

Regioplan IZA Noordoost-Brabant

December 2023

Inhoudsopgave

1. Inleiding

2. Regionale opgaven

3. Randvoorwaarden

4. Werkagenda

5. Monitoring

A. Bijlage Verantwoording



Leeswijzer

- Hoofdstuk 1 bevat een inleiding met de aanleiding van dit Regioplan en de leidende principes van de regionale samenwerking.
- In hoofdstuk 2 zijn de prioritaire opgaven voor Noordoost-Brabant uitgewerkt, waaronder een schets van de huidige situatie, de beoogde beweging, doelstellingen en waar volgens partijen kansen liggen om verder in te zetten op deze opgaven.
- Hoofdstuk 3 omschrijft enkele randvoorwaarden die relevant zijn om succesvol uitvoering te geven aan de beoogde beweging en de afspraken in de werkagenda.
- Hoofdstuk 4 bevat een werkagenda hoe de Regionale Coalitie in 2024 op deze opgaven gaat inzetten.
- Hoofdstuk 5 gaat in op de monitoring van de voortgang op de opgaven.
- Bijlage A bevat een verantwoording en geeft een schets van de regionale samenwerking en het proces waarmee dit regioplan tot stand is gekomen.

Terug naar de inhoudsopgave?
Klik dan hier



1. Inleiding



1.1 Aanleiding

Afgelopen jaar en dit jaar zijn het integraal zorgakkoord (IZA) en het Gezond en Actief Leven Akkoord (GALA) gesloten. Met het IZA buigen het kabinet en de zorgsector zich gezamenlijk over de opgaven die er zijn in het zorgstelsel. Het doel is de zorg voor de toekomst goed, toegankelijk en betaalbaar te houden. In het GALA zijn afspraken gemaakt tussen VWS, de Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG), Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en GGD GHOR Nederland over gezondheid, preventie, sport en sociale basis inclusief bijbehorende financiering. Ook geeft het GALA nadere uitwerking aan een aantal afspraken in het IZA: gemeenten en verzekeraars stellen domeinoverstijgende regiobeelden en regioplannen op inclusief de wijze hoe hierop wordt samengewerkt.

Eind juni heeft de regio Noordoost-Brabant een regiobeeld vastgesteld die als basis gebruikt is voor dit regioplan. Het regiobeeld is tot stand gekomen in samenwerking met een kernteam bestaande uit VGZ, gemeenten, de GGD en een vertegenwoordiging van zorg- en welzijnspartners.

Het regiobeeld geeft inzicht in:

- Prognoses van en ontwikkelingen in de zorgbehoefte en andere relevante informatie over de bevolking van de regio; en
- De capaciteit en prestaties van zorg, sociaal domein en ondersteuning in de regio.

In lijn met de afspraken die door branchepartijen zijn gemaakt in het Integraal Zorgakkoord (IZA), is vervolgens gewerkt aan een regioplan. Hierin wordt beschreven hoe de regionale zorg- en welzijnspartijen gezamenlijk de prioritaire opgaven in de zorgkantoorregio Noordoost-Brabant gecommitteerd gaan oppakken, met de ambitie om de kloof te dichten tussen de toenemende zorgvraag en de niet toenemende zorgcapaciteit (toegankelijkheid van zorg).



1.2 Regionale samenwerking en leidende principes

De Regionale Coalitie IZA Noordoost-Brabant bestaat uit een afvaardiging van de regionale zorg- en welzijnsaanbieders, GGD, zorgverzekeraars, burgers/patiënten en gemeenten uit de regio Noordoost-Brabant. De Regionale Coalitie is het bestuurlijk gremium dat verantwoordelijk is voor het tot stand brengen van het Regioplan Noordoost-Brabant, waartoe ook de regionale werkagenda (hoofdstuk 4) behoort. In het proces om te komen tot een gezamenlijk regioplan zijn de partijen leidende principes overeengekomen die richting geven aan de samenwerking van de coalitie.



We onderschrijven de ambitie in het IZA om de beweging te maken van zorg naar gezondheid en preventie. Het is onze taak om ervoor te zorgen dat het makkelijker is om gezond te leven. We werken hiervoor aan een gezamenlijke visie als uitgangspunt voor ons Regioplan: hoe zorgen we met elkaar voor elkaar?



We zijn open en transparant over onze belangen en wensen. En spreken elkaar aan als dat noodzakelijk/gewenst is.



We erkennen de urgentie van de opgave voor ons en zijn ambitieus in de te zetten stappen.



We dragen een gezamenlijke bestuurlijke verantwoordelijkheid om te zorgen dat de zorg in Noordoost-Brabant toekomstbestendig wordt en niet door de bodem zakt, zodat mensen die écht zorg nodig hebben, deze ook daadwerkelijk krijgen, nu en in de toekomst.



We gaan het maatschappelijke gesprek in de regio over zorg, welzijn en preventie aan; hoe willen we in de regio Noordoost-Brabant ouder worden en hoe gaan we de toenemende zorgvraag opvangen tegen de achtergrond van oplopende tekorten op de arbeidsmarkt en de toenemende druk op betaalbaarheid? Hoe brengen we de zorgvraag terug en maken we mantelzorgen gemakkelijker? De benodigde cultuurverandering is, naast het regioplan, ook een verantwoordelijkheid van de Regionale Coalitie IZA Noordoost-Brabant.



We tonen bestuurlijke moed om in het algemeen belang over de grenzen te kijken van ons eigen domein, onze eigen sector en onze eigen organisatie.



We vormen samen een leergemeenschap voor de regionale opgaven op het gebied van Zorg en Welzijn. Onze samenwerking is een groeimodel. We delen onze resultaten op lokale en sub-regionale schaal en vormen een leergemeenschap op de schaal van de zorgkantoorregio Noordoost-Brabant.

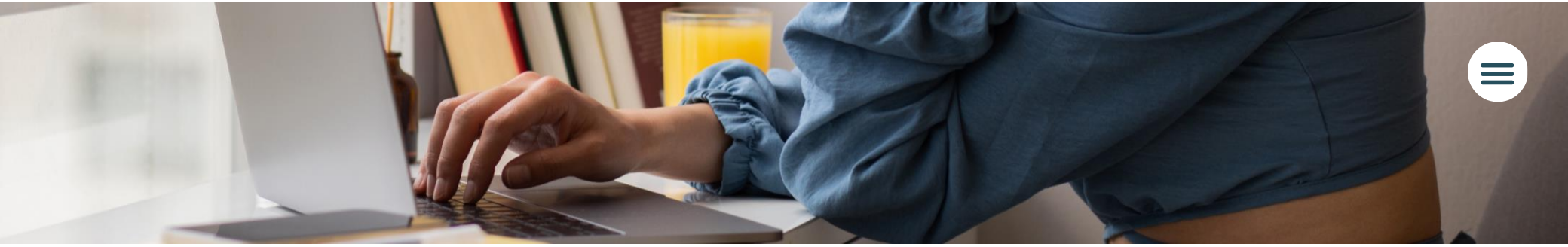


We ontwikkelen mensgericht, samen met en vanuit het perspectief van burger/cliënt. Bij de uitvoering van alle projecten staat het belang van inwoners, cliënten en de mensen die in de toekomst zorg écht nodig hebben voorop.



We beginnen niet vanaf 0. Er is al veel wat goed loopt en versterkt en verbreed kan worden. We waarderen hierbij de stappen die in sub-regio's zijn gezet en door de sectoren van Zorg en Welzijn en in lokale gemeenten. We bouwen daarop voort. Sub-regio's krijgen een nadrukkelijke rol in het proces om te komen tot het regioplan.

2. Regionale opgaven



Leeswijzer

In dit hoofdstuk zijn de prioritaire opgaven te lezen die in opdracht van de Regionale Coalitie zijn uitgewerkt. De belangrijkste knelpunten uit ons regiobeeld leiden tot vier prioritaire opgaven waarover we afspraken hebben gemaakt in Noordoost-Brabant. Daarnaast hebben we als regio twee randvoorwaardelijke opgaven aangemerkt waarop we inzet willen plegen.

Leeswijzer Regionale opgaven

In de volgende paragrafen lees je de prioritaire opgaven van onze regio. Deze zijn:

- Cultuurverandering;
- Veranderende zorgvraag;
- Verminderen van krapte op de arbeidsmarkt;
- Verbeteren van doorstroom in de zorgketen;
- Gezondheidsverschillen;
- Meten en monitoren van impact.

De prioritaire opgaven zijn als volgt opgebouwd:

‘Wat zien we?’ hierin lees je een beschrijving van de opgave;

‘Wat willen we bereiken?’ omschrijft de beweging die we in de regio willen maken;

‘Doelen’ hier lees je het regionale hoofddoel per opgave en onderliggende subdoelen;

‘Wat doen we al?’ is een kwalitatieve beschrijving van de wat er op (sub)regionaal al gebeurt[1] t.a.v. de opgave;

‘Waar liggen kansen om nog meer impact te behalen?’ lees je op welke gebieden we nog kansen zien om meer impact te behalen t.a.v. de opgaven;

‘Randvoorwaardelijk’ geeft de (landelijke) randvoorwaarden weer die de regio nodig heeft om effectief te kunnen samenwerken en impact te kunnen maken op de opgave;

‘Regionale afspraken’ gaat in op wat is afgesproken over de vertaling van de kansen voor aanvullende inzet tot een regionale werkagenda.

1. We merken op dat de inventarisaties een bonte mix van reguliere plannen en (ideeën of snelle toetsen voor) impactvolle transformatieplannen IZA bevatten. Sommige plannen zijn al in uitvoering, andere plannen nog niet. ‘Wat doen we al?’ betekent dus niet dat alle plannen al in uitvoering zijn. Het geeft meer aan wat we nu belangrijk vinden in het licht van de prioritaire opgaven en de regionale ambitie (dichten kloof toenemende zorgvraag en afnemend zorgaanbod).

Klik op het icoon om naar de juiste opgave te gaan



Cultuurverandering



Veranderende zorgvraag



Verminderen krapte op de arbeidsmarkt



Verbeteren van de doorstroom in de zorgketen



Gezondheids-verschillen



Meten en monitoren van impact

2.1 Randvoorwaardelijke opgave A: Cultuurverandering



2.1.1 Wat zien we?

De Nederlandse zorg staat onder druk. Mensen vertrouwen erop dat er zorg voor hen beschikbaar is, wanneer zij die nodig hebben. Juist deze toegankelijkheid is in het geding. We zien in de regio Noordoost-Brabant een grote kloof tussen zorgvraag en zorgaanbod. De zorgvraag neemt harder toe dan de zorgcapaciteit kan verwerken. Dit is vooral te zien in de ouderenzorg (wijkverpleging, thuiszorg en intramurale zorg), de huisartsenzorg, de jeugdzorg en de GGZ. Tegelijkertijd zien we een afnemend mantelzorgpotentieel en meer overbelaste mantelzorgers. Dit leidt tot een grotere druk op de formele zorg. De verwachting is dat dit probleem de komende jaren groter wordt. Ondanks de bekendheid van positieve gezondheid, is onze zorg meer gefocust op het inzetten van zorg en op ziekte dan centraal op de mens, op gezond gedrag en maatschappij. Verschillende landelijke rapporten benoemen de noodzaak van cultuurverandering voor de transitie die nodig is. Er is een verschuiving nodig in het denken over gezondheid en zorg, de verwachtingen van formele zorg en de manier waarop formele zorg wordt benaderd, geleverd en ervaren. Om het tij te keren zullen we op zoek moeten naar andere oplossingen. Bijvoorbeeld door de gezondheid meer centraal te stellen en de formele ondersteuning en zorg anders te organiseren. Formele en informele zorg kunnen zoveel beter hand in hand gaan dan dat dit vandaag de dag gebeurt. Burgerinitiatieven, informele zorg en andere wijkinitiatieven kunnen veel meer in zorg betekenen, dan nu het geval is. Hierover dient het maatschappelijke gesprek gevoerd te worden met de inwoners van onze regio.

Dat gesprek zien wij als de basis voor de noodzakelijke cultuurverandering. In de regionale coalitie zijn de juiste partners betrokken om een cultuurverandering regionaal op gang te brengen. Partijen vanuit de zorg en het sociaal domein kunnen met inwoners de zorg anders gaan organiseren. Júist in Brabant zou ons dat moeten lukken. De solidariteit en het samen-zorgen met elkaar, wat vanzelfsprekend was in coronatijd, zit nog vers in het geheugen. We zien in Brabant nog steeds een sterke gemeenschapszin. Er zijn goede randvoorwaarden aanwezig, zoals sterke informele banden, bereidheid tot vrijwilligerswerk en hoge maatschappelijke betrokkenheid, waarbij mensen naar elkaar omkijken. We moeten juist díe kracht van Brabant omarmen en versterken in de noodzakelijke transitie.

2.1.2 Wat willen we bereiken?

De zorg van vroeger is niet meer de zorg van vandaag en zeker niet die van morgen. De beste zorg is de zorg die niet gegeven hoeft te worden. Veel ondersteuningsvragen kunnen opgepakt worden door de samenleving. Zodat de zorg voor diegene die écht professionele zorg nodig heeft, de zorg toegankelijk blijft.

Maatschappelijk draagvlak en collectief eigenaarschap is onmisbaar om tot een transformatie in de zorg te komen. De verantwoordelijkheid voor zorg en ondersteuning moet met inwoners gedeeld gaan worden. Om dat te bereiken moeten zij aangemoedigd én gefaciliteerd worden om daar waar mogelijk elkaar te helpen. Dit denken vanuit gemeenschapszin en zorgen voor elkaar moet normaal worden. Deze boodschap hoort dan op de scholen al afgegeven worden. Landelijk, maar ook in de regio Noordoost-Brabant, is er een maatschappelijk gesprek nodig over hoe we met elkaar, ook op het niveau van de individuele inwoner/cliënt, de stijgende druk op Zorg en Welzijn het hoofd kunnen bieden. En welke rol inwoners zelf daarin kunnen spelen – door gezond te leven, naar elkaar om te kijken en door bewust om te gaan met zorggebruik.

Keuzes over zorg maken we zoveel mogelijk in samenspraak met de samenleving. Om de mens centraal te stellen, is het nodig te weten wat hij belangrijk vindt. Het is van belang dat hij zelf input geeft, goed begrijpt wat er aan de hand is, weet wat hij kan verwachten en wat hij zelf kan doen. Door gezondheid te benaderen vanuit het gedachtegoed van positieve gezondheid, wordt de mens actief betrokken. Dan kan iedereen meer eigenaarschap voelen over hun eigen gezondheid en over vaardigheden om daar zelf iets aan te doen. Daarnaast wordt eerst het netwerk van mensen aangesproken, voordat er naar professionele zorg gekeken wordt.

We willen de beweging naar een vitale, behulpzame samenleving versterken. Waarbij mensen in eerste instantie elkaar helpen en naar elkaar omkijken. Daarbij ondersteund als dat nodig is. Hier kan gedacht worden aan laagdrempelige inlooppunten, zelfhulpgroepen, meer informele ondersteuning en zorg, maar ook aan het stimuleren en faciliteren vanzelf gezond en actief leven. Deze verschuivingen vragen een diepgaande verandering in denken en doen van inwoners, professionals, beleidsmakers en bestuurders. Initiatieven die mensen zelf nemen willen we stimuleren, koesteren en faciliteren. Knelpunten die mensen nu ervaren bij het bieden van mantelzorg en ondersteuning willen we oplossen. Daarvoor moet de verbinding tussen de informele zorg en de professionele ondersteuning en zorg in de wijk beter. Ze hebben elkaar keihard nodig. Het is alle hens aan dek.

Wat betekent dat voor de mensen?
Zo mogen we van jonge ouderen vragen zich voor te bereiden op gezond oud worden. Bijvoorbeeld door de woning tijdig aan te passen, of zo mogelijk tijdig te verhuizen, om gezond en actief te leven en te investeren in een stevig sociaal netwerk. Dit geldt ook voor andere groepen, bijvoorbeeld voor mensen met een psychische kwetsbaarheid. We willen dat inwoners van Noordoost-Brabant anders naar ondersteuning en zorg gaan kijken. Meer zelf en met elkaar doen en nog beter gefaciliteerd. Zodat formele zorg alleen ingezet wordt wanneer dat echt nodig is.



Wat betekent dat voor zorgverleners?

Dit betekent ook voor de zorgverleners, dat we ons richten op passende zorg, en samen met patiënten vooruitkijken, bijvoorbeeld door met hen in gesprek te gaan in het kader van Advance Care Planning. Het moet normaal worden dat professionals zorgtaken goed aansluiten op en ook kunnen worden uitbesteed aan het informele netwerk van patiënten. Zodat professionals en naasten weten, wat mensen wél én niet meer aan zorg willen en kunnen ontvangen Zo kan de formele en informele zorg goed worden ingericht op de wensen en behoeften van de inwoners die zorg nodig hebben.

Werken en mantelzorgen gaat nog lang niet overal goed samen. Dit vraagt ook iets van werkgevers: want de zorg is een zorg van ons allemaal. We kunnen dit deels regionaal oplossen en gaan hier het gesprek over aan met werkgevers en werknemers. Tegelijkertijd hebben we hiervoor ook de landelijke overheid nodig, als systeemverantwoordelijke om te ontschotten binnen wet- en regelgeving.

Wat betekent dat voor de organisaties?

We vragen de landelijke overheid om het voortouw te nemen bij de organisatie van het maatschappelijk debat om deze cultuurverandering tot stand te brengen. We gaan daarom in gesprek met de landelijke kwartiermaker IZA. In de regio Noordoost-Brabant nemen we zelf initiatief door dialogen te organiseren in alle twaalf gemeenten. Maar iedere verandering begint bij jezelf. Daarom pakken we als deelnemende partijen de handschoen op om deze beweging in gang te zetten of te versnellen. Dat doen we door in onze eigen organisaties het gesprek te voeren met elkaar en concrete afspraken te maken over zaken waar we mee stoppen of die we anders gaan doen. Niet door los te laten, maar door ombuiging: denk aan de beweging van de-medicalisering, passende zorg, de administratieve druk, etc. Gelijktijdig bouwen we aan de informele steunstructuren zodat er in de wijken en buurten vangnetten zijn op deze ombuigingen.



2.1.3 Doelen

Hoofddoelstelling
In 2027 is er een beweging op gang gebracht die leidt tot een zorgzame samenleving die lichte hulp en ondersteuningsvragen oppakt, zodat professionele hulp en zorg beschikbaar is voor inwoners die deze nodig hebben.

We beogen een cultuurverandering bij inwoners, organisaties en bij professionals. Cultuurverandering realiseer je niet in 1 of 2 jaar. Dat vraagt een lange adem. We kiezen daarom voor inhoudelijke en procesmatige doelen.

Op inhoud zijn er de volgende doelen voor eind 2027:

- Eind 2027 (einde IZA) is er een beweging op gang gebracht waarbij informele zorg vanzelfsprekend onderdeel is van ondersteuning/hulpstructuren en zorg;
- Ervaren mensen de toegevoegde waarde van het naar elkaar omkijken en elkaar helpen;
- Bestaan er digitale en fysieke 'gezondheidshuizen' waar mensen met al hun vragen over gezondheid terecht kunnen, voor zichzelf, maar ook voor de ondersteuning en hulp aan anderen. Net als consultatiebureaus laagdrempelig voor iedereen en voor alle leeftijden.
- Wordt er gebiedsgericht (denkend vanuit de wijk) en waardegedreven (denkend vanuit de mens) gewerkt;
- Is de ingezette beweging waarbij de mens centraal staat uitgebreid naar de hele regio;
- Wordt het gedachtegoed van positieve gezondheid breed gedragen en kennen de inwoners het concept met bijbehorende handelingsvaardigheden;
- Gaan we uit van wat de mens zelf kan en wil (en indien nodig ondersteunen we hem daarbij);
- Faciliteren werkgevers het bieden van mantelzorg en is gezondheid onderwerp van gesprek op de werkvloer en ook in het onderwijs[2];
- Worden sociale- en gezondheidsleerprogramma's die jeugdigen helpen zich tot behulpzame en vitale mensen te ontwikkelen aangeboden op alle scholen.

Organisaties van werkgevers en werknemers en onderwijsinstellingen moeten hierbij nog worden betrokken. Zij maken op dit moment geen deel uit van de Regionale coalitie IZA.

Daarvoor is van belang dat:

- Professionals één gezamenlijke visie hebben op zorgcultuur met daarin opgenomen:
  - Wat de rol van informele zorg is en hoe deze ondersteund wordt.
  - Welke zorg wel en niet door professionals geleverd wordt.
  - Hoe informele en professionele zorg ondersteund wordt en hand in hand gaat bij de gewenste cultuurverandering.
- Landelijke campagnes worden vertaald naar de regio en organisaties hulpmiddelen hebben om zelf verantwoordelijkheid te nemen in de beoogde cultuurverandering;
- Succesvolle (lokale) initiatieven die bijdragen aan deze cultuurverandering in beeld zijn, zodat deze kunnen worden gedeeld en breder uitgezet;
- Burgerplatfora en inwoners worden betrokken bij de transformatie van de zorg.
- Aansluiting met relevante netwerken en partijen buiten de bestaande coalitie, zoals provincie, rijk en werkgeversorganisaties gerealiseerd is. Het Brabants netwerk Wonen, Zorg en Welzijn is hier een voorbeeld van.
- In gemeenten maatschappelijke gesprekken worden gevoerd over gezondheid, aangehaakt bij lopende thema's, zoals het WOZO.

2. Organisaties van werkgevers en werknemers en onderwijsinstellingen moeten hierbij nog worden betrokken. Zij maken op dit moment geen deel uit van de Regionale coalitie IZA.

2.1.4 Wat doen we al?

Een inventarisatie langs de zorg- en welzijnsorganisaties in drie sub-regio's laat voor wat betreft initiatieven die effect hebben op de randvoorwaardelijke opgave Cultuurverandering een aantal voorbeelden zien, zoals Burgerberaad, Advance Care Planning (ACP), Samen Beslissen, en diverse bewustwordingscampagnes.

We starten niet vanuit 0. Zoals gezegd heeft Brabant sterke sociale structuren. Veel mensen hebben een rol als mantelzorger, of doen vrijwilligerswerk. Er zijn voldoende aanknopingspunten om mensen bij elkaar te brengen en deze beweging met elkaar te versterken. Cultuurverandering vraagt immers om een lange adem.

Daarnaast zijn er al veel initiatieven gericht op cultuurverandering in onze regio. Zo zijn er sub-regionale bewegingen gaande gericht op zinnige en passende zorg. Voorbeelden van lopende initiatieven zijn:

- Campagne "Wij zijn zelf het medicijn"
- Trainingen positieve gezondheid
- Voorzorgcirkels
- Mantelzorgtrainingen
- Steunouder initiatieven
- Burgerberaden
- Samenbeslissen/GIZ methodisch werken



2.1.5 Waar liggen kansen om nog meer impact te behalen?

We leggen de lat hoog en we hebben grote ambities. Dat moet ook wel als we met elkaar de transitie moeten maken die we beogen. Dat vraagt dus om goed met elkaar na te gaan wat we al doen, wat we kunnen versterken en waar we met elkaar dus verder op kunnen inzetten, zoals:

- Opschalen van initiatieven die bijdragen aan de doelstellingen, daar in de regio, waar dit nog niet gebeurt;
- Initiatieven richting werkgevers, met het oog op behoud van mantelzorgpotentieel;
- Verbinding met de (zorg)opleidingen;
- Dialogen in de twaalf gemeenten, bv in verbinding met het proces inwoner- en cliëntparticipatie, zoals reeds ingezet door ZorgBelang Brabant|Zeeland;
- In gesprekken/campagne doorlopend aandacht besteden aan het eigenaarschap van gedachtegoed van positieve gezondheid bij inwoners zelf, alsmede zelfregie.

2.1.6 Randvoorwaardelijk

Om dat in de volle breedte en vanuit de gezamenlijkheid te doen is het van belang dat we:

- Een gedeelde visie hebben en houden op de beoogde zorgcultuur;
- Langdurige commitment aangaan voor het uitdragen van deze visie door coalitiepartners;
- Maatschappelijk draagvlak creëren voor keuzes die we maken in de zorg.

2.1.7 Regionale afspraken

De Regionale Coalitie gaat het volgende doen om in te zetten op de verschillende kansen:

- Afstemming over de werkagenda van de Regionale Coalitie met de drie sub-regio's.
- Vertaling van de aangekondigde landelijke campagne naar de regio Brabant-Noord;
- Aansluiting op de provinciale gezondheidsdoelen;
- Voeren van het maatschappelijke gesprek vanuit de drie sub-regio's en door de partners in de drie sub-regio's; hiermee dus aansluiten op wat er lokaal in gemeenten en/of wijken nodig is.
- Herkenbaarheid van eenzelfde boodschap in de verschillende (lokale) campagnes.

In de volgende paragrafen van dit plan beschrijven we de prioritaire opgaven. De Regionale Coalitie ziet een sterk verband tussen de beoogde cultuurverandering en de realisatie van deze prioritaire opgaven. Ze zijn onlosmakelijk met elkaar verbonden. Voor mensen, zorgverleners en organisaties is het wenkend perspectief; een zorgzame en gezonde samenleving, van belang om de beweging die we maken van zorg naar gezondheid te begrijpen en samen met ons vorm te geven. Alleen in nauwe verbinding met elkaar zijn de prioritaire opgaven een waardevolle stap voorwaarts op weg naar een gezonder Brabant.

2.2 Prioritaire opgave 1: Veranderende zorgvraag



2.2.1 Wat zien we?

We zien dat de zorgvraag rondom ouderen en mensen met een stapeling van problemen toeneemt én verandert. Meer mensen worden oud en mensen worden ouder. Noordoost-Brabant telt relatief veel inwoners van 45 jaar en ouder. De grijze druk (het aantal 65-plussers ten opzichte van het aantal inwoners tussen 19 en 65 jaar) stijgt in Noordoost-Brabant harder dan in Nederland. Het ouder worden gaat gepaard met chronische ziektes en aandoeningen, zoals COPD, artrose en (vooral) dementie. Als gevolg hiervan wordt de vraag naar ondersteuning de komende jaren complexer. Meerdere domeinen en sectoren zijn betrokken.

Meer mensen hebben te maken met een stapeling van problemen. Denk aan psychosociale en psychiatrische problematiek, verslaving, licht verstandelijke beperking, eenzaamheid, armoede, schulden, gebrekkige huisvesting et cetera. Deze groep wordt meer zichtbaar in de huidige woon-, energie- en koopkrachtcrisis. Het gaat om individuen én gezinnen. Vaak is er sprake van concentratie in bepaalde buurten. Soms gaat dit de draagkracht van een buurt te boven. De vraag naar ondersteuning en zorg vanuit deze groep wordt complexer. Meerdere domeinen en sectoren zijn betrokken. Het SCP meldde in oktober 2021 dat maar liefst 27% van de Nederlanders kampt met een stapeling van problemen.

De zorgvraag verandert ook door een verandering in de maatschappelijke opinie over zorg. We willen dat ouderen (mits verantwoord) zo lang mogelijk prettig thuis blijven wonen met passende ondersteuning en zorg. We willen dat mensen met een psychische kwetsbaarheid of een verslaving met passende ondersteuning en zorg weer prettig thuis kunnen wonen.

2.2.2 Wat willen we bereiken?

Naast het ontwikkelen van kansrijke nieuwe initiatieven wordt zoveel mogelijk aangesloten bij lopende trajecten en initiatieven, die ingezet zijn om onderstaande doelstellingen te bereiken. Die worden, indien succesvol gebleken op basis van kwantitatieve data, voortgezet en/of geïntensiveerd. Het is nodig dat de samenleving lichte zorg- en ondersteuningsvragen van ouderen en mensen met een stapeling van problemen meer zelf gaat opvangen. We streven naar een zorgzame samenleving waarin mensen nog meer dan nu al het geval is omzien naar elkaar. Dit vraagt van ons een stimulerende en faciliterende rol.

We willen de zorg en ondersteuning voor mensen met een complexe domeinoverstijgende zorg- en ondersteuningsvraag verbeteren. We willen nog meer impact maken bij ouderen en mensen met een stapeling van problemen. Complexe domeinoverstijgende zorg gaat bijvoorbeeld over ondersteuning en zorg voor mensen met psychische klachten. Dit vraagt om betere samenwerking tussen het sociaal domein, huisartsenzorg en de GGZ, en in verbinding met wijkverpleging, ziekenhuizen en UMC's, waardoor mensen eerder passende ondersteuning en zorg kunnen ontvangen. Door de zorg en ondersteuning meer te organiseren in (gebiedsgebonden) domeinoverstijgende netwerken van informele en formele zorg en ondersteuning verwachten we de bestaande zorg- en ondersteuningscapaciteit efficiënter en effectiever te kunnen inzetten. In de netwerken maken we de beweging van zorg naar gezondheid en preventie. Het accent komt minder te liggen op de individuele, maar meer op de collectieve benadering. We streven naar een zorgzame samenleving waarin het individu gezonder, actiever en gelukkiger is.

We willen bij de zorg en ondersteuning van ouderen en mensen met een stapeling van problemen nog meer gebruik maken van digitalisering, zorgtechnologie/domotica. Alle ouderen en patiënten met een ernstige chronische aandoening hebben met hun behandelend arts wensen, doelen en voorkeuren voor zorg in acute situaties (verergering van ziekte) en eventueel rond het levenseinde besproken en vastgelegd (advance care planning). Dit proces loopt vooruit op het moment dat een patiënt in een acute situatie keuzes zou moeten maken en/of in de situatie waarin hij/zijzelf verminderd in staat is om beslissingen te nemen.

Zo willen we bereiken dat:

- Inwoners/burgers lichte zorg- en ondersteuningsvragen van ouderen en mensen met een stapeling van problemen meer zelf gaan opvangen.
- Ouderen en mensen met een stapeling van problemen in hun directe nabijheid terecht kunnen voor lichte zorg- en ondersteuningsvragen.
- De bestaande zorg- en ondersteuningscapaciteit voor ouderen en mensen met een stapeling van problemen efficiënter en effectiever kan worden ingezet.
- Samen met de patiënt (en eventuele naasten) bepaald wordt welke doelen van zorg en behandeling passen bij de waarden en opvattingen van de patiënt en zijn of haar gezondheidssituatie.

2.2.3 Doelen

Hoofddoelstellingen

- We gaan de groeiende zorgvraag beheersen/ opvangen zodat we in 2040 de zorg kunnen leveren die nodig is.
- We gaan de groeiende zorgvraag beheersen/ opvangen zodat we in 2027 de zorg kunnen leveren die nodig is.

Gezondheidsdoelen

- In 2040 woont 90% van het aantal ouderen in Noordoost-Brabant langer prettig zelfstandig thuis.
- In 2040 is het aantal ouderen in Noordoost-Brabant dat zorg vraagt met 40% verminderd ten opzichte van 2024.
- In 2040 is het aantal mensen dat ondanks een stapeling van problemen in Noordoost-Brabant zelfstandig thuis kan blijven wonen met 20% gestegen ten opzichte van 2024.

Systeemdoelen

- Zorgzame samenleving:
  - In 2027 is het aantal burgerinitiatieven op het gebied van zorg en ondersteuning gestegen met 50% ten opzichte van 2024.
- Domeinoverstijgend samenwerken in de wijk (de juiste zorg en ondersteuning op de juiste plek):
  - In 2027 is het aantal wijken in Noordoost-Brabant waarin informele en formele organisaties op het gebied van zorg en ondersteuning domeinoverstijgend samenwerken rondom ouderen gestegen verdubbeld ten opzichte van 2024.
  - In 2027 is het aantal wijken in Noordoost-Brabant waarin informele en formele organisaties op het gebied van zorg en ondersteuning domeinoverstijgend samenwerken rondom mensen met een stapeling van problemen verdubbeld ten opzichte van 2024.
- Advance care planning:
  - In 2027 is voor 80% van de ouderen en patiënten met een ernstige chronische aandoening beleid vastgesteld, te beginnen met de doelgroepen hartfalen (klasse 3-4) en COPD (klasse 3-4).
- Ketenaanpakken:
  - In 2025 zijn de ketenaanpakken Valpreventie en Welzijn op recept in alle 12 gemeenten geïmplementeerd.
  - In 2024 zijn regionale afspraken gemaakt over de inkoop van ketenaanpakken welzijn op recept en valpreventie.



2.2.4 Wat doen we al

- Er zijn op beperkte schaal initiatieven om de zorgzame samenleving te stimuleren en te faciliteren.
- Domeinoverstijgend samenwerken in de wijk van informele en formele partijen rondom ouderen en mensen met een stapeling van problemen volgens de principes van passende zorg staat nog in de kinderschoenen.
- In sommige gemeenten werken VVT-instellingen, welzijnsinstellingen en gemeenten bijvoorbeeld al samen aan een sociale benadering van dementie.
- In sommige gemeenten zetten de GGZ, de huisartsenzorg, welzijnsinstellingen en gemeenten stappen op weg naar mentale gezondheidscentra of –netwerken. Laagdrempelige inlooppunten voor mensen met een psychische kwetsbaarheid (herstel- of zelfregiecentra) zijn in sommige gemeenten te vinden, in andere nog niet.
- Gemeenten en zorgverzekeraar VGZ zijn gestart met de implementatie van de ketenaanpak Valpreventie ouderen en Welzijn op Recept in enkele gemeenten.
- Ziekenhuizen en huisartsen werken al op beperkte schaal met advance care planning.

2.2.5 Waar liggen kansen om nog meer impact te behalen?

- We kunnen nog veel meer inzetten op het stimuleren en faciliteren van de zorgzame samenleving.
- We kunnen nog veel meer inzetten op het domeinoverstijgend samenwerken in de wijk van informele en formele partijen op het gebied van Zorg en Welzijn rondom ouderen en mensen met een stapeling van problemen volgens de principes van passende zorg. We kunnen leren van good practices in Land van Cuijk, Oss en 's-Hertogenbosch.
- We kunnen nog meer impact maken door de ketenaanpakken Valpreventie en Welzijn op Recept in alle twaalf gemeenten in Noordoost-Brabant te implementeren.
- We kunnen nog meer inzetten op het versterken van de infrastructuur voor regionale preventie.
- We kunnen nog meer inzetten op laagdrempelige steunpunten voor mensen met een psychische kwetsbaarheid (zelfregiecentra of herstelacademies).
- We kunnen nog meer inzetten op mentale gezondheidscentra of -netwerken (met verkennend gesprek als instrument).
- We kunnen nog veel meer doen met advance care planning.
- We kunnen aansluiting zoeken bij het Kwaliteitskompas LZ daar waar van toepassing.



Om van elkaar te leren zijn regionale, sub-regionale en lokale lerende netwerken nodig. We realiseren ons dat bij mensen met een stapeling van problemen het sociale netwerk eveneens overbelast is en soms zelfs is afgehaakt. Dit vraagt om het opnieuw opbouwen ervan voordat het een actieve rol kan spelen in het leven van de persoon met een stapeling van problemen. De al beproefde 'Eigen Kracht Methode' kan daarbij behulpzaam zijn. We realiseren ons ook dat er sprake is van terughoudendheid en schroom bij medewerkers om het netwerk van een persoon met een stapeling van problemen actief in te schakelen; men wil het netwerk niet overvragen. De door MEE ontwikkelde training 'De kunst van het vragen stellen' is een instrument dat daarbij ondersteunend kan zijn.

Het stijgende aantal ouderen en mensen met een stapeling van problemen, vraagt om nog betere samenwerking rondom de client. Deze samenwerking komt de cliënt ten goede, en ook de aanbieders, die de juiste zorg en ondersteuning op het juiste moment aanbieden (bv.: Lvb-cliënt met gedragsproblematiek én (digitale) verslaving). We hebben de zorg voor ouderen en mensen met een stapeling van problemen tot nu toe vooral georganiseerd in ketens. Ketenzorg past als er een goede samenwerking is tussen zorgaanbieders. Bij een complexe zorg- en welzijnsvraag waarbij om en over verschillende domeinen en financieringsschotten heen gewerkt moet worden, kan (gebiedsgerichte) domeinoverstijgende netwerkzorg, mits bewezen effectief, een beter alternatief zijn.

2.2.6 Regionale afspraken

Bovengenoemde kansen maken, samen met de genoemde kansen bij de andere opgaven, onderdeel uit van de werkagenda. Dit onderdeel wordt in Q1 2024 nader uitgewerkt. Voor de bijkomende generieke afspraken van de werkagenda, zie Hoofdstuk 4.



2.3 Prioritaire opgave 2: Verminderen krapte op de arbeidsmarkt



2.3.1 Wat zien we?

Momenteel is er al sprake van een personeelstekort in de sectoren Zorg en Welzijn in Noordoost-Brabant. Dit tekort zal in de komende jaren alleen maar toenemen, waardoor de druk op de zorg verder groeit. Door de vergrijzing neemt de vraag naar zorg en ondersteuning toe, terwijl het aantal werkende zorgprofessionals niet in gelijke mate toeneemt mede omdat relatief veel professionals de komende jaren met pensioen gaan. Dit betekent dat de zorg die inwoners de afgelopen decennia gewend waren niet meer geleverd kan worden: zorg is nu reeds schaars en deze schaarste groeit.

Vergrijzing en de resulterende schaarste qua zorgcapaciteit is een landelijke opgave; in de regio Noordoost-Brabant is de stijging van het aantal ouderen echter groter dan landelijk gemiddeld het geval is. Tevens daalt het potentieel van inzetbare inwoners van 20-64 jaar in onze regio harder dan landelijk gemiddeld (zgn. ‘dubbele vergrijzing’). Dit maakt het knelpunt van de krapte op de arbeidsmarkt, en de opgave hoe om te gaan met de schaarse zorgcapaciteit, in Noordoost-Brabant extra urgent. De verwachting voor de regio is dat de personeelstekorten in zorg- en welzijnsorganisaties de komende jaren verder stijgen en dat dit beeld doorzet in de periode tot 2040.

Het regiobeeld geeft weer dat personeelstekorten worden verwacht in vrijwel elke branche van Zorg en Welzijn in Noordoost-Brabant en zullen leiden tot een verhoogde druk op het beschikbare zorgaanbod. Daarnaast zal deze druk in een aantal sectoren extra stijgen door een veranderende zorgvraag (opgave 1). Zo worden de grootste personeelstekorten (in absolute zin) verwacht in de VVT-sector: de verpleeg- en verzorgingshuizen en thuiszorg. In relatieve zin zijn de verwachte tekorten het grootst in de jeugdzorg, bij huisartsen en in gezondheidscentra.

2.3.2 Wat willen we bereiken?

Om de druk op de zorg te verlichten kijken we voornamelijk hoe we gezamenlijk met zorg- en welzijnspartijen de schaarse zorgcapaciteit beter kunnen verdelen. Dit vraagt onder andere om het stimuleren van de keuze voor een baan in de zorg en het sociaal domein, het anders inzetten van zorg- en welzijnsprofessionals, het versterken en faciliteren van informele zorg en ondersteuning, het verhogen van zelfmanagement en zelfregie van onze inwoners, de inzet van digitale middelen en het beheersen van de zorgvraag.

Belangrijk hierbij is dat we het maatschappelijk debat voeren zodat inwoners anders leren denken over de zorg. Er moet een zorgzame samenleving komen waarin inwoners naar elkaar omkijken en elkaar ondersteunen. Professionele zorg is niet (meer) op wens afroepbaar maar slechts beschikbaar indien zij noodzakelijk is. Tegelijkertijd wordt er regionaal ingezet op het (blijven) binden van zorg- en welzijnsprofessionals aan de regio. Daarnaast wordt de mogelijkheid van de inzet van zij-instromers onderzocht en is er aandacht voor opleidingen, stages, etc., in het bijzonder in sectoren waar de tekorten het grootst zijn en stijgen.

Zo willen wij bereiken dat:

- De instroom van mensen die kiezen voor een baan in de zorg- of welzijnssector niet afneemt
- Meer zorg- en welzijnsmedewerkers kiezen voor uitbreiding van hun parttime inzetbaarheid
- Minder zorg- en welzijnsmedewerkers uitstromen
- Meer inwoners zorg- en ondersteunende taken op zich kunnen en willen nemen
- Inwoners over een hogere mate van zelfredzaamheid beschikken

2.3.3 Doelen

Hoofddoelstellingen

- We gaan op een andere manier (samen)werken, zodat in 2040 het personeelstekort van 5700 arbeidsplaatsen voor 100% is opgelost[3].
- We gaan op een andere (samen)manier werken, zodat in 2027 het huidige personeelstekort van niet verder is gestegen dan het huidige tekort van 2.000 arbeidsplaatsen[4].

Op peil houden zorg- en welzijnspersoneel

Het regiobeeld laat zien dat er een uitstroom van zorgmedewerkers te verwachten is in de komende 10 jaar ten gevolge van het bereiken van de pensioengerechtigde leeftijd. Tevens is de prognose dat – naast de zorg - krapte op de arbeidsmarkt in meerdere sectoren in ons land zal toenemen. Om het aantal zorg- en welzijnsmedewerkers op peil te houden zal daarom extra inspanning nodig zijn voor het stimuleren en werven van nieuw zorg- en welzijnspersoneel.

- In 2040 zijn er voldoende medewerkers om iedere inwoner met een zorgvraag noodzakelijke zorg te bieden.

Verminderen van de behoefte aan zorgpersoneel over alle sectoren

Zorgvraag en zorgaanbod moeten idealiter naadloos op elkaar aansluiten. De zorgvraag lijkt – door vergrijzing en toename van het aantal mensen met complexe problematiek - autonoom te groeien maar is wel degelijk beïnvloedbaar. Dit willen we bereiken door het verhogen van de zelfregie van patiënten en burgers en door het inzetten van digitalisering en technologische innovaties. Hierbij is het van belang dat het discours over “wat is zorg” en “wat is recht op zorg” met burgers gevoerd wordt, met als leidend principe “zorg is geen luxe, zorg is een noodzaak”.

3. Dit cijfer betreft een voorspelling op de lange termijn zoals opgenomen in het Regiobeeld. Er zijn over dit aantal meerdere berekeningen in omloop die enigszins van elkaar afwijken.
4. Bij het oplossen/ niet verder laten stijgen van het tekort aan arbeidsplaatsen richten we ons zowel op de aanbodkant als de vraagkant. We zetten in op een brede mix van maatregelen, zoals de werving van nieuwe medewerkers, het behoud van bestaande medewerkers, een vermindering van de zorgvraag, de substitutie van zorg en een andere organisatie van zorg.

- In 2040 is de vraag naar medische zorg bij mensen met psychosociale problematiek verminderd (t.o.v. 2023) ten gevolge van adequate maatschappelijke aandacht in de wijk.
- In 2040 maakt 80% van de inwoners voor zijn/haar vraag naar zorg of ondersteuning gebruik van één of meer digitale of technologische toepassingen (zoals EHealth, anonieme hulplijnen of digitale/hybride vormen van ondersteuning).
- We verlagen de druk op zorgpersoneel door het anders organiseren van zorg. We doen dit door herverdeling binnen de keten of door het anders verdelen c.q. spreiden van zorg.

Behoud en benutten van het potentieel aan mantelzorgers en vrijwilligers

In het regiobeeld wordt in 2040 een halvering van het mantelzorgpotentieel ten opzichte van de huidige situatie verwacht. Met de pensionering van een grote groep burgers – waaronder zorg- en welzijnsmedewerkers – in de komende 10 jaar verwachten wij echter een toename van de beschikbaarheid aan vrijwilligers. Door deze groep aan te spreken en de juiste ondersteuning te bieden kunnen zij een betekenisvolle rol bij zorg- en hulpvragen spelen.

- Mantelzorgers krijgen optimale ondersteuning zodat zij minder vaak overbelast raken. Op deze manier benutten we het potentieel van de informele zorg vanuit de gemeenschap.
- Daarnaast moet er besef en bereidheid bij zorgmedewerkers ontstaan om ‘zorg bieden’ los te laten en ‘informele zorg’ toe te laten in het zorgpad van de patiënt/cliënt.



2.3.4 Wat doen we al

De knelpunten, zoals vastgelegd in het Regioplan Noordoost-Brabant 2023, worden in onze regio reeds langere tijd ervaren in vrijwel alle sectoren. Diverse zorg- en welzijnsaanbieders hebben in de afgelopen tijd de handen uit de mouwen gestoken en diverse initiatieven genomen om aan de klooftussen stijgende zorgvraag en niet toenemend zorgaanbod tegemoet te komen.

Een inventarisatie langs de zorg- en welzijnsorganisaties in drie sub-regio's (met als samenwerkingsplatforms Zorgzaam 's-Hertogenbosch e.o., Samen in Gezondheid en Mooi Maasvallei) laat voor wat betreft de opgave "verminderen van de krapte op de arbeidsmarkt" een veelvoud aan initiatieven zien die, met wisselende impact, aangrijpen op de volgende oplossingen:

- Behoud en werven van zorg- en welzijnsmedewerkers, o.a. door het creëren van passende banen, aandacht voor duurzame inzetbaarheid, het opleiden van zij-instromers en het verruimen van stage-mogelijkheden.
- Daarnaast zijn er veel initiatieven waarbij de inzet van zorg- en welzijnsmedewerkers geoptimaliseerd wordt, o.a. door efficiëntere indeling, betere samenwerking, maar ook door het stoppen met zorg die niet meer noodzakelijk is en overgenomen kan worden door slimme technologie of digitalisering. Daarbij wordt vooral het zelfmanagement van onze inwoners vergroot.
- Tenslotte zijn veel initiatieven gericht op het aanspreken en ondersteunen van mantelzorgers en vrijwilligers en het stimuleren van inwonersinitiatieven. Deze initiatieven vinden vooral plaats in de wijk, waar burgers elkaar kennen en naar elkaar omkijken (zorgzame samenleving). Waar liggen kansen om nog meer impact te behalen?

2.3.5 Waar liggen kansen om nog meer impact te behalen?

Opschalen en leren van elkaar

Er is sprake van een enorm[5] aantal initiatieven in onze regio om de krapte op de arbeidsmarkt aan te pakken. Het is van groot belang dat we in de hele regio leren van deze initiatieven en bij succes ook kunnen gaan opschalen zodat projecten elkaar versterken en de uiteindelijke impact wordt vergroot.

- Er moet coördinatie plaatsvinden tussen de zorg- en welzijnsorganisaties binnen de sub-regio's, hiervoor dragen de sub-regio's ieder afzonderlijk verantwoordelijkheid.
- We willen voor de centrale coördinatie samenwerken met Transvorm, dat uitgebreide expertise op het terrein van de arbeidsmarkt in de zorg- en welzijnssector in onze regio heeft.

Werven en behoud zorg- en welzijnsmedewerkers

De verwachte impact van de huidige initiatieven op het gebied van werving en behoud van zorgpersoneel is laag tot middel te classificeren. Niet iedere sector lijkt hier aandacht voor te hebben terwijl het noodzakelijk is dat iedere zorgaanbieder hiermee actief aan de gang gaat. Om tegemoet te komen aan de stijgende vraag naar ondersteuning in het sociaal domein zijn – mede gezien de huidige tekorten - ook hier extra acties nodig.

- Wervingscampagnes voor personeel willen we in samenwerking en gecoördineerd opzetten. Wij zullen daarbij ondersteuning van Transvorm, opleidingsinstituten en andere instellingen met expertise op de arbeidsmarkt vragen.
- In 2024 willen we een verkenning naar tools voor duurzaam werkgeverschap bij zorg- en welzijnsinstellingen uitzetten.

5. Momenteel meer dan 50

Inzetten op digitalisering en Artificial Intelligence

- We kunnen meer inzetten op digitalisering. Door digitalisering kan betere communicatie tussen zorgmedewerkers bereikt worden zodat diagnostiek, behandeling en begeleiding beter worden. Door betere onderlinge samenwerking bewerkstelligen we op deze wijze efficiëntere inzet van medewerkers. Inzet van AI bij triage van zorgvraag kan ondersteunen bij de beslissing of zorg nodig is of dat zelfhulp volstaat. AI kan bovendien snel naar het juiste zorgaanbod geleiden.
- Onderzoeken in hoeverre de inzet van AI wenselijk is om aan de arbeidsmarktkrapte het hoofd te bieden.

Het anders organiseren van zorg

Door herverdeling binnen de keten of door het anders verdelen c.q. spreiden van zorg organiseren we dat de druk op zorgpersoneel wordt verlaagd.

- We gaan het gesprek over herverdelingsvraagstukken met elkaar aan. Dit in relatie tot Meer Tijd Voor De Patiënt (MTVDP), digitale zorgpaden, enz.

Monitoring op afstand

Door grootschalige inzet van monitoring van patiënten op afstand in de schaarse arbeidskrachten op de chronische zorg slimmer inzetten.



2.3.6 Randvoorwaardelijk

Regionale randvoorwaarden

- Overeenstemming en onderlinge afspraken tussen zorgaanbieders over de grenzen van de zorg: wat doen we niet.
- Organisatie van debat met burgers over thema “zorg is geen luxe, zorg is een noodzaak”; daarbij zo mogelijk aansluiten op of aanjagen van landelijke initiatieven hiertoe.
- Het opzetten van een centrale kennisbank ten behoeve van uitwisseling projecten, plannen, ervaringen.
- Het opzetten van een data-centrum (i.c.m. kennisbank) ten behoeve van monitoring van projectresultaten en data-uitwisseling.
- Openstaan voor het gesprek over herverdeling binnen de keten (om bijvoorbeeld de verschuiving van zorg- richting welzijnsmedewerkers mogelijk te maken) en de concentratie en spreiding van zorg



2.3.7 Regionale afspraken

Bovengenoemde kansen maken, samen met de genoemde kansen bij de andere opgaven, onderdeel uit van de werkagenda. Dit onderdeel van de werkagenda wordt in Q1 nader uitgewerkt. Voor de bijkomende generieke afspraken van de werkagenda, zie Hoofdstuk 4.

2.4 Prioritaire opgave 3: Verbeteren van de doorstroom in de zorgketen



2.4.1 Wat zien we?

In het Regiobeeld Noordoost-Brabant 2023 wordt geconstateerd dat op meerdere domeinen sprake is van problemen met de doorstroom in de zorgketen. De meest opvallende problemen doen zich voor bij:

- De wachttijden voor vervolgzorg in de thuiszorg, tijdelijk verblijf of WLZ-opname, nemen toe waardoor bedden in de ziekenhuizen te lang bezet blijven zonder dat er sprake is van een medische noodzaak. Dit betreft met name stijging van de wachttijd voor bedden in de verpleeghuissector (nu reeds wachten ruim 1000 per 100.000 inwoners op een opname voor verpleging en verzorging via de WLZ; dit is in onze regio hoger dan landelijk gemiddeld; bron NZa) en stijging van de wachttijden voor thuiszorg (in 2040 stijging van 52.8% verwacht t.o.v. 2023; bron NZa). Dit wordt mede veroorzaakt door het toenemend aantal inwoners met één of meerdere aandoeningen zoals dementie, artrose, hart- en vaatziekten en CVA, dat in Noordoost-Brabant sterker stijgt dan landelijk gemiddeld. Mede hierdoor wordt een toename van de acute zorgvragen gezien (HAP, SEH, RAV), het aantal bezoeken aan de SEH stijgt in onze regio harder dan elders.
- De wachttijden voor GGZ-zorg stijgen sinds 2021 in de regio Noordoost-Brabant conform de stijging die landelijk gemiddeld gezien wordt. De gemiddelde wachttijd voor de GGZ-zorg bedraagt nu 18 weken en overtreedt daarmee de zogenaamde “Treeknorm”, die maximaal 14 weken bedraagt. Patiënten wordt daardoor langer hulp onthouden dan voor hun aandoening noodzakelijk is, hetgeen vaak leidt tot progressie van de klachten met meer (kans op) crisissituaties met hogere zorgkosten en toegenomen druk op de eerstelijns.

2.4.2 Wat willen we bereiken?

Naast het ontwikkelen van kansrijke nieuwe initiatieven wordt zoveel mogelijk aangesloten bij lopende trajecten en initiatieven, die ingezet zijn om onderstaande doelstellingen te bereiken. Die worden, indien succesvol gebleken op basis van kwantitatieve data, voortgezet en/of geïntensiveerd.

Daarnaast worden binnen de sub-regionale samenwerkingsverbanden nieuwe, domeinoverstijgende plannen ontwikkeld en uitgevoerd. Hierin is het gezamenlijk streven: de juiste zorg op de juiste plek voor iedere patiënt in de regio. Hiervoor hebben we elkaar nodig. Vertrouwen tussen behandelteam, ketenpartners en transferverpleegkundigen is essentieel. Stagnatie in de ene schakel zorgt voor stagnatie in de voorliggende schakel. Voor een succesvolle (uit)plaatsing is het van belang dat de verantwoordelijkheid niet bij één persoon of orgaan ligt, maar bij de gehele keten. Door gezamenlijke verantwoordelijkheid te nemen en niet te wijzen naar een andere zorgverlener komt de patiënt weer centraal te staan. Proactieve zorgplanning kan stagnatie voorkomen of beperken. De implementatie van het Regionaal Coördinatie Punt in de VVT draagt naar verwachting bij aan een betere doorstroming in de keten. Daarnaast is een tijdige ontslagplanning van belang, hierdoor wordt onnodige verlenging van ziekenhuisopnames voorkomen.

Voor de wachttijden in de GGZ geldt dat het verbeteren van bestaanszekerheid en huisvesting verwijzingen naar de GGZ aan de voorkant kunnen voorkómen. Daarnaast zal goede samenwerking in de wijk tussen huisartsen – sociaal domein – GGZ (mentale gezondheidscentra of -netwerk) tot betere geleiding van de GGZ-verwijzingen leiden. Centrale coördinatie met inzicht in actueel aanbod van de samenwerkende GGZ-instellingen moet hierbij ingericht worden. GGZ-instellingen gaan werken volgens de beginselen van netwerkpsychiatrie met inzet van ervaringsdeskundigen waarbij binnen twee weken sprake is van een herstel-ondersteunend gesprek met opstart van hieruit voortvloeiende maatregelen. Om de druk op de zorgketen te verlagen willen we de mogelijkheden van respijtzorg voor ouderen of mensen met GGZ-problematiek beter benutten en verder verkennen.

Zo willen we bereiken dat:

- Een ziekenhuisverblijf met 20% wordt verkort.
- Alle zorgvragen 'Just in Time' worden opgepakt en dus niet meer 'Just in case'.
- Wachttijden voor specialistische zorg, GGZ-zorg en VVT-opnames binnen de Treeknorm worden opgepakt.
- Zorg thuis onderdeel wordt van multidisciplinaire teams, denk aan teams vanuit het formele en informele netwerk, de mantel en vanuit welzijn en zorg en onmiddellijk ingezet kan worden als dat nodig is. Tijdige en goede aanhaking met Wmo dient geborgd te zijn, zodat bijvoorbeeld aanpassing huis doorgevoerd kan worden.
- Acute zorg[6] in alle gevallen beschikbaar is indien aan de orde.

6. Met betrekking tot de acute zorg verwijzen we naar het ROAZ-plan Brabant.

2.4.3 Doelen

Hoofddoelstellingen

- In 2040 liggen in Noordoost-Brabant de wachttijden voor de GGZ, ouderenzorg en medisch specialistische zorg onder de Treek-norm respectievelijk wachttijd norm.
- In 2027 zijn de wachttijden in de GGZ, ouderenzorg en medisch specialistische zorg gedaald zodat ze voldoen aan de Treeknorm c.q. wachttijdnormen als minimale eis; voor specifieke doelgroepen GGZ die nu al aan de Treeknorm voldoen is de wachttijd voor de start van behandeling 5 weken, zoals gesteld in het IZA.

Subdoelen

- Burgers liggen vanaf 2025 niet langer in het ziekenhuis dan medisch noodzakelijk is. Een juiste registratie vanaf 2024 is hiervoor een belangrijke randvoorwaarde. Verkeerde bed cijfers Wlz MSZ zijn beschikbaar bij het zorgkantoor en worden gemonitord.
- De wachttijden voor de geestelijke gezondheidszorg en intramurale ouderenzorg dalen tussen 2024 en 2027 tot onder de TREEK-norm dan wel de huidige bijbehorende wachttijd norm als minimale eis; voor specifieke doelgroepen GGZ dit nu al aan de TREEK-norm voldoen is de wachttijd voor de start van de behandeling 5 weken, zoals gesteld in het IZA.
- De instroom aan de voorkant van de ziekenhuizen wordt aantoonbaar verlaagd per 2024. Partijen onderzoeken in hoeverre ze kunnen voortbouwen op de hiervoor al bestaande initiatieven (o.a. Ruwaard, Blikveld365) en hebben hier medio 2024 meer duidelijkheid over.



2.4.4 Wat doen we al

Het oplopen van de wachttijden in de thuiszorg, eerstelijns verblijf (ELV), GRZ en/of WLZ-opname zijn voor zorgaanbieders in de regio al enkele jaren voelbaar. Dit heeft de laatste jaren tot verschillende initiatieven geleid om de doorstroom in de keten te verbeteren en te zorgen dat mensen niet onnodig lang in het ziekenhuis verblijven. De inventarisatie naar lopende en nieuwe initiatieven laat zien dat er verschillende initiatieven zijn opgepakt. De initiatieven kunnen worden onderverdeeld in drie thema's waar ze zich op richten: 1. het uniformeren van zorgcommunicatie, 2. het inrichten van één centrale coördinatie van alle verwijzingen (VVT, GGZ) en 3. het bevorderen en faciliteren van het zelfstandig wonen en zorg thuis.

- In de regio is een RSO (Regionale Samenwerkingsorganisatie) in oprichting. Dit RSO is ontstaan uit de regionale behoefte aan een neutrale partner die de digitale samenwerking en gegevensuitwisseling tussen de ziekenhuizen, VVT, huisartsen en apotheken op inhoud aan kan jagen. Meer uniformiteit in gegevensuitwisseling kan bijdragen aan een betere doorstroom in de keten.
- Ook wordt er in de regio al geruime tijd gewerkt aan de inrichting van één Regionaal Coördinatie Punt (RCP, voorheen RAC). Eén centraal coördinatiepunt voor alle verwijzingen/transfers in de regio. Eén centraal telefoonnummer waar zorgprofessionals naar toe kunnen bellen en waar een overzicht is van alle beschikbare bedden in de regio en gericht doorverwezen kan worden. Vooralsnog is dit nu alleen geïmplementeerd voor de ELV/Crisis/GRZ-bedden in de regio. De ambitie is om dit uit te breiden naar alle beschikbare bedden in de regio
- De GGZ en het Sociaal Domein hebben recent een netwerk 'GGZ en Sociaal Domein' ingericht waarin alle relevante partijen zijn betrokken en initiatieven gezamenlijk worden opgepakt. Binnen dit netwerk is vorm en inhoud gegeven aan de invulling van de 'GGZ-wijzer'. Om de instroom in de GGZ te beperken wordt er ook gewerkt aan een EPA-inloopcentrum en een KOPP/KOPF preventieproject.
- JBZ en JBH werken samen in het Jeroen Bosch Monitoringcentrum. Inmiddels worden daar ruim meer dan 2000 burgers actief in verschillende programma's begeleid. Zo krijgen burgers met chronische ziekten of voor of na een operatie vanuit hun eigen huis ondersteuning bij hun gezondheid. Het gaat daarbij om ondersteuning op verschillende vlakken, zoals lichamelijk, mentaal en sociaal. Dit gebeurt met hulp van technologie, maar ook door direct contact met verpleegkundigen en doktersassistenten. Thuismonitoring leidt tot minder bezoeken aan de dokter, minder ziekenhuisopnames en kortere ligduur in het ziekenhuis.
- Ziekenhuizen zijn daarnaast ook bezig met initiatieven om ziekenhuis zorg naar zorg aan huis te verplaatsten (JZOJP) door mensen thuis te faciliteren, de kennis en expertise bij de 1e lijns-zorgprofessionals te vergroten en te werken aan de zelfredzaamheid van burgers en mantelzorgen.

2.4.5 Waar liggen kansen om nog meer impact te behalen?

Uitgaande van het kwalitatief beeld van de huidige initiatieven zien we nog de volgende kansen om meer impact te maken:

- Thuismonitoring biedt behalve voor huisartsen en ziekenhuizen ook kansen voor de thuiszorg.
- Het Regionale Samenwerkingsorganisatie (RSO) inzetten voor de hele regio Noordoost-Brabant voor meer uniformiteit in de gegevensuitwisseling.
- De uitrol van het Regionaal Coördinatie Punt (RCP) verbreden en versnellen (alle bedden dus ook o.a. palliatief, GGZ, reguliere WLZ en IBS).
- Mogelijkheden verkennen van nieuwe vormen van respijtzorg voor ouderen en mensen met complexe problemen om mantelzorgers te ontlasten. En meer aandacht voor Respijtzorg.
- Domein overstijgende samenwerking (welzijn, huisartsen, ziekenhuizen, VVT) intensiveren door goede afspraken te maken over wel/niet insturen van patiënten naar het ziekenhuis en het organiseren van een centrale regie en aansturing over beschikbare bedden voor vervolgzorg.
- Prehabilitatie om daarmee de doorstroom in het ziekenhuis te versnellen. Wat thuis kan thuis doen.
- Zelfredzaam maken van mensen zodat ze met minder zorg naar huis kunnen (ziekenhuis en wijkverpleging).
- Alle professionals scholen in de ‘Samenwerkwijze’ (of vergelijkbare methodiek), en het voeren van het juiste gesprek en de inwoners hier ook actief in betrekken.
- Onderzoeken welke zorgpaden geschikt zijn voor digitale en/of hybride zorg.
- Mentaal gezondheidscentrum en verkennend (integraal) gesprek om instroom GGZ te verminderen.



2.4.6 Randvoorwaardelijk

Randvoorwaardelijk is hiervoor het volgende nodig:

- Brede digitaliseringsinitiatieven (zoals thuismonitoring, beeldbellen).
- Meer eigenaarschap bij burgers voor eigen gezondheid.
- Regie vanuit de leidende partijen (deelnemers bestuurlijke coalities) in de regio.
- Juiste registratie (o.a. verkeerde bed problematiek).
- Voldoende beschikbare geschikte woningen en een goede infrastructuur

2.4.7 Regionale afspraken

Bovengenoemde kansen maken, samen met de genoemde kansen bij de andere opgaven, onderdeel uit van de werkagenda. Dit onderdeel van de werkagenda wordt in Q1 nader uitgewerkt. Voor de bijkomende generieke afspraken van de werkagenda, zie Hoofdstuk 4.



2.5 Prioritaire opgave 4: Gezondheidsverschillen



2.5.1 Wat zien we?

We worden steeds ouder en blijven langer gezond. In veel gemeenten in Noordoost-Brabant is de leefstijl van inwoners gezonder dan landelijk het geval is. Onder de gezondheidsrisico's (weinig bewegen, roken, verslaving, overgewicht etc.) valt in deze regio vooral het relatief hoge alcoholgebruik op. We zien verder grote verschillen in gezondheid: het is aangetoond dat mensen met een laag opleidingsniveau, weinig inkomen of een migratieachtergrond (lage SES) vaker een minder goede lichamelijke en psychische gezondheid hebben. Ook hun levensverwachting ligt lager; gemiddeld 7 jaar korter en 15 jaar in minder goed ervaren gezondheid. Bijna 21% (tegenover 9%) leidt bovendien aan chronische stress, angst of depressie. Stress vergroot de kans op ziekte en chronische aandoeningen, zoals hart- en vaatziekten, diabetes en COPD. Stress heeft ook invloed op gedrag en het denkvermogen van mensen. Het zorgt voor onzekerheid, schaamte, minder geloof in eigen kunnen en minder regie. Ongezondheid en ziekte hebben weer effect op armoede en het vermogen om te participeren en zelfredzaam te zijn. Omgekeerd leidt een gebrek aan participatie tot een slechtere gezondheid. Zo ontstaat een vicieuze cirkel.

De impact van gezondheidsverschillen op de samenleving is groot. Mensen met gezondheidsproblemen doen logischerwijs een groter beroep op zorg en ondersteuning. Een achterstand in gezondheid leidt in de toekomst tot een hogere zorgvraag en hogere zorgkosten. (De profielen met een lage SES hebben aanzienlijk hogere maatschappelijke kosten dan de groep met een hoge SES. Dit scheelt gemiddeld tussen de € 9.000 en € 16.000 per jaar, zegt een onderzoek.)

De populatie met een lage maatschappelijke positie is ongeveer 29% van de Nederlandse bevolking. Het regiobeeld Noordoost-Brabant zegt dat de regio wat lager dan het Nederlands gemiddelde scoort op determinanten migratie, moeite met rondkomen, schuldsanering en eenzaamheid. Laaggeletterdheid en de ervaren gezondheid en regie die mensen op hun leven ervaren, liggen op of iets hoger dan het landelijk gemiddelde. Echter, in absolute getallen gaat het in onze regio zeker om 170.000 mensen. Tegelijk sluit bij deze groepen de zorg, preventie en ondersteuning vaak onvoldoende aan.

2.5.2 Wat willen we bereiken?

De aanpak van het probleem De aanpak van het probleem gezondheidsverschillen is complex en veelzijdig. We verwachten dat de verbinding tussen het medische en het sociaal domein volop kansen biedt voor het verkleinen van de verschillen. Sturen, meten en monitoren van het effect van interventies gericht op bijv. preventie is echter lastig. Wat we weten is dat het helpt om te werken aan een combinatie van gerichte interventies in onderwijs, inkomen, woonomgeving en leefomgeving, die kansengelijkheid vergroot en stressfactoren doet afnemen. Bijvoorbeeld de inzet van welzijnswerk en woonconsulenten, het werken aan bestaanszekerheid het vinden van zinvolle dag-invulling, het vergroten van mogelijkheden tot participatie, financiële onafhankelijkheid, schuldhulpverlening, werken aan (digitale) geletterdheid en de vaardigheden die nodig zijn om informatie te kunnen gebruiken en begrijpen. De beste aanpak is integraal, op de behoefte van mensen aangepast en neemt ook de context mee. Dat betekent o.a.: begrijpelijke taal gebruiken, eenvoudige procedures ontwerpen die zijn gebaseerd op vertrouwen, makkelijk bereikbaar en aanspreekbaar zijn, de goede vragen stellen, oplossingen durven bieden die niet standaard zijn. En de kennis van ervaringsdeskundigen gebruiken. Anders komen brede preventie- en ondersteuningsinitiatieven vooral ten goede aan hen die het minder nodig hebben.

De aanpak van gezondheidsverschillen vraagt naast onze inzet in de regio ook van de landelijke overheid het nodige in de komende jaren. Daarom zullen we de komende periode als bestuurders van de zorg- en welzijnssectoren de verantwoordelijkheid nemen om aandacht te vragen en oplossingen te bepleiten en bevechten richting het openbaar bestuur.

Zo willen we bereiken dat:

- Gezondheidsverschillen verkleinen. We sluiten aan bij de doelstelling van de provincie Noord-Brabant en het rijk: In 2030 heeft elke Brabander er drie gezonde levensjaren bij. In 2040 zijn de gezondheidsverschillen tussen de laagste en hoogste sociaal - economische groepen met 30% afgenomen.
- De zorg voor kwetsbare groepen (minder taalvaardig en/of minder digitaal) toegankelijk blijft.
- Het percentage chronisch zieken, het alcoholgebruik en de verslaving daalt. Mensen meer regie op eigen gezondheid krijgen/nemen.

2.5.3 Doelen

Hoofddoelstellingen

- In 2040 zijn de gezondheidsverschillen tussen de laagste en hoogste sociaaleconomische groepen in Noordoost-Brabant substantieel afgenomen.
- In 2027 is de op dit moment stijgende lijn in gezondheidsverschillen tussen de laagste en hoogste sociaaleconomische groepen in Noordoost-Brabant gekeerd in dalende lijn[7].

7. Bij het terugdringen van gezondheidsverschillen richten we ons op de verbetering van de gezondheid onder groepen met een lage SES.

Gezondheidsdoelen

- In 2030 heeft elke inwoner er drie gezonde levensjaren bij.
- Mensen ervaren in 2040 meer regie over hun eigen gezondheid en de levensdomeinen die daar invloed op hebben (inkomen, leefomgeving, e.d.), afgezet tegen metingen uit 2020-2023.
- De doelen van Kansrijke Start, de aanpak overgewicht en obesitas voor kinderen en de Gecombineerde leefstijlinterventie (GLI) voor volwassenen worden door de partijen in de regio behaald:
    - Meer kwetsbare ouders goed voorbereid met hun zwangerschap starten.
    - Voorkomen van ongeplande en onbedoelde zwangerschappen.
    - Betere signalering van problemen (ook niet-medische) bij (aanstaande) kwetsbare gezinnen.
    - Meer aanstaande kwetsbare ouders eerder de juiste hulp krijgen.
    - Meer kwetsbare ouders toegerust zijn voor het ouderschap en de opvoeding.
    - Minder baby's en jonge kinderen uit huis of onder toezicht worden geplaatst.
    - Daling van het percentage volwassenen met overgewicht of obesitas.
    - Daling van het percentage kinderen met overgewicht.



Systeemdoelen

- Integrale ondersteuning kwetsbare inwoners; zorg toegankelijk maken voor kwetsbare groepen. Door afspraken over een integrale aanpak en vereenvoudiging van de ondersteuning, procedures en protocollen.
- Steviger gezamenlijk inzetten op brede preventie en positieve gezondheid.
- Stevige lobby richting de landelijke overheid voor het terugdringen van inkomensonzekerheid en -verschillen t.b.v. gezondheid, zorgkosten en toegankelijkheid van zorg.
- We maken regionale afspraken over inkoop ketenaanpakken aanpak overgewicht en obesitas kinderen, Gecombineerde leefstijlinterventie (GLI) volwassenen, en kansrijke start.
- Minimaal aanbod bij gemeenten aan opvoedondersteuning, schulddienstverlening, sport en beweegaanbod etc.



2.5.4 Wat doen we al

Elke organisatie heeft zijn eigen verantwoordelijkheid en focus als het gaat om gezondheidsverschillen en kansengelijkheid. Dit zijn uiteenlopende interventies. Van compenserende, adviserende tot preventieve maatregelen. Denk aan de onderdelen uit GALA en de bijzondere bijstand door de gemeente, heldere communicatie door de verzekeraar, positieve gezondheid in personeelsbeleid door werkgevers, taalmaatjes in het onderwijs, brievenbrigade in de buurthuizen et cetera. Ook hebben organisaties afgesproken hun zorg en ondersteuning in netwerken en ketens te organiseren om zo meer impact te behalen. Denk aan dementie, valpreventie, diabetes, obesitas, CVA, COPD, Parkinson, NAH, Welzijn op recept en FACT.

Toch zijn er ook veel tegenwerkende krachten waar we mee te maken hebben. De snel digitaliserende wereld en de vele verleidingen/beperkingen van de markt maken het voor een grote groep mensen lastig om regie te houden op hun gezondheid.

Specifiek voor Kansrijke Start is in de (sub-) regio al een bestaande structuur en aanpak: de GIZ, ‘Nu Niet Zwanger, de POP-poli, de Samenwerkwijze, de 1e 1000 dagen gezonde voeding en de coördinatie van GGD HvB.



2.5.5 Waar liggen kansen om nog meer impact te behalen?

- Het vergroten van de bestaanszekerheid reduceert stress, en vergroot daarmee de kansen op gezondheid.
- Inzetten van ervaringsdeskundigen is noodzakelijk voor het effectiever maken van de interventies en het aanbod.
- Er is veel kennis bij Pharos en HAN (lectoraat Fair Health) dat de Regionale Coalitie kan adviseren.
- Meer mensen digitaal vaardig maken. Bij het ontwerpen en inrichten van nieuwe (digitale) processen/werkwijzen rekening houden met minder digitaal vaardigen.

2.5.6 Randvoorwaardelijk

Regionale randvoorwaarden

- Kennis bij organisaties en professionals van wat nodig is en wat wel/niet werkt.

2.5.7 Regionale afspraken

Bovengenoemde kansen maken, samen met de genoemde kansen bij de andere opgaven, maken onderdeel uit van de werkagenda. Dit onderdeel wordt in Q1 2024 nader uitgewerkt. Voor de bijkomende generieke afspraken van de werkagenda, zie Hoofdstuk 4.



2.6 Randvoorwaardelijke opgave B: Meten en monitoren van impact



2.6.1 Wat zien we?

Door, waar mogelijk, met behulp van data gericht te meten en te monitoren, kunnen we de impact van interventies op de prioritaire opgaven inzichtelijk maken. Onder data verstaan we in de eerste plaats cijfers. We bedoelen hiermee niet patiëntgegevens en de digitale uitwisseling daarvan, maar data die de beoogde effectiviteit van interventies in Zorg en Welzijn zichtbaar maken. Kwantitatief waar het kan, kwalitatief als kwantitatief niet kan (tellen en vertellen). We gebruiken de data als input voor de evaluatie van interventies.

Als partijen in Zorg en Welzijn hebben we de plicht om verantwoordelijk om te gaan met de middelen die ons zijn toevertrouwd. Dit houdt in, dat we ook transparant moeten zijn over de effecten van onze interventies, en hier kritisch naar moeten kijken. Data-gedreven werken is hiertoe een middel. Daarbij komt dat data-gedreven werken van belang is voor het monitoringsproces, dat onderdeel uitmaakt van ons regioplan. Immers, zonder data kunnen we niet monitoren. Monitoring vereist namelijk dat we werken op basis van feiten.

Uitgangspunt is dat die interventies die, onderbouwd met data, een positief effect hebben op de prioritaire opgaven uit het regioplan en uiteindelijk op onze ambitie om de kloof te dichten tussen de toenemende zorgvraag en de niet toenemende zorgcapaciteit, in aanmerking komen voor continuering.

We zien dat het bij sommige interventies lastiger is om data-gedreven te werken dan bij anderen. Waar mogelijk zoeken we naar wegen voor ondersteuning hierbij. We maken zoveel mogelijk gebruik van wat er in de sub-regio's al gebeurt op het gebied van data-gedreven werken. En we kiezen ervoor om tijd te nemen, zodat we ons de overgang naar data-gedreven werken eigen kunnen maken. Daar waar het niet mogelijk is om met kwantitatieve data te werken, of waar de kostenbatenanalyse om met data te werken negatief uitvalt, kiezen we voor kwalitatieve data.

2.6.2 Wat willen we bereiken?

We willen onze afspraken en onze inzet op de regionale opgaven op een objectieve en transparante wijze monitoren. Zodat we de zorg in Noordoost-Brabant toegankelijk houden, betaalbaar en kwalitatief goed.

Naast monitoring en bijsturen, kan het meten en monitoren van aantoonbare impact van interventies ook worden ingezet als communicatief instrument in de beoogde cultuurverandering (randvoorwaardelijke opgave A).

Allereerst maken we in de werkagenda resultaatafspraken en afspraken over de monitoring op basis van indicatoren. Daarbij komt dat we op een later moment de tijd nemen om een GAP-analyse uit te voeren die zo min mogelijk inzet vraagt van de regio.

2.6.3 Doelen

Hoofddoelstellingen
In 2027 hebben we voor alle impactvolle initiatieven die bijdragen aan de oplossing van de hoofddoelen van de prioritaire opgaven inzichtelijk, in welke mate zij aan het betreffende hoofddoel bijdragen. Voor alle impactvolle initiatieven die nu al lopen, maken wij deze bijdrage in 2024 al inzichtelijk.



Systeemdoelen

- In 2024 hebben we helderheid over de doelen, met het oog waarop data worden verzameld.
- In 2024 hebben we inzicht in de mogelijkheid om een tool te ontwikkelen waarmee we de GAP-methode kunnen toepassen in de regio; dit met het oog op de monitoring van het regioplan. We verkennen of we dit kunnen doen in samenspraak met de werkgroep data-gedreven werken van de Steungroep Gezondheidsnetwerken Mooi Maasvallei. D.m.v. de GAP-methode wordt inzichtelijk, wat de impact is van initiatieven op het tekort aan arbeidskrachten in Zorg en Welzijn.
- In 2024 hebben we een tool ontwikkeld aan de hand waarvan we de GAP-methode kunnen toepassen.
- In 2024 is de monitoring van het regioplan data-gedreven, daar waar van toepassing.



2.6.4 Wat doen we al

- Regionale infrastructuur data (Mooi Maasvallei, wordt ook toegepast in sub-regio Oss-Uden-Veghel): impact ingeschat op groot.
- Daarnaast zijn er naar schatting diverse initiatieven, waar data-gedreven wordt gewerkt.



2.6.5 Waar liggen kansen om nog meer impact te behalen?

- Bij de monitoring van impactvolle transformaties zal data-gedreven gewerkt moeten worden. We kunnen onderzoeken hoe zich dit verhoudt tot de werkwijze regionale infrastructuur data Mooi Maasvallei en sub-regio Oss/Uden/Veghel, en of dit ontwikkeld kan worden tot een generieke werkwijze voor de hele zorgkantoorregio.
- D.m.v. monitoring van het regioplan gefocust werken aan oplossingen voor de prioritaire opgaven, zoals genoemd in dit regioplan.



2.6.6 Randvoorwaardelijk

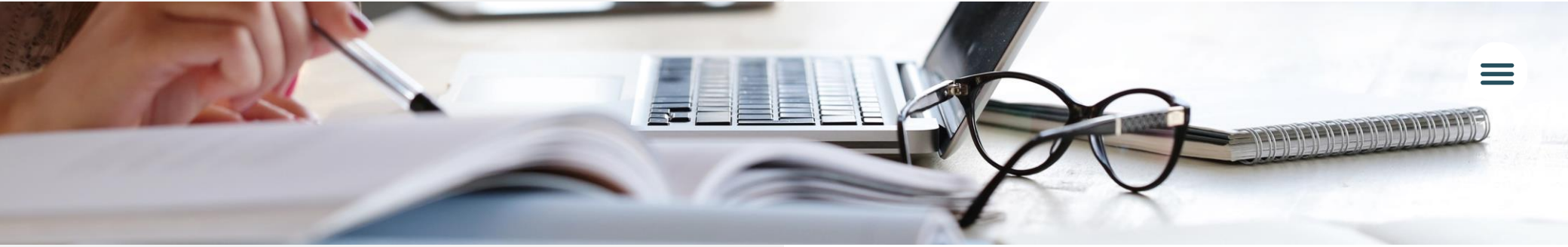
Beschikbaarheid c.q. ontwikkeling GAP-methode. Aan de hand van de GAP-methode kan bepaald worden, wat de impact is van initiatieven op het geschatte tekort aan medewerkers in de sector Zorg en Welzijn (zie ook: hoofdstuk 5. Monitoring).



2.6.7 Regionale afspraken

Bovengenoemde kansen maken, samen met de genoemde kansen bij de andere opgaven, onderdeel uit van de werkagenda. Dit onderdeel wordt in Q1 2024 nader uitgewerkt. Voor de bijkomende generieke afspraken van de werkagenda, zie Hoofdstuk 4.

3. Randvoorwaarden



3.1 Governance

Om de zorg van goede kwaliteit, betaalbaar en toegankelijk te houden voor toekomstige generaties is actie nodig van betrokkenen die samenwerken over wetten en bestuurslagen heen vanuit een gezamenlijke verantwoordelijkheid. Zorg- en welzijnspartners, gemeenten, zorgverzekeraar(s) en de GGD staan in Noordoost-Brabant samen aan de lat om de samenhang in de regio te organiseren en wet- en domeinoverstijgend resultaat te boeken op de inhoudelijke doelen. Het bewustzijn dat domeinoverstijgende problemen, om domeinoverstijgende oplossingen vragen groeit ook in onze regio. En daarmee groeit ook het besef dat 'zorg' niet altijd de oplossing is, voor problemen die ontstaan door bijvoorbeeld armoede, onderwijs of de fysieke leefomgeving. De Regionale Coalitie Noordoost-Brabant bouwt op deze ontwikkeling voort. Binnen de (sub)regio('s) zijn al verschillende netwerken actief die we gebruiken voor de doorontwikkeling van de samenwerking. Daarnaast zijn er netwerken op landelijk niveau o.a. met de vertegenwoordigende brancheorganisaties waar ook vanuit onze regio volop mee samengewerkt wordt.

3.1.1 Governance regioplanfase

In de regioplanfase heeft de Regionale Coalitie gekozen voor een samenwerkingsstructuur met een Regionale Coalitie, Kernteam en een schrijfteam zoals hiernaast afgebeeld. Deze governance dient als basis voor de volgende stappen die gezet worden waarbij de couleur locale van de sub-regio's een belangrijke plaats inneemt.



Regionale Coalitie IZA Noordoost-Brabant | Opdrachtgever regioplan

- Bestuurlijk overleg met stakeholders zorg & welzijn, cliënt-vertegenwoordiging, verzekeraars, gemeenten & GGD.
- Zo goed mogelijk verdeeld over alle sub-regio's in de zorgkantoorregio.
- Thema's en zorgsoorten zijn leidend, niet de sub-regionale vertegenwoordiging (zie leidende principes)



Kernteam IZA regioplan | Trekkers & procesregisseurs regioplan

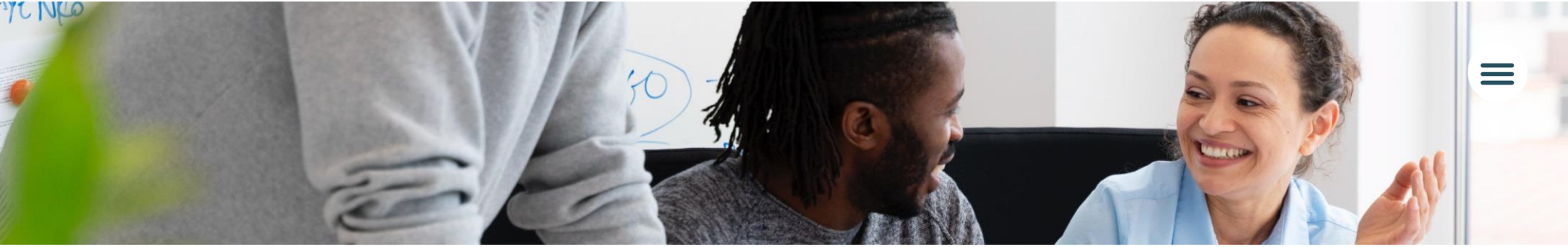
VGZ, Centrumgemeenten 's-Hertogenbosch (gemandateerde gemeente IZA) en Oss



Schrijfteam IZA regioplan | Verbinding sub-regio's & schrijvers regioplan

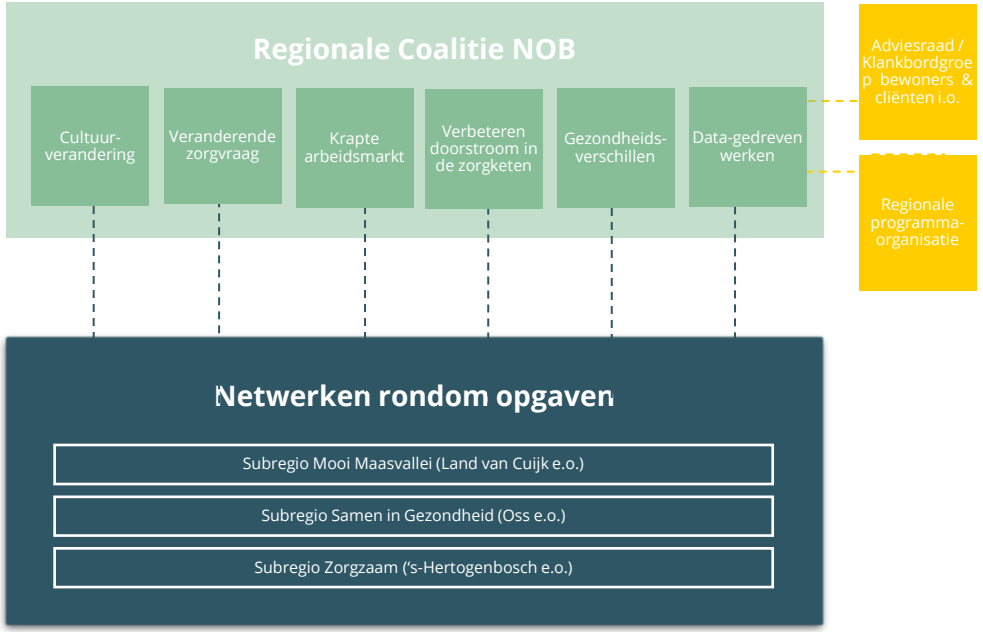
Kernteam & vertegenwoordigers van de drie sub-regio's:

- Samen in Gezondheid (Oss e.o.)
- Zorgzaam ('s-Hertogenbosch e.o.)
- Mooi Maasvallei (Land van Cuijk e.o.)



3.1.2 Start-governance 2024

Bij onze start-governance gaan we uit van een robuuste en eenvoudige structuur van een netwerkorganisatie. De Regionale Coalitie ontwikkelen we stapsgewijs met elkaar door zodat we op alle niveaus met elkaar verder bouwen aan de samenwerking. De ambitie is te sturen vanuit een gelijkwaardige rol en gelijkgerichte inzet die passend is bij eenieders rol in het stelsel en de sub-regio's. Het gezamenlijke belang en de maatschappelijke opgave staat centraal.



Criteria inrichting governance
Bij de inrichting en de verdere doorontwikkeling van de governance in Noordoost-Brabant hanteren we de volgende criteria:

- **Draagvlak:** De mate waarin de bij de beweging betrokken regionale partijen zich vertegenwoordigd voelen en als gelijkwaardig partner aan tafel zitten.
- **Uitvoeringskracht:** De mate waarin de governance in staat stelt om te monitoren en sturen op de doelen en afspraken in het regioplan Noordoost-Brabant.
- **Snelheid in besluitvorming:** De mate van inspanning die nodig is om met alle regionale partijen afstemming te krijgen.
- **Aansluiting bij IZA/GALA:** De mate waarin vertegenwoordiging past bij hetgeen landelijk is afgesproken. Denk hierbij aan de regionale organisatie van beleid (regioplan) en financiering.
- **Aansluiting bij bestaande structuren:** De mate waarin de governance aansluit bij bestaande structuren rondom de beweging die de regio inzet.
- **Lerend vermogen stimuleren:** de ambitie is samen een leergemeenschap vormen rondom de regionale opgaven. De structuur moet het onderling leren en delen van resultaten op lokale en sub-regionale schaal stimuleren. De regionale beweging binnen het IZA vindt daarom aansluiting op de sub-regionale structuren waar al samengewerkt wordt rondom de regionale prioritaire opgaven.



Regionale netwerkgovernance met aansluiting op sub-regio's

- **De Regionale Coalitie** draagt - voor de zorgkantoorregio - op bestuurlijk niveau samen de verantwoordelijkheid voor de sturing op de gezamenlijk geformuleerde prioritaire opgaven en de realisatie en monitoring van de doelen. De leidende principes geven richting aan de regionale samenwerking in de Coalitie.
    - De Regionale Coalitie komt 4 keer per jaar bijeen wordt voorgezeten door VGZ en/of de gemeente 's-Hertogenbosch.
- **De Regionale programmaorganisatie** is verantwoordelijk voor het aanjagen van de voortgang op de prioritaire opgaven, het constateren van knelpunten en het ondersteunen van de Regionale Coalitie bij de uitvoering van het Regioplan.
    - Regie en programmamanagement worden belegd bij Regiomanager Zorg van de marktleider zorgverzekeraar en de regionaal programmamanager IZA gemeenten Noordoost-Brabant. In overleg met de Regionale Coalitie zullen zij de ondersteunende programmaorganisatie verder vormgeven in de eerste helft van 2024.
    - Drie regio-coördinatoren (projectleiders van de sub-regio's) monitoren en sturen voor hun eigen sub-regio op de prioritaire opgaven en het behalen van de geformuleerde doelen. Zij maken een overzicht van de voortgang voor de drie sub-regio's en leggen ieder kwartaal verantwoording af aan de Regionale Coalitie. Ook bereiden zij samen met het programmanagement de Regionale Coalities voor.

- **Adviesraad/ Klankborgroep Bewoners & cliënten i.o.** - We betrekken de op gezondheid en welzijn gerichte burgerinitiatieven zoveel mogelijk als gelijkwaardig partner bij de totstandkoming en uitvoering van onze plannen. Deze initiatieven dragen net als aanbieders van Zorg en Welzijn bij aan de kwaliteit van leven van inwoners. Hiervoor richten we in 2024 een adviesraad of een klankbordgroep in. In de volgende paragraaf en onze werkagenda gaan we hier dieper op in.





3.2 Burger-, patiënt- en cliëntparticipatie

Zorgbelang Brabant-Zeeland maakt deel uit van de Regionale Coalitie IZA Noordoost-Brabant. Zij vertegenwoordigt daarin het perspectief van burgers, patiënten en cliënten. In het proces van Regiobeeld naar Regioplan heeft Zorgbelang meerdere bijeenkomsten georganiseerd met adviesraden sociaal domein en patiënten- en cliëntenraden. Hiervoor zijn in totaal 120 raden benaderd. De bijeenkomsten vonden plaats op verschillende locaties in de regio. In totaal hebben 35 personen deelgenomen aan de bijeenkomsten. Zorgbelang heeft vervolgens een rapportage[8] en advies opgesteld.



De belangrijkste conclusies uit het advies

Adviesraden sociaal domein, patiënten- en cliëntenraden:

- willen tijdig worden geïnformeerd over de uitvoering van het Regioplan. Zowel op inhoud als op proces.
- beschikken over uitgebreide kennis, kunde en ervaringen en hebben diverse ideeën hoe zij die kennis kunnen inzetten bij de uitvoering van het Regioplan.
- willen niet alleen meedenken en -praten, maar ook gevraagd en ongevraagd adviseren over de uitvoering van het Regioplan vanaf 2024. Dit zou bijvoorbeeld kunnen in de vorm van een adviesraad of een klankbordgroep die opgenomen is in de governance[9] bij de uitvoering van het Regioplan.
- willen graag in de regio met elkaar in verbinding blijven. Dit kan bijvoorbeeld door ontmoetingen en themabijeenkomsten te organiseren en van elkaar te leren.
- willen een actieve rol spelen in het informeren van de eigen achterbannen en deze bewust maken van ontwikkelingen en uitdagingen uit het regioplan. Dit vraagt om een podium, waar deelnemers kunnen meedenken en praten over de ontwikkelingen en uitdagingen in Zorg en Welzijn.
- Willen dat het perspectief en initiatief van burgers, patiënten en cliënten wordt meegenomen in de regionale toekomstplannen.

8 Deze rapportage is opvraagbaar. In de werkagenda maken we afspraken hoe we in 2024 uitvoering geven aan het advies.
9 In 2024 wordt dit zoals hierboven toegelicht verder vormgegeven.



3.3 Landelijke randvoorwaarden

Om de zorg van goede kwaliteit, betaalbaar en toegankelijk te houden voor toekomstige generaties is actie nodig van betrokkenen die samenwerken over wetten en bestuurslagen heen vanuit een gezamenlijke verantwoordelijkheid. Rijksoverheid, gemeenten, zorgverzekeraars, zorgaanbieders en GGD'en staan samen aan de lat om samenhang te organiseren en wet- en domeinoverstijgend resultaat te boeken op de inhoudelijke doelen. We slagen er alleen in als alle partijen bijdragen aan de beweging naar 'de voorkant' te maken waarin een gezonde samenleving centraal staat. De urgentie is groot en die voelen wij in onze regio dagelijks in de praktijk. Daarom bouwen wij als regio aan het fundament voor een gerichte lokale en (sub)regionale aanpak op het gebied van preventie, gezondheid en sociale basis.

Wij beseffen ons ook dat we dit niet alleen kunnen. In deze paragraaf gaan we in op randvoorwaarden waarvan wij vinden dat die landelijk ingevuld dan wel gefaciliteerd zouden moeten zodat wij in de regio impact kunnen maken en kunnen versnellen.

In de eerste plaats vragen wij aandacht voor ondersteuning bij verandermanagement zodat niet iedere regio het wiel opnieuw hoeft uit te vinden. In de paragraaf prioritaire opgave 'cultuurverandering' hebben we omschreven welke veranderopgave wij voor ons zien en welke handschoen wij willen oppakken in onze regio. Iedereregio heeft weliswaar eigen accenten, maar wij verwachten dat de grote opgave van cultuurverandering op hoofdlijnen in iedere regio hetzelfde is.

Voor de landelijke partijen zien wij een rol voor ondersteuning op dit proces. Er is een groot en langdurig maatschappelijk debat nodig over hoe we met elkaar, ook op het niveau van de individuele inwoner/cliënt, de stijgende druk op Zorg en Welzijn het hoofd kunnen bieden. En welke rol inwoners en professionals zelf daarin kunnen spelen – door gezond te leven, of door bewust om te gaan met zorggebruik.

Vanuit landelijk kan dit proces gefaciliteerd worden door trekker te zijn van bijvoorbeeld een landelijke bewustwordingscampagne die gericht is op inwoners en professionals die regio's met couleur locale kunnen doorvertalen. Of denk bijvoorbeeld aan het ontwikkelen van een toolkit die in samenwerking met een aantal professionals uit de regio's ontwikkeld wordt en ingezet kan worden in de regionale gesprekken tussen bijvoorbeeld professional en inwoner.

In deze veranderopgave vragen wij daarnaast van landelijk om meer oog te hebben voor de regiospecifieke situatie. Niet iedere regio bevindt zich op hetzelfde niveau. Sluit beter aan op de stand van zaken in de regio's zodat met vertrouwen stappen vooruitgezet worden en voorkom daarmee dat je mooie processen onnodig onder druk zet.



Wij vragen daarnaast aandacht voor de volgende onderwerpen en gaan graag in gesprek met het ministerie van VWS en andere landelijke partijen over:

- Domeinoverstijgende bekostiging en betaaltitels die overeenstemming en onderlinge afspraken tussen zorgaanbieders en financiers over de grenzen van de zorg mogelijk maken. Hetzelfde geldt voor financieringsmogelijkheden voor domeinoverstijgend samenwerken in de wijk tussen informele en formele partijen op het gebied van Zorg en Welzijn.
- Het uitbreiden van de capaciteit binnen het sociaal domein om domeinoverstijgend samenwerken in de wijk tussen informele en formele partijen op het gebied van Zorg en Welzijn te stimuleren, aan te jagen, te faciliteren en te realiseren.
- De draagkracht en capaciteit van (organisaties in) het sociaal domein wanneer taken en verantwoordelijkheden vanuit het zorgdomein verlegd worden naar het sociaal domein.
- Het beperken van de mogelijkheden voor beloning van partijen die zich niet willen committeren aan de doelen in de regio om gezamenlijk de zorgvraag op te pakken en zo nodig af te schalen.
- De inzet van digitalisering, zorgtechnologie/domotica bij de zorg en ondersteuning van ouderen en mensen met een stapeling van problemen mogelijk maken.
- Wet- en regelgeving die mantelzorgers faciliteert in het combineren van hun werk met een zorgtaak in de eigen omgeving.





3.4 Aansluiting andere plannen

3.4.1 ROAZ-plannen

Waar de zorgkantoorregio's de opdracht hebben gekregen om een regiobeeld en –plan op te stellen, ligt bij de ROAZ-regio's de opdracht om voor de acute zorg een ROAZ-beeld en –plan te maken. Om de grote uitdagingen, die uit de beide beelden naar voren zijn gekomen het hoofd te kunnen bieden, is het van belang de verbinding tussen het regio- en ROAZ-plan te zoeken. Er is actief en regelmatig overleg met de ROAZ-regio Brabant en de realisatie van het ROAZ- en regioplan wordt op elkaar afgestemd.

3.4.2 Gemeentelijke plannen

Twaalf gemeenten leveren vanuit hun verantwoordelijkheid binnen het sociaal domein een bijdrage aan het Regioplan IZA Noordoost-Brabant.

Bijdragen gemeenten aan het Regioplan IZA
In de IZA beweging van zorg naar gezondheid en preventie hebben zij de volgende specifieke opgaven:

- Organisatie en coördinatie van de regionale samenwerking met zorgverzekeraars, zorgkantoren en zorgaanbieders op basis van het Regioplan IZA.
- Structurele inzet (organisatie, coördinatie, bemensing) op de netwerksamenwerking van het sociaal domein met in ieder geval de GGZ, de eerstelijnszorg en de huisartsenzorg.
- Structurele inzet op de coördinatie en organisatie van de in het IZA afgesproken domeinoverstijgende ketenaanpakken (waaronder valpreventie bij ouderen, welzijn op recept, aanpak overgewicht bij kinderen, gecombineerde leefstijlinterventie bij volwassenen en kansrijke start).
- Inrichten en bemensen van een dekkend netwerk van laagdrempelige steunpunten in de regio voor mensen met een psychische kwetsbaarheid.
- Regionaal stimuleren van de inzet van e-health-toepassingen, anoniemen hulplijnen en vormen van digitale/hybride zorg.
- Extra inzet van gemeenten voortkomend uit het Regioplan IZA, afhankelijk van de regionale prioriteiten en keuzes.



In aansluiting op het Regioplan IZA Noordoost-Brabant maken de twaalf gemeenten een Regionaal programma IZA gemeenten Noordoost-Brabant 2024-2026 waarin ze uitvoering gaan geven aan de genoemde specifieke opgaven. Zij kunnen hiervoor de middelen uit de SPUK IZA doelen 2023-2026 inzetten.

Uitvoering Gezond en Actief Leven Akkoord
De twaalf gemeenten in Noordoost-Brabant geven lokaal uitvoering aan het landelijke Gezond en Actief Leven Akkoord (GALA). Het GALA richt zich hoofdzakelijk op het bouwen aan een fundament voor een gerichte aanpak op het gebied van preventie, gezondheid en sociale basis, waarin een gezonde samenleving centraal staat. Deze gerichte lokale aanpak is een voorwaarde voor de beweging naar de voorkant waar gemeenten een belangrijke rol in spelen, onder meer door het versterken van de sociale basis, het aanpakken van gezondheidsachterstanden en de toepassing van 'health in all policies'. Ook voeren de gemeenten samen met zorgverzekeraars en ketenpartners de domeinoverstijgende ketenaanpakken uit en maken afspraken over een preventie-infrastructuur. Dit speelt vooral op regionaal niveau.

TAZ

De ambitie van het VWS-programma TAZ is om een transitie in gang te zetten naar het anders organiseren van het werk. Dat wordt gedaan samen met andere partijen in de gehele sector Zorg & Welzijn: werkgevers, werknemers, beroeps- en brancheverenigingen, onderwijs, zorginkopers.

De ambitie is er gezamenlijk voor te zorgen dat er voldoende ruimte is voor innovatieve werkvormen en technieken, voor het behoud van medewerkers en voor leren en ontwikkelen. Een iteratief proces.

Alle thema's en interventies uit ons regioplan beïnvloeden direct of indirect de arbeidsmarktsituatie, daarom is het van belang alle thema's en interventies als geheel en in wisselwerking met elkaar te zien. Onze de regionale Werkgeversorganisaties Transvorm vervult hierin een belangrijke spilfunctie in. Transvorm kent de regio's, de lopende arbeidsmarkt interventies en projecten, en ondersteund het proces, om te komen tot een arbeidsmarktparagraaf. In goede samenwerking heeft Transvorm expertise ingezet op de arbeidsmarktcijfers in het kader van het regiobeeld Noordoost-Brabant, en nauw samengewerkt in de totstandkoming van het regioplan. Deze samenwerking zetten we voort in de uitvoering van ons regioplan.

WOZO

Het programma Wonen, Ondersteuning en Zorg voor Ouderen (WOZO) heeft als doel om een omslag te maken in de organisatie van de zorg en ondersteuning voor ouderen. Betrokken partijen hebben een gemeenschappelijk beeld van de opgave: we willen, we moeten en we kunnen anders. Daarbij is er vanuit WOZO een nieuwe norm geformuleerd: zelf als het kan, thuis als het kan en digitaal als het kan. De prioritaire opgaven en de ambities van de Regionale Coalitie hebben daarmee grote overeenkomsten met de actielijnen van WOZO.

4. Werkagenda



Werkagenda

Om tot een goede werkagenda voor de toekomst te komen hebben we in deze fase van Regionale Coalitievorming gefocust op het formuleren van gedragen kansen per opgave. De kansen, die wij per prioritaire opgave zien, zijn bestuurlijk vastgesteld door de Regionale Coalitie en zijn te lezen in het vorige hoofdstuk. Hiervoor hebben we per prioritaire opgave de reeds lopende initiatieven geïnventariseerd. Onze werkagenda voor 2024 en erna wordt gevormd door deze kansen verder te verdiepen. De ambitie is om per prioritaire opgave tot concrete werkafspraken te komen hoe deze kansen verzilverd worden. We starten daarvoor in deze versie van onze werkagenda door procesafspraken op de kansen te formuleren die verder ontwikkeld c.q. opgeschaald kunnen worden in onze regio. Bij de monitoring van de voortgang zullen zowel lopende initiatieven als de in het kader van het regioplan gerealiseerde kansen worden meegenomen.

Verzilveren kansen per prioritaire opgave

Eind Q1 2024 is de verdere verdieping van onze werkagenda op grond van bovengenoemd materiaal gereed.

- Per prioritaire opgave is, op basis van input van de drie sub-regio's van regio Noordoost-Brabant, een plan gemaakt dat wordt vastgesteld in de Regionale Coalitie. Hiermee doen we recht aan de energie en de kennis zoals deze reeds in elk van de sub-regio's voorhanden is.
- We hebben hierbij in het bijzonder aandacht voor de onderwerpen zoals opgenomen in het IZA: Passende zorg (incl. ACP/SDM; Ketenaanpakken (IZA p. 81); Regionale Preventie Infrastructuur (IZA p. 81); Mentale Gezondheidscentra/Verkennend gesprek (IZA p. 71); Meer Tijd voor de Patiënt (IZA p. 107); concentratie en spreiding (IZA p. 56); digitale hybride zorgpaden (IZA p. 92).

Meten en monitoren van impact

- In Q1 hebben we inzicht in de mogelijkheden voor de inzet van een tool waarmee we de GAP-methode kunnen toepassen en heeft besluitvorming plaatsgevonden over de monitoring van de impact van bestaande en nieuwe initiatieven.

Governance

- We starten met een Regionale Programmaorganisatie die verantwoordelijk is voor het aanjagen van de voortgang op de prioritaire opgaven, het constateren van knelpunten en de Regionale Coalitie ondersteunt bij de uitvoering van het Regioplan. Eind Q2 is de besluitvorming in de Regionale Coalitie voor de ondersteunende programmaorganisatie op basis van een voorstel van de programmamanagers.
- Eind Q2 evalueert de Regionale Coalitie of de huidige start-governance bijdraagt aan het behalen van de gestelde doelen. Op basis van deze evaluatie wordt indien nodig de governance herijkt. De evaluatie gaat in ieder geval in op bemensing (inclusief bestuurlijke vertegenwoordiging in de Regionale Coalitie en afvaardiging van sectoren).
- Onderdeel van de governance is een verdere uitwerking van een adviesraad of klankbordgroep met daarin vertegenwoordiging van patiënten, cliënten, inwoners en burgerinitiatieven. In Q2 wordt hierover besloten in de Regionale Coalitie op basis van een voorstel dat in samenwerking met Zorgbelang wordt gemaakt. In dit voorstel is o.a. aandacht voor de wijze van informatievoorziening en communicatie tussen de gemeenten, verzekeraar(s), de adviesraden sociaal domein, patiënten- en cliëntenraden. We maken daarbij afspraken over de randvoorwaarden voor borging van dit perspectief bij de ontwikkeling onze toekomstplannen alsook de rol van Zorgbelang hierin.

5. Monitoring



5. Monitoring

Gedurende de looptijd van dit regioplan worden voortgang en impact gemonitord en vindt op regelmatige basis evaluatie plaats van de voortgang en de mate van impact van de interventies op de prioritaire opgaven. We verbinden conclusies aan de evaluatie, onder meer door middel van bijstelling van de werkagenda. Het eigenaarschap van monitoring, evaluatie en besluitvorming m.b.t. bijstelling en doorontwikkeling van de werkagenda is geborgd in de governance. Monitoring vindt zoveel mogelijk plaats op basis van data (zie randvoorwaardelijke opgave B: meten en monitoren van impact).

Voor het meten van impact maken we gebruik van een methode, aan de hand waarvan inzichtelijk kan worden gemaakt wat de mate van impact is van de interventies op de prioritaire opgaven, in het bijzonder prioritaire opgave 2; Verminderen krapte op de arbeidsmarkt.



A. Bijlage Verantwoording



Betrokken Partijen

In de regio Noordoost-Brabant werkten zorg- en welzijnspartijen in sub-regionale verbanden al langer samen aan het toegankelijk houden van de zorg. In het kader van het uitwerken van het regiobeeld en -plan is een nieuwe samenwerking op het niveau van de zorgkantoorregio Noordoost-Brabant opgericht, met sectorale vertegenwoordiging en waarin de verbinding wordt gelegd tussen de ambities en beweging in de sub-regio's. Het smeden van deze regionale samenwerking was een belangrijk nevendoel binnen het proces om te komen tot het Regioplan. Er is door de Regionale Coalitie gekozen om bij de uitwerking van het regioplan te werken met een samenwerkingsstructuur met een Regionale Coalitie, Kernteam en een Schrijfteam.

Regionale Coalitie (opdrachtgever)
De Regionale Coalitie is opdrachtgever van het regioplan Noordoost-Brabant en bestaat uit regionale stakeholders. Deelnemers nemen de rol in van spreekbuis voor hun sector in de regio en zoeken hiervoor gedurende het proces verbinding met hun achterban. Zij hebben zich gecommitteerd aan de inhoud en afspraken in dit regioplan en geven hier de komende jaren vervolg aan. In de Regionale Coalitie nemen de volgende partijen deel:

Kernteam (opdrachtnemer en procesregisseur)
Het Kernteam heeft gedurende de fase van het opstellen van het regioplan gefungeerd als opdrachtnemer en procesregisseur. In het Kernteam namen de marktleider zorgverzekeraar in de regio (VGZ) en Centrumgemeenten 's-Hertogenbosch (gemandateerde gemeente IZA) en Oss deel. Zij hebben vanuit het IZA een coördinerende rol in het opstellen van het Regiobeeld en -Plan. Adviesbureau Andersson, Elffers, Felix (AEF) heeft het Kernteam ondersteund bij het uitvoeren van haar taken.

Sector/thema	Organisatie
Gemeenten	Mandaatgemeente 's-Hertogenbosch
Zorgverzekeraar	VGZ
Zorgverzekeraar	CZ (agendalid)
Geestelijke gezondheidszorg*	GGZ Oost-Brabant
Geestelijke gezondheidszorg*	Reinier van Arkel
Gehandicaptenzorg	Cello Zorg
Huisartsenzorg	Jeroen Bosch huisartsen
Jeugdzorg	Oosterpoort
Patiënten en cliënten	Zorgbelang Brabant
Publieke gezondheidszorg	GGD Hart voor Brabant
Samenwerkingsverband werkgevers	Transvorm Noordoost-Brabant
Verpleging, verzorging, thuiszorg	Brabantzorg
Verslavingszorg	Novadic-Kentron
Welzijn	Sociom
Ziekenhuizen*	Jeroen Bosch Ziekenhuis
Ziekenhuizen*	Bernhoven
Ziekenhuizen*	Pantein

* Gedurende het traject hebben deelnemende ziekenhuizen en GGZ-instellingen elkaar afwisselend vertegenwoordigd in de Regionale Coalitie.

Schrijfteam (penvoerder en verbinding sub-regio's)
Het Schrijfteam bestond uit het Kernteam, aangevuld met vertegenwoordigers van de drie sub-regio's (Zorgzaam s' Hertogenbosch e.o.. Samen in Gezondheid (Oss e.o.) en Mooi Maasvallei (Land van Cuijk e.o.). Het Schrijfteam heeft het regioplan uitgewerkt in opdracht van de Regionale Coalitie. Daarmee is het regioplan uitgewerkt door een relatief kleine groep mensen die een complexe inhoudelijke opdracht had, die veel domeinen beslaat. Het bestuurlijk overleg gaf feedback waarna stukken aangescherpt zijn. Het voordeel hiervan was dat er in een relatief korte tijd een stevige basis is gelegd voor de prioritaire opgaven. Zo zijn er doelen geformuleerd per opgave en is er geïnventariseerd welke initiatieven er momenteel al lopen waarmee op bepaalde opgaven al wordt ingezet. Dat heeft geleid tot een overzicht met kansen per opgave voor aanvullende inzet. Bij de oplevering van dit regioplan is de opdracht van het Kernteam voltooid en is het Kernteam opgeheven

Proces

In Noordoost-Brabant is samen met een kernteam bestaande uit VGZ, gemeenten, GGD Hart voor Brabant en een vertegenwoordiging van regionale zorg- en welzijnspartners een regiobeeld opgesteld dat een objectief beeld geeft van de situatie van de gehele zorgketen in de regio. Het regiobeeld bevat prognoses van, en ontwikkelingen in, de zorgbehoefte en bevolkingskenmerken. Daarnaast geeft het een beeld van de capaciteit en prestaties van zorg, sociaal domein en ondersteuning in de regio. Aan de hand van deze informatie is een aantal knelpunten geformuleerd voor zorgkantoorregio Noordoost-Brabant om de zorg op termijn toegankelijk te houden.

Tussen juli en december is vervolgens toegewerkt naar de inhoud van dit regioplan, waarmee wordt beschreven hoe de regionale zorg- en welzijnspartijen gezamenlijk de prioritaire opgaven in de zorgkantoorregio Noordoost-Brabant gecommitteerd gaan oppakken. In de eerste fase is de regionale samenwerking opgesteld en zijn leidende principes vastgesteld die de Coalitie verbindt en uitdraagt. Vervolgens zijn een aantal prioritaire opgaven vastgesteld. Vier opgaven volgen direct uit het regiobeeld.

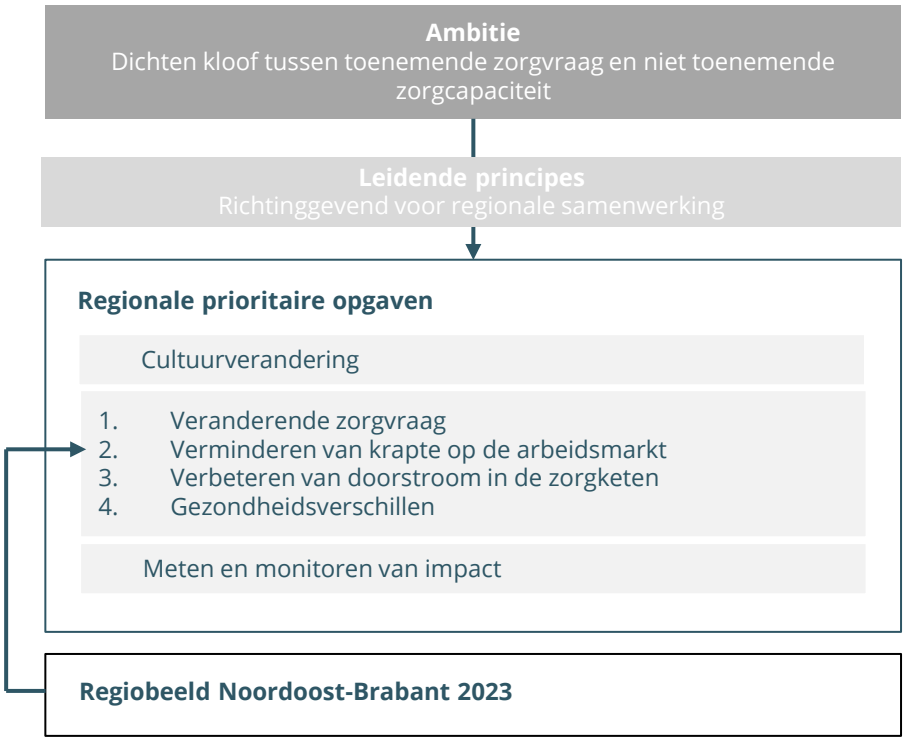


Daarnaast zijn twee randvoorwaardelijke opgaven door de Coalitie benoemd, welke de Coalitie randvoorwaardelijk acht voor een succesvolle transformatie in de regio en waarop zij tevens wil inzetten. Onderstaande figuur geeft een schematische weergave van de keuzes die in deze fase zijn gemaakt.

In het Schrijfteam is vervolgens gewerkt aan een nadere uitwerking van de opgaven. Op meerdere momenten hebben leden van de Regionale Coalitie inhoudelijke feedback aangeleverd waarmee de stukken zijn aangescherpt en uiteindelijk geaccordeerd. Voor het in kaart brengen van de 'kansen' per prioritaire opgaven is door de sub-regionale samenwerkingsverbanden in kaart gebracht welke initiatieven momenteel al lopen waarmee impact wordt uitgeoefend op de opgave. Daarmee zijn witte vlekken (of kansen) geconstateerd waarop aanvullende inzet mogelijk is. Dit kan naast het inzetten op nieuwe initiatieven ook het intensiveren of verbreden van al lopende initiatieven inhouden.

In een brede sessie met het Schrijfteam en enkele inhoudelijke experts (Transvorm, GGD HvB, gemeente Oss en inhoudsdeskundigen VGZ) zijn vervolgens doelen geformuleerd. Daarnaast is, op basis van een analyse van de huidige inzet en de doelen, een aantal kansen in kaart gebracht waarbij de verwachting is dat daar nog impact is te behalen op de prioritaire opgaven. Uiteindelijk heeft de Regionale Coalitie op basis van deze informatie een aantal overkoepelende hoofddoelstellingen per opgave vastgesteld, waarop zij kan sturen. Daarnaast is er een start-governance afgesproken, aan de hand waarvan deze sturing in de eerste periode wordt ingevuld.

Op basis van de gemaakte afspraken is een werkagenda opgesteld voor de komende periode. Deze werkagenda wordt in de komende maanden verder uitgediept met behulp van de start-governance en inzet van de sub-regio's. Deze werkagenda is dan ook nadrukkelijk een levend document, dat naar gelang de ontwikkeling op de opgaven en het regionaal samenwerkingsverband verder aangescherpt en uitgediept wordt.



Heb je vragen?
Of wil je meer weten?

Neem contact op met onze regionaal programmamanagers

Angeline van Doveren-Kersten (Regiomanager Zorg Coöperatie VGZ)
& Lieke van de Camp (Regionaal programmamanager IZA – Gemeente 's-Hertogenbosch)

