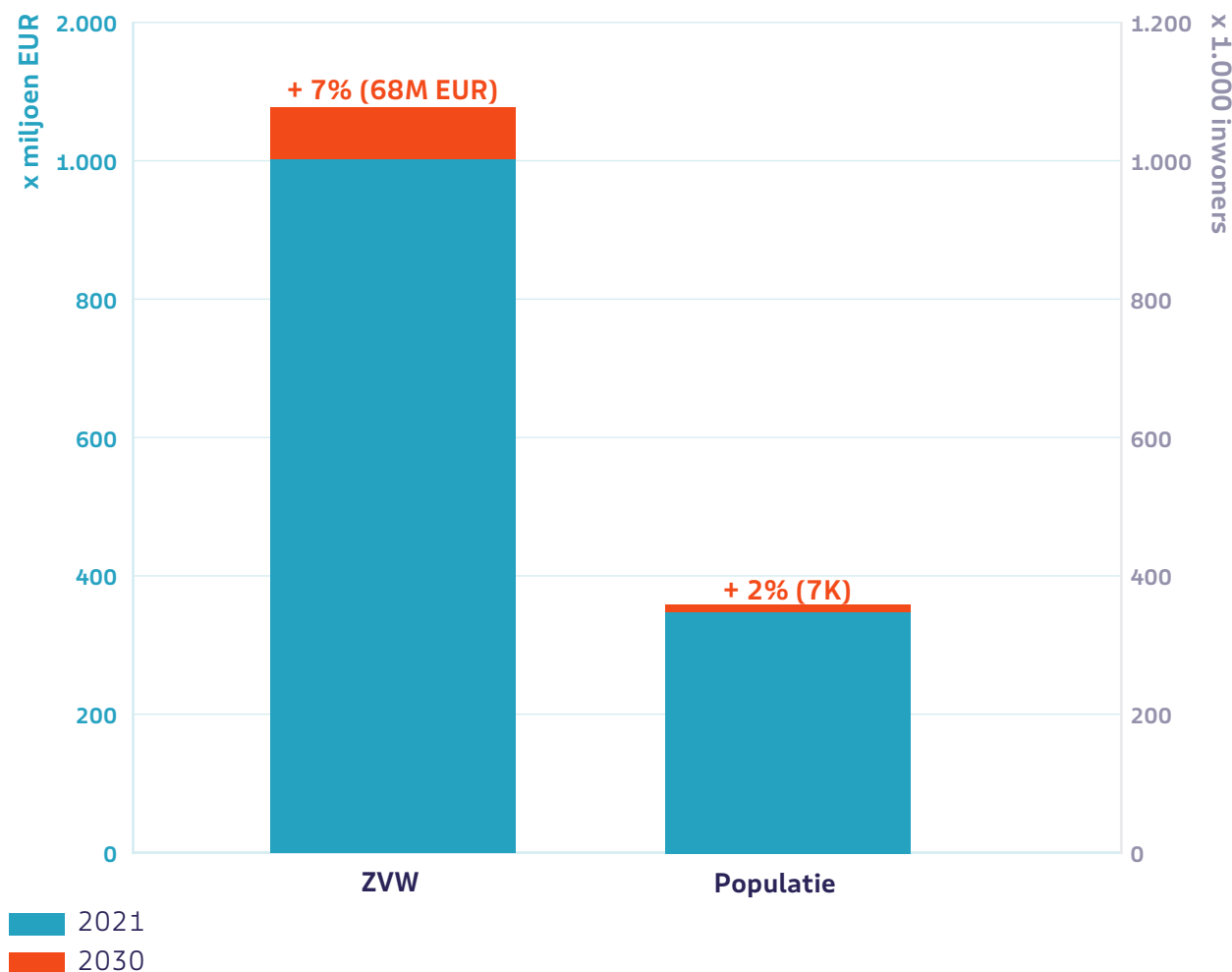


OVERKOEPELENDE UITDAGINGEN

Kostenontwikkeling Zorgverzekeringswet

In de grafiek hiernaast staat links de kostenontwikkeling in de Zvw tussen nu en 2030 (+7%). Rechts is de groei van de populatie weergegeven (+2%). De kosten stijgen daarmee harder dan de premie-inkomsten.

NB: De toename van de Zvw-zorgkosten valt volledig in de leeftijdscategorie 65+. In de leeftijdscategorie 65- is er zelfs een reductie te zien in de kosten.



OVERKOEPELENDE UITDAGINGEN

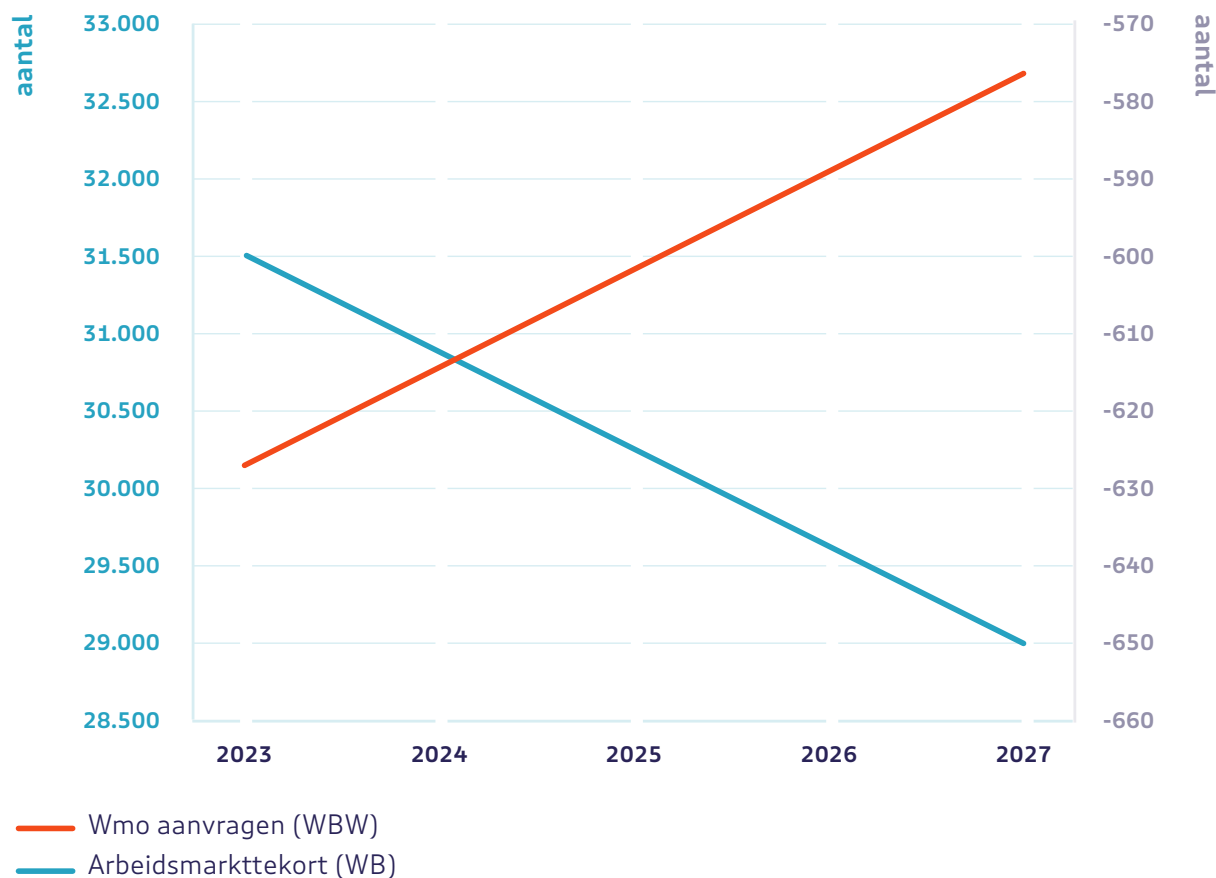
Kostenontwikkeling Wet Maatschappelijke Ondersteuning

De zorgkloof ontstaat ook bij de Wmo. De aanvragen stijgen en het personeel daalt.

Het aantal gebruikers van de Wmo stijgt tussen 2023 en 2027 in elke gemeente in de regio West-Brabant West. Het aantal gebruikers in 2027 ligt ongeveer 8% hoger dan in 2023 terwijl het tekort op de arbeidsmarkt verder toeneemt.

Het gaat om zowel Hulp Bij Huishouden, Ondersteuning Thuis en Hulpmiddelen en Diensten.

Wmo aanvragen en arbeidsmarkttekort



VOOR BRONNEN
ZIE BIJLAGE 4

OVERKOEPELENDE UITDAGINGEN

Kostenontwikkeling Wet Langdurige Zorg

In de grafiek links staat de kostenontwikkeling in de Wlz tussen 2017 en 2030 (+4,5%). Rechts is de groei van de populatie weergegeven (+4,5%). De kosten stijgen daarmee gelijk aan de premie inkomsten. Al moet worden benoemd dat de geraamde kostenontwikkeling van de Wlz erg conservatief is op basis van beschikbare data.



KERNPROBLEMEN EN AMBITIES PER PRIORITAIRE OPGAVE (KWALITATIEF EN MET DATA)

Prioritaire opgave 1: Kwetsbare ouderen nu en in de toekomst

Beschrijving van de prioritaire opgave(n)

Het vertrekpunt van ondersteuning is 'de leefwereld' van de ouderen op het gebied van wonen, leven en welzijn.

In de periode 2023-2028 blijft het aandeel formele zorg in de ondersteuning en zorg van kwetsbare ouderen in de regio West-Brabant West, gelijk. Gelet op de vergrijzing en toename complexe casuïstiek, is hiervoor een relatieve afname van 16% nodig van de zorgvraag.

Dit bereiken we door in alle facetten van de reis van ouderen, de zorg- en ondersteuningsvraag te beantwoorden vanuit een coalitie van welzijn en zorg en het versterken van informele zorg: hand in hand, met als basis eigen regie en het gewone leven. Hierbij zien we welzijn als een breed begrip: het sociaal werk en de verbinding vanuit hier naar het totale voorliggende veld van bewegen, cultuur, onderwijs, (vrijwilligers)werk, etc.

Beschrijving van de ambitie op de opgave(n)

- Vergroten van eigen regie, veerkracht en zelfredzaamheid van kwetsbare ouderen en hun netwerk verlaagt de vraag naar formele zorg en hulp.
- Inzetten op preventieve interventies die multiproblematiek (of verergering) voorkomen.
- Zorg- en welzijnspartners handelen collectief vanuit positieve gezondheid om aan te sluiten op de behoefte van ouderen.
- Zorg- en welzijnspartijen werken gelijkwaardig samen in wijken en buurten zodat een integraal aanbod voor ondersteuning en zorg ontstaat.

- Partijen werken datagericht: meten en verbeteren op basis van data.

Beschrijving van de doelstellingen op de opgave(n)

- Toename ervaren gezondheid en welbevinden (GGD gezondheidsmonitor, 0-meting 2020-2021), Leeftijd 65 jaar en ouder.
- Relatieve afname zorgconsumptie, dit meten we middels:

- 1 Herhaalbezoeken huisarts.
- 2 Herhaalbezoeken SEH en HAP.
- 3 Crisisopnames (IBS, ELV, EHKO, rechtelijke machtiging).
- 4 Aantal verpleegplaatsen.
- 5 Aantal Wmo-indicaties.
- 6 Afname aantal uren wijkverpleging per inwoner/cliënt.

- Op de korte termijn is de opgave om de toename van zorgconsumptie af te wenden. Op de langere termijn is de opgave de zorgconsumptie zoveel mogelijk te voorkomen.
- We benutten ook de krachten binnen de groep ouderen t.b.v. mantelzorg en/of vrijwilligerswerk.

Beschrijving van de impact die deze opgave heeft (minder zorg, slimmere zorg, betere zorg)

- De zorgvraag wordt uitgesteld.
- De zorgvraag wordt verminderd.
- De kwaliteit van leven neemt toe.

KERNPROBLEMEN EN AMBITIES PER PRIORITAIRE OPGAVE (KWALITATIEF EN MET DATA)

Prioritaire opgave 2:

Druk op de arbeidsmarkt en afname mantelzorgers

Integraal onderdeel van het regioplan

Omdat het thema arbeidsmarkt zo'n essentieel onderdeel is van **alle** onderdelen in het regioplan, is besloten om voor deze prioritaire opgave geen aparte ambitie en doelstellingen te formuleren.

Het thema mantelzorg is ondergebracht bij thema 1: kwetsbare ouderen nu en in de toekomst.

KERNPROBLEMEN EN AMBITIES PER PRIORITAIRE OPGAVE (KWALITATIEF EN MET DATA)

Prioritaire opgave 3: Mentale gezondheid

Beschrijving van de prioritaire opgave(n):

Het versterken en verbeteren van de toegankelijkheid van de ggz en het sociaal domein voor mensen met een psychische kwetsbaarheid of psychiatrische aandoening.

In de basis is terug te leiden naar een aantal hoofdoopgaven:

- Als gevolg van verdere ambulantisering in de ggz, wonen steeds meer mensen met een psychische kwetsbaarheid of psychiatrische aandoening in de wijk en niet meer in een ggz-instelling. Het beeld lijkt nu te zijn dat de leefbaarheid in wijken hierdoor meer onder druk is komen te staan. In sommige wijken is een concentratie van kwetsbare inwoners waarneembaar, wat tot meer ervaren overlast in de wijk leidt. We zien ook dat hulpverleners vaker bezig zijn met inwoners met verward gedrag.
- Huisartsen hebben soms moeite om te bepalen of hun cliënten gebaat zijn bij hulp van de ggz en/of het sociaal domein. Hierdoor komt het voor dat huisartsen onterecht een cliënt naar de ggz verwijzen. Met als gevolg dat de cliënt soms onnodig lang moet wachten voordat de juiste zorg of ondersteuning wordt geboden. De samenwerking tussen huisartsen, sociaal domein en ggz / verslavingszorg moet op dit punt ook beter.
- De wachtlijsten en wachttijden voor de ggz en verslavingszorg zijn lang en hierdoor verergert de problematiek van de cliënt. Daarnaast zien we dat cliënten ten onrechte op een wachtlijst staan, bijvoorbeeld omdat zij ergens anders beter geholpen zijn of omdat zij op meerdere wachtlijsten staan.

- Door de tekorten op de arbeidsmarkt moeten we de zorg en ondersteuning anders organiseren. Ook als we in staat zijn om mensen aan de zorg te binden, zijn er nog onvoldoende arbeidskrachten.
- Mede als gevolg van de genoemde tekorten op de arbeidsmarkt staat een deel van het cruciale aanbod ggz onder druk. Cruciaal omdat het aanbod slechts door één of enkele aanbieders in de regio wordt geleverd en er direct gezondheidsschade ontstaat voor de cliënt, op het moment dat het aanbod niet meer in de regio aanwezig is. Zorgaanbieders in de regio en zorgverzekeraars gaan begin 2024 met elkaar in gesprek over de (noodzakelijke) invulling van het cruciale zorgaanbod in de regio.

Binnen de zorg- en welzijnketen zien we een toename van complexiteit (combinatie LVB, ggz en verslaving). De komende jaren neemt bovendien het aantal ouderen ook toe en dus ook het aantal ouderen met psychische klachten. De ggz, de verslavings- en ouderenzorg kunnen deze toename in aantallen en complexiteit moeilijk aan en de wachttijden overschrijden de normen. De kwaliteit van zorg en ondersteuning voor bijzondere doelgroepen, denk aan cliënten met een ernstige psychiatrische aandoening of mensen met onbegrepen gedrag, staat hierdoor onder druk.

VOOR EEN AANLEIDING
EN EEN SAMENVATTING
UIT HET REGIOBEELD:
ZIE BIJLAGE 1

KERNPROBLEMEN EN AMBITIES PER PRIORITAIRE OPGAVE (KWALITATIEF EN MET DATA)

Prioritaire opgave 3: Mentale gezondheid

Beschrijving van de ambitie op de opgave(n)

Om de toegankelijkheid in de ggz te verbeteren en wachttijden te verminderen, zetten we in op voorkomen én uitstellen van een zorgvraag. We sluiten hierbij zoveel mogelijk aan bij de behoefte van de inwoner. Dat vraagt aandacht voor collectieve preventie en het verbinden van de huisarts, sociaal domein en ggz (incl. verslavingszorg) in een brede mentale gezondheidsbeweging. Psychische klachten worden niet onnodig gemedicaliseerd, de inzet van het sociaal domein wordt maximaal benut om te voorkomen dat dure gespecialiseerde zorg nodig is. Juist door de verbinding tussen het sociale en medische model willen we in West - Brabant West sneller kunnen op- en afschalen in het bieden van passende zorg, als dat nodig is. Daarnaast benutten we de mogelijkheden van e-health nog onvoldoende. Dat willen we veranderen om zo onze schaarse professionals zo effectief mogelijk te laten werken.

Beschrijving van de doelstellingen op de opgave(n)

- Het verminderen van mentale gezondheidsproblemen en suïcide(pogingen).
- Verminderen van de wachttijden door instroom met 10% te reduceren en door- en uitstroom te verbeteren.

- Meer inzetten van e-health.
- Minder mensen met psychische klachten/suïcidaal gedrag in huisartsenzorg en het sociaal domein, omdat meer mensen zich mentaal gezond voelen en beschikken over de vaardigheden om deze in stand te houden.
- Doorbreken van het taboe om te praten over mentale gezondheid(sproblemen) en suïcide(gedachten) en het verminderen van het stigma op het hebben van een psychiatrische aandoening.

Beschrijving van de impact die deze opgave heeft (minder zorg, slimmere zorg, betere zorg)

- Door een betere triage zou 10% van de cliënten niet bij de ggz terechtkomen.
- Meer inzet van zelfzorg-apps in de overbruggingsfase of bij cliënten die thuis wonen, leidt in principe tot minder crisisopnames en niet tot het verergeren van de klachten. Doel is 6% capaciteitsreductie.
- Cliënten worden sneller geholpen doordat zij vaker direct naar het juiste ondersteunings- of zorgaanbod worden verwezen.

KERNPROBLEMEN EN AMBITIES PER PRIORITAIRE OPGAVE (KWALITATIEF EN MET DATA)

Prioritaire opgave 4: Kansrijk opgroeien

VOOR EEN AANLEIDING
EN EEN SAMENVATTING
UIT HET REGIOBEELD:
ZIE BIJLAGE 1

Beschrijving van de prioritaire opgave(n)

Het verkleinen van gezondheidsverschillen is het meest effectief in het begin van iemands leven (en eigenlijk al net voor het begin). Zo'n 30-40% van de ouders ervaart problemen en stress bij de opvoeding van hun kind. Sociaaleconomische problemen in het gezin en psychosociale problemen bij ouders en kinderen, belemmeren dat een kind, en daarmee de jongere en jongvolwassene, kansrijk kan opgroeien.

Op dit moment mist er een integraal preventienetwerk rond de (potentieel) kwetsbare kinderen, waarin een sterke verbinding tussen het sociaal en medisch domein wordt gelegd. Het is nodig om in de komende (3-4) jaren de doorlopende preventieketen zo vorm te geven dat we risicogroepen in beeld krijgen en kunnen toeleiden naar een passend aanbod. We moeten hierbij ongelijk investeren voor gelijke (gezondheids)kansen.

Beschrijving van de ambitie op de opgave(n)

Over 4 jaar staat er een integrale preventie- en zorgketen, waarin in ieder geval geboortezorg, jeugdgezondheidszorg, jeugdhulp en het sociaal domein op elkaar zijn aangesloten. Vanuit die preventie-infrastructuur is een passend aanbod gerealiseerd, dat aansluit op de drie actielijnen van Kansrijke Start: voor de zwangerschap, tijdens de zwangerschap, na de geboorte. Hierbij is specifiek aandacht voor risicogroepen.

Beschrijving van de doelstellingen op de opgave(n)

- Eind 2024 staat er een regionale ketensamenwerking Kansrijke Start met een regionale coalitie en lokale coalities waaraan alle gemeenten (en hun partners) deelnemen.
- Vanuit het regionale netwerk optimaliseren we de klantroute Kansrijke Start in alle gemeenten.
- Binnen 4 jaar hebben we een basis veilige en gezonde kindomgeving georganiseerd die we blijvend uitbouwen en versterken en waarin het kind centraal staat.
- Versterken van zelfverzekerd (toekomstig) ouderschap.

Beschrijving van de impact die deze opgave heeft (minder zorg, slimmere zorg, betere zorg).

Door te investeren in de eerste levensjaren van een kind en versterking van positief (toekomstig) ouderschap, investeren we in een gezonde maatschappij. Preventie in de eerste levensjaren, voorkomt zorgkosten in het latere leven. Eerdere inzet van (zorg)capaciteit bespaart latere, vaak grotere inzet en voorkomt menselijk leed.

Zo dragen we bij aan:

- een gezonde generatie met een kansrijke start voor de meest kwetsbare kinderen;
- minder huisartsbezoeken en ziekenhuisopnames van jonge kinderen;
- minder beroep op de huisartsenpraktijk door inwoners;
- lagere maatschappelijke en zorgkosten op een later moment.

KERNPROBLEMEN EN AMBITIES PER PRIORITAIRE OPGAVE (KWALITATIEF EN MET DATA)

Prioritaire opgave 5: Leefstijl, leefomgeving-gerelateerde ziekten en kansenongelijkheid

Beschrijving van de prioritaire opgave(n)

Er is gezondheidswinst te behalen door een gezondere leefstijl en leefomgeving. We zien in West-Brabant West een toename van de prevalentie van leefstijl- en leefomgeving-gerelateerde ziekten. Bovendien zien we een ongezondere leefstijl (zoals een hoger percentage overgewicht en lager percentage sporters). We kampen met een slechtere luchtkwaliteit en meer geluids-overlast, voornamelijk veroorzaakt door industrie en wegverkeer. Door inzet op leefomgeving en gezonde leefstijl willen we toe naar een toename van de feitelijke en ervaren (positieve) gezondheid, door een afname van de prevalentie van leefstijl- en leefomgeving-gerelateerde ziekten. Doel hiervan is om zorg en welzijn toegankelijk te houden voor diegenen die deze zorg nodig hebben.

Doelstelling

In de regio West-Brabant West stijgt het percentage inwoners (18+) dat hun gezondheid ervaart als goed tot zeer goed en het brede gevoel van welbevinden van alle inwoners in de periode 2023-2028 tot boven landelijke gemiddelde.

(Ervaaft eigen gezondheid als goed tot zeer goed: Landelijk gemiddelde 2022 is 70%, D6 en Brabantse Wal is 67%)

Beschrijving van de ambitie op de opgave(n)

De regio West-Brabant West heeft op het gebied van leefstijl en leefomgeving de ambitie om:

- te zorgen dat we al onze gezonde inwoners gezond houden;
- te zorgen dat we bij mensen met een kwetsbare gezondheid het maken van gezondere leefstijlkeuzes makkelijker en toegankelijker maken;
- te zorgen dat we de gezondheid van (chronisch) zieken zodanig bevorderen dat dit hun kans op herstel vergroot.

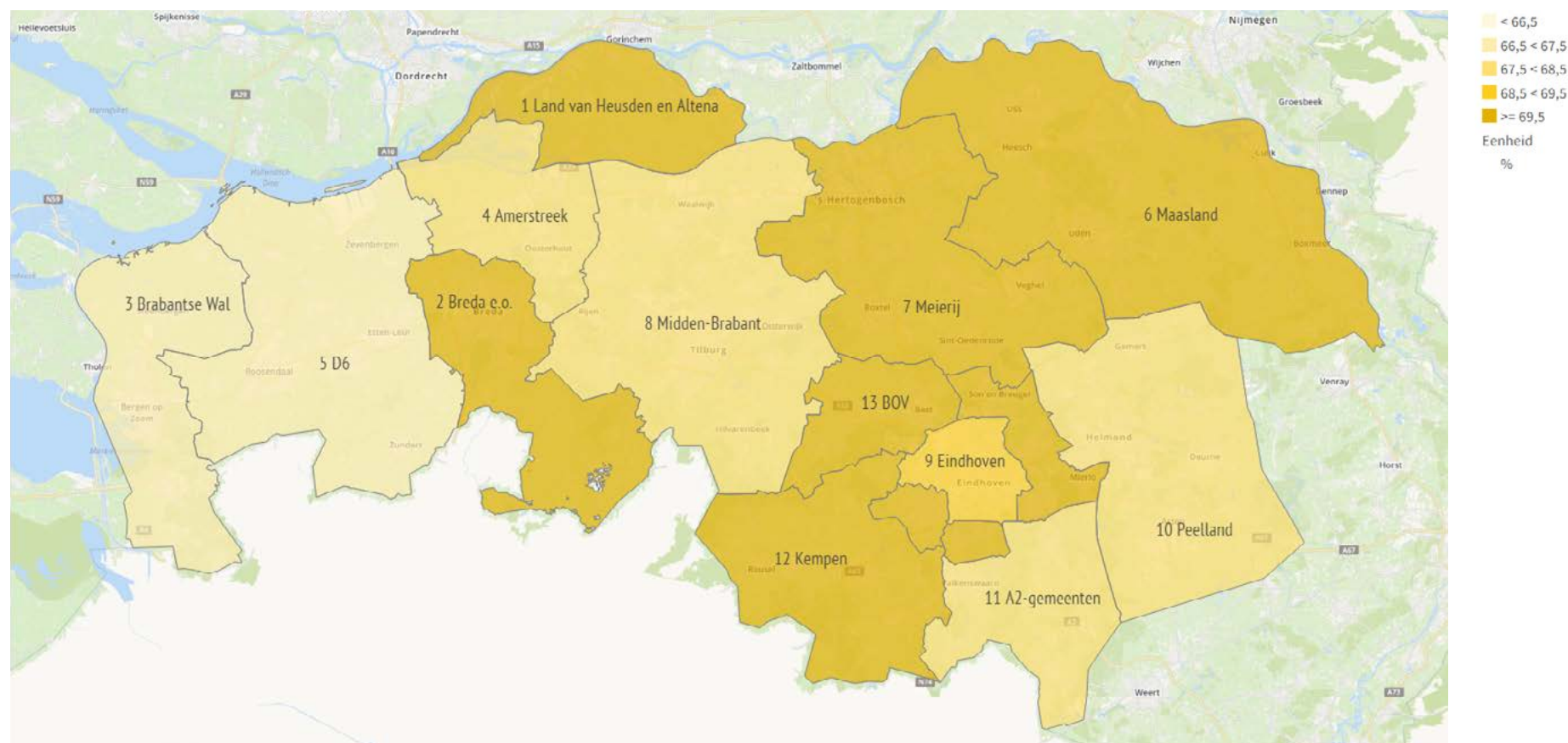
We doen dit door een beweging te creëren waarbij we werken aan:

- het gezonder maken van de leefomgeving van mensen in West-Brabant, zodat deze de gezondheid van onze inwoners bevordert en beschermt;
- een passend, toegankelijk, integraal en begrijpelijk ondersteuningsaanbod op leefstijl;
- het vergroten van gezondheidsvaardigheden en kansengelijkheid.

KERNPROBLEMEN EN AMBITIES PER PRIORITAIRE OPGAVE (KWALITATIEF EN MET DATA)

Prioritaire opgave 5: Leefstijl, leefomgeving-gerelateerde ziekten en kansenongelijkheid

Ervaart eigen gezondheid als (zeer) goed (18+ jaar) - 2022 - Subregio's



Bron: GGD

KERNPROBLEMEN EN AMBITIES PER PRIORITAIRE OPGAVE (KWALITATIEF EN MET DATA)

Prioritaire opgave 5: Leefstijl, leefomgeving-gerelateerde ziekten en kansenongelijkheid

Beschrijving van de doelstellingen op de opgave(n)

Voor de korte termijn (2024-2026):

- Implementatie van de ketenaanpakken *Gezonde Leefstijl Interventie voor volwassenen met overgewicht en obesitas en Kind naar Gezond Gewicht* (conform niet vrijblijvende IZA afspraak: IZA pagina 80/81).
- Inzet op het leefstijlloket.
- Inzet zorgtechnologie op leefstijl; benutten van digitale innovaties & toegankelijke gezondheidsinformatie gericht op gezonde leefstijl ('wat kunnen mensen zelf al doen en waar is informatie of hulp te vinden').
- Inzetten op verbeteren gezondheidsvaardigheden en aanpak kansen(on)gelijkheid, bijvoorbeeld met aanpak laaggeletterdheid om ervoor te zorgen dat mensen gezondheidsinformatie beter begrijpen.
- Investeren in voorkomen middelengebruik (alcohol, drugs, roken en vaperen in relatie tot leefstijl-gerelateerde ziekten).
- Investeren in beweeg- en sportparticipatie, aandacht voor gezonde voeding 'voor weinig geld', ontspanning en gezonde slaap.
- Investeren in de mentale gezondheid (via themalijn Mentale Gezondheid).

Voor de lange termijn (periode tot 2030):

- Onze leefomgeving ombuigen naar een gezonde leefomgeving vraagt een meerjarige integrale aanpak gericht op alle zes de dimensies van positieve gezondheid (Machteld Huber).
- Daarin hebben we ook oog voor de beroepsbevolking: hoe houden we de werkende generatie vitaal (ook onze eigen medewerkers), maar denk ook aan participatie in de arbeidsmarkt bij een chronische aandoening en/of rehabilitatie na ziekte.
- Verbinden aan omgevingswet en woonvisie: zo gaan bouwen dat de omgeving een gezonde leefomgeving wordt (in breedste zin van het woord: gericht op beweging, ontmoeten en sociale basis waar burgers elkaar helpen).
- Treffen van gezondheidsbevorderende maatregelen (zoals een rookvrije leefomgeving die uitnodigt tot ontmoeten en bewegen) en treffen van gezondheidsbeschermende maatregelen (zoals o.a. voldoende groen en watertappunten).

Beschrijving van de impact die deze opgave heeft

- De zorgvraag wordt voorkomen.
- De zorgvraag wordt verminderd.
- De kwaliteit van leven neemt toe.
- De prevalentie van leefstijlgerelateerde aandoeningen daalt tot onder landelijk gemiddelde.

KERNPROBLEMEN EN AMBITIES PER PRIORITAIRE OPGAVE (KWALITATIEF EN MET DATA)

Prioritaire opgave 6: Druk op de eerste lijn

Beschrijving van de prioritaire opgave(n)

De ervaren werkdruk onder huisartsen is hoog en neemt verder toe. Oorzaak hiervan is de toename van het aantal consulten in de periode 2023-2040, die voor een substantieel deel bestaan uit niet-medische, 'praktische' vragen, en de toegankelijkheid van (gespecialiseerde) vervolgzorg in zorg en sociaal domein (ggz, ziekenhuis, sociaal domein). De druk op de hele eerste lijn is ook zichtbaar in de wijkverpleging, waar het aantal cliënten sterk stijgt en het aantal medewerkers krimpt. De druk op de eerste lijn vertaalt zich naar een toenemende druk op de avond-, nacht- en weekendzorg. *De eerste lijn omvat een breder domein dan alleen de huisartsenzorg en wijkverpleging. De overige beroepsbeoefenaren betrokken bij ouderenzorg (zoals paramedici), mentale gezondheid (ggz-behandelaren), kansrijk opgroeien (jgz, kraamzorg, verloskunde) maar ook het maatschappelijk werk en apothekers ervaren de toenemende vraag en krapte op de arbeidsmarkt. In de overige prioritaire opgaven van dit regioplan zijn daarom ambities opgenomen om de eerste lijn te versterken. Dit thema kent daarmee een brede, thema-overstijgende aanpak.*

Beschrijving van de ambitie op de opgave(n)

In 2028 is de toegankelijkheid van eerstelijnszorg geoptimaliseerd met als doel een effectieve toewijzing van (zorg)vragen en een 15% daling van de relatieve zorgconsumptie* in de eerste lijn, ten opzichte van het huidige niveau. Dit gebeurt door de inwoners van West-Brabant te leiden naar de juiste plek voor hun (zorg)vraag en door optimaal gebruik te maken van digitale ondersteuning.

*Relatieve zorgconsumptie is de hoeveelheid zorg per inwoner in 2028 t.o.v. het niveau van 2023, uitgedrukt in aantallen (uren/dagen).

Beschrijving van de doelstellingen op de opgave(n)

Onnodige instroom en daaruit voortvloeiend ongewenste druk op de eerste lijn, substantieel terugdringen door effectieve inzet van het sociaal domein en vergroten zelfredzaamheid:

- Inwoners worden beter toegeleid naar eerstelijnszorg.
- Spoedzorg en huisartsenzorg worden beter gefaciliteerd om toestroom te beheersen.
- De zelfredzaamheid van de burger is toegenomen.
- Hechte samenwerking tussen professionals in de wijken en kernen, de medisch en sociale zorg zijn gericht op de gezondheid van de gehele populatie.
- Beter benutten van de capaciteit in de eerste lijn en anders organiseren van taken waar nodig.
- Dekkende en gedragen afspraken met andere sectoren (tweede lijn en sociaal domein) over doorstroom, doorverwijzing en regiebehandelaarschap.
- Iedere inwoner is voorzien van passende, brede eerstelijnszorg, waaronder huisartsgeneeskundige zorg. Hiermee is een groot deel van de huidige spoedzorg omgebogen naar dagzorg.

Beschrijving van de impact die deze opgave heeft

- De zorgvraag wordt uitgesteld.
- De zorgvraag wordt verminderd.
- De juiste zorg op de juiste plek.

WERKEN AAN DE OPLOSSINGEN VOOR DE PRIORITAIRE OPGAVEN

Bijdrage van projectportfolio aan de ambities

| KERNPROBLEEM | Kwetsbare ouderen | Mentale gezondheid | Kansrijk opgroeien | Leefstijl- en leefomgeving-gerelateerde ziekten en kansenongelijkheid | Druk op de eerste lijn |
|--|--|---|--|---|--|
| AMBITIE | Afname 16% zorgvraag kwetsbare ouderen | Toegankelijkheid ggz waarborgen (wachtijden terug binnen Treeknorm) | Alle kinderen kansrijk en veilig opgroeien | Ervaren gezondheid boven landelijke gemiddelde | Optimalisatie toegankelijkheid eerste lijn & daling zorgconsumptie eerstelijns |
| PROJECTEN/PROGRAMMALIJN | | | | | |
| PROGRAMMA 1: Regionale vroegsignalering KO | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| PROGRAMMA 2: Samen(-werken) in de wijk | ✓ | ✓ | | | ✓ |
| PROGRAMMA 3: Mantelzorgversterking | ✓ | ✓ | ✓ | | ✓ |
| PROGRAMMA 4: Meer inzetten op collectieve preventie | | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| PROGRAMMA 5: Mentale gezondheidsbeweging | | ✓ | | | ✓ |
| PROGRAMMA 6: Meer inzetten van e-health | ✓ | ✓ | | ✓ | ✓ |
| PROJECT 7: Kansrijke start | | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| PROJECT 8: Zelfverzekerd ouderschap | | ✓ | ✓ | | ✓ |
| PROJECT 9: Gezonde kinderopvang | | | ✓ | ✓ | ✓ |
| PROJECT 10: Werken met voorspellende kinddata | | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| PROJECT 11: De leefstijlcommunity | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| PROJECT 12: Het leefstijlloket | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| PROJECT 13: Brede preventieve aanpak middelengebruik | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| PROJECT 14: Verbeteren gezondheidsvaardigheden | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| PROJECT 15: Regio-alliantie Leefomgeving die bijdraagt aan een gezonde(re) leefstijl | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| PROJECT 16: Verder uitrollen van slimme AI-triage binnen HA | | | | | ✓ |
| PROJECT 17: Organiseren van spoedzorg voor ouderen op de juiste plek | ✓ | | | | ✓ |
| PROJECT 18: Hybride (medische) zorg | ✓ | ✓ | | ✓ | ✓ |
| PROJECT 19: Regionaal opleiden van VS/PA | ✓ | ✓ | | ✓ | ✓ |
| PROJECT 20: Creëren van vangnet voor inwoners zonder huisarts | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |

✓ = dit project draagt bij aan het realiseren van de meetbare ambitie van dit thema

OVERKOEPELENDE PROJECTEN EN AANDACHTGEBIEDEN VANUIT IZA

Innovatie en digitalisering

Het inzetten van zorgtechnologie, efficiëntie in zorgprocessen en het benutten van data, zijn niet meer weg te denken als we voldoende capaciteit en kwaliteit van zorg willen blijven bieden. Door de groeiende zorgkloof is het belangrijk om het arbeidspotentieel van zorgmedewerkers maximaal te ondersteunen en ontlasten, door techniek en zorgprocessen zo efficiënt mogelijk te laten lopen. Ook betekent passende zorg steeds vaker hybride zorg: een mix van digitaal en fysiek aangeboden zorg en ondersteuning. Innovaties en digitalisering leveren hiervoor een belangrijke bijdrage. Daarbij is het uitgangspunt: **zelf als het kan, thuis als het kan en digitaal als het kan**. Partijen werken samen aan brede opschaling en toepassing van innovaties en hybride zorg. We moeten als organisaties niet allemaal het wiel opnieuw uitvinden, maar van elkaar leren. Het opschalen van innovaties en digitale mogelijkheden maakt expliciet onderdeel uit van alle prioritaire opgaven in dit regioplan.

Dit onderwerp gaat ook over het aansluiten van de inwoners bij de huidige ontwikkelingen in de maatschappij. Daarbij moeten we in ogenschouw houden dat we altijd aansluiten bij de wensen en mogelijkheden van de inwoners. Het is van belang om groepen die minder digitaal vaardig zijn, altijd de juiste ondersteuning te bieden.

Voorbeelden waar digitalisering en innovatie een bijdrage kunnen leveren:

- Het vergroten van de efficiëntie en kwaliteit van de (zorg)processen. Bijvoorbeeld door het gebruik van **zorg op afstand, domotica en slimme apparaten**.
- Het verbeteren van de samenwerking en communicatie tussen zorgverleners onderling. Goede **gegevensbeschikbaarheid** (over

de organisatiegrenzen heen) is hiervoor een belangrijke randvoorwaarde. Goede (stuur)informatie/data levert een bijdrage aan verbeterde zorg en de benodigde zorgcapaciteit.

- Met thuismeten streven we verschillende zaken na. Een toename aan eigen regie en zelfmanagement bij patiënten bijvoorbeeld. Dat zij minder vaak naar het ziekenhuis hoeven te komen, verslechtering eerder opgespoord wordt en medicatie sneller ingesteld wordt. Sinds maart 2023 heeft het Bravis ziekenhuis een monitoringscentrum. Dit monitoringscentrum wordt bemand door verpleegkundigen. Afwijkende metingen en meldingen komen hier binnen, waarna de verpleegkundige aan de hand van protocollen beoordeelt welke vervolgacties gewenst zijn. In de toekomst is het idee om dit monitoringscentrum uit te breiden naar een **regionaal monitoringscentrum**, waarbij in de regio wordt samengewerkt aan de beste ondersteuning.
- Een beter geïnformeerde patiënt met meer regie over zijn eigen gezondheid en ziekte. Door inzet van Persoonlijke Gezondheidsomgevingen (PGO's) en de inzet van bijvoorbeeld digitale coaches.
- Het stimuleren van de **innovatie** en ontwikkeling. Bijvoorbeeld door het gebruik van kunstmatige intelligentie, data-gedragen werken en augmented en virtual reality.

Om dit voor elkaar te krijgen is het van belang dat er een regionale digitale strategie komt. Succesvol samenwerken in de regio betekent dat er duidelijke afspraken gemaakt dienen te worden over de manier waarop IT een bijdrage kan leveren aan de samenwerking en de realisatie van het regioplan. Een goede digitale strategie helpt de regio en zal onderwerp van uitwerking zijn bij de uitvoering van het regioplan.

OVERKOEPELENDE PROJECTEN EN AANDACHTGEBIEDEN VANUIT IZA

Administratieve lastenverlichting

Het is belangrijk om te kunnen sturen op en verantwoorden over wat we doen in de zorg. We kunnen dan tijdig bijsturen en meer impact maken. Voor die inzichten is administratie nodig. Administratie en registratie hebben echter ook een grote keerzijde. Administratieve taken dragen negatief bij aan werkdruk en arbeidsplezier.

Daarom zetten we ons vol in voor administratieve lastenverlichting, zonder daarbij een goede basisadministratie te verliezen. Deze verlichting draagt bij aan het beter benutten van het arbeidspotentieel. De tijd die niet aan administratie wordt besteed, kan worden besteed aan de patiënt.

Dit is hard nodig om onze ambities te realiseren op de prioritaire opgaven.

We bereiken de administratieve lastenverlichting door:

- Administratie zoveel mogelijk te automatiseren.
- Administratie die geen duidelijk doel dient te schrappen (ontregelen).
- Geen dubbele administratie te doen (gegevensbeschikbaarheid en digitalisering dragen hier fors aan bij).
- De data die volgt uit de registraties, slimmer te gebruiken.

Om dit te bereiken zijn goede afspraken nodig tussen zorgorganisaties en financiers. In 2024 geven we deze afspraken vorm.

OVERKOEPELENDE PROJECTEN EN AANDACHTGEBIEDEN VANUIT IZA

Organiseren over de organisaties heen

Om oplossingen te vinden op regiobrede en –specifieke uitdagingen moeten bepaalde onderwerpen niet per organisatie worden opgepakt, maar over de organisaties heen. Dit geldt in elk geval voor de volgende onderwerpen:

- 1 Het regionaal oppakken van de **arbeidsmarktproblematiek**. Om die het hoofd te bieden werken we actief samen. We verkennen daarbij de mogelijkheden voor het regionaal werven van personeel, de dialoog voor behoud en inzetbaarheid, onderlinge uitwisseling, professionele ruimte voor het behoud van personeel en andere initiatieven. De relevante onderwerpen worden in 2024 verder uitgewerkt, waarbij we de verbinding zoeken met Transvorm.
- 2 Verbreden en verdiepen van **vaardigheden en kennis** van onze huidige en toekomstige professionals. Wij betrekken onze professionals hier nadrukkelijk bij. De transformatie vraagt om gelijkgerichte samenwerking over domeinen heen en acteren vanuit een breder kader. Regionale opleidingsinstituten worden betrokken bij deze beweging.
- 3 De ambitie die wij in West-Brabant West hebben, vraagt een **financiering** die de beweging naar voren faciliteert. Wij streven meetbare resultaten na en zijn bereid ons als zorg- en welzijnspartijen anders en meer gezamenlijk te organiseren. De partijen inclusief financiers (zorgverzekeraars en gemeentes) zullen met elkaar aan tafel moeten om hier goede afspraken over te maken met als doel om de structurele transitie te maken waar het IZA voor staat. Dit vraagt om een passende manier van financieren: over de lijnen van de organisaties heen en het beschikbaar stellen van financiering voor deze domeinoverstijgende plannen.
- 4 Zorg dicht(er)bij waar het kan en verder weg waar het moet, is een van de uitgangspunten van het IZA. Het moet er onder meer aan bijdragen dat het schaarse personeel in de zorg efficiënter wordt ingezet. Dit vereist afspraken, samenwerking en kennisuitwisseling tussen ziekenhuizen. Het Zorginstituut gaat deze ontwikkeling op gang helpen met het publiceren van zogeheten signalementen. Die brengen de knelpunten en gezamenlijke oplossingsrichtingen in kaart voor een aantal grote zorggebieden. Ten aanzien van **concentratie en spreiding** worden in 2024 afspraken gemaakt tussen zorgverzekeraars en aanbieders.
- 5 Bij het waar maken van onze ambities is betrokkenheid van onze stakeholders essentieel. In de regionale werkconferenties en bijeenkomsten met inwoners door Zorgbelang, hebben deelnemers expliciet aangegeven actief mee te willen doen aan het realiseren van onze regionale ambitie. Om hun betrokkenheid te versterken, is o.a. tijdige communicatie, duidelijk en begrijpelijk voor stakeholders, essentieel. Daartoe rekenen wij ook de externe omgeving. Daarom zal een **communicatieplan** worden opgesteld om inwoners, professionals, bestuurders en samenwerkingspartners geïnformeerd te houden over de voortgang en actief de dialoog te zoeken in het samen vormgeven van onze doelstellingen en aanpak.

INWONERPARTICIPATIE

Inwonerparticipatie bij het opstellen van het regioplan

Het regioplan is opgesteld met alle relevante stakeholders en daarbij is specifieke aandacht geweest voor de inbreng van inwoners. Dit traject is in samenwerking met Zorgbelang Brabant|Zeeland opgepakt.

Hiervoor heeft Zorgbelang Brabant|Zeeland in werksessies gesproken met mensen die momenteel via een formeel medezeggenschapsorgaan geïnformeerd worden en gevraagd of ongevraagd adviseren over kwesties binnen de gemeente of zorginstelling waarvoor zij actief zijn. Dit waren vooral leden van cliëntenraden en adviesraden sociaal domein.

Er is weinig direct contact tussen leden van cliëntenraden en adviesraden sociaal domein en inwoners/patiënten/cliënten,

anders dan binnen de eigen sociale kring. Het is daarom belangrijk om in het vervolg in contact te komen met inwoners (naast de mensen die in beeld zijn via de officiële medezeggenschap). De aanbevelingen en adviezen zijn meegenomen in het definitieve regioplan.

Uit alle werksessies komt naar voren dat mensen graag willen meedoen en meepraten, adviseren en meebeslissen over onderwerpen die hen aangaan. Alleen een mening mogen geven is voor veel mensen niet voldoende. De deelnemers gaven aan te willen meedoen wanneer er duidelijke kaders zijn, informatie tijdig gedeeld wordt en toegankelijk is, en willen coproduceren bij zowel de uitdagingen als de oplossingen.

INWONERPARTICIPATIE

Inwonerparticipatie bij het opstellen van het regioplan: aanbevelingen

- De organisaties en inwoners willen graag lokaal samenwerken op het gebied van Positieve Gezondheid als het gaat om leren en kennisdeling. Er zijn heel veel lokale initiatieven die deze boodschap uitdragen. Sluit aan bij de energie die er is.
- Inwoners en organisaties hebben niet altijd het overzicht van activiteiten. Het in beeld brengen van (kleine) lokale activiteiten biedt inwoners meer inzage. Dit proces op regionaal niveau vormgeven met een lokale vertaling is aan te bevelen.
- Inwoners en organisaties hebben een informatieachterstand voor wat betreft het regiobeeld en het regioplan. Besteed bij de verdere uitwerking en uitvoering van plannen aandacht aan de informatieverstrekking. De organisaties hebben een grote achterban die ze nu niet optimaal kunnen voorzien van informatie. Een communicatieplan voor inwoners biedt hiervoor mogelijkheden. Zorg voor toegankelijke, begrijpelijke en tijdige communicatie.
- Betrek inwoners en vertegenwoordigers van inwoners en informeer hen over het belang van hun betrokkenheid en mogelijke rol in de uitwerking en uitvoering van het regioplan en projecten.
- Geef inzicht in de werking van het (zorg)systeem.
- Faciliteer (4 keer per jaar) regionale gesprekstafels waarin inwoners, cliëntenraden, patiëntenraden, initiatieven uit het sociaal domein en de adviesraden, elkaar kunnen ontmoeten en van elkaar kunnen leren.
- Ondersteun de initiatieven die de al aanwezige gemeenschapszin ondersteunen/vergroten. Denk hierbij aan de ruimtelijke inrichting van de leefomgeving die het mogelijk maakt elkaar te ontmoeten. Denk ook aan digitale innovatie die vraag en aanbod van activiteiten in een buurt mogelijk maken.
- Zorg voor continue raadpleging. Dit vergroot de betrokkenheid van inwoners bij veranderingen in de zorg en draagt bij aan de dialoog tussen inwoners, zorgorganisaties en -professionals.
- Maak gebruik van bestaande initiatieven op het gebied van preventie en zelfzorg.
- Sluit aan bij de behoeften en energie van de gemeenschap. Betrek inwoners en luister naar ze.
- Inspraak en advies: werk samen met regionale vertegenwoordiging van inwoners, patiënten en cliënten door gebruik te maken van de vaste structuren in de regio. Maak de structuren toegankelijk en inzichtelijk voor iedereen.
- Inwoners hebben behoefte aan inzicht in initiatieven en projecten, formeel en informeel. Zorg voor een goede en actuele sociale kaart. Maak hierin de verbinding van lokaal naar regionaal. Een actuele sociale kaart vraagt om een doorlopend proces.
- Vergeet de jongeren niet. Uit de achterbanraadpleging blijkt dat deze doelgroep moeilijk bereikbaar is. Vertegenwoordigers van inwoners zien wel mogelijkheden. Scholen en sportverenigingen zijn belangrijke partners in het bereiken van jongeren.

INWONERPARTICIPATIE

Randvoorwaarden inwonerparticipatie bij het opstellen van het regioplan

Om te kunnen participeren moet voldaan worden aan de volgende randvoorwaarden:

- Transparantie, duidelijke doelstellingen en verwachtingen (kaders)
- Tijdige en toegankelijke communicatie
- Kennisdeling
- Empowerment
- Inclusiviteit
- Wederkerigheid
- Faciliteren van het participatieproces
- Invloed in de besluitvorming
- Gelijkwaardige samenwerking met inwoners en/of vertegenwoordigers

INWONERPARTICIPATIE

Inwonerparticipatie na 1 januari 2024

In samenwerking met Zorgbelang Brabant|Zeeland zijn de eerste contouren geschetst van de aanpak waarmee de inwoners betrokken worden bij de verdere ontwikkeling en uitvoering van het regioplan en de realisatie van projecten, na 1 januari 2024.

Het doel is tweeledig:

- Oplossingsrichtingen, geïnitieerde (nieuwe) acties en initiatieven binnen de regioafspraken aan laten sluiten bij de behoeften van inwoner.
- Inwoners activeren, ruimte geven, ondersteunen en versterken om zelf met oplossingsrichtingen, acties en initiatieven aan de slag te gaan, om de gezondheid te verbeteren en toekomstbestendige zorg en ondersteuning te realiseren voor alle inwoners van West-Brabant West.

Dit vraagt een aanpak op basis van twee sporen:

- 1 Stimuleren en ondersteunen van en samenwerken met inwo-

ners die initiatief nemen voor versterking vanuit de samenleving, zoals burgerinitiatieven, lotgenotengroepen en zorgcoöperaties. Hiermee wordt de beweging naar informele zorg gestimuleerd en het zelfoplossend vermogen van inwoners vergroot (eigenlijk wordt de gemeenschapskracht vergroot).

- 2 Bereiken en betrekken van alle inwoners met als doel het creëren van bewustwording van de problematiek en ophalen wat er leeft in de wijk, buurt of straat. Op die manier sluit de uitvoering van de agenda aan bij de behoeften van inwoners en daarmee vergroten we de eigen regie en grip op de eigen gezondheid.

De aanpak bouwt van lokaal naar bovenlokaal op: van wijk, naar gebied, naar gemeente, naar regio.

Aan de hand van de (nieuwe) governance zal in 2024 besloten worden hoe in de regio West-Brabant West de verdere invulling van inwonerparticipatie vorm krijgt.

GOVERNANCE

Governancestructuur

Belangrijk onderdeel van het uitvoeren van het regioplan is een goede governancestructuur. Het doel van de governance is ‘het gezamenlijk sturen en monitoren op de ambities en doelstellingen zoals vastgelegd in het regioplan’.

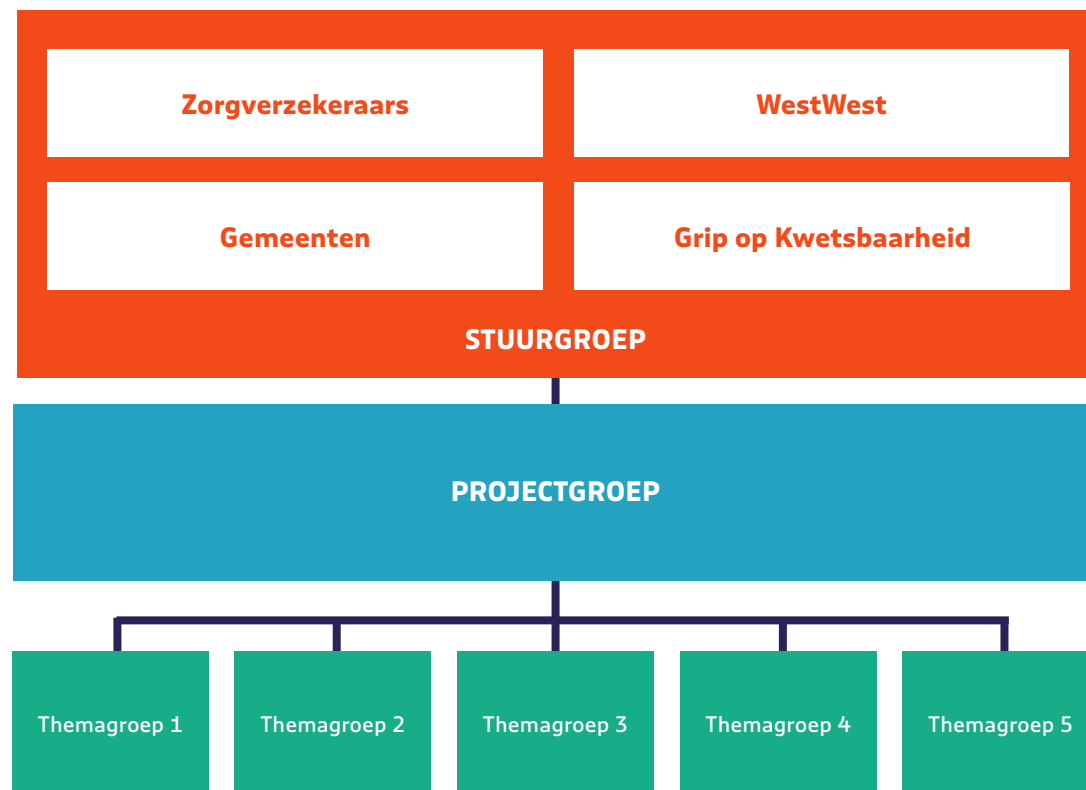
Op een goede manier samenwerken in de regio is een belangrijke voorwaarde voor het goed uitvoeren van het regioplan en daarmee het realiseren van de doelen van het Integraal Zorgakkoord. Dat vraagt commitment, betrokkenheid en inzet van alle betrokken partijen in de regio, maar ook helderheid in rollen, belangen en besluitvorming. De projecten gaan vooral over de instellingen heen en zullen elkaar vaak raken.

Om dit goed te doen is het van belang dat er goed wordt nagedacht over een werkende structuur in de regio. Op dit moment is er een stuurgroep en projectgroep gevormd vanuit WestWest en Grip op Kwetsbaarheid, in aanvulling met de coördinerende verzekeraar (CZ) en de gemeenten.

De stuurgroep is op dit moment met elkaar in gesprek over het inrichten van een toekomstbestendige governancestructuur. Tot het moment dat deze structuur is vastgesteld zal de huidige structuur aangehouden worden. In februari van 2024 zal de huidige structuur plaats maken voor een permanente structuur.

NB: De inhoud van het plan is leidend en de governance zal daar op volgen. De nog vast te stellen structuur is op dit moment geen barrière voor de uitvoering van het regioplan.

Huidige governancestructuur



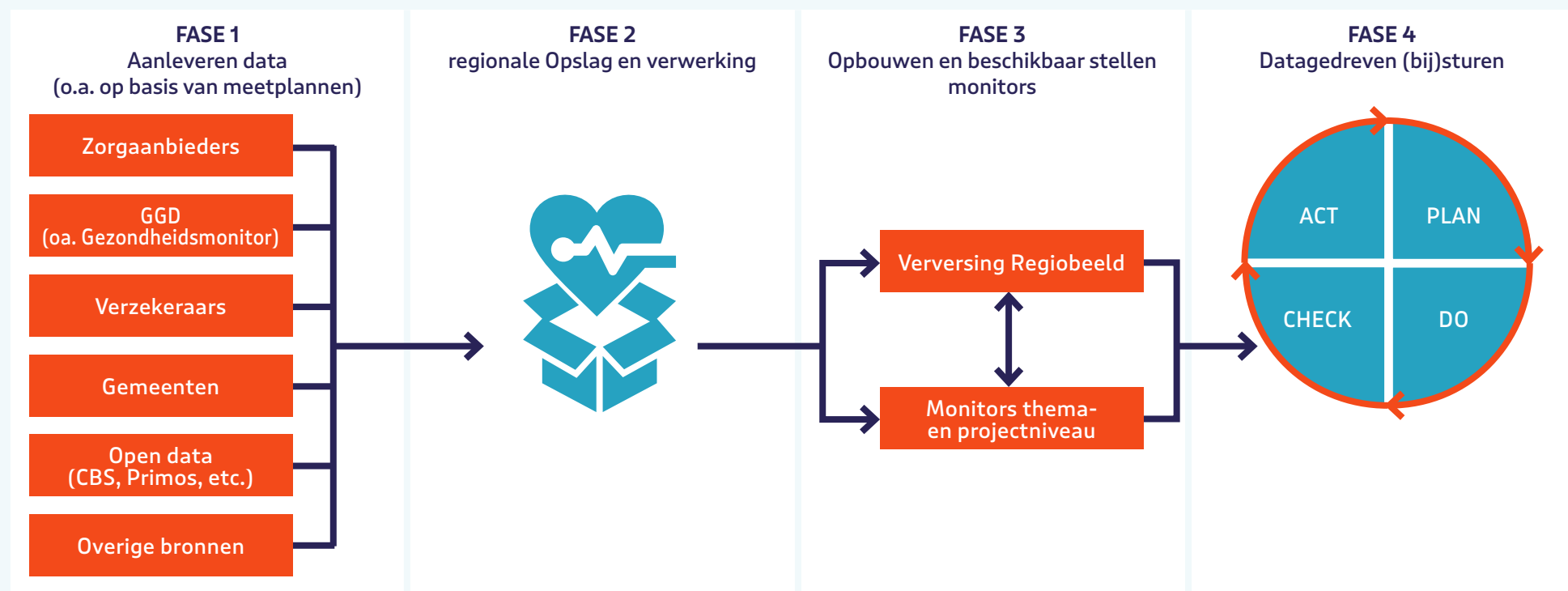
OPZET PDCA

Monitoren en bijsturen van het regioplan

Bij de uitvoering van dit regioplan moeten we kunnen volgen of we voldoende voortgang boeken in de projecten en of de projecten het gewenste resultaat opleveren. Het inrichten van deze regionale monitor is een basisvoorwaarde om te kunnen (bij)sturen. **De monitor is onderdeel van de in te richten regionale governance-structuur. Een passende structuur volgt op de inhoud van de ambities en aanpak. Dit inhoudelijke proces wordt in alle zorgvuldigheid in november en december 2023 doorlopen. Uiterlijk in februari 2024 kan dan de besluitvorming over de governance worden afgerond.**

Primair zal er een projectmonitor ingericht worden waarin voortgang, effect op de doelgroep en omvang van de doelgroep gevolgd worden. Hiervoor is dataverzameling nodig over instellingsgrenzen heen.

Op dit moment is er nog geen centrale voorziening die het monitoringsvraagstuk kan faciliteren. Uitgangspunt is om de monitoring duurzaam in te richten met een gedegen governance. Schematisch staat hieronder weergegeven hoe we met een centrale voorziening van brondata naar stuurinformatie komen:



OPZET PDCA

Monitoring per project & monitoring transformatie

In het regioplan staan de doelen van de projecten beschreven. Om te meten of de doelen worden bereikt, wordt op project-niveau gewerkt met meetplannen.

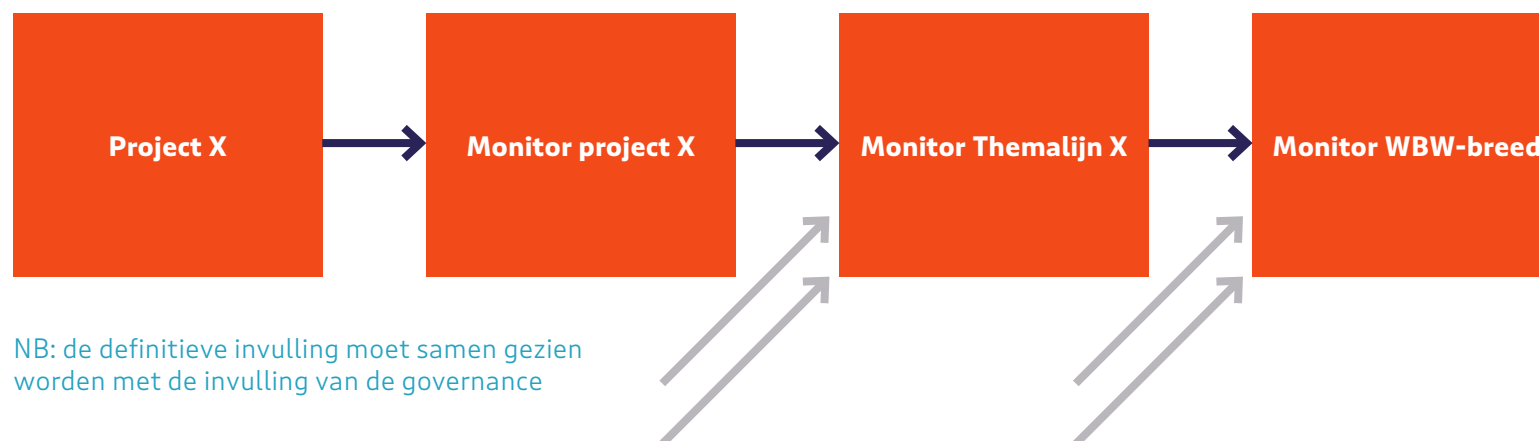
Elk project doorloopt een data-ontwerp fase, waarin een meetplan wordt opgesteld. In deze fase wordt gekeken of de data beschikbaar is en mag worden uitgewisseld. Ook wordt er nagedacht over of er pilotgroepen en referentiegroepen nodig zijn.

Er wordt in deze fase zoveel mogelijk gebruik gemaakt van expertise en data die er al is in de regio. Denk hierbij aan het goed betrekken van bijvoorbeeld de GGD over hoe het beste burgers kunnen worden bevraagd en de expertise van de GGD rondom monitoring, namens en samen met de gemeenten (GGD gezondheidsmonitor).

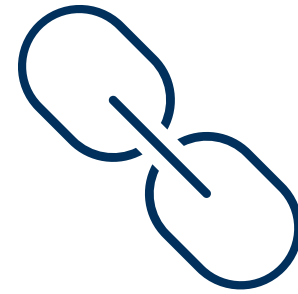
Op basis van de meetplannen is duidelijk wat, wanneer en hoe wordt gemeten. Deze data wordt verzameld en dient als input voor de projectmonitoring. Naast de beoogde effecten wordt er ook goed gekeken naar het bereik en de voortgang, zoals; bereiken we de beoogde doelgroep? Loopt het project op schema?

Voortgang, effect en bereik vormen samen de projectmonitor.

De monitors op project- en themaniveau geven een goed beeld op voortgang, bereik en effect. Deze monitors dienen als input voor de regiobrede transformatie-monitor. Van klein naar groot (van project, naar themalijn, naar West-Brabant West-breed).



**Bijlage 1:
Samenvatting
regiobeeld en
prioritaire opgaven**



Regiobeeld West-Brabant



Aanleiding

Het Integraal Zorgakkoord (IZA) heeft als doel de zorg voor de toekomst goed, toegankelijk en betaalbaar te houden. IZA-partijen hebben afgesproken de samenwerking in regio's te bevorderen om zo te komen tot regionale transitie. Dit begint met het goed in kaart brengen van de feitelijke situatie in een zogenaamd *Regiobeeld*. Op basis van het Regiobeeld worden door de regionale partijen *Regioplannen* opgesteld. Regionale samenwerking is nodig om impactvolle transformaties te realiseren.

Het Regiobeeld van West-Brabant (inclusief bronnen) is in zijn geheel te vinden op de website regiobeeld.nl. Dit Regiobeeld hebben de zorgverzekeraars en zestien gemeenten van de

regio in samenwerking met relevante stakeholders opgesteld. Het is een door de regio gedragen regiobeeld geworden waarin prognoses van en ontwikkelingen in zorgbehoefte en zorg- en welzijnsaanbod naast andere relevante informatie over de bevolking van de regio te vinden is. In dit document vindt u de meest belangrijke thema's die de regiopartijen in nauwe samenwerking uit het Regiobeeld hebben gedestilleerd.

Ambitie van de samenwerkende regiopartijen Een gezondere bevolking met een hogere kwaliteit van leven in West-Brabant. Wij dragen hier aan bij door naadloze samenwerking tussen zorg-, welzijnsorganisaties én burgers en gaan uit van de krachten en kansen die onze West-Brabantse regio biedt.

Zes belangrijkste aandachtsgebieden/thema's uit het Regiobeeld

- **1 Kwetsbare ouderen nu en in de toekomst** De mismatch tussen de stijgende zorgvraag en het afnemende zorgaanbod bij kwetsbare
 - ouderen, nu en in de toekomst vormt een grote opgave in de regio. Er is een relatieve en absolute toename van het aantal ouderen in de regio.
 - Tegelijkertijd neemt het aandeel mensen dat voor deze groep kan zorgen af (toename demografische druk), en daalt het mantelzorg- potentieel. Er een duidelijke stijging in het aantal ouderdomsgerelateerde aandoeningen en inwoners met multiproblematiek. Eenzaamheid komt relatief veel voor en er is een dalende trend te zien in zelfredzaamheid en regie over het eigen leven. Dit leidt mede tot een verhoogde mate van 'zorgverbruik/consumentisme': afhankelijkheid en versnelde wens tot gebruik van professionele ondersteunings- en zorgdiensten zoals WMO-begeleiding, wijkverpleging
 - en verpleeghuiszorg. Het uitgangspunt richting toekomst zal gericht zijn op meer samenred-
- zaamheid waarbij 'kwaliteit van leven' het leidend principe.
- **2 Tekort aan zorgprofessionals en mantelzorgers**
 - We zien een toenemend tekort aan mensen die de zorg kunnen leveren die nodig is, waarbij het verwachte personeelstekort groter is dan het landelijk gemiddelde. Dit geldt zowel op het gebied van formele als informele zorg (mantel- zorgers). Het potentieel aan mantelzorgers daalt met meer dan de helft in 2040. Door dit tekort en door o.a. de vergrijzing wordt de mismatch tussen zorgvraag en zorgaanbod steeds groter.
- **3 Mentale gezondheid**
 - Betreffende mentale gezondheid komen psychische klachten, stress en eenzaamheid bij bepaalde bevolkingsgroepen in de regio veel voor. Er wordt minder vaak eigen regie over het leven ervaren dan in de rest van Nederland, wat gevolgen

heeft voor het psychisch en fysiek welbevinden. We zien in de regio een daling van het aantal ggz-cliënten, in combinatie met langere wachtlijsten in de GGZ dan in de rest van Nederland die de treeknormen overschrijden.

4 Kansengelijkheid en een kansrijke start

Leefstijlgerelateerde aandoeningen hebben een hoge prevalentie in de regio, wat onder andere een gevolg is van overgewicht, te weinig bewegen en meer ervaren stress. De prevalentie longkanker en het hoge medicijngebruik voor astma duidt op meer luchtweggerelateerde aandoeningen in de regio. We beogen de omslag van ziekte en zorg naar gezondheid en gedrag te maken.

5 Leefstijl- en leefomgevinggerelateerde ziekten

In regio zijn er op gemeenteniveau aantoonbare verschillen in SES-WOA score, inkomen, leefbaar-

heid, schulden, eenzaamheid en psychosociale problemen. Onderzoek heeft aangetoond dat inwoners met een lage SES-WOA score gemiddeld 4 jaar eerder overlijden en 15 jaar korter in goede gezondheid leven. In de regio zijn er 1300 gezinnen met meervoudige problematiek en ligt het aandeel potentieel kwetsbare ouders in sommige wijken erg hoog, wat invloed heeft op een minder kansrijke start in het leven en daarmee later een grotere druk op het zorgsysteem.

6 Druk op de eerste lijn

De druk op de eerste lijn uit zich bij huisartsen op verschillende manieren. Zoals een hoog ervaren werkdruk die in de toekomst in verdere mate zal toenemen. Deze druk is ook zichtbaar in de wijkverpleging, waar het aantal cliënten sterk stijgt en het aantal medewerkers krimpt. De druk op de eerstelijns vertaalt zich naar een toenemende druk op de avond-, nacht- en weekendzorg.

Prioritaire opgave 1:

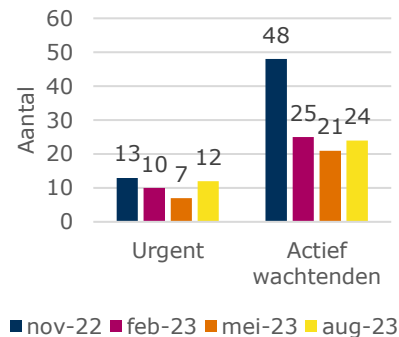
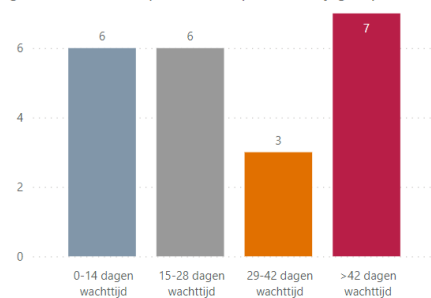
Kwetsbare ouderen nu en in de toekomst

Samenvatting uit het regiobeeld

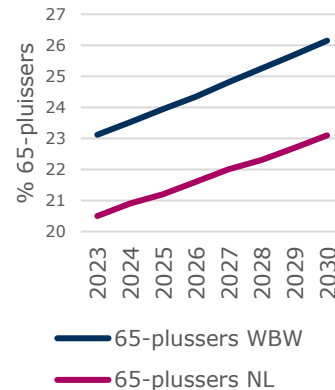
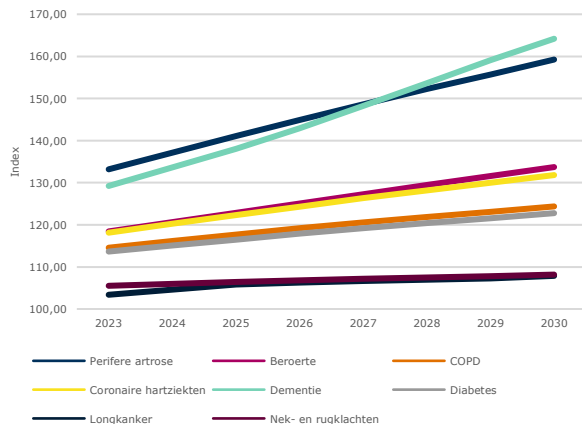
De mismatch tussen de stijgende zorgvraag en het afnemende zorgaanbod bij kwetsbare ouderen, nu en in de toekomst vormt een grote opgave in de regio. Er is een relatieve en absolute toename van het aantal ouderen in de regio. Tegelijkertijd neemt het aandeel mensen dat voor deze groep kan zorgen af (toename demografische druk), en daalt het mantelzorgpotentieel met meer dan de helft in 2040. Als het gaat om de zorgvraag is er een duidelijke stijging in het aantal ouderdomsgerelateerde aandoeningen en een verwachte stijging van operaties die samenhangen met ouder worden. Daarnaast is er een toename van het aantal inwoners met multiproblematiek. Dit maakt het vatten van kwetsbare burgers in thans gangbare 'hokjes/ labels' steeds moeilijker. Eenzaamheid komt relatief veel voor onder ouderen in de regio West-Brabant en kan de problematiek m.b.t. kwetsbare ouderen versterken. Ook zien we een dalende trend in zelfredzaamheid en regie over het eigen leven. Dit leidt tot een verhoogde mate van 'zorgverbruik/ consumentisme': afhankelijkheid en versnelde wens tot gebruik van professionele ondersteunings- en zorgdiensten zoals WMO-begeleiding, wijkverpleging en verpleeghuiszorg. Het aantal cliënten in de WMO is hoger dan landelijk gemiddeld. Daarnaast worden er door gemeenten overschrijdingen van ondersteuningsbudgetten voor begeleiding en ondersteuning gemeld.

Toegankelijkheid 2e lijn en WLZ ^{6 7}

Toegang poli ziekenhuizen - peildatum 31 oktober 2023 - gemiddeld aantal specialismen per wachtlijdsgroep



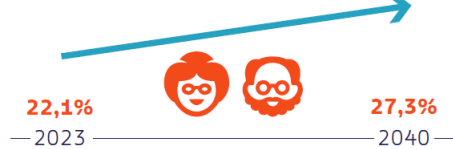
Prevalentie van ziekten en % 65-plussers ²



Prioritaire opgave 1:

Kwetsbare ouderen nu en in de toekomst

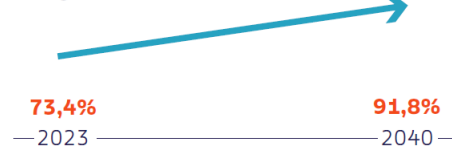
Toename aandeel 65+ers



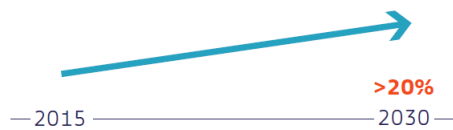
De 'grijze druk' is groter dan het landelijk gemiddelde.



Demografische druk



Prevalentie van ziekten als dementie, perifere artrose, coronaire hartziekten, beroerte, COPD en diabetes

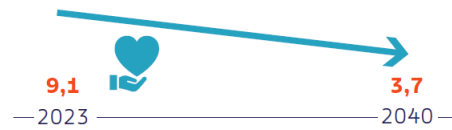


Het aantal inwoners met 1 of meer chronische aandoeningen neemt sterk toe; meer multiproblematiek.



Mantelzorgpotentieel

In aantal 50-65-jarige mantelzorgers per 85-jarig en ouder persoon.

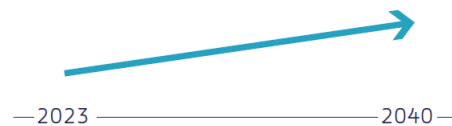


Kwetsbare ouderen geven nu al een **grote druk** op alle lijnen van de zorg, en op **acute zorg** in het bijzonder.

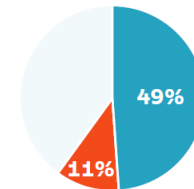


Er wordt meer beroep gedaan op de WMO dan landelijk gemiddeld voor ondersteuning thuis, hulp bij huishouden, hulpmiddelen en diensten en maatwerkarrangementen.

Grote toename verwacht in aantal cataract-, heup-, en knieoperaties in periode 2023-2040



In 2020 was 49% van de West-Brabantse ouderen **eenzaam** en 11% zelfs **ernstig tot zeer ernstig eenzaam**.



De huidige capaciteitsplannen (391) kunnen de verwachte groei naar geclusterde zorg Wlz (+1.810) niet opvangen.

-1.419

Wonen

Er ontstaat naar verwachting een verder tekort aan passende woonzorg plaatsen en geschikte woningen voor ouderen met hulpbehoeften.



Het percentage inwoners dat **regie over het eigen leven** heeft, laat een dalende trend zien.



Samenvatting

De mismatch tussen de stijgende zorgvraag en het afnemende zorgaanbod bij kwetsbare ouderen, nu en in de toekomst vormt een grote opgave in de regio. Er is een relatieve en absolute toename van het aantal ouderen in de regio. Tegelijkertijd neemt het aandeel mensen dat voor deze groep kan zorgen af (toename demografische druk), en daalt het mantelzorgpotentieel met meer dan de helft in 2040. (zie thema 2). Als het gaat om de zorgvraag is er een duidelijke stijging in het aantal ouderdomsgerelateerde aandoeningen en een verwachte stijging van operaties die samenhangen met ouder worden. Daarnaast is er een toename van het aantal inwoners met multiproblematiek. Dit maakt het vatten van kwetsbare burgers in thans gangbare 'hokjes/labels' steeds moeilijker. Eenzaamheid komt relatief veel voor onder ouderen in de regio West-Brabant en kan de problematiek m.b.t. kwetsbare ouderen versterken. Ook zien we een dalende trend in zelfredzaamheid en regie over het eigen leven. Dit leidt tot een verhoogde mate van 'zorgverbruik/ consumentisme': afhankelijkheid en versnelde wens tot gebruik van professionele ondersteunings- en zorgdiensten zoals WMO-begeleiding, wijkverpleging en verpleeghuiszorg. Het aantal cliënten in de Wmo is hoger dan landelijk gemiddeld. Daarnaast worden er door gemeenten overschrijdingen van ondersteuningsbudgetten voor begeleiding en ondersteuning gemeld.

Prioritaire opgave 2:

Druk op de arbeidsmarkt en afname mantelzorgers

Samenvatting uit het regiobeeld

We zien een toenemend tekort aan mensen die de zorg kunnen leveren die nodig is, waarbij het verwachte personeelstekort hoger is dan het landelijk gemiddelde. Dit geldt zowel op het gebied van formele als informele zorg.

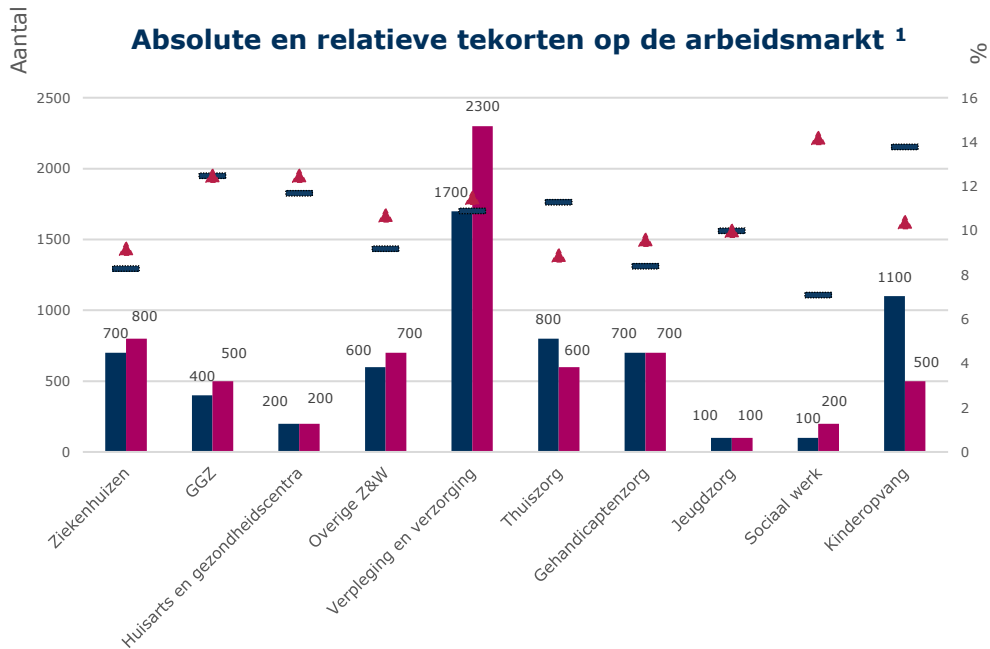
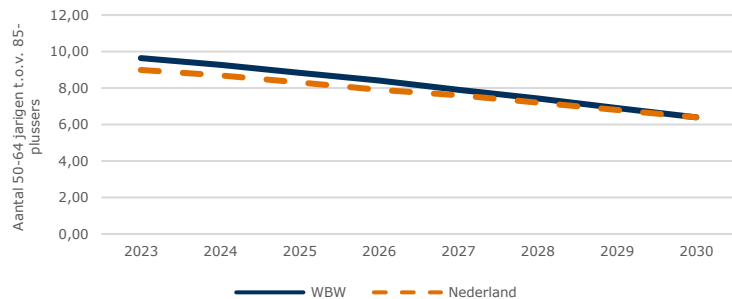
Het potentieel aan mantelzorgers daalt met meer dan de helft in 2040. Door dit tekort en door o.a. de vergrijzing wordt de mismatch tussen zorgvraag en zorgaanbod steeds groter.

In absolute aantallen zijn de tekorten het grootst in de verpleging en verzorging. Relatief gezien zijn de tekorten het grootste in het sociaal werk, de huisartsen en gezondheidscentra en de GGZ.

Integraal onderdeel van het regioplan

Omdat het thema arbeidsmarkt z'n essentieel onderdeel uit maakt van alle onderdelen in het regioplan is besloten om op deze prioritaire opgave geen aparte ambitie en doelstellingen te formuleren.

Potentieel mantelzorgers ²



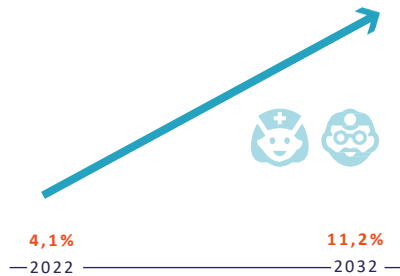
■ Nieuw Beleid ■ Referentie Beleid - - % tekort Nieuw Beleid (sec.as) ▲ % tekort Referentie Beleid (sec.as)

NB: In de cijfers van Nieuw Beleid worden enkele concrete, voorgenoemde beleidsmaatregelen uit het IZA meegenomen in de prognose van het arbeidsmarkttekort. Het voorgenoemde beleid heeft in veel van de branches een positief effect op het arbeidsmarkttekort, waarmee het arbeidsmarkttekort dus afneemt t.o.v. het Referentie Beleid. Het Referentie Beleid geeft daarmee aan wat het geprognosticeerde arbeidsmarkttekort is wanneer er geen actief beleid wordt gevoerd vanuit het IZA.

Prioritaire opgave 2:

Tekort aan zorgprofessionals en mantelzorgers

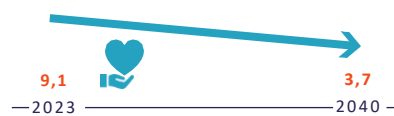
Als we niets doen, stijgt het personeelstekort in de periode 2022-2032 van 4,1% naar 11,2%



In absolute aantallen zijn de tekorten het grootst in verpleging en verzorging.



Mantelzorgpotentieel
In aantal 50-65-jarige mantelzorgers per 85-jarig en ouder persoon.



Relatief gezien zijn de tekorten het grootst in sociaal werk, de huisartsen- en gezondheidscentra en de GGZ

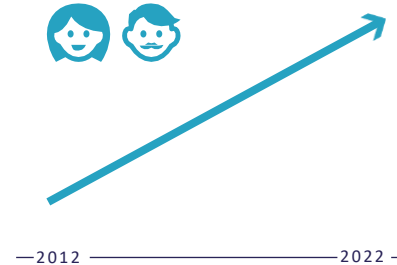


Deeltijdsfactor

Het laagst bij branches huisartsen en gezondheidscentra, VVT en kinderopvang.



Aandeel werknemers van 55+



Samenvatting

We zien een toenemend tekort aan mensen die de zorg kunnen leveren die nodig is, waarbij het verwachte personeelstekort groter is dan het landelijk gemiddelde. Dit geldt zowel op het gebied van formele als informele zorg (mantelzorgers).

Het potentieel aan mantelzorgers daalt met meer dan de helft in 2040. Door dit tekort en door o.a. de vergrijzing wordt de mismatch tussen zorgvraag en zorgaanbod steeds groter.

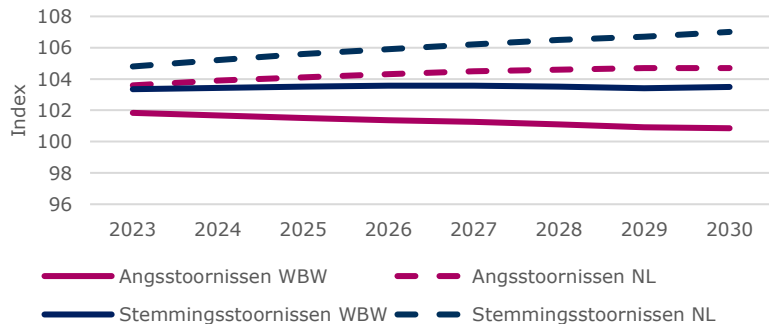
Prioritaire opgave 3:

Mentale gezondheid

Samenvatting uit het regiobeeld

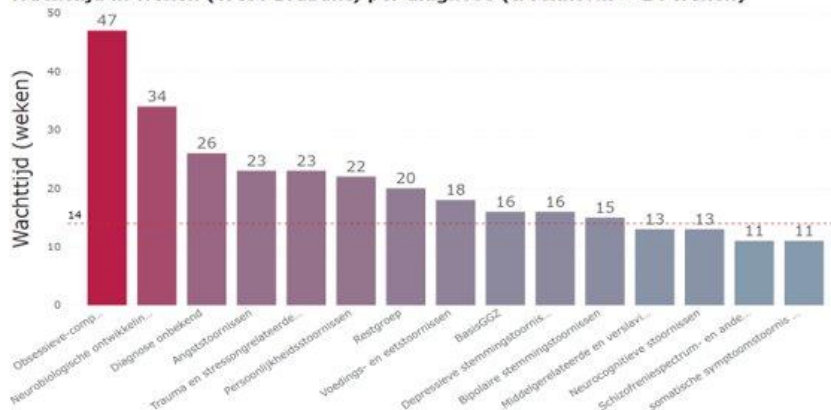
Psychische klachten, stress en eenzaamheid komen bij bepaalde bevolkingsgroepen in de regio veel voor. Er wordt minder vaak eigen regie over het leven ervaren dan in de rest van Nederland, wat gevolgen heeft voor het psychisch en fysiek welbevinden. We zien in de regio een daling van het aantal GGZ-cliënten, in combinatie met langere wachtlijsten in de GGZ dan in de rest van Nederland. Deze overschrijden de treeknormen. Cliënten worden dus niet tijdig geholpen met als gevolg dat de aandoening verergert en er toename van complexiteit zichtbaar is.

Prevalentie psychische aandoeningen ²



Toegankelijkheid GGZ ⁸

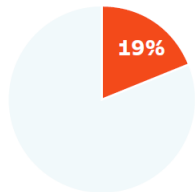
Wachttijd in weken (West-Brabant) per diagnose (treeknorm = 14 weken)



Prioritaire opgave 3:

Mentale gezondheid

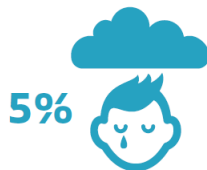
19% van de volwassenen in West-Brabant heeft in 2020 psychische klachten.



In 2022 ervaart 53% van de jongvolwassenen (16-25jaar) in West-Brabant psychische klachten.



Suicide
Onder de jongeren heeft 5% heel vaak overwogen suicide te plegen (2e-4e klas VO).



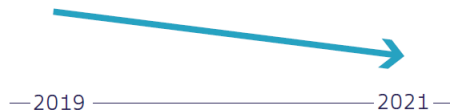
Stress en eenzaamheid
Komen bij bepaalde bevolkingsgroepen in de regio meer voor dan bij anderen (o.a. vrouwen, ouderen, inwoners met een migratieachtergrond en jongeren als gevolg van corona).



30%-40%

van de ouders ervaren problemen en stress bij de opvoeding van kinderen van 0-11 jaar.

Aantal GGZ cliënten
Dalende trend in de periode 2019-2021.



Chronische stemmingsstoornissen
Groter aandeel van de bevolking gebruikt medicatie dan in de rest van Nederland.

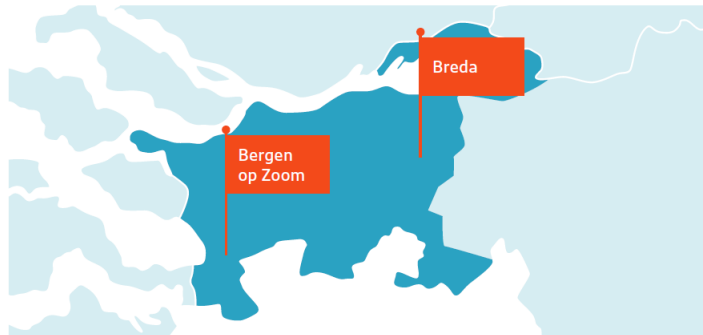


Samenvatting
Psychische klachten, stress en eenzaamheid komen bij bepaalde bevolkingsgroepen in de regio veel voor. Er wordt minder vaak eigen regie over het leven ervaren dan in de rest van Nederland, wat gevolgen heeft voor het psychisch en fysiek welbevinden.

Er wordt minder vaak eigen regie over het leven ervaren in West-Brabant dan in de rest van Nederland.



Aantal GGZ-cliënten
Het hoogst in de gemeenten Bergen op Zoom en Breda. Hier bevinden zich ook de meeste EPA-cliënten.



De continuïteit in de GGZ is met name in het gedrang bij de crisisdiensten, de complexere zorg (bv HIC) en de zorg voor jeugd tot 23 jaar.

Wachttijden in de GGZ
Over het algemeen langer dan in de rest van Nederland en overschrijden treeknormen.



We zien in de regio een daling van het aantal ggz-cliënten, in combinatie met langere wachtlijsten in de GGZ dan in de rest van Nederland die de treeknormen overschrijden.

Cliënten worden dus niet tijdig geholpen met als gevolg dat de aandoening verergert en er toename van complexiteit zichtbaar is.

Prioritaire opgave 4:

Kansrijk opgroeien

Samenvatting uit het regiobeeld

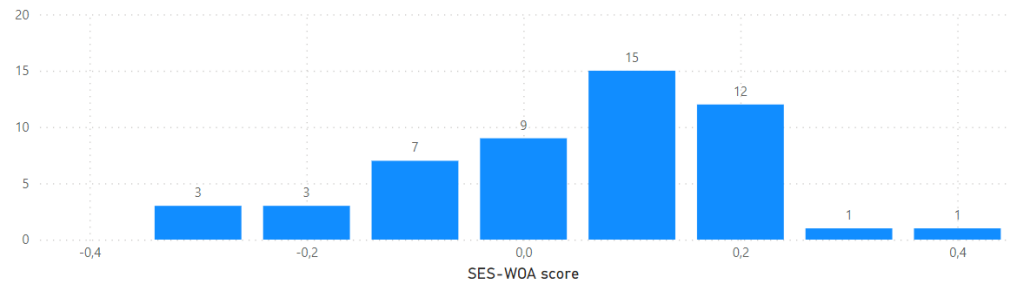
In de regio zijn er op gemeenteniveau aantoonbare verschillen in SES-WOA score, inkomen, leefbaarheid, schulden, eenzaamheid en psychosociale problemen. De leefbaarheid is gebaseerd op kenmerken als onveiligheid, aanwezigheid van voorzieningen, overlast.

Onderzoek heeft aangetoond dat inwoners met een lage SES-WOA score gemiddeld 4 jaar eerder overlijden en 15 jaar korter in goede gezondheid leven. In de regio zijn er 1.300 gezinnen met meervoudige problematiek en ligt het aandeel potentieel kwetsbare ouders in sommige wijken erg hoog, wat invloed heeft op een minder kansrijke start in het leven en daarmee later een grotere druk op het zorgsysteem. De GGD geeft aan dat o.a. factoren als veiligheid, bestaanszekerheid, huisvesting, inkomen en sociale contacten van invloed zijn op gezondheid.

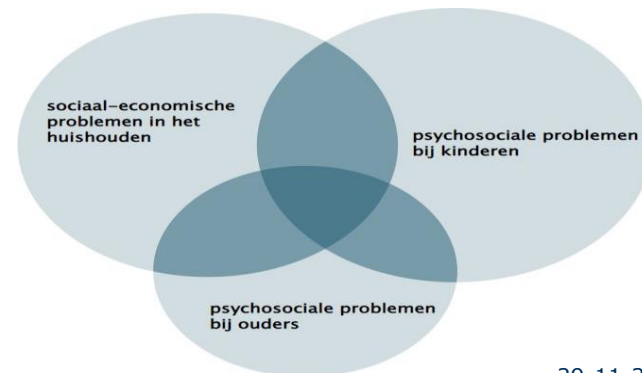
De verwachting is dat deze groep zorgt voor een grotere druk op de zorg, terwijl oplossingen vaak buiten de zorg liggen.

Spreading SES-WOA score (Histogram op wijkniveau) ⁹

Aantal wijken per SES-WOA score



Verdeling gezinnen met meervoudige problemen



Prioritaire opgave 4:

Kansenongelijkheid en kansrijke start

DE SES-WOA score in de regio West-Brabant ligt in de meeste gemeenten boven het landelijk gemiddelde.



In enkele gemeenten in de regio West-Brabant west geeft de score voor leefbaarheid een negatieve afwijking t.o.v. het landelijk gemiddelde.



Er zijn **1.300** kwetsbare gezinnen in West-Brabant waar meervoudige problematiek een rol speelt (lage SES, psychosociale problemen bij kinderen en psychosociale problemen bij ouders).

DE SES-WOA score ligt in 3 gemeenten gelijk aan het landelijk gemiddelde (Roosendaal, Bergen op Zoom, Steenbergen).



Op gemeenteniveau zijn er verschillen in moeite met rondkomen en aantal huishoudens met schulden (m.n. in Bergen op Zoom, Roosendaal, Breda, Rucphen).



Samenvatting

In de regio zijn er op gemeenteniveau aantoonbare verschillen in SES-WOA score, inkomen, leefbaarheid, schulden, eenzaamheid en psychosociale problemen. De leefbaarheid is gebaseerd op kenmerken als onveiligheid, aanwezigheid van voorzieningen, overlast.

Onderzoek heeft aangetoond dat inwoners met een lage SES-WOA score gemiddeld 4 jaar eerder overlijden en 15 jaar korter in goede gezondheid leven. In de regio zijn er 1.300 gezinnen met meervoudige problematiek en ligt het aandeel potentieel kwetsbare ouders in sommige wijken erg hoog, wat invloed heeft op een minder kansrijke start in het leven en daarmee later een grotere druk op het zorgstelsel.

De GGD geeft aan dat o.a. factoren als veiligheid, bestaanszekerheid, huisvesting, inkomen en sociale contacten van invloed zijn op gezondheid.

De verwachting is dat deze groep zorgt voor een grotere druk op de zorg, terwijl oplossingen vaak buiten de zorg liggen.

Prioritaire opgave 5:

Leefstijl, leefomgeving gerelateerde ziekten en kansenongelijkheid

Samenvatting uit het regiobeeld

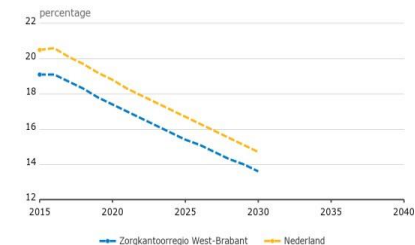
Leefstijl gerelateerde aandoeningen hebben een hoge prevalentie in de regio, wat onder andere een gevolg is van overgewicht, te weinig bewegen en meer ervaren stress. De prevalentie long- kanker en het hoge medicijn- gebruik voor astma duidt op meer luchtweg gerelateerde aandoeningen in de regio.

Overmatig gebruik van verslavende middelen zoals alcohol en roken lijkt gemiddeld genomen minder voor te komen dan in andere delen van Nederland , maar wordt wel als een probleem ervaren in de regio, met name alcoholgebruik onder ouderen en drugsgebruik onder jongeren. Dit komt vaak terug in combinatie met psychische problematiek. Wellicht is dit op wijkniveau wel terug te zien in de cijfers.

De hoge prevalentie en verwachte toename van leefstijl gerelateerde aandoeningen zorgt voor een grote druk op het zorgsysteem en de verwachting is dat dit alleen maar toeneemt. Om te zorgen dat er minder beroep gedaan wordt op het zorgsysteem kan er ingezet worden op het bewustzijn van de burger in het probleem en het besef dat er meer eigen verantwoordelijkheid genomen moet worden om gezond te leven en gezondheidsvaardigheden te verbeteren.

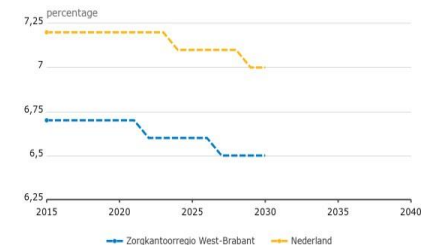
Leefstijlindicatoren ²

Roken (soms)



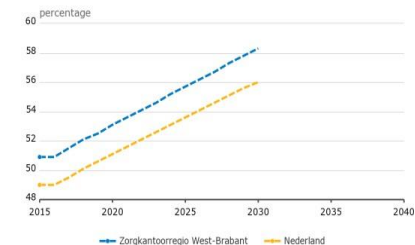
Bron: Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2018, RIVM, gemeentelijke verdeling RIVM

Overmatig alcoholgebruik



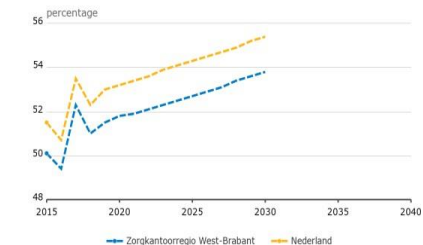
Bron: Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2018, RIVM, gemeentelijke verdeling RIVM

Overgewicht (BMI > 25)



Bron: Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2018, RIVM, gemeentelijke verdeling RIVM

Wekelijkse sporters



Bron: Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2018, RIVM, gemeentelijke verdeling RIVM

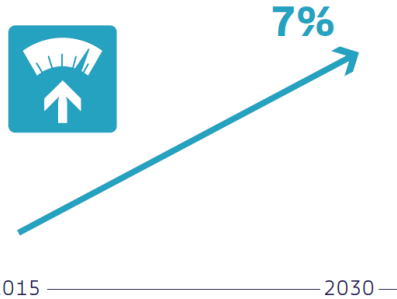
Prioritaire opgave 5:

Leefstijl en leefomgeving gerelateerde ziekten

De ervaren gezondheid is in de regio lager dan in de rest van Nederland



Overgewicht
Hoger dan het landelijk gemiddelde.



Er wordt meer medicatie gebruikt voor astma dan landelijk gemiddeld



De prevalentie van hartfalen, aandoeningen van schouder, nek en rugaandoeningen is in de regio hoger dan landelijk gemiddeld



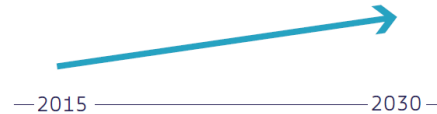
De longkanker prevalentie is hoger dan het landelijk gemiddelde.



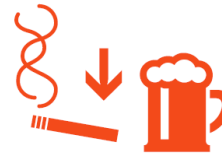
Het percentage wekelijkse sporters ligt lager dan het landelijke gemiddelde



De prevalentie van coronaire hartziekten, COPD en diabetes laat in de periode 2015-2030 een sterke groei zien



Roken en alcoholgebruik
Minder dan in de rest van Nederland.



In de groep 18 tot 65 jaar zijn gewichtsproblemen en te weinig bewegen een probleem



Samenvatting

Leefstijlgerelateerde aandoeningen hebben een hoge prevalentie in de regio, wat onder andere een gevolg is van overgewicht, te weinig bewegen en meer ervaren stress. De prevalentie longkanker en het hoge medicijngebruik voor astma duidt op meer luchtweggerelateerde aandoeningen in de regio.

Overmatig gebruik van verslavende middelen zoals alcohol en roken lijkt gemiddeld genomen minder voor te komen dan in andere delen van Nederland, maar wordt wel als een probleem ervaren in de regio, met name alcoholgebruik onder ouderen en drugsgebruik onder jongeren. Dit komt vaak terug in combinatie met psychische problematiek. Wellicht is dit op wijkniveau wel terug te zien in de cijfers.

De hoge prevalentie en verwachte toename van leefstijlgerelateerde aandoeningen zorgt voor een grote druk op het zorgstelsel en de verwachting is dat dit alleen maar toeneemt. Om te zorgen dat er minder beroep gedaan wordt op het zorgstelsel kan er ingezet worden op het bewustzijn van de burger in het probleem en het besef dat er meer eigen verantwoordelijkheid genomen moet worden om gezond te leven en gezondheidsvaardigheden te verbeteren.

Prioritaire opgave 6:

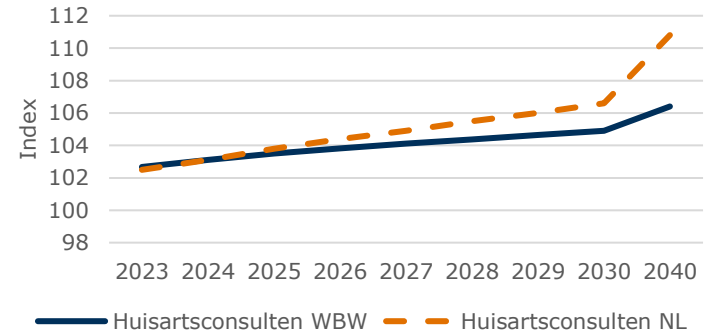
Druk op de eerste lijn

Samenvatting uit het regiobeeld

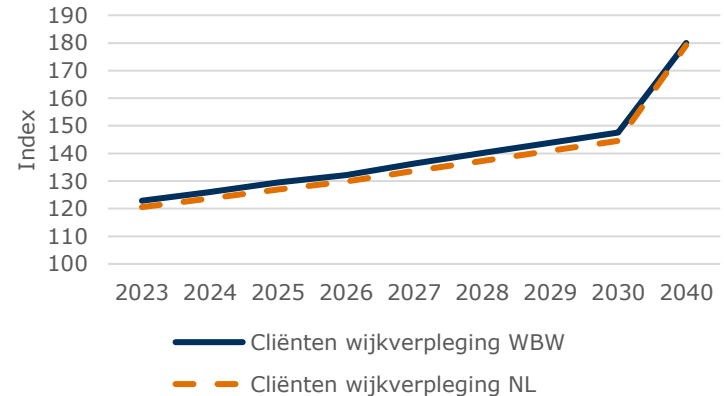
De ervaren werkdruk onder huisartsen is hoog en zal naar de toekomst toe verder toenemen. Oorzaak hiervan is de toename van het aantal consulten in de periode 2023-2040, die voor een substantieel deel bestaan uit niet-medische, 'praktische' vragen, en de toegankelijkheid van (gespecialiseerde) vervolgzorg in zorg en sociaal domein (GGZ, ziekenhuis, sociaal domein). Hierdoor blijven patiënten langer in de eerste lijn.

De druk op de hele eerste lijn is ook zichtbaar in de wijkverpleging, waar het aantal cliënten sterk stijgt en het aantal medewerkers krimpt. De druk op de eerstelijns vertaalt zich naar een toenemende druk op de avond-, nacht- en weekendzorg.

Ontwikkeling consulten huisartsen ²



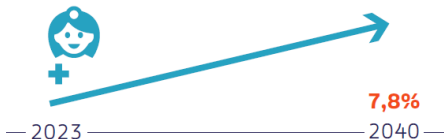
Ontwikkeling cliënten in wijkverpleging ²



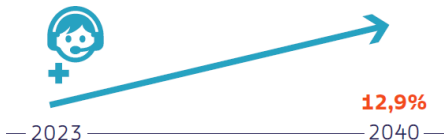
Prioritaire opgave 6:

Druk op de eerste lijn

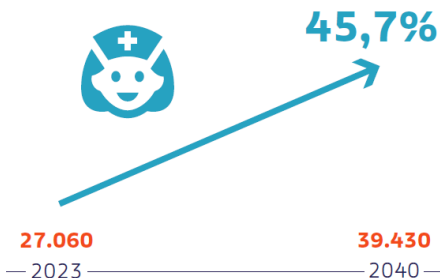
Aantal huisartsenconsulten stijgt
Aantal reguliere huisartsenconsulten.



Aantal telefonische huisartsenconsulten.



Aantal cliënten in de wijkverpleging in de regio stijgt



Huisartsen in Noord-Brabant geven aan problemen te ervaren bij het invullen van vacatures.



77% van de huisartsen geeft aan problemen te verwachten bij het vinden van opvolging



60% van de huisartsen geeft aan problemen te verwachten bij het vinden van waarneming.

De ervaren werkdruk bij huisartsen in de regio West-Brabant is hoog



In wijkverpleging (VVT branche) wordt er een groot tekort aan verpleegkundigen verwacht.



In de regio is het aandeel van de bevolking dat de HAP in ANW uren bezoekt voor elke leeftijdscategorie hoger dan het landelijk gemiddelde



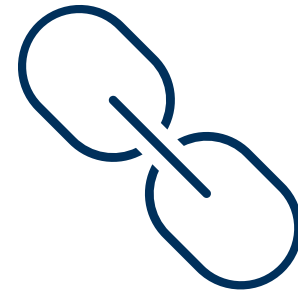
Samenvatting

De ervaren werkdruk onder huisartsen is hoog en zal naar de toekomst toe verder toenemen. Oorzaak hiervan is de toename van het aantal consulten in de periode 2023-2040, die voor een substantieel deel bestaan uit niet-medische, 'praktische' vragen, en de toegankelijkheid van (gespecialiseerde) vervolgzorg in zorg en sociaal domein (GGZ, ziekenhuis, sociaal domein). Hierdoor blijven patiënten langer in de eerste lijn.

De druk op de hele eerste lijn is ook zichtbaar in de wijkverpleging, waar het aantal cliënten sterk stijgt en het aantal medewerkers krimpt. De druk op de eerstelijns vertaalt zich naar een toenemende druk op de avond-, nacht- en weekendzorg.

Bijlage 2:

De projectplannen



Opzet uitwerking projecten

Per thema volgt een uitwerking van de projectenplannen. Voor elk project zijn de volgende onderdelen uitgewerkt:

- Thema
- Programma- of projectnaam
- Probleemstelling
- Doelstelling
- Doelgroep
- Aanpak (op hoofdlijnen)
- Impact
- Tijdslijn
- Betrokken organisatie
- Impact op anderen
- Benodigde randvoorwaarden
- Betrokkenheid burgers

Projecten thema 1

Kwetsbare ouderen nu en in de toekomst

Programma 1: Regionale vroegsignalering Kwetsbare Ouderen

- Project 1.1: Welzijn op Recept
- Project 1.2: Gezamenlijke triage
- Project 1.3: ACP
- Project 1.4: Reablement
- Project 1.5: VKO, Vroeg signalering Kwetsbare Ouderen
- Project 1.6: Valpreventie

Programma 2: Samen(-werken) in de wijk

- Project 2.1: Domein overstijgende wijkstructuur
- Project 2.2: Zorgzame buurten
- Project 2.3: Anders wonen en anders zorg

Programma 3: Mantelzorgversterking

- Project 3.1: Academie voor patiënten en naasten.
- Project 3.2: Zorgvaardigheden aanleren bij de mantelzorgers
- Project 3.3: Respijtvoorziening
- Project 3.4: Met innovatie op digitalisering de mantelzorgers verder ontlasten

Programma 1: Regionale vroeg signalering

Vanuit de domeinen welzijn, sociaal, huisartsen en eerstelijns VVT gezamenlijk een regio-aanpak opzetten voor het afbuigen van kwetsbaarheid en/of beheersbaar maken van kwetsbaarheid.

- Project 1.1: Welzijn op Recept
- Project 1.2: Gezamenlijke triage
- Project 1.3: ACP
- Project 1.4: Reablement
- Project 1.5: VKO, Vroegsignalering Kwetsbare Ouderen
- Project 1.6: Valpreventie

Project 1: Welzijn op Recept (1/4)

Probleemstelling

Ouderen met psychosociale klachten waarvoor geen medische of psychologische behandeling noodzakelijk is komen veelal bij de huisarts. De oorzaak kan liggen in eenzaamheid, druk op de bestaanszekerheid, leefstijl enz. De inwoner komt met een zorgvraag waar de huisarts geen effectief en passend antwoord op heeft. Deze zorgvraag drukt op de zorgkosten zowel op capaciteit als op medicijngebruik. Tegelijkertijd betreft het duurzame interventies waarbij de ervaren gezondheid en welbevinden stijgen.

Uit NIVEL onderzoek blijkt dat in de periode van 2011-2017 het aantal volwassenen met psychosociale problemen dat contact heeft gehad met een huisarts gestegen is van 12-18%. De huisartsen zien regelmatig patiënten terugkomen met klachten zoals hoofdpijn, angst, stress, vermoeidheid en andere klachten. Hoewel er bij veel klachten geen medische oorzaken te vinden zijn, wordt er vaak wel een medisch traject ingezet of verwezen naar maatwerk. De klachten zijn echter ontstaan door ingrijpende acute of chronische gebeurtenissen zoals eenzaamheid, overlijden naaste, schulden, werkloos, zorg voor een naaste enz.

Als die onderliggende problematiek niet wordt aangepakt, zal de patiënt telkens terug blijven komen. Met Welzijn op Recept is er een effectief alternatief voor de huisarts. Het voorziet in de behoefte en belang om psychosociale problematiek beter het hoofd te bieden door naast het medische model de sociale interventie een volwaardige plek te geven in het consult van de huisarts. Welzijn op Recept maakt de beweging van klachtgericht naar krachtgericht werken mogelijk.

Welzijn op Recept is ingericht bij iedere huisarts en daarmee voor alle inwoners bereikbaar.

- Hiermee beogen we een besparing van 5-10% van de kosten*
- Toename ervaren gezondheid en welbevinden stijgen. GGD-monitor

**Bron: <https://welzijnoprecept.nl/welzijn-op-recept-levert-5-10-besparingen-op-in-de-zorg/>*

Primaire doel

Het welbevinden van de patiënt, de client of inwoner verhogen. Door de samenwerking kan (tijdige) inzet van ondersteuning en activiteiten vanuit het voorliggend veld geboden worden. Mensen worden in hun kracht gezet, dit draagt bij aan het gevoel van gezondheid en welzijn.

Subdoelen

- Er ontstaat een goede samenwerking tussen de Welzijnscoach en de Huisarts.
- Het is voor de huisarts inzichtelijk voor welke vragen er verwezen kan worden naar de Welzijnscoach.
- De huisartsen raken beter bekend met het Welzijnswerk en de toegang tot het sociaal domein.
- De huisartsen die geen deel uitmaken van de Pilot, weten wat Welzijn op Recept is en raken ook geïnteresseerd.
- De huisarts wordt ontlast, doordat patiënten minder vaak op het spreekuur komen.

Doelstelling

Project 1.1: Welzijn op Recept (2/4)

Doelgroep + omvang

Kwetsbare ouderen vanaf 60+. In de regio West-Brabant varieert het percentage kwetsbare ouderen tussen 14,23% in Woensdrecht en 21,27% in Steenberghe. Volgens de definitie van Vektis*2 zijn er ongeveer 13.400 kwetsbare ouderen in West-Brabant West in 2021. In 2030 zijn dit ongeveer 15.200 kwetsbare ouderen.

In 2022 zijn er in West-Brabant West ongeveer 210 huisartsen.

Let op: Welzijn op Recept in de uitvoering beperkt zich niet tot de doelgroep ouderen en heeft daarmee ook een effect op de andere thema's.

Welzijn op Recept richt zich op volwassenen met een laag welbevinden samenhangend met psychosociale problemen die regelmatig bij de huisarts komen.

Problemen die een rol kunnen spelen zijn:

- Psychische klachten (somber voelen, angstig voelen, veel piekeren, stress en overspannenheid, overige psychische klachten)
- Eenzaamheid, dreiging sociaal isolement, beperkt netwerk
- Vastlopen in het leven, problemen op het werk, relatieproblemen, meemaken van een ingrijpende gebeurtenis
- Problemen met chronische lichamelijke ziekte
- Chronische psychische klachten (al behandeld, nu stabiel)
- Problemen met ziekte van ouders, familie, partner, kind (bij mantelzorgers)
- Lichamelijk onvoldoende verklaarde klachten (veel wisselende lichamelijke klachten)
- Slaapproblemen
- Ongezonde leefstijl (roken, te weinig bewegen, overgewicht)
- Niet naar de zin in de wijk, zich onveilig voelen

Aanpak (hoofdlijnen)

Welzijn op recept is bij een groeiend aantal (23 alleen al bij de HCWB) huisartsen/praktijken in een aantal gemeenten binnen West-Brabant reeds succesvol geïmplementeerd. Door dit op te schalen maken we het voor alle inwoners toegankelijk. Doordat Huisartsen en Welzijnspartners reeds bekend zijn met deze dienstverlening zijn de kennis, de benodigde procedures en de werkwijze van inbedding in het sociaal domein, beschikbaar.

De Huisartsencoöperatie HCWB heeft reeds een wachtlijst van meer dan 20 huisartsen die hier mee aan de slag willen. Welzijn op Recept biedt de huisarts een alternatief om mensen met klachten zonder medische oorzaak, eenvoudig en laagdrempelig te verwijzen naar een welzijnscoach in hun praktijk. Er kan namelijk onderliggende psychosociale problematiek spelen, zoals bv. eenzaamheid, relatieproblematiek, zorgen om schulden of mantelzorgtaken.

De welzijnscoach, werkzaam bij WijZijn Traverse Groep, heeft kennis van de lokale kaart en gaat vanuit het gedachtegoed van Positieve Gezondheid in gesprek met de klant om de wens en behoefte duidelijk te krijgen. In het kortdurende traject met de inwoner in regie, wordt gekeken wat mogelijke (vervolg)stappen kunnen zijn en wordt de inwoner gedurende dat traject gevolgd en begeleid. De welzijnscoach maakt een inschatting bij complexere problematiek of de expertise vanuit het gebiedsnetwerk eerst of gelijktijdig ingezet moet worden. Tijdens het traject vinden er terugkoppelingen plaats, zodat de huisarts op de hoogte is en blijft van de situatie rondom zijn / haar patiënt.

Project 1.1: Welzijn op Recept (3/4)

Impact

Minder Zorg:

- Welzijn op Recept levert 5-10% besparingen op in de zorg: Bron: Marc Pomp, Economische beleidsanalyse, Welzijn op Recept Effecten op zorggebruik en zorguitgaven, april 2023.
- Afname van het aantal bezoeken aan de Huisarts levert tevens een bijdrage aan vermindering van de druk op de eerste lijn.

Betere Zorg:

- De interventies zijn beter passend bij de oorzaak van de gezondheidsklachten waardoor er een groter effect is op het verbeteren van de ervaren gezondheid en welbevinden.

Tijdslijn/ planning

- Sinds 2022 is het al opgestart in West-Brabant West in Roosendaal .
- In 2023 in Bergen op Zoom opgestart.
- In 2023 is er reeds een eerste versteviging gedaan vanuit de GALA middelen met uitbreiding in aantal praktijken in beide gemeenten.
- In 2023 start de eerste introductie in gemeente Woensdrecht bij de huisarts.
- 2024 In alle gemeenten WOR introduceren en starten bij één of meerdere huisartsen.
- 2025-2028 uitbreiden naar alle praktijken.

Betrokken organisaties

- Welzijnsorganisatie
- MEE West Brabant
- Huisartsencoöperatie West Brabant
- Huisartsencoöperatie de Eendracht
- Huisartsteam Etten-Leur
- Gemeenten (Roosendaal, Bergen op Zoom en Woensdrecht reeds in uitvoering gestart)
- GGD West-Brabant

Project 1.1: Welzijn op Recept (4/4)

Impact op anderen

Burgers, zorgprofessionals,
andere zorg-/welzijnsaanbieders

- Inwoners krijgen een ander antwoord vanuit de zorg dan dat ze gewend zijn. Door de welzijnscoach binnen in de huisartsenpraktijk te stationeren wordt de drempel zo laag mogelijk gemaakt
- Huisartsen krijgen te maken met een nieuwe beroepsgroep in de praktijk. Vanuit de projectaanpak is er voorzien in intervisie tussen huisartsen
- De Welzijnscoach is ingebed in het lokale wijkteam, zodoende de verbinding met het sociaal domein te kunnen waarmaken
- In de projectaanpak is voorzien dat de Welzijnscoach voorlichting en informatie kan geven over WOR binnen het lokale netwerk

Met de inzet van Welzijn op Recept krijgen we beter inzicht in de psychosociale ondersteuningsvragen die er bij de verschillende huisartsen in de verschillende wijken liggen. We maken de dienstverlening effectiever door deze psychosociale ondersteuningsvragen binnen Welzijn op te pakken en de oorzaak hiermee aan te pakken. Hierdoor komen inwoners minder vaak terug bij de huisarts met dezelfde ondersteuningsvraag en wordt de dienstverlening meer kortdurend. We verwachten daarmee meer doorverwijzingen richting de lokale inwonersondersteuning. Andere opbrengsten zijn:

- Toename welbevinden, levensplezier, leefstijl
- Toename zelfredzaamheid en participatie
- Toename groep vrijwilligers
- Afname GGZ-problematiek en consulenten POH-GGZ
- Afname verwijzingen naar tweede lijn, diagnostiek en medicatie
- Afname WMO – WLZ- hulpmiddelen indicaties
- Afname schulden en uitkeringen
- Afname geweld en ongelukken thuis
- Toename langer thuis kunnen wonen
- Vroeg signalering van bepaalde problematiek
- Toename werkplezier huisartsen / eerstelijnszorgprofessionals

Benodigde randvoorwaarden

Bekostiging: Gemeenten hebben een eerste aanzet gemaakt door Welzijn op Recept op te starten en via de GALA middelen uit te breiden. De besparingen van Welzijn op Recept liggen vooral aan de zijde van de zorgkantoren en de ZvW* (Bron: <https://welzijnoprecept.nl/welzijn-op-recept-levert-5-10-besparingen-op-in-de-zorg/>). Om het voor alle inwoners toegankelijk te maken is opschaling nodig en daarmee investering vanuit IZA. Na succesvolle verbinding door de welzijnscoach van de inwoner binnen het sociale domein, is de opvolging van de ondersteuning binnen het sociaal domein aan de gemeente.

*Bron: <https://welzijnoprecept.nl/welzijn-op-recept-levert-5-10-besparingen-op-in-de-zorg/>.

Gegevensuitwisseling: afspraken in de keten

Overig:

- Werkproces is in kaart gebracht.
- Inbedding in het sociaal domein is een vereiste, anders kan de welzijnscoach voor de inwoner niet de best passende verbinding in de eigen leefwereld tot stand brengen.

Betrokkenheid burgers

Het betreft een interventie die reeds op landelijk niveau ontwikkeld en bewezen effectief is. In de uitvoering meten we klanttevredenheid: dit is momenteel: 8 rapportcijfer 8 cijfer 2022 (cijfers WijZijn/MEE Roosendaal en Bergen op Zoom)

Thema: 1 Kwetsbare Ouderen **Project 1.2: Gezamenlijke triage**

Probleemstelling

Wanneer we de groeiende vraag naar zorg voor ouderen op dezelfde wijze blijven triëren als tot op heden gebeurd, ontstaat er geen afname van zorg. Om de beweging van zorg naar gezondheid te maken is het noodzakelijk daar binnen de focus tijd 2023-2028 direct op te kunnen sturen. Het inbedden van het sociaal domein is hierin nodig, zodat tijdens de triage ook vanuit het sociaal domein meegedacht kan worden in oplossingen. Hiermee krijg je een andere uitkomst van de triage. Binnen het medisch domein zijn kansen om de beleidslijnen rondom diagnostiek door te ontwikkelen. En veel efficiëntie gaat verloren doordat inwoners bij ieder loket opnieuw beoordeeld moeten worden.

Doelstelling

Zorg en Welzijn gaan gezamenlijk de triage vormgeven teneinde de best passende ondersteuning en zorg voor de inwoner te bieden en de zorgvraag af te laten nemen.

Doelgroep + omvang

Kwetsbare ouderen.

Afwenden van de zorgvraag naar een oplossing mede vanuit het sociaal domein, door de triage gezamenlijk door zorg en welzijn uit te laten voeren. Dit vervolgens in verbinding met Domeinoverstijgende wijkstructuur "Langer zelfstandig thuis" voor de juiste opvolging, zoveel mogelijk in de eigen leefomgeving. De Apotheker.

Verbinden met:

- Programma spoedzorg (West-West). Wordt meegenomen in het transformatieplan spoedzorg dat eind van dit jaar gereed moet zijn en ingediend.
- VKO: Vroegsignalering Kwetsbare ouderen.
- Spoedzorg Noord-Brabant breed, samenwerking Bravis - GH- TL in het Centrum Acute .
- Kortdurende Ouderenzorg, TWB – HAP.

Aanpak (hoofdlijnen)

Goed voorbeeld is het 'Regionaal transferpunt Salland': Het Regionaal Transferpunt Salland ondersteunt en adviseert in de complexe zoektocht naar een plek voor patiënten die (tijdelijk) niet thuis kunnen verblijven en zorg elders nodig hebben. Het doel is om iedereen in Salland de gewenste ondersteuning en de juiste zorg te kunnen bieden. Op het juiste moment, op de juiste plek en van de juiste professional. Het Regionaal Transferpunt Salland biedt ondersteuning aan huisartsen, huisartsenpost en de Spoedeisende Hulp. Steeds vaker kan zorg buiten een ziekenhuis geboden worden. Daarnaast wil de overheid dat mensen langer thuis blijven wonen en zullen er meer chronische patiënten komen die een regisseur nodig hebben. Niet alleen een ziekenhuis krijgt hierdoor zorgvragen, ook huisartsen, VVT-instellingen en GGZ-aanbieders. Het Regionaal Transferpunt Salland voert hierin de regie. Waarbij we in West Brabant West de ambitie hebben dit gezamenlijk vanuit zorg en welzijn op te zetten. Zodat de mogelijkheden vanuit het sociaal domein beter benut worden en de zorgvraag kan afnemen.

Impact

Vanuit de triage krijgt de inwoners de best passende ondersteuning en zorg. Vanuit de triage wordt meer zorg afgewend naar het voorliggend veld. Vanuit triage wordt vaker een gezamenlijke ondersteuning van welzijn en zorg geboden, wat resulteert in een afname van de intensiteit van de benodigde zorg.

Tijdslijn/planning

2024 ontwikkeling, eerste start pilot. 2025 implementatie.

Betrokken organisaties

- Huisartsen
- Zorgpartijen
- Welzijnspartijen
- Wijkverpleging

Impact op anderen Burgers, zorgprofessionals, andere zorg-/welzijnsaanbieders

- Inwoners krijgen de best passende ondersteuning welke breder kan zijn dan sec de medische zorg.
- Professionals worden ontzien doordat er meer samenwerking mogelijk is.
- Professionals worden ontzien doordat er meer efficiënt geschakeld kan worden.

Benodigde randvoorwaarden

- De triage zelf vanuit IZA, de opvolging in voorliggend veld en/of medisch domein vanuit de bestaande middelen.
- Bekostiging
- Gegevensuitwisseling

Betrokkenheid burgers

Eigen regie voorop. De triage zoveel mogelijk in samenspraak met de inwoner.

Project 1.3: Uitrol proactieve zorgplanning (1/3) (Advanced Care Planning) en transmuraal palliatieve zorg

Probleemstelling

Het aantal ouderen met chronische ziekten stijgt. Evenals het aantal mensen dat gaat overlijden als gevolg van o.a chronische ziekte. Tussen 70-75 % overlijdt niet-onverwacht. De verwachting is dat de sterftcijfers in 2050-2055 met 31% toenemen t.o.v. 2019. Daarvan hebben naar schatting 106.000 mensen een zieketraject doorgemaakt voorafgaand aan het overlijden, waarbij palliatieve zorg mogelijk passend is geweest.

De regio West-Brabant wordt gekenmerkt door een lagere sociaaleconomische status en een grotere toename aan 65 en 75+'ers dan gemiddeld in Nederland. Hierdoor is er in de regio een hogere groei van het aantal chronisch zieken. De meeste mensen (68%) geven een voorkeur aan sterven in thuisomgeving. Niettemin sterft een aanzienlijk deel nog in het ziekenhuis, heeft te maken met heropnames dan wel een bezoek aan SEH of opname op IC. De piek van het aantal opnames zit in de laatste 30 dagen van iemands leven, hier ontbreken markering en/of signalering of iemand nog een opname wenst. Door tijdige inzet van proactieve zorgplanning en palliatieve zorg kan deze potentiële niet-passende zorg worden voorkomen. En sluiten we aan bij de eigen regie, de behoeften en wensen van mensen. (onderzoek gaande vanuit BRAVIS)

Ambitie IZA: Naar voren halen van het levensfase gesprek met de inwoner en naasten, het gesprek mag vroegtijdig plaatsvinden, enerzijds in een eerdere fase van de ziekte en anderzijds überhaupt als gesprek met ouderen. Daarnaast hebben we de ambitie om dit op te schalen in de gehele regio WBW.

Het wordt Proactieve zorgplanning genoemd en/of ACP: Advanced Care Planning).

Bron:

[1 op de 11 65-plussers heeft een ongeplande ziekenhuisopname \(vektis.nl\)](#)

[Met palliatieve zorg minder niet-passende zorg in de laatste levensmaand \(vektis.nl\)](#)

<https://www.gruux.com/minder-ic-opnames-copd-patienten-door-goede-palliatieve-zorg/>

Doelstelling

10%* minder opnames in het laatste levensjaar

- Advanced Care Planning breder uitrollen en tevens meer naar de voorkant, ook gaan inrichten door organisaties die in een vroeger stadium met inwoners in contact zijn.
- Realisatie van gezamenlijk transmuraal zorgpad palliatieve zorg.

Obv onderzoek project TAPA\$ van PZNL

Bron: [https://palliaweb.nl/getmedia/94a2647a-7f0a-49dd-8443-e67470aac44a/rapport_resultaten_TAPA\\$_def.pdf](https://palliaweb.nl/getmedia/94a2647a-7f0a-49dd-8443-e67470aac44a/rapport_resultaten_TAPA$_def.pdf)

Resultaten i.v.m. controle groep o.a.:

- 15% minder sterfte in ZHS
- 8% minder lange ziekenhuis opname
- 10% minder IC opname

Project 1.3: Uitrol proactieve zorgplanning (2/3) (Advanced Care Planning) en transmuraal palliatieve zorg

Doelgroep + omvang

- Patiënten met een chronische ziekte, afnemende gezondheidservaring, ziekte waarbij geen genezing meer mogelijk is (palliatieve zorg).
- Burger 65jaar en ouder (laagdrempelig gesprek over "de dag van morgen").
- Aanpassen inhoud én leeftijdsgrens op doelgroep (L)VB. Eigen zorgpad ontwikkelen.
- Chronisch zieken GGZ, tevens eigen zorgpad op maat.

Aanpak (hoofdpijnen)

- Implementatie proactieve zorgplanning en transmuraal zorgpad Palliatieve zorg loopt via netwerk palliatieve zorg. Van daaruit wordt gestart met alle partijen die daar lid van zijn (zie ook <https://netwerkpalliatievezorgbvt.nl/>), start voorzien januari 2024. De ambitie met de IZA middelen is om dit op te schalen en te implementeren via alle partners rondom VKO. Hierbij onderscheiden we de opschaling naar het gesprek in de begin fase van ziekten en tevens het gesprek überhaupt met ouderen. De inhoudelijke ontwikkelkosten hoeven niet meer te worden gemaakt, het betreft de implementatie kosten en doorontwikkeling.
- Verbinding met: Inmiddels ook een verband gelegd met het netwerk VKO (vroegsignalering kwetsbare ouderen). Dit om de beweging naar voren te realiseren. Ook het Dementienetwerk is aangesloten.
- We maken gebruik van bestaande kennis, o.a. het Brondocument: 'in gesprek met de burger' (Bron: Genero) Laagdrempelig in gesprek over de dag van morgen vraagt eerst een oriëntatie in de velden met gebruik van voorbeelden uit het land.
- Momenteel wordt er een 0-meting uitgevoerd onder betrokken professionals in de gehele regio op het gebied van ACP gesprekken, wordt Q3/4 2024 herhaald tbv monitoring bewustwording.

Impact

- Aansluiting actielijn 3 van de Transitietafel VVT rond Transmuraal werken.
- We beogen in eerste instantie minder opnames op de SEH en de HAP.
- Eerst organiseren dat de juiste zorg op de juiste plek komt.
- Vervolgens kunnen we specificeren waar er spraken kan zijn van afname van inzet.

Tijdslijn/ planning

Transmuraal palliatief zorgpad en proactieve zorgplanning.

- Ontwerp gereed Q4 2023
- Uitvoering start Q1 2024
- Evaluatie Q4 2024

2024 Voorbereiding initiatieven met burgers (65 jaar en ouder) laagdrempelig in gesprek over proactieve zorgplanning (VB [Genero](#)), 2025 realisatie eerste uitrol.

Project 1.3: Uitrol proactieve zorgplanning (3/3)

(Advanced Care Planning) en transmurale palliatieve zorg

Betrokken organisaties

- Netwerk palliatieve zorg
- Ziekenhuizen
- Huisartsen
- Thuiszorg
- VVT
- (L)VB
- Netwerk dementie
- Welzijnsorganisaties

Impact op anderen

Burgers, zorgprofessionals, andere zorg-/welzijnsaanbieders

- Burgers: toename eigen regie en sterven vaker op de plek van voorkeur.
- Zorgverleners ervaren meer tijd voor een (goed) gesprek met de patiënt en hebben beter zicht op de zorgvraag van de patiënten.
- Afname aantallen SEH en HAP, bijdrage werkdruk.
- Draagt bij aan verbeterde samenwerking van de transmurale partners: 0de – 1ste – 2de – 3de lijn.

Benodigde randvoorwaarden

Bekostiging:

- 2025 €50.000 opschaling, continu actuele scholing en ondersteuning (indien geen vervolg subsidie via NPZ. Eerste uitrol 2023 – 2024 toegekend via subsidie).
- € 30.000 Start en uitrol In gesprek met Burgers regio West West Brabant.
- Ambitie is om verder op te schalen en verder naar de voorkant te bewegen; hier is aparte investering voor nodig .

Gegevensuitwisseling:

- Gebruik huidige digitale voorzieningen en afspraken in regio over uitwisseling.

Betrokkenheid burgers

- Betreft inwoners en hun naasten, zij worden in regie gezet.
- BRAVIS panel is betrokken. PZNL, patiënten panel landelijk niveau.
- Idee: Zorgbelang inzetten naar de ambities toe.

Project 1.4: Reablement

Probleemstelling

Reablement en de preventie van zorg(uitbreiding) zijn belangrijke onderwerpen om de zorg toegankelijk en toekomstbestendig te houden. Hierbij moet er organisatie overstijgend gedacht worden en moet de aanpak vanuit de inwoner starten. We zetten in op preventie en het opnieuw aanleren van vaardigheden waarmee je zorg kunt afschalen.

Reablement => afnemen van zorg.
Preablement => voorkomen van zorg.

Ambitie: Opschalen van de goede initiatieven die er zijn. Specifiek zijn dit: *VanThuisUit* en *Bewegen met Aandacht*

Doelstelling

De doelstelling is om de toegankelijkheid en toekomstbestendigheid van de zorg te waarborgen door (het uitbreiden van) de noodzaak tot zorg te verminderen en de zelfredzaamheid van de cliënten te vergroten. Het uitgangspunt is dat preventiemaatregelen vóór het verlenen van zorg gaan.

Doelgroep + omvang

Kwetsbare ouderen met een leeftijd van 65+.

Aanpak (hoofddlijnen)

Er zijn vele manieren om dit toe te passen binnen de diverse onderdelen van de gezondheidszorg. In de ziekenhuizen wordt steeds meer ingezet op wat de patiënt en de sociale omgeving zelf kan en hoe ze dit vooraf kunnen versterken voordat de ingreep plaatsvindt. In de thuiszorg is steeds meer ervaring hoe de inwoner weer de vaardigheden zelf te laten beheersen. Dit vraagt een andere houding van de professionals. Er liggen kansen dit te versterken door de verbinding met welzijn en technologie toe te passen. Reablement sluit aan bij GALA: preventie vanuit gezondheid. Minder kwetsbare inwoners, een gezamenlijke verantwoordelijkheid van gemeenten en zorgverzekeraars. We gaan de goede initiatieven die er zijn zoveel mogelijk opschalen.

Impact

Impact uit het project VanThuisUit: nader te bepalen.
Impact uit het project TWB 'Bewegen met Aandacht':

- 60% minder valincidenten over 2022 (In Q1/2 zijn er 48 valincidenten gemeld en in Q3/4 18).
- 12% minder behoefte aan hulp bij getrainde cliënten.
- 11,2% verbetering fysieke capaciteit bij getrainde cliënten.
- Daling in zorginzet van 11% (2021 vs situatie week 40 2023).
- Vergroting werkplezier professionals.

Betrokken organisaties

- Thuiszorg
- Ziekenhuizen
- Welzijnsorganisatie
- VVT
- Fysiotherapie
- Voorliggend veld gericht op bewegen

Impact op anderen Burgers, zorgprofessionals, andere zorg-/ welzijnsaanbieders

Het doel is om ouderen te bevorderen in hun zelfstandigheid. Door preventie en reablement zal de fysieke capaciteit van de ouderen toenemen, waardoor de behoefte aan hulp afneemt en daarmee ook de gemiddelde zorgduur zal afnemen. Hierbij is het zaak de welzijnsorganisaties en het voorliggend veld te betrekken om ervoor te zorgen dat ouderen mogelijkheden hebben om te blijven bewegen na afronding van de diverse interventies.

Benodigde randvoorwaarden

Bekostiging:

- Preventie en reablement wordt nu gedekt uit de diverse subsidies maar moet structureel geborgd worden in de vergoedingen gezien het positieve effect op de keten.
- Goede samenwerking binnen de keten noodzakelijk, zodat de juiste interventies binnen de keten aangeboden kunnen worden op het juiste moment. Zo kan er ook goede voorlichting en educatie aan de cliënten worden geboden.
- Gezamenlijke verantwoordelijkheid is nodig voor de partners in de keten, inclusief de gemeenten en zorgverzekeraars.

Betrokkenheid burgers

Burgers worden getraind in fitheid, balans en kracht. Bij hen worden ervaringen en feedback opgehaald, waardoor continue verbeterd kan worden. Bovendien zullen mantelzorgers betrokken worden om de ouderen ook na de inzet van de diverse interventies in beweging te houden.

Project 1.5: Vroegsignalering Kwetsbare Ouderen (1/3)

Probleemstelling

De meeste ouderen zijn prima in staat om eigen regie te voeren over hun leven en daarmee die zelfstandigheid te behouden. Een deel van de ouderen lukt dat niet. We spreken dan over kwetsbaarheid of, zoals in de literatuur benoemd, over “frail”. Het Programma Langer Thuis (VWS) verklaart dat om kwetsbare ouderen goed te helpen, het belangrijk is om aan te sluiten bij hun behoeften en wensen, en bij wat iemand zelf kan. Dit sluit aan bij de visie op positieve gezondheid van Machteld Huber (2012), dat uitgaat van het vermogen van mensen om met de fysieke, emotionele en sociale levensuitdagingen om te gaan en zoveel mogelijk de eigen regie te voeren. Goede hulp- en zorgverlening aan zelfstandig thuiswonende ouderen draait om het bieden van persoonsgerichte, proactieve en multidisciplinaire zorg en ondersteuning. Tevens is aandacht nodig voor het versterken/ondersteunen van het netwerk en de invloed van de woon- en leefomgeving. De problemen die optreden als gevolg van kwetsbaarheid en dementie manifesteren zich op medisch, zorg en welzijnsvlak. Dit vraagt om een integrale en proactieve werkwijze vanuit diverse partijen op het gebied van behandeling, zorg, welzijn en wonen. Ook casefinding of vroegsignalering van kwetsbaarheid, periodieke screening op polyfarmacie en systematische functionele diagnostiek maken hiervan deel uit (LHV, 2009). In de zorg en ondersteuning voor kwetsbare ouderen in de eerste lijn vormt de huisartsenzorg de basis. De aanpak Vroegsignalering Kwetsbare ouderen en Opvolging (VKO) geeft de huisarts toegang tot specifieke geriatrische expertise en ondersteuning.

Het VKO model is een samenwerkingsmodel dat bij veel, maar nog niet bij alle huisartsenpraktijken in de regio Roosendaal en Bergen op Zoom wordt uitgevoerd. Het VKO model vraagt om continue uitwisseling van kennis en het delen van ervaringen om alle deelnemers volgens de laatste werkafspraken te laten samenwerken. Ook de verbinding met het sociaal domein behoeft versterking.

AMBITIE: OPSCHALEN, alle huisartsen nemen binnen 2 jaar deel (vanuit verzekeraar hebben alle huisartsen krijgen het product kwetsbare ouderen gefinancierd.)

De primaire doelstelling van VKO is dat de oudere zo lang mogelijk zelfstandig en op een verantwoorde wijze thuis kan blijven wonen met behoud van ervaren kwaliteit van leven.

In 2025 wordt bij alle huisartsen:

- Volgens het VKO model samengewerkt in de regio Roosendaal en Bergen op Zoom .
- In de MDO's de verbinding met het sociaal domein actief gemaakt doordat huisartsenpraktijken die werken met welzijn op recept deze medewerker aan laten sluiten bij het MDO VKO.
- Het product kwetsbare ouderen wordt voor alle deelnemende huisartsen vanuit de zorgverzekeraars (volgens de module ouderenzorg) gefinancierd vanaf 2025.

Doelstelling

De aanpak VKO richt zich op ouderen van 65 jaar en ouder. De actieve opsporing met behulp van case-finding vindt plaats bij ouderen van 75 jaar en ouder. Dit sluit aan bij de aanbeveling van de Gezondheidsraad om ouderen vanaf 75 jaar te screenen op (risicofactoren voor) kwetsbaarheid (LHV, 2009).

Aparte aandacht is hierbij nodig voor de doelgroep (L)VB die eerder kwetsbaarheid vanuit ouderdom ervaren en extra kwetsbaar zijn vanuit de combinatie.

Doelgroep + omvang

Project 1.5: Vroegsignalering Kwetsbare Ouderen (2/3)

Aanpak (hoofdpijnen)

De centrale regierol van de huisarts in de eerste lijn is elementair en vormt de basis in de zorg voor (kwetsbare) ouderen. Het samenhangend hulpverlenings- en zorgaanbod gaat uit van de centrale regiefunctie van de huisarts met betrekking tot de zorg en behandeling aan kwetsbare ouderen. Met huisartsenzorg wordt alle zorg bedoeld die vanuit de huisartsenpraktijk wordt geleverd door de mensen die daar werken. De aanpak Vroeg signalering en opvolging Kwetsbare Ouderen (VKO) geeft de huisarts toegang tot specifieke geriatrische expertise en ondersteuning.

- Selectie maken van huisartsen in regio die nog niet zijn aangesloten bij VKO. Met deze huisartsen wordt het gesprek gevoerd voor deelname aan VKO.
- Vanuit de VVT organisaties: SO's en geriatrisch verpleegkundige beschikbaar stellen.
- Er wordt een kernteam gevormd rondom de (mogelijk) kwetsbare oudere. Het kernteam bestaat uit de huisarts, de praktijkondersteuner (POH) en de Specialist Ouderengeneeskunde (SO). Het kernteam wordt aangevuld met een wijkverpleegkundige, casemanager dementie en/of geriatrisch verpleegkundige die naast de POH de rol van screener eerste lijn vervullen.
- Afhankelijk van de zorgvraag wordt het kernteam versterkt door een multidisciplinaire schil waar o.a. welzijn de verbinding kan maken tussen het medisch en sociale domein.
- Kennisdeling (thematisch) jaarlijks organiseren voor deelnemende huisartsen, POH' ers en betrokken verpleegkundigen waaronder casemanagers/ geriatrisch verpleegkundigen/ wijkverpleegkundigen.
- Er zijn mogelijkheden om het meer te verbinden ook met de beweegprogramma's vanuit gemeenten gericht op ouderen. Zoals koppeling met de buurtcoaches.
- Er is aparte aandacht nodig voor (L)VB.
- Er is aparte aandacht nodig voor etniciteit.

Impact

De samenwerkende organisaties stellen zich tot doel om gezamenlijk een preventieve en integrale aanpak voor kwetsbare ouderen te borgen. De zorg en ondersteuning moet vanuit de behoefte van de cliënt georganiseerd worden waarbij Eén cliënt één plan, De juiste zorg op de juiste plek (VWS 2018) en Samenwerken aan passende zorg (NZA/ZIN 2020) de landelijke projecten zijn waarin de noodzakelijke verbinding tussen het medische en het sociale domein over de financiële schotten heen is verwoord.

In 2016 is onderzoek gedaan naar de toegevoegde waarde van het integrale zorgprogramma VKO en opvolging in de eerste lijn. In het proefschrift 'integrale eerstelijnszorg voor thuiswonende kwetsbare ouderen' gaat Vestjens dieper in op een belangrijk doel van integrale zorg; de verbetering van de kwaliteit van de zorg. De bevindingen uit haar onderzoek laten zien dat proactieve, integrale zorg – die kenmerkend is voor het VKO-programma – een positief effect kan hebben op de kwaliteit van de eerstelijnszorg aan kwetsbare ouderen. Zorgprofessionals die volgens de VKO-benadering werken, zagen een aanzienlijke verbetering in de kwaliteit van de zorgverlening. Huisartsen zagen de noodzaak van proactieve opsporing van kwetsbare ouderen en multidisciplinaire samenwerkingsverbanden. In tijden van beleidshervormingen waarbij kwetsbare ouderen zo lang mogelijk zelfstandig thuis blijven wonen en ondersteund worden vanuit de eerste lijn, draagt integrale zorg zoals georganiseerd in het VKO-programma bij aan de voorbereiding op deze ontwikkelingen en de verbetering van de kwaliteit van zorg voor deze ouderen thuis.

Project 1.5: Vroegsignalering Kwetsbare Ouderen (3/3)

Tijdslijn/ planning

2024:

- Onderzoeken welke huisartsenpraktijken gemotiveerd zijn om aan te sluiten bij VKO (Door SO's?)
- VVT organisaties/ TWB onderzoeken de mogelijkheden voor voldoende (medische) capaciteit en continuïteit in de eerstelijns, alvorens gestart kan worden met uitbreiding VKO.
- Thematische scholingen / intervisie worden vanuit het netwerk VKO structureel georganiseerd voor de deelnemers om verbinding te houden met elkaars manier van werken maar ook om signalen / knelpunten sneller op te pakken en kennis over elkaars werkgebied te vergroten.
- Verbinding met welzijn : in gesprek met welzijn op recept om de samenwerking met VKO te concretiseren.
- ACP project verbinden aan VKO netwerk voor implementatie.

2025:

- Vraag van huisartsen die aansluiten bij VKO afstemmen met beschikbare capaciteit SO/ geriatrisch verpleegkundigen.
- Inrichten MDO's met welzijn medewerkers.

Betrokken organisaties

- Groenhuysen
- Huisartsen Coöperatie West-Brabant
- Surplus
- Thuiszorg West- Brabant
- Wijzijn
- WestWest
- tanteLouise

Impact op anderen

Burgers, zorgprofessionals, andere zorg- / welzijnsaanbieders

1. Een proactief en integraal samenwerkingsverband, waarbij de huisarts de regiefunctie vervult.
2. Het vroegtijdig signaleren van kwetsbaarheid en het opvolgen ervan.
3. Zelfmanagementvaardigheden en welzijn van kwetsbare ouderen optimaliseren en of verbeteren door o.a het versterken van bestaande steunsystemen.
4. (Her)opname in een ziekenhuis of instelling voor langdurige zorg voorkomen.

Benodigde randvoorwaarden

- De prestatie ouderenzorg is randvoorwaardelijk. Deze faciliteert de huisartsenpraktijk bij het bieden van multidisciplinaire, afgestemde en proactieve zorg aan kwetsbare ouderen met complexe problematiek in de thuissituatie. Het tarief is afhankelijk van het percentage 75+ patiënten in de huisartsenpraktijk. **(De zorgverzekeraar vergoed deze prestatie momenteel niet voor elke huisartsenpraktijk).**
- De inzet van de Specialist Ouderengeneeskunde voor consulten wordt vanaf 2020 als een aparte prestatie in de Zorgverzekeringswet, namelijk Geneeskundige Zorg voor Specifieke Patiëntgroepen (GZSP) gefinancierd. Deze zorg valt onder het eigen risico.
- De begeleiding door de screener middels de huisbezoeken (eerste screening en vervolgbezoeken) worden vanuit basispakket Zorgverzekeringswet en vanuit de Wet langdurige zorg gefinancierd.
- Vanuit de ZvW het gaat om een integrale bekostiging wijkverpleging waarvan casemanagement dementie onderdeel uitmaakt.
- Bij en nascholingen en intervisies worden nu niet bekostigd.

Betrokkenheid burgers

...de denkwijze van de zorgprofessional is gewijzigd van zorgen voor... naar zorgen dat.... Deze visie stimuleert de eigen regie, de zelfredzaamheid en het zelfmanagement van de oudere en zijn naaste. Het gaat nu om samenwerken met de oudere en zijn naaste om tot keuzes te komen die de oudere zelf maakt.

Project 1.6: Ketenaanpak Valpreventie (1/2)

Probleemstelling

Met de dubbele vergrijzing zijn valongevallen onder ouderen een toenemend probleem. Zo waren er in 2019 in totaal 1925 ziekenhuisopnamen na valongevallen onder 65-plussers in West-Brabant. Vallen veroorzaakt veel persoonlijk leed en druk op (mantel)zorg. Daarnaast heeft vallen grote gevolgen voor de zelfredzaamheid, langer thuis kunnen blijven wonen en de kwaliteit van leven. Ouderen zijn na een val vaak bang om weer te vallen. Daardoor gaan ze situaties en activiteiten vermijden. Dat zorgt voor een slechtere conditie (en groter valrisico), maar ook toename van bijvoorbeeld eenzaamheid. Naast de hiervoor genoemde gevolgen, nemen door vallen ook de maatschappelijke (zorg)kosten toe. De prognose van zorgkosten wordt geschat op €51,5 miljoen voor 2025 in de regio West-Brabant. Inzetten op valpreventie loont!

Doelstelling

Het opsporen van ouderen met een verhoogd valrisico, screenen op valrisicofactoren (valanalyse), aanbieden van interventies en doorstromen naar structureel beweegaanbod.

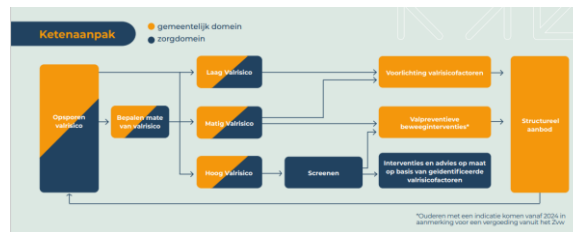
Doelgroep + omvang

65+ met een verhoogd valrisico. 3% van de West-Brabantse ouderen krijgt te maken een valincident in of rondom huis. De percentages valongevallen in of rondom huis per gemeente vind je [hier](#). Het valrisico van ouderen met een lage SES, hogere kwetsbaarheid (volgens de TFI) is hoger dan gemiddeld. Vrouwen vallen vaker dan mannen.

Aanpak (hoofdlijnen)

De aanpak bestaat uit 4 stappen:

1. Opsporen
2. Screenen
3. Aanbieden interventies
4. Structureel aanbod.



In de aanpak wordt gewerkt met gevalideerde screenings-instrumenten en interventies. Zie ook [Infographic ketenaanpak valpreventie.pdf \(veiligheid.nl\)](#)

Impact

De landelijke doelstelling in het GALA is dat per 2023 jaarlijks 14% van alle thuiswonende ouderen (65+) een risico-inschatting krijgen en dat jaarlijks 3% van alle thuiswonende ouderen, waarbij verhoogd valrisico is vastgesteld, een erkend valpreventief beweeginterventie volgt. Zie ook [VeiligheidNL Infographic Valongevallen 2022_V3](#) (o.a. cijfers per gemeente)

Tijdslijn/ planning

- Q1/Q2 2024 organiseren bijeenkomst Valpreventie West-Brabant West.
- Q3 2024 Inrichten stuurgroep met daarin informele domein (o.a. ouderen zelf/mantelzorgers), gemeentelijk domein (gemeenten/welzijn) en zorgdomein (huisartsen/paramedici/medisch specialist/apothekers)
- Q3/Q4 2024 Meerjarenactieplan

Project 1.6: Ketenaanpak Valpreventie (2/2)

Betrokken organisaties

- Huisartsengroepen
- Gemeenten
- Welzijnsorganisaties
- Zorgorganisaties
- Apothekers
- Paramedici
- Ouderen/inwoners organisaties

Impact op anderen

Burgers, zorgprofessionals,
andere zorg-/
welzijnsaanbieders

Impact op spoedeisende hulp: valongevallen zijn bij 65+-ers de grootste oorzaak van SEH-bezoeken

Benodigde randvoorwaarden

Bekostiging:

Verzekerde zorg: Het Zorginstituut heeft op verzoek van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport beoordeeld welke onderdelen van valpreventie onder te verzekeren zorg vallen. Hierbij ziet het Zorginstituut valpreventie als effectieve zorg voor ouderen met een hoog valrisico.

- Opsporing/valrisico-inschatting vallen al onder de verzekerde zorg voor ouderen wanneer deze onderdeel uitmaakt van een consult door een zorgprofessional. Ook de valanalyse valt onder de verzekerde zorg.
- Ook een deel van adviezen op maat zijn al verzekerde zorg. Vanaf 2024 vallen valpreventieve beweeginterventies ook onder verzekerde zorg voor ouderen met een verhoogd valrisico en onderliggend lijden die een dergelijke interventie onder leiding van een fysio- of oefentherapeut nodig hebben.

Bekostiging gemeenten (SPUK-GALA) Het opsporen van ouderen en het vaststellen van het valrisico;

Het voorlichten en ondersteunen van de mantelzorgers bij het opsporen en ondersteunen van ouderen met een verhoogd valrisico;

- Het aanbieden van erkende valpreventieve beweeginterventies.
- Het gedeeltelijk compenseren van ouderen die een woningaanpassing nodig hebben.
- Coördinatiekosten om de ketenaanpak binnen de gemeente in te richten, met ten minste zorgverzekeraars en relevante (zorg)professionals.
- Naast de ketenaanpak valpreventie is er ook ruimte voor het aanbieden van daarop aansluitende beweegactiviteiten voor 65-plussers die geen verhoogd valrisico hebben en het aanbieden van andere door het RIVM erkende valpreventieprogramma's.

Betrokkenheid burgers

Programma 2: Samen(werken) in de wijk

Vanuit een sterke sociale basis met elkaar zorgen dat ouderen langer thuis kunnen blijven en minder zorg nodig hebben. In verbinding met elkaar brengen van de goede initiatieven en deze opschalen.

- Project 2.1: Domeinoverstijgende wijkstructuur
- Project 2.2: Zorgzame buurten
- Project 2.3: Anders wonen en anders zorg

Project 2.1: Domein overstijgende wijkstructuur “Langer zelfstandig thuis” (1/3)

Probleemstelling

Binnen de WLZ heeft 66% in 2023 een langere wachttijd dan de treeknorm. In West Brabant stijgt het aantal cliënten in de wijkverpleging met 19% tot en met 2027. Het aantal gebruikers WMO stijgt met 8% naar 2027. Dit in samenhang met een groeiend tekort aan arbeidspotentieel en druk op de mantelzorgers. Deze uitgangspositie maakt dat we de zorg en ondersteuning anders moeten inrichten met elkaar, om de zorg toegankelijk en betaalbaar te houden.

We constateren dat de kwetsbaarheid in wijken toeneemt doordat de opnames ZZP4/VG3/VG4 veranderd zijn in ‘geen opname, tenzij...’ Daar waar inwoners vaak de verwachting hebben dat zij “recht hebben op een opname.” En zien we kleinschalige woonvoorzieningen waar mensen verblijven met een WLZ indicatie en gebruik maken de reguliere zorg en ondersteuning uit de wijk, daar waar deze hiertoe niet toereikend is en een groot beroep hierop doet. Dit vraagt om een domein overstijgende wijkstructuur, het bundelen en gericht inzetten van elkaars expertises.

Doelstelling

- Ouderen kunnen op hun reis naar ouder worden langer in de eigen leefomgeving blijven.
- Toename ervaren gezondheid en welbevinden (GGD gezondheidsmonitor, 0-meting 2020-2021), Leeftijd 60 jaar en ouder.
- Mantelzorgers worden ontlast.
- Optimale afstemming ven zorg en welzijn wat resulteert in een afname van zorg.

Doelgroep + omvang

Kwetsbare ouderen.

Aanpak (hoofdpijnen) (1/2)

Op wijkniveau wordt een integraal team ingericht. Met als kernfuncties de sociaal werker met expertise ouderen en de wijkverpleegkundige, in directe verbinding met de huisarts. De huisarts of verpleegkundige draagt een oudere aan, vervolgens wordt er vanuit het Sociaal werk samen met alle betrokkenen, informeel en formeel een plan gemaakt. Een plan op maat waarbij de oudere zoveel mogelijk in eigen regie blijft en de ondersteuning zo wordt ingericht dat het welbevinden stijgt of goed blijft en de zorg ingezet wordt die noodzakelijk is.

Door actief aanspraak te maken op eigen regie, versterken eigen kracht, het versterken van het netwerk en het benutten van krachten in de buurt, neemt de zorgvraag af, het welbevinden toe en kan de wijkverpleegkundige zich richten op de specifieke zorgtaken. Daar waar andere zorg nodig is kan dit o.a. via de huisarts ingezet worden.

Aandacht voor de rol van de apotheker die kan signaleren, ondersteunen in medicatievoorbereiding en kan adviseren bij demedicalisering.

Deze wijkstructuur zorgt voor verbinding tussen welzijn en zorg en is gericht op het organiseren van een aantal activiteiten die enkel door professionele inzet kunnen worden georganiseerd.

Project 2.1: Domein overstijgende wijkstructuur “Langer zelfstandig thuis” (2/3)

Aanpak (hoofdlijnen) (1/2)

Deze wijkstructuur bevat:

1. Structuren voor ontmoeting, dagbeleving en activering
 - Ontmoetingsplekken in de wijk voor ouderen en mantelzorgers, zowel fysiek als digitaal.
 - Mogelijkheden voor dagbeleving en activering die aansluit bij de behoefte en krachten van inwoners.
 - Kwalitatief goed leven voor mensen met dementie en hun naasten: ontmoeting stimuleren. Opschalen van de bestaande ontmoetingspunten en meer in verbinding brengen met andere voorliggende initiatieven. Er is meer behoefte aan ontmoeting. Nu moeten mensen veel reizen, lage frequentie. Door in nabijheid en een hogere frequentie, stijgt het bereik. Hoe beter de mantelzorgers ondersteund zijn hoe groter het effect op het uitstellen van de zorgvraag.
2. Afstemming, coördinatie
 - Verbinding tussen sociaal werk, wijkverpleging en huisarts (zie thema 6).
 - Sociaal arrangeren (business case beschikbaar: pilot sociaal arrangeren: Sterker sociaal werk, ZZG zorggroep, NEO Huisartsenzorg, Buurtzorg, de gemeente Nijmegen en Coöperatie VGZ
 - Case-management dementie?
 - Verbinding met project 1.2 Gezamenlijke triage.
3. Levensloop bestendig wonen
 - Verbinding met WoZo, daling verpleeghuisbedden (we moeten er in onze regio WB 1.400 in verdienen volgens regiobeeld).
 - Time-out/ logeerbedden.

De vorm volgt op de ontwikkeling van de samenwerking.

Impact

- Reductie wachtlijsten intramurale setting ouderen omdat mensen langer thuis kunnen blijven
- Minder afname zorg, ouderen met een (complexe)zorgvraag worden meer ondersteund vanuit het eigen netwerk en binnen het sociaal domein.
- Minder zorg, Betere zorg, doordat het maatwerk betreft en veel aandacht
- Business Case Sociaal arrangeren vanuit Lentl (Sterker)
- Inbreng actielijnen Transitietafel VVT

Tijdslijn/ planning

Opstart in 2024 en enkele wijken. Vanaf 2025 uitrollen over meerdere gemeenten en meerdere wijken.

Project 2.1: Domein overstijgende wijkstructuur “Langer zelfstandig thuis” (3/3)

Betrokken organisaties

- Thuiszorg
- Huisartsen
- Welzijnsorganisatie
- Inwoners
- zorgaanbieders, afhankelijk van de medische vraag in nabijheid georganiseerd

Impact op anderen

Burgers, zorgprofessionals, andere zorg-/welzijnsaanbieders

- Toename welbevinden
- Langer thuis
- Zorgprofessionals kunnen zich richten op de kerntaken doordat de andere vraagstukken op het leven ondervangen zijn

Benodigde randvoorwaarden

Bekostiging:

- Lumpsum financiering op wijkniveau.
- Bij indicatie loze dagbesteding kan efficiency worden behaald door Wmo, ZvW en WLZ gezamenlijk in te zetten.
- Bij apothekers zit de bekostiging op distributie en verstrekking en we willen naar advies en zorg.

Gegevensuitwisseling:

- De huisarts vraagt toestemming aan de inwoner. En de Sociaal Werker vraagt toestemming aan de inwoner.
- Professionals moeten op basis van eigen inzicht de collega uit het team in kunnen zetten. Zonder daarvoor eerst een systeemactie te moeten doorlopen. Snel en soepel acteren op basis van professie.

Betrokkenheid burgers

Iedere aanmelding van iedere oudere start bij het in kaart brengen van diens informele netwerk en het betrekken hiervan. Daarnaast wordt er aangesloten bij de activiteiten uit de sociale basis van de desbetreffende buurt. Waar aanspraak gemaakt kan worden om het bestaande netwerk aan vrijwilligers.

Raakvlakken met GALA / ROAZ / GGZ-plannen/ andere plannen

- De ketenaanpak Welzijn op Recept, regionale coördinatie vanuit de GGD.
- Raakvlak gecombineerde inzet GALA/IZA, waarbij gemeente afschaling voorliggend aan WOR gefinancierd wordt vanuit Wmo en ZvW medische opschaling gefinancierd wordt in het medische domein.

Project 2.2: Zorgzame buurten (1/4)

Probleemstelling

"Het oplossen van de toenemende zorgvraag is zeer complex. Hoe complexer hoe meer we de neiging hebben om te controleren, expliciteren en te reguleren. Maar gedeelde zorgen vragen om gedeeld leiderschap. Want er is een maatschappelijke noodzaak: we staan voor een grote transitieopgave die onze kwaliteit van bestaan raken. Er is een inhoudelijke noodzaak: dé oplossing bestaat niet, samen weten we meer. En er is zeker ook een politieke noodzaak: want als mensen structureel niet gehoord worden haken zij af. Doel: We moeten meer gezondheid realiseren met minder formele zorg. Er is een paradigmashift. Niet langer staan macht en aanzien instituties centraal, maar dat wat plaatsvindt tussen mensen: burgers en professionals. Het gaat om kwaliteit van (samen) leven en deze is groter dan kwaliteit van zorg. Het draait om de beleving en het functioneren van mensen in hun eigen context." Bron: Prof.dr. Wilma van der Scheer; bestuurlijk leiderschap bij transformaties, Erasmus.

Het behouden van eigen regie en eigen netwerk is waarvan we de mensen in de buurten meer bewuster moeten maken. Het creëren van een zorgzame buurt kost tijd en een lange adem. Het is een beweging die je op gang moet brengen met een heel duidelijk doel. Dat ouderen onderdeel willen en kunnen zijn van de wijk waar in men woont en daar op ieders eigen manier een bijdrage aan levert. Het informele netwerk zo groot en zo sterk mogelijk te maken en zoveel mogelijk als wenselijk in te zetten. Hierdoor kunnen we de inzet van het formele netwerk uitstellen of zelfs voorkomen.

Doelstelling

Buurten vanuit de kracht van inwoners zo organiseren zodat ouderen langer (zelfstandig) thuis kunnen blijven wonen. Verbinden van jong en oud waardoor er meer wederkerigheid ontstaat en buurtgenoten meer voor elkaar willen betekenen/zorgen. Het informele netwerk versterken en vergroten zodat er eerder gesignaleerd kan worden dat een buurtgenoot hulp nodig heeft op welk gebied dan ook. Dit leidt tot minder acute zorg en crisisopnames; je bent er op tijd bij. En hoe groter het informele netwerk hoe beter. Hierdoor kunnen we de inzet van het formele netwerk uitstellen of zelfs voorkomen.

Doelgroep + omvang

De hele buurt jong en oud is betrokken waarbij de doelgroep zowel de kwetsbare oudere is waar de focus op ligt voor 2023-2028 maar ook de doelgroep ouderen waarvan je wilt voorkomen dat ze kwetsbaar worden zodat we de zorgkloof die op zijn piek is in 2040 het hoofd kunnen bieden.

Project 2.2: Zorgzame buurten (2/4)

Daar waar project 2 de professionele ondersteuning inricht, zorgt project 3 voor de inrichting vanuit de samenleving.

Hoe kunnen we ervoor zorgen dat langer thuis wonen in een zorgzame buurt voor iedere oudere een positieve boodschap is die wordt omarmd en ook daadwerkelijk uitvoering krijgt? Er zijn veel vragen die we beantwoord willen hebben en uitvoering aan willen geven zodat ouderen, in hun eigen woonomgeving en met hun eigen netwerk, de regie houden en zelf de zorg organiseren die nodig is. Daar waar mogelijk kunnen zij hierdoor een actieve bijdrage leveren aan de gemeenschap waarin zij wonen. De gewenste situatie is veiligheid & vertrouwen, elkaar helpen en het formele netwerk alleen inschakelen als het nodig is.

De gekozen strategie voor dit project is dan ook Bottom Up. Kijken waar energie op zit en sturen op eigenaarschap. Hierbij sluiten we aan bij de wensen van de inwoners, te faciliteren waar nodig om zo te inspireren en inwoners bewust te maken van hun eigen rol voor nu en in de toekomst. Op deze manier ligt het proces en zeggenschap bij de buurtbewoner. Buurtwerk is maatwerk. Qua planning maken we gebruik van de 4 fases van Vilans in domein overstijgend werken die we inzetten na de oriëntatie fase:

- Initiatief nemen; commitment woon-welzijn en zorg partijen om hieraan een bijdrage te leveren en professionals voor vrij te maken. Onderzoek en analyse naar behoeften in de buurt, draagkracht in de buurt creëren.
- Experimenteren; opstarten zorgzame buurten vanuit buurtbewoners met professionals.
- Uitbouwen; zorgzame buurten volledige regie buurtbewoners.
- Verduurzamen; De samenwerkende partijen draagt zorg voor aanvragen subsidie landelijk, regionaal of op gemeentelijk niveau indien er financiële middelen nodig zijn.

Aanpak (hoofdpijnen)

Impact (1/2)

Deze manier van omgaan met elkaar en zorgen voor elkaar is een existentiële (gedrags- en cultuur)verandering. (Gedrags- en cultuur)veranderingen bij buurtbewoners en (buurt)professionals hebben tijd nodig. Het heeft effect op bestaande afspraken, omgangsvormen, gebruiken, manieren van dingen regelen en organiseren. Dit is complex en geeft (waarden)strijd. "twee paradigma's strijden om voorrang: de paradigma van de maakbaarheid versus de paradigma van de meervoudigheid, zie afbeelding:

| Maakbaarheid | Meervoudigheid |
|---------------------------------------|---|
| Tegenstellingen opheffen en beslissen | Tegenstellingen werkbaar maken; de schoonheid van het compromis |
| Resultaten boeken | Wikken en wegen |
| Feiten spreken voor zichzelf | Feiten moeten aan het spreken gebracht worden (bemiddelen) |
| Onmiddellijkheid | Ruimte voor reflectie |
| Problemen in termen van oplossingen | Zoekstrategieën |
| Controle en transparantie | Leren en verbeteren |
| Samenhang en integraliteit | Fragmentatie en contextualiteit |
| Verantwoordelijkheden verdelen | Verantwoordelijkheden delen |
| Hiërarchisch leiderschap | Horizontaal leiderschap |

Project 2.2: Zorgzame buurten (3/4)

Impact (2/2)

- **Benut variëteit:** vraagt meervoudigheid omarmen
- **Uitkomsten loslaten:** vraagt verdragen van niet-weten
- **Persoonlijk maken:** in de eigen geraaktheid ligt het aangrijpingspunt voor verandering en de paradox van de gedeelde opgave
- **Ruimte maken:** vraagt (collectieve) betrokkenheid, vraagt bescheidenheid
- **Delen:** om resonantie te doen ontstaan.

Bron: Prof.dr. Wilma van der Scheer

Minder zorg

Vergoten en versterken informeel netwerk leidt tot uitstellen of zelfs niet inzetten van formele zorg

Betere zorg

Meer verbinding en wederkerigheid in de buurt onderling en met buurtprofessionals leidt tot meer begrip, samenhang, maatwerk en daardoor betere zorg indien nodig.

Wat de impact is van een zorgzame buurt? Het is op de korte termijn alleen te 'meten' door ervaringsverhalen op te halen (persoonlijk maken) en dat de vraag (heeft het creëren van de zorgzame buurt u wat gebracht op het gebied van wonen, zorg en welzijn? Het kan worden meegenomen in grotere onderzoeken doe worden uitgezet bijvoorbeeld door een gemeente. Absolute cijfers zijn lastig; in een buurt gebeuren meer dingen die effect kunnen hebben om de leefomstandigheden van een buurt en zijn buurtbewoners. Als je naar de drie pijlers kijkt dan levert het minder zorg op en betere zorg omdat de inzet van een zorgzame buurt het welzijn van de mens vergoot. Men ervaart meer gezondheid, betrokkenheid, de wederkerigheid is toegenomen, men luistert naar elkaar, iedereen neemt zijn verantwoordelijkheid en formele zorg wordt alleen ingezet als dat écht nodig is.

Waarom lokale gemeenschapsvorming? In zorgzame en duurzame buurten waar mensen elkaar kennen, zetten buurtbewoners zich in om gemeentelijke of zelfs globale problematieken kleinschalig aan te pakken. Lokale gemeenschapsvorming is daarom een investering in:

- **Welzijn:** Er bestaat een robuust verband tussen de sterkte van het sociaal weefsel, en zowel het psychosociaal als fysiek welzijn. In buurten van de toekomst zorgen bewoners voor elkaar door een oogje in het zeil te houden, sociale steun te bieden en informele hulp te verlenen. Ook hulpbehoevendenden merken dat ze heel wat te bieden hebben en treden uit hun rol als hulpvragers. Ouderen wonen langer zelfstandig en sociaal isolement wordt actief vanuit de gemeenschap tegengegaan.
- **Veiligheid:** Verschillende studies tonen een sterk verband tussen gemeenschapsgevoel en veiligheidsgevoel aan. In buurten van de toekomst houden bewoners een oogje in het zeil. Ze houden elkaar op de hoogte bij verdachte activiteit en schakelen elkaar in bij een noodgeval.
- **Burgerparticipatie:** Kenmerkend voor buurten met een sterk gemeenschapsgevoel is de welwillendheid van bewoners om zich in te zetten voor het collectieve goed van de buurt. In buurten van de toekomst voelen bewoners zich dan ook betrokken bij de gemeenschap en het lokale beleid. Ze nemen vaker zelf initiatief, bieden zich sneller aan als vrijwilliger en nemen vaker deel aan projecten van bureaus, organisaties en overheid.
Bron: 'Buurt van de toekomst' / Whitepaper Hoplr
- Aansluiting actielijn 2 van de Transitietafel VVT rond zorgzame samenleving.
- Rapport van Movisie over Zorgzame Buurten: BC Movisie.

Tijdslijn/ planning

Vanuit project Roosendaal Oud West kun je een tijdslijn/planning aanhouden van maximaal 2 jaar; bekeken vanuit de verschillende fases:

- Fase 0 Oriëntatie/voorbereiding januari – maart 2024
- Fase 1 initiatief nemen april – augustus 2024
- Fase 2 experimenteren september – februari 2025
- Fase 3 uitbouwen maart – juni 2025
- Fase 4 verduurzamen juli – oktober 2025
- Fase x onvoorzien / vertraging / uitloop november – december 2025

We beogen in iedere gemeente de start van minimaal één initiatief in 2024. Optie vanuit Groenhuysen: deelproject Vallei de Brink (Roosendaal) als pilot.

Project 2.2: Zorgzame buurten (4/4)

Betrokken organisaties

- De inwoners
- De buurt en de wijk
- De welzijnsorganisaties
- Woningbouw
- Zorg in nabijheid voor op en afschalen indien nodig

Impact op anderen

Burgers, zorgprofessionals, andere zorg-/ welzijnsaanbieders

"Dit vraagt om re-professionalisering; Het omdraaien van de professionele piramide: het startpunt ligt bij de buurtbewoner en zijn naaste. Waardering van de holistische blik naast de klinische blik. Generalistische kennis wordt meer ingezet en specialistische kennis alleen daar waar nodig is. Erken het belang van sociale kennis van personen en hun omgeving. De buurtbewoner is kennisdrager en expert op eigen gezondheid en leven." Bron: Prof.dr. Wilma van der Scheer; bestuurlijk leiderschap bij transformaties; Erasmus.

Er dient ruimte te zijn om deze veranderingen in gedrag, cultuur en samenzijn op ieder niveau in de samenleving te bespreken. Belangrijk is om alle betrokkenen in de buurt te informeren en te betrekken. Dit kan bij de start al gedaan worden door te werken met een buurtanalyse van het informele en formele netwerk. Het is aan de betrokkenen zelf of zij betrokken willen zijn of dat het afdoende is dat zij worden geïnformeerd.

Benodigde randvoorwaarden

Bekostiging: per zorgzame buurt: raming 150.000 per projectjaar per project. Daarnaast gebruik makend van bestaande voorzieningen voorliggend veld en bestaande voorzieningen medisch domein. Laat financiering niet een sta in de weg zijn. Bron: *Zorgzame Buurten rapport Movisie* <https://socialevraagstukken.b-cdn.net/wp-content/uploads/2023/05/Zorgzame-buurten.pdf>

Overig:

- Het vermogen en de intentie in gesprek te gaan vanuit gelijkwaardigheid.
- Responsiviteit: openstaan voor wederzijdse beïnvloeding en voor wederkerigheid.
- Kunnen omgaan met en verdragen van de imperfecties in de samenwerking.
- Investeren in competenties van betrokkenen zoals benodigde zelfbewustzijn, zelfvertrouwen en dialoogvaardigheden, om zo tot andere productieve omgangsvormen te komen.
- Het vermogen de onzekerheid en complexiteit te verduren waarmee gedeeld leiderschap gepaard gaat.
Bron: Prof.dr. Wilma van der Scheer
- Betrek burger.s
- Denk in kansen, niet in problemen.
- Denk integraal en in maatschappelijke waarde.
- Laat ruimte in de verantwoording.
- Laat financiering niet een sta in de weg zijn.
Bron: *Zorgzame Buurten rapport Movisie* <https://socialevraagstukken.b-cdn.net/wp-content/uploads/2023/05/Zorgzame-buurten.pdf>

Betrokkenheid burgers

...het project is Bottom Up: zonder burgers geen project. Zij bepalen wat zij nodig hebben voor een zorgzame buurt; vragen die gesteld moet worden zijn: wat heb jij nodig van jouw buurt om langer zorgeloos thuis te wonen? Wat heb jij nodig van jouw buurt om de zorg voor je ouders die langer zelfstandig thuis wonen goed te kunnen blijven managen? Wat heb jij nodig om in verbinding te blijven met je buurt zodat je elkaar kunt vinden? Hoe kun jij bijdragen aan de buurt zodat iedereen prettiger langer en met meer samenhang hier kan wonen?

De betrokkenheid van de burgers is dus essentieel voor het slagen van dit project.

Project 2.3: Anders wonen en anders zorgen

Probleemstelling

De opdracht om het mogelijk te maken dat ouderen langer thuis kunnen blijven wonen en de zorgvraag afneemt vraagt om een paradigmashift. Een andere kijk op wonen en zorgen.

Doelstelling

Door wonen, welzijn en zorg slim te combineren en anders in te richten bereiken we:

- Meer mensen langer thuis
- Afname van zorg
- Toename van welbevinden

Doelgroep + omvang

Bewust de gehele woongemeenschap, dragende én vragende inwoners.

Aanpak (hoofddijnen)

Door de kracht van de gemeenschap aan te boren, kunnen de doelstellingen bereikt worden. Waar met project 2.2 de sociale infrastructuur gebouwd wordt, en in project 2.1 de professionele ondersteuningsstructuur wordt weggelegd. Zorgen we met dit project dat ook de fysieke inrichting faciliterend is aan de noodzakelijke beweging. Op zoek naar alternatieve woonvormen zoals bijvoorbeeld gemengd wonen en Volledig Pakket Thuis integreren in de wijk.

Impact

- Ouderen langer thuis
- Toename welbevinden
- Afname zorg doordat de buurt meer ondervangt
- Intensieve samenwerking sociaal domein en medisch domein in de nabijheid.

Tijdslijn/planning

Bij ieder nieuw bouwproject en/of renovatieproject vanuit dit nieuwe principe het projectplan bezien.



Betrokken organisaties

- Gemeenten
- Woningbouw
- Welzijnsorganisaties
- Thuiszorg
- VVT

Impact op anderen Burgers, zorgprofessionals, andere zorg-/ welzijnsaanbieders

- Draagt bij aan gemeenschapsvorming
- Draagt bij aan welbevinden
- Draagt bij aan werkplezier

Benodigde randvoorwaarden

- Bekostiging: over domeinen sociaal en medisch heen.
- Verbinding met WoZo.

Betrokkenheid burgers

- Per project in te richten

Programma 3: Mantelzorgversterking

Met elkaar de mantelzorger koesteren en zo ondersteunen dat de zorgvraag afneemt én de mantelzorger zelf vitaal blijft.

- Project 3.1: Opschalen, volume vergoten Mantelzorgondersteuning
- Project 3.2: Zorgvaardigheden aanleren bij de mantelzorgers
- Project 3.3: Respijtovereenkomst
- Project 3.4: Met innovatie op digitalisering de mantelzorgers verder ontlasten

Project 3.1: Mantelzorgondersteuning (1/2)

Probleemstelling

De druk op mantelzorgers stijgt en hun rol wordt groter, het belang dat de mantelzorgers zelf vitaal blijven en niet overbelast raken is zeer groot. Zodra de mantelzorger het niet meer aan kan wordt het beroep op de zorg per direct groot. Het overstijgt het lokale beleid, een mantelzorger woont in de ene gemeente terwijl degene waarvoor hij zorgt goed in een andere kan wonen. En gekoppeld aan de zorgaanbieders die hebben een regionale functie. We staan er vanuit welzijn en zorg gezamenlijk voor aan de lat, voor de gehele regio. Door regionaal hierin op te trekken vergroten we de slagkracht met elkaar, zorgen we dat de zorgvraag afneemt en de mantelzorger vitaal blijft. Mantelzorgondersteuning draagt direct bij aan de arbeidsmarktproblematiek, dit gaat door alle thema's heen. Buiten de arbeidsmarktproblematiek om is specifieke inzet op het verstevigen van mantelzorgondersteuning als geheel nodig. Wanneer de mantelzorgers omvallen is het beroep op de zorg direct groter. Dit loopt door alle thema's heen, ook bij andere doelgroepen zijn mantelzorgers van wezenlijk belang. Doordat steeds meer kwetsbare ouderen thuis blijven, is er in de toekomst steeds meer draagkracht ook thuis nodig.

Doelstelling

Aansluiten bij wat er loopt. Meer verbinden met de bestaande mantelzorg initiatieven. Bekendheid geven aan wat er al is.

Speerpunten voor mantelzorg:

1. Opschalen, volume vergoten Mantelzorgondersteuning
2. Zorgvaardigheden aanleren bij de mantelzorgers
3. Respijtovervoering
4. Met innovatie op digitalisering de mantelzorgers verder ontlasten

We zetten als regio in op het aanleren van vaardigheden aan de mantelzorger zodoende minder inzet van zorg nodig te hebben. Echter kan dit niet zonder er met zorg voor te dragen dat deze mantelzorgers niet overbelast raken. Hiervoor is het nodig dat de huidige mantelzorgondersteuning wordt opgeschaald, er respijtovervoeringen komen en vanuit innovatie en digitalisering mantelzorgers verder ontlast worden.

Doelgroep + omvang

Inwoners in de regio die mantelzorger zijn voor een naaste of bekende.

Landelijk is bekend <https://www.mantelzorg.nl/onderwerpen/mantelzorg/hoeveel-mantelzorgers-zijn-er-in-nederland/>

- 1 op de 3 Nederlanders van 16 jaar en ouder gaven in 2019 mantelzorg, dit zijn circa 5 miljoen mantelzorgers
- 830.000 mantelzorgers geven zowel langdurig (meer dan 3 maanden) als intensief (meer dan 8 uur per week) hulp
- 9,1% van de mantelzorgers voelt zich zwaar belast (460.000 mantelzorgers)
- Ongeveer 5 op de 6 mantelzorgers geniet van de leuke momenten van het zorgen
- 1 op de 4 werknemers combineert betaald werk met mantelzorg

Slechts klein deel is bekend/geregistreerd bij lokale mantelzorgondersteuning. Daarnaast weten we dat groep mantelzorgers het prima zelf kan (in balans en met ondersteuning, weten de weg te vinden) maar er is ook deel die dat niet kan en pas laat aan de bel zal trekken.

Project 3.1: Mantelzorgondersteuning (2/2)

Aanpak (hoofdpijnen)

Breed commitment rondom mantelzorg is nodig. Een mantelzorgakkoord kan goede samenwerking met en rondom kwetsbare inwoners en hun mantelzorgers verankeren in een aanpak. Een akkoord ondertekend door betrokken partijen met heldere maatregelen zorgt ervoor dat de krachten worden gebundeld en lange termijn afspraken worden gecombineerd met innovatieve quick wins, bijvoorbeeld op het gebied van respijtzorg, kennisoverdracht, stimulering van mantelzorg, ondersteuningspunten, en de training professionals. Het uitgangspunt is dat ieder een steentje bijdraagt, waarbij een zakelijke aanpak wordt gehanteerd. Deze bundeling van energie leidt tot een structurele verbetering van de situatie voor mantelzorgers. Ook voor zorg- en welzijnsprofessionals levert dit winst op doordat de samenwerking met de mantelzorgers goed ingebed is.

Daarnaast blijft inzetten op bewustwording van en mantelzorg bespreekbaar kunnen maken door professionals noodzakelijk. De e-learning gemaakt door mantelzorg Brabantse wal is een mooi voorbeeld hoe dat kan.

Ook is er behoefte aan een goed communicatiemiddel voor mantelzorgers om met alle betrokken naasten, vrijwilligers en of professionals te kunnen communiceren.

Dementienetwerk 'werkgroep mantelzorgondersteuning'. Cursussen en trainingen voor mantelzorgers zorg en dementie

Impact

Als de mantelzorg het niet meer aankan wordt de zorgvraag per direct zeer groot. De impact is enorm op het uitstellen of niet hoeven inzetten van zorg.

Tijdslijn/ planning

Betrokken organisaties

Impact op anderen Burgers, zorgprofessionals, andere zorg-/ welzijnsaanbieders

Benodigde randvoorwaarden

Betrokkenheid burgers

Bestaande initiatieven kunnen per direct opgeschaald worden.


- Gemeenten
- Welzijnsorganisaties
- Thuiszorgorganisaties
- VVT
- Ziekenhuizen
- GGZ

- Bekostiging
- Gegevensuitwisseling

Project 3.2: Academie voor patiënten en naasten

| | | | | | | | | | |
|-----------------------------|--|--|--|--------------------|--|----------------------|---|--------------------|----------------------------|
| Probleemstelling | <p>Op 21 en 22 september hebben 5 deelnemers van TWB, Groenhuysen, tanteLouise en Bravis deelgenomen aan het ontwikkelprogramma Academie voor patiënt en mantelzorg bij het Maastricht UMC.</p> <p>Door mantelzorgers zorghandelingen aan te leren kan er direct minder zorg ingezet worden.</p> | Betrokken organisaties | <ul style="list-style-type: none"> - TWB - GroenHuysen - tanteLouise - Bravis Ziekenhuis | | | | | | |
| Doelstelling | <p>De academie voor patiënt en mantelzorg is opgericht om patiënten en naasten optimaal te ondersteunen bij het zelf voeren van de regie over hun zorg en gezondheid. Daarnaast beoogt de academie voor patiënt en mantelzorg waarde te creëren: toegenomen gezondheid als gevolg van het zelfstandig uitvoeren van zelfmanagementtaken op een passende en veilige manier, waarmee thuiszorgaanvragen voorkomen worden, ziekenhuisopnamen worden verkort en zorgpersoneel werkdrukverlichting ervaart en op duurzame wijze wordt ingezet.</p> | Impact op anderen | <p>Grote impact op mantelzorgers.</p> | | | | | | |
| Doelgroep + omvang | <p>Voor mantelzorgers en naasten van patiënten</p> | <p>Burgers, zorgprofessionals, andere zorg-/welzijnsaanbieders</p> | | | | | | | |
| Aanpak (hoofdpijnen) | <p>De academie voor patiënt en mantelzorg biedt vrijblijvende instructiemomenten, begeleidingssessies en educatieprogramma's aan voor patiënten en hun naasten. Deze activiteiten worden onderverdeeld in drie categorieën:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Instructie van verpleegtechnische handelingen 2. Begeleidingssessies ten behoeve van e-health competenties 3. Educatieprogramma's voor het leven met een chronische ziekte | Benodigde randvoorwaarden | <p>Investeren in de mantelzorgondersteuning om te voorkomen dat de mantelzorg overbelast raakt. Cruciale verbinding met 3.1.</p> | | | | | | |
| Impact | <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="background-color: #800040; color: white; padding: 5px;">Minder zorg</td> <td style="padding: 5px;">Minder zorg doordat de mantelzorg formele zorg overneemt</td> </tr> <tr> <td style="background-color: #C06080; color: white; padding: 5px;">Slimmere zorg</td> <td style="padding: 5px;">X</td> </tr> <tr> <td style="background-color: #D04040; color: white; padding: 5px;">Betere zorg</td> <td style="padding: 5px;">Dichter bij de mens thuis.</td> </tr> </table> | | | Minder zorg | Minder zorg doordat de mantelzorg formele zorg overneemt | Slimmere zorg | X | Betere zorg | Dichter bij de mens thuis. |
| Minder zorg | Minder zorg doordat de mantelzorg formele zorg overneemt | | | | | | | | |
| Slimmere zorg | X | | | | | | | | |
| Betere zorg | Dichter bij de mens thuis. | | | | | | | | |

Project 3.3: Respijtvorziening

| | | | |
|-----------------------------|--|---|--|
| Probleemstelling | Voldoende Respijtvorziening ontbreekt in deze regio. | Betrokken organisaties | |
| Doelstelling | | | |
| Doelgroep + omvang | | | |
| Aanpak (hoofddijnen) | Preventief inzetten op ontlasting mantelzorgers kan afhankelijk van de situatie bijdragen aan het langer thuis kunnen blijven wonen. Een logeervoorziening waardoor de mantelzorger gewoon in eigen huis kan blijven en moment voor zichzelf kan nemen. En degene waarvoor gezorgd wordt, krijgt passende ondersteuning op locatie met inzet van vrijwilligers als ook waar nodig ondersteuning van de eigen thuiszorgorganisatie. Logeerhuis a la Kapstok in Venray is een mooi voorbeeld maar vraagt investering voor meerdere jaren en stevig team van vrijwilligers. Verbinden met optimalisatie van Eerstelijnsverblijf (ELV). | Impact op anderen Burgers, zorgprofessionals, andere zorg-/welzijnsaanbieders | |
| Impact | Alternatieve woonvormen mede ihkv VPT, samen met WoZo  Minder zorg Slimmere zorg Betere zorg | Benodigde randvoorwaarden | - Bekostiging: ... - Gegevensuitwisseling: ... - ... |
| Tijdslijn/planning | | Betrokkenheid burgers | ... |

Project 3.4: Digitalisering en technologie

| | | | |
|-----------------------------|---|---|--|
| Probleemstelling | Mantelzorgers kunnen ontlast worden door digitalisering en technologie. Hier wordt nog heel weinig gebruik van gemaakt. | Tijdslijn/ planning | |
| Doelstelling | <ul style="list-style-type: none">• OZO verbindzorg digitalisering om Voorkomen dat je het medisch vlak intrekt. Leg het accent op de sociale kant. (VIP-live medisch ingestoken en regie bij de huisarts).• Digitale dagbesteding.• LVB en dementie digitalisering kan werken als je het eenvoudiger maakt.• Algemeen: De welzijnsaspecten van mantelzorgondersteuning kijken. En hoe sluit dit aan tot het medisch domein. Ambitie wat we in de regio kunnen betekenen.• Leefstijlmonitoring. Signaalfunctie voor het medische domein. Past in de triage tool. Raakt ook spoedzorg keten met digitale triage. | Betrokken organisaties | |
| Doelgroep + omvang | | Impact op anderen Burgers, zorgprofessionals, andere zorg-/welzijnsaanbieders | |
| Aanpak (hoofdpijnen) | <ul style="list-style-type: none">• Onderzoeken mogelijkheden digitale dagbesteding. Als aanvullend instrument op dagbesteding waar ontmoeting centraal staat. Ondersteunend bij toeleiding naar dagbesteding en een alternatief voor de digivaardige doelgroep met andere behoeften. Naar voorbeeld uit Drenthe (info TL Natascha).• Dementienetwerk heeft een 'werkgroep innovatie'. Digitalisering staat in de kinderschoenen, kan nog veel winst in behaalt worden.• De e-learning gemaakt door mantelzorg Brabantse wal is een mooi voorbeeld. | Benodigde randvoorwaarden | <ul style="list-style-type: none">• Bekostiging: ...• Gegevensuitwisseling: ...• ... |
| Impact | | Betrokkenheid burgers | |

Good practices Kwetsbare ouderen nu en in de toekomst

| | | |
|--|--|----------|
| Good Practice 1.1 WOR | Beschrijving | |
| Welzijn op Recept | <i>Betrokken: Gemeente Roosendaal, HCWB, Gemeente Bergen op Zoom, Woensdrecht HC de Eendracht, WijZijn, MEE.</i> | |
| Good Practice 1.3 ACP | Beschrijving | |
| Proactieve zorgplanning | Uitrol proactieve zorgplanning in Bravis is in 2023 gestart binnen 5 vakgroepen. <i>Betrokken: Bravis</i> | |
| Good Practice 1.4 Reablement & 2.1 Langer zelfstandig thuis | Beschrijving | |
| VanThuisUit | <p>VanThuisUit is een vernieuwend 'totaalzorgconcept' tussen thuis en verpleeghuis. Ouderenzorgorganisatie tanteLouise en CZ zorgkantoor ontwikkelden dit concept. Een unieke combinatie van een locatie (een ontmoetingsplek in de wijk met onder meer een veelzijdig Dag en Doe-centrum). Bovendien: een programmering door professionele medewerkers, gericht op ondersteuning van ouderen thuis, in de eigen omgeving. Vanuit het Dag en Doe-centrum op de locatie van VanThuisUit, bieden medewerkers recreatieve dagbestedingsactiviteiten aan die op alle aspecten van 'positieve gezondheid' het lichaam en de geest van de deelnemers prikkelen. En die hen stimuleren om iedere dag opnieuw zelf de regie over (de kleine dingen van) hun leven te nemen en het maximale uit hun mogelijkheden te halen.</p> <p>De doelstelling van VanThuisUit is om ouderen te helpen de regie over het leven zoveel mogelijk in eigen hand te houden en hen te ondersteunen bij het leiden van een zo zelfstandig, vrij, betekenisvol en plezierig mogelijk leven.</p> <p>VanThuisUit richt zich primair op kwetsbare ouderen (en hun mantelzorgers) die thuis willen blijven wonen en de gang naar een verpleeghuis zo lang mogelijk willen uitstellen, maar wel steeds meer (hoog-complexe) zorg en ondersteuning nodig hebben. Meestal ouderen met meerdere chronische ziekten en psychische en/of somatische achteruitgang.</p> <p>VanThuisUit neemt de behoeften en wensen van ouderen (en eventueel hun mantelzorgers) zelf als vertrekpunt voor het aanbieden van eventuele zorg en ondersteuning. Niet: "Dit heeft u nu aan zorg nodig", maar "Wat zou u helpen om langer zelfstandig te blijven?"</p> <p><i>Betrokken: CZ, tanteLouise</i></p> | |
| Doelgroep + omvang | Verwachte impact | Looptijd |
| VanThuisUit is dé plek voor ouderen die het liefst zo lang mogelijk thuis willen blijven wonen, maar daar door beginnende dementie of lichamelijke beperkingen steeds meer moeite mee krijgen. | Uitgaan van wat ouderen wél zelf kunnen doen en als dat niet lukt, daarbij ondersteunen. Zo geven we de regie zoveel mogelijk in eigen hand én stimuleren we hen om zo lang mogelijk thuis het leven te vieren dat het beste bij hen past. | 2024 |

Good practices Kwetsbare ouderen nu en in de toekomst

| Good Practice 1.4 Reablement | Beschrijving |
|--------------------------------|---|
| Project 'Bewegen met Aandacht' | <p>TWB is eind 2021 gestart met het project 'Bewegen met Aandacht'. Hierbij wordt er gebruikgemaakt van het platform, de app en de trainingmethode van DigiRehab. De vaste zorgmedewerkers trainen met onze cliënten gedurende 12 weken, 2 x 20 minuten per week aan balans, conditie en kracht. In de tool wordt de ondersteuningsbehoefte van de cliënt geregistreerd, worden instructievideo's van de beweegoefeningen getoond en wordt het effect van de training op de fysieke gesteldheid en functioneren van de cliënt gemeten. De cliënt ontvangt hierbij een gevarieerd en op maat gemaakt trainingsprogramma. Over het algemeen zien we positieve effecten zoals een verbeterde fysieke capaciteit van de deelnemende cliënten en een verlaagde behoefte aan hulp. Ook de zorgmedewerker haalt meer voldoening uit het werk en voelt zich energieke en vitaler.</p> <p>TWB neemt ook deel aan het internationale Precaise onderzoek. Hierbij wordt er gewerkt aan een doorontwikkeling van bovengenoemde app. Dit onderzoek zet zich in om een tool te ontwikkelen die vroegtijdig kan worden ingezet om valpreventie in een eerder stadium aan te pakken.</p> <p>Bij TWB zetten we deze applicatie, DigiPrehab, in bij cliënten die huishoudelijke ondersteuning ontvangen. De hulp bij het huishouden kan hierbij op een laagdrempelige en verantwoorde manier aan de slag om met cliënten te werken aan balans, conditie en kracht. Ook in deze versie van de applicatie wordt de fysieke capaciteit en behoefte aan hulp van de cliënt gescreend, en wordt een trainingsprogramma op maat gecreëerd met bijhorende instructievideo's van de beweegoefeningen. Gedurende het programma wordt ook hier het effect van de trainingen gemeten.</p> <p>Het doel is om binnen 2 jaar internationaal een datagestuurd beslissingsondersteunend systeem (mede) te ontwikkelen én dit binnen TWB vanuit het sociale domein te implementeren zodat het risico op vallen nauwkeurig wordt ingeschat én preventieve gerichte interventies worden aangeboden.</p> <p>De inzet dusver is erg succesvol gebleken. Door de 1 op 1 begeleiding ervoerde de HbH-collega veel meer werkplezier en door de training voelden de cliënten zich een stuk sterker en fitter. In Q3 gaan we verder met het ontwikkelen van deze tool en een grotere doelgroep bedienen om meer uitspraken te kunnen doen over resultaten. Hiernaast draagt ook het project 'Zelf' bij aan preventie en reablement, in de vorm van een training voor onze collega's. Collega's leren hierbij op een interactieve en leuke manier hoe ze cliënten optimaal kunnen stimuleren in hun beweging, dagelijkse activiteiten en zelfredzaamheid. 'Bewustwording eigen gedrag' is hierbij het uitgangspunt.</p> <p><i>Betrokken: TWB</i></p> |

Good practices Kwetsbare ouderen nu en in de toekomst

| Good Practice 2.1 Langer zelfstandig thuis | Beschrijving |
|---|---|
| HOREA | <p>De besturen van de drie zorginstellingen hebben de wens om zorginhoudelijke samenwerking tussen de drie organisaties te intensiveren. Op zestal thema's wordt in 2024 stapsgewijs toegewerkt naar:</p> <ul style="list-style-type: none"> A. Een inventarisatie over waar overlap is tussen de zorgverlening door de drie organisaties; B. Een advies over hoe samenwerking op die thema's op basis van de inventarisatie geïntensiveerd kan worden; C. Een begin maken met intensievere samenwerking waar dat al kan. <p>De zes inhoudelijke thema's die als eerste zijn genoemd om samenwerking op te verkennen zijn: 1. Parkinson 2. Casemanagement dementie 3. Volledig Pakket Thuis (VPT) 4. Geriatrische revalidatiezorg (GRZ), 5. Dagbesteding en dagbehandeling en 6. ANW Thuiszorg. De samenwerking op deze thema's met de andere betrokken organisaties zoals huisartsen, ziekenhuis en WijZijn wordt in de loop van 2024 opgezocht. <i>Betrokken: TWB, Groenhuysen, tanteLouise.</i></p> |
| Good Practice 2.2 Zorgzame buurten | Beschrijving |
| Project Roosendaal Oud west | <p>Zorgzame buurt opgezet met het verpleegtehuis en de inwoners uit de buurt. Bewijs dat de potentie van de buurt vele malen groter is. Tool Kid ontwikkeld. Recent hebben de professionals het project overgedragen aan de buurtbewoners. <i>Betrokken: Inwoners, Sint Elisabeth (VVT), gemeente en WijZijn (Welzijn).</i></p> |
| Initiatief 2.2 Zorgzame buurten | Beschrijving |
| Deelproject Vallei de Brink | <i>Betrokken: gemeente Roosendaal</i> |
| Initiatief 2.3 Anders wonen anders zorgen | Beschrijving |
| Leergang gemengd wonen | <p>Een aantal partners volgen momenteel gezamenlijk de leergang gemengd wonen om zo de juiste kennis op te doen om te komen tot succesvolle nieuwe projecten. <i>Betrokken: Gemeente Bergen op Zoom, Gemeente Roosendaal, TWB, Stadlander, Alwel, WijZijn.</i></p> |
| Good Practice: 3.4 Mantelzorg | Beschrijving |
| Bewustwording | <p>De e-learning gemaakt door mantelzorg Brabantse wal. <i>Betrokken: Mantelzorg Brabantse wal.</i></p> |

Projecten thema 3

Mentale gezondheid

Programma 1: Meer inzetten op collectieve preventie

Programma 2: Mentale gezondheidsbeweging

Programma 3: Meer inzetten van EHealth

Programma 1: Meer inzetten op collectieve preventie (1/6)

Probleemstelling

Het verminderen van de druk op de huisartsenzorg en de GGZ door mensen met mentale gezondheidsproblemen vraagt niet alleen om slimmere of betere zorg, maar vooral ook om minder zorg. Mentale gezondheidsproblemen gaan vaak samen met LVB en / of verslaving. Minder zorg kan door meer mensen vroegtijdig te ondersteunen en hulp te bieden vanuit het sociaal domein en door betere afspraken te maken tussen sociaal domein, huisartsenzorg, verslavingszorg en de GGZ. Dit is echter niet voldoende. De druk op het sociaal domein is nu al hoog en het aantal mensen met mentale gezondheidsproblemen, verslavingsproblemen en/of suïcidaal gedrag in onze samenleving stijgt nog steeds. Er is dus meer aandacht nodig voor preventie: voorkomen dat mensen mentale problemen en / of suïcidaal gedrag ontwikkelen of verslaafd raken. Dit begint bij het doorbreken van het maatschappelijk taboe om te praten over of te vragen naar mentale gezondheid, suïcidegedachten of een verslaving. Maar er is ook aandacht nodig voor het normaliseren van - tijdelijke - mentale gezondheidsproblemen gedurende bepaalde fasen in de levensloop. Daarnaast is het belangrijk dat mensen - preventieve - vaardigheden aanleren om de eigen mentale gezondheid en die van hun naasten in stand te houden en te bevorderen. Pas als dit niet meer lukt, moet adequate hulp en ondersteuning vanuit de huisarts of het sociaal domein in beeld komen. Ook in deze fase is preventie om verergering van klachten te voorkomen nog steeds van belang. In dit programma wordt vooral ingezet op collectieve preventie. Dit neemt echter niet weg dat er ruimte moet blijven voor specialisatie en individuele preventie.

Doelstelling

- We richten een regionaal netwerk in waarin via een multilevel community aanpak en inzet van effectieve preventieve strategieën, samenwerken aan: het bevorderen van de mentale gezondheid en preventie suïcidaal gedrag en suicides. En daarnaast, aan het versterken van de keten preventie en zorg.
- Structurele, preventieve aandacht voor het versterken van de weerbaarheid en mentale gezondheid van jongeren op school, zowel op individueel- als groepsniveau;
- Tijdig signaleren en beter ondersteunen van kwetsbare jongeren met - beginnende – mentale problemen;
- Deskundigheidsbevordering van mentoren & leerkrachten gericht op het normaliseren van mentale gezondheid en het versterken van het mentaal welbevinden van leerlingen;
- Faciliteren van uitbreiding en professionaliseren van herstelbeweging/ ervaringsdeskundigen van HerstelXL en herstelcentrum MO door eigen fysieke en digitale ruimtes op- en in te richten waar ontmoeting ontstaat, activiteiten worden georganiseerd maar ook veel vrije ruimte is voor eigen regie en herstel;
- Het voorkomen van een crisis of terugval en inwoners helpen weer grip te krijgen op hun herstel.

Doelgroep + omvang

In beginsel alle inwoners van de negen betrokken gemeenten waar het gaat om universele preventieve activiteiten
Daarnaast zijn er aparte preventieprogramma's voor specifieke risicogroepen jongeren, jongvolwassenen, kwetsbare volwassenen en ouderen

Programma 1: Meer inzetten op collectieve preventie (2/6)

Hieronder is een eerste aanzet tot een programma rondom collectief preventie weergegeven. In de verdere uitwerking wordt nader bekeken of dit de daadwerkelijke onderdelen behoren te zijn of dat er nog andere initiatieven zijn die wellicht meer bijdragen aan het verbeteren van de mentale gezondheid.

1. Ontwikkelen van een preventieprogramma Mentale Gezondheid voor alle gemeenten met daarin de volgende onderdelen:

- a) Community aanpak mentale gezondheid, verslaving & suïcidepreventie
- b) Integrale aanpak Mentale gezondheid jeugd op VO: Gezien, Gehoord en Gesteund
- c) GGZ- Preventieprogramma met bv. EDIT/KOPP/KOPV/ Brussengroepen/ Piep de Muis

Ad a. Community aanpak mentale gezondheid, verslaving & suïcidepreventie

Preventie van mentale gezondheidsproblemen en suïcide vraagt om de gelijktijdige inzet van preventie op meerdere niveaus (universeel tot geïndiceerd) en op meerdere leefdomen. En daarnaast, om een goede aansluiting op - de keten van - welzijn en zorg. De inzet van een integrale systeem- of multilevel aanpak vanuit een - bij voorkeur - regionaal netwerk, kan hierin voorzien. In zo'n netwerk werken gemeenten, preventie-, welzijns- en zorgpartners en ervaringsdeskundigen samen. De integrale aanpak dient daarbij als paraplu en verbindende schakel voor de regionale en/of lokale inzet van effectieve preventieve strategieën en maatregelen. Een voorbeeld van een aanpak die zichzelf al heeft bewezen is de multilevel community aanpak Supranet. In Nederland werken inmiddels al twaalf regio's met deze aanpak. De aanpak kent 4 pijlers:

- Publiekscampagne: doorbreken van het taboe om te praten over mentale gezondheid(sproblemen) en suïcide(gedachten)
- Gatekeepers: trainen van mensen buiten de zorg in het herkennen van mentale gezondheidsproblemen en suïcidaal gedrag en hoe hierbij te handelen (gatekeepers). Denk aan scholen, welzijnsorganisaties, kerken, wijkteams, UWV, sportverenigingen en bedrijven.
- Ondersteuning risicogroepen: actief benaderen van risicogroepen voor preventie en ondersteuning: o.a. jongeren en jongvolwassenen (w.o. LHBTIQ+), volwassenen (m.n. mannen van middelbare leeftijd), ouderen in een kwetsbare positie en mensen met een alcohol, drugs of gameverslaving.
- Netwerkbrede samenwerking in de keten van preventie & zorg: verbeteren van de samenwerking in de keten en trainen van medewerkers als het gaat om signaleren, bespreken, diagnosticeren en adequaat behandelen of verwijzen van mensen met mentale gezondheidsproblemen en/of suïcidaal gedrag. Startpunt: huisartsenzorg.

Daarnaast wordt vanuit het oogpunt van suïcide preventie aandacht besteedt aan het verkleinen van de veiligheidsrisico's in omgeving: denk aan hoge gebouwen, plaatsen rond het spoor of dodelijke medicatie.

Ad b. Integrale aanpak Mentale gezondheid jeugd op het VO: Gezien, gehoord en gesteund

Deze integrale aanpak past onder de paraplu van de Community-aanpak. Het doel van de aanpak is: structurele aandacht op VO-scholen voor het versterken van de weerbaarheid en mentale gezondheid van leerlingen. De aanpak kent een aantal essentiële bouwstenen 'opgehangen' aan de vier pijlers van de Gezonde School: signaleren & ondersteunen, educatie, beleid en schoolomgeving. Een - tijdelijk - Steunpunt Jeugdpreventie vormt de spil. GGD en GGZ werken hierin samen met de school aan de stapsgewijze invulling van de bouwstenen. Denk hierbij o.a. aan: het organiseren van (inloop)sprekuren voor leerlingen en/of leerkrachten. Het uitvoeren van een schoolscan met advies over een plan van aanpak voor de school. Deskundigheidsbevordering van mentoren. De inzet van bewezen effectieve groepsinterventies zoals het programma Vrienden. Advisering over de interne routing van leerling en aandacht voor het thema bij ouders. Monitoring en evaluatie van de aanpak is geïntegreerd in het project.

Programma 1: Meer inzetten op collectieve preventie (3/6)

Ad c. GGZ - Preventieprogramma

Het onderstaande preventieprogramma is bestaand en wordt nu versnipperd uitgevoerd in de diverse gemeenten. Dit programma zou breed over alle gemeenten meerjarig uitgevoerd moeten worden. De benodigde afspraken en randvoorwaarden hiervoor zouden ook kunnen worden geborgd onder de paraplu van een regionale community aanpak. De interventies binnen dit programma helpen kinderen en jongeren die in hun naaste omgeving geconfronteerd worden met mensen met een psychische kwetsbaarheid dan wel psychiatrische aandoening.

De training "Piep zei de muis" voor kinderen van 4-8 jaar

Het project beoogt om de beschermende factoren voor deze kinderen en hun ouders te versterken of tot stand te brengen. Kenmerkend voor PIEP is dat de interventie is ingebed in de wijk en dat bij de organisatie en uitvoering samengewerkt wordt tussen de GGZ-preventie, de jeugdprofessionals van de gemeente Roosendaal en de GGD. De bestaande netwerken worden benut om de doelgroep te bereiken. Het project is met groot succes ontwikkeld en wordt landelijk verspreid door middel van tweedaagse trainingen bij het Trimbos Instituut. Het project omvat vier onderdelen, te weten: een informatiebijeenkomst waarin de doelgroep, de specifieke gezondheidsrisico's en het preventieve aanbod gericht onder de aandacht van de eerstelijns werkers in de gemeente worden gebracht. Zo ontstaat er een beter beeld van de gezondheidsrisico's en wordt er een begin gemaakt met een sluitend vangnet voor kinderen met ouders met problemen. Ook is dit de basis van verbetering van doorverwijzing naar de hulpverlening.

De Kopp/KOV Groep voor kinderen van 8-12 jaar; zowel een vaste groep als een inloopgroep.

De Kopp/KOV Groep voor kinderen van 12-18 jaar; een inloopgroep.

Een bijdrage leveren aan het voorkomen van ernstige psychische problemen bij kinderen als gevolg van psychiatrische of verslavingsproblemen van een of beide ouders. Isolement doorbreken, het versterken van een goede ouder-kind relatie, het creëren van een ondersteunend netwerk of vertrouwenspersoon, het verhogen van het competentieniveau van het kind om met de situatie om te gaan en het bevorderen van een reële kijk van het kind op zichzelf en de ouder. Vooraf vindt er een kennismaking plaats met ouders en het kind in de vorm van een huisbezoek. Tijdens de bijeenkomsten komen verschillende thema's aan bod, zoals ziektebeelden, erfelijkheid en de omgang met leeftijdsgenoten. Naast de vaste groep is er ook een maandelijks inloopgroep voor kinderen die wachten op de vaste groep of deze groep al hebben gevolgd. Na afloop worden ouders ingelicht door middel van individuele gesprekken.

De Brussengroep voor kinderen van 8-12 jaar; zowel een vaste groep als een inloopgroep

De Brussengroep voor kinderen van 12-18 jaar; een inloopgroep

Problemen in de ontwikkeling van broers en zussen van kinderen met een stoornis voorkomen en de draagkracht van deze kinderen te vergroten. Er is een kennismakingsgesprek in de vorm van een huisbezoek voorafgaand aan de cursus. De cursus zelf bestaat uit zeven bijeenkomsten en een terugkombijeenkomst van ongeveer 1,5 uur. Hier worden verschillende thema's behandeld, waaronder psycho educatie over de problematiek van de broer of zus. Er zijn twee ouderavonden van ongeveer 1,5 uur en eindgesprekken met de ouders, samen met de verwijzer. Er wordt gewerkt met de handleiding 'Broers en zussen in de spotlights'. Daarnaast is er ook een maandelijks inloopgroep. Kinderen kunnen na de kennismaking hier in instromen of later na de vaste groep ook weer terug de inloopgroep instromen

EDIT

EDIT (Early Detection And Intervention team) is de meest effectieve en bewezen manier om psychoses te voorkomen en psychische kwetsbaarheid te verminderen inzetten voor adolescenten en jongvolwassenen van de regio Westelijk Noord-Brabant. De aanpak is dat de vragenlijst bij alle aanmeldingen van jongeren tussen 18 en 35 nu wordt ingevuld. Op basis een verhoogde score van de vragenlijst wordt een diagnostisch interview gehouden en volgt eventueel behandeling bij een ultra hoge risicoprofiel. Uitbreiding naar leeftijden 14-18 loopt nu en is als pilot goedgekeurd door jeugdregio. Bij bewezen succes structureel inzetten en borgen voor de complete groep 14-35.

Programma 1: Meer inzetten op collectieve preventie (4/6)

2. Organiseren laagdrempelige steunpunten voor mensen met EPA met behulp van ervaringsdeskundigheid en vrijwilligers, ondersteund door opbouwwerkers en ggz-medewerkers. Hier kunnen cliënten, familie en netwerk lotgenoten ontmoeten, activiteiten bijwonen en zelf initiëren.

Laagdrempelige steunpunten dragen als middel bij aan het maatschappelijk herstel van mensen die door problemen met hun mentale gezondheid hun rollen verliezen in de maatschappij. Juist omdat deze steunpunten in de maatschappij staan naast de ggz. Deze steunpunten hebben een belangrijke waarde voor mensen om te kunnen groeien in zelfregie en herstel. Dit draagt bij aan het voorkomen van instroom in de ggz en het versnelt uitstroom uit behandeling.

Er worden herstelgroepen in huisartsenpraktijken en klinieken aangeboden, ervaringsdeskundigen verzorgen 'kiem-uren' (1) in buurthuizen, ervaringsdeskundigen van zelfregie- en herstelinitiatieven verzorgen voor patiënten van huisartsen een zelfregie-intake, ervaringsdeskundigen worden toegevoegd aan buurtteams, samen met partners worden bijeenkomsten voor naasten georganiseerd, teams Beschermd Wonen en Bemoeizorg maken ruimte voor het herstel aanbod van zelfregie- en herstelinitiatieven, etc.

In onze regio zijn reeds een herstelcentrum en diverse inloop-/ steunpunten. Dit betekent voor onze regio onder andere:

- Bij de huidige inloop- en steunpunten in de wijk meer aandacht voor inclusiviteit en het verbeteren van de afstemming met de steunpunten / buurthuizen van het sociaal domein. Inloopmomenten zijn niet altijd alleen voor ggz cliënten bedoeld maar wellicht wel voor specifieke doelgroepen op aparte momenten. Dit draagt ook bij aan het verminderen van stigma rond psychische kwetsbaarheid.
- Faciliteren van uitbreiding en professionaliseren van herstelbeweging/ ervaringsdeskundigen van HerstelXL en herstelcentrum MO door eigen fysieke en digitale ruimtes op- en in te richten waar ontmoeting ontstaat, activiteiten worden georganiseerd maar ook veel vrije ruimte is voor eigen regie en herstel. Hier valt ook lotgenotencontact/peer-community (individueel en collectief) onder.

3. Inrichten respijthuis voor crisisgevoelige inwoners

Over het algemeen is er sprake van oplopende stress, negatieve omstandigheden of gebeurtenissen. De psychische of sociale problemen dreigen soms te verergeren. Het verblijf in het respijthuis kan net die ademruimte bieden om een terugval of zelfs een crisis te voorkomen. Er wordt een huiselijke en veilige sfeer geboden, ontbijt, lunch en elke dag is wordt er gekookt door vrijwilligers. Verder is vrijheid om bijvoorbeeld eigen activiteiten en afspraken door te laten gaan tijdens het verblijf.

Er werken onder andere ervaringsdeskundige cliëntondersteuners en betrokken vrijwilligers die open staan voor een gesprek of luisterend oor. Cliëntondersteuners kunnen ook meedenken over de situatie, steun bieden, of een bepaalde periode na het verblijf steun bieden. Het respijthuis is gericht op snelle ondersteuning gericht op herstel van de client, het voorkomen van intensieve GGZ en het overbruggen van outreachende zorg thuis.

Een respijthuis kan ook helpen voor mantelzorgers, naasten en omwonenden om tot rust te komen en voor de veiligheid van client of de omgeving. Bijvoorbeeld als de client overlast in de wijk veroorzaakt.

Voor de regio zou een respijthuis een aanvulling zijn. Op dit moment is een dergelijke voorziening niet aanwezig en dit wordt gemist. Het idee voor een respijthuis in de regio moet nader uitgewerkt worden. Dit gaat over de vormgeving van de respijtvoorziening (doelgroep, reikwijdte gebied, wat is er nodig, hoe wordt invulling gegeven aan de doelstellingen etc.).

(1) Het Kiem-uur is een wekelijkse bijeenkomst in de wijk, dicht bij bewoners. Iedereen die contact, steun en/of advies zoekt is hier altijd welkom! Er is geen wachtlijst of papiertje nodig, wie wil kan zo binnenwandelen. Bij Het Kiem-uur vinden bezoekers een luisterend oor en erkenning voor hun verhaal.

Programma 1: Meer inzetten op collectieve preventie GGZ (5/6)

Impact

Preventie draagt zeker bij aan het verminderen van zorg, maar de impact van preventie is lastig te kwantificeren. Om toch een beeld te schetsen van de impact wordt hieronder, daar waar bekend, de kwantitatieve impact weergegeven. Daar waar het niet bekend is, is in ieder geval gekeken naar het bereik van de preventiemaatregelen. Het bereik geeft de potentiële doelgroep weer; dit zegt uiteraard nog niets over het daadwerkelijke bereik. Dat moet in de praktijk blijken.

1. Bereik doelgroep:

| | 2022 | 2040 |
|---|---------|---------|
| Totaal inwoners WBW | 349.404 | 363.118 |
| Jeugd & jongvolwassen leeftijd 0-19 jr. | 69.710 | 72.446 |
| Volwassenen 19+ | 279.694 | 290.671 |

- Volgens het regiobeeld heeft 19% van de volwassenen psychische klachten. Op basis van het huidige inwoneraantal in WBW zijn dat 53.141 inwoners voor West Brabant West. Dit aantal groeit in 2040 naar 55.227 inwoners
- De groep jeugd & jongeren (0-19 jaar) is in 2022 19,95% van de totale bevolking in West Brabant West maar ervaart wel steeds meer mentale problemen. De doelgroep is groot genoeg om specifiek voor deze doelgroep aparte preventieprogramma's te ontwikkelen.

2. Impact EDIT

Van het Early Detection Intervention Team is wel een inschatting te maken van de impact op basis van reeds uitgevoerd onderzoek.

De werkwijze heeft zowel bewezen positieve effecten m.b.t. het voorkomen van een psychose, op de kosten voor de gezondheidszorg en op de arbeidsproductiviteit.

Zorginhoudelijke effecten:

- ✓ Voorkomt 50% transitie naar een psychose (na 4 jaar is dit nog steeds 40%) (Ising et al., 2016). Hiermee worden 1800 eerste psychoses per jaar voorkomen in Nederland.
- ✓ Zorgt voor een verkorte duur van een onbehandelde psychose en daardoor hebben deze mensen een betere prognose (Oliver et al., 2018)

Financiële gevolgen gezondheidszorg en arbeidsproductiviteit:

- ✓ Op langere termijn: lagere behandelintensiteit en minder gebruik van zorg
- ✓ Kostenbesparend m.b.t. gezondheidszorgkosten (€4798 per client per jaar)
- ✓ Kostenbesparend m.b.t. arbeidsproductiviteit (€5137 per client per jaar)

Ad 3. Zelfregiecentra

Alle zelfregie- en herstelinitiatieven zijn laagdrempelig toegankelijk voor iedereen. 80% van de initiatieven bereikt een brede groep van inwoners met psychische en/of psychosociale kwetsbaarheden (en hun naasten). 20% van de initiatieven bereikt een specifieke groep inwoners, denk hierbij aan mensen met eetstoornissen (en naasten), jongeren, ouders, naasten, mensen met migratieachtergrond, etc.

Minder zorg

Preventie zorgt ervoor dat mensen eerder worden geholpen en daardoor minder vaak een beroep hoeven te doen op de zorg. Hierdoor zullen op termijn de zorgkosten dalen. Belangrijk is wel om preventie betaalbaar te houden daarom wordt in dit plan op collectieve preventie. Door een breed collectief preventieprogramma op te zetten waar iedere inwoner in potentie gebruik van kan maken, is het bereik van het programma bijna 380.000 inwoners. En voor het programma rond jeugd & jongeren is het potentiële bereik bijna 70.000 inwoners.

Betere zorg

Doordat inwoners of mensen met een psychische kwetsbaarheid eerder worden geholpen, is de belasting op de zorg minder. Hierdoor kan er wellicht meer tijd en aandacht gaan naar cliënten met een ernstige psychiatrische aandoening.

Programma 1: Meer inzetten op collectieve preventie GGZ (6/6)

| | |
|---|--|
| Tijdslijn | <p>2024 Q2 ontwikkelen programma collectieve preventie 2024 Q2 voorstel doorontwikkeling zelfregiecentra en inlooppunten 2024 Q2 voorstel time-out voorziening 2025 implementatie bij goedkeuring middelen</p> |
| Betrokken organisaties | <ul style="list-style-type: none">• Gemeenten• GGD• GGZ-instellingen• Verslavingszorg• Sociaal domein• Onderwijs• Huisartsen / POH GGZ• Naasten, familie• Ervaringsdeskundigen |
| Impact op anderen Burgers, zorgprofessionals, andere zorg-/ welzijnsaanbieders | <p>Inwoners worden eerder geholpen met hun mentale problemen waardoor er minder vaak een beroep op de zorg nodig is; inwoners worden minder vaak naar de GGZ worden. Dit vraagt een andere personele inzet dan zorg. Bij preventie zal meer een beroep worden gedaan op de organisaties in het voorliggend veld, weliswaar aangevuld met de expertise vanuit de GGZ. Belangrijk bij de beweging naar voren is samenwerking en bewustwording dat het anders moet. Dit vraagt ook communicatie naar inwoners dat zij niet altijd gelijk bij een ggz-instelling worden geholpen. Maar wellicht eerst (of gelijktijdig) bij een welzijnscoach terecht komen om te kijken hoe de schulden opgelost kunnen worden. Of dat lotgenotencontact bij HerstelXL al kan helpen.</p> |
| Benodigde randvoorwaarden | <ul style="list-style-type: none">• Bekostiging: programma moet voor meerdere jaren structureel gefinancierd worden• Programma moet meerdere jaren kans krijgen zich te bewijzen om te kunnen beoordelen wat de resultaten zijn• Programma moet over alle gemeenten in de regio worden uitgerold (minder bureaucratie en eenduidigheid)• Commitment in de regio om het anders te doen, knelpunten bespreekbaar te maken en durven bij te sturen• Versteven van de samenwerking in de regio |
| Betrokkenheid burgers | <p>Mentale gezondheid gaat iedereen aan, net als suïcidepreventie. 60% van de volwassenen die suïcide pleegde was niet in beeld bij de zorg, de directe omgeving van mensen is dus van belang. Inwoners zullen dus nadrukkelijk ook bij de activiteiten worden betrokken. Bijvoorbeeld door het attenderen op gratis online trainingen/apps, als ervaringsdeskundige (naaste), als co-creator van activiteiten. Uiteraard worden de ouderraden, cliëntenraden etc. zoveel mogelijk betrokken bij de uitwerking van de diverse onderdelen.</p> |

Programma 2: Mentale gezondheidsbeweging (1/2)

Probleemstelling

Op dit moment kent de GGZ lange wachtlijsten en wachttijden. Mensen moeten soms maanden wachten voor de behandeling start en mensen komen ook niet altijd gelijk bij de juiste instelling / behandeling terecht. Voor een aantal diagnoses is de wachttijd in West-Brabant langer dan het landelijke gemiddelde. Dit geldt met name voor persoonlijkheidsstoornissen, depressies en somatische symptoomstoornissen. Daarnaast zien we een toename van complexiteit. Steeds meer zien we een combinatie van psychische problematiek, verslaving en LVB. Uiteindelijk willen we met elkaar de beweging van zorg naar gezondheid maken. Meer denken vanuit de behoefte van de inwoner en minder vanuit de klacht. Dit vraagt een beweging naar voren en een betere samenwerking tussen de driehoek huisarts-sociaal domein en GGZ. Maar ook de samenwerking met andere sectoren als bv de ouderenzorg.

Doelstelling

Burgers en naasten, ervaren dat een hulp- en ondersteuningsvraag snel en op de juiste plek wordt opgepakt, waardoor:

- Escalatie van problemen en onnodige instroom in de ggz wordt voorkomen
- De beschikbare capaciteit (ggz, huisarts en sociaal domein) in de regio optimaal wordt benut
- En de wachttijd voor ggz voor mensen met complexe problematiek afneemt
- De doorstroom en uitstroom wordt verbeterd
- Zij een betere mentale gezondheid ervaren.

Doelgroep + omvang

Mensen met psychische klachten en problemen op andere levensdomeinen (en hun naasten), waar huisartsen, sociaal domein en ggz gezamenlijk mee te maken hebben. Waarbij zorg e/o steun vanuit een van de partijen niet volstaat. Het betreft zowel cliënten die in behandeling zijn als cliënten die (nog) niet bij de ggz in behandeling zijn.

Aanpak (hoofdlijnen)

➤ Inzicht krijgen in regionale wachtlijsten en wachttijden + werkwijze ontwikkelen

Op dit moment is er in de regio een eerste inventarisatie gemaakt om inzicht te krijgen in de gezamenlijke wachtlijst en er is een eerste opschoning gedaan met cliënten die op meerdere wachtlijsten stonden. Deze eerste oefening moet verder uitgebreid worden en er moet een werkwijze worden ontwikkeld hoe we regionaal omgaan met wachtlijsten. Ook om te voorkomen dat cliënten op meerdere wachtlijsten staan.

➤ Versterken van de eerste lijn / huisartsenzorg rondom basis GGZ

Om de toegankelijkheid in de GGZ te verbeteren, kan ook de basis vanuit de huisarts rondom de basis GGZ worden versterkt. Daarvoor zijn een aantal bouwstenen beschikbaar. Te denken valt aan het meer gebruik maken van het digitaal consult huisarts, welzijn op recept, het verstevigen van de rol van de POH-GGZ, het verbeteren en gebruiken van een triageformulier ggz, het opleiden van huisartsen en POH-GGZ en het inrichten van een MDO-GGZ.

➤ Uitwerken first time right triage via verkennende gesprekken

De inwoner die bij de huisarts komt, wordt niet altijd in eerste instantie goed doorverwezen. Voor de huisarts is het ook niet altijd duidelijk of de inwoner geholpen is met het sociaal domein of de ggz danwel beiden. Daarvoor kan de huisarts een beroep doen op de GGZ en het sociaal domein om te vragen of zij in gesprek gaan met de inwoner. Dit om te zorgen dat de inwoner met een hulpvraag vaker in 1 keer goed wordt geholpen. En niet eerst wordt doorverwezen naar de GGZ en aldaar toch weer wordt terugverwezen naar het sociaal domein. Het exacte proces rondom de triage wordt via de driehoek huisarts – ggz – sociaal domein nader uitgewerkt; gestart wordt met het in kaart brengen van de huidige klantreis. Een eerste aanzet van de klantreis is in de regio reeds gemaakt maar deze wordt aangevuld en aangescherpt.

➤ Inrichten transfermechanismen en werkwijze

Om te borgen dat cliënten de juiste zorg krijgen en er niemand tussen wal en schip valt, dienen er transfertafels ingericht te worden. Deze transfertafels behandelen vraag en aanbod; op basis van de gevraagde zorg en de wachtlijsten wordt bekeken welke organisatie het beste de client kan helpen. De inrichting en werkwijze van deze tafels moet nader worden uitgewerkt. Het doel hiervan is om de beschikbare capaciteit (mensen en middelen) in een regio zo goed mogelijk te verdelen. Als iemand bij de ene aanbieder te lang moet wachten, is er mogelijk ruimte bij een andere aanbieder. De transfermechanismen en de opbouw naar casuïstiektafels sluiten aan op de aanpak van de werkkaart samenwerken aan een toegankelijke ggz. Deze werkkaart beschrijft de werkwijze, rollen en taken in de aanpak van wachttijden. De werkkaart wordt vertaald naar een werkwijze die past in de regio West Brabant West.

Programma 2: Mentale gezondheidsbeweging (2/2)

Impact

Instroom volgens Nza informatiekaart wachttijden bedraagt over 2022: ca. 1750 inwoners (exacte aantal niet uit de informatie op te maken) 10% minder instroom betekent dan 175 minder aanmeldingen. In de samenwerking ziekenhuizen en huisartsen is al ervaring opgedaan met het meekijkconsult. In het begin is daar veel gebruik van gemaakt en heeft dit geleid tot 25% minder doorverwijzingen. Door het leereffect werd het aantal keer dat er beroep gedaan werd op het meekijkconsult beduidend minder. De huisartsen waren door de ervaringen en de terugkoppeling naar verloop van tijd beter in staat zelf een goede inschatting te maken. Dit effect zou bij de samenwerking ggz en huisartsen ook kunnen optreden; zowel ten aanzien van het digitaal consult als het verkennend gesprek.

Minder zorg

Als de mentale gezondheidsbeweging geïmplementeerd is, dan moet dit leiden tot een verminderde instroom en een sneller door- en uitstroom. Uiteindelijk moet dit leiden tot minder cliënten in zorg.

Betere zorg

Door bij de triage goed te beoordelen of de client / inwoner gebaat is bij hulp van het sociaal domein danwel ggz, krijgt de client / inwoner eerder de juiste zorg of ondersteuning. Dat geldt ook voor het verbeteren van de door-en uitstroom. Cliënten wachten soms te lang op bijvoorbeeld een woning. Door de uitstroom te bevorderen ervaren cliënten eerder meer eigen regie.

Betrokken organisaties

- Huisartsen
- GGZ / Verslavingszorg / ouderenzorg / gehandicaptenzorg
- Sociaal domein

Impact op anderen

- Inwoners / cliënten worden sneller in 1 x keer juist verwezen en als toch een doorverwijzing nodig is dan is er sprake van een warme overdracht
- Inwoners / cliënten vallen niet meer tussen wal en schip
- Professionals ervaren minder schotten, meer samenwerking en extra behandel tijd

Benodigde randvoorwaarden

- Bekostiging: zonder structurele bekostiging voor verkennende gesprekken is dit geen haalbare kaart. Idem consultatiefunctie
- Samenwerking: delen van informatie over wachtlijsten en wachtenden en dat comprimeren tot 1 regionale wachtlijst vraagt over eigen grenzen heen stappen
- Inzicht in het aanbod van de ggz-sector in West Brabant West
- Ontschot samenwerken in de wijk: meer vanuit de gedachte wat inwoners nodig hebben en niet meer vanuit de klacht. De leerervaringen vanuit Zoom-In kunnen hiervoor worden gebruikt. Als het gaat om het maken van verbinding in de wijken dan is de wijk GGZ'er een goed instrument. Deze functie kan verder verstevigd en ontwikkeld worden.
- Kennisuitwisseling vanuit GGZ over o.a. onbegrepen gedrag bij andere sectoren (bijvoorbeeld de thuiszorg).

Betrokkenheid burgers

Aan de regietafel is een vertegenwoordiging van de cliëntenraad van de HuisartsenCoöperatieWestBrabant (HCWB) aangesloten. Hiermee worden de inwoners vertegenwoordigd in hun belangen. Deze vertegenwoordiging denkt altijd mee in de plannen vanuit het perspectief van de inwoner die de huisarts bezoekt.

Tijdslijn/planning

Q1 2024 inzicht + werkwijze wachtlijsten gereed
 Q1 uitwerking concept triage + Q3 implementatie
 Q3 werkwijze transfermachismen gereed + 2025 operationeel

Programma 3: Meer inzetten van Ehealth (1/2)

Probleemstelling

Gezien de aankomende vergrijzing en het tekort op de arbeidsmarkt, zijn andere oplossingen noodzakelijk. Veel cliënten met psychische kwetsbaarheid of een psychiatrische aandoening vragen veel personele inzet. Deze personele inzet is niet altijd in voldoende (kwalitatieve) mate aanwezig en naar de toekomst toe wordt dit probleem groter. Meer inzetten van EHealth kan een bijdrage leveren aan de oplossing.

Doelstelling

Het inzetten van digitale mogelijkheden om cliënten meer regie te geven over hun herstelproces. Hierdoor wordt de behandeltime minder, hebben cliënten eerder gevoel van eigen regie en kan een capaciteitsreductie worden bewerkstelligd. Inzet van EHealth moet bijdragen aan het verbeteren van de toegankelijkheid van de GGZ alsmede het verbeteren van de betaalbaarheid in de hele keten (van zorgverzekeraar tot en met GGZ-instellingen).

Doelgroep + omvang

Passende zorg betekent steeds vaker ook hybride zorg: een mix van digitaal en fysiek aangeboden zorg en ondersteuning, waar mogelijk gepersonaliseerd en op maat. Uitgangspunten hierbij zijn: zelf als het kan, thuis als het kan en digitaal als het kan. Voor monodisciplinaire zorg geldt dat inzet van digitalisering moet leiden tot 6% meer behandelcapaciteit; voor multidisciplinaire, outreachende en klinische zorg geldt dat 70% van de behandelingen hybride of digitaal wordt aangeboden waarbij minimaal 50% van de patiënten die daar geschikt voor is, er gebruik van maakt.

Voor alle doelgroepen is wel een aanbod te creëren rondom het gebruik van EHealth. Ook ouderen kunnen met de nodige hulp en instructie prima een app als Superbrains gebruiken. Ehealth kan ook worden ingezet ter overbrugging van de wachttijd.

Aanpak (hoofdpijnen)

- Inventariseren en verder uitrollen van het huidige aanbod EHealth (bijvoorbeeld Superbrains / Therapieland). Het in kaart brengen van de kansen rondom Ehealth. Denk hierbij aan het gebruik maken van serious gaming of virtual reality. Daarnaast zal er een plan gemaakt worden om het volledige aanbod uit te werken en te voorzien van een implementatiestrategie.
- Meer zorgpaden geschikt maken voor hybride zorg. Hiervoor dient in de regio te worden geïnventariseerd welke organisaties voor welke zorgpaden en voor welke doelgroepen zij reeds hybride zorg verlenen. Beoordelen welke zorgpaden zich nog meer lenen voor hybride zorg en of dat haalbaar is. Daar waar nodig bestaande initiatieven opschalen.
- Inzetten op Artificial Intelligence: binnen GGZ WNB wordt vanaf 2024 gestart met een proef om de intake via AI te laten registeren. Dit wordt dan niet meer gedaan door de behandelaar. Daarnaast wordt AI ingezet voor de voorspelbaarheid van de no shows en de controles op de backoffice. AI draagt bij aan het verminderen van de lastendruk in de hele keten en niet altijd direct bij GGZ WNB. Maar ook bij de zorgverzekeraar als het bijvoorbeeld gaat om de controles in de backoffice.
- Aandacht bij de implementatie moet er zijn voor de cliënten die minder digitaal vaardig zijn. Zij zullen getraind en geholpen moeten worden in het gebruik van bijvoorbeeld apps. De ervaring leert dat hulp bij de installatie het belangrijkste is; het gebruik van de apps is vaak gebruiksvriendelijk.
- Voor invoering van digitaal consult zullen processen en wellicht systemen aangepast moeten worden om dit mogelijk te maken

Op dit onderdeel uit IZA kunnen we vooral ook leren wat andere organisaties al gedaan hebben rond Ehealth. We hoeven als regio niet altijd zelf het wiel uit te vinden. Een organisatie als REN kan hierbij wellicht ondersteunen. In het IZA zijn nog een aantal eisen opgenomen rondom toegang rondom eigen personeelsgegevens. Het is aan organisaties zelf om dat te organiseren. Dit is niet expliciet in het regioplan opgenomen.

Programma 3: Meer inzetten van Ehealth (2/2)

| | |
|---|--|
| Impact | Slimmere zorg Het inzetten van EHealth leidt tot het slimmer organiseren van zorg. Doordat de inzet van medewerkers wordt vervangen door bijvoorbeeld robots of AI. De personele capaciteit wordt daardoor bewuster ingezet. |
| Tijdslijn/ planning | 2024 inventariseren mogelijkheden 2024-2028 verder uitrollen en implementeren van de diverse kansen In de transformatieplannen zal een concretere planning worden gemaakt. |
| Betrokken organisaties | <ul style="list-style-type: none">• - GGZ instellingen• - Huisartsen• Naasten• Ervaringsdeskundigen |
| Impact op anderen Burgers, zorgprofessionals, andere zorg-/ welzijnsaanbieders | <ul style="list-style-type: none">• Inwoners en cliënten ervaren meer regie over hun tijd en behandeling;• Voor behandelaren geldt dat zij minder instructie- en behandel tijd nodig hebben |
| Benodigde randvoorwaarden | <ul style="list-style-type: none">• Bekostiging: financiële eenmalige middelen om de investering mogelijk te maken• Medewerkers zullen over de benodigde digitale vaardigheden moeten beschikken om cliënten te kunnen helpen danwel behandelen via EHealth |
| Betrokkenheid burgers | Cliëntenraden / - vertegenwoordigingen zullen betrokken worden bij het ontwerpen en inzetten van de hybride zorgpaden of andere EHealth mogelijkheden. Dit om te kijken wat passend is en hoe we het beste deze mogelijkheden kunnen laten landen bij de cliënten. Het is belangrijk dat hun perspectief bij dit proces betrokken wordt. |

Projecten thema 4

Kansrijk opgroeien

Programma: Kansrijke start

Project 1a: coalitievorming

Project 1b: versterking passend aanbod

Project 1c: vroegsignalering

Project 2: Zelfverzekerd ouderschap

Project 3: Gezonde kinderopvang

Project 4: Werken met voorspellende kinddata

Programma: Kansrijke Start

Probleemstelling

Op het fundament van de eerste 1.000 dagen, vanaf 10 maanden voor de geboorte tot ongeveer 2 jaar, bouwen we de rest van ons leven verder. De omgeving waarin een kind wordt geboren, groeit en zich ontwikkelt in de eerste 1.000 dagen, bepaalt in grote mate de kansen voor later. Door nu te investeren in een goede, kansrijke start voor elk kind, bouwen we aan een gezonde generatie in de maatschappij van morgen. De meeste kinderen in Nederland maken een goede start in het leven en groeien gezond op. Er zijn echter ook kinderen (± 1 op de 6) die een minder goede start maken door bijvoorbeeld vroeggeboorte/laag geboortegewicht en blootstaan aan medische of sociale risicofactoren zoals stress, rook, slechte voeding of gebrek aan liefdevolle aandacht (hechting). Dit heeft een levenslang effect op zowel de fysieke als mentale gezondheid en ontwikkeling.

Doelstelling

Ongelijk investeren voor gelijke kansen. Ieder kind binnen de regio West-Brabant West groeit kansrijk op ongeacht waar en in welk gezin je geboren bent. En wordt daardoor beter in staat gesteld om mee te doen in de maatschappij. Alle gemeenten gaan met Kansrijke Start aan de slag en worden daarbij regionaal ondersteund. Uitgangspunt is het kind centraal, waarbij regiogrenzen geen belemmering mogen zijn.

Doelgroep + omvang

Kinderen in de leeftijd van -10 maanden tot 2 jaar, de eerste 1000 dagen van een kind.
Regiobeeld: *"In de regio (West-Brabant) zijn er 1.300 gezinnen met meervoudige problematiek en ligt het aandeel potentieel kwetsbare ouders in sommige wijken erg hoog, wat invloed heeft op een kansrijke start in het leven en daarmee later een grotere beroep op formele zorg."*

Aanpak (hoofdpijnen)

Kansrijke Start is een veelomvattend programma. Daarom splitsen we project 1 verder uit in drie subprojecten:

- Project 1a: Coalitievorming
- Project 1b: Versterking passend aanbod
- Project 1c: Vroegsignalering

Om het programma stevig weg te zetten, stellen we voor West-Brabant een regionaal projectleider aan. Deze projectleider brengt een regionale infrastructuur tot stand, waarin vanuit de lokale netwerkstructuur afspraken worden gemaakt over wat regionaal en lokaal wordt uitgevoerd. Door uitwisseling van best practices speelt de projectleider een belangrijke rol bij de vorming van de regionale coalitie, de versterking van passend aanbod en het aanjagen van de vroegsignalering. Zo versterken de lokale en regionale beweging elkaar.

Impact

Kansrijke Start is erop gericht op een gezonde generatie met gelijke kansen. Dit is niet binnen enkele jaren te bereiken, omdat dit vraagt om lange adem om intergenerationele problemen te doorbreken. De echte impact vindt daarom pas over een jaar of 20 plaats.

Op basis van de maatschappelijke kosten-batenanalyses van bijvoorbeeld [Nu Niet Zwanger](#) (onderdeel van Kansrijke Start) is wel aan te tonen dat interventies in de eerste 1.000 dagen veel zorg, en met name ook zwaardere zorg, kunnen voorkomen.

Tijdslijn/ planning

Start Q1 2024 aanstellen projectleider
Vervolgens uitrol zie aanpak, dit in 2024 laten landen en starten Q3 2024.

Betrokken organisaties

- Verloskundig samenwerkingsverband Qocon
- Huisartsengroepen
- JGZ-organisaties
- Gemeenten
- Welzijnsorganisaties
- Schuldhulpverlening
- Werkplein
- Veilig Thuis
- Organisaties uit voorliggend veld

Ketenaanpak Kansrijke Start: Voor Kansrijke Start is in het IZA opgenomen dat zorgverzekeraars en gemeenten met ingang van 1 januari 2024 een ketenaanpak inrichten. De projecten in dit thema bieden handvatten voor de invulling van die ketenaanpak.

Project 1a: Kansrijke Start - Coalitievorming

| | | | |
|--|--|---------------------------------------|---|
| <p>Probleemstelling</p> | <p>Om in te zetten op een kansrijke start voor ieder kind is lokale en regionale samenwerking van groot belang. Het is daarom nodig om te investeren in lokale coalities in alle gemeenten, waarin de gemeente en hun partners deelnemen. Zwangeren en gezinnen in een potentieel kwetsbare situatie zijn niet altijd honkvast en verplaatsen zich over de regio. Een regionale coalitie Kansrijke Start biedt kansen om te investeren in de regionale verbinding van partners en het doorontwikkelen van een gelijk aanbod, met waar nodig lokaal maatwerk.</p> <p>Een lokale coalitie Kansrijke Start is een samenwerking tussen betrokken professionals uit het sociale domein (o.a. jeugdgezondheidszorg, welzijn, schuldhulpverlening, werk & inkomen en huisvesting) en professionals uit het medische domein (o.a. verloskundigen, gynaecologen en kraamzorg, huisartsen en de volwassenen GGZ). De lokale coalitie maakt gezamenlijke afspraken over het eerder bereiken van kwetsbare ouders, over signalering, doorverwijzing en over hoe begeleiding rond kwetsbare gezinnen voor en tijdens de zwangerschap en na de geboorte, verbeterd kan worden. Centraal hierbij staan de wensen en behoeften van ervaringsdeskundigen.</p> | <p>Impact</p> | <p>(zorg)partijen weten elkaar beter te vinden, de toeleiding naar passende zorg verloopt vloeiender en er vindt harmonisatie plaats van het aanbod in de regio. De samenwerking zorgt voor afgestemde ondersteuning en zorg, waardoor niet meer uitmaakt waar je wieg staat.</p> |
| <p>Doelstelling</p> | <p>Eind 2024 staat er een regionale ketensamenwerking Kansrijke Start met een regionale coalitie en lokale coalities waarin alle gemeenten (en hun partners) deelnemen; Deze regionale coalitie werkt blijvend aan het meerjarenplan, waarmee de klantroute verder wordt uitgewerkt en verschillen tussen gemeenten en/of wijken worden verkleind.</p> | <p>Tijdslijn/ planning</p> | <p>Q1/Q2 2024 organiseren bijeenkomst Kansrijke Start West-Brabant West. Q3 2024 Inrichten stuurgroep met daarin gemeente, geboortezorg, JGZ en welzijn. Q3/Q4 2024 Meerjarenactieplan</p> |
| <p>Doelgroep + omvang</p> | <p>Kinderen in de leeftijd van -10 maanden tot 2 jaar, de eerste 1000 levensdagen van een kind.</p> | <p>Betrokken organisaties</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Verloskundig samenwerkingsverband Qocon • Huisartsengroepen • JGZ-organisaties • Gemeenten • Welzijnsorganisaties • Schuldhulpverlening • Werkplein • Veilig Thuis • CJG • Pharos • Organisaties uit voorliggend veld |
| <p>Aanpak (hoofdpijnen)</p> | <p>De gemeenten uit het adherentiegebied van het Bravis hebben Ros Robuust in de arm genomen om te verkennen op welke manier samengewerkt kan worden in regionaal verband op Kansrijke Start. Deze verkenning kan worden gebruikt als start van de regionale coalitie, die wordt bestendigd middels een bestuurlijk convenant. In deze coalitie komen de gemeenten samen met de zorg- en welzijnspartijen om samen een meerjarenactieplan voor de regio te ontwikkelen. Hierbij draait het om gelijke kansen in de regio, doordat in alle gemeenten minimaal eenzelfde passend aanbod wordt gerealiseerd. Drempels in toeleiding kunnen aan het licht worden gebracht en waar nodig weggehaald worden.</p> <p>Mogelijke uitkomsten zijn ook bijvoorbeeld een regionaal platform Kansrijke Start waar zowel de professional als de inwoners informatie gemakkelijk kan vinden en zich laagdrempelig kan aanmelden voor bijvoorbeeld een prenataal huisbezoek of toegang heeft tot passende voorlichting. Een voorbeeld is de regionale coalitievorming in Limburg Noord.</p> <p>Zowel in de regionale als in de lokale coalities zal ook aandacht besteed worden aan het bereiken van lastig bereikbare doelgroepen. Deze doelgroepen hebben het risico om tussen wal en schip te vallen, omdat zij bijvoorbeeld de taal niet machtig zijn of op een andere manier minder goed aansluiten op de reguliere zorgstructuren.</p> | <p>Betrokkenheid burgers</p> | <p>De regionale en lokale coalities betrekken inwoners bij de planvorming en uitvoering.</p> |

Project 1b: Kansrijke Start – Versterking passend aanbod

| | | | |
|--|--|--|---|
| <p>Probleemstelling</p> | <p>Nu Niet Zwanger, Stevig Ouderschap en Voorzorg. Het zijn enkele voorbeelden van interventies die de basis zijn voor het programma Kansrijke Start. Het programma kent echter een klantroute waarin een onderverdeling bestaat tussen: basiszorg, steuntje in de rug, extra steun en digitale zorg. Het is nodig om op al deze onderdelen passend aanbod te realiseren in alle gemeenten. Vaak start de klantroute bij de geboortezorg of het prenataal huisbezoek. Vanuit daar bekeken is er een passend aanbod nodig waar naartoe kan worden doorgeleid. Hierbij is aandacht nodig voor de gezondheidsvaardigheden van de doelgroep, zoals laaggeletterdheid.</p> | <p>Impact</p> | <p>Passend aanbod vormt het hart van Kansrijke Start. Ieder kind wat eerder in de lijn kan worden geholpen met een interventie of door lichte/extra steun komt niet terecht in het zwaardere en veelal duurder aanbod. Een voorbeeld van besparing op kosten en zorg zie je in de MKBA van Nu Niet Zwanger.</p> |
| <p>Doelstelling</p> | <p>Het doel is om een gelijk aanbod te creëren in de hele regio, met als basis erkende (impactvolle) interventies, aangevuld met steun- en zorgaanbod, zodat de doelgroep met passende zorg wordt geholpen. Gelijke kansen, ongelijke behandeling. Ieder kind binnen de regio West-Brabant West groeit kansrijk op ongeacht waar en in welk gezin je geboren bent. Dit heeft betrekking op de hele kindomgeving, zowel fysiek als sociaal.</p> | <p>Tijdslijn/ planning</p> | <p>De versterking van het passend aanbod wordt mede vormgegeven door de regionale en lokale coalities. In de lokale coalities kan daardoor vanaf Q1 2024 al worden gestart met versterking en uitbreiding van het aanbod. De regionale coalitie start hiermee zodra deze is opgestart.</p> |
| <p>Doelgroep + omvang</p> | <p>Kinderen in de leeftijd van -10 maanden tot 2 jaar, de eerste 1000 dagen van een kind.</p> | <p>Betrokken organisaties</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Verloskundig samenwerkingsverband Qocon • Huisartsengroepen • JGZ-organisaties • Gemeenten • Welzijnsorganisaties • Schuldhulpverlening • Werkplein • Veilig Thuis • CJG • Pharos • Organisaties uit voorliggend veld |
| <p>Aanpak (hoofdpijnen)</p> | <p>We versterken het aanbod wat we nu al hebben en maken dit in alle gemeenten beschikbaar en ontdekken samen welke onderdelen van de klantroute extra inzet vergen. In de basis staat in ieder geval het prenataal huisbezoek, Nu Niet Zwanger, Stevig Ouderschap en Voorzorg. Waar dit nog niet het geval is, worden deze interventies geïmplementeerd tot een vast onderdeel van het aanbod in de gemeente. Vanuit de regionale coalitie, in samenwerking met de lokale coalities, onderzoeken de (zorg)partijen welke interventies en initiatieven nodig zijn om de klantroute verder vorm te geven. Hierbij wordt nadrukkelijk aandacht besteed aan de toepasbaarheid en eventueel maatwerk voor alle gemeenten. In sommige gemeenten wordt al gewerkt met initiatieven als bijvoorbeeld Buurtgezinnen. Dit is een verrijking van het aanbod in de klantroute. Maatwerk per gemeente kan betekenen dat de ene gemeente kiest voor Buurtgezinnen en Mama Cafés, waar een andere gemeente juist kiest voor een alternatief. Sommige doelgroepen die een hoger risico hebben op een kwetsbare situatie, denk aan mensen met een migratieachtergrond, vinden hun weg nog niet naar het aanbod. Voor hen zal daarom ook worden nagedacht over aan bod wat in hun situaties passend is.</p> | <p>Impact op anderen Burgers, zorgprofessionals, andere zorg-/ welzijnsaanbieders</p> | |

Project 1c: Kansrijke Start – Vroegsignalering

| | | | |
|-----------------------------|--|---|---|
| Probleemstelling | <p>Sinds 1 juli 2021 bieden de JGZ-organisaties die verantwoordelijk zijn voor 0-4 (jarigen) het prenataal huisbezoek uit bij (potentieel) kwetsbare zwangeren/gezinnen. De aanmeldroute voor dit prenataal huisbezoek is vrijwillig en inwoners moeten zichzelf hiervoor aanmelden. Daarbij kunnen ze wel geholpen worden door (zorg)professionals. De afgelopen tijd hebben de JGZ-organisaties hard gewerkt aan een laagdrempelige aanmeldroute, maar de aanmeldingen blijven achter. Vroegsignaleerder als de geboortezorg kunnen beter worden benut en gefaciliteerd om meer inwoners te laten aanmelden.</p> | Betrokken organisaties | <ul style="list-style-type: none">• Verloskundig samenwerkingsverband Qocon• Huisartsengroepen• JGZ-organisaties• CJG• Gemeenten• Pharos• Onderwijs• Organisaties uit voorliggend veld |
| Doelstelling | <p>Alle (zorg)partijen dragen bij aan de vroegsignalering en doorgeleiding van casussen in de klantroute Kansrijke Start. Het prenataal huisbezoek wordt optimaal benut als gateway naar passend aanbod.</p> | Impact op anderen Burgers, zorgprofessionals, andere zorg-/ welzijnsaanbieders | |
| Doelgroep + omvang | <p>Kinderen in de leeftijd van -10 maanden tot 2 jaar, de eerste 1000 dagen van een kind.</p> | | |
| Aanpak (hoofdpijnen) | <p>We brengen in beeld welke vroegsignaleerders we in de regio hebben en regelen voor hen de juist 'tools' in om hun rol in de klantroute op te pakken. Hierbij hebben we speciaal aandacht voor armoedebestrijding.</p> | Benodigde randvoorwaarden | |
| | <p>Er worden afspraken gemaakt over de implementatie van de passende tool en doelen gesteld voor de vroegsignalering en toeleiding. Dit doen we per vroegsignaleerder.</p> <p>In ieder geval de geboortezorg hebben we hiervoor al in beeld en kunnen we vanaf het begin gaan faciliteren. Daarvoor kiezen gemeenten, JGZ en geboortezorg samen de juiste passende tools. Een voorbeeld hiervan is Mind2Care.</p> | | |
| Impact | <p>Als we er vroeg bij zijn, kunnen we erger voorkomen. Daarom is vroegsignalering van belang. De directe impact van vroegsignalering is lastig te noemen. Dit hangt namelijk samen met het passende aanbod waar naartoe kan worden verwezen. Vroegsignalering vormt daarmee een belangrijke schakel in het programma Kansrijke Start.</p> | Betrokkenheid burgers | |
| Tijdslijn/planning | <p>Q1 2024 start het gesprek met de geboortezorg over welke tool zij willen/kunnen gaan gebruiken om vroegsignalering op te starten.</p> <p>Q1 start ook de verkenning van eventuele andere vroegsignaleerders.</p> <p>De aanpak wordt gekoppeld aan de regionale coalitie.</p> | | |

Project 2: Zelfverzekerd (toekomstig) ouderschap

| | | | |
|--|---|--|--|
| <p>Probleemstelling</p> | <p>Een aanzienlijk deel van het beroep op bijvoorbeeld de huisarts en spoedeisende hulp (SEH) bestaat uit gezinnen met kinderen die voor 'kleine' zaken naar de huisarts gaan. Deze zorgvraag ontstaat doordat sommige ouders, bijvoorbeeld bij hun eerste kind, wat onzeker zijn over de zwangerschap en opvoeding. Kinderen, zeker pasgeborenen, brengen veel onzekerheid voor ouders met zich mee. Welke keuzes mag je als ouder maken, wat vind je als ouder belangrijk in die keuzes en hoe kun je signalen van je kind herkennen? Hierbij hebben ze dan een klein steuntje in de rug nodig. Vaak is dit met meer informatie of aanbod elders in de keten te voorkomen. Aanbod van chats, voorlichting of lichte ondersteuning moet wel beter in beeld gebracht worden en bekend zijn bij de doelgroep, zodat ouders zelfverzekerd kunnen opvoeden. Uitgangspunt hierbij is positieve gezondheid en de regie op het eigen leven.</p> | <p>Impact</p> | <p>Door (potentiële) ouders de kennis, tools of lichte steun te bieden die ze nodig hebben om zelfverzekerd op te voeden, hoeven zij niet voor alles meer een beroep te doen op de zorg zoals huisartsen en SEH. Hierdoor neemt de druk op de zorg af.</p> |
| <p>Doelstelling</p> | <p>Ouders weten waar ze met hun vragen terecht kunnen en hebben laagdrempelige toegang tot informatie, passend advies en lichte ondersteuning. Dit aanbod van kennis, advies en ondersteuning sluit aan op de doorlopende fases in het ouderschap.</p> | <p>Tijdslijn/ planning</p> | |
| <p>Doelgroep + omvang</p> | <p>Toekomstige ouders, gezinnen met opgroeiende kinderen of (jong)volwassenen met een kinderwens (preconceptie); hun sociale netwerk; professionals in hun omgeving.</p> | <p>Betrokken organisaties</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Gemeenten • GGD West-Brabant • TWB • CJG • Kinderopvangorganisaties • Onderwijspartners • Qocon • Organisaties uit voorliggend veld |
| <p>Aanpak (hoofdlijnen)</p> | <p>Om het beroep op de huisarts en SEH te voorkomen moet meer worden ingezet op normaliseren. Ouders en hun omgeving kunnen veel meer zelf dan ze denken. Dit vraagt om meer proactief informeren en het inrichten van laagdrempelige toegang tot kennis en advies over onder meer kinderwens, zwangerschap en ouderschap. De JGZ-organisaties hebben al aanbod georganiseerd in de ondersteuning van ouders bij hun vragen en opvoeding. Denk aan voorlichting vanuit TWB en bijvoorbeeld de Ouderchat van de GGD. Hier houdt het echter niet bij op, ook geboortezorg en andere partners hebben een schat aan informatie beschikbaar. Belangrijk hierin is dat dit aanbod samenkomt en elkaar versterkt.</p> <p>Aanpak:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Centrale plek met de voorlichtingsactiviteiten, kennis en adviesaanbod en lichte ondersteuning; 2. (zorg)partners informeren over aanbod; 3. Communicatie naar inwoners inregelen. <p>Een mogelijkheid die hierin verkend kan worden is het opzetten van een omnichannel platform waar zowel (potentiële) ouders als professionals terecht kunnen met vragen, kennisbehoefte of om zich aan te melden voor (lichte) preventieve steun.</p> | <p>Impact op anderen Burgers, zorgprofessionals, andere zorg-/ welzijnsaanbieders</p> <p>Benodigde randvoorwaarden</p> <p>Betrokkenheid burgers</p> | |

Project 3: Gezonde Kinderopvang

| | | | |
|-----------------------------|--|---|--|
| Probleemstelling | <p>Kort na de eerste 1.000 levensdagen gaan een aantal kinderen in de leeftijd tot ongeveer 4 jaar al naar de kinderopvang. Hier start voor hen een belangrijk deel van de ontwikkeling, bijvoorbeeld taal en sociale vaardigheden, maar ook leefstijl. De aanpak Gezonde Kinderopvang (voorafgaand aan Gezonde School) biedt handvatten voor professionals uit de kinderopvang om aandacht te geven aan gezond opvoeden. Lang niet alle kinderopvanglocaties zijn al aangesloten bij de Gezonde Kinderopvang. Er liggen hier kansen om vroegtijdig extra in te zetten op signalering en preventie.</p> | Tijdslijn/ planning | <p>Q1 2024 aanstellen aanjager Gezonde Kinderopvang Q2 inventarisatie hoeveel professionals in de kinderopvang getraind kunnen worden. Vervolgens wordt er een plan van aanpak gemaakt om dit ook te realiseren. In dit plan wordt ook het aanbod van de trainingen behandeld. Q2/3 2024 starten de eerste trainingen van professionals.</p> |
| Doelstelling | <p>Alle kinderopvanglocaties zijn actief in het kader van de Gezonde Kinderopvang, of hebben hiervoor een certificaat behaald en bieden de basis voor een gezonde opvoeding en een kansrijk leven.</p> | Betrokken organisaties | <ul style="list-style-type: none">• GGD West-Brabant• TWB• Kinderopvangorganisaties• Onderwijspartners• Gemeenten |
| Doelgroep + omvang | <p>Kinderen tot ongeveer 4 jaar; professionals in de kinderopvang, met daarin de verbinding naar het onderwijs voor de periode na de leeftijd van 4 jaar.</p> | Impact op anderen Burgers, zorgprofessionals, andere zorg-/welzijnsaanbieders | |
| Aanpak (hoofdpijnen) | <p>De Gezonde Kinderopvang moet breed gedragen worden in de regio. Alle professionals die werkzaam zijn in de kinderopvang worden getraind volgens de methodieken van de Gezonde Kinderopvang. Daarvoor worden de kinderopvangorganisaties gefaciliteerd met middelen waardoor hun professionals tijd vrij kunnen maken om de training te volgen.</p> <p>Aanpak Gezonde Kinderopvang aansluitend op de Gezonde School aanpak.</p> <p>Er wordt een aanjager Gezonde Kinderopvang aangesteld die in gesprek gaat met de kinderopvangorganisaties, gemeenten en JGZ. Daar wordt opgehaald hoe de uitrol over de regio eruit moet komen te zien. Op basis van de praktijk van de kinderopvangorganisaties wordt er gewerkt met een gefaseerde uitrol, waarbij als eerst wordt samengewerkt met de kinderopvangorganisaties die enthousiast zijn om mee te doen en voorop willen lopen in de aanpak. Daarnaast wordt ook gericht op de kinderopvanglocaties in de wijken waar de noodzaak voor deelname aan de aanpak hoger ligt.</p> | Benodigde randvoorwaarden | <p>Kinderopvangorganisaties die mee willen werken aan de aanpak Gezonde Kinderopvang.</p> |
| Impact | <p>De gewenste impact is dat kinderen al in de jonge leeftijd tussen 2 en 4 jaar op de kinderopvang gezondheidsvaardigheden krijgen aangeleerd. Hierdoor weten zij op latere leeftijd gezonder te blijven, waardoor minder beroep wordt gedaan op de zorg.</p> <p>De daadwerkelijke impact is afhankelijk van de deelname van kinderopvangorganisaties.</p> | Betrokkenheid burgers | |

Project 4: Werken met voorspellende kinddata

| | | | |
|-----------------------------|--|---|---|
| Probleemstelling | Samen hebben de zorgpartijen de beschikking over een schat aan data over de mensen van de regio. Deze data blijft nu echter veelal beperkt tot de organisatie die de data heeft verworven. Om beter gebruik te maken van deze data, zodat het bruikbaar is als voorspellende data, is een aanpak en samenwerkingsafspraken nodig. | Betrokken organisaties <ul style="list-style-type: none">• GGD WB• TWB• Huisartsen• Ziekenhuis• Gemeenten- Jeugdzorg (ZIT)• Universiteit(en)• Zorgbelang | |
| Doelstelling | (bestaande) Data op een verantwoorde manier koppelen en ontsluiten om zo voorspellend in te kunnen zetten op preventie en het terugdringen van de zorgbehoefte. | | |
| Doelgroep + omvang | Kwetsbare gezinnen en kinderen, waar mogelijk op wijkniveau. | | |
| Aanpak (hoofdpijnen) | <p>We onderzoeken op welke manier we data kunnen koppelen en benutten om nog beter vorm te kunnen geven aan een kansrijke omgeving voor het kind. Zo kunnen we bijvoorbeeld kijken of doelgroepen met een hoger risico in kaart brengen en gericht inzetten waar dat nodig is. Op die manier kan echt preventief worden ingezet op <i>'ongelijk investeren voor gelijke (gezondheids)kansen'</i> en kan intergenerationele ongelijkheid echt worden aangepakt. Een voorbeeld is C4-PO.</p> <p>Privacy is hierbij een belangrijk uitgangspunt waarmee rekening moet worden gehouden. Dat is de verantwoorde manier van data benutten.</p> | | Impact op anderen Burgers, zorgprofessionals, andere zorg-/welzijnsaanbieders |
| Impact | Door onder meer jeugdgezondheidszorgdata veilig te verbinden aan andere data over gezondheid, ontwikkeling en onderwijs, kan een integraal beeld ontstaan van hoe het vanaf de zwangerschap tot aan de volwassenheid met kinderen gaat. Dit biedt aanknopingspunten om eerder interventies in te zetten, waarmee latere (vaak hogere) maatschappelijke kosten kunnen worden voorkomen. | | Benodigde randvoorwaarden |
| Tijdslijn/planning | In Q1 en Q2 van 2024 onderzoeken we welk project/pilot we het beste hiervoor kunnen inzetten en schrijven hiervoor een plan van aanpak. Vanaf Q3 van 2024 starten we met het plan van aanpak. | Betrokkenheid burgers | |

Projecten thema 5

Leefstijl en leefomgeving gerelateerde ziekten en kansenongelijkheid

Project 1: Leefstijlcommunity

Project 2: Het leefstijlloket

Project 3: Brede preventieve aanpak middelengebruik

Project 4: Aanpak kansen(on)gelijkheden

Project 5: Regio-alliantie Leefomgeving die bijdraagt aan een gezonde(re) leefstijl

Project 1: Leefstijlcommunity

Probleemstelling

Om in te zetten op een gezonde leefstijl is samenwerking van groot belang. Veel verschillende organisaties en professionals zetten zich in voor een gezonde leefstijl. We kunnen de impact vergroten door een eenheid van taal op kernbegrippen zoals leefomgeving, leefstijl en kansengelijkheid, maar ook elkaar inspireren op best practices en kennisdeling (effectieve interventies)

De leefstijlcommunity is een samenwerking tussen betrokken professionals uit het sociale domein (o.a. GGD, welzijn, cultuur, sportverenigingen, buurtsportcoaches) en professionals uit het medische domein (o.a. huisartsenzorg, ziekenhuis, apothekers, verslavingszorg). De leefstijlcommunity maakt gezamenlijke afspraken over de inzet van verschillende leefstijlinterventies bij verschillende doelgroepen.

Doelstelling

We zetten een leefstijlcommunity op in West-Brabant West en stimuleren en faciliteren lokale GALA-netwerken

Doelgroep + omvang

De leefstijl community wordt vormgegeven door professionals van de betrokken organisaties en richt zich op allen burgers in WB West met bijzondere aandacht voor het bereik en betrekken van doelgroepen: inwoners met een lage SES-WOA score, LVB, (arbeids)migranten,

Aanpak (hoofdlijnen)

- Inrichten expertgroep leefstijl (regionale samenwerking in preventie infrastructuur)
- Implementatie Zorgroute leefstijl (verbinding voorliggend veld + Zorgpad 1^o/2^e lijn)
- Implementatie ketenaanpakken GLI en KNKG
- Projecten gericht op onderwijs: aanpak Gezonde School en bundelen diverse initiatieven Bravis, huisartsen/zorgpartners, Novadic Kentron, GGD etc.)
- Interventies gericht op bereik bijzondere doelgroepen

Impact

Door de inzet van erkende effectieve interventies wordt er meer impact gemaakt. Harmonisatie van het aanbod. Verbinding van partijen op preventie

Tijdslijn/ planning

Q1/Q2 2024 organiseren bijeenkomst leefstijlcoalitie West-Brabant West.
Q3 2024 Inrichten stuurgroep met daarin gemeente, zorgpartijen, welzijn
Q3/Q4 2024 Meerjarenactieplan

Betrokken organisaties

Alle partijen verbonden aan het regioplan:
Gemeenten, Bravis, Huisartsencooperatie HCWB, het Huisartsenteam, WijZijn, GGD, Novadic Kentron, Groenhuisen, TWB, TanteLouise, S&L zorg, Surplus, SDW, GGZWNB, Transvorm, Zorgbelang, OOBOZ, VGZ en CZ.

Impact op anderen Burgers, zorgprofessionals, andere zorg-/ welzijnsaanbieders

Door breed betrekken van diverse aanbieders en partijen (Culturele sector, sport, welzijn, onderwijs) hebben we effect op alle groepen.

Benodigde randvoorwaarden

- Bekostiging: co financiering zorgverzekeraar & gemeenten

Ketenaanpak GLI en KNKG: In het IZA is opgenomen dat zorgverzekeraars en gemeenten met ingang van 1 januari 2024 een ketenaanpak inrichten. De projecten in dit thema bieden handvatten voor de invulling van die ketenaanpak.

Betrokkenheid burgers

Zorgbelang is aangesloten in onze regio. Vanuit daar gaan we in gesprek om burgerparticipatie op midden- en lange termijn vorm te geven. Hiermee beogen we de 'participatieladder' verder te beklimmen. Naast dit proces betrekken we o.a. de advies raden van de gemeente, cliëntenraden, patiëntenverenigingen en burgerpanels van betrokken organisaties.

Project 2: Leefstijlloket

Probleemstelling

Het maken van een leefstijlverandering is belangrijk om gezond te blijven en verergering of terugval van een ziekte te voorkomen. Veel inwoners vinden het moeilijk om langdurig bestaande ongezonde gewoonten te doorbreken. Medici en paramedici in het ziekenhuis hebben vaak, vanwege tijdgebrek, onvoldoende gelegenheid om leefstijl uitgebreid met de patiënten te bespreken. Om inwoners te motiveren en te begeleiden naar passende ondersteuning en interventies in de eigen woonomgeving zijn specifieke vaardigheden en kennis nodig, die artsen en paramedici onvoldoende beheersen. Een Leefstijlloket waar vanuit het ziekenhuis naar doorverwijzen kan worden biedt uitkomst.

Doelstelling

Patiënten structureel bewust maken van de helende effecten van een gezonde leefstijl en hen verwijsopties bieden naar leefstijlinitiatieven in de regio.

Doelgroep + omvang

Het Leefstijlloket bedient het adherentiegebied van het Bravis ziekenhuis. Inwoners die onder behandeling zijn bij een arts van het Bravis ziekenhuis en waarbij een leefstijlverandering wenselijk is, kunnen worden doorverwezen naar het Leefstijlloket. (Nb. Ook in het regioplan Oost is als project Het Leefstijlloket opgenomen zodat inwoners die naar het Amphia gaan daar terecht kunnen).

Aanpak (hoofdpijnen)

Het Leefstijlloket begeleidt inwoners vanuit het ziekenhuis naar regionale leefstijl zorg en ondersteuning dichtbij huis in het voorliggend veld. Er wordt niet ingezet op medische ondersteuning, maar juist op gedragsverandering. Samen met de inwoner wordt geïnventariseerd waar hun wensen en mogelijkheden liggen om aan een gezondere leefstijl te werken. Zij worden door de leefstijlmakelaar begeleid en gemotiveerd om hiermee aan de slag te gaan. Inwoners kunnen kosteloos een afspraak maken bij het fysieke loket, dat twee dagdelen per week geopend is.

Impact

Minder zorg en slimmere zorg

Tijdslijn/ planning

Start implementatie Q1 2024

Betrokken organisaties

- Bravis ziekenhuis
- Wijzijn
- TWB
- GGD

Impact op anderen Burgers, zorgprofessionals, andere zorg-/ welzijnsaanbieders

In project (nog) sterker aansluiten bij het publiek domein en voorliggend veld: leefstijlmakelaar verbinden aan gemeentelijk aanbod.

Benodigde randvoorwaarden

Bekostiging: zorgverzekeraar

Gegevensuitwisseling: doorverwijzing 1e naar 2^e lijn via bestaande structuren

Betrokkenheid burgers

Zorgbelang is aangesloten in onze regio. Vanuit daar gaan we in gesprek om burgerparticipatie op midden- en lange termijn vorm te geven. Hiermee beogen we de 'participatieladder' verder te beklimmen. Naast dit proces betrekken we o.a. de advies raden van de gemeente, cliëntenraden, patiëntenverenigingen en burgerpanels van betrokken organisaties.

Project 3: Brede (preventieve) aanpak middelengebruik

| | | | |
|-----------------------------|--|---|---|
| Probleemstelling | <p>Om te voorkomen dat jongeren al op jonge leeftijd middelen gebruiken is het belangrijk om vroeg én actief in te zetten op preventie. Het alcoholgebruik onder jongeren in West-Brabant is blijvend hoog en we zien ook de toename van trends op middelengebruik zoals Vapen. Middelengebruik raakt 1 op 1 aan een ongezonde leefstijl. Inzet op aanpak van middelengebruik gebeurt nu óf fragmentarisch óf op lokaal niveau. Terwijl we ook zien: als het mis gaat, gaat het goed mis. Met onnodige druk op de 2^e lijn ten gevolge. Niet alleen bij jongeren, maar zeker ook bij volwassenen én ouderen.</p> | Betrokken organisaties | <ul style="list-style-type: none">• Novadic Kentron• Gemeenten• GGD• Onderwijs• Bravis (SEH)• Huisartsen |
| Doelstelling | <p>Het doel is om een gelijk aanbod te creëren in de hele regio, met als basis erkende (impactvolle) interventies, aangevuld met steun- en zorgaanbod, maar ook door in te zetten op integrale voorlichting en een aanpak voor naasten.</p> | Impact op anderen Burgers, zorgprofessionals, andere zorg-/ welzijnsaanbieders | <ul style="list-style-type: none">• Via het onderwijs willen we jongeren betrekken in de wijkagent• Verbinding leefstijlloket: denk aan gebruiker die voor zoveelste keer met val door middelengebruik op SEH is gekomen, maar ook ondervoeding door eenzijdige voeding. |
| Doelgroep + omvang | <p>Alle burgers in West Brabant, met specifieke aandacht voor jongeren en naasten</p> | | |
| Aanpak (hoofdpijnen) | <ul style="list-style-type: none">• Integraal plan van aanpak gericht op onderwijs en vroegsignalering samen met alle partijen (Novadic Kentron, GGD, artsen 1^e en 2^e lijn, wijkagent, onderwijs) gericht op denormalisering middelengebruik en drugs (denk o.a. Skip die trip) + interventies• Aanpak middelengebruik: Opgroei in een Kansrijke Omgeving/vroegsignalering alcoholmisbruik• Regionaal ondersteuningsaanbod naasten (CRAFT methodiek Novadic Kentron) | Benodigde randvoorwaarden | <p>Bekostiging: co financiering zorgverzekeraar & gemeenten</p> <p>Gegevensuitwisseling: niet direct van toepassing, in principe kan doorverwijzing daar waar nodig op individueel niveau plaatsvinden vanuit bestaande ICT structuren.</p> |
| Impact | <p>Als we er vroeg bij zijn, kunnen we erger voorkomen. Daarom is vroegsignalering van belang. De directe impact van vroegsignalering is lastig te noemen. Dit hangt namelijk samen met het passende aanbod waar naartoe kan worden verwezen. We kunnen deze impact alleen maken als gezondheidsbevordering en preventie in samenhang worden aangeboden in een keten, waar verschillende elementen en niveaus op elkaar aansluiten: over alle typen preventie, inzet op alle pijlers, over alle settings en in samenhang met andere domeinen</p> | Betrokkenheid burgers | <p>Zorgbelang is aangesloten in onze regio. Vanuit daar gaan we in gesprek om burgerparticipatie op midden- en lange termijn vorm te geven. Hiermee beogen we de ‘participatieladder’ verder te beklimmen. Naast dit proces betrekken we o.a. de advies raden van de gemeente, cliëntenraden, patiëntenverenigingen en burgerpanels van betrokken organisaties.</p> |
| Tijdslijn/planning | <p>Q1 en Q2 van 2024: verkenning door betrokken organisaties welke concrete interventies in vorm van een pilot we het beste hiervoor kunnen inzetten + opstellen plan van aanpak. Vanaf Q3 van 2024 starten we met implementatie middels pilots</p> | | |

Project 4: Aanpak kansen(on)gelijkheden

| | | | |
|-----------------------------|---|---|---|
| Probleemstelling | Ongeveer een kwart van de volwassen inwoners heeft problemen met het vinden, lezen, begrijpen en toepassen van informatie voor het nemen van gezondheidsgerelateerde beslissingen. Zij zijn onvoldoende of beperkt gezondheidsvaardig. Mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden maken meer gebruik van de zorg, ervaren de kwaliteit van de zorg die ze krijgen als minder goed en hebben meer moeite om hier hun weg in te vinden. Maar ook de gewone burger ziet door de bomen het bos niet meer. Wat is nu waar te vinden? Wat kan ik zelf? En waar kan ik terecht als het me toch niet lukt? | Betrokken organisaties | <ul style="list-style-type: none">• GGD• Gemeenten• Zorg- en welzijnsorganisaties• Bibliotheken• Taalnetwerk West-Brabant• Pharos |
| Doelstelling | Het verminderen van kansenongelijkheid door o.a. tijdig (h)erkennen van beperkte gezondheidsvaardigheden. Eind 2024 zijn alle betrokken organisaties bij 'gezondheidsvaardige' organisaties. | Impact op anderen Burgers, zorgprofessionals, andere zorg-/welzijnsaanbieders | <ul style="list-style-type: none">• Raakt alle organisaties betrokken bij het IZA: In Nederland zijn 2,5 miljoen mensen laaggeletterd. Dat wil zeggen dat ze moeite hebben met lezen, schrijven en/of rekenen. Voor hen is bijvoorbeeld het vinden van de weg in een praktijk, het lezen van (uitnodigings)brieven, het invullen van formulieren en het begrijpen van folders lastig. |
| Doelgroep + omvang | In West-Brabant hebben we het over ongeveer 142.000 West-Brabanders 18+. | | |
| Aanpak (hoofdpijnen) | We zetten in op: <ul style="list-style-type: none">• Effectieve communicatie op B1 niveau bij al onze medewerkers zowel in woord als geschrift;• Aanpak laaggeletterdheid• Toegankelijk en integraal aanbod (ook van elkaar in de keten weten wie wat doet + koppelen van aanbod)• Gebruik van E-health technologie | Benodigde randvoorwaarden | Bekostiging: co financiering zorgverzekeraar & gemeenten Gegevensuitwisseling: niet direct van toepassing, in principe kan doorverwijzing daar waar nodig op individueel niveau plaatsvinden vanuit bestaande ICT structuren. |
| Impact | Mensen met onvoldoende gezondheidsvaardigheden bijvoorbeeld omdat ze lager opgeleid zijn leven gemiddeld ruim 4 jaar korter en ervaren ruim 14 jaar eerder een slechtere gezondheid dan hoogopgeleiden. Een aanpak op verbeteren van gezondheidsvaardigheden levert dus direct minder zorg op. Daarnaast willen voor alle burgers inzetten op toegankelijker informatie en E-health technologie. Dat levert niet alleen minder zorg op, maar ook slimmere zorg. | Betrokkenheid burgers | Zorgbelang is aangesloten in onze regio. Vanuit daar gaan we in gesprek om burgerparticipatie op midden- en lange termijn vorm te geven. Hiermee beogen we de 'participatieladder' verder te beklimmen. Naast dit proces betrekken we o.a. de advies raden van de gemeente, cliëntenraden, patiëntenverenigingen en burgerpanels van betrokken organisaties. |
| Tijdslijn/planning | Q1: start projectgroep met betrokken organisaties, opstellen van plan van aanpak (uitvoeringsplan) | | |

Project 5: Regio-alliantie Leefomgeving die bijdraagt aan een gezonde(re) leefstijl

| | | | |
|-----------------------------|--|---|--|
| Probleemstelling | Luchtverontreiniging zorgt voor veel schade aan de gezondheid, wat zich uit in o.a. hart- en vaatziekten en longaandoeningen, waaronder astma. Verder draagt een gezonde leefomgeving niet alleen bij aan de bescherming van de gezondheid, maar ook aan de bevordering ervan: een omgeving die uitnodigt tot bewegen en rust en ontspanning biedt. | Betrokken organisaties | <ul style="list-style-type: none">• GGD & Gemeenten (óók fysiek domein) als kartrekkers• Bravis en huisartsen (als ambassadeurs)• WijZijn (verbinding kwetsbare doelgroepen en wijken)• Als lid van coalitie: alle partijen betrokken bij het regioplan.• Als lid van alliantie: zie o.a. genoemde partijen onder impact op anderen. |
| Doelstelling | Ombuigen van onze huidige leefomgeving naar een gezonde leefomgeving die de gezondheid van onze inwoners <u>beschermt</u> tegen beïnvloedende factoren zoals lucht en geluid en de gezondheid van onze inwoners <u>bevordert</u> doordat de leefomgeving uitnodigt tot bewegen en bijdraagt aan een gezonde leefstijl | Impact op anderen Burgers, zorgprofessionals, andere zorg-/ welzijnsaanbieders | <ul style="list-style-type: none">• Verbinding met ‘voedingspartijen’ zoals supermarkten, horeca etc.• Verbinding met industrie, weg- en waterstaat, landbouw, logistiek |
| Doelgroep + omvang | Alle burgers in West Brabant West met oog voor kwetsbare doelgroepen (ouderen, kinderen) maar ook kwetsbare wijken | Benodigde randvoorwaarden | Bekostiging: co financiering zorgverzekeraar & gemeenten |
| Aanpak (hoofdlijnen) | <ul style="list-style-type: none">• Regionale inzet op gezondheidsbevorderende maatregelen en invloed regio op dikmakende(obesogene) leefomgeving• Regionale inzet op gezondheidsbevorderende en beschermende maatregelen, door oa quick wins leefomgeving zoals watertappunten, maar vooral regionaal samenwerken op verbeteren van de luchtkwaliteit, maar ook o.a. treffen van klimaatadaptieve maatregelen ter voorkoming van hittestress, Inventariseren en verminderen beschadigende aspecten op onze leefomgeving vanuit industrie, landbouw en wegverkeer, etc. | Betrokkenheid burgers | Gegevensuitwisseling: niet direct van toepassing, in principe kan doorverwijzing daar waar nodig op individueel niveau plaatsvinden vanuit bestaande ICT structuren. |
| Impact | De Brabantse GGD’ en onderzochten de luchtkwaliteit in Brabant en berekenden dat inwoners van Brabant door de luchtverontreiniging gemiddeld 358 dagen korter leven dan zonder deze luchtverontreiniging. Bij 1 op de 5 kinderen is luchtverontreiniging de oorzaak van hun astma en bij ruim 1 op de 5 volwassenen (40-plussers) met hart- en vaatziekten is het de oorzaak van hun ziekte. De buitenlucht die inwoners inademen is vergelijkbaar met de lucht die iemand zou inademen als een huisgenoot elke dag bijna 5 sigaretten binnenshuis rookt | | Zorgbelang is aangesloten in onze regio. Vanuit daar gaan we in gesprek om burgerparticipatie op midden- en lange termijn vorm te geven. Hiermee beogen we de ‘participatieladder’ verder te beklimmen. |
| Tijdslijn/ planning | Q4 2024 organiseren 1 ^e bijeenkomst voorlopige coalitie West-Brabant West. Q4 2024 Opstellen meerjarenactieplan | | 61 |

Projecten thema 6

Druk op de eerste lijn

Project 1: Verder uitrollen van “slimme AI-triage” binnen de huisartsenpraktijken

Project 2: Organiseren van spoedzorg voor ouderen op de juiste plek

Project 3: Hybride (medische) zorg

Project 4: Regionaal opleiden van VS/PA

Project 5: Creëren van vangnet voor inwoners zonder huisarts

Project 1: Verder uitrollen van "slimme AI-triage" binnen de huisartsenpraktijken

Probleemstelling

Er is een toename van de vraag voor het aantal huisartsconsulten in de periode 2023-2040, die voor een substantieel deel bestaan uit niet medische, "praktische vragen" (regiobeeld West-Brabant). Door juiste triage vooraf hoeven niet alle aanvragen te leiden tot een medisch consult.

Doelstelling

Stap 1: Verder uitrollen van nieuwe digitale ingang binnen de huisartsenpraktijken. Deze digitale ingang verzorgt door middel van "slimme AI-triage" de intake en de triage van de patiënt.

Stap 2: Integreeren van triage op het gebied van sociaal domein binnen de bestaande medische triage zodat vragen voor het sociaal domein afgevangen kunnen worden en direct terecht komen op de juiste plek binnen het sociaal domein.

Stap 3: Integratie met andere domeinen en scopeverbreiding binnen eerstelijns (o.a. apotheek, fysiotherapeut)

Stap 4 of parallel: verkennen mogelijkheden van 1 overkoepelende plek waar inwoners terecht kunnen met vragen op het gebied van allerlei domeinen. Inwoner wordt via deze weg geleid naar de juiste plek of wordt voorzien van de juiste informatie

Doelgroep + omvang

Alle inwoners binnen de regio die contact opnemen met hun huisarts en dermate digitaal vaardig zijn dat zij hun triage digitaal kunnen afhandelen

Aanpak (hoofdlijnen)

- Implementatieplan voor uitrollen binnen huisartsenpraktijken en ondersteuning bieden
- Verkennen aanbieders software AI-triage (doel is om uniform te kiezen voor 1 aanbieder)
- Integreeren van software met HIS
- Verkennen mogelijkheden integratie triage sociaal domein

Impact

Minder zorg

Voorkomen van onnodige consulten bij de huisarts

Slimmere zorg

Door gebruik van digitale AI-triage minder druk op de telefoon en efficiëntere inzet zorgpersoneel

Betere zorg

Inwoners krijgen sneller de juiste zorg

Betrokken organisaties

- Regionale huisartsenorganisaties (RHO's)
- VVT
- sociaal domein (stap 2)
- Diverse domeinen (stap 3)
- Gemeenten
- Aanbieder AI-triage
- HIS leveranciers
- Mogelijk kan REN aanhaken voor digitale verbinding
- Scopeverbreiding: apotheek, fysio etc

Impact op anderen Burgers, zorgprofessionals, andere zorg-/ welzijnsaanbieders

Resultaten burger:

- Verhoogde toegankelijkheid 24/7
- Meer tijd in de spreekkamer
- Uitgebreider toelichten klachten
- Sneller juiste zorg

Resultaten zorgprofessionals:

- Reductie van telefoon verkeer
- Reductie aantal consulten bij de huisarts
- Verhoging van werkplezier

Benodigde randvoorwaarden

Bekostiging:

- Structurele bekostiging aanschaf software
- Integratie van HIS of andere systemen met de software

Betrokkenheid burgers

Middels kwalitatief onderzoek. Dit is onlangs uitgevoerd door VGZ.

Project 2: Organiseren van spoedzorg voor ouderen op de juiste plek

| | | | | | | | | | |
|-----------------------------|---|---|--|---------------|--|-------------|--|----------------------------------|---|
| Probleemstelling | Zie programmavoorstel Spoedzorg Westelijk West-Brabant. Doordat ouderen steeds langer zelfstandig thuis wonen, neemt het aantal crisissituaties en daarmee gepaard gaande spoedopnames de laatste jaren toe. Crisissituaties zijn vaak multifactorieel van aard. Het is van belang om de spoedzorg toegankelijk te houden en op de juiste plek te leveren. | Betrokken organisaties | <ul style="list-style-type: none">• Regionale huisartsenorganisaties (RHO's)• VVT organisaties• Regionale ziekenhuizen• GGZ instellingen• HAP West-Brabant | | | | | | |
| Doelstelling | Het organiseren van één regionale zorgcentrale als aanmeld-, triage- en coördinatiepunt voor spoedzorg voor ouderen en een passend en samenhangend aanbod voor spoedzorg in de regio. | | | | | | | | |
| Doelgroep + omvang | <ul style="list-style-type: none">• Kwetsbare oudere met acute (medische) knik in de thuissituatie• Kwetsbare oudere met acute knik in de thuissituatie t.g.v. overbelast mantelzorgsysteem of anderszins (= labelloos bed) | | | | | | | | |
| Aanpak (hoofdpijnen) | <ul style="list-style-type: none">• Organiseren van één aanmeld-, triage- en coördinatiepunt voor spoedzorg in de regio (mogelijk koppelen aan één regionale zorgcentrale)• Verstevenigen van het acute thuiszorgteam, geriatisch expertise team (huisarts- SO-casemanager dementie/ wijkverpleegkundige) en samenwerking met de huisarts en HAP om crisissituaties in de thuissituatie te voorkomen, aan te pakken en spoedopnames te voorkomen• Passend aanbod voor crisisopnames in de regio en een uniforme werkwijze in de spoedzorg tussen VVT organisaties (EHKO + labelloze bedden) | Impact op anderen Burgers, zorgprofessionals, andere zorg-/welzijnsaanbieders | | | | | | | |
| Impact | <table border="1"><tr><td>Minder zorg</td><td>Door in crisissituaties een passend zorgaanbod te leveren, kan het bijdragen om een cliënt zo lang mogelijk thuis te laten wonen. Doel van een EHKO-opname is immers terugkeer naar huis.</td></tr><tr><td>Slimmere zorg</td><td>Door het centreren van de aanmelding-, triage- en coördinatie van spoedzorg in de regio, wordt de crisiszorg op de juiste plek geleverd en er slimmer gebruik gemaakt van bedden capaciteit.</td></tr><tr><td>Betere zorg</td><td>In een crisissituatie kan sneller gehandeld worden en kan de zorg op de juiste plek geleverd worden.</td></tr></table> | Minder zorg | Door in crisissituaties een passend zorgaanbod te leveren, kan het bijdragen om een cliënt zo lang mogelijk thuis te laten wonen. Doel van een EHKO-opname is immers terugkeer naar huis. | Slimmere zorg | Door het centreren van de aanmelding-, triage- en coördinatie van spoedzorg in de regio, wordt de crisiszorg op de juiste plek geleverd en er slimmer gebruik gemaakt van bedden capaciteit. | Betere zorg | In een crisissituatie kan sneller gehandeld worden en kan de zorg op de juiste plek geleverd worden. | Benodigde randvoorwaarden | Zie ook programmavoorstel Spoedzorg westelijk West-Brabant Mogelijk overlap met ROAZ plannen |
| Minder zorg | Door in crisissituaties een passend zorgaanbod te leveren, kan het bijdragen om een cliënt zo lang mogelijk thuis te laten wonen. Doel van een EHKO-opname is immers terugkeer naar huis. | | | | | | | | |
| Slimmere zorg | Door het centreren van de aanmelding-, triage- en coördinatie van spoedzorg in de regio, wordt de crisiszorg op de juiste plek geleverd en er slimmer gebruik gemaakt van bedden capaciteit. | | | | | | | | |
| Betere zorg | In een crisissituatie kan sneller gehandeld worden en kan de zorg op de juiste plek geleverd worden. | | | | | | | | |
| | | Betrokkenheid burgers | | | | | | | |

Project 3: Hybride (medische) zorg (1/2)

Probleemstelling

De toegankelijkheid langdurige ouderenzorg in West-Brabant staat onder druk door een toename van kwetsbare ouderen en ontoereikende medische behandelcapaciteit

Doelstelling

Hoofddoel: Duurzaam toegankelijke, passende, doelmatige en kwalitatief goede zorg (thuis) voor een groeiende groep cliënten.

Cliënt: Zo optimaal mogelijke medische zorg en behandeling voor kwetsbare ouderen inrichten, gegeven de huidige en toekomstige uitdagingen

VVT: Ontlasten en efficiënt inzetten van zorgpersoneel VVT-instellingen door te werken met een beperkt aantal loketten richting de huisarts

Huisartsen: Ondersteunen van huisartsen om de groeiende zorgvraag vanuit kwetsbare ouderen op te vangen en zo de huisartsenzorg toegankelijk houden

De scope van het huidige voorstel heeft betrekking op de sector Verpleging en Verzorging (Wlz). Het plan heeft daarnaast ook impact op de huisartsenzorg (Zvw). Het plan kan uitgebreid worden naar gehandicaptenzorg (SDW heeft al aangegeven interesse te hebben).

Het aantal kwetsbare ouderen in West-Brabant neemt de komende jaren toe. Zo stijgt het aantal 65-plussers van 158.010 in 2023 tot 205.080 in 2040. Het aandeel cliënten in de wijkverpleging stijgt tot 2040 met 45,7% en het aandeel cliënten in verpleeghuizen zelfs met 69,7%.

1. Tegelijkertijd is er nu al sprake van een tekort aan zorgverleners (tekort van circa 600 werknemers in de V&V en circa 200 in de thuiszorg) en een tekort aan medische behandelcapaciteit.
2. VVT-instellingen hebben onvoldoende behandelcapaciteit om de groei van het aantal kwetsbare ouderen op te kunnen vangen. Kwetsbare ouderen zullen dus langer thuis moeten blijven wonen. Hierdoor wordt de druk op de huisartsenzorg (verder) vergroot. Echter is er in de regio nu al sprake van een huisartsentekort; uit onderzoek blijkt dat in West-Brabant >50% van de huisartspraktijken in de afgelopen vijf jaar tijdelijk geen nieuwe patiënten heeft kunnen aannemen vanwege een tekort aan capaciteit.
3. De mismatch tussen de zorgvraag van kwetsbare ouderen en het zorgaanbod, nu en in de toekomst, vormt een van de grootste opgaven in regio West-Brabant. Om deze groeiende zorgvraag op te kunnen vangen, zal er naar nieuwe oplossingen moeten worden gekeken, zoals zorg met digitale ondersteuning.

Doelgroep + omvang

Betrokken organisaties

Op dit moment:

- Avoord
- De Wijngaerd
- Crataegus woonzorg
- CZ zorgkantoor
- Dagelijks Leven
- Egala zorg
- Groenhuysen
- HCWB
- HGE
- HHT
- Het Hoge Veer
- Kloek
- Maas Waarden
- Mijzo
- Park Zuiderhout
- Pim Senior
- tante Louise
- TWB
- Elisabeth
- Surplus
- Thebe

Project 3: Hybride (medische) zorg (2/2)

Aanpak

Onderzoek en Voorbereiding:

- Groenhuysen en tanteLouise vervolgen de verkenning naar het best passende concept van hybride zorg voor ouderen en betrekken hierbij de regionale ketenpartners. Gezamenlijk komen zij tot een uitgewerkt plan met passende oplossing.
- Proof of concept bij GH, TL en HGE:
- Groenhuysen en tanteLouise implementeren vanuit een aanjagersrol als eerste het concept van hybride zorg voor ouderen en monitoren en evalueren de effecten. Zij halen de kinderziekten eruit en blijven het hybride werken continu verbeteren.

(Vorbereidende) uitrol in West -Brabant:

- Groenhuysen en tanteLouise delen de geleerde lessen rondom hybride zorg met de rest van de regio en ondersteunen de VVT-aanbieders bij het aansluiten bij en leren werken met hybride zorg voor ouderen.

Uitbreiden van mogelijkheden bij GH en TL:

- Groenhuysen en tanteLouise verkennen de gewenste uitbreidingen van hybride zorg en gaan in gesprek met leverancier(s) om dit in te richten, te realiseren en continu te verbeteren.

Uitrol in rest van West -Brabant:

- Uitrol van de gewenste uitbreidingen bij de overige VVT-aanbieders op basis van eerder geleerde lessen (fase 2A) en met ondersteuning vanuit Groenhuysen en tanteLouise. In overleg met CZ mogelijk om een voorbeeld casus te maken voor rest van Nederland.

Impact

Aantal cliënten met een ZZP, VPT, MPT of ELV- laag: 2023: ca. 1.100 cliënten uit doelgroep in adherentiegebied Groenhuysen en tanteLouise. Ca. 3.700 cliënten uit doelgroep in West Brabant. 2023: 90% van zorgvragen richting HA gaat via V&V, per zorgvraag is V&V gemiddeld 30 min kwijt met telefoneren.

Hybride (medische) zorg heeft impact op circa 3.700 cliënten in West-Brabant. Deze groep heeft naar schatting 64.000 zorgvragen per jaar richting de huisarts waarvan de verwachting is dat 90% digitaal kan worden opgevangen.

Benodigde randvoorwaarden

Bekostiging: Kosten voor projectleider voor fase 0 t/m fase 2B. O.a. begeleiden onderzoeksfase, verder uitwerken concept, regionale samenwerking, monitoring voortgang, communicatie belanghebbenden, etc. Eerste inschatting: gem. 1 fte projectleider tijdens looptijd project.

Verlet kosten van personeel voor het vormgeven van de nieuwe keten/samenwerkingsafspraken, leren werken met de nieuwe methode, communicatie naar cliënten, etc. Dit raakt V&V personeel, huisartsen, behandelaren en ICT en HR (leerhuis) van de VVT-aanbieders. Er zijn bestaande contacten en contracten. Onduidelijk is of binnen deze contracten ruimte is voor extra onderzoek (o.a. nulmeting, monitoren effecten) en verantwoording. Eerste inschatting: 0,5 fte onderzoeker tijdens looptijd project.

Gegevensuitwisseling: Inrichten van digitale omgeving, regelen van koppelingen. Kosten afhankelijk van gekozen digitale oplossing. Naar verwachting meeste kosten voor leverancier van systeem. Mogelijk licentiekosten voor VVT.

Project 4: Regionaal opleiden/positioneren van VS/PA

| | | | |
|-----------------------------|---|---|--|
| Probleemstelling | De individuele praktijk heeft niet altijd de begeleidingscapaciteit om een verpleegkundig specialist of een physician assistant op te leiden. Terwijl deze specialisering en taakdifferentiatie binnen de eerste lijn zeker positieve effecten heeft gehad op de kwaliteit en de doelmatigheid van het beantwoorden van afzonderlijke steeds complexer wordende zorg- en ondersteuningsvragen. Tevens kan taakherschikking een oplossing zijn voor arbeidskrapte en knelpunten in de organisatie van zorg. (Tuyl, L. van, E. Vis, M. Bosmans, R. Friele en R. Batenburg (2020). Visies op taakherschikking. Utrecht: Nivel.) | Betrokken organisaties | <ul style="list-style-type: none">• Regionale huisartsenorganisaties (RHO's)• VVT organisaties• Opleidingsinstituten |
| Doelstelling | Het regionaal opleiden van VS en PA om de arbeidskrapte en de knelpunten in de organisatie van zorg binnen de eerste lijn te verminderen, zodat de toegankelijkheid tot de eerstelijns zorg gewaarborgd is/blijft. | | |
| Doelgroep + omvang | Zorgprofessionals met de juiste vooropleiding die zich willen laten scholen tot VS of PA binnen de eerste lijn. | Impact op anderen Burgers, zorgprofessionals, andere zorg-/ welzijnsaanbieders | Draagt bij aan het toegankelijk houden van de eerstelijnszorg. |
| Aanpak (hoofdlijnen) | <ul style="list-style-type: none">• Opstellen gezamenlijk opleidingsplan i.s.m. opleidingsinstituten• beschikbaar stellen van begeleidingscapaciteit• Beter benutten van capaciteiten door positionering van VS/PA binnen de eerste lijn | | |
| Impact | Minder zorg | Door passende zorg wordt er minder beroep gedaan op medisch specialist zoals bv huisarts (bv door inzet VS in thuiszorg) | |
| | Slimmere zorg | Geprotocolleerde zorg uitbesteden zodat er meer tijd overblijft voor toenemende complexere zorg binnen de eerste lijn | Benodigde randvoorwaarden |
| | Betere zorg | Draagt bij aan goed functionerende eerstelijnszorg dat regelt dat mensen op het passende moment, niet te vroeg en niet te laat, een beroep doen op complexe en duurder zorg of via de sociale kaart naar niet zorgorganisaties worden doorverwezen. | VS: Verpleegkundig specialist PA: Physician assistant Let op fiscale wet- en regelgeving |
| | | Betrokkenheid burgers | |

Project 5: Creëren van vangnet voor inwoners zonder huisarts

| | |
|------------------------------|--|
| Probleemstelling | De toegankelijkheid, continuïteit en kwaliteit van de huisartsenzorg staat onder druk, hierdoor heeft niet iedere inwoner binnen onze regio een vaste eigen huisarts. Tegelijkertijd zorgen de bekende factoren ervoor dat het behouden van de toegankelijkheid van de huisartsenzorg binnen onze regio een flinke uitdaging zal zijn. |
| Doelstelling | Zorgen voor extra capaciteit zodat onze regio weerbaarder is tegen tekorten en inwoners toegang hebben/houden tot de eerstelijnszorg. |
| Doelgroep + omvang | Inwoners binnen onze regio die zich niet kunnen inschrijven in een huisartsenpraktijk (noni). |
| Aanpak (hoofddlijnen) | <ul style="list-style-type: none">In kaart brengen hoe groot het probleem is en op welke plekken dit speelt. Om een indicatie te geven: in BoZ hebben 1000 mensen zich gemeld zonder huisarts (nov 23)Beschrijven van diverse scenario's om een vangnet mogelijk te maken voor deze groepEen vangnet creëren dat opschaalbaar is naar elders binnen onze regio |
| Impact | Minder zorg Door de toegankelijkheid van de dagzorg zal er naar verwachting een daling plaatsvinden in de anw-uren |
| | Slimmere zorg Voor het creëren van een vangnet zou gebruik gemaakt kunnen worden van hybride zorg, dit maakt het mogelijk dat zorgverleners op afstand zorg kunnen verlenen |
| | Betere zorg Draagt bij aan goed functionerende eerstelijnszorg dat regelt dat mensen op het passende moment, niet te vroeg en niet te laat, een beroep doen op complexe en duurder zorg of via de sociale kaart naar niet zorgorganisaties worden doorverwezen. |

Betrokken organisaties

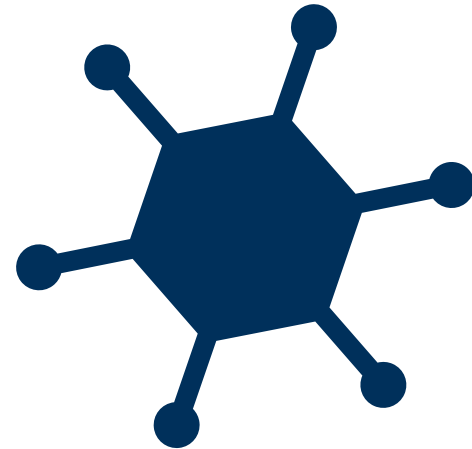
- Regionale huisartsenorganisaties (RHO's)
- Zorgverzekeraars CZ/VGZ
- HAP West-Brabant
- Gemeenten

Impact op anderen Burgers, zorgprofessionals, andere zorg-/ welzijnsaanbieders

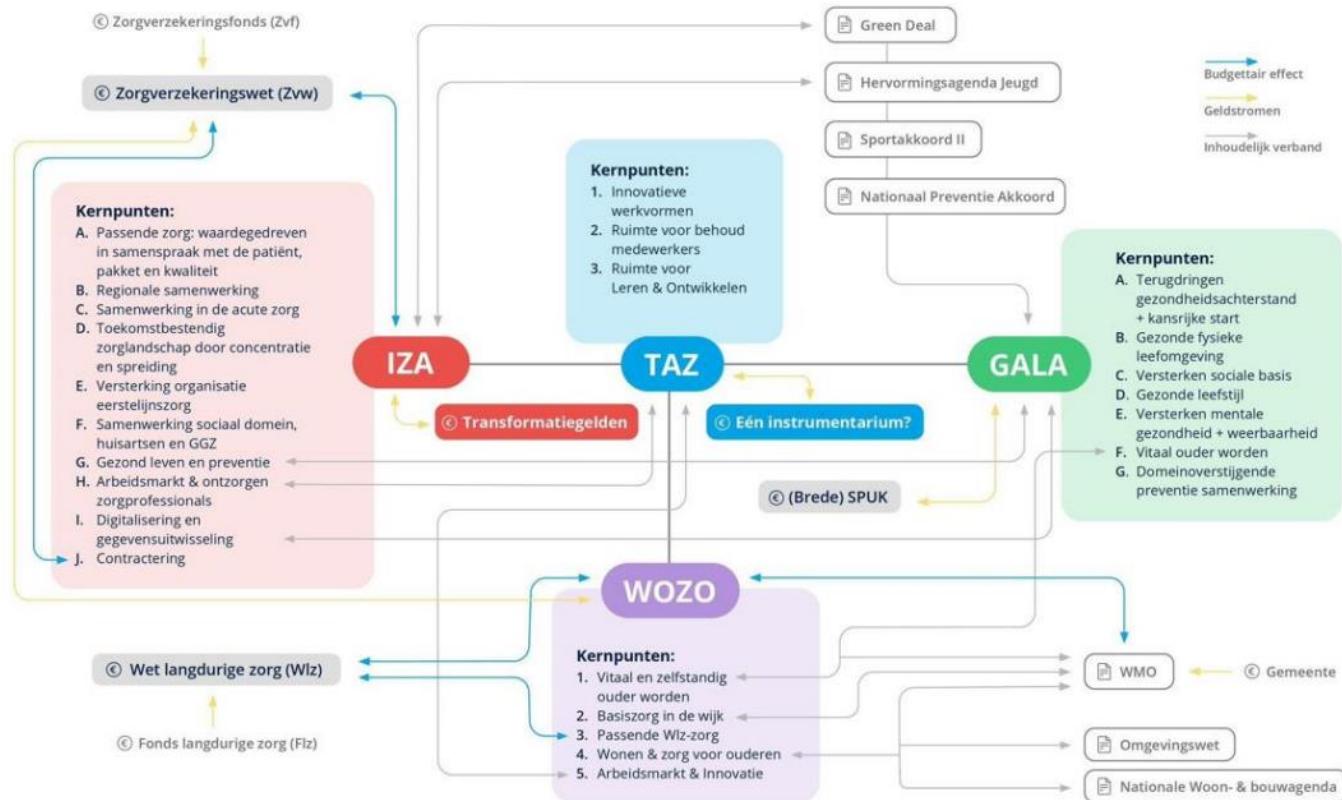
Benodigde randvoorwaarden

Betrokkenheid burgers

Bijlage 3: Koppeling met andere plannen



Samenhang programma's en akkoorden in één visueel overzicht



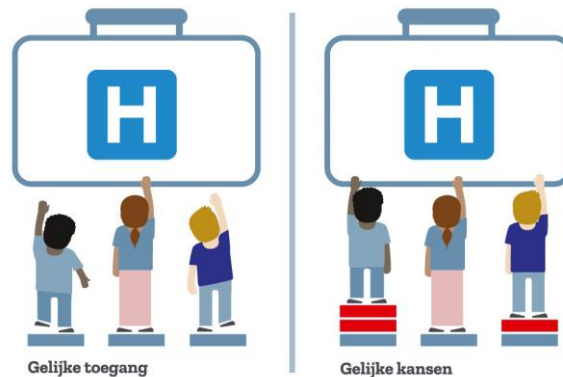
Het GALA

Het Gezond en Actief Leven Akkoord is gericht op **Preventie** en is vanuit het publieke domein ingestoken (de sociale basis in de gemeente, wijkaanpak).

Voor het GALA gelden er drie leidende begrippen:

1. Positieve Gezondheid
2. Health in all Policies (ook andere domeinen zoals fysieke leefomgeving & sociale basis dragen bij aan gezondheidswinst);
3. Health Equity in all Policies (gelijke gezondheidskansen door ongelijk te investeren)

De afspraken in het GALA zijn een noodzakelijke randvoorwaarde om de afspraken in het IZA te kunnen realiseren. Iedere gemeente heeft een eigen plan van aanpak daarvoor.



Het IZA en GALA

Beide plannen zijn ontstaan vanuit landelijk coalitie akkoord en streven een gezamenlijk doel na.

- De zorg kwalitatief goed, toegankelijk en betaalbaar houden.

De insteek van beide plannen is echter anders. GALA zit veel meer aan de kant van de preventie, het IZA wil de zorg kwalitatief goed, betaalbaar en toegankelijk houden.

Wel hebben beide akkoorden te maken met een tekort aan zorgpersoneel en stijgende zorgkosten, maar lopen er ook grote maatschappelijke kwesties doorheen als:

- Toenemende armoede
- Klimaatproblematiek
- Vergrijzing

Beide akkoorden zijn gericht op samenwerking tussen alle gemeenten/de GGD, zorgaanbieders en zorgverzekeraars.



Koppeling met de ketenaanpakken

In het GALA zijn afspraken gemaakt om te komen tot een landelijk dekkend aanbod van vijf ketenaanpakken. De middelen die gemeenten kunnen aanvragen, worden ingezet voor coördinatiekosten om de ketenaanpak in te richten, met ten minste zorgverzekeraars en relevante (zorg)professionals. Hierover dienen gemeenten en zorgverzekeraars op regionaal niveau afspraken te maken, die op lokaal niveau tot uitvoering komen. De ketenaanpakken hangen samen met het IZA waarin het medische deel van de ketenaanpakken door zorgverzekeraars wordt ingericht en ingekocht.

| Ketenaanpak | Themalijn |
|--|---|
| Welzijn op Recept | Kwetsbare ouderen nu en in de toekomst |
| Kind naar Gezond Gewicht | Leefstijl en leefomgeving (-gerelateerde aandoeningen) |
| Kansrijke Start | Kansrijk opgroeien |
| Gecombineerde Leefstijl Interventie voor volwassenen met overgewicht en obesitas | Leefstijl en leefomgeving (-gerelateerde aandoeningen) |
| Valpreventie | Kwetsbare ouderen nu en in de toekomst |

De koppeling met het ROAZ-plan

- **Huidige situatie acute zorg in Brabant:**
 - Over het algemeen voldoet de geografische dekking aan bereikbaarheidsnormen, maar ambulance standplaatsen voldoen niet aan de norm.
 - Toegankelijkheid van acute zorg staat onder druk ondanks redelijke geografische dekking.
 - Zorgvraag verschilt per sector.
- **Toekomstige uitdagingen:**
 - Het aantal acute zorgvragen zal toenemen vanwege demografische en incidentele factoren (2022-2032).
 - Beschikbaar zorgaanbod neemt af in alle sectoren.
 - Zonder actie zal het steeds moeilijker zijn om aan de vraag te voldoen.
- **Mogelijke oplossingen en kansen:**
 - Voorkomen of verplaatsen van acute zorgvragen kan een deel van de groei dempen.
 - Slimmere inzet van aanbod kan de productiviteit verhogen.
 - Kansen benutten vraagt om vraagreductie, investeringen in dagzorg, en samenwerking tussen sectoren.
- **Uitdagingen bij het realiseren van beleidsrijke koers:**
 - Genoemde kansen zijn naar verwachting niet voldoende om kloof tussen vraag en aanbod te dichten.
 - Realisatie vraagt om focus op vraagreductie, investeringen in dagzorg, en intersectorale samenwerking.
- **Aanpak in het ROAZ-plan:**
 - Inzetten op genoemde kansen om beleidsrijke koers te realiseren.
 - Vooral aandacht voor vraagreductie, investeringen in dagzorg, en samenwerking tussen sectoren.
 - Nadere uitwerking nodig voor aanbodkansen, vooral verbetering van data-beschikbaarheid.

We zien vanuit het ROAZ-beeld 6 pijlers voor het borgen van de toegankelijkheid, beschikbaarheid en kwaliteit



De koppeling met GGZ (1/2)

Zorgvraag:

- Toenemende focus op wonen en zorg thuis (VPT en MPT), vooral in GGZ-W profielen.
- Verwachte stijging in vraag naar huisvesting en passende thuiszorg.
- Lagere indicatieprevalentie GGZ-W profielen in West Brabant vergeleken met landelijk gemiddelde.

Betaalbaarheid:

- Kosten per cliënt in West Brabant binnen CZ-gemiddelde bandbreedte.

Toegankelijkheid:

- Absolute stijging van leveringsvorm VPT, met een percentage toename ten opzichte van andere leveringsvormen.
- Stabiele wachtlijst in West Brabant, maar mogelijk groter dan gerapporteerd.
- Bovenregionale mobiliteit van cliënten, zowel inkomend als uitgaand.

Kwaliteit:

- In de CZ-regio's 34 cliënt- en naastensignalen ontvangen in 2022.
- Meest voorkomende klantsignalen betreffen organisaties voor passende zorg.
- Bezochte locaties tonen goede voorbeelden op het gebied van personeel, maar aandachtspunten bij daginvulling, met name motivatie van cliënten en creëren van passend aanbod.

De koppeling met GGZ (2/2)

Strategische Doelen:

- Toegang tot zorg en kwaliteit van zorg.
- Werkgeverschap en opleiding.
- Ontschotting over diverse zorgsectoren.
- Een ecologisch zorglandschap op het landgoed.

Overkoepelend Doel:

- Cliënten ontvangen kwalitatieve zorg die bijdraagt aan persoonlijk en maatschappelijk herstel, met de cliënt als regievoerder.

Inspelen op Externe Ontwikkelingen:

- Anticiperen op verwachtingen van cliënten, financieringswijzigingen met het zorgprestatie model, en technologische innovaties.
- Aanpassen aan regionale ontwikkelingen rond populatie, gemeentes, en andere zorgverleners.
- Rekening houden met maatschappelijke, financiële, politieke, en technologische veranderingen op landelijk niveau.

Organisatorische Gezondheid:

- Streven naar gezonde organisatie en prettige, moderne werkgever voor huidige en toekomstige medewerkers.

Herstelondersteunende zorg:

- Verdergaande invoering van herstelondersteunende zorg om aansluiting te versterken bij de vraag van cliënten en partners.

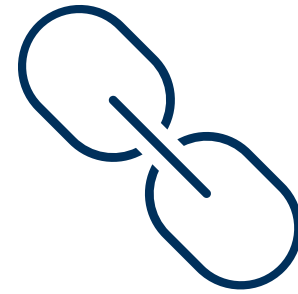
Belangrijke Elementen in Zorgvisie:

- Eigen regie met aandacht voor eigen kracht en het bestrijden van stigma.
- Respect voor iedereen en gelijkwaardige toepassing van ervaringskennis, professionele kennis, en wetenschappelijke kennis.

De koppeling met het VVT-plan

- **Uitdagingen VVT-sector West-Brabant:**
 - Samenwerking met diverse maatschappelijke partijen essentieel.
 - Doel: Gezamenlijke visie, concrete afspraken en duurzame oplossingen.
- **Toekomstige Zorgvraag en Vergrijzing:**
 - Nationale stijging 86% in 75-plussers, 188% in 90-plussers tot 2040.
 - Dubbele vergrijzing in West-Brabant: grotere groep ouderen en stijgende gemiddelde leeftijd.
 - In 2040 verwacht 175.000 mensen in derde levensfase, waarvan 47.000 80-90-jarigen en 12.000 90-plussers.
 - Verdubbeling mensen met dementie en toename comorbiditeit.
 - Maatschappelijke wens om langdurige zorg thuis te bieden.
- **Uitdagingen Thuiszorg en Woningaanbod:**
 - Groei thuiswonende ouderen vergroot druk op thuiszorg.
 - Tekort aan geschikt woningaanbod voor veilig thuiswonen.
 - Tekort aan woonvormen tussen zelfstandig thuis en verpleeghuis.
- **Stijgende Zorgvraag door Sociale Problematiek:**
 - Sociale problematiek vergroot zorgvraag, vooral lage ervaren gezondheid en eenzaamheid.
- **Financiële en Arbeidsmarktuitdagingen:**
 - Verwachte verdubbeling zorguitgaven op lange termijn.
 - Tegelijkertijd tekort van meer dan 60.000 medewerkers in VVT-sector landelijk in 2022.
- **Ontwikkelingen:**
 - Mantelzorgers gaan een grotere rol spelen
 - Meer en meer toepassing van technologie
 - Cliënten wonen langer thuis
 - Concentratie van complexe zorg
 - Divers (woon)aanbod tussen thuis en verpleeghuis
 - Burgers krijgen beheer over hun eigen gegevens
 - Verpleeghuis is de plek voor complexe en palliatieve zorg
 - Zorg krijgen is niet meer vanzelfsprekend, druk op solidariteit

Bijlage 4: Bronnen

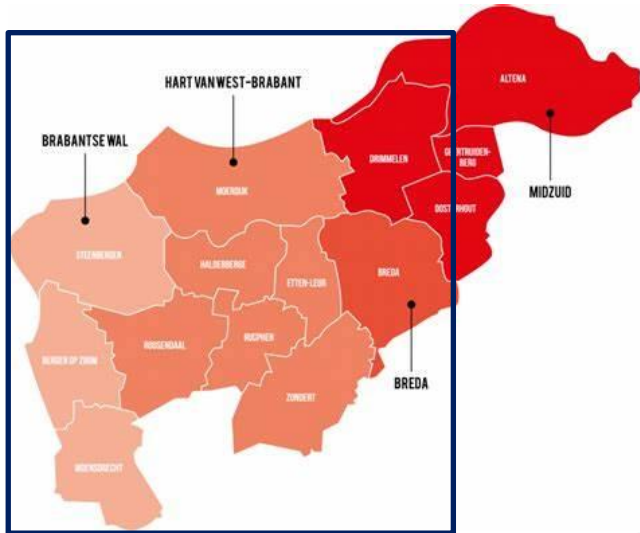


Bronnenlijst

| Bron nummer | Bron |
|-------------|--|
| 1 | Prognosemodel ZVW |
| 2 | Regiobeeld.nl |
| 3 | Vektis open data |
| 4 | WMO voorspelmodel |
| 5 | Regio-beeld.nl |
| 6 | Wachttijden medisch specialistische zorg |
| 7 | Wachttijden WLZ |
| 8 | Informatiekaart wachttijden GGZ |
| 9 | SES-WOA scores |

Rapportage

Inwonersparticipatie West-Brabant West 2023



Inhoud

| | Dia |
|--------------------------------------|-----|
| Werkwijze | 3 |
| Deskonderzoek | 4 |
| Opbrengsten werksessies | 7 |
| Input op 6 thema's | 12 |
| Visie inwonerparticipatie | 20 |
| Aanbevelingen | 24 |
| Contouren aanpak inwonerparticipatie | 28 |



Werkwijze

De rol van Zorgbelang Brabant | Zeeland in de totstandkoming van het advies voor de contouren van een participatieplan is het in kaart brengen van de wensen en behoeften ten aanzien van de betrokkenheid bij het uitvoeren van het regioplan. De informatie is als volgt opgehaald:

- Via bijeenkomsten verspreid over de regio;
- Met de inzet van diverse werkvormen om de input op te halen bij de vertegenwoordigers van inwoners, cliënten en patiënten over:
 - Welke achterban hebben vertegenwoordigers van inwoners, cliënten en patiënten in West-Brabant-West?
 - Hoe houden zij voeling met leden uit hun achterban die minder zichtbaar zijn ('stille stemmen')?
 - Wat kunnen en willen zij bijdragen aan het regioplan en de uitvoering daarvan; hoe zien zij hun rol, wat kunnen zij betekenen?
 - Wat kunnen zij zelf en wat hebben zij nodig?
 - Wat moet er meegenomen worden in het regioplan vanuit patiënt- en inwonersperspectief?



Deskonderzoek

| | |
|---|----|
| Adviesraden gemeenten | 9 |
| KBO | 23 |
| Dorp-wijkraden | 29 |
| Inwonersinitiatieven (bijv. Zonnebloem) | 26 |
| Cliëntenraden van zorgaanbieders | 27 |
| Initiatieven binnen Sociaal Domein | 16 |

Wat valt op

- De regio is rijk aan initiatieven op het gebied van welzijn en leefbaarheid. Kleine kernen binnen een gemeente kennen een rijk verenigingsleven.
- Diverse inwonersinitiatieven zoeken regionale samenwerking op.
- Veel initiatieven richten zich op ouderen.
- Initiatieven of vertegenwoordigingen zijn niet altijd digitaal zichtbaar.
- Geen eenduidige inrichting/bewoording met betrekking tot de sociale kaarten in de regio.
- Cliëntenraden van zorginstellingen zijn zeer goed te vinden.
- Er zijn binnen West-Brabant West diverse sub regio's; dit geeft een versnipperd beeld.
- Een regionale sociale kaart die de verschillende lokale initiatieven vindbaar maakt, zou (door)ontwikkeld kunnen worden met cliënten/patiënten/inwoners.




Algemene informatie deskonderzoek (1)

De regio West-Brabant-West kent een grote verscheidenheid van vertegenwoordiging van patiënten, cliënten en hun naasten in diverse raden vanuit zorgorganisaties. Denk hierbij aan de cliëntenraad van het ziekenhuis, diverse cliëntenraden bij zorgorganisaties voor verschillende doelgroepen zoals jeugd, volwassenen, meerdere diagnoses of ziektebeelden, een centrale cliëntenraad of een vertegenwoordiging van patiënten in de patiëntenraad van de huisartsengroep.

Naast de formele raden waar ook de adviesraden sociaal domein van gemeenten onder horen, zijn er ook allerlei initiatieven vanuit het sociaal domein die actief zijn op het gebied van welzijn en zorg. Denk hierbij aan seniorenverenigingen (zoals KBO), Zonnebloem, Humanitas, MEE, dorps- en wijkradenraden, lotgenotencontact, patiëntenverenigingen enz.

Bijna alle kleine kernen binnen een gemeente hebben een vorm van verenigingsleven.

Voor het deskonderzoek hebben we onder andere gebruik gemaakt van het netwerk van onze eigen organisatie en medewerkers. Daarnaast verschillende websites zoals www.sterkbrabant.nl, www.vng.nl, www.kbo.nl, www.zonnebloem.nl en de verschillende sociale kaarten per gemeente.






Algemene informatie deskonderzoek (2)

Het deskonderzoek is digitaal uitgevoerd en mogelijk nog niet compleet. Het geeft vooral inzicht in de formele participatiestructuren. De vrijwilligersorganisaties en/of bewonersinitiatieven zouden nog meer aandacht moeten krijgen.

Voor een regionale sociale kaart met zowel formele als informele participatiestructuren zou een doorlopend proces moeten worden ingericht.





Deelnemers werksessies

| | | |
|-------------------|-------------|--|
| 8 november middag | 6 | Roosendaal |
| 8 november avond | 7 | Roosendaal |
| 9 november middag | geannuleerd | Moerdijk Enige deelnemer is aangesloten op 8 november 's middags. |
| 14 november avond | 14 | Bergen op Zoom |

Deelnemers: Leden van adviesraden, cliëntenraden (centrale en lokale), patiëntenraad, patiëntenverenigingen, seniorenvereniging, vrijwilligersorganisaties (MEE/Humanitas).





Resultaten Achterban


- De adviesraden zien alle inwoners uit een gemeente als hun achterban. Daarbij maken ze de kanttekening dat ze niet altijd direct in contact staan met alle inwoners.
- De cliëntenraden en patiëntenorganisaties weten precies aan te duiden wie hun achterban is.
- Bewonersinitiatieven, vrijwilligersorganisaties en hulpverlenersorganisaties hebben te maken met uiteenlopende doelgroepen en maken hierbij onderscheid tussen de hulpvragers en de vrijwilligers (interne achterban).
- De organisaties die met vrijwilligers werken, geven aan een tekort aan vrijwilligers te hebben. Bijna iedereen heeft openstaande vacatures.
- De organisaties die zich inzetten voor senioren willen graag investeren in de 'jongere ouderen' (55+) zodat deze mensen zich actief kunnen inzetten voor activiteiten, en ook omdat het belangrijk is om vroeg in te zetten op gezondheid en gezonde leefstijl.
- Vaak hebben de organisaties een grote achterban en een beperkt aantal actieve leden. "Je ziet steeds dezelfde personen".





Achterban betrekken

Organisaties zetten verschillende methoden in:

- Nieuwsbrief
 - Huisbezoek
 - Website
 - Digitale community
 - Netwerken
 - Aansluiten bij buurtactiviteiten
 - Via de gemeente (brief aan alle 70-jarigen)
 - Scholen bezoeken
 - Via andere organisaties
- 



Minder zichtbare achterban

Organisaties geven aan moeilijk in contact te komen met:

- Alleenwonende kwetsbare ouderen
- Jongeren
- Mensen met een (licht verstandelijke) beperking die zelfstandig in de wijk wonen
- Anderstaligen

N.B.


Tijdens een werksessie namen 2 bewoners van een kleine woonvorm voor mensen met een beperking deel (ze zijn tevens lid van hun cliëntenraad). Zij gaven aan graag in contact te komen met de buurt. Dat gaat echter niet makkelijk. De bewoners zijn nu bezig met een actie om meer bekendheid te geven aan hun wooncomplex.





Regiobeeld West-Brabant

6 belangrijke aandachtsgebieden (thema's)

- 1. Kwetsbare ouderen nu en in de toekomst**
 - 2. Tekort aan professionals en mantelzorgers**
 - 3. Mentale gezondheid**
 - 4. Kansen(on)gelijkheid en kansrijke start**
 - 5. Leefstijl- en leefomgeving gerelateerde ziekten**
 - 6. Druk op de eerste lijn**
- 



1. Kwetsbare ouderen nu en in de toekomst (1)


Deelnemers van de organisaties herkennen de ambities en projecten uit de prioritaire opgave.

Ze benadrukken dat het belangrijk is om veel te doen aan bewustwording van mensen met betrekking tot hun eigen gezondheid(zorg). Mensen moeten zich bewust worden van hun eigen verantwoordelijkheid en de mogelijkheden die ze daartoe hebben. De insteek van positieve gezondheid kan hierbij helpen. De deelnemers zijn enthousiast over deze benadering.

Deelnemers proberen hun achterban vroeg te informeren over zaken die ze 'jong' (55+) moeten organiseren zodat ze lang zelfstandig kunnen blijven wonen. Dit doen ze door huisbezoeken af te leggen en nieuwsbrieven te sturen.

Een breed gedragen thema dat in alle sessies naar voren kwam, is gemeenschapszin. Gemeenschapszin is essentieel.

De deelnemers sessies benadrukken dat zorg dichtbij moet plaatsvinden, liefst op buurtniveau. In de dorpen leeft dit meer dan in de grotere plaatsen. Een van de deelnemers uit de sessie gaf aan: "We praten niet over zorg in ons dorp. We besteden aandacht aan elkaar. Zorg is een beladen woord. We zijn gewend om elkaar als burens te helpen en een pan soep te geven aan wie dit nodig heeft."





1. Kwetsbare ouderen nu en in de toekomst (2)

Welzijn op recept wordt goed ontvangen en wordt gezien als een extra aanvulling op het terugdringen van hulpvragen bij de huisarts. Huisartsen worden gezien als vertrouwenspersonen terwijl het gebruikelijk moet worden om advies vragen aan je directe omgeving. “We moeten terug naar de sociale basis”, aldus een van de deelnemers. Die hierop veel bijval kreeg.

Het is belangrijk dat mensen elkaar kunnen ontmoeten. Dit kan in het buurthuis, dorpshuis maar ook bij een kinderboerderij of in een parkje. De ruimtelijke inrichting van de leefomgeving moet hiervoor beter worden ingericht.

Uit de verschillende sessies kwam naar voren dat er behoeften is aan een bejaardentehuis 3.0. Een Initiatief als ‘Knarrenhof’ werd genoemd als voorbeeld.

Er is een VVT-organisatie bezig met een pilot om de deuren open te zetten voor de buurt. Dit zorgt voor meer verbinding met de leefomgeving. Het biedt een aanvullende functie voor de wijk en biedt ruimte om elkaar te ontmoeten.






2: Tekort aan (professionals en) mantelzorgers

Deelnemers gaven aan dat ze de druk op mantelzorgers erg herkennen. Er moet meer aandacht zijn voor de mantelzorgers. De vergrijzing neemt alleen maar meer toe en hierdoor is er nog meer druk op mantelzorgers. Steeds meer mantelzorgers hebben een drukke baan waardoor ze extra druk ervaren. Overbelasting moet worden tegengegaan.

Wat mantelzorgers kan helpen:

- Respijtzorgvoorzieningen
- Burenhulp
- Financiële tegemoetkoming
- Betere informatievoorziening voor mantelzorgers zodat ze weten bij wie ze terecht kunnen met hun vraag
- Digitale community voor mantelzorgers

Ook moet er ondersteuning zijn voor jonge mantelzorgers. Ze zijn niet/onvoldoende in beeld bij de organisaties die we spraken. De deelnemers van de werksessies geven aan dat een aparte pilot zinvol kan zijn om te voorkomen dat jonge mantelzorgers in de toekomst (mentale) problemen ontwikkelen.





3: Mentale gezondheid

Uit de gesprekken met de deelnemers komt naar voren dat ze mentale gezondheid (eenzaamheid, dementie) een belangrijk thema vinden waar de organisaties iets mee kunnen.

Projecten kunnen georganiseerd worden op buurtniveau door burens zelf. Voorbeelden die de deelnemers aangaven:

- #evencontact (Movisie)
- Glimlach naar elkaar (project uit Den Bosch)
- Stadreporters (project uit Amsterdam: ouderen zijn reporters en gaan op straat in gesprek met bewoners. Dit levert mooie interviews op over de eigen leefomgeving). Het brengt mensen dichterbij elkaar.
- Hoe gaat het met jou? (van Humanitas gebaseerd op Positieve Gezondheid)

Dit zijn initiatieven die bijdragen aan ontmoeten en het doorbreken van eenzaamheid. Dit kan op buurtniveau zonder dat er professionals aan te pas komen.

De vertegenwoordiger voor mensen met een licht verstandelijk beperking benadrukt dat er steeds meer mensen uit hun achterban zelfstandig wonen in de wijk. Voor hen is het moeilijk om in contact te komen met andere zelfstandig wonende cliënten. Voor gezondheid algemeen en specifiek mentale gezondheid is het belangrijk dat er toegankelijke informatie komt voor deze doelgroep. Bijvoorbeeld via video's. Wellicht kunnen de gemeenten meedenken over het bereiken van deze doelgroep.





4: Kansen(on)gelijkheid en kansrijke start

Deelnemers kunnen verschillende thema's benoemen die zorgen voor meer kansgelijkheid. Gemeenschapszin en positieve gezondheid worden ook hier weer genoemd als overkoepelende thema's.

Burgerinitiatieven en vrijwilligersorganisaties zijn gericht op kansgelijkheid. Dit doen ze door middel van inzamelacties voor mensen die op/onder de armoedegrens leven. Mensen krijgen tijdelijke ondersteuning zodat ze daarna weer zelfstandig kunnen functioneren.

Op scholen zou er meer aandacht moeten zijn voor kinderen die in een kansarme omgeving opgroeien. Deze kinderen verdienen extra aandacht zodat zij generatiearmoede kunnen doorbreken.

Laaggeletterdheid en beheersing van de Nederlandse taal zouden toegevoegd moeten worden aan de ambitie. Goed kunnen spreken, lezen en schrijven zorgen ervoor dat mensen (jong en oud) kunnen deelnemen aan de samenleving. Stichting Leergeld, Taalmaatjes en de bibliotheek zijn organisaties die zich inzetten voor betere lees-, schrijf- en spreekvaardigheid.

Een maatschappelijk gesprek over bestaanszekerheid en het effect dat het heeft op het welbevinden van de mensen die onder het bestaansminimum leven is noodzakelijk. Door de schaamte die veel mensen voelen die onder het bestaansminimum leven, nemen ze niet deel aan de samenleving en nemen de gezondheidsrisico's toe. Onvoldoende gezondheidsvaardigheden zijn ook van invloed.

Informatie voor de hulpbehoevenden moet op verschillende manieren aangeboden worden en niet alleen digitaal. Er is informatie en ondersteuning, maar heel erg versnipperd. Belangrijk om hierin eenheid te brengen.





5: Leefstijl- en leefomgevinggerelateerde ziekten

De deelnemers geven aan dat het van belang is om binnen deze opgave domeinoverstijgend te werken. Denk hierbij aan:

- Wandelmaatje
- Taalmaatje (gymnastiek en het leren van de taal)
- Samen koken (combi gezonde producten en leren taal)

Belangrijke uitgangspunt is dat het vooral laagdrempelig moet zijn en dichtbij huis. De deelnemers aan de werksessies geven aan dat het makkelijk moet zijn om deel te nemen en er moet het element 'plezier' & 'ontmoeten' in zitten.

In de regio zijn verschillende projecten en activiteiten die zich hierop richten. Wellicht kan nog gekeken worden naar het ontsluiten van deze informatie aan inwoners. Denk hierbij aan een buurtapp waarin buurtbewoners oproepen kunnen plaatsen.






6: Druk op de eerste lijn

In de werksessies kwam nadrukkelijk naar voren dat men zich zorgen maakt over de commerciële huisartsendiensten.

Een huisarts wordt vaak gezien als een vertrouwenspersoon geven de deelnemers aan. Ze geven aan dat inwoners weer moeten leren hun vragen te stellen binnen hun eigen sociale netwerk. Ze denken hier zelf een rol in te kunnen vervullen. Burenhulp is een belangrijk thema. Ze willen hierover met hun achterban in gesprek gaan.

Voor veel inwoners en organisaties is het lastig om de juiste zorg op de juiste plek te vinden. Er zijn heel veel initiatieven hierdoor is het voor inwoners vaak onoverzichtelijk. Een sleutelfiguur in de wijk (informeel) of een buurtwerker (formeel) die inwoners op een juiste manier doorverwijst en daardoor een beroep op formele zorg wegneemt, kan ervoor zorgen dat de druk op de eerste lijn zal afnemen.

Belangrijke uitgangspunten:

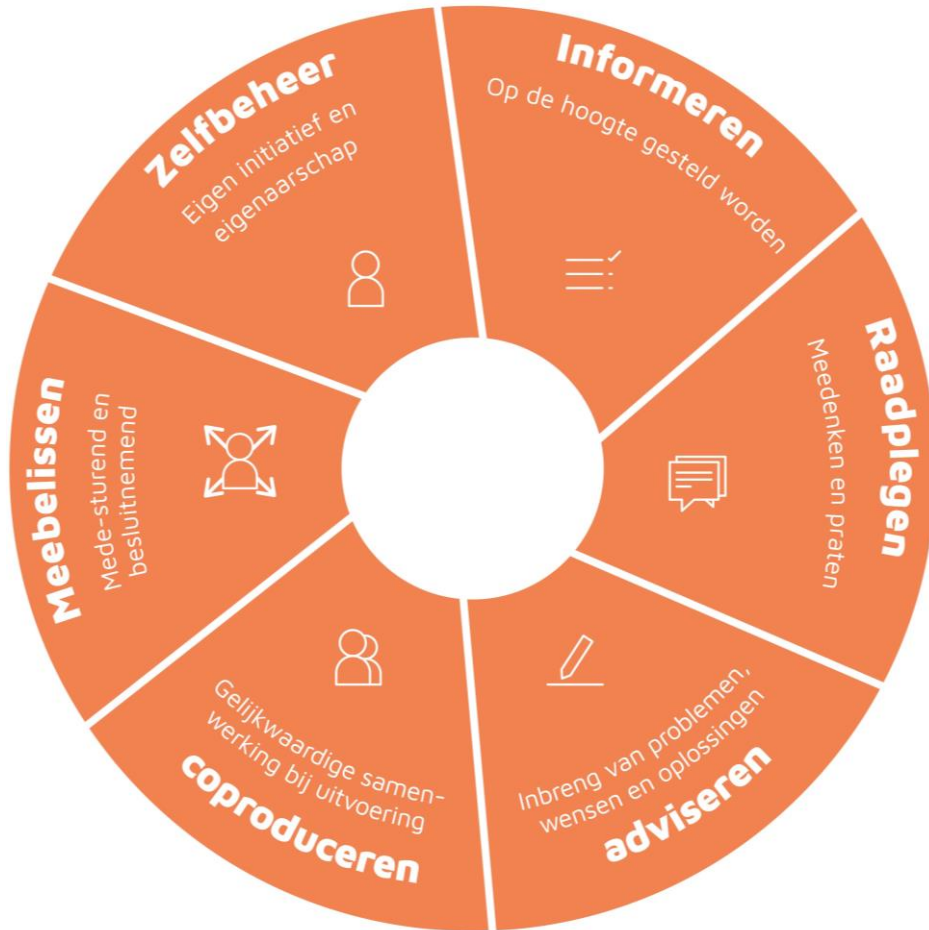
- Burenhulp
 - Welzijn op recept
 - Buurtwerker (formeel of informeel) met echte kennis van de leefomgeving
 - Luisterend oor
 - Samenhang in aanbod
 - 1 sociale kaart (lokaal en regionaal)
- 

Inwonerparticipatie

Door Zorgbelang Brabant | Zeeland is in november in werksessies input van (vertegenwoordigers van) inwoners, patiënten en cliënten opgehaald voor het regioplan West-Brabant-West in het kader van het IZA. Naast concrete input verkenden we met de deelnemers van de werksessies welke participatierol zij kunnen en willen vervullen in de uitvoering van het regioplan.

Bij inwonerparticipatie gaat het om het betrekken van inwoners, maar ook om de eigen betrokkenheid van inwoners. Door inwonersinitiatieven te faciliteren of in te spelen op ideeën en denkracht van inwoners kan inwonerbetrokkenheid worden vergroot. In het verlengde daarvan ligt patiëntenparticipatie.





Participatie

Voor het vormgeven van inwonerparticipatie hebben we gebruik gemaakt de participatiecirkel. De cirkel laat zien dat de onderdelen van participatie met elkaar in verbinding staan. Zodat we kunnen spreken van een gelijkwaardige en integrale samenwerking waarbij patiënten, cliënten en inwoners een belangrijke partij zijn.

De participatiematrix ([Participatiematrix \(kcrutrecht.nl\)](https://www.kcrutrecht.nl/participatiematrix)) is een bruikbaar middel om met patiënten, cliënten en inwoners te bepalen wat de gewenste rol in de uitvoering van de activiteiten. Als voorbeeld hebben we op basis van de opgehaalde informatie de matrix ingevuld (dia 22).



Bijdragen inwonervertegenwoordigers aan uitvoering regioplan

Informer: door middel van informatie en kennisdelen kunnen inwoners en vertegenwoordigers van patiënten/cliënten eigenaarschap pakken. Dit is de eerste essentiële stap bij participatie.

Raadplegen: vertegenwoordigers van inwoners/patiënten/cliënten willen meedenken en meepraten over de prioritaire opgaven, over de transformatieplannen en de oplossingen. Inwoners zijn dan gelijkwaardig gesprekspartner.

Adviseren: adviesraden en cliëntenraden voelen een grote verantwoordelijkheid om de eigen gemeente of organisatie te adviseren. Zij voelen de ruimte om hierin samen op te trekken. Ze kunnen tevens een verbindende rol in hun regio spelen, richting inwoners en andere vertegenwoordigers (personen en organisaties).

Samenwerken (coproduceren): vertegenwoordigers willen graag samenwerken in de regio. Ze willen bijdragen aan de verdere uitwerking en uitvoering van het IZA- uitvoeringsplan voor de regio West-Brabant West.

Meebeslissen: niet iedere vertegenwoordiger is in staat om de rol van meeslissen te pakken. Men wil meedenken in het nemen van beslissingen. Er kan gebruik gemaakt worden van de regionale structuren van cliëntenraden en adviesraden sociaal domein. Ook inwonersinitiatieven zijn belangrijk om te betrekken en mee te laten beslissen. Hiervoor moet een passende oplossing gezocht worden.

Eigen initiatieven nemen: hiervoor is duurzame betrokkenheid en verbinding met inwoners nodig. Er is behoefte aan het verbinden van kennis en kunde, ontmoetingen zijn hierbij essentieel. Om de prioritaire opgaven op te pakken is samen leren en invulling geven aan regioplan West-Brabant West nodig. Dit vormt een stimulans voor eigen initiatief en eigenaarschap.



| INVULFORMULIER PARTICIPATIEMATRIX | | ROL IN PROJECT/ONDERZOEK | | | | | |
|--------------------------------------|----------------------|---|---|---|--|---|--------------------------|
| | | Toehoorder <i>Wordt geïnformeerd</i> | Meedenker <i>Wordt gevraagd mening te geven</i> | Adviseur <i>Geeft (on)gevraagd advies</i> | Partner <i>Werkt gelijkwaardig samen</i> | Regisseur <i>Neemt initiatief, (eind)beslissingen</i> | |
| FASE VAN PROJECT/ONDERZOEK | Voorbereiding | <input checked="" type="checkbox"/> Regiobeeld | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | <input checked="" type="checkbox"/> Duiden regiobeeld | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | <input checked="" type="checkbox"/> Informereren achterban | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Uitvoering | <input checked="" type="checkbox"/> Opstellen regioplan | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | <input checked="" type="checkbox"/> Opstellen transformatieplannen | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Implementatie | <input checked="" type="checkbox"/> Uitvoeren transformatieplannen | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

© 2017 Kenniscentrum Revalidatiegeneeskunde Utrecht



Aanbevelingen (1)

Uit alle werksessies komt naar voren dat mensen graag willen meedoen en meepraten, adviseren en meebeslissen over onderwerpen die hen aangaan. Alleen een mening mogen geven is voor veel mensen niet voldoende.

De deelnemers gaven aan te willen meedoen wanneer er duidelijke kaders zijn, informatie tijdig gedeeld wordt en toegankelijk is, en willen coproduceren bij zowel de uitdagingen als de oplossingen.

De trap van eigenaarschap (uitleg volgende dia) is een mooie methode die hiervoor ingezet kan worden.

Om te kunnen participeren moet wel voldaan worden aan de volgende **randvoorwaarden**:

- Transparantie, duidelijke doelstellingen en verwachtingen (kaders)
 - Inclusiviteit
 - Tijdige en toegankelijke communicatie
 - Wederkerigheid
 - Kennisdeling
 - Faciliteren van het participatieproces
 - Empowerment
 - Invloed in de besluitvorming
 - Gelijkwaardige samenwerking met inwoners en/of vertegenwoordigers
- 

Trap van eigenaarschap

Trap van eigenaarschap



Bron :Trap van eigenaarschap: Anke Siegers

Het begrip "trap van eigenaarschap" verwijst naar een model dat de verschillende niveaus van betrokkenheid en verantwoordelijkheid van individuen of groepen beschrijft. Het idee is dat mensen zich op verschillende "treden" van de trap bevinden op basis van hun mate van eigenaarschap en betrokkenheid bij het werk dat ze doen.

Het model helpt bij het begrijpen van de verschillende niveaus van betrokkenheid en eigenaarschap binnen een actieplan. Het benadrukt het belang van het ontwikkelen van een cultuur waarin mensen worden aangemoedigd om proactief verantwoordelijkheid te nemen voor hun werk en de bredere doelstellingen van de organisatie.

Het doel is om mensen te helpen evolueren naar hogere niveaus van eigenaarschap, wat vaak leidt tot verbeterde prestaties en betere resultaten. Dit geldt zeker ook voor de samenwerking binnen regio.



Aanbevelingen (2)

De organisaties en inwoners willen graag lokaal samenwerken op het gebied van Positieve Gezondheid als het gaat om leren en kennisdeling. Er zijn heel veel lokale initiatieven die deze boodschap uitdragen. Sluit aan bij de energie die er is.

Inwoners en organisaties hebben niet altijd het overzicht van activiteiten. Het in beeld brengen van (kleine) lokale activiteiten biedt inwoners meer inzage. Dit proces op regionaal niveau vormgeven met een lokale vertaling is aan te bevelen.


Inwoners en organisaties hebben een informatieachterstand voor wat betreft het regiobeeld en het regioplan. Besteed bij de verdere uitwerking en uitvoering van plannen aandacht aan de informatieverstrekking. De organisaties hebben een grote achterban die ze nu niet optimaal kunnen voorzien van informatie. Een communicatieplan voor inwoners biedt hiervoor mogelijkheden. Zorg voor toegankelijke, begrijpelijke en tijdige communicatie.

Betrek inwoners en vertegenwoordigers van inwoners en informeer hen over het belang van hun betrokkenheid en mogelijke rol in de uitwerking en uitvoering van het regioplan en projecten.

Geef inzicht in de werking van het (zorg)systeem.

Faciliteer (4 keer per jaar) regionale gesprekstafels waarin inwoners, cliëntenraden, patiëntenraden, initiatieven uit het sociaal domein en de adviesraden elkaar kunnen ontmoeten en van elkaar kunnen leren.

Ondersteun de initiatieven die de al aanwezige gemeenschapszin ondersteunen/vergroten. Denk hierbij aan de ruimtelijke inrichting van de leefomgeving die het mogelijk maakt elkaar te ontmoeten. Denk ook aan digitale innovatie die vraag en aanbod van activiteiten in een buurt mogelijk maken.





Aanbevelingen (3)

Zorg voor continue raadpleging, dit is een continue proces. Dit vergroot de betrokkenheid van inwoners bij veranderingen in de zorg en draagt bij aan de dialoog tussen inwoners, zorgorganisaties en -professionals.

Maak gebruik van bestaande initiatieven op het gebied van preventie en zelfzorg.


Sluit aan bij de behoefte en energie van de gemeenschap. Betrek en luister naar inwoners.

Inspraak en advies: werk samen met regionale vertegenwoordiging van inwoners, patiënten en cliënten door gebruik te maken van de vaste structuren in de regio. Maak de structuren toegankelijk en inzichtelijk voor iedereen.

Inwoners hebben behoefte aan inzicht in initiatieven en projecten, formeel en informeel. Zorg voor goede en actuele sociale kaart. Maak hierin de verbinding van lokaal naar regionaal. Een actuele sociale kaart vraagt om een doorlopend proces.

Vergeet de jongere niet. Uit de achterbanraadpleging blijkt dat deze doelgroep moeilijk bereikbaar is.

Vertegenwoordigers van inwoners zien wel mogelijkheden. Scholen en sportverenigingen zijn belangrijke partners in het bereiken van jongeren.





Contouren aanpak inwonerparticipatie regioplan en projecten

Het doel is tweeledig:

- Oplossingsrichtingen, geïnitieerde (nieuwe) acties en initiatieven binnen de regioafspraken aan te laten sluiten bij de behoeften van inwoner;
- Inwoners te activeren, ruimte te geven, te ondersteunen en te versterken om zelf met oplossingsrichtingen, acties en initiatieven aan de slag te gaan om de gezondheid te verbeteren en toekomstbestendige zorg en ondersteuning te realiseren voor alle inwoners van West-Brabant West.

Dit vraagt een aanpak op basis van twee sporen:

1. Stimuleren en ondersteunen van en samenwerken met inwoners die initiatief nemen voor versterking vanuit de samenleving: burgerinitiatieven, lotgenotengroepen, zorgcoöperaties. Hiermee wordt de beweging naar informele zorg gestimuleerd en het zelfoplossend vermogen van inwoners vergroot (eigenlijk het vergroten van gemeenschapskracht).
2. Bereiken en betrekken van alle inwoners met als doel het creëren van bewustwording van de problematiek en ophalen wat er leeft in de wijk, buurt of straat. Op die manier sluit de uitvoering van de agenda aan bij de behoeften van inwoners en daarmee vergroten we de eigen regie en grip op de eigen gezondheid.

Aanpak van lokaal naar bovenlokaal: van wijk, naar gebied, naar gemeente, naar regio.



écht
horen
werkt.

Dit rapport is opgesteld door:

Hanneke Griffioen
Chantalle van de Kerkhof

November 2023