

Raadsinformatiebrief

Datum	19 december 2023
Onderwerp	Integraal Zorgakkoord (IZA)
Zaaknummer	Z23 - 270626
Documentnr.	UIT/23 - 588006

Inleiding

Hoe houden we de zorg toegankelijk, betaalbaar en van goede kwaliteit? Die vraag staat centraal bij de uitvoering van het Integraal Zorgakkoord (IZA) in de zorgkantorregio Noordoost-Brabant (RNOBB: tien gemeenten in Noordoost-Brabant + twee gemeenten in de Bommelerwaard). Want één ding is duidelijk: tot 2040 stijgt de zorgvraag fors, terwijl de zorgcapaciteit afneemt. De ambitie is de kloof tussen de zorgvraag en zorgcapaciteit te dichten richting 2040. Met de uitvoering van het Regioplan IZA RNOBB zetten we tot en met 2027 (de looptijd van het IZA) de eerste, belangrijke stappen.

Gemeenten 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. Zie hiervoor ook de brief aan uw raad 'Bestedingsplan 2024 Brede SPUK GALA en Sportakkoord II'.

We hebben uw raad in de brief van 6 juni 2023 (552068) eerder geïnformeerd over de ontwikkelingen rond het IZA.

Inhoudelijk

Regioplan IZA RNOBB

In de RNOBB heeft de Regionale coalitie IZA op basis van het Regiobeeld IZA (bijlage 1) gewerkt aan de totstandkoming van het Regioplan IZA (bijlage 2). De coalitie bestaat uit zorgverzekeraar VGZ, de gemeente 's-Hertogenbosch (mandaatgemeente namens alle twaalf gemeenten), de GGD, patiënten- en cliëntenorganisaties (vertegenwoordigd door Zorgbelang Brabant/Zeeland) en een groep van zorg- en welzijnsaanbieders uit diverse sectoren.

In het Regioplan zijn op basis van de knelpunten uit het Regiobeeld zes prioritaire opgaven benoemd waaraan partijen uit de coalitie de komende jaren gaan werken. Zij verwachten hiermee de kloof te kunnen dichten. De prioritaire opgaven zijn:

Aanjagen cultuurverandering

De zorg van morgen zal anders zijn dan de zorg van gisteren en vandaag. De samenleving zal lichte zorg- en ondersteuningsvragen meer zelf moeten oppakken. Zo blijft de schaarse professionele zorg en ondersteuning beschikbaar voor inwoners voor wie dat echt noodzakelijk is. We zien dat inwoners en professionals zich nog niet goed bewust zijn van de noodzaak voor deze cultuuromslag. En dus ook hun gedrag daarop nog niet kunnen aanpassen. Daarom streeft de Regionale coalitie IZA ernaar dat er in 2027 een beweging op gang is gebracht die leidt tot een zorgzame samenleving die is gebaseerd op zelfregie en gemeenschapszin.

Inspelen op de veranderende zorgvraag

Als gevolg van de (dubbele) vergrijzing stijgt de zorgvraag onder ouderen de komende jaren explosief. In de RNOBB neemt de grijze druk (het aantal 65-plussers ten opzichte van het aantal inwoners tussen 19 en 65 jaar) meer toe dan in de rest van Nederland. Met het ouder worden stijgt ook het aantal mensen met chronische aandoeningen, zoals COPD, artrose en dementie. De complexiteit van de zorgvraag bij ouderen neemt toe en raakt aan het medisch domein, het langdurige zorgdomein en het sociaal domein.

Ook stijgt het aantal inwoners met een stapeling van problemen (psychiatrie, verslaving, verstandelijke beperking, armoede, schulden en dakloosheid). Het Sociaal Cultureel Planbureau schatte in 2021 dat 27% van de inwoners in Nederland tot deze groep behoort. Mensen met een stapeling van problemen ontwikkelen vaak complexe domeinoverstijgende zorgvragen.

De Regionale coalitie IZA streeft ernaar om de zorgvraag bij deze twee groepen te beheersen, zodat in 2027 en 2040 de professionele zorg en ondersteuning beschikbaar blijft voor inwoners voor wie dat nodig is. Belangrijk hierbij is het stimuleren en faciliteren van de zorgzame samenleving waarin burgerinitiatieven gericht op onderlinge zorg en ondersteuning, mantelzorg en vrijwilligerswerk belangrijk zijn.

Het Gezond en Actief Leven Akkoord (GALA) en het IZA zijn met elkaar verbonden. Door te investeren in preventie wil de coalitie gezond en actief leven bevorderen. Bijvoorbeeld door de implementatie van mentale gezondheidsnetwerken waarin we proberen een ggz-vraag met een sociale oorzaak bij de huisarts af te buigen naar het sociaal domein in plaats van naar de ggz. Of door een sociale benadering van dementie, waardoor mensen met dementie langer thuis kunnen wonen. Gemeenten organiseren en coördineren de regionale invoering van twee ketenaanpakken uit het GALA: Valpreventie bij ouderen en Welzijn op recept.

Verder gaat het om het anders organiseren van de zorg en ondersteuning. Bijvoorbeeld in de vorm van gebiedsgerichte netwerkzorg rond ouderen met een complexe zorgvraag en mensen met een stapeling van problemen. Hiervoor is gebiedsgerichte domeinoverstijgende netwerkzorg een mogelijke oplossing.

Verminderen van de krapte op de arbeidsmarkt

In de RNOBB hebben we tot 2040 te maken met een fors personeelstekort in de zorg. Het tekort is het grootst in de verpleeghuiszorg, thuiszorg, huisartsenzorg (ondersteunend personeel) en de jeugdzorg.

De Regionale coalitie IZA wil op een andere manier (samen)werken, zodat het huidige personeelstekort van 2.000 arbeidsplaatsen in de RNOBB in 2027 niet verder is gestegen. In 2040 moet het voor dat jaar verwachte tekort van 5.000 arbeidsplaatsen voor 100% zijn opgelost.

Om de krapte op de arbeidsmarkt aan te pakken zet de Regionale coalitie IZA in op extra inspanningen om nieuw personeel te vinden en bestaand personeel te behouden. Verder kijkt de coalitie hoe de vraag naar zorgpersoneel kan verminderen. Onder andere door te investeren in Artificial Intelligence (AI), digitalisering en zorgtechnologie. Maar ook door zorgvragen met een sociale achtergrond op te lossen in het sociaal domein of door de zorg in de RNOBB anders te

organiseren. Ten slotte zet de coalitie in op een grotere betrokkenheid van familie en naasten bij de professionele zorg.

Verbeteren van de doorstroom in de zorgketen

In de RNOBB zijn er forse wachttijden in de thuiszorg en verpleeghuiszorg. Zo wachten er nu ruim 1.000 mensen per 100.000 inwoners op een verpleeghuisbed. Dit is hoger dan het landelijk gemiddelde. Ook zijn er forse wachttijden in de ggz. De gemiddelde wachttijd bedraagt nu 18 weken. De landelijke Treek-norm van maximaal 14 weken wordt hiermee overschreden.

Daarnaast zijn er wachtlijsten in de medisch specialistische zorg, bijvoorbeeld voor de operatiekamers. Omdat de vervolgzorg stopt, liggen er op dit moment nog teveel mensen in het ziekenhuis die daar om medische redenen niet meer hoeven te zijn.

De Regionale coalitie IZA wil de doorstroom in de zorgketen verbeteren. In 2027 moeten de wachttijden in de ggz, ouderenzorg en medisch specialistische zorg zijn gedaald tot op het niveau van de landelijke wachttijdnormen. In 2040 wil de coalitie daar onder zitten.

Om de doorstroom in de zorgketen te verbeteren zet de coalitie in op regionale coördinatiepunten voor verwijzingen naar de thuiszorg, verpleeghuiszorg en de ggz. Ook investeren partijen in het uniformeren van de zorgcommunicatie tussen partijen, zoals ziekenhuizen, huisartsen, thuiszorg, verpleeghuiszorg en apothekers. En gemeenten, welzijnsinstellingen, huisartsen en ggz-instellingen werken in de RNOBB aan mentale gezondheidsnetwerken. Hierin worden mensen met psychische klachten met een sociale oorzaak (eenzaamheid, bestaansonzekerheid) minder verwezen naar de ggz en meer naar gemeenten en welzijnsorganisaties. Ten slotte is er ook aandacht voor respijtzorgvoorzieningen in de ouderenzorg en de ggz. Deze voorzieningen voorkomen escalatie van zorg en kunnen mantelzorgers ontlasten.

Verminderen van de gezondheidsverschillen

Mensen met een lage sociaaleconomische status (laag opleidingsniveau, migratieachtergrond en weinig inkomen) ervaren in de RNOBB een minder goede gezondheid (stress, angst, depressie en chronische aandoeningen) dan mensen met een hoge sociaaleconomische status. Zij leven gemiddeld zeven jaar korter en leven gemiddeld 15 jaar in een minder goede gezondheid.

De Regionale coalitie IZA erkent dat het terugdringen van gezondheidsverschillen niet eenvoudig is. Zij streeft ernaar dat de huidige trend van oplopende verschillen in 2027 is gekeerd in een dalende trend. In 2040 moet er sprake zijn van een substantiële afname van de verschillen.

Om de gezondheidsverschillen te verkleinen zet de coalitie in op het verbeteren van bestaanszekerheid. De regionale ruimte hierbij is beperkt. Veel hangt af van landelijke beleidskeuzes. Het is wel mogelijk om op lokaal niveau in de vorm van buurtaanpakken vanuit de leefwereld van de inwoner met een lage sociaaleconomische status te werken aan het verkleinen van de verschillen. Bij het verkleinen van gezondheidsverschillen zetten partijen bovendien in op gezondheidvaardigheden en de implementatie van drie ketenaanpakken uit het GALA: Kansrijke start, Aanpak overgewicht en obesitas bij kinderen en de Gezonde Leefstijl Interventie bij volwassenen.

Meten en monitoren van de impact

Gedurende de looptijd van het IZA ontwikkelen de partijen uit de Regionale coalitie IZA in wisselende samenstelling plannen om de doelen per prioritaire opgave te bereiken. Het is belangrijk dat daarbij goed wordt gekeken naar de impact van de plannen op het dichten van de kloof tussen de stijgende zorgvraag en de afnemende zorgcapaciteit. Dit vraagt om goed onderbouwde businesscases. Dat is zeker in het sociaal domein niet eenvoudig. In 2024 ontwikkelt de Regionale coalitie een tool om per plan de impact te kunnen meten. Hierbij wordt gebruik gemaakt van de kennis en expertise op het gebied van datagestuurd werken binnen en buiten de regio.

Regionale governance

De Regionale coalitie IZA stuurt op het bereiken van de doelen per prioritaire opgave uit het Regioplan IZA. Het ontwikkelen en uitvoeren van de plannen gebeurt vooral in drie subregio's:

1. Subregio Zorgzaam 's-Hertogenbosch e.o.: Boxtel, Maasdriel, Meierijstad, 's-Hertogenbosch, Sint-Michielsgestel, Vught en Zaltbommel. Hoewel zij formeel niet behoren tot de RNOBB, maken ook de gemeenten Heusden en Land van Altena deel uit van deze subregio.
2. Subregio Samen in Gezondheid: Bernheze, Boekel, Maashorst, Meierijstad en Oss.
3. Mooi Maasvallei: Land van Cuijk. Hoewel zij formeel niet behoren tot de RNOBB, maken ook de gemeenten Bergen en Gennep deel uit van deze subregio.

Bijdrage gemeenten aan het Regioplan IZA RNOBB

In de beweging van zorg naar preventie en gezondheid spelen gemeenten inhoudelijk een grote rol. Zij leveren een eigen bijdrage aan de uitvoering van het Regioplan IZA en krijgen hiervoor eigen middelen van het rijk via de regeling SPUK IZA doelen 2023-2026. In de periode 2023-2026 ontvangen de twaalf gemeenten samen ruim € 5,5 miljoen per jaar. De middelen komen binnen bij de mandaatgemeente.

Regionaal programma IZA gemeenten RNOBB

In aansluiting op het Regioplan IZA maken de twaalf gemeenten in 2024/Q1 een 'eigen' Regionaal programma IZA gemeenten RNOBB, zes bestedingsdoelen van de SPUK IZA zijn daarbij richtinggevend:

1. Organiseren van de regionale samenwerking met zorgverzekeraars, -kantoren en -aanbieders op basis van het Regioplan IZA.
2. Structureel inzetten op de netwerksamenwerking van het sociaal domein met in ieder geval de ggz, de eerstelijnszorg en de huisartsenzorg.
3. Structureel inzetten op de coördinatie van de vijf ketenaanpakken uit het GALA.
4. Inrichten en bemensen van een regionaal dekkend netwerk van laagdrempelige steunpunten in de regio voor mensen met een psychische kwetsbaarheid.
5. Regionaal stimuleren van de inzet van e-health-toepassingen, anonieme hulplijnen en vormen van digitale/hybride zorg.
6. Extra inzet van gemeenten voortkomend uit het Regioplan IZA.

Financiën

Bestedingsplan SPUK IZA 2023

De regeling SPUK IZA doelen 2023-2026 is pas in juli gepubliceerd. En de middelen voor 2023 zijn pas eind september ontvangen. We hebben als gemeenten onderling afgesproken dat de

middelen SPUK IZA 2023 (€ 5,5 miljoen) worden verdeeld onder de gemeenten naar rato van inwoneraantal omgerekend naar een % in de regio, na aftrek van € 450.000 voor het Regionaal programmateam IZA bij de mandaatgemeente 's-Hertogenbosch. De afzonderlijke gemeenten maken zelf de afweging hoe zij de middelen met terugwerkende kracht tot 1 januari 2023 inzetten voor personeel en activiteiten die raken aan de zes bestedingsdoelen. Dit is een eenmalige oplossing voor 2023. Middelen uit 2023 mag de mandaatgemeente 's-Hertogenbosch niet doorschuiven naar 2024. De budgetten per gemeenten worden dan als volgt:

Totaal beschikbaar bedrag	5.058.786
Gemeente	Verdeling op inwoneraantal omgerekend naar een % in de regio
Bernheze	252.939
Boekel	101.176
Boxtel	252.939
Land van Cuijk	657.642
Maasdriel	202.351
Maashorst	455.291
Meerijstad	607.054
Oss	708.230
's-Hertogenbosch	1.163.521
Sint-Michielsgestel	202.351
Vught	252.939
Zaltbommel	202.351
Subtotaal	5.058.786
Programmateam mandaatgemeente	450.000
Totaal SPUK IZA	5.508.786

In 2023 zijn in de gemeente Vught nog geen nieuwe projecten en activiteiten in relatie tot het IZA gestart. Er zijn wel lopende projecten en activiteiten die passen binnen de zes bestedingsdoelen van de SPUK IZA. Denk aan de Stenen Hut (een laagdrempelig inlooppunt voor mensen met een psychische kwetsbaarheid), de POH-jeugd GGZ en personeelskosten gemaakt voor IZA. De dekking van deze inzet is al geregeld. We kunnen deze kosten in 2023 eenmalig uit de middelen SPUK IZA dekken, waardoor de huidige middelen vrijvallen. Het voorstel is om deze toe te voegen aan de middelen SPUK GALA voor de verplichte ketenaanpakken waar we niet voldoende middelen hebben ontvangen om uit te voeren, n.l.: Aanpak overgewicht en obesitas kinderen, Valpreventie ouderen, Gecombineerde Leefstijl Interventie Volwassenen en Welzijn op Recept.

Concept begroting SPUK IZA 2024-2026

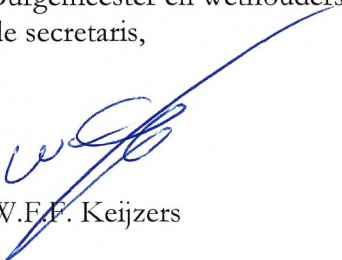
De mandaatgemeente 's-Hertogenbosch moet uiterlijk 31 december 2023 de middelen SPUK IZA 2024-2026 aanvragen. Daarvoor moet een begroting op hoofdlijnen worden ingestuurd. Omdat het Regionaal programma IZA gemeenten pas in 2024/Q1 gereed is, wordt volstaan met een concept begroting waarin wordt ingezet op het maximaal aan te vragen bedrag per jaar (€ 5,5 miljoen). Bij de vaststelling van het Regionaal programma IZA gemeenten RNOBB in 2024/Q1 wordt de begroting binnen dit totaalbedrag bijgesteld.

Regionale samenwerkingsovereenkomst IZA gemeenten RNOBB

De twaalf gemeenten in de RNOBB hebben 's-Hertogenbosch aangewezen als mandaatgemeente voor het IZA (collegebesluit Z23- 263644, 6 juni 2023). Bij het mandaatbesluit hebben de gemeenten besloten dat de mandaatstructuur zou worden uitgewerkt in een Regionale samenwerkingsovereenkomst IZA gemeenten RNOBB. U treft de overeenkomst aan in bijlage 3. De uitwerking van de mandaatstructuur is een voorwaarde voor het kunnen aanvragen van de middelen SPUK IZA 2024-2026.

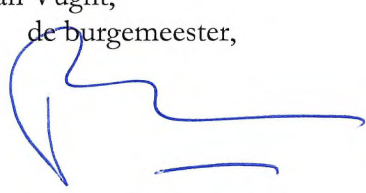
De komende jaren houden we u op de hoogte van de uitvoering van het Regioplan IZA RNOBB in het algemeen en het Regionaal programma IZA gemeenten RNOBB in het bijzonder.

Burgemeester en wethouders van Vught,
de secretaris,



W.F.F. Keijzers

de burgemeester,



R.J. van de Mortel

Bijlage(n):

1. Regiobeeld IZA Noordoost-Brabant
2. Regioplan IZA Noordoost-Brabant
3. Regionale samenwerkingsovereenkomst IZA gemeenten RNOBB



Regiobeeld Noordoost Brabant 2023



Regiobeeld Noordoost-Brabant

2023

Contactpersonen

Coördinerende zorgverzekeraar: coöperatie VGZ

Naam: Angeline van Doveren-Kersten

Functie: Regiomanager Zorg

Mailadres: a.kersten@vgz.nl

Telefoonnummer: 06 48149924

Coördinerende gemeente: gemeente 's-Hertogenbosch

Naam: Geertje Dimmendaal

Functie: strategisch adviseur

Mailadres: g.dimmendaal@s-hertogenbosch.nl

Telefoonnummer: 06 21104462



Doel van het regiobeeld & betrokken partijen

Dit regiobeeld geeft inzicht in:

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

Het regiobeeld vormt de basis voor het regioplan. In het regioplan stellen de regionale zorgpartijen vast wat de belangrijkste prioritaire opgaven zijn en staan de afspraken hoe deze gezamenlijk worden aangepakt.

Betrokken partijen

Dit regiobeeld is tot stand gekomen in samenwerking met een kernteam bestaande uit VGZ, gemeenten, de GGD en een vertegenwoordiging van zorg- en welzijnspartners. Daarnaast is er een bijeenkomst geweest met een bredere vertegenwoordiging van partners uit de regio.

Zie voor meer informatie, verdiepende data en vergelijking met andere regio's: www.regiobeeld.nl

De positie en inhoud van dit regiobeeld

Het doel van dit regiobeeld is om een objectief beeld te geven van de situatie van de gehele zorgketen in de regio Noordoost Brabant. Om zo compleet mogelijk te zijn bevat dit regiobeeld daarom een groot aantal cijfers en figuren. Vanuit deze gegevens zijn een aantal conclusies en knelpunten gedestilleerd. Deze overkoepelende conclusies zijn aan het begin van dit document opgenomen. Alle achterliggende gegevens zijn in de hoofdstukken daarna terug te vinden. In het laatste hoofdstuk is ten slotte een overzicht opgenomen van de huidige samenwerkingen binnen de regio.

Beperkingen van dit regiobeeld

Dit regiobeeld is bedoeld als uitgangspunt voor het opstellen van het regioplan. Hoewel er veel gegevens zijn opgenomen, is dit regiobeeld niet uitputtend. Enerzijds waren sommige gegevens niet beschikbaar, anderzijds zijn er mogelijk ook relevante gegevens die onverhoopt niet in dit document zijn beland vanwege de korte doorlooptijd van het onderzoeksproces. Ten slotte is dit regiobeeld uiteraard een momentopname. Het is daarom van groot belang om (een deel van de) gegevens te blijven monitoren. De conclusies en knelpunten zijn geïdentificeerd vanuit een objectieve blik. Er is geen waardeoordeel of urgentie aan gegeven. Deze conclusies zijn niet vanzelfsprekend volledig of uitputtend, maar kunnen dienen als eerste aanzet voor een lijst van knelpunten voor het regioplan.

Inhoudsopgave

Belangrijkste conclusies en knelpunten

A. Kenmerken van de regio:

1. Demografie
2. Sociale factoren
3. Gezondheid en leefstijl
4. Fysieke omgeving
5. Arbeidsmarkt

B. Zorg in de regio (per sector):

6. Huisartsenzorg
7. Medisch specialistische zorg
8. Acute zorg
9. Geboortezorg
10. Geestelijke gezondheidszorg
11. Verpleeg- en verzorgingshuizen en thuiszorg
12. Gehandicaptenzorg
13. Jeugdwet en Wmo
14. Preventie

C. Regionale samenwerking

D. Slotwoord



Belangrijkste conclusies en knelpunten

In dit regiobeeld is een grote hoeveelheid gegevens en figuren opgenomen. Onderstaand zijn de belangrijkste conclusies hieruit opgenomen. Vanuit deze conclusies zijn ook een aantal mogelijke knelpunten geïdentificeerd. Deze knelpunten kunnen als uitgangspunt dienen bij het komen tot een regioplan.

Noordoost Brabant vergrijst relatief hard

De populatie in de regio is ouder dan landelijk gemiddeld het geval is. In de komende jaren neemt dit alleen maar toe, en is er sprake van een relatief grote vergrijzing. Deze vergrijzing leidt tot een aantal knelpunten die naar verwachting in de komende jaren zullen optreden.

- Ten opzichte van het landelijk gemiddelde zijn er in de regio relatief veel inwoners met een leeftijd boven de 45 jaar, en relatief weinig inwoners met een leeftijd onder de 45 jaar.
- In de periode tot 2040 zal dit beeld zich naar verwachting voortzetten. Door de vergrijzing neemt de vraag naar zorg en ondersteuning naar verwachting toe, terwijl het aantal werkende zorgprofessionals naar verwachting afneemt. Deze combinatie zorgt voor een knelpunt tussen vraag en aanbod van zorg en ondersteuning. Beide punten worden onderstaand in meer detail toegelicht.

Het huidige personeelstekort, en daarmee de druk op de zorg, groeit

Momenteel is er al sprake van een personeelstekort in de sector zorg en welzijn. Als er niks verandert, zal dit tekort in de komende jaren alleen maar toenemen, waardoor de druk op de zorg verder groeit. De belangrijkste knelpunten die hierbij spelen zijn als volgt.

- Door de vergrijzing gaan relatief veel professionals met pensioen de komende jaren waardoor de personeelstekorten in zorg en welzijn verder stijgen. Dit is een autonome ontwikkeling waar weinig grip op mogelijk is.
- De instroom van nieuwe professionals stijgt naar verwachting minder hard dan de zorgvraag. Dit is een knelpunt waar enige sturing op mogelijk kan zijn.
- Het aandeel inwoners van 85 jaar en ouder ten opzichte van de leeftijdsgroep 50-64 jaar zal naar verwachting stijgen. Hierdoor daalt het aantal beschikbare mantelzorgers, terwijl de vraag hiernaar zal toenemen. Een tekort aan mantelzorgers betekent dat de vraag naar formele zorg (in dit geval vooral ouderenzorg) toeneemt.

Belangrijkste conclusies en knelpunten

Het huidige personeelstekort, en daarmee de druk op de zorg, groeit (vervolg)

- Personeelstekorten worden verwacht in vrijwel elke branche van zorg en welzijn. Het grootste zijn ze naar verwachting voor Verpleging en Verzorging, maar ook andere branches verwachten grote tekorten.
- In de afgelopen periode is de vraag naar gehandicaptenzorg fors gegroeid. Deze groei (die ook groter is dan het landelijk gemiddelde) zal de komende jaren naar verwachting doorzetten. Deze toenemende vraag betekent dat het verwachte personeelstekort mogelijk nog hoger kan uitvallen.
- Ondanks een naar verwachting minder grote stijging dan landelijk gemiddeld, vormt ook de toenemende druk op de jeugdzorg een knelpunt.
- Het aantal huisartsenconsulten groeit naar verwachting, wat een grotere druk op het aantal huisartsen met zich meebrengt.
- De regio geeft aan dat er ook nu al grote personeelstekorten zijn binnen de GGZ, vooral wat betreft psychiaters en verpleegkundig specialisten.

Er wordt hard gewerkt aan het betaalbaar houden van de zorg

De kosten per verzekerde, en de kosten voor Jeugdhulp en Wmo, liggen in de

meeste gemeenten in de regio lager dan landelijk gemiddeld. Desalniettemin geeft de regio aan dat gezien de toenemende vergrijzing in de regio en het kunnen blijven garanderen van een goede zorgkwaliteit de betaalbaarheid van de zorg een belangrijk aandachtspunt vormt in de regio.

Het is tevens belangrijk om voorzichtig te zijn met het trekken van conclusies o.b.v. hogere of lagere kosten per verzekerde. Zo kunnen hogere gemiddelde kosten voor bepaalde zorgvormen er juist toe leiden dat kosten voor andere vormen juist lager uitvallen. Daarnaast kan er ook sprake zijn van een daadwerkelijk hogere zorgvraag.

Hoewel inwoners relatief gezond zijn, zijn er zeker aandachtspunten

In veel gemeenten is de leefstijl van inwoners gezonder te noemen dan landelijk het geval is. Dit geldt echter niet voor alle gemeenten in de regio.

- Hoewel deze indicatoren lager liggen dan landelijk gemiddeld, zijn er nog steeds veel inwoners die te weinig bewegen, roken, met overgewicht te maken hebben of worstelen met hun mentale welzijn. Dit zijn belangrijke factoren die kunnen bijdragen aan een hogere zorgvraag.
- Het alcoholgebruik ligt in de regio een stuk hoger dan landelijk gemiddeld. Ook hiervan is het bekend dat het kan leiden tot een hogere zorgvraag in de toekomst.

Belangrijkste conclusies en knelpunten

De veranderende zorgvraag, vraagt om integrale samenwerking

Deels door de vergrijzing, maar deels ook vanwege een verandering in de maatschappelijke opinie, verandert de zorgvraag.

- Logischerwijs zal het aantal vragen naar aandoeningen die aan ouderdom zijn gekoppeld (zoals bijv. dementie) toenemen. Hetzelfde geldt voor de vraag naar plekken in de ELV, VVT en wijkverpleging.
- De regio zelf signaleert een toenemende complexiteit in het type hulpvraag. Hierbij is een stevige samenwerking tussen verschillende domeinen van groot belang.
- Aansluitend bij het landelijk beeld, is er ook in de regio Noordoost Brabant sprake van een toegenomen vraag naar GGZ.
- In een goede, domeinoverstijgende samenwerking speelt het openbaar maken (of in ieder geval onderling delen) van data een belangrijke rol.

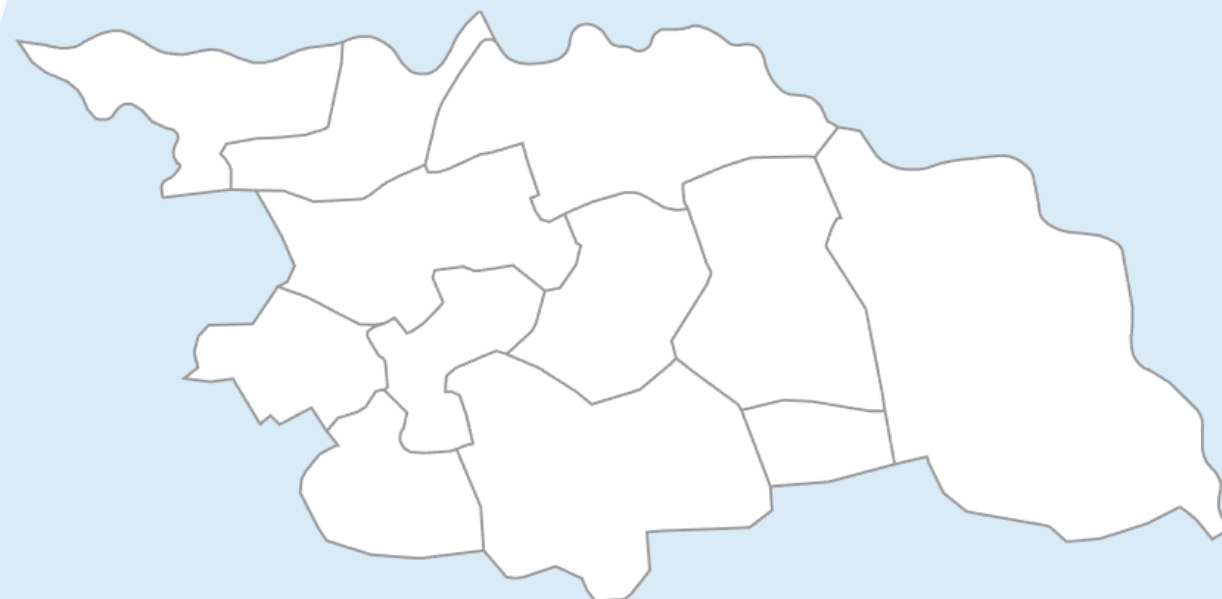
De doorstroom binnen de zorgketen is van groot belang

Om de schaarse capaciteit van zorgprofessionals optimaal te benutten is het belangrijk om een goede doorstroom binnen de zorgketen te hebben.

- In de regio wordt aangegeven dat de doorstroom vanuit ziekenhuizen een knelpunt is. Patiënten liggen regelmatig in het ziekenhuis, zonder dat er (nog) een medische noodzaak is. Zij wachten dan op vervolgzorg (thuiszorg, tijdelijk verblijf, of een Wlz-plaats).
- Momenteel zijn er geen goede, overkoepelende gegevens over dit knelpunt. Het is belangrijk om dit goed te monitoren en data vanuit verschillende zorgpartijen te gebruiken om het knelpunt goed in kaart te brengen.

Naast de figuren en cijfers die in dit regiobeeld zijn opgenomen, zijn er ook aanvullende gegevens te vinden in het ROAZ-beeld. Dit beeld richt zich op de ontwikkelingen in de zorgvraag en het zorgaanbod op het gebied van toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid van de acute zorg. In hoofdstuk 8 (acute zorg) is meer te vinden over het ROAZ-beeld.

A. Kenmerken van de regio



Beknopte omschrijving van de regio

- De zorgkantoorregio Noordoost-Brabant is gelegen in het zuiden van Nederland en bestaat uit 12 gemeenten. De regio heeft 674.380 inwoners.
- Gemeenten in zorgkantoorregio Noordoost-Brabant: Bernheze, Boekel, Boxtel, 's-Hertogenbosch, Land van Cuijk, Maasdriel, Maashorst, Meierijstad, Oss, Sint-Michielsgestel, Vught, en Zaltbommel.
- De regio kent ook een indeling in drie subregio's:
 - In Mooi Maasvallei werken Land van Cuijk, Bergen en Gennep samen (de laatste twee vallen niet onder de zorgkantoorregio).
 - In de subregio Oss / Samen in Gezondheid werken Oss, Meierijstad en Maashorst samen.
 - In de subregio Zorgzaam 's-Hertogenbosch werken 's-Hertogenbosch, Boxtel, Maasdriel, Meierijstad, Sint-Michielsgestel, Vught, Zaltbommel, Heusden, en Land van Altena samen (de laatste twee vallen niet onder de zorgkantoorregio).
- In zorgkantoorregio Noordoost-Brabant woont in 2022 29% van de inwoners in (zeer) sterk stedelijk gebied (NL: 50%) en 16% van de inwoners woont in niet stedelijk gebied (NL: 17%) (CBS, 2023)



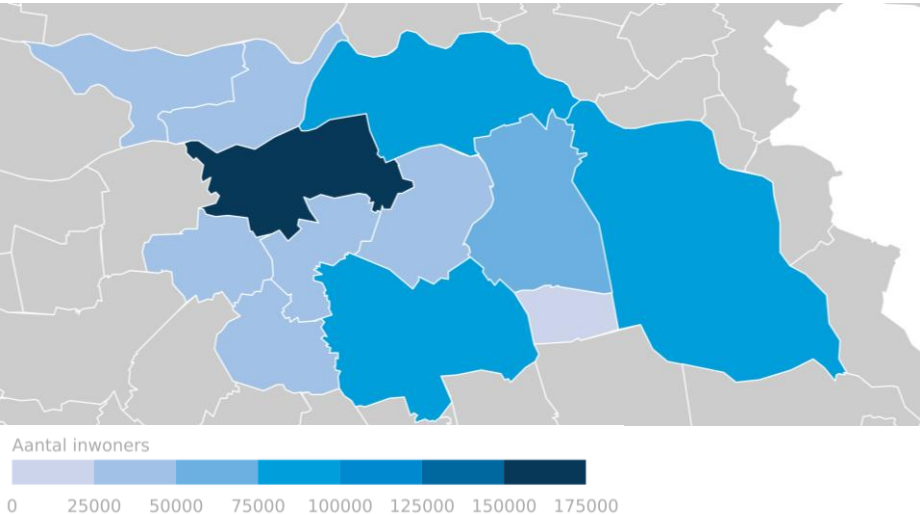
1. Demografie

- A. Aantal inwoners
- B. Leeftijdsopbouw
- C. Migratieachtergrond
- D. Ontwikkeling aantal inwoners
- E. Ontwikkeling leeftijdsopbouw
- F. Druk op de populatie



A. Aantal inwoners

- De grootste gemeente in de regio is 's-Hertogenbosch.
- De regio kent 7 gemeenten met < 40.000 inwoners en (naast 's-Hertogenbosch) enkele gemeenten met rond de 100.000 inwoners.



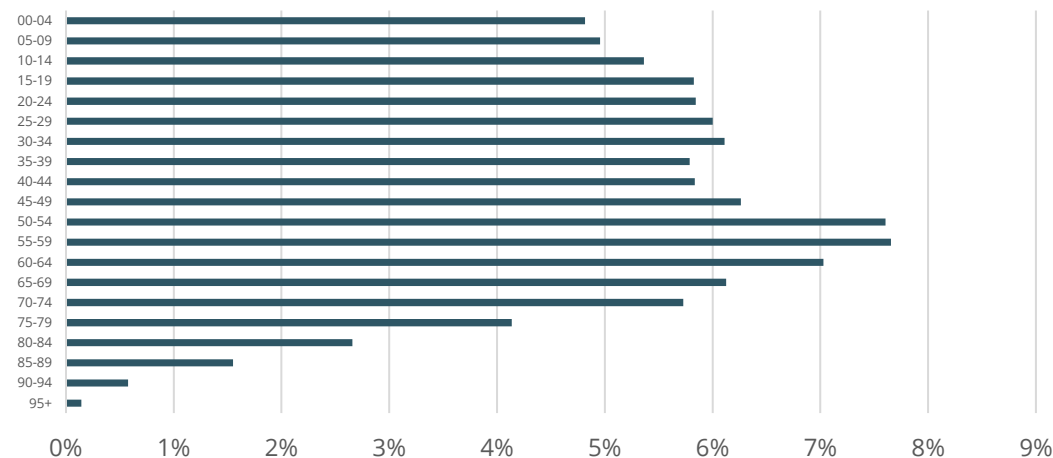
Aantal inwoners per gemeente

700.000	11.162	Boekel
	26.011	Maasdriel
	30.131	Sint-Michielsgestel
600.000	30.351	Zaltbommel
	32.115	Vught
	32.262	Bernheze
500.000	33.761	Boxtel
	58.936	Maashorst
400.000	83.710	Meerijstad
300.000	91.447	Land van Cuijk
200.000	94.457	Oss
100.000	158.796	's-Hertogenbosch
-		

B. Leeftijdsopbouw

- Noordoost-Brabant heeft t.o.v. NL een wat oudere populatie. Relatief weinig inwoners onder de 45, en juist relatief veel inwoners boven de 45 (m.u.v. 90+ maar dat gaat om kleine aantallen)

Leeftijdsopbouw Noordoost-Brabant



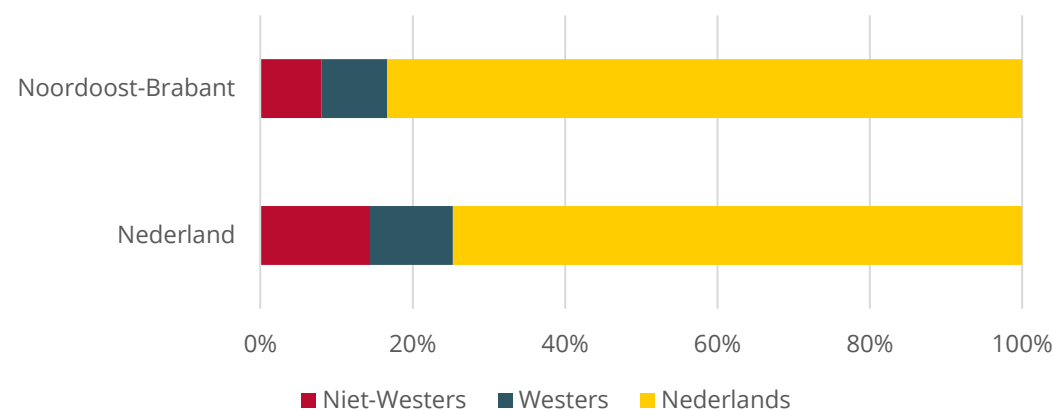
Verskil Noordoost-Brabant en Nederland



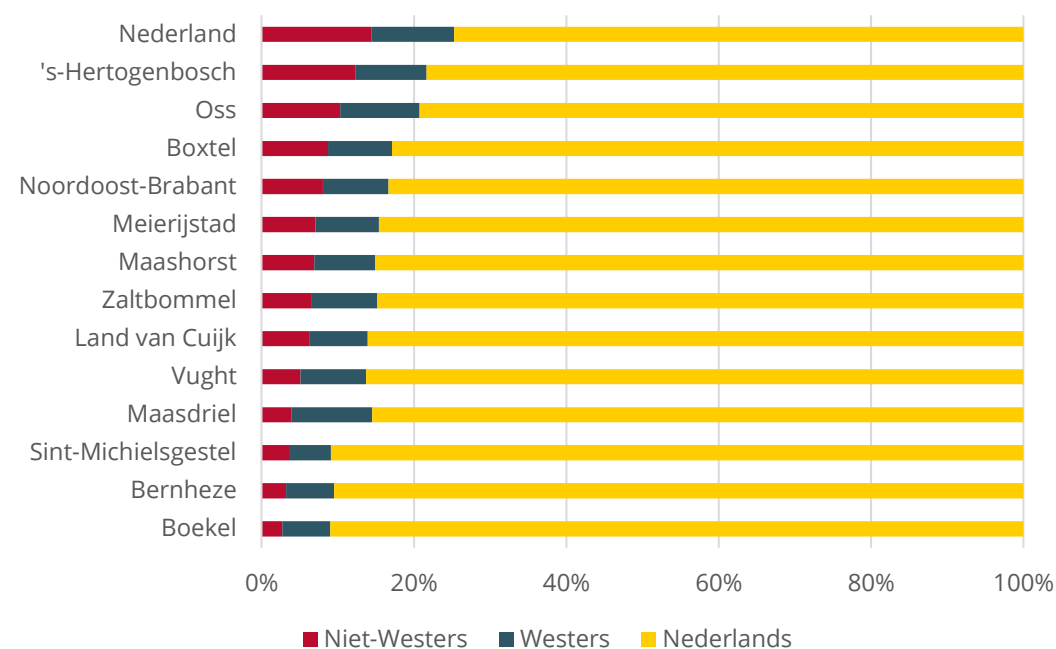
C. Migratieachtergrond

- T.o.v. landelijk gemiddelde relatief veel inwoners zonder migratieachtergrond. Dit geldt voor elke gemeente in de regio.
- Binnen de regio zijn er verschillen. Zeker wat kleinere gemeenten hebben weinig inwoners met migratieachtergrond.

Percentage met migratieachtergrond

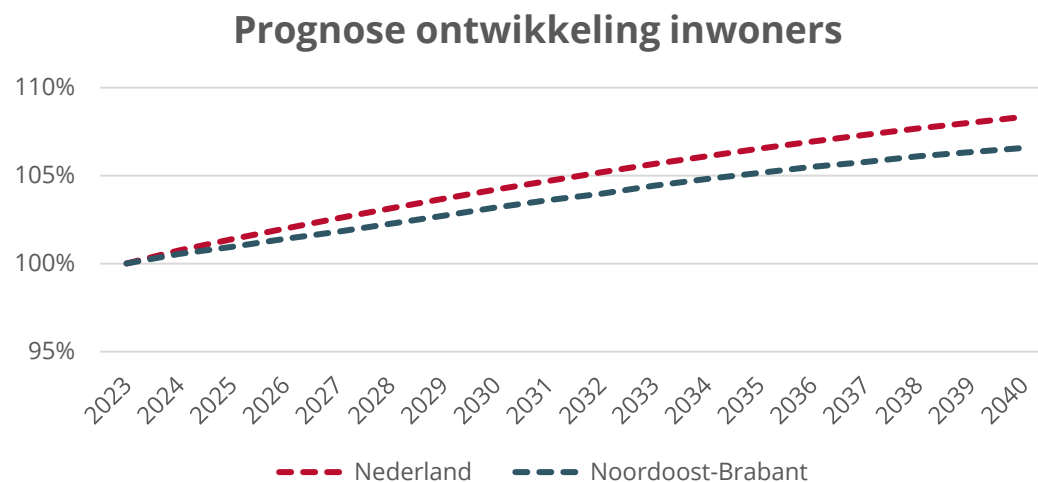
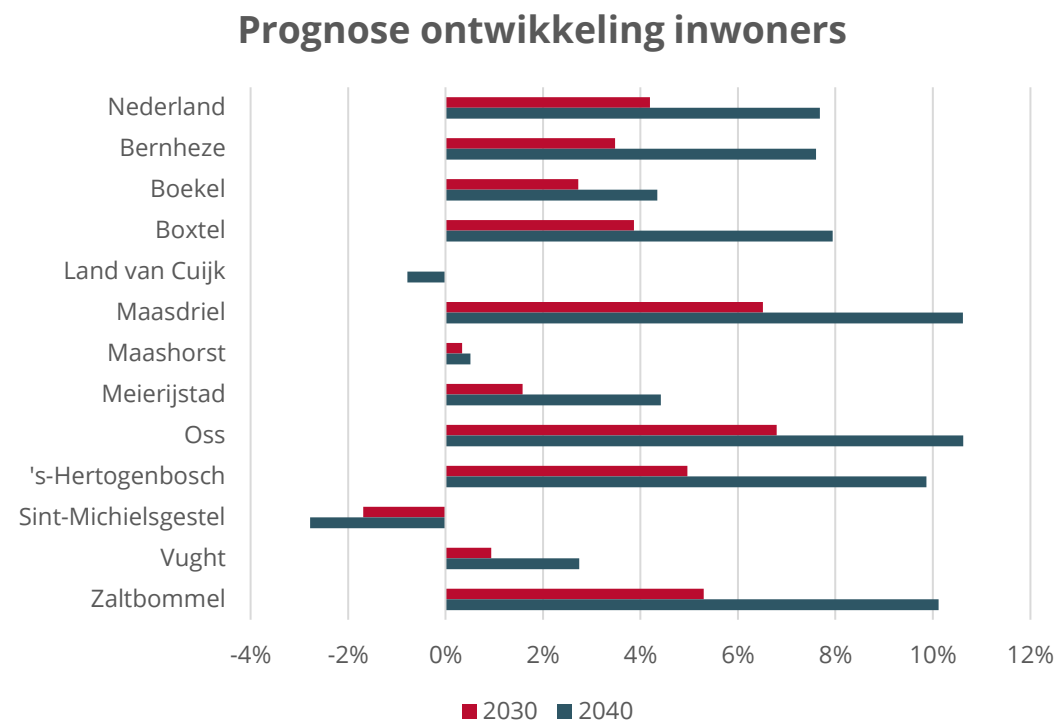


Percentage met migratieachtergrond



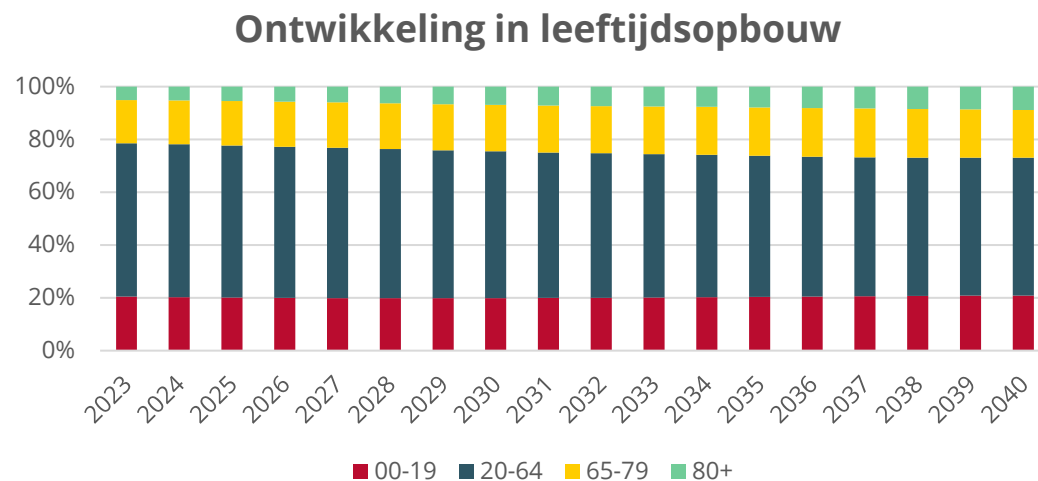
D. Ontwikkeling aantal inwoners

- De groei van het aantal inwoners in de regio ligt lager dan het landelijk gemiddelde. Het aantal inwoners van Sint-Michielsgestel daalt volgens de prognoses zelfs. Het aantal inwoners in Land van Cuijk en Maashorst blijft vrijwel gelijk.

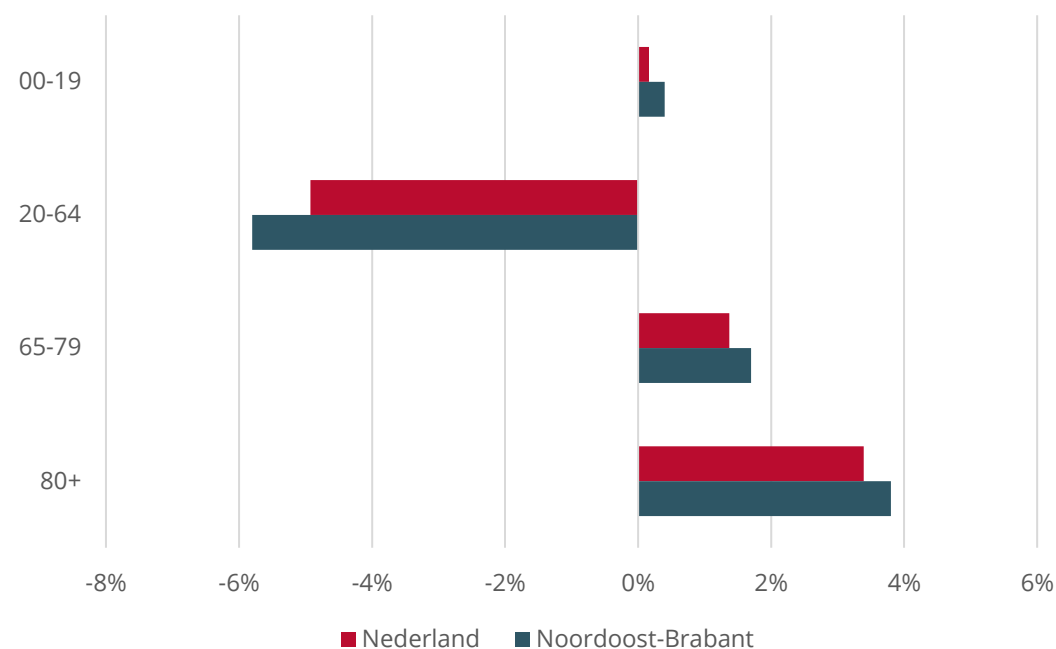


E. Ontwikkeling leeftijdsopbouw

- In heel NL daalt procentueel de groep 20-64 jarigen, maar in Noordoost-Brabant is die daling nog iets harder.
- Het aantal ouderen (en jongeren < 20) stijgt in de regio iets harder dan landelijk gemiddeld.



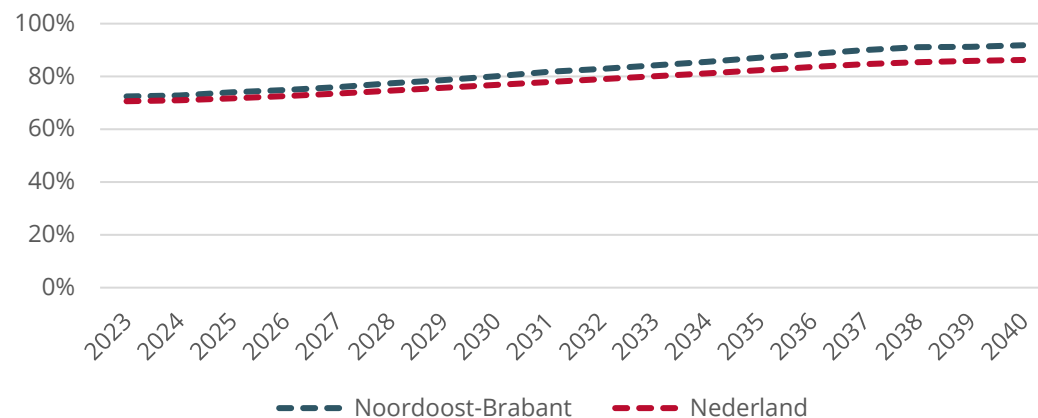
Leeftijdsopbouw 2040 t.o.v. 2023



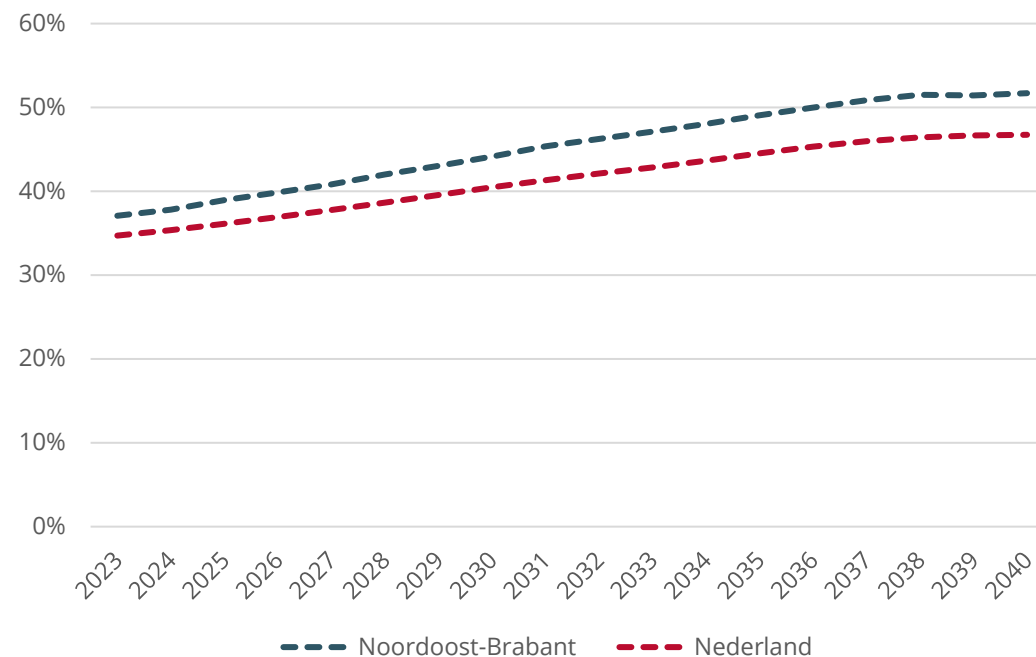
F. Druk op de populatie

- De demografische druk (de verhouding tussen inwoners jonger dan 19 en ouder dan 65 t.o.v. inwoners tussen deze leeftijdsgrenzen) stijgt in de regio meer dan landelijk
- Vooral de grijze druk (het aantal 65+'ers t.o.v. inwoners tussen de 19 en 65 stijgt iets meer dan landelijk gemiddeld).

Demografische druk



Grijze druk



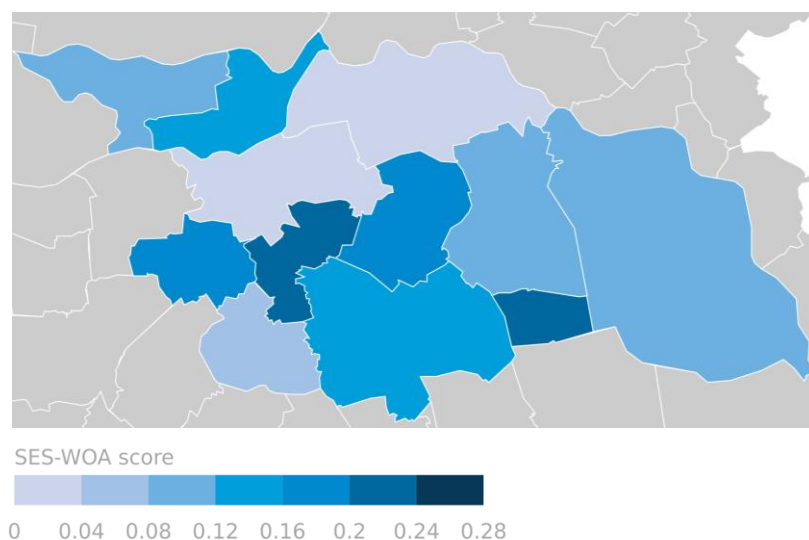
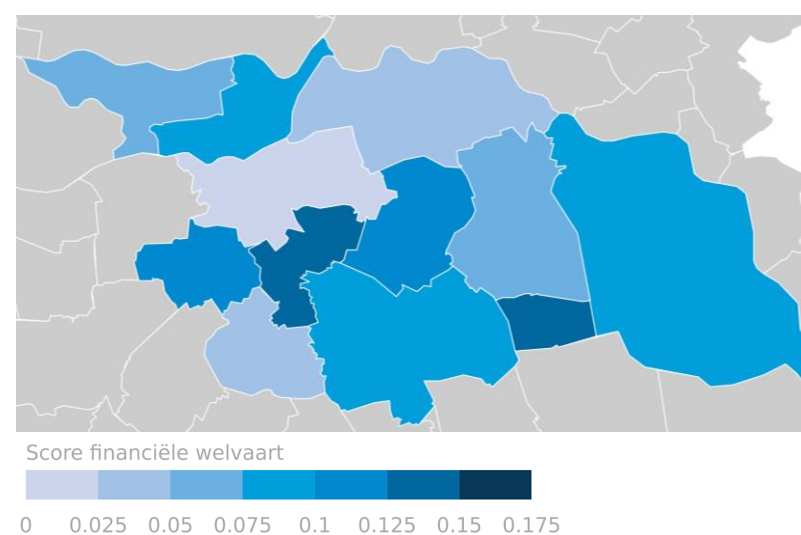
2. Sociale determinanten

- A. Sociaal-economische scores
- B. Gemiddelde inkomens
- C. Moeite met rondkomen
- D. Schuldsanering
- E. Eenzaamheid
- F. Ervaren regie over eigen leven
- G. Laaggeletterdheid
- H. Vrijwilligers



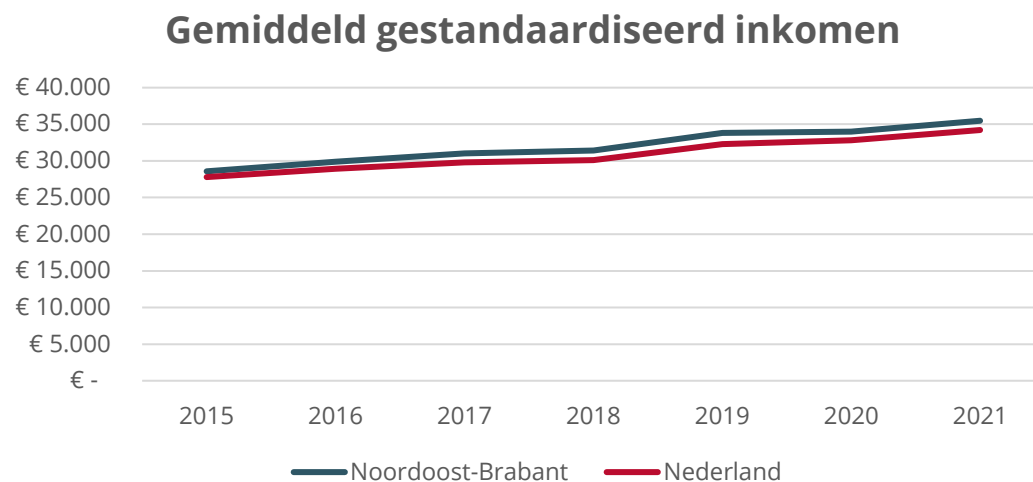
A. Sociaal-economische scores

- De onderstaande overzichten van de sociaal-economische status en de financiële welvaart (een deelscore van de sociaal-economische status) per gemeente geven een vrij vergelijkbaar beeld. Beide scores zijn zo gedefinieerd dat het landelijk gemiddelde precies op 0 ligt.
- Alle gemeenten binnen Noordoost Brabant scoren hoger dan het landelijk gemiddelde op beide indicatoren. Er zijn wel wat verschillen tussen gemeenten, waarbij vooral Sint-Michielsgestel, Boekel en Vught een relatief hoge sociaal-economische status kennen, waarbij deze in Oss, 's-Hertogenbosch, Boxtel en Maashorst iets lager ligt.

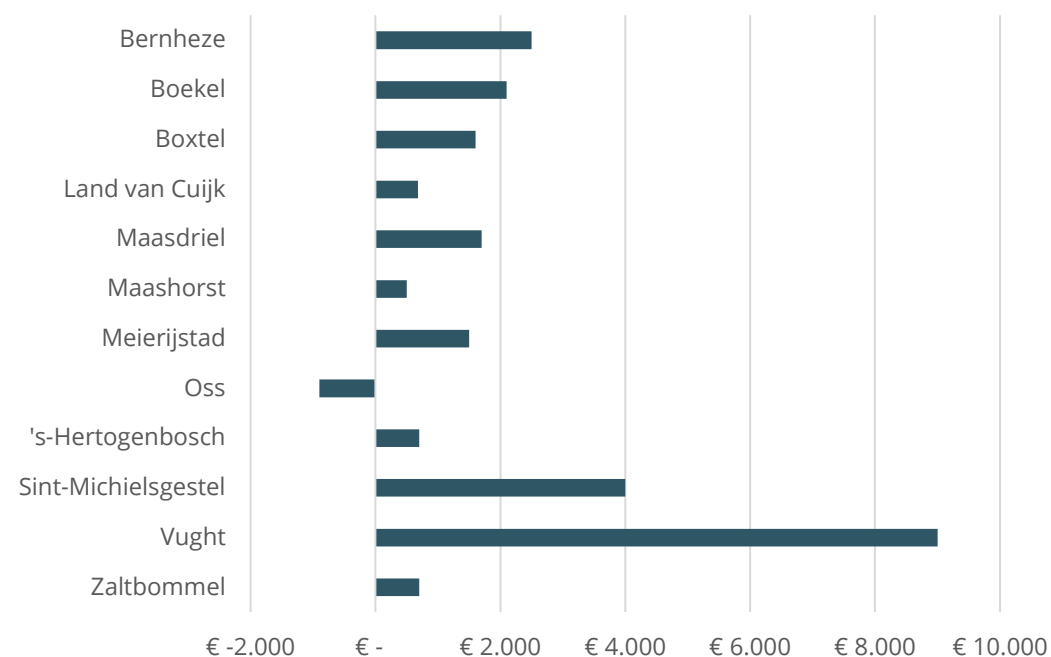


B. Gemiddelde inkomens

- Het gemiddeld gestandaardiseerd inkomen ligt in de regio iets hoger dan landelijk, en is de afgelopen jaren ook harder gestegen.
- Er is slechts één gemeente met lagere inkomens dan landelijk gemiddeld het geval is.

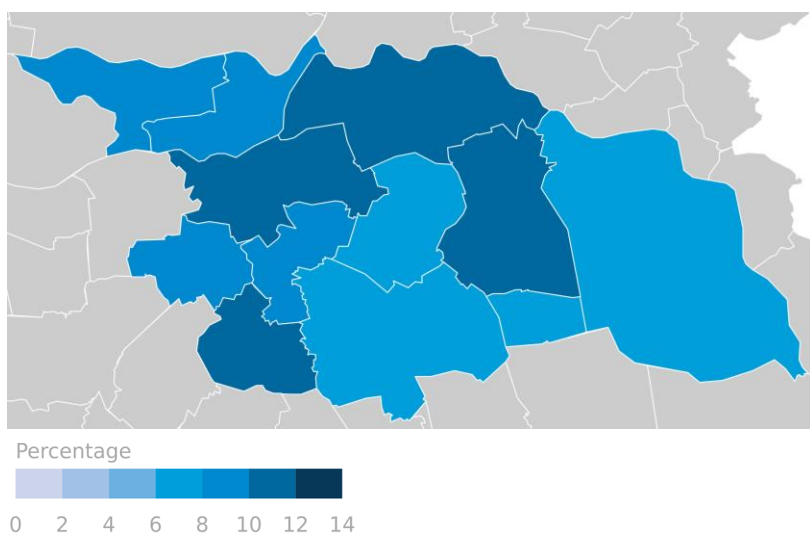


Verskil Noordoost-Brabant en Nederland

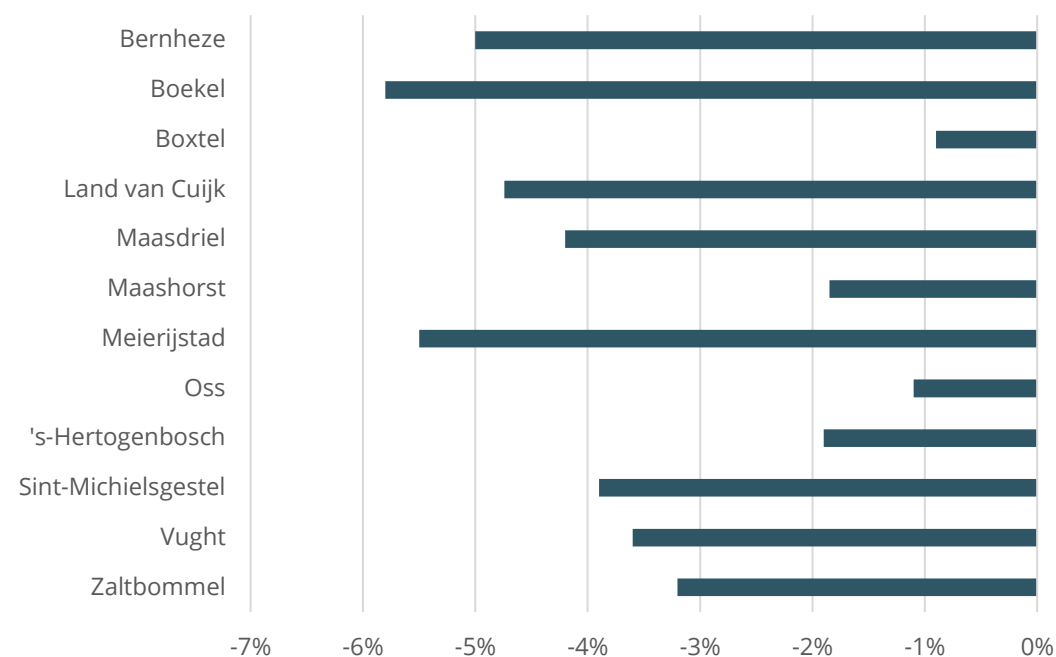


C. Moeite met rondkomen

- Elke gemeente in de regio Noordoost-Brabant heeft een lager percentage mensen dat moeite heeft met rondkomen dan landelijk gemiddeld het geval is.



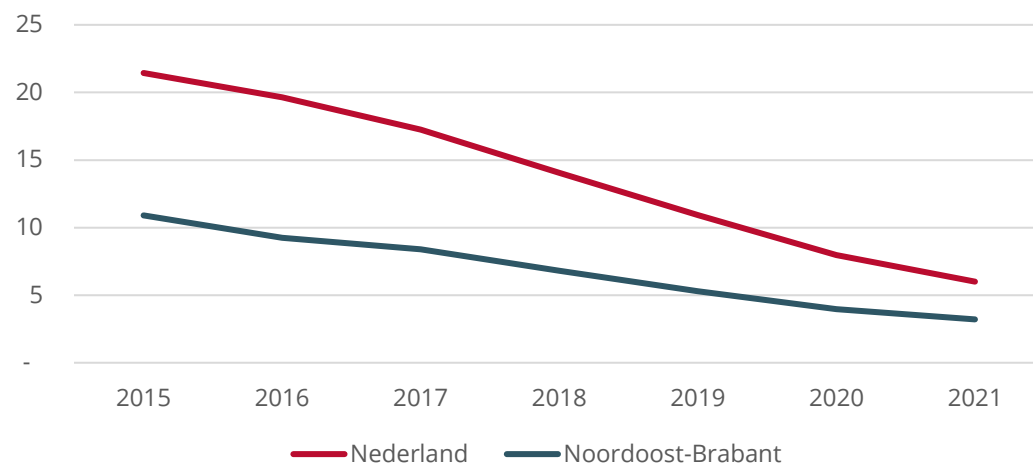
Vershil Noordoost-Brabant en Nederland



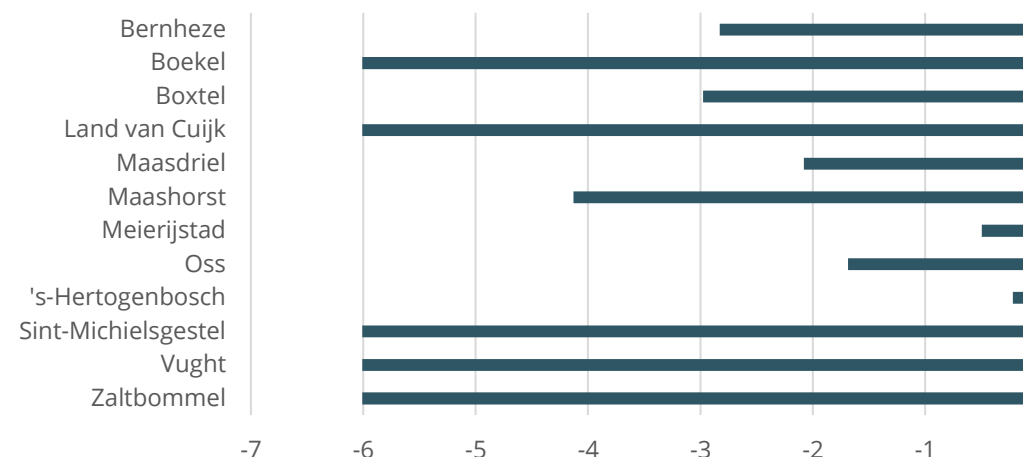
D. Schuldsanering

- Zowel landelijk als in Noordoost-Brabant daalt het percentage inwoners in de schuldsanering al jaren. Deze daling is in Noordoost-Brabant minder snel, maar dit is ook logisch aangezien het aandeel inwoners in de schuldsanering in 2015 slechts de helft was van het Nederlands gemiddelde.
- In alle gemeenten lag in 2021 het aandeel inwoners met een schuldsaneringstraject onder het Nederlands gemiddelde. Alleen in Meierijstad en 's-Hertogenbosch lag dit aandeel redelijk dicht tegen het landelijk gemiddelde.

Schuldsanering per 10.000 inwoners

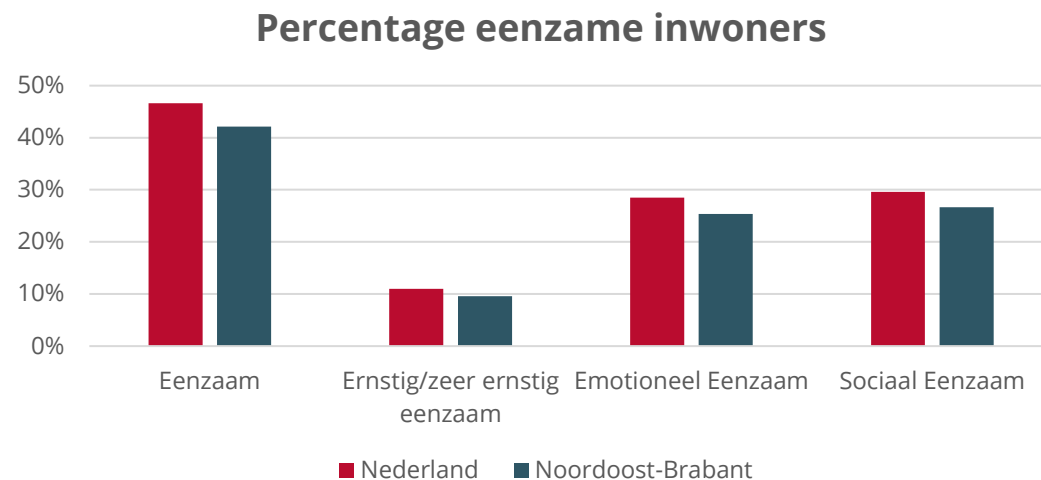


Vershil Noordoost-Brabant en Nederland

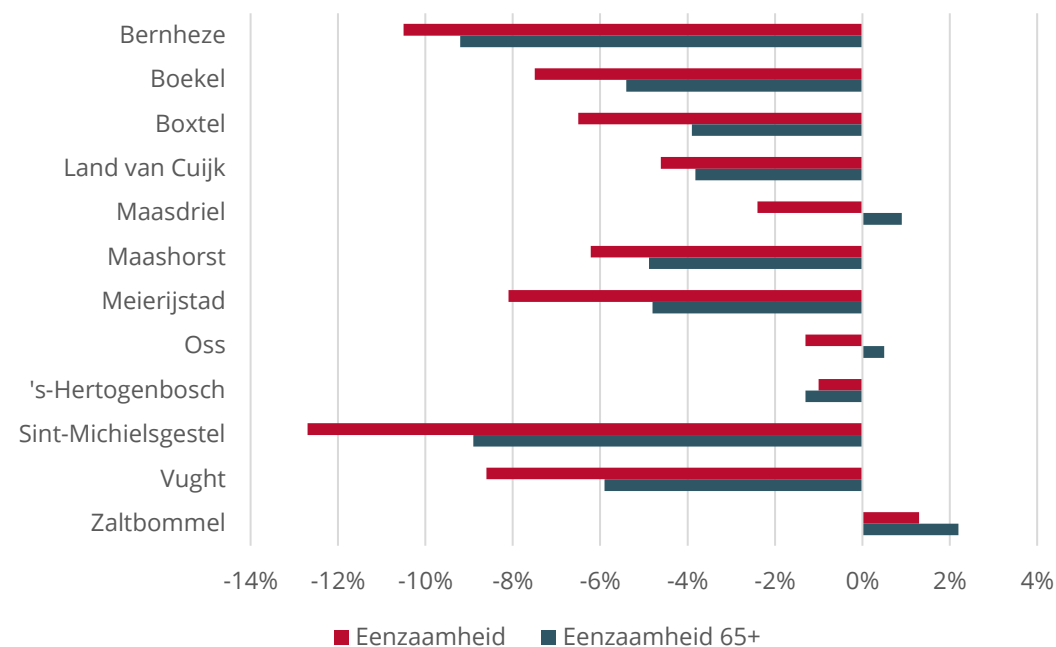


E. Eenzaamheid

- Eenzaamheid komt in de regio iets minder vaak voor dan landelijk.
- Onder inwoners van 65 jaar en ouder is er in drie gemeenten iets vaker sprake van eenzaamheid dan landelijk gemiddeld het geval is.

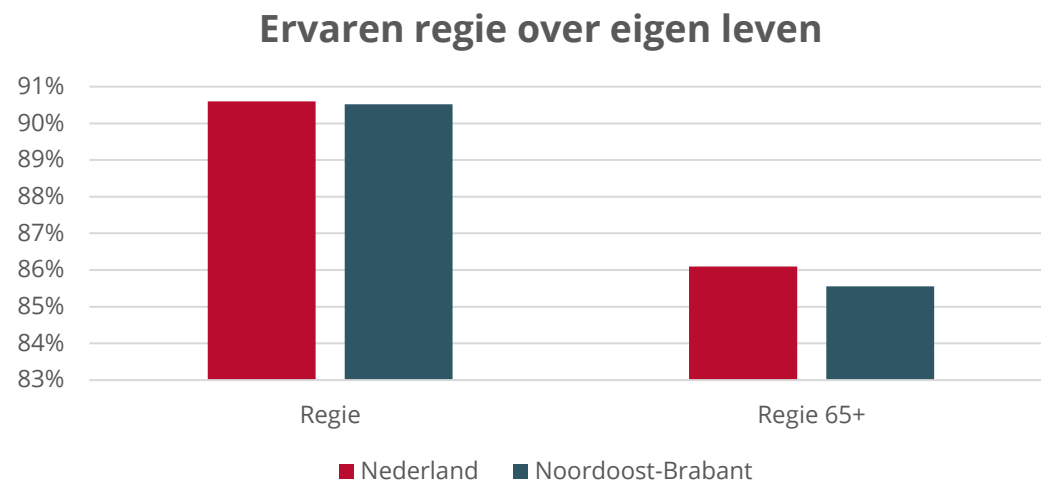


Verskil Noordoost-Brabant en Nederland

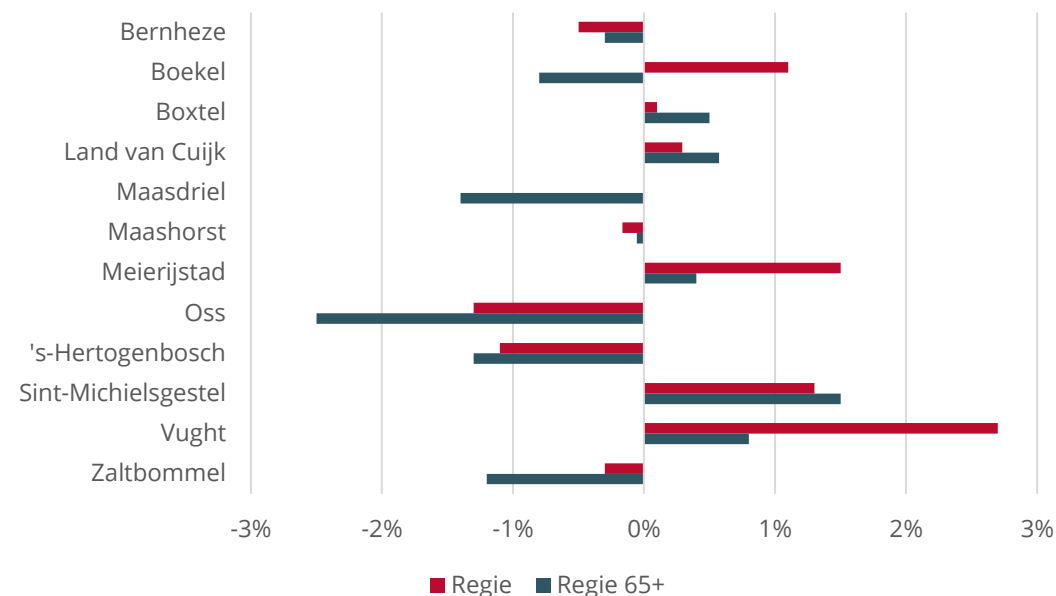


F. Ervaren regie over eigen leven

- In de regioervaart een iets kleiner deel van de inwoners voldoende regie over het eigen leven dan landelijk, maar dit is verwaarloosbaar.
- Hierin zijn wel redelijk wat verschillen tussen gemeenten. Tussen Vught en Oss scheelt het ongeveer 4%-punt t.o.v. het Nederlands gemiddelde.

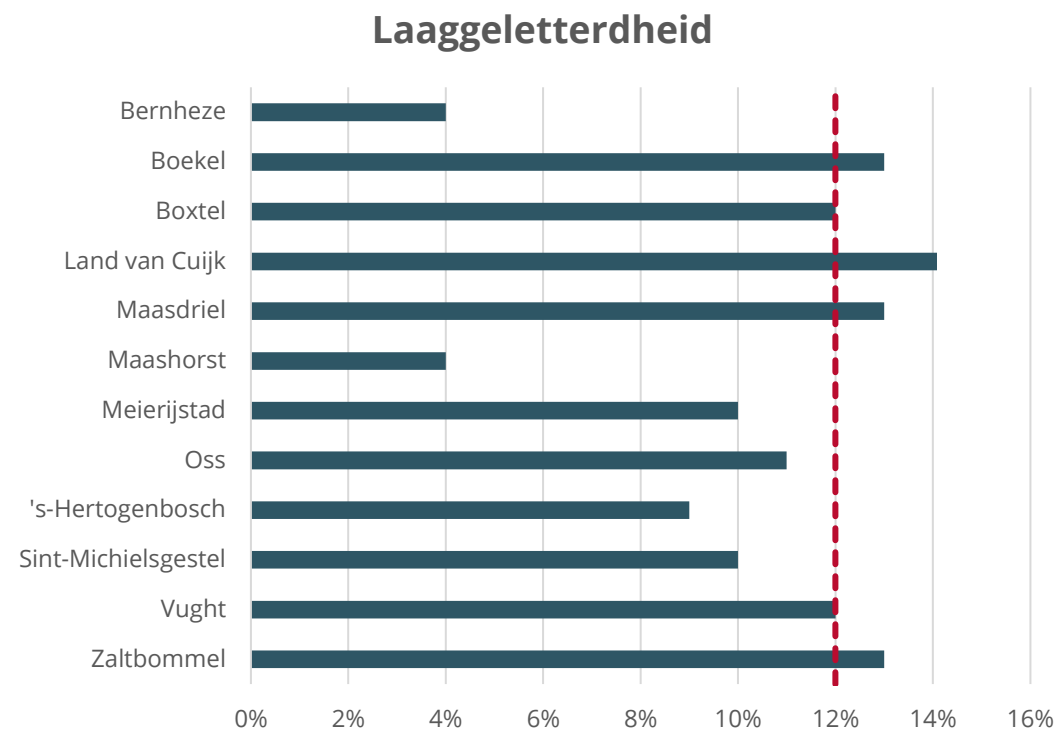


Verskil Noordoost-Brabant en Nederland



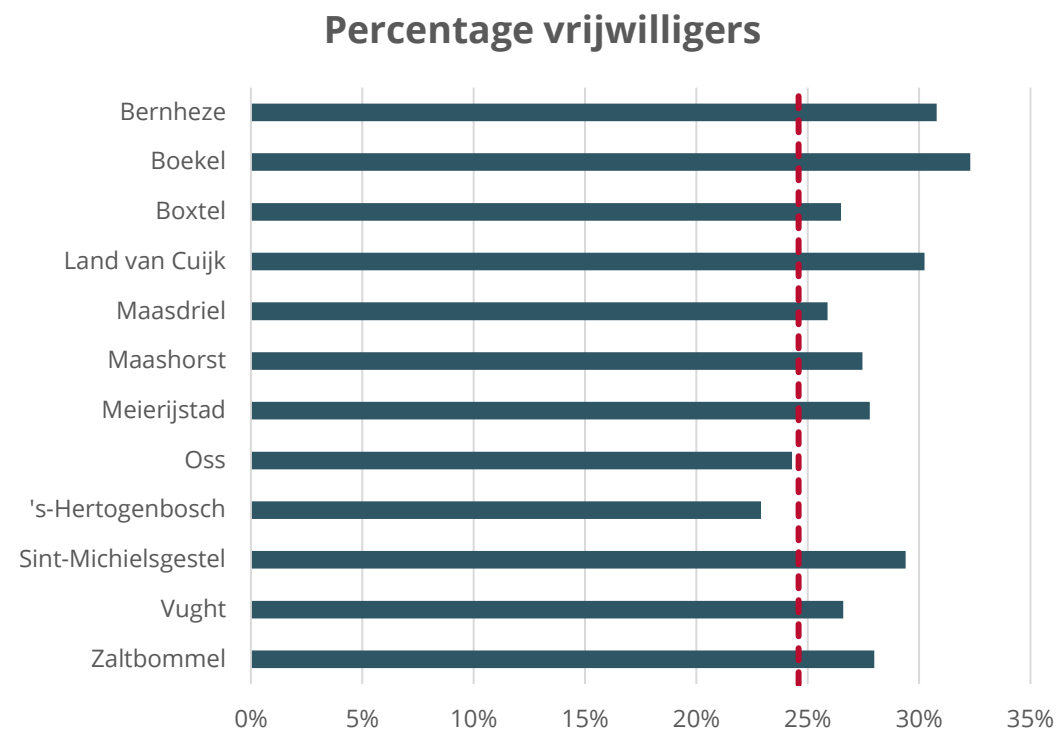
G. Laaggeletterdheid

- Het percentage inwoners dat laaggeletterd is ligt in de meeste gemeente onder het landelijk gemiddelde. Uitzonderingen hierop zijn Zaltbommel, Land van Cuijk, Maasdriel en Boekel. Boxtel en Vught scoren ongeveer hetzelfde als het landelijk gemiddelde. Gemeenten met relatief weinig laaggeletterdheid zijn Bernheze en Maashorst.
- Het gaat hierbij niet alleen om taalvaardigheden, maar vooral ook om de vaardigheden die nodig zijn om informatie te kunnen gebruiken en begrijpen.



H. Vrijwilligers

- Het percentage inwoners dat aangeeft vrijwilliger te zijn is in de regio iets hoger dan landelijk gemiddeld. Dit is in vrijwel alle gemeenten het geval.
- Het gaat hierbij om alle vormen van vrijwilligers. Dit kan een indicator zijn voor de bereidheid van inwoners om zich ook in te zetten als bijvoorbeeld mantelzorger indien dit in de toekomst nodig zou zijn.



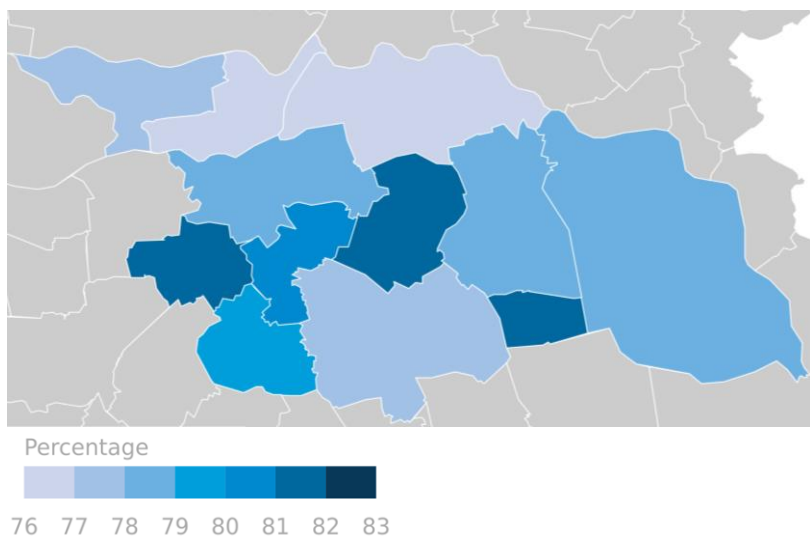
3. Gezondheid en leefstijl

- A. Ervaren gezondheid
- B. Stress, angst en depressie
- C. Levensverwachting
- D. Doodsoorzaken
- E. Leefstijlindicatoren
- F. Zorgkosten (Zvw totaal)
- G. Prevalentie van aandoeningen
- H. Medicijngebruik

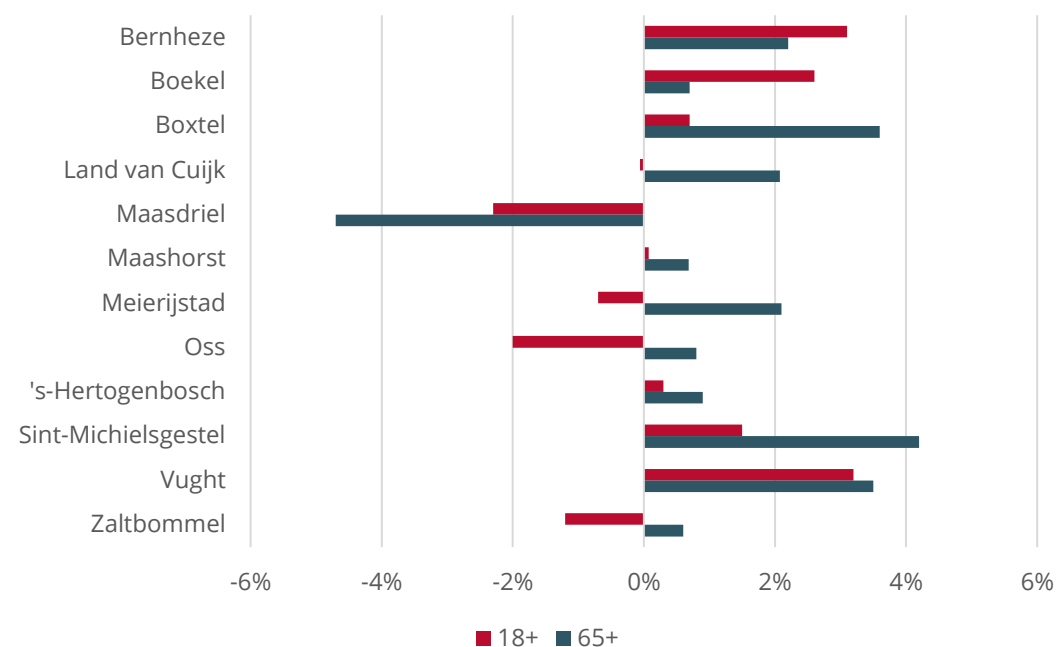


A. Ervaren gezondheid

- ▶ In veel gemeenten ervaren mensen hun gezondheid beter dan landelijk gemiddeld. Alleen in Maasdriel ligt dit een stuk lager, zowel voor 18+ als 65+
- ▶ Opvallend is dat in slechts één gemeente inwoners van 65+ hun gezondheid minder ervaren dan landelijk gemiddeld, terwijl dit voor inwoners van 18+ in 5 gemeenten het geval is.

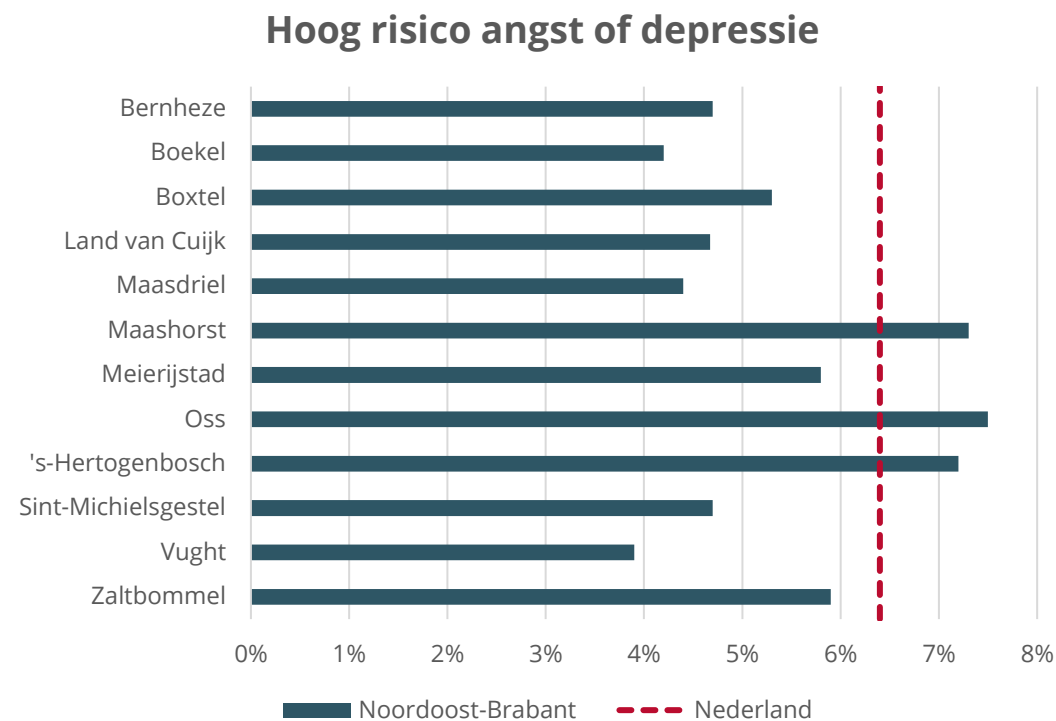


Vershil Noordoost-Brabant en Nederland



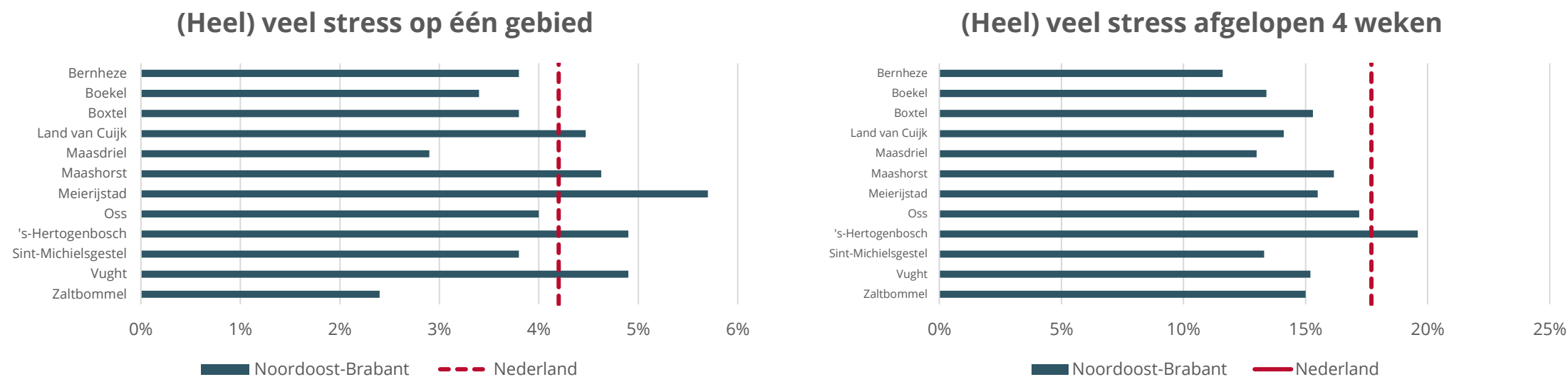
B. Stress, angst en depressie

- In de meeste gemeenten ligt het percentage inwoners met een hoog risico op angst of depressie lager dan het landelijk gemiddelde. Uitzonderingen hierop zijn Maashorst, Oss en 's-Hertogenbosch.
- Het percentage is gebaseerd op een enquête met vragen naar bijv. hoe vaak men zich zenuwachtig / hopeloos / rusteloos / somber of depressief voelt.



B. Stress, angst en depressie

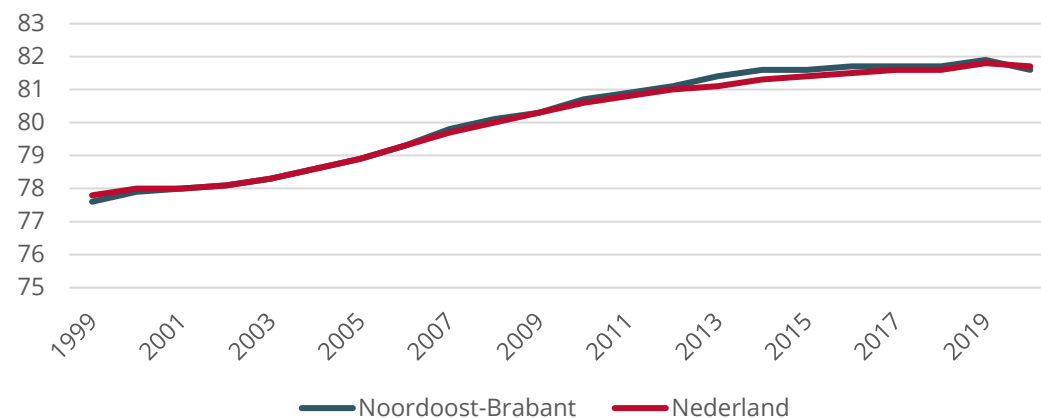
- Het percentage volwassenen met veel stress op een bepaald gebied ligt in de meeste gemeenten lager dan gemiddeld. In Meierijstad, Vught, 's-Hertogenbosch, Maashorst en Land van Cuijk ligt dit hoger.
- Inwoners met veel stress in de afgelopen 4 weken (ten tijden van het onderzoek in 2020) zijn er ook relatief weinig. Hierbij ligt het percentage alleen in 's-Hertogenbosch iets hoger dan landelijk gemiddeld.



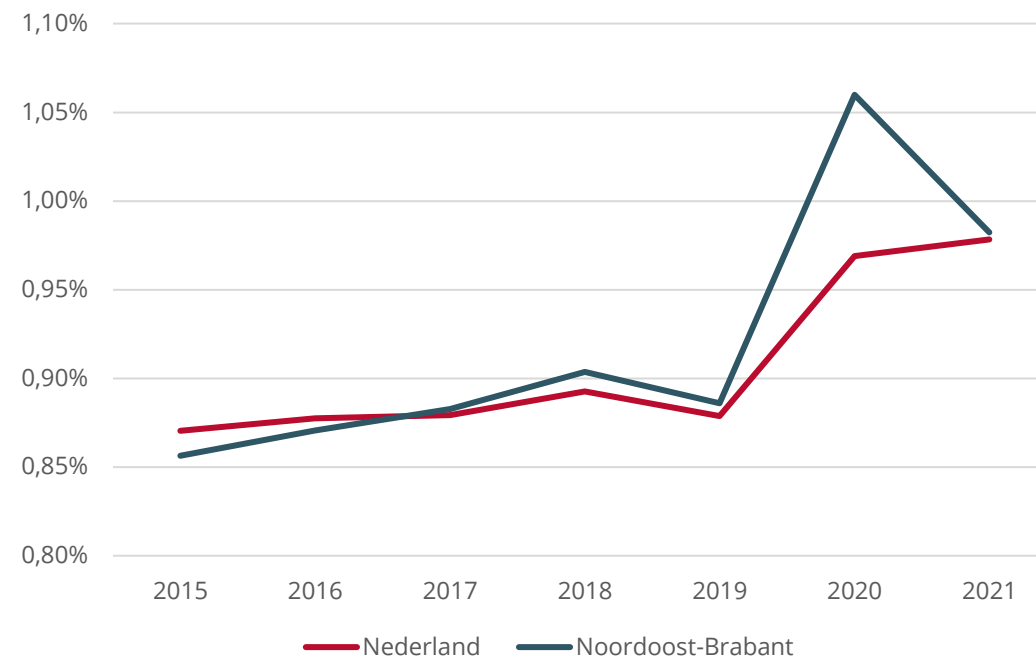
C. Levensverwachting

- De levensverwachting in de regio komt redelijk overeen met het landelijk gemiddelde.
- Het verschil in de sterfte in de laatste jaren is mogelijk een effect van de corona-pandemie. Hierbij zijn relatief veel ouderen overleden, en de populatie van de regio is relatief oud t.o.v. het landelijk gemiddelde.

Levensverwachting bij geboorte



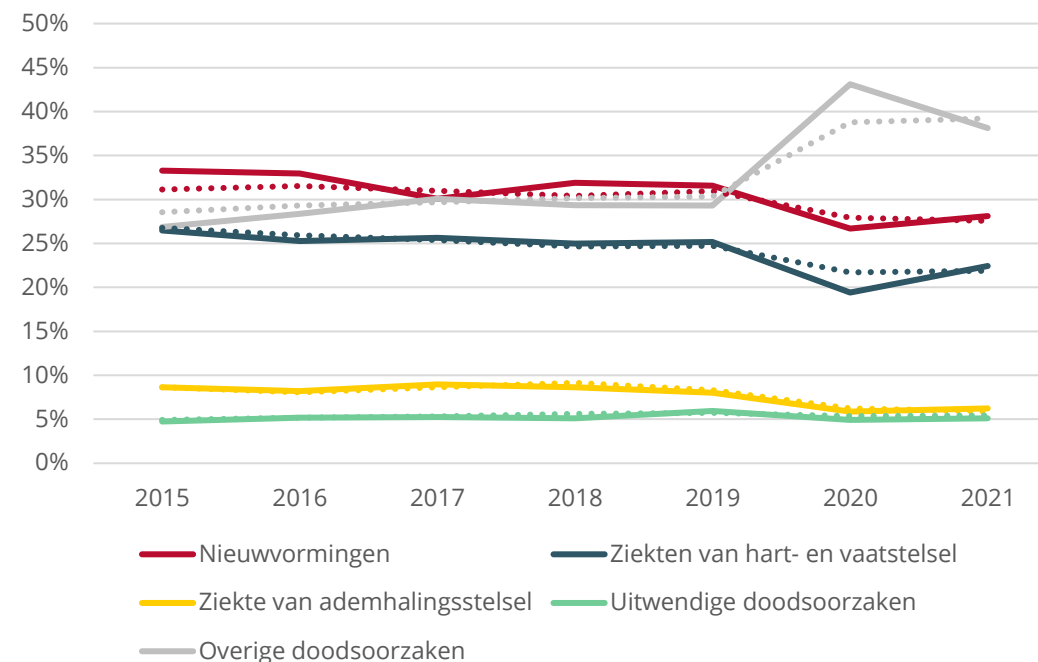
Sterfte t.o.v. inwonertal



D. Doodsoorzaken

- In de figuur rechts zijn de gestippelde lijnen het landelijk gemiddelde. De doorgetrokken lijnen horen bij de regio Noordoost-Brabant.
- De prevalentie van doodsoorzaken in de regio komt redelijk overeen met het landelijk gemiddelde.
- De ontwikkelingen van de verhouding tussen de verschillende doodsoorzaken was de afgelopen jaren ook vrij vergelijkbaar.
- Belangrijke uitzondering hierbij is het jaar 2020. In dit jaar is er een groter aandeel 'overige doodsoorzaken' dan landelijk het geval is. De verwachting is dat dit te maken heeft met de relatief grote sterfte in de regio door de corona-pandemie.

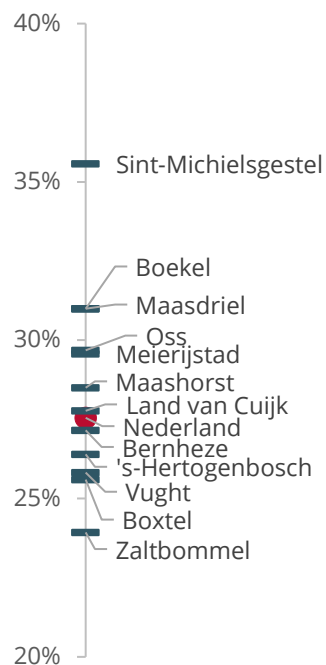
Ontwikkeling doodsoorzaken



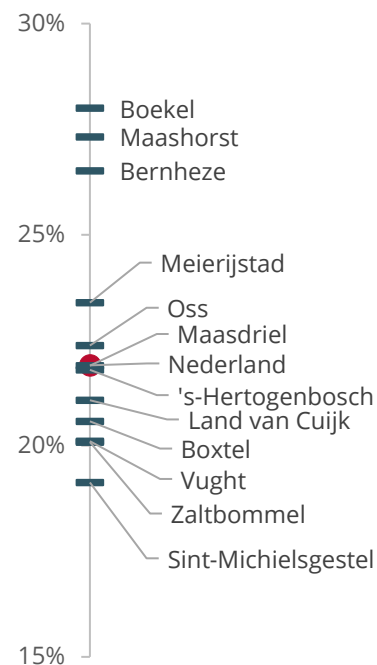
D. Doodsoorzaken

- Er zijn wel wat regionale verschillen in de prevalentie van doodsoorzaken. In de figuren rechts is de prevalentie voor de verschillende gemeenten weergegeven per doodsoorzaak.
- In Sint-Michielsgestel is de doodsoorzaak bijv. relatief vaak nieuwvormingen (36% tegenover 28% in NL)

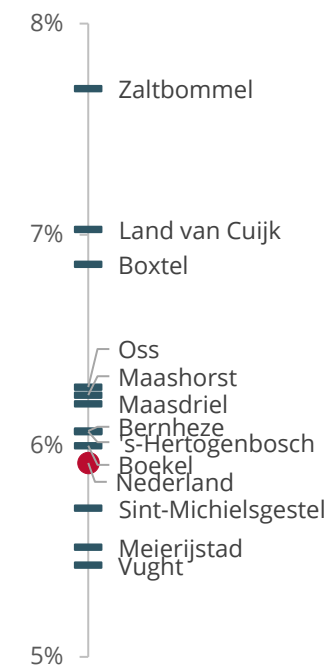
Nieuwvormingen



Hart- en vaatziekten



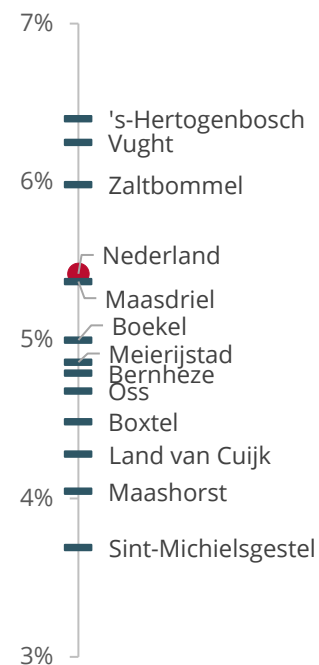
Ademhalingsstelsel



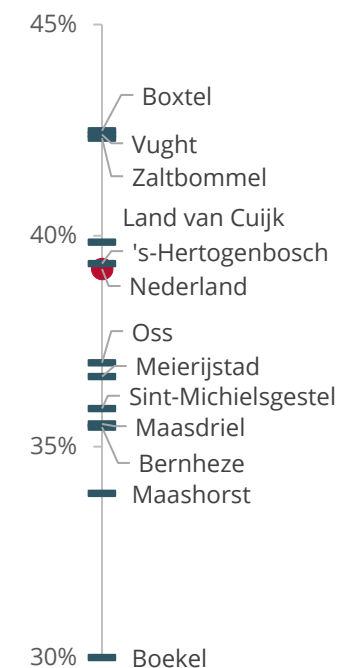
D. Doodsoorzaken

- Er zijn wel wat regionale verschillen in de prevalentie van doodsoorzaken. In de figuren rechts is de prevalentie voor de verschillende gemeenten weergegeven per doodsoorzaak.
- In 's-Hertogenbosch zijn er relatief vaak uitwendige oorzaken, terwijl dit in Sint-Michielsgestel juist minder vaak het geval is.

Uitwendige oorzaken

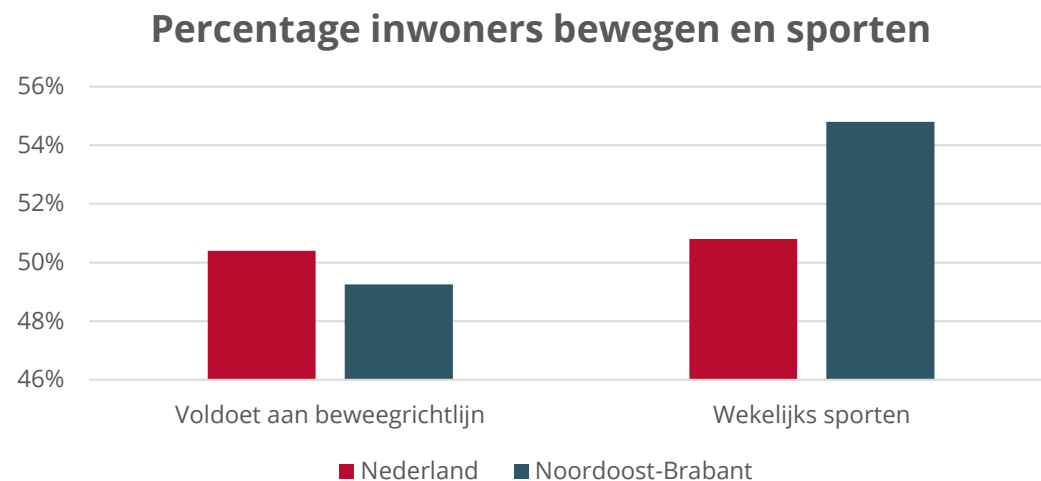


Overige oorzaken

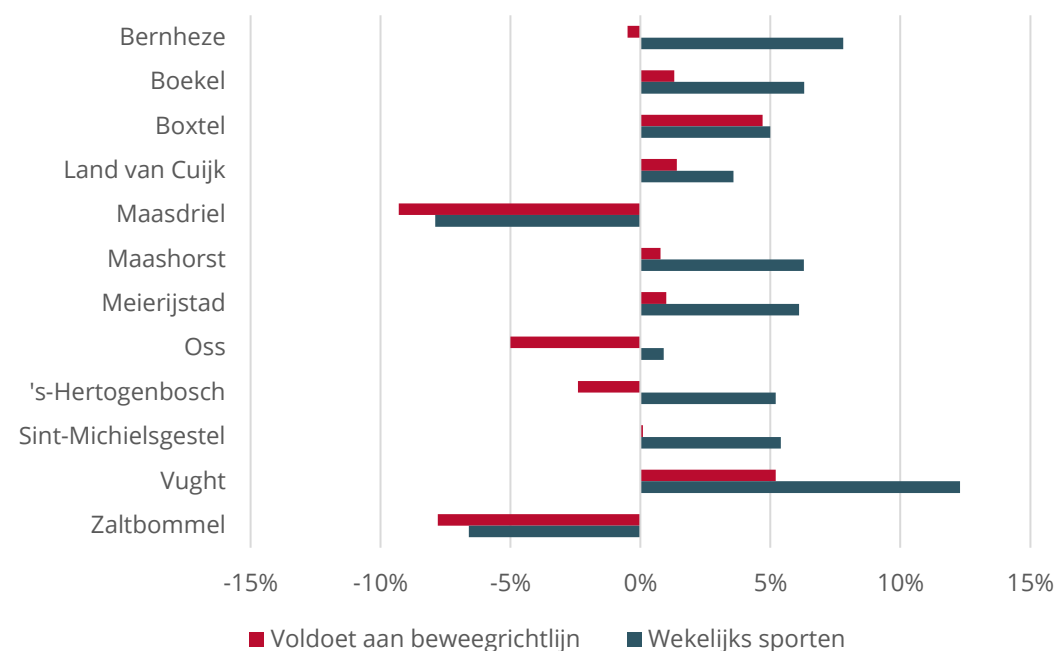


E. Leefstijlindicatoren: bewegen

- T.o.v. NL sporten er iets meer inwoners van Noordoost-Brabant wekelijks, maar voldoen er iets minder inwoners aan de beweegrichtlijn. Vooral in Zaltbommel, Maasdriel, Oss en 's-Hertogenbosch ligt het percentage inwoners dat voldoet aan de beweegrichtlijn lager dan landelijk gemiddeld.
- Wat wekelijks sporten betreft liggen alleen Zaltbommel en Maasdriel lager dan landelijk gemiddeld

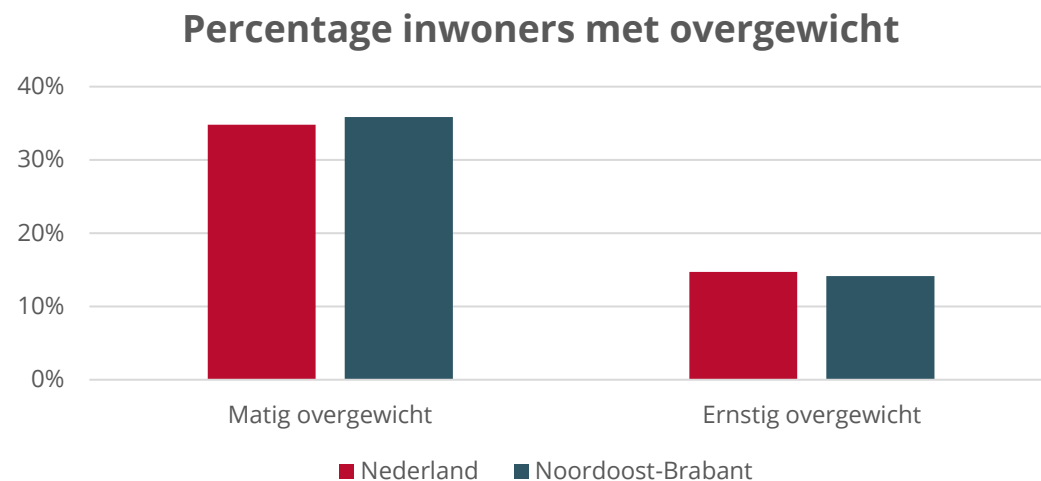


Verskil Noordoost-Brabant en Nederland

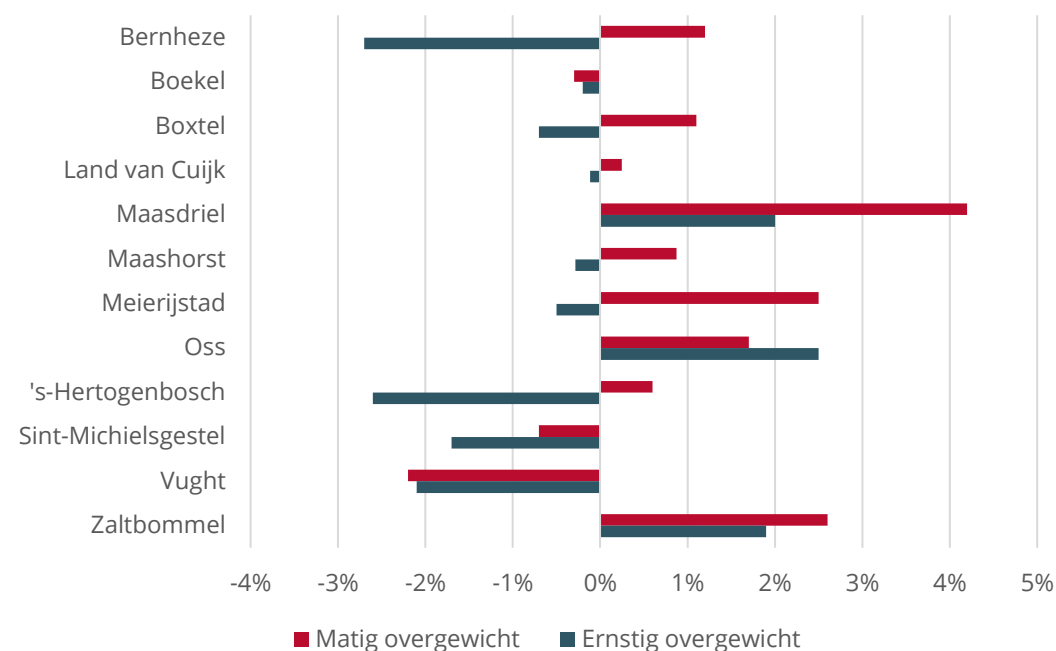


E. Leefstijlindicatoren: overgewicht

- Overgewicht in de regio is redelijk vergelijkbaar met het landelijk gemiddelde.
- Binnen de regio zijn er echter wel verschillen. Vooral in Maasdriel, Zaltbommel en Oss ligt het percentage inwoners met overgewicht hoger dan landelijk gemiddeld.

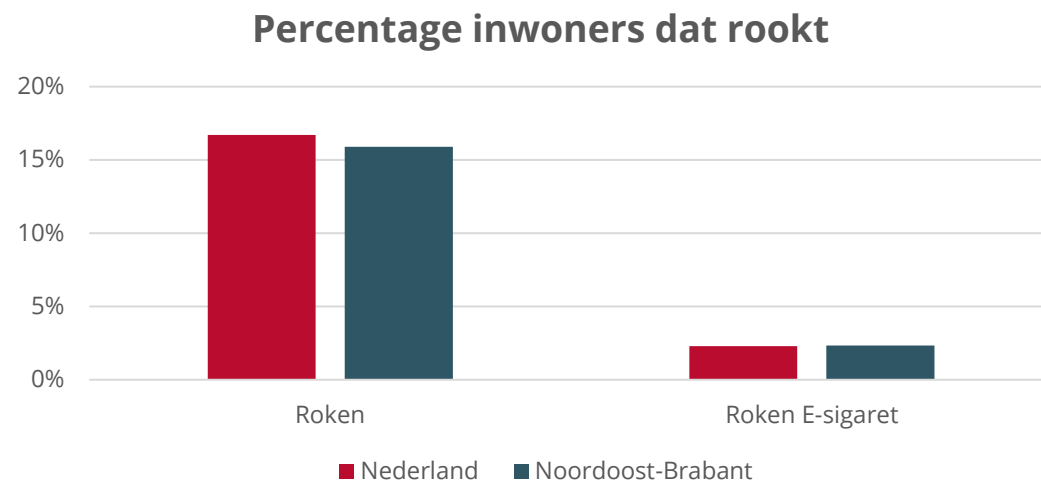


Verskil Noordoost-Brabant en Nederland

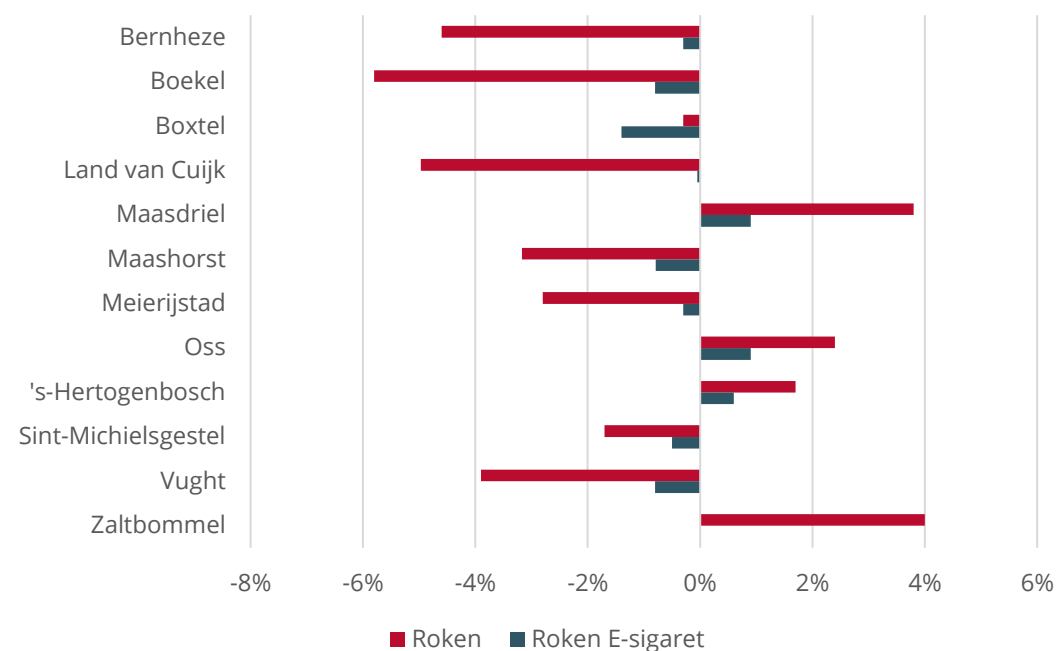


E. Leefstijlindicatoren: roken

- In Noordoost-Brabant wordt iets minder gerookt dan landelijk gemiddeld.
- In Maasdriel, Oss, 's-Hertogenbosch en Zaltbommel wordt er echter juist meer gerookt.

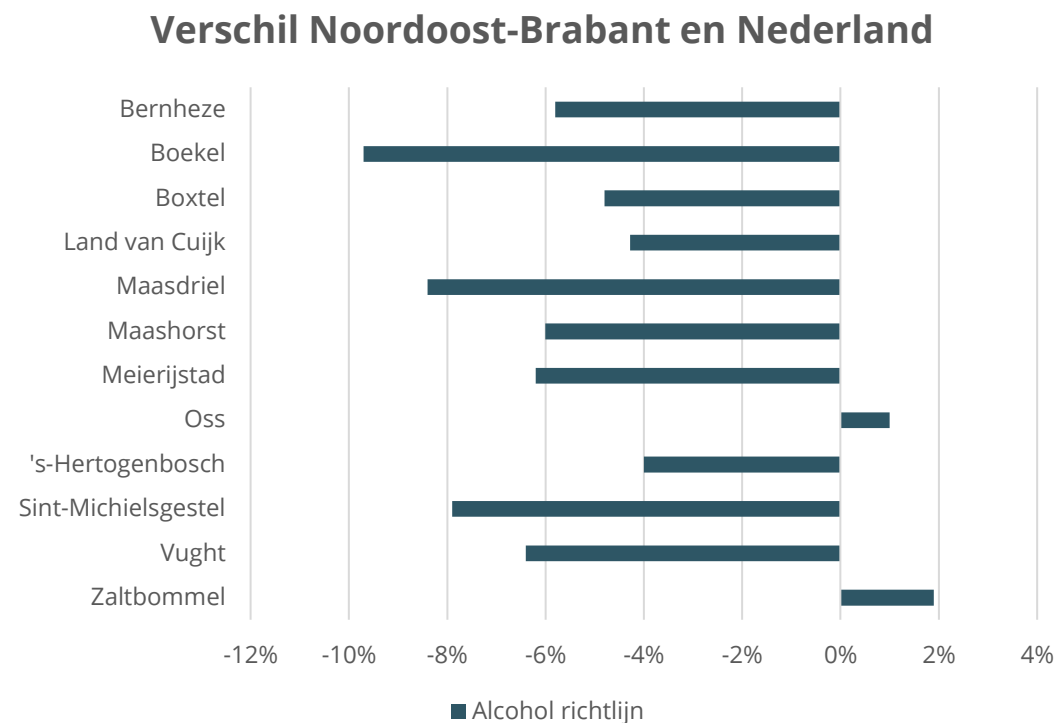


Verskil Noordoost-Brabant en Nederland



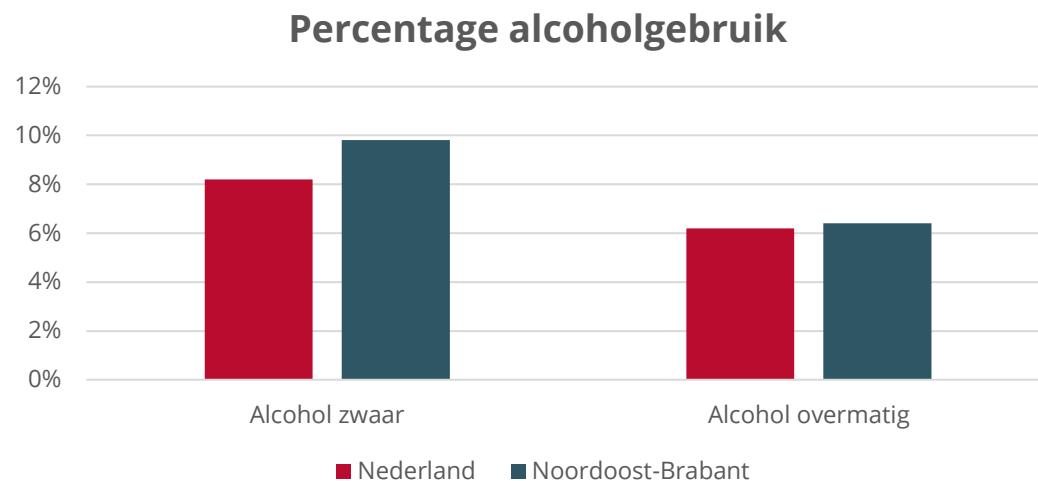
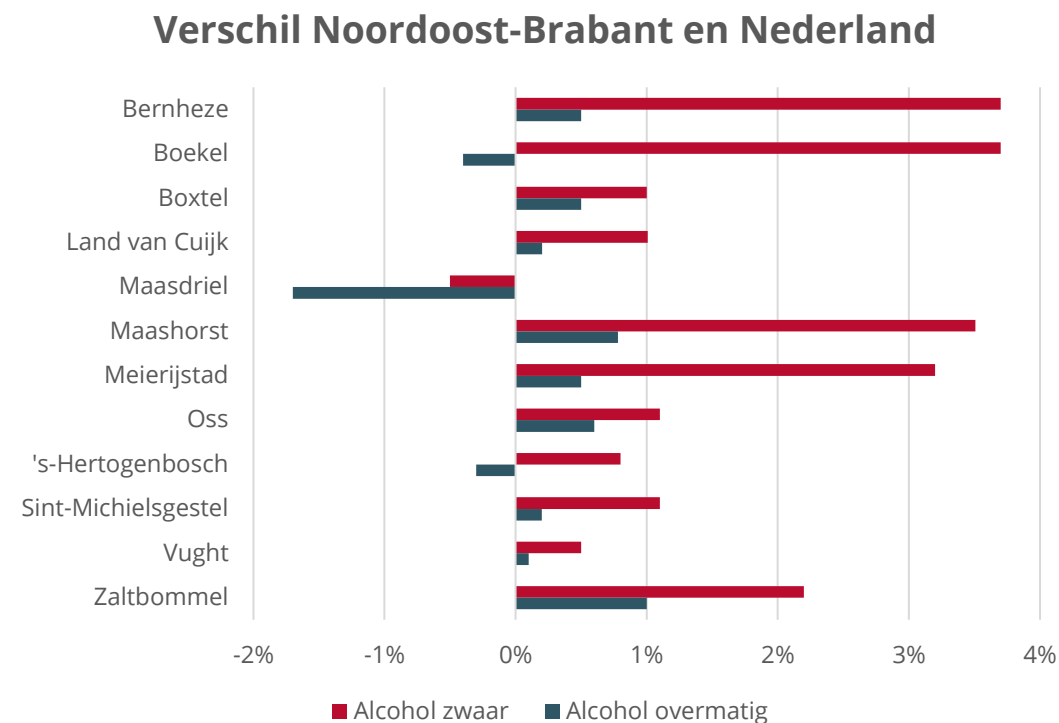
E. Leefstijlindicatoren: alcohol richtlijn

- In Noordoost-Brabant zijn er minder inwoners die voldoen aan de alcohol richtlijn dan landelijk gemiddeld. Dit geldt voor elke gemeente behalve voor Oss en Zaltbommel.



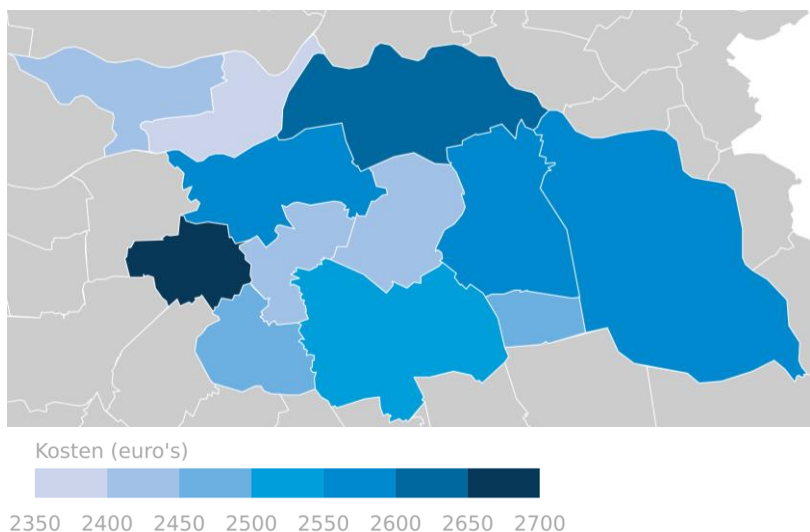
E. Leefstijlindicatoren: alcoholgebruik

- Zwaar alcoholgebruik ligt in de regio dan ook hoger dan landelijk gemiddeld. Ook dit is in vrijwel elke gemeente het geval.

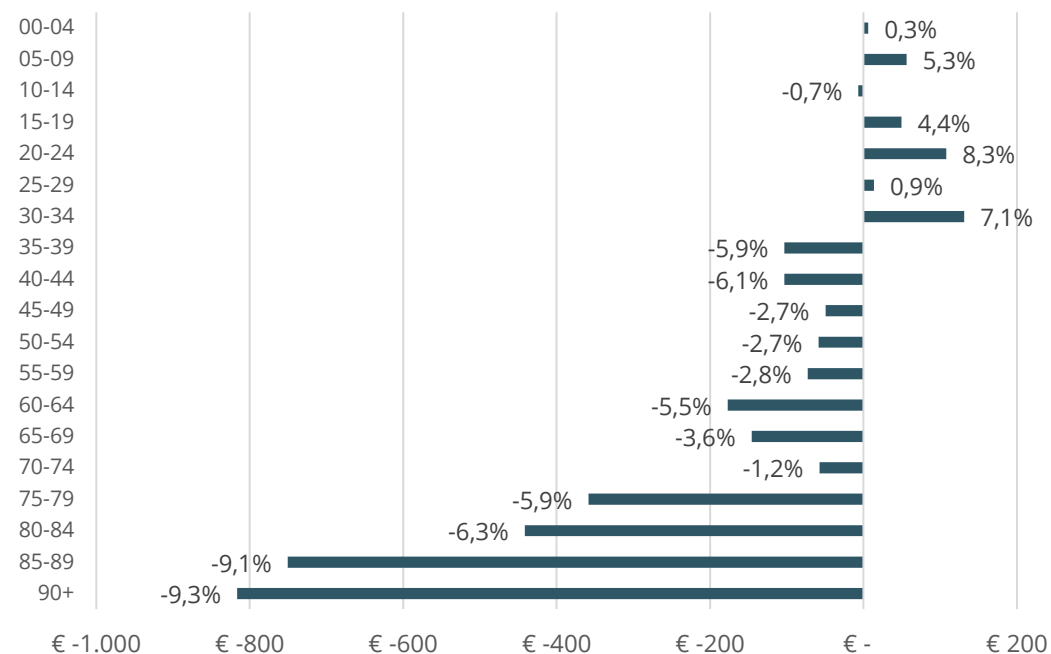


F. Zorgkosten (Zvw totaal)

- Opvallend is dat onder de 35 de zorgkosten voor de Zvw per inwoner (in die leeftijdscategorie) wat hoger liggen dan landelijk gemiddeld, terwijl dit voor alle leeftijdsgroepen boven de 35 juist een stuk lager ligt.



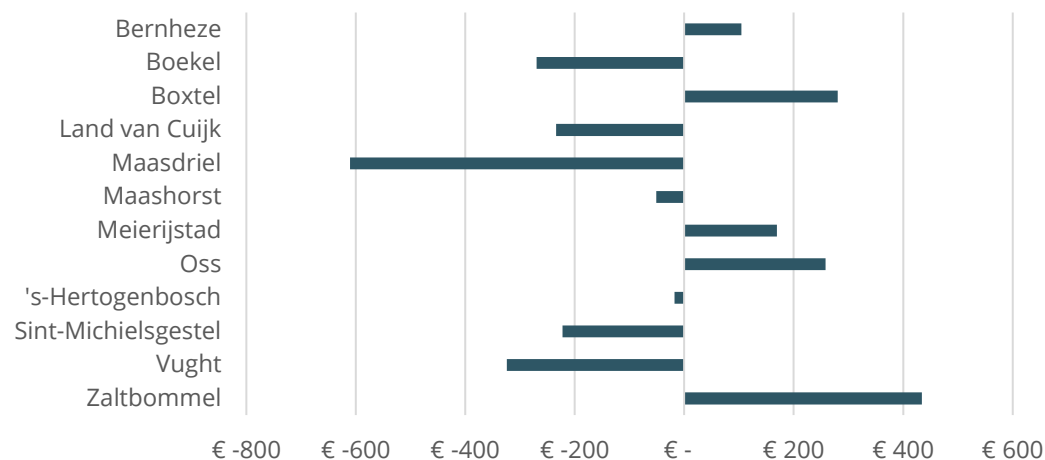
Verskil Noordoost-Brabant en Nederland



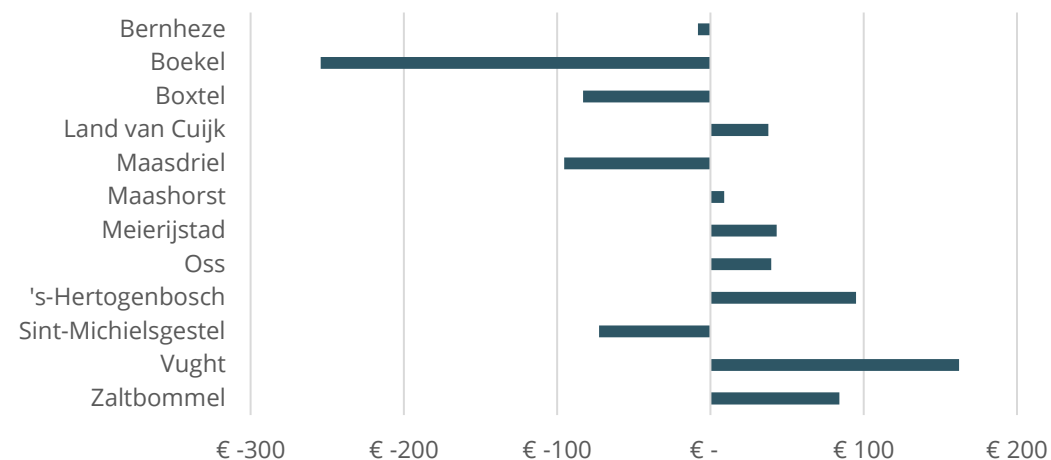
F. Zorgkosten (Zvw totaal)

- Er zit behoorlijk wat spreiding in zorgkosten voor de Zvw per inwoner voor kinderen. Voor kinderen van 0-4 liggen vooral in Maasdriel, Vught, Boekel, Sint-Michielsgestel en Land van Cuijk de zorgkosten een stuk lager dan landelijk gemiddeld. Voor kinderen tussen de 5 en 19 gaat het om Boekel, Maasdriel, Boxtel en Sint-Michielsgestel.

Zvw-kosten 0-4 jaar t.o.v. Nederland



Zvw-kosten 5-19 jaar t.o.v. Nederland



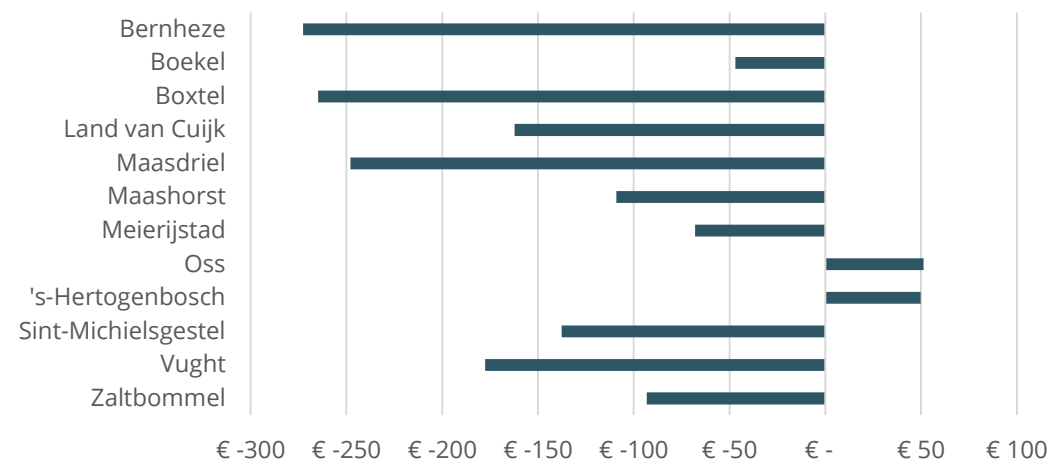
F. Zorgkosten (Zvw totaal)

- In de groep 20-34 jaar valt vooral op dat de kosten per persoon voor de Zvw in Vught hoog liggen.
- Voor de leeftijdsgroep tussen de 35 en 64 liggen de kosten voor de Zvw in alle gemeenten op Oss en 's-Hertogenbosch na een stuk lager dan landelijk gemiddeld.

Zvw-kosten 20-34 jaar t.o.v. Nederland



Zvw-kosten 35-64 jaar t.o.v. Nederland



F. Zorgkosten (Zvw totaal)

- Ook onder ouderen (65-79 en 80+) liggen de zorgkosten voor de Zvw voor vrijwel alle gemeenten lager dan landelijk gemiddeld.

Zvw-kosten 65-79 jaar t.o.v. Nederland

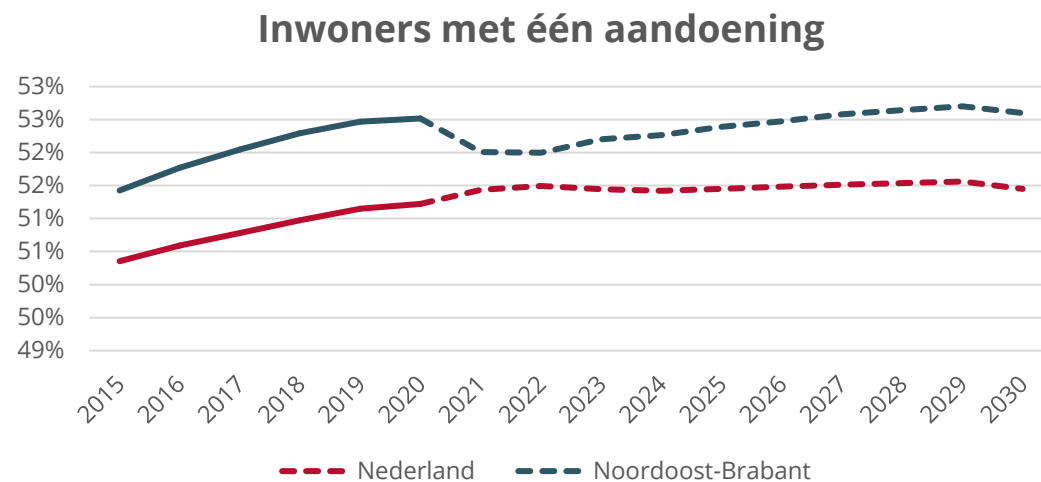
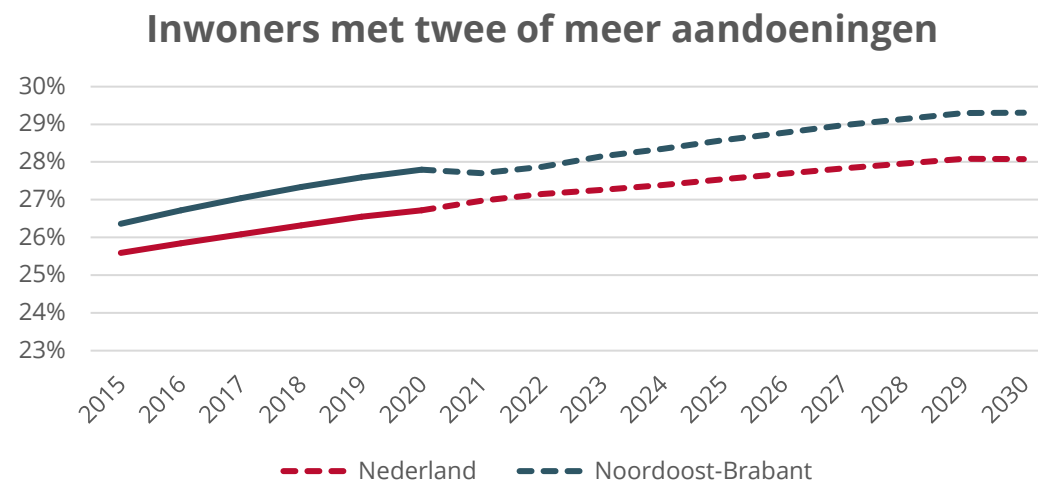


Zvw-kosten 80+ jaar t.o.v. Nederland



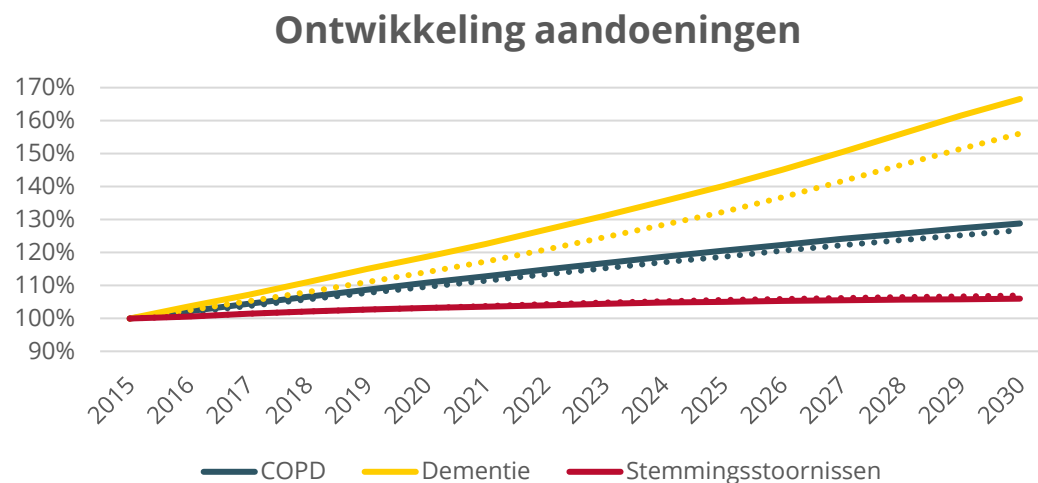
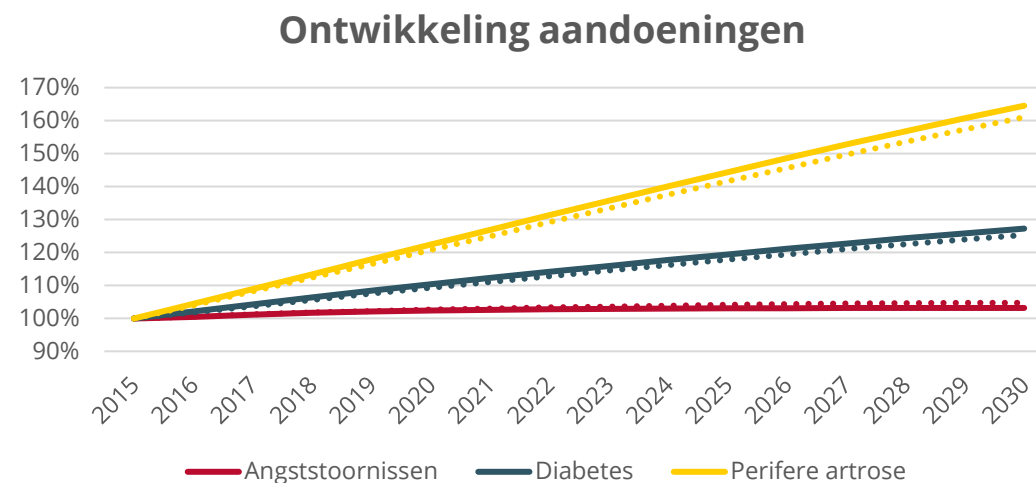
G. Prevalentie van aandoeningen

- Zowel het percentage inwoners met één aandoening als twee of meer aandoeningen ligt iets hoger dan landelijk gemiddeld. Dit zal naar verwachting ook zo blijven in de toekomst.



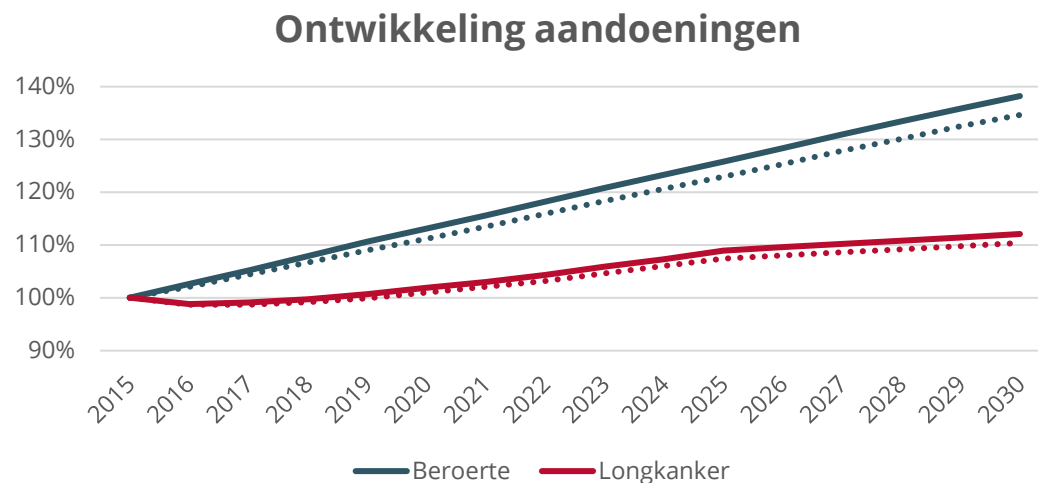
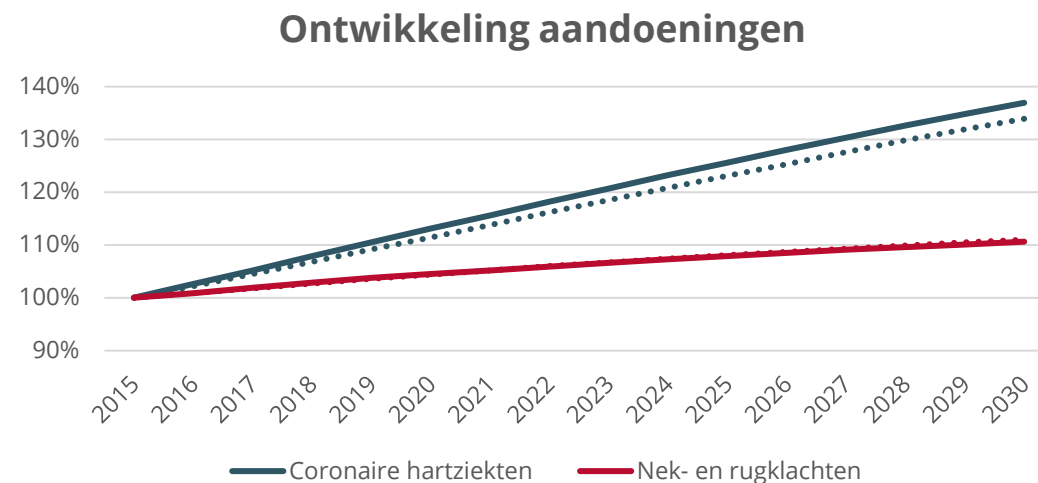
G. Prevalentie van aandoeningen

- De prevalentie van stemmings- en angststoornissen neemt in de toekomst minder hard toe dan landelijk.
- COPD, dementie, diabetes en perifere artrose nemen landelijk behoorlijk toe, en in de regio is dit in nog grotere mate het geval. Vooral voor dementie is de stijging groter.



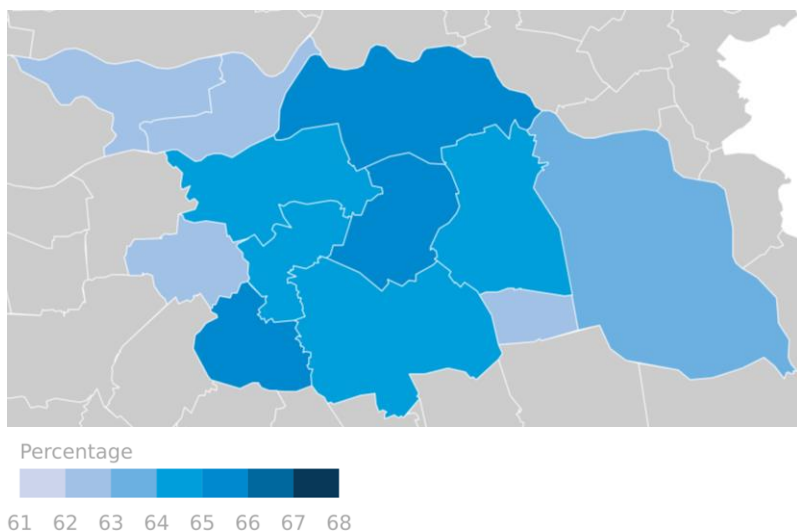
G. Prevalentie van aandoeningen

- Beroertes en coronaire hartziekten zullen in de toekomst ook iets meer toenemen in de regio dan landelijk gemiddeld, maar voor beiden is de landelijke stijging ook behoorlijk.

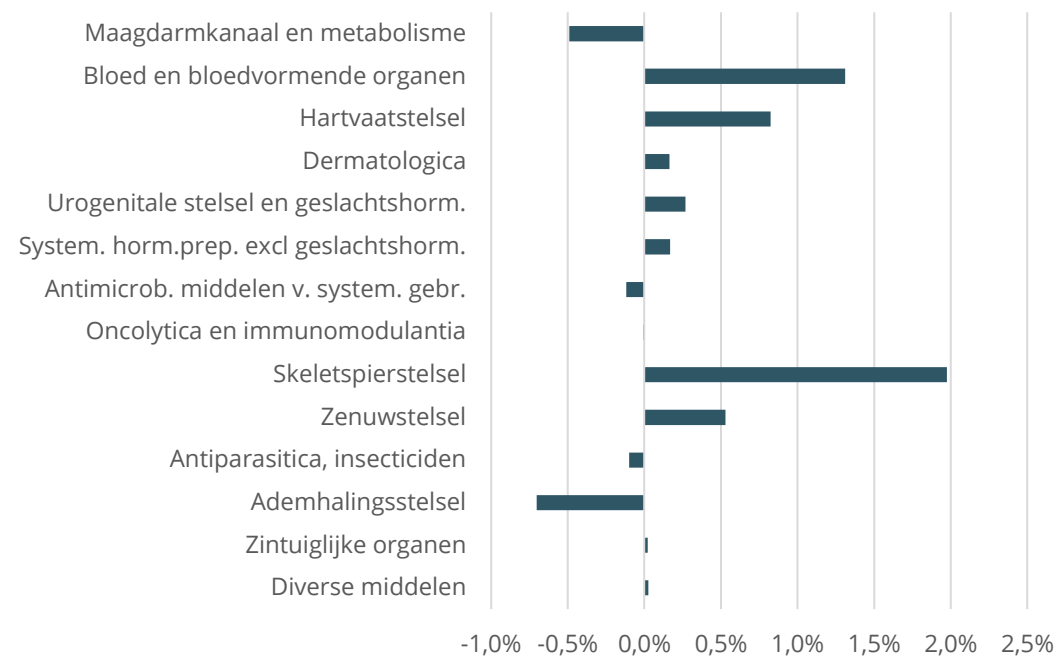


H. Medicijngebruik

- Voor veel medicijnen ligt het procentuele gebruik iets hoger dan landelijk gemiddeld. Dit geldt vooral voor medicijngebruik t.a.v. het skeletspierstelsel, bloed en bloedvormende organen en het hartvaatstelsel.



Medicijngebruik t.o.v. Nederland



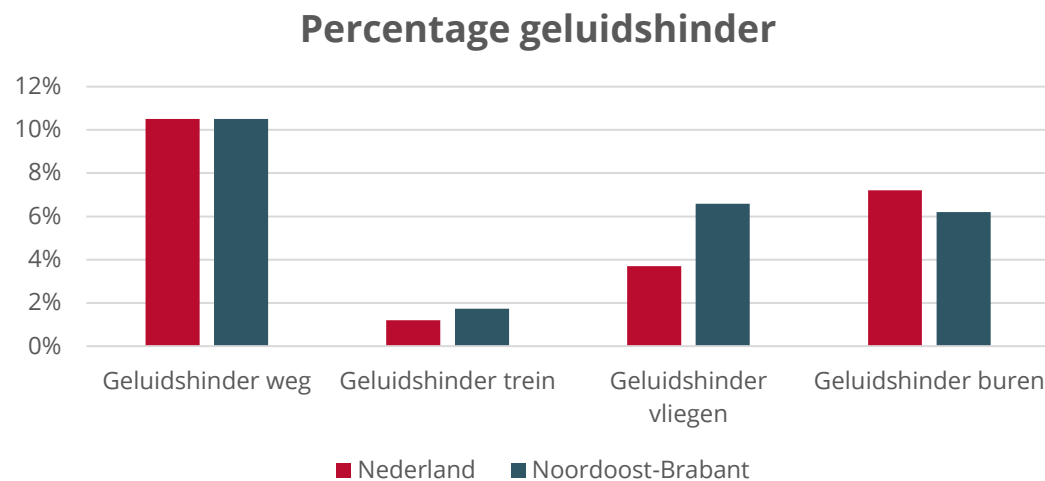
4. Fysieke omgeving

- A. Ernstige geluidshinder
- B. Grondgebruik
- C. Afstand tot recreatie

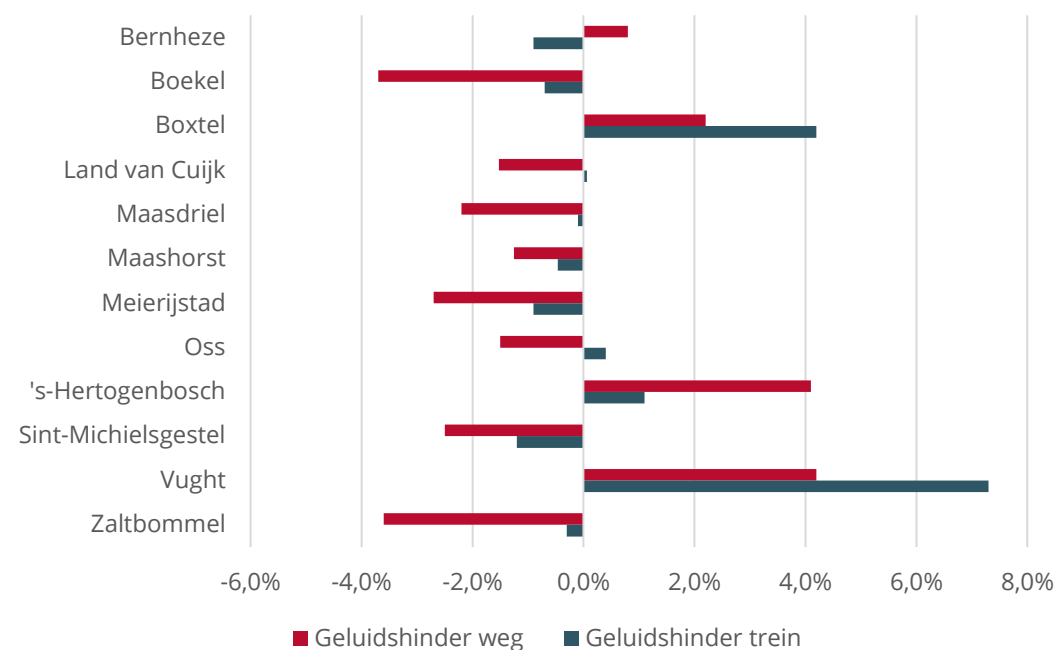


A. Ernstige geluidshinder

- In de regio ondervinden inwoners gemiddeld meer geluidshinder door vliegverkeer dan landelijk gemiddeld. Geluidshinder door weggebruikers ligt alleen in 's-Hertogenbosch, Vught en Boxtel hoger dan landelijk gemiddeld. In deze drie gemeenten is ook de geluidsoverlast door treinen hoger.



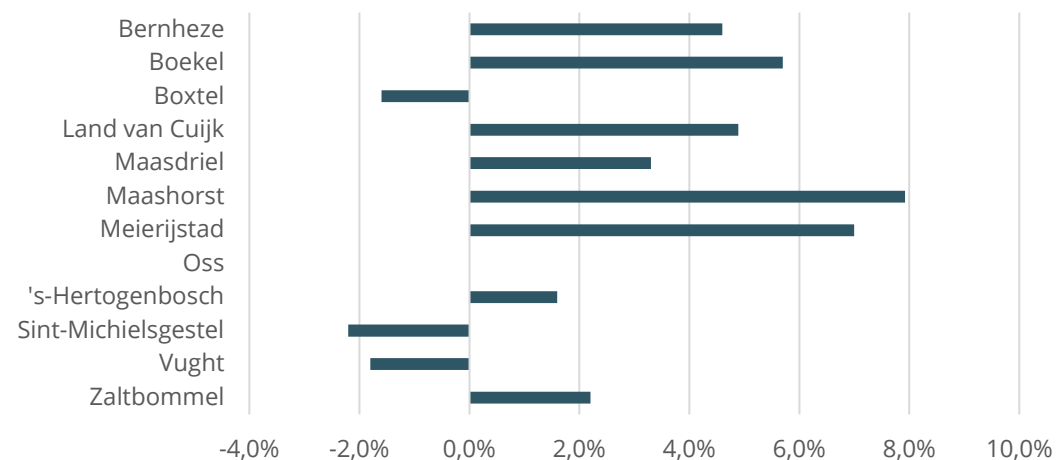
Verskil Noordoost-Brabant en Nederland



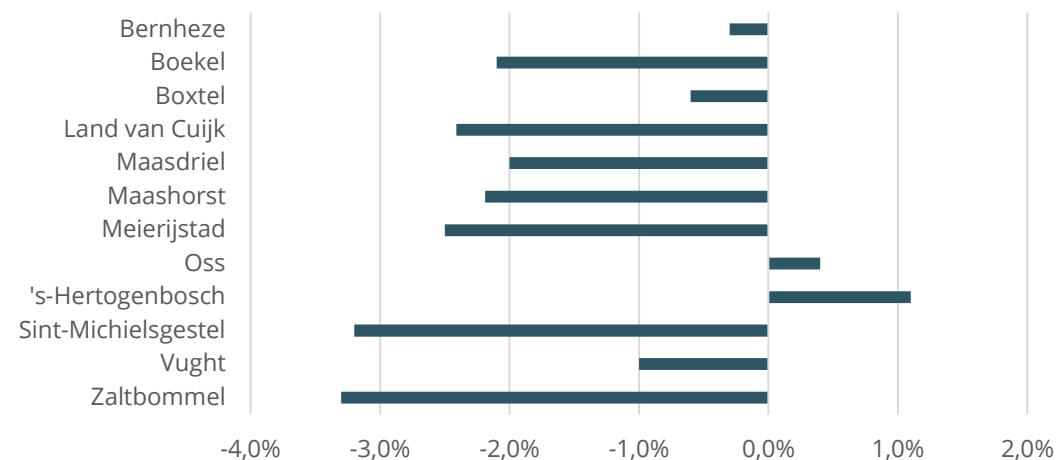
A. Ernstige geluidshinder

- In vrijwel alle gemeenten is er relatief veel geluidshinder door vliegverkeer.
- Geluidshinder door buren ligt alleen in Oss en 's-Hertogenbosch hoger dan landelijk gemiddeld.

Geluidshinder door vliegen t.o.v. Nederland



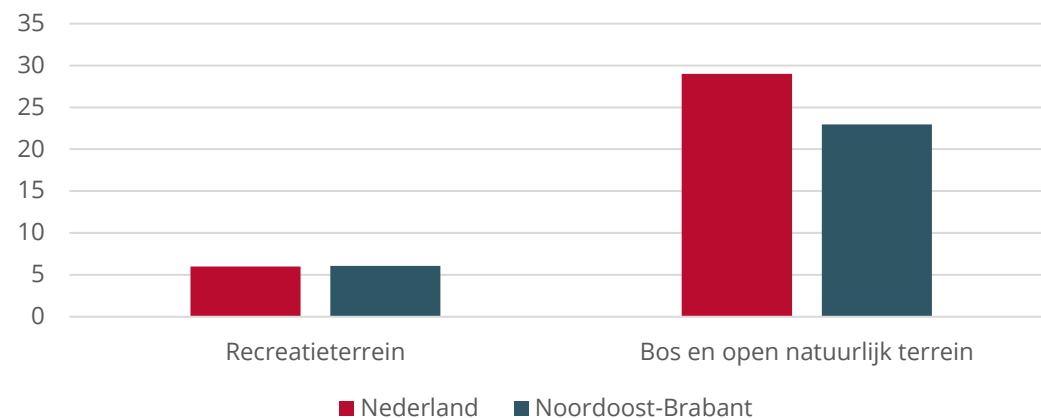
Geluidshinder door buren t.o.v. Nederland



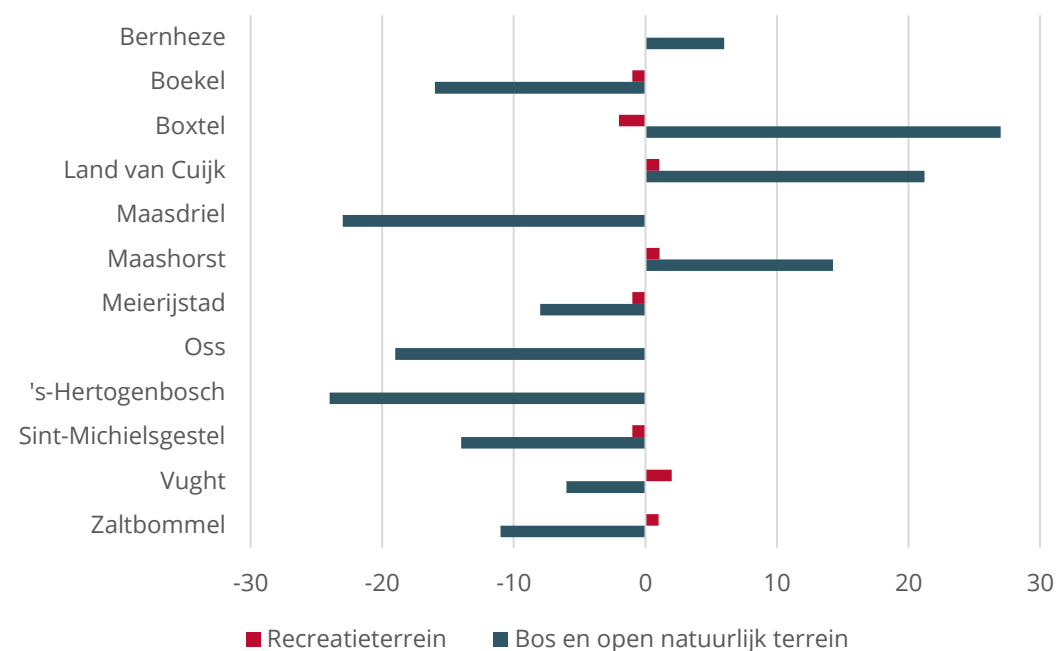
B. Grondgebruik

- Er is relatief weinig bos en open natuurlijk terrein in de regio.
- Hierin zijn grote verschillen tussen gemeenten. Sommige gemeenten scoren twee maal zo hoog als landelijk gemiddeld, en anderen juist twee maal zo laag.

Grondgebruik (hectaren per 1.000 inwoners)



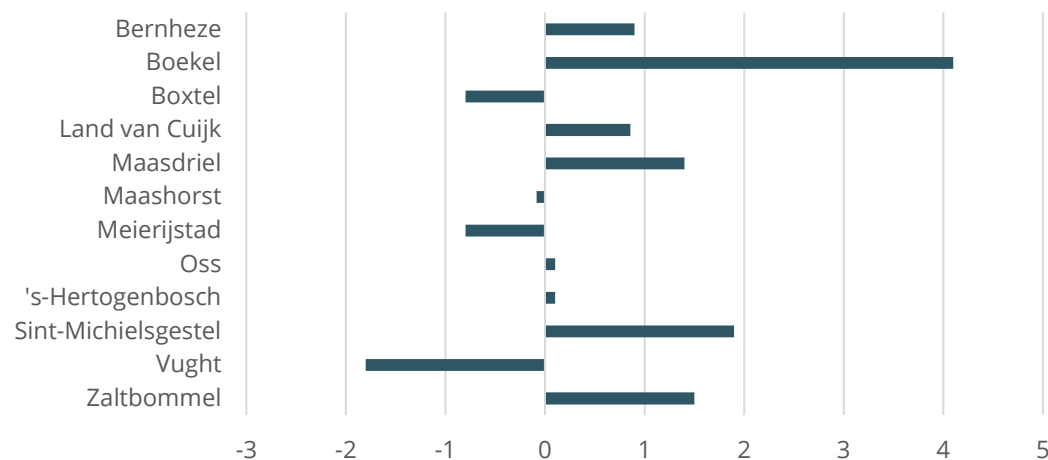
Verskil Noordoost-Brabant en Nederland



C. Afstand tot recreatie

- In de meeste gemeenten verschilt de afstand tot zwembaden, sportterreinen en openbaar groen slechts een paar honderd meter van het landelijk gemiddelde

Afstand tot zwembad (km t.o.v. Nederland)



Verskil Noordoost-Brabant en Nederland



5. Arbeidsmarkt

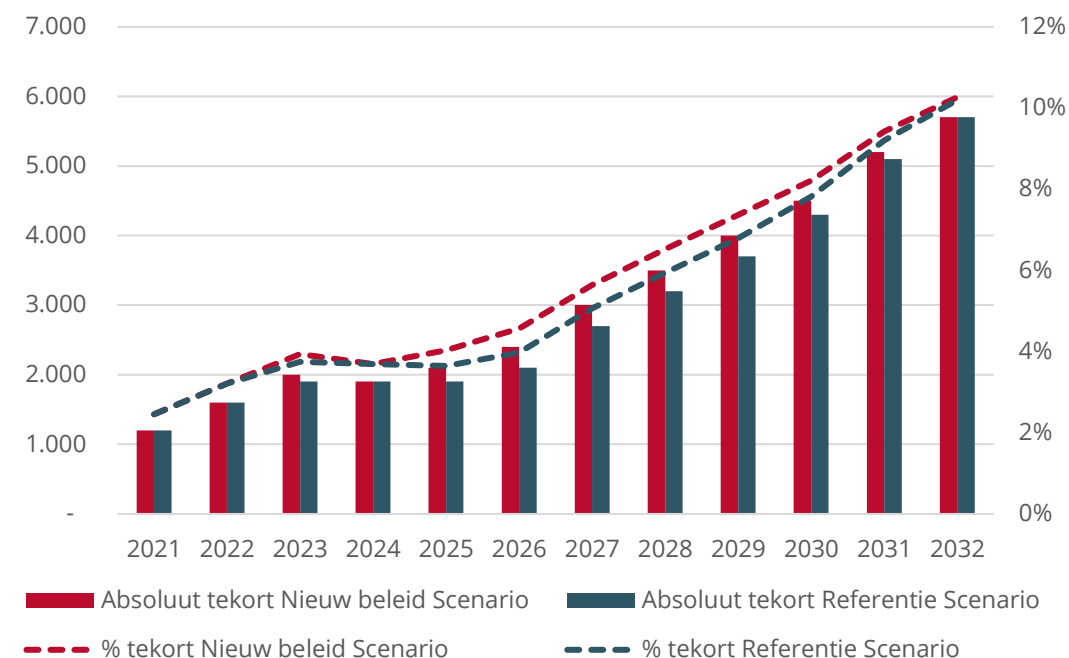
- A. Personeelstekort in de regio
- B. Leeftijdsopbouw in zorg en welzijn
- C. In- en uitstroom zorg en welzijn
- D. Mantelzorgpotentieel



A. Personeelstekort in de regio

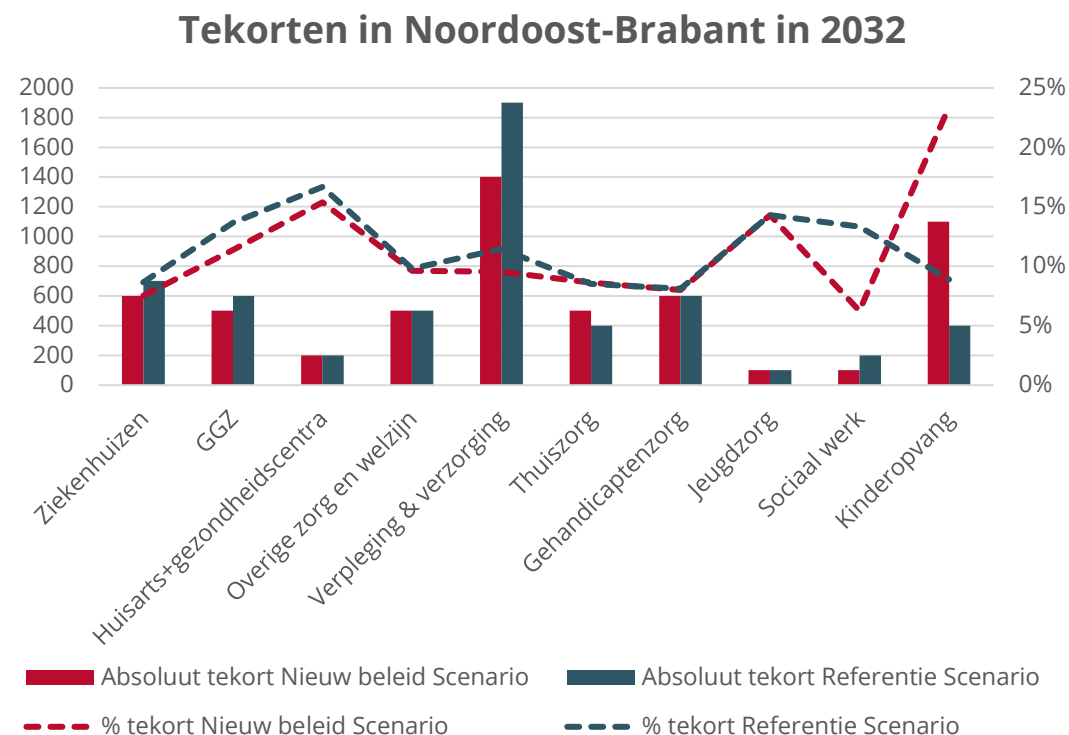
- In de figuur is voor twee scenario's het verwachte personeelstekort te zien
 - In het 'nieuw beleid scenario' is rekening gehouden met de (cijfermatige) doelstellingen van de IZA, de WOZO en het regeerakkoord. De impact van de later afgesloten GALA en TAZ zijn nog niet doorgerekend in dit model.
 - In het 'referentie scenario' is geen rekening gehouden met overheidsbeleid. Deze prognoses zijn berekend op basis van historische trends en demografische ontwikkelingen.
- Dat het arbeidsmarkttekort harder stijgt bij het 'Nieuw beleid Scenario' komt doordat in dit scenario rekening is gehouden met het gratis maken van de kinderopvang (regeerakkoord). Dit zorgt voor een sterke groei in het tekort aan medewerkers in de kinderopvang.

Arbeidsmarktprognose Noordoost-Brabant



A. Personeelstekort per branche

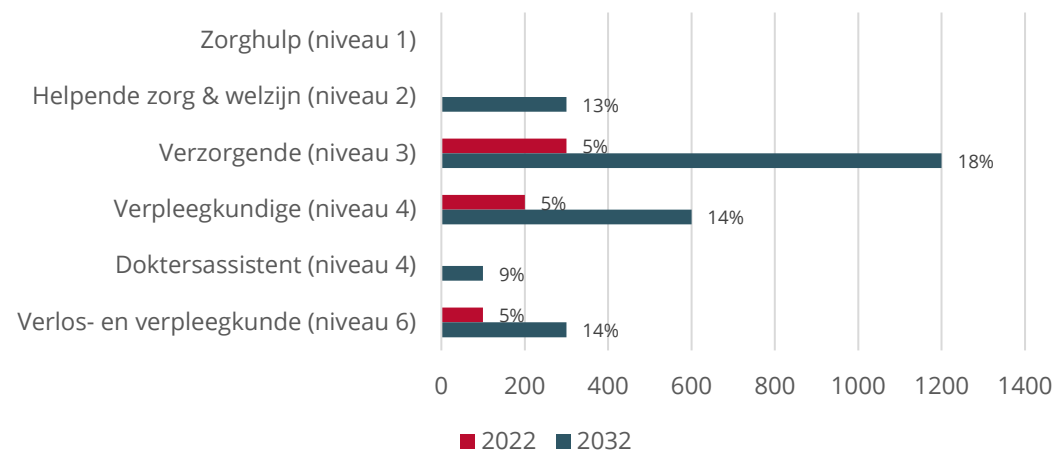
- De impact van overheidsbeleid (IZA, WOZO en regeerakkoord) is vooral terug te zien in de VVT en de kinderopvang.
- Binnen de VVT zorgt met name de verplaatsing van zorg vanuit de WOZO; gericht op langer thuis wonen, voor een kleiner tekort in de verpleging en verzorging en juist een groter tekort in de thuiszorg.
- Het gratis maken van de kinderopvang zorgt naar verwachting voor een veel grotere vraag naar kinderopvang. Deze grote vraag kan echter niet vervuld worden, waardoor het personeelstekort in de kinderopvang naar verwachting hard stijgt. Deze berekening is gemaakt voordat bekend werd dat het gratis maken van de kinderopvang voorlopig wordt uitgesteld door de regering.
- In absolute aantallen zijn de tekorten het grootst in de verpleging en verzorging. Relatief gezien zijn de tekorten echter het grootste in de jeugdzorg en de huisartsen en gezondheidscentra.



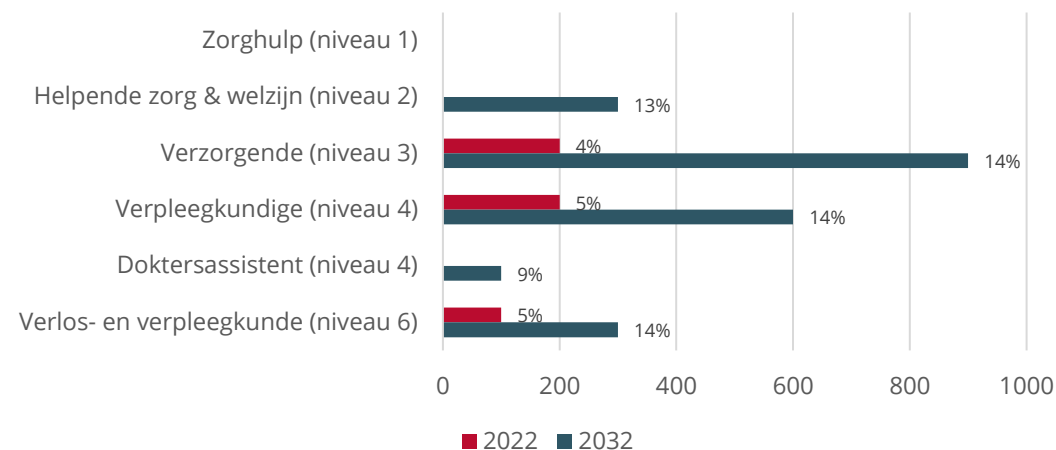
A. Personeelstekort in de regio: Zorg

- In vrijwel alle sectoren in de zorg wordt een toename in personeelstekort verwacht de komende 10 jaar. De uitgesplitste beroepsgroepen sluiten aan op de kwalificatiedossiers met dezelfde naam.
- Qua absolute aantallen zijn de tekorten het grootst voor de verpleegkundige- en verzorgende beroepen. In de relatieve personeelstekorten komen echter vergelijkbare tekorten naar voren voor de verlos- en verpleegkundige beroepen en de helpende zorg en welzijn.

Arbeidstekorten zorg (referentiescenario)



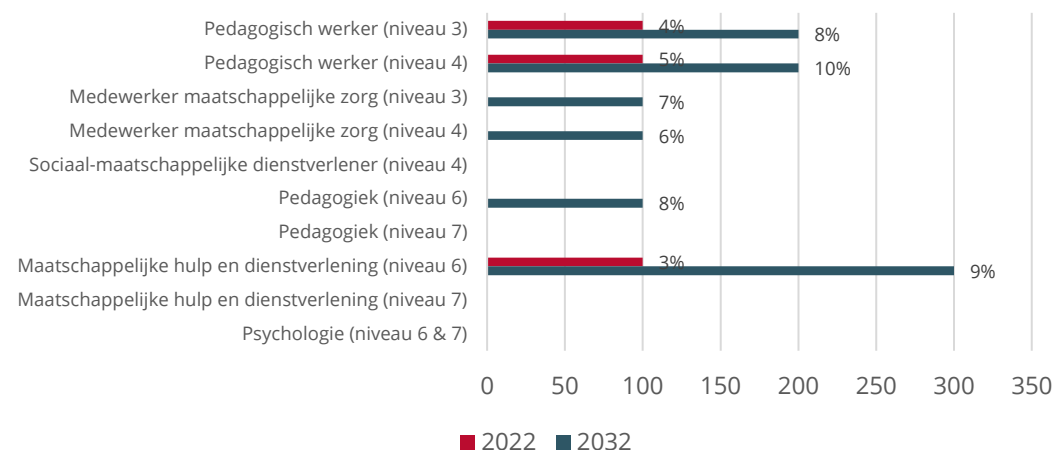
Arbeidstekorten zorg (nieuw beleid)



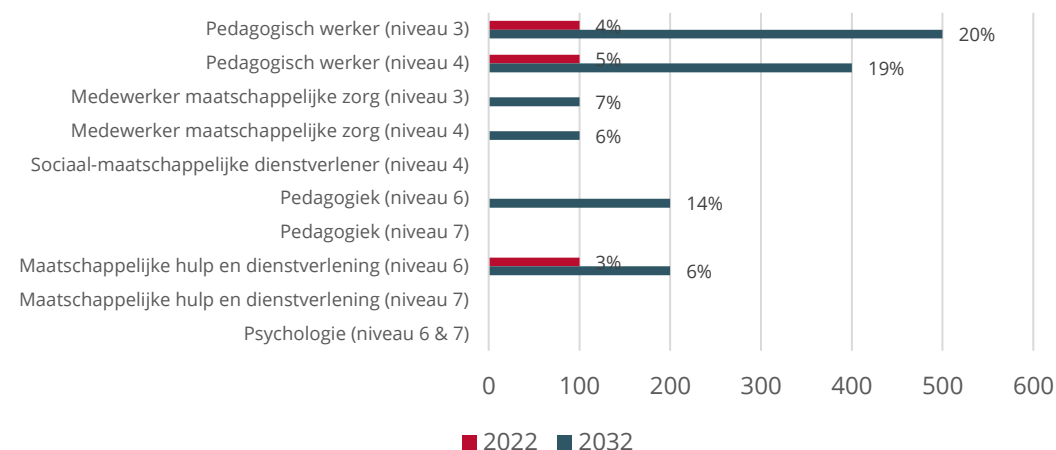
A. Personeelstekort in de regio: Welzijn

- In vrijwel alle sectoren in de welzijn wordt een toename in de personeelstekorten verwacht. De uitgesplitste beroepsgroepen sluiten aan op de kwalificatiedossiers met dezelfde naam.
- Qua absolute aantallen zijn de tekorten het grootst in de maatschappelijke hulp en dienstverlening en bij de pedagogisch werkers. Dit zijn medewerkers met de kwalificatie 'pedagogisch medewerker kinderopvang' (niveau 3) of 'gespecialiseerd pedagogisch medewerker' (niveau 4). Wat relatieve tekorten betreft zijn er ook in de maatschappelijke zorg en pedagogiek tekorten. In het 'nieuw beleid' scenario liggen de meeste tekorten hoger dan in het referentiescenario.

Arbeidstekorten welzijn (referentiescenario)



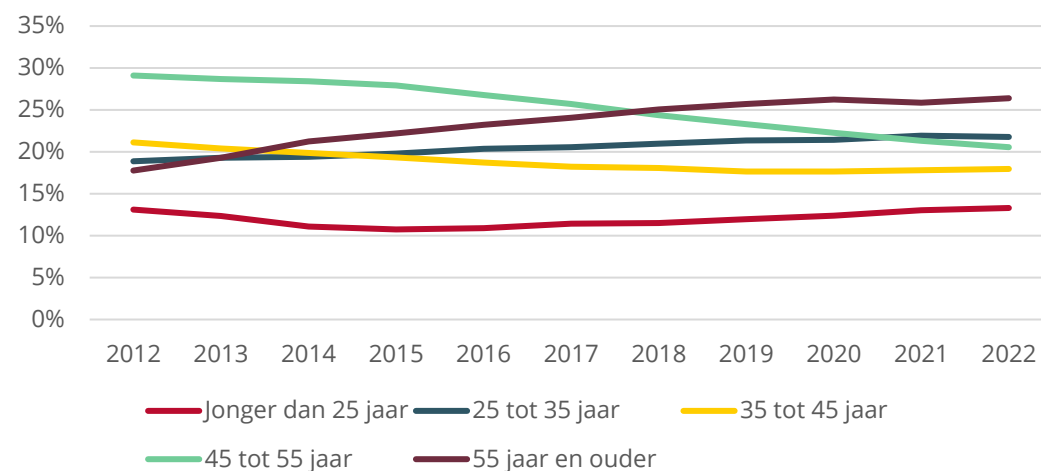
Arbeidstekorten welzijn (nieuw beleid)



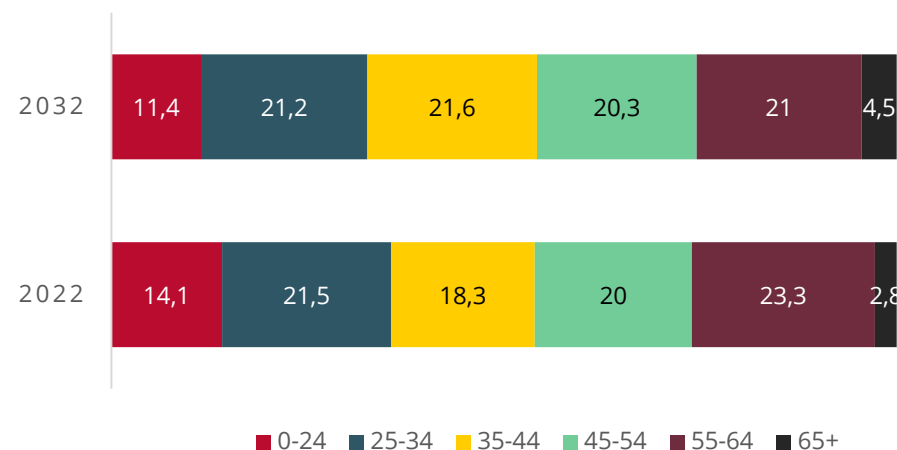
B. Leeftijdsopbouw in zorg en welzijn

- Het aandeel medewerkers van 55 jaar en ouder is in 10 jaar tijd hard gestegen. Dit komt deels door het ouder worden van de babyboomgeneratie. Daarnaast zorgt het verhogen van de pensioenleeftijd er voor dat zorgmedewerkers langer doorwerken.
- Het aandeel medewerkers tussen de 45 en 55 jaar daalde juist in dezelfde periode.
- Het aandeel medewerkers jonger dan 25 jaar daalde tussen 2012 en 2014. Dit als gevolg van een lagere instroom door bezuinigingen in die periode.

Leeftijd medewerkers zorg en welzijn



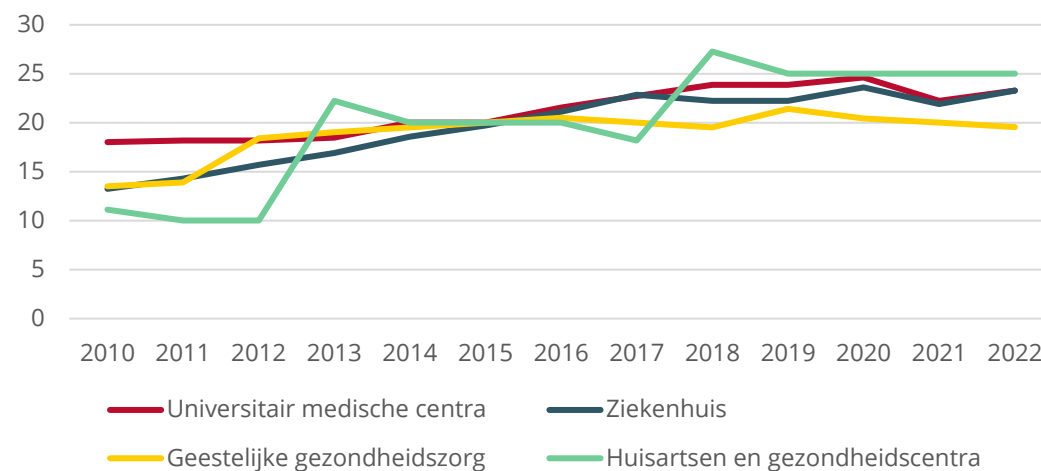
LEEFTIJDOPBOUW ZORG EN WELZIJN



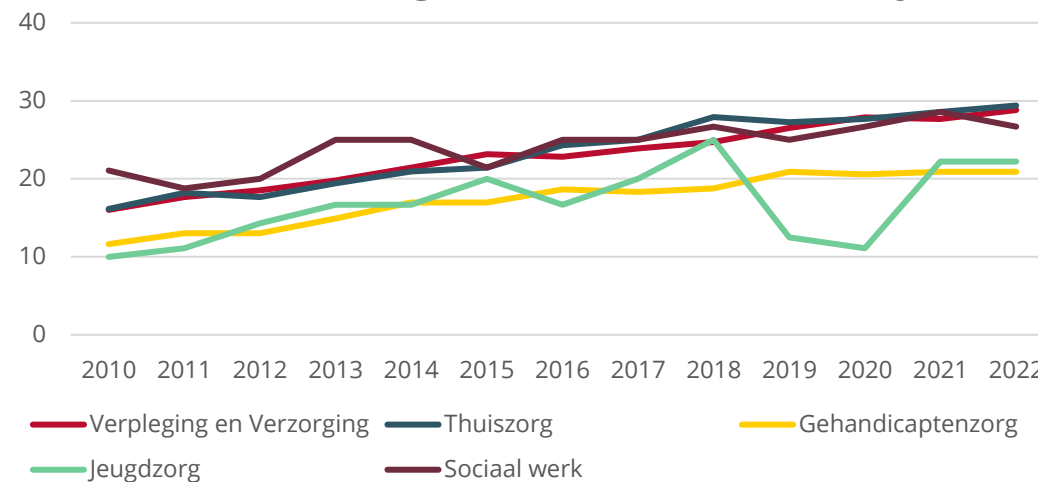
B. Leeftijdsopbouw in zorg en welzijn

- Het percentage 55+ medewerkers is de afgelopen jaren toegenomen, met name onder huisartsen en gezondheidscentra en in de thuiszorg.

Percentage 55+ medewerkers zorg



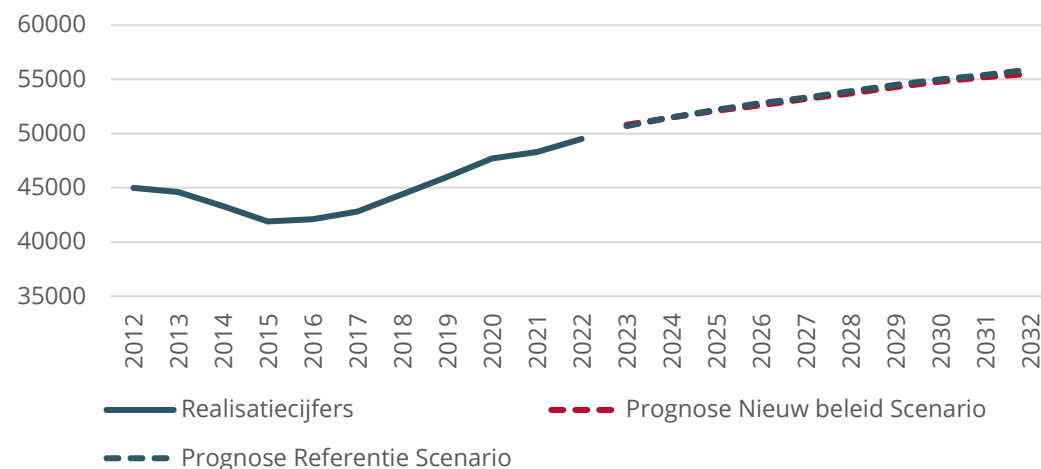
Percentage 55+ medewerkers welzijn



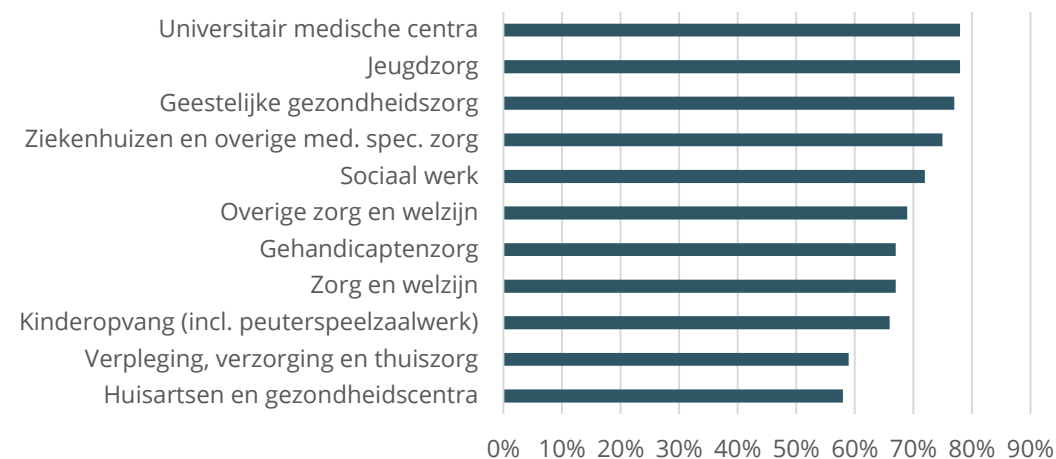
C. In- en uitstroom zorg en welzijn

- ▶ Tussen 2012 en 2023 steeg het aantal medewerkers in zorg en welzijn in Noordoost-Brabant met bijna 13 procent. Deze groei is ondanks een daling in het aantal zorgmedewerkers tussen 2012 en 2015 een gevolg van bezuinigingen. Beide prognoses scenario's verwachten een verdere stijging van het aantal medewerkers in zorg en welzijn. Dit zal echter niet groot genoeg zijn om de nog harder stijgende zorgvraag op te vangen. Daardoor lopen de arbeidsmarkttekorten toch nog op.
- ▶ In huisartsenzorg en VVT is de deeltijdsfactor het laagst, net als landelijk het geval is. Het verhogen van deze factor (hoewel moeilijk te realiseren) kan een effectieve maatregel zijn om het personeelstekort te verlagen.

Werknemers Noordoost-Brabant



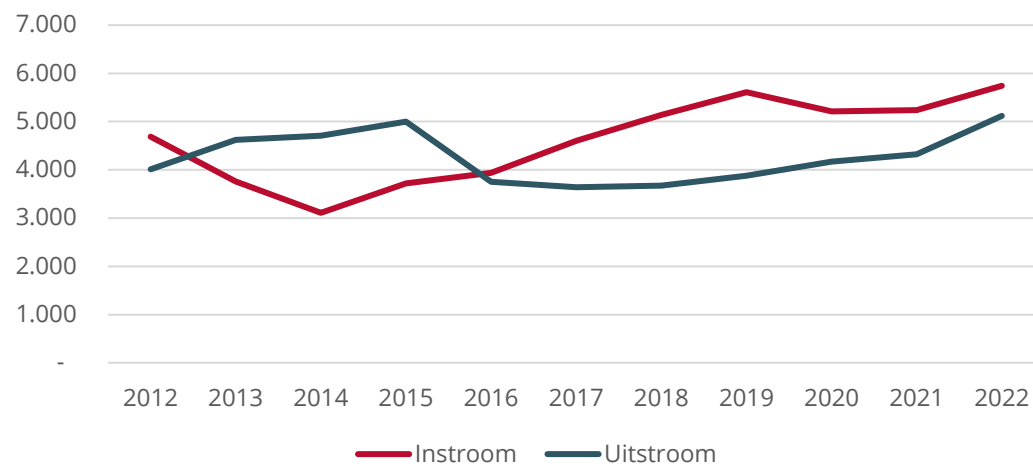
Deeltijdsfactor Q1 2022



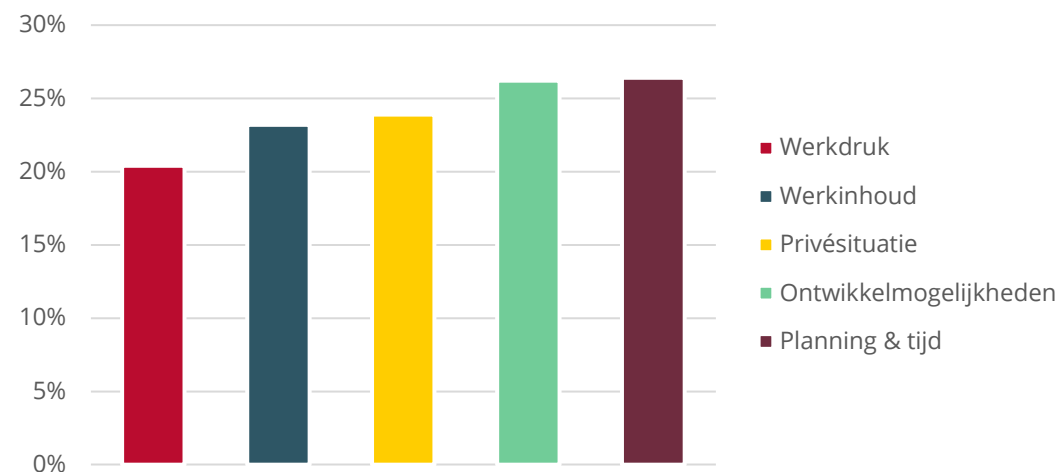
C. In- en uitstroom zorg en welzijn

- Sinds 2016 is de instroom in de sector weer groter dan de uitstroom. Dit zorgt voor een stijging van het totale aantal medewerkers in de sector.
- Planning & tijd was het meest genoemde vertrekthema in Noordoost-Brabant. Gevolgd door ontwikkelmogelijkheden en de privésituatie.
- Binnen het thema Planning & tijd was de vertrekreden 'Ik wilde niet meer onregelmatig werken' met 43,3% de belangrijkste reden voor vertrek. Gevolgd door 'Ik kon te weinig invloed uitoefenen op het rooster' (33,3%) en 'Mijn rooster wisselde te vaak' (27,6%).

Instroom en uitstroom personeel



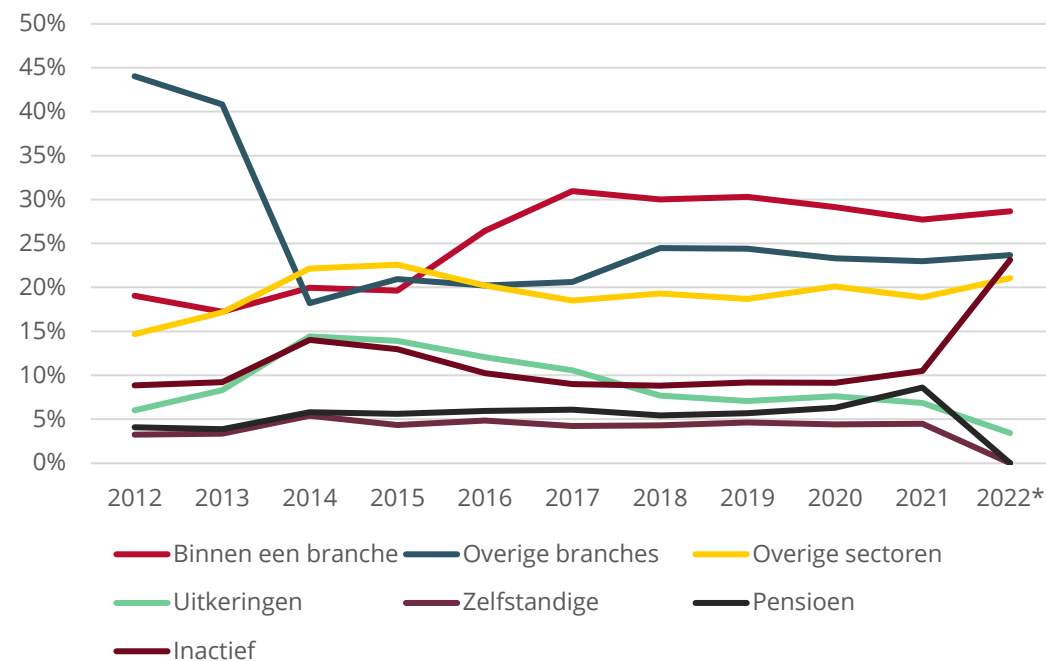
Redenen voor uitstroom



C. In- en uitstroom zorg en welzijn

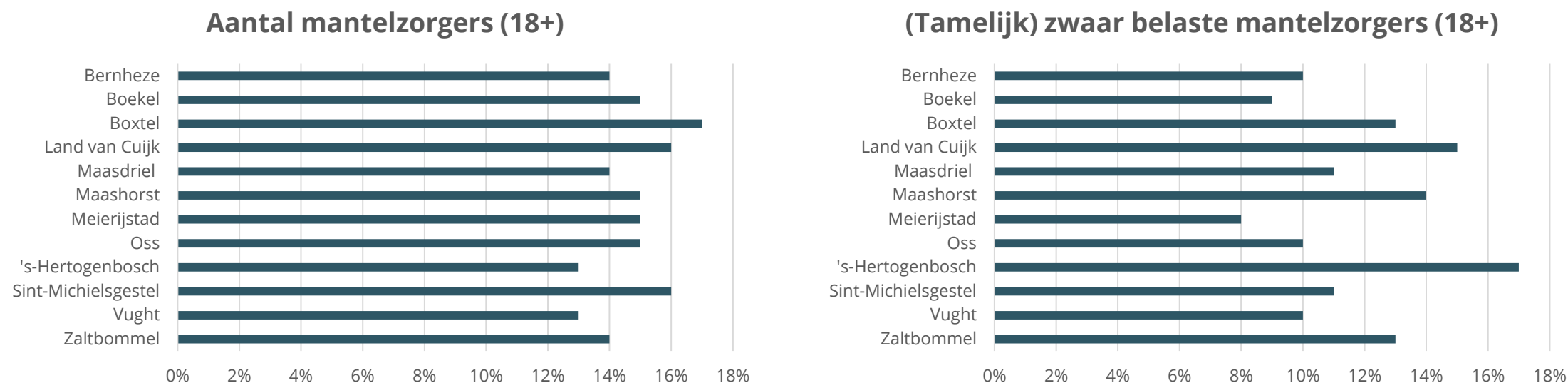
- Ruim de helft van de medewerkers die van baan wisselt, blijft binnen de sector werken.
- De cijfers over 2022 zijn nog niet definitief. Daardoor valt de bestemming naar 'inactief' nu nog hoger uit. Een deel van deze personen wordt nog herverdeeld over de andere bestemmingen.
- De hoge piek in de uitstroom naar overige branches in 2012 en 2013 is waarschijnlijk het gevolg van een administratieve (stelsel)wijzigingen.

Bestemming van uitstroom



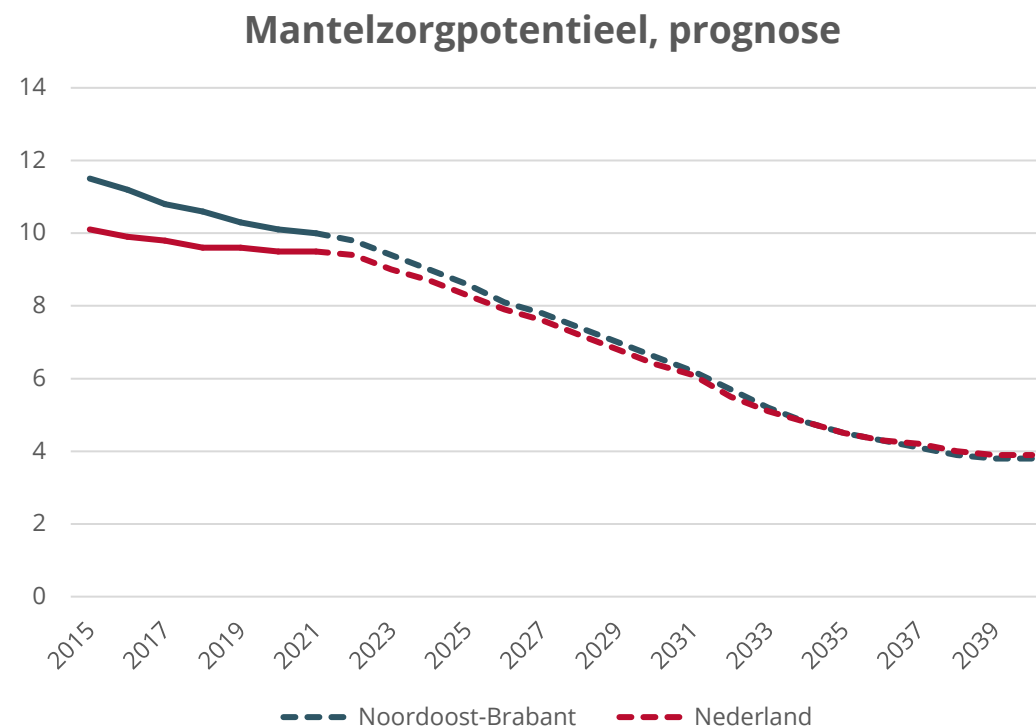
D. Mantelzorgpotentieel

- Het percentage inwoners dat mantelzorger is, verschilt weinig tussen de gemeenten. De meeste mantelzorgers zijn er in Boxtel (17%) en de minste in 's-Hertogenbosch en Vught (13%).
- De belasting van mantelzorgers verschilt wel tussen de gemeenten. Gemiddeld geeft 13% van de mantelzorgers aan (tamelijk) zwaar belast te zijn. In Meierijstad ligt dit met 8% het laagste en in 's-Hertogenbosch met 17% het hoogst.

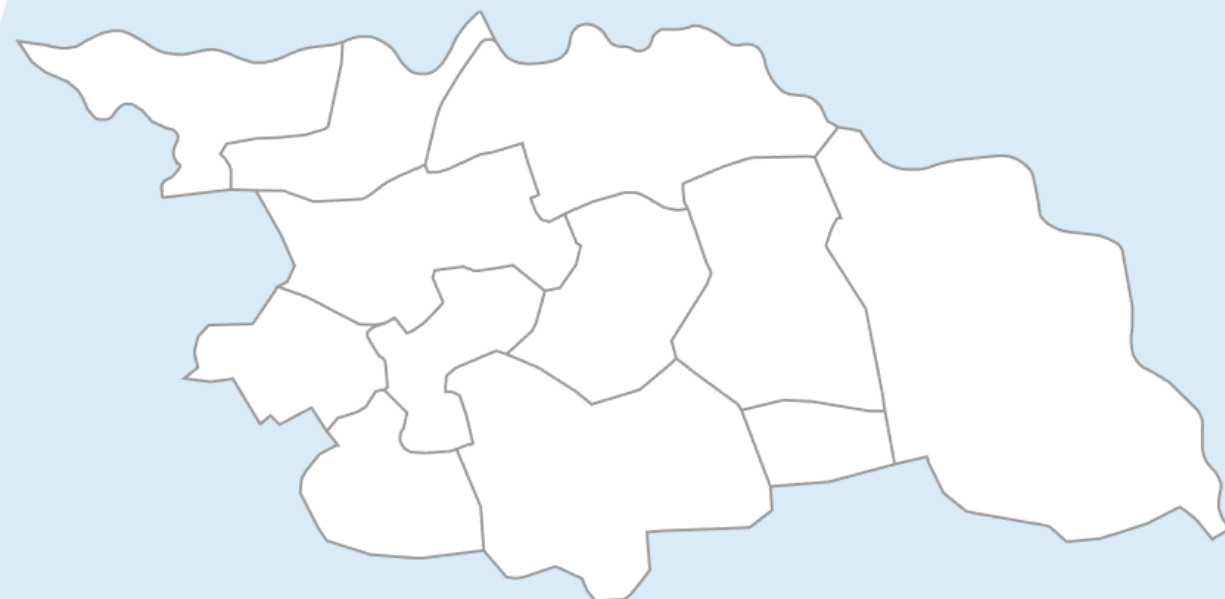


D. Mantelzorgpotentieel

- Het mantelzorgpotentieel (het percentage 55 tot 65 jarigen ten opzichte van het aantal inwoners van 84 jaar en ouder) daalt in de periode 2023 van 9,4 naar 3,8; dit is meer dan een halvering.
- De daling is groter dan landelijk het geval is, maar hierbij dient bij vermeld te worden dat het mantelzorgpotentieel van de regio Noordoost-Brabant in het verleden ook hoger heeft gelegen dan het landelijk gemiddelde.



B. Zorg in de regio (per sector)



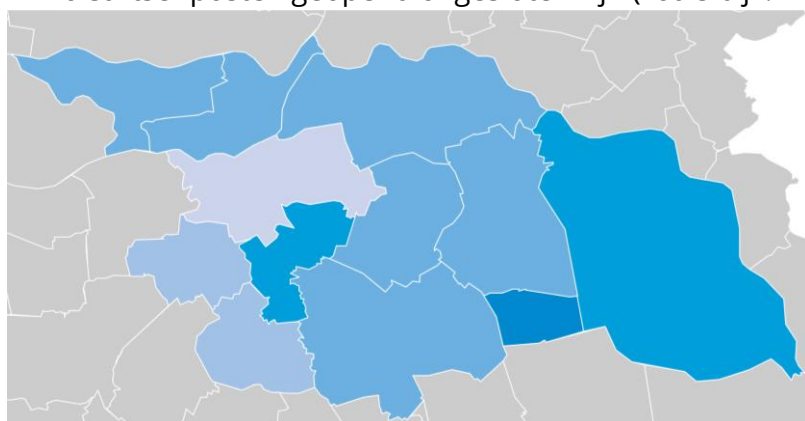
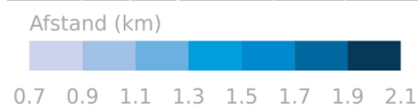
6. Huisartsenzorg

- A. Aanbod
- B. Consulten
- C. Zorgkosten
- D. Capaciteit
- E. Arbeidsmarkt huisartsenzorg

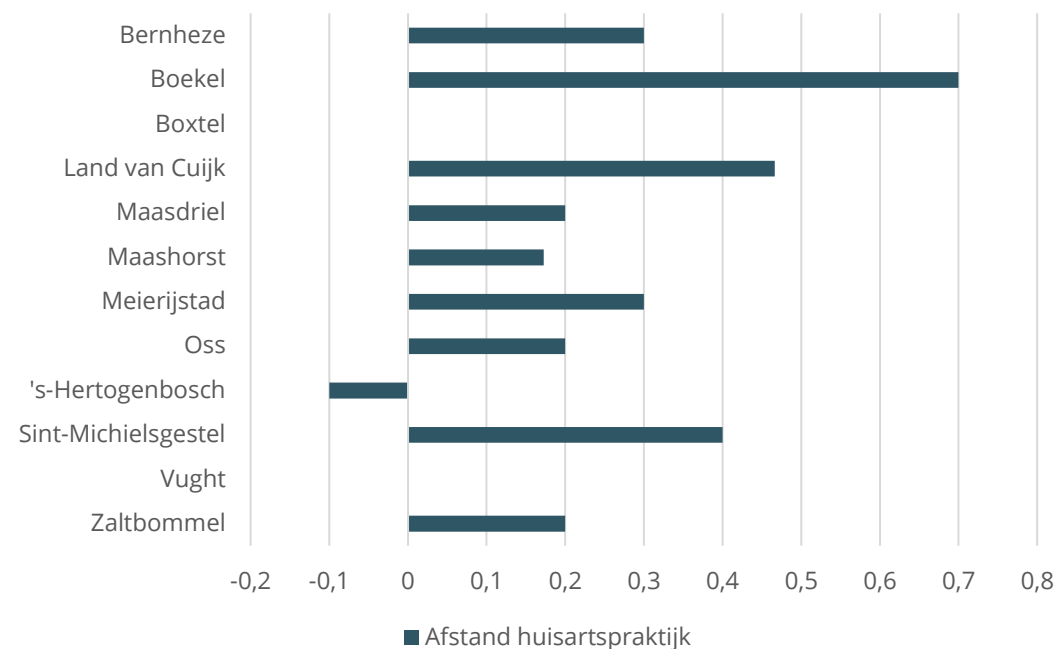


A. Aanbod

- Op 's-Hertogenbosch na ligt de afstand tot een huisartspraktijk in alle gemeenten hoger dan landelijk gemiddeld. Het landelijk gemiddelde is ongeveer een kilometer. De afstanden in Boxtel en Vught zijn gelijk aan het gemiddelde.
- De gegevens over de afstanden komen uit 2020. In de tussentijd kunnen er huisartsenposten geopend of gesloten zijn (zoals bijv. in Oss het geval is),

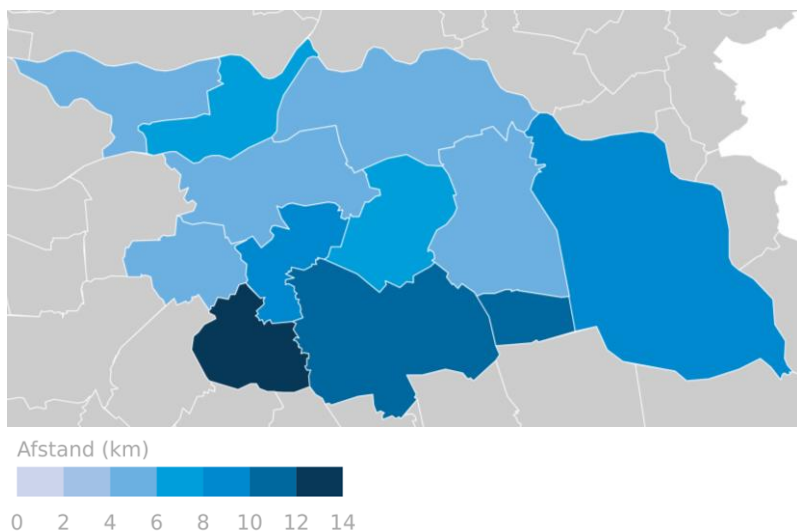


Vershil Noordoost-Brabant en Nederland

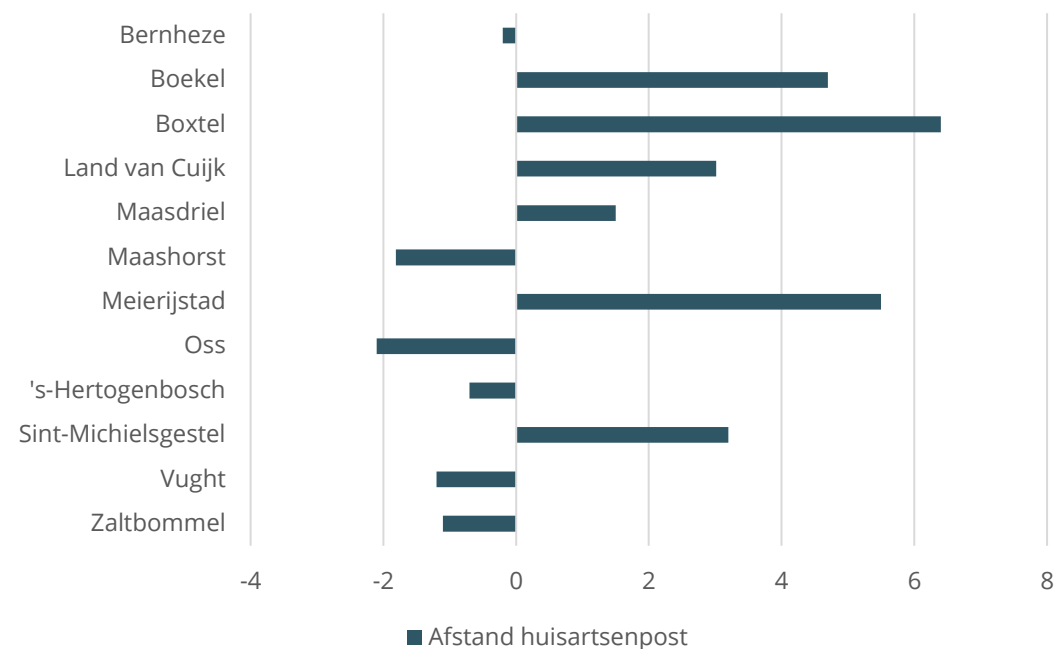


A. Aanbod

- Ook de afstand tot de eerste huisartsenpost ligt in de meeste gemeenten een stuk hoger dan landelijk gemiddeld. Voor een aantal gemeenten scheelt dit tot wel 4 km (ten opzichte van een landelijk gemiddelde van 6,5 km).

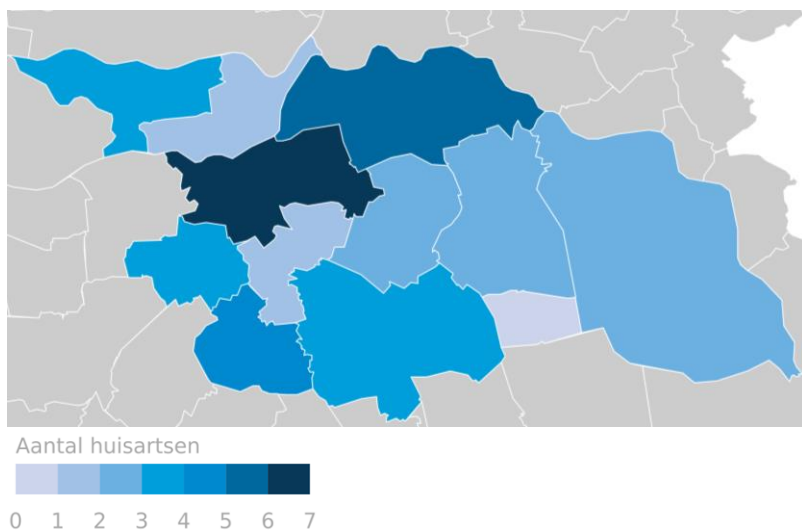


Verschil Noordoost-Brabant en Nederland

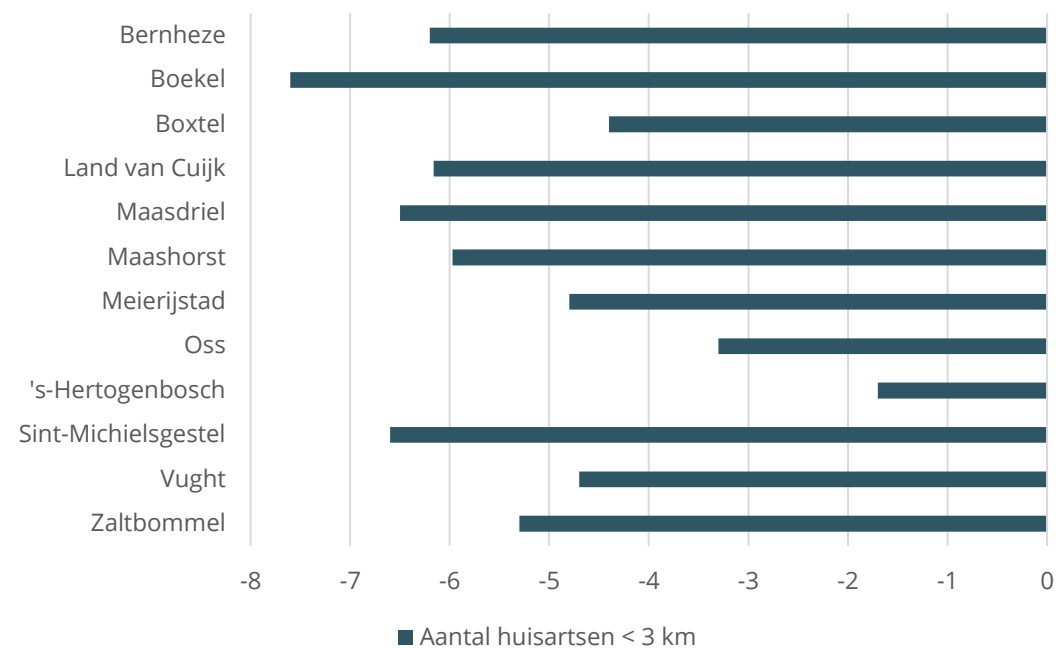


A. Aanbod

- Het aantal huisartsen binnen 3 km ligt in alle gemeenten flink lager dan landelijk. Landelijk gaat het om ongeveer 8,5 huisartsen binnen 3 km, terwijl dit voor de meeste gemeenten in de regio tot wel 50% minder is.

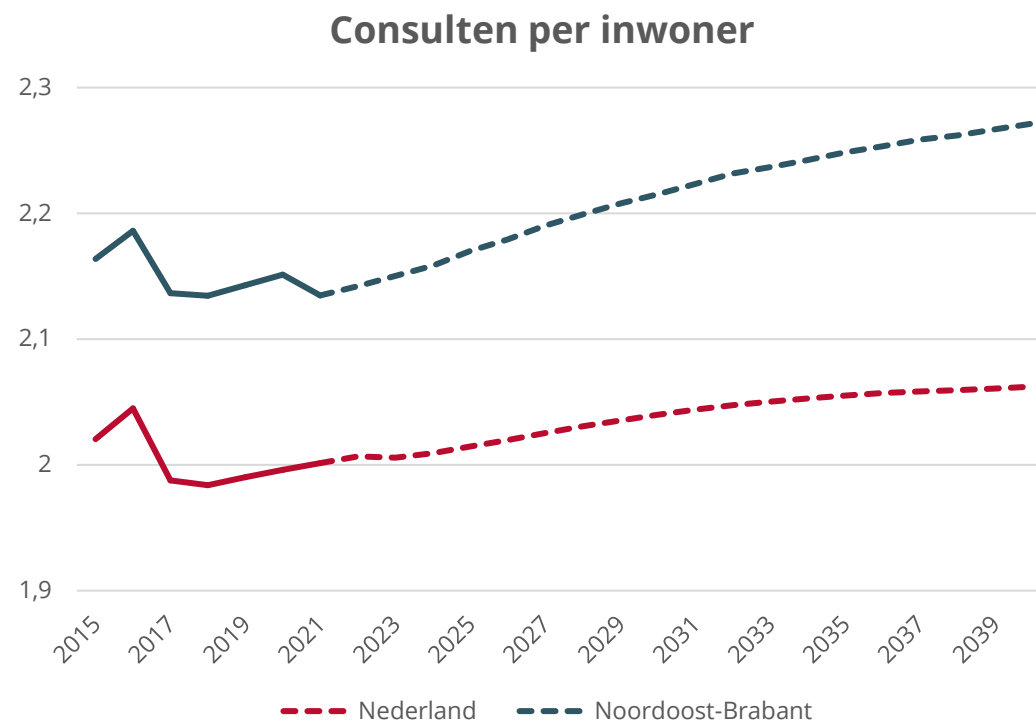


Verskil Noordoost-Brabant en Nederland



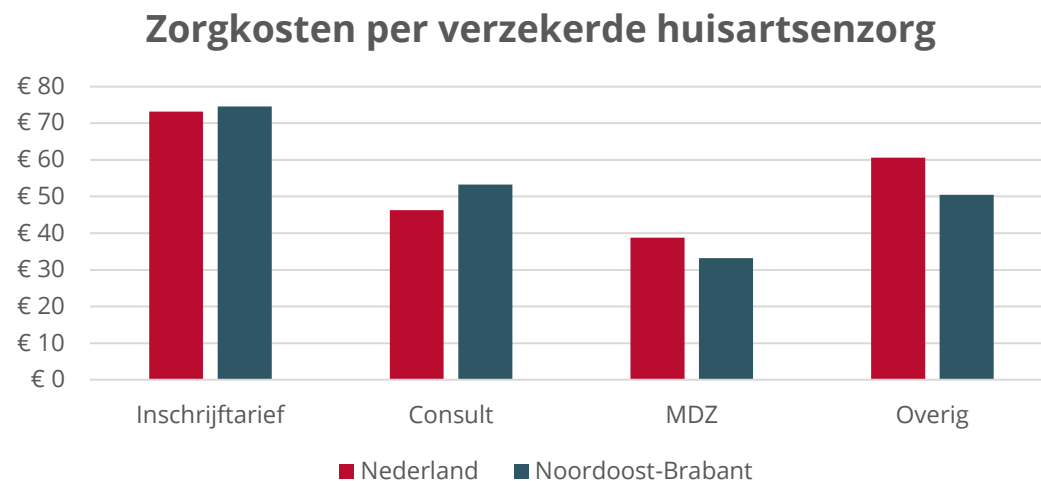
B. Consulten

- Het aantal consulten per inwoner ligt in de regio ongeveer 10% hoger dan gemiddeld. Naar verwachting zal dit verschil in de toekomst nog groter worden.

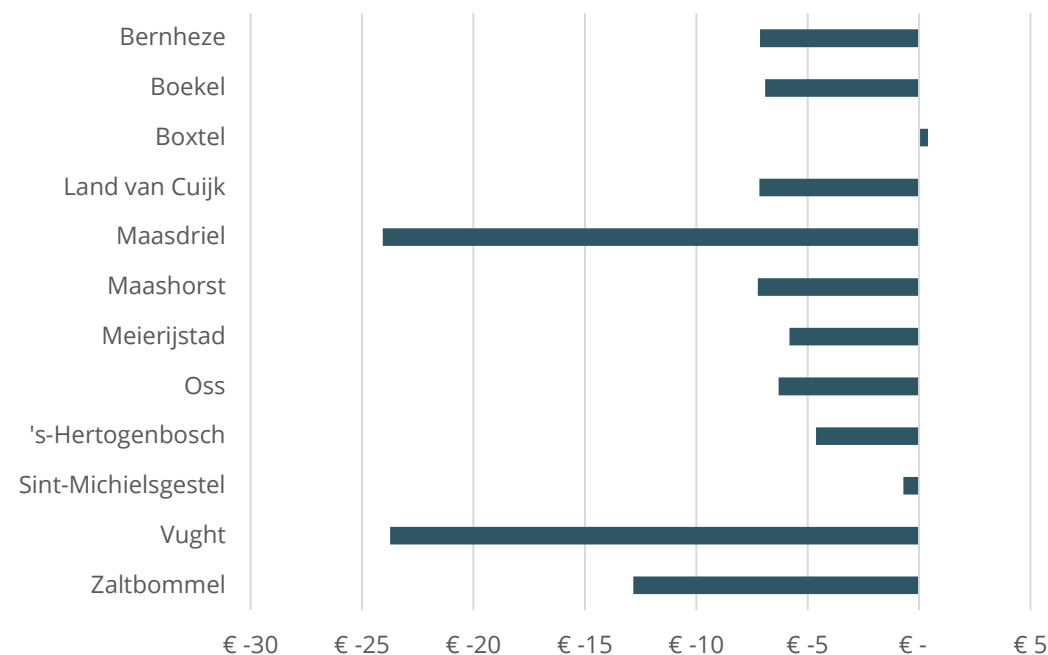


C. Zorgkosten

- De kosten per verzekerde voor huisartsenzorg liggen in de regio een klein beetje lager dan landelijk gemiddeld. Voor de meeste gemeenten gaat het om ongeveer € 5 per verzekerde, op een landelijk gemiddelde van ongeveer € 220. Binnen de regio liggen vooral in Maasdriel, Vught en Zaltbommel de gemiddelde kosten per verzekerde fors lager.



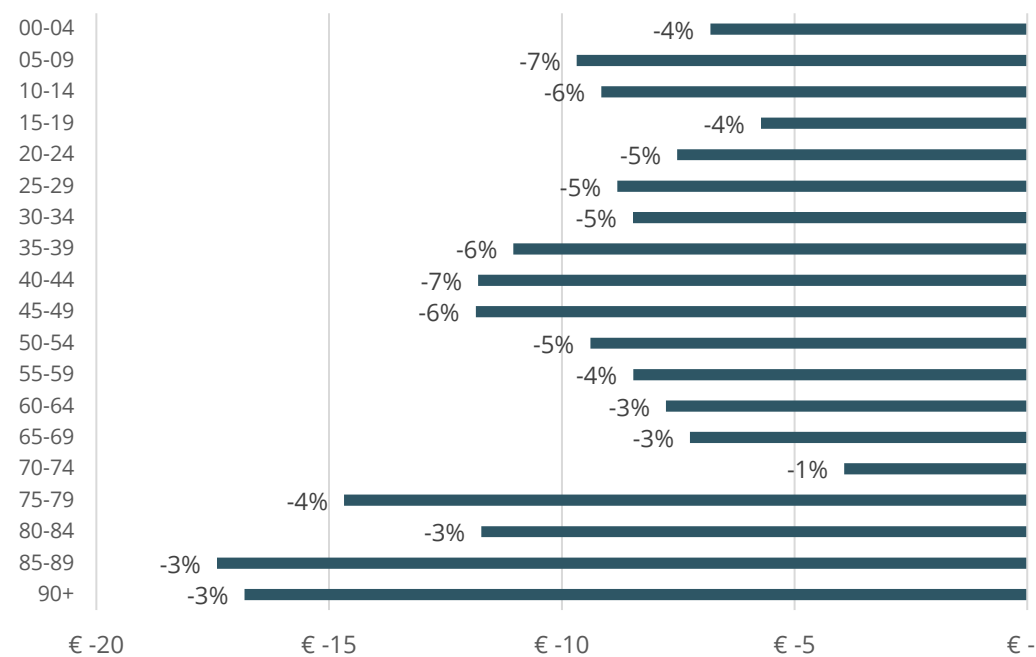
Verschil Noordoost-Brabant en Nederland



C. Zorgkosten

- Voor alle leeftijdsgroepen geldt dat de kosten voor huisartsenzorg lager ligt dan landelijk gemiddeld.

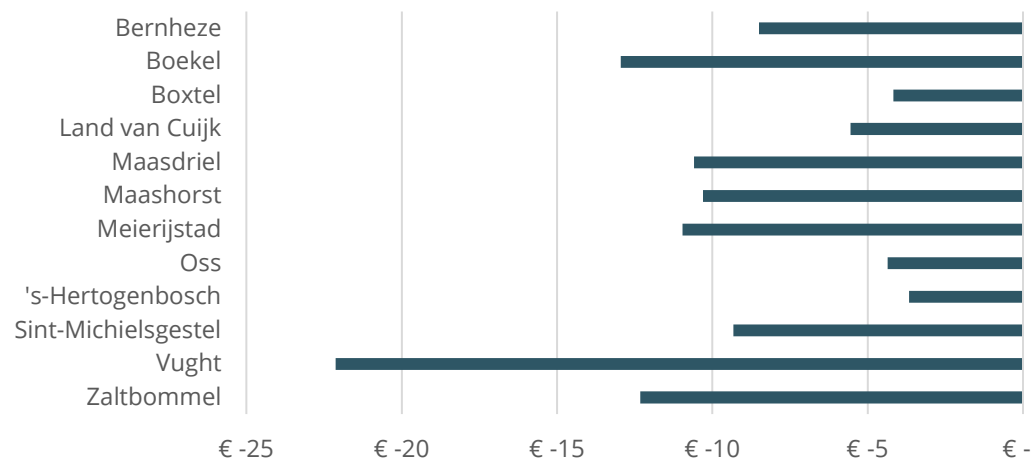
Kosten huisartsenzorg t.o.v. Nederland



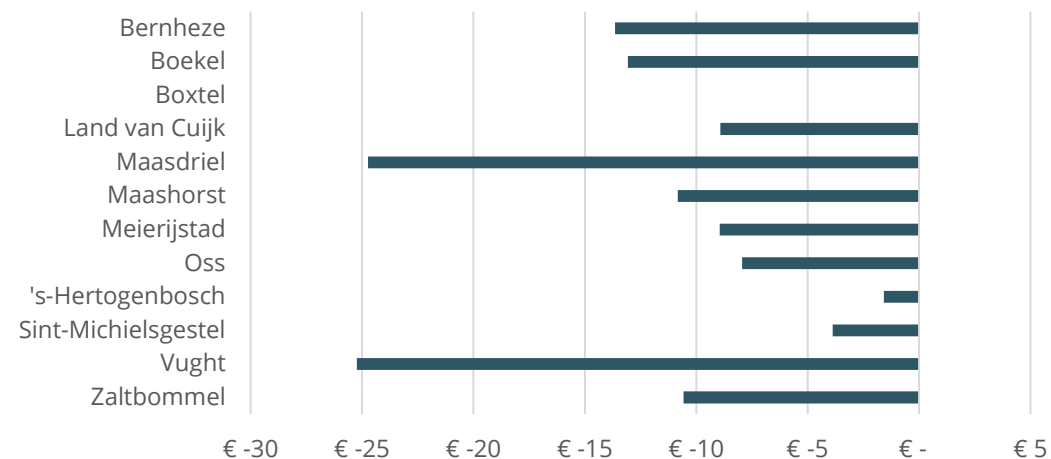
C. Zorgkosten

- Voor alle leeftijdsgroepen geldt dat de kosten voor huisartsenzorg lager ligt dan landelijk gemiddeld.

Zorgkosten 0-19 jarigen t.o.v. Nederland



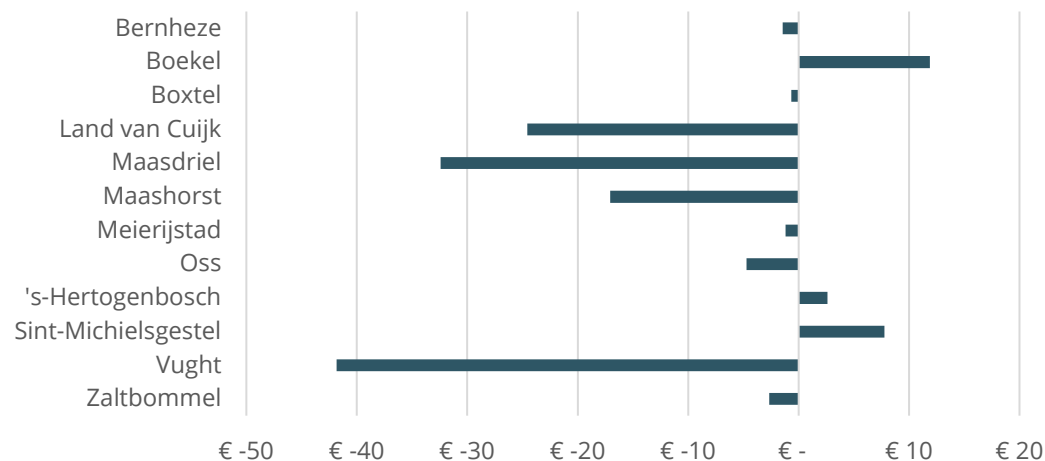
Zorgkosten 20-64 jarigen t.o.v. Nederland



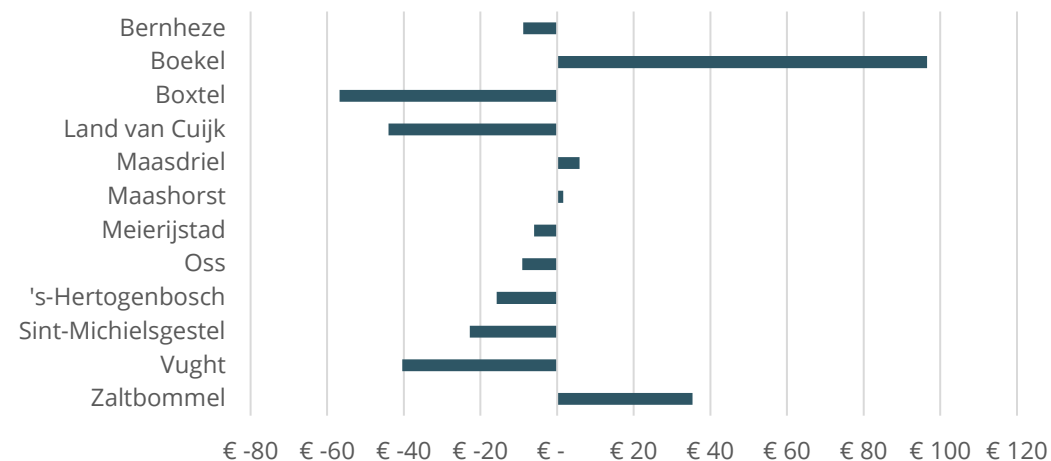
C. Zorgkosten

- Voor alle leeftijdsgroepen geldt dat de kosten voor huisartsenzorg lager ligt dan landelijk gemiddeld. Voor de groep 80+ liggen de kosten in Zaltbommel, maar vooral in Boekel echter juist hoger.

Zorgkosten 65-79 jarigen t.o.v. Nederland

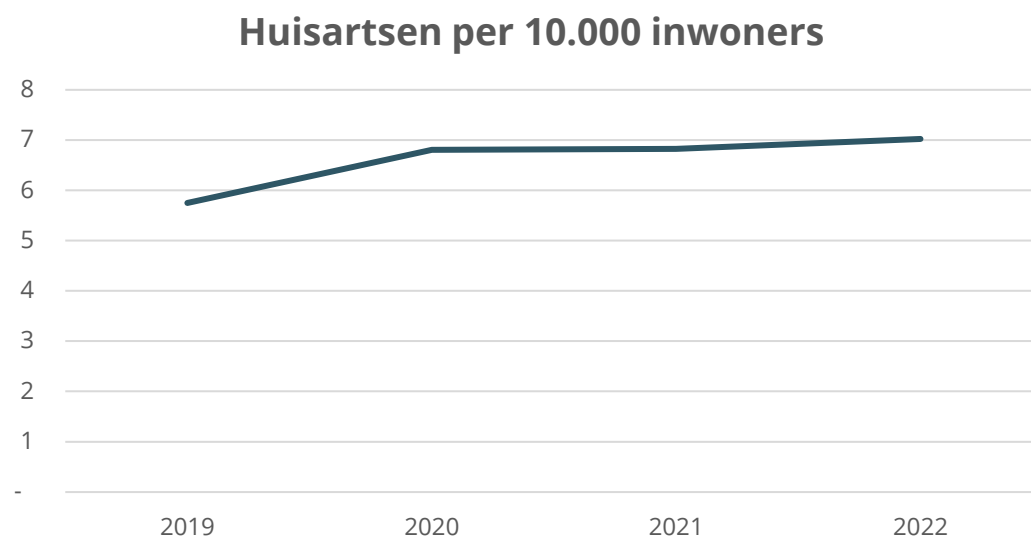
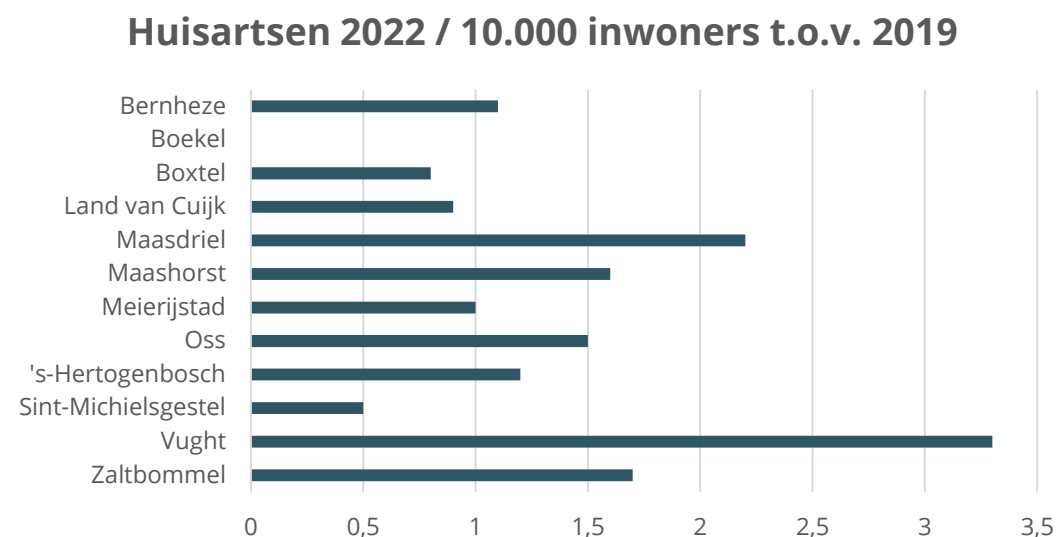


Zorgkosten 80+ jarigen t.o.v. Nederland



D. Capaciteit

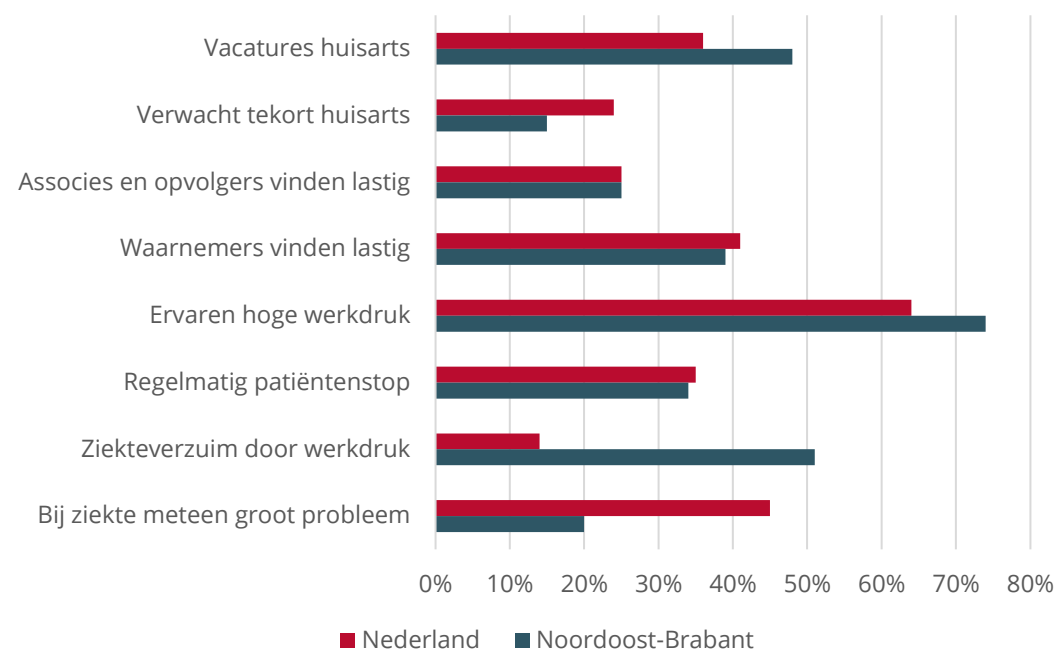
- In de afgelopen jaren is het aantal huisartsen per 10.000 inwoners licht toegenomen tot ongeveer 7 in 2022.
- De mate waarin deze toename is verdeeld over gemeenten verschilt. In Vught is er een forse toename van meer dan 3 huisartsen per 10.000 inwoners, terwijl dit in veel gemeenten meer rond één huisarts per 10.000 inwoners ligt.



E. Arbeidsmarkt huisartsenzorg

- In de regio Noordoost-Brabant zijn er meer huisartsenpraktijken met openstaande vacatures dan landelijk het geval is.
- Een iets groter deel van de huisartsen in de regio ervaart een grote werkdruk dan landelijk het geval is. De mate waarin deze werkdruk tot ziekteverzuim leidt is zelfs vele malen groter dan landelijk.
- Opvallend is dat veel meer huisartsenpraktijken in de regio aangeven dat ziekte niet direct tot een groot probleem leidt.

Indicaties arbeidsmarkt huisartsen



7. Medisch specialistische zorg

- A. Locaties ziekenhuizen
- B. Aantal opnamen en DBC's
- C. Zorgkosten

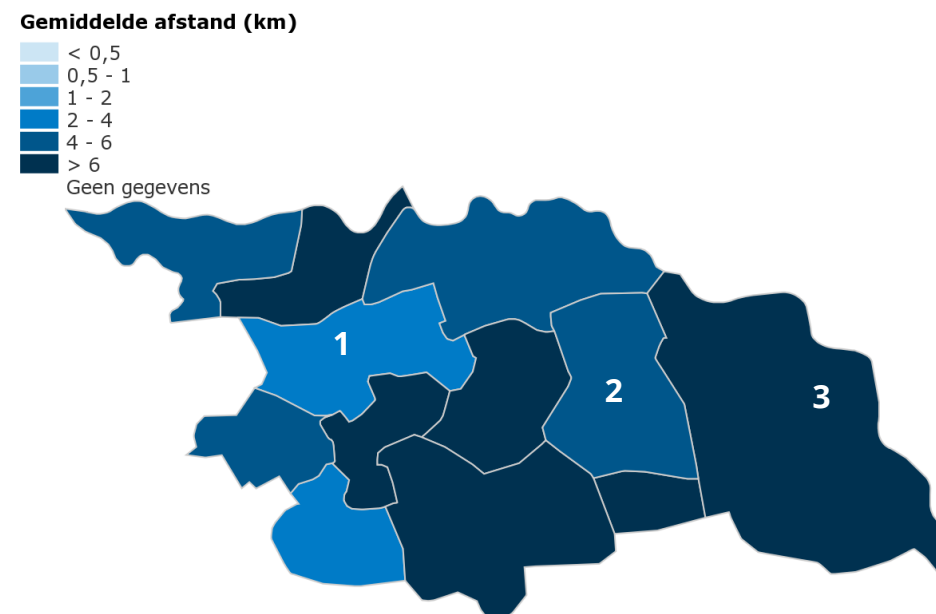


A. Locaties ziekenhuizen

In Noordoost Brabant bevinden zich 3 ziekenhuizen:

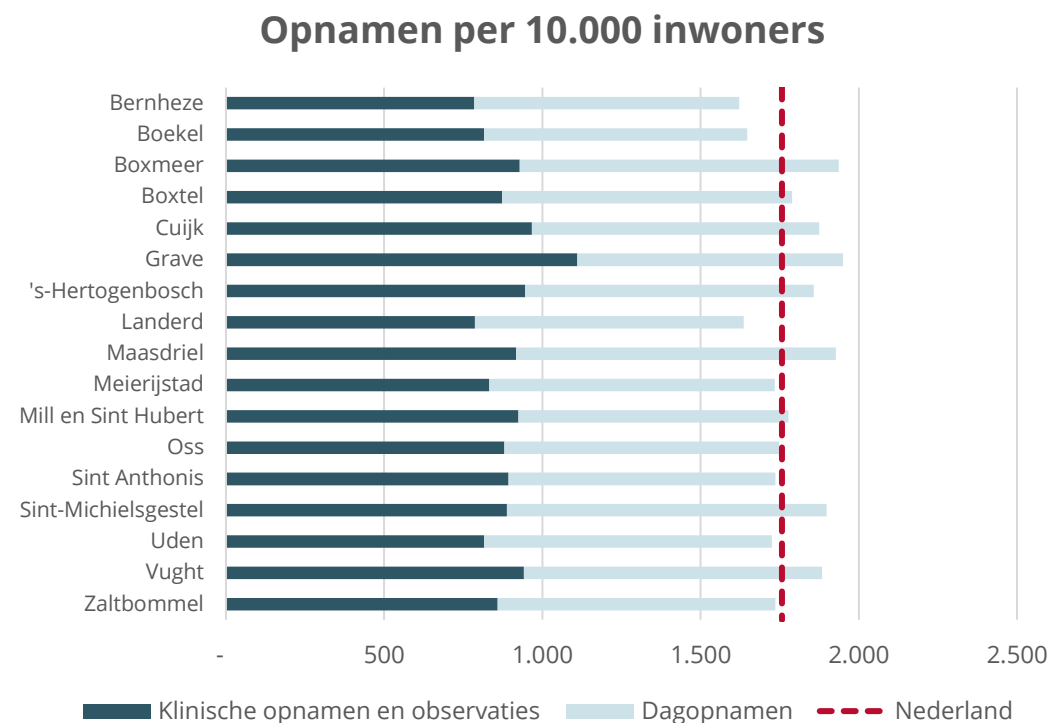
1. Jeroen Bosch Ziekenhuis 's-Hertogenbosch
2. Bernhoven Uden
3. Maasziekenhuis Pantein Beugen

De gemiddelde afstand tot een ziekenhuis is in een aantal gemeenten groter dan landelijk gemiddeld het geval is. Hoewel dit relatief groot is, betekent dit niet per se dat de afstanden té groot zijn. Partijen uit de regio geven tevens aan dat dit in de regio geen knelpunt vormt. Zelfs als dit het geval zou zijn, is het naar alle waarschijnlijkheid niet iets waar gemakkelijk verandering in gebracht kan worden.



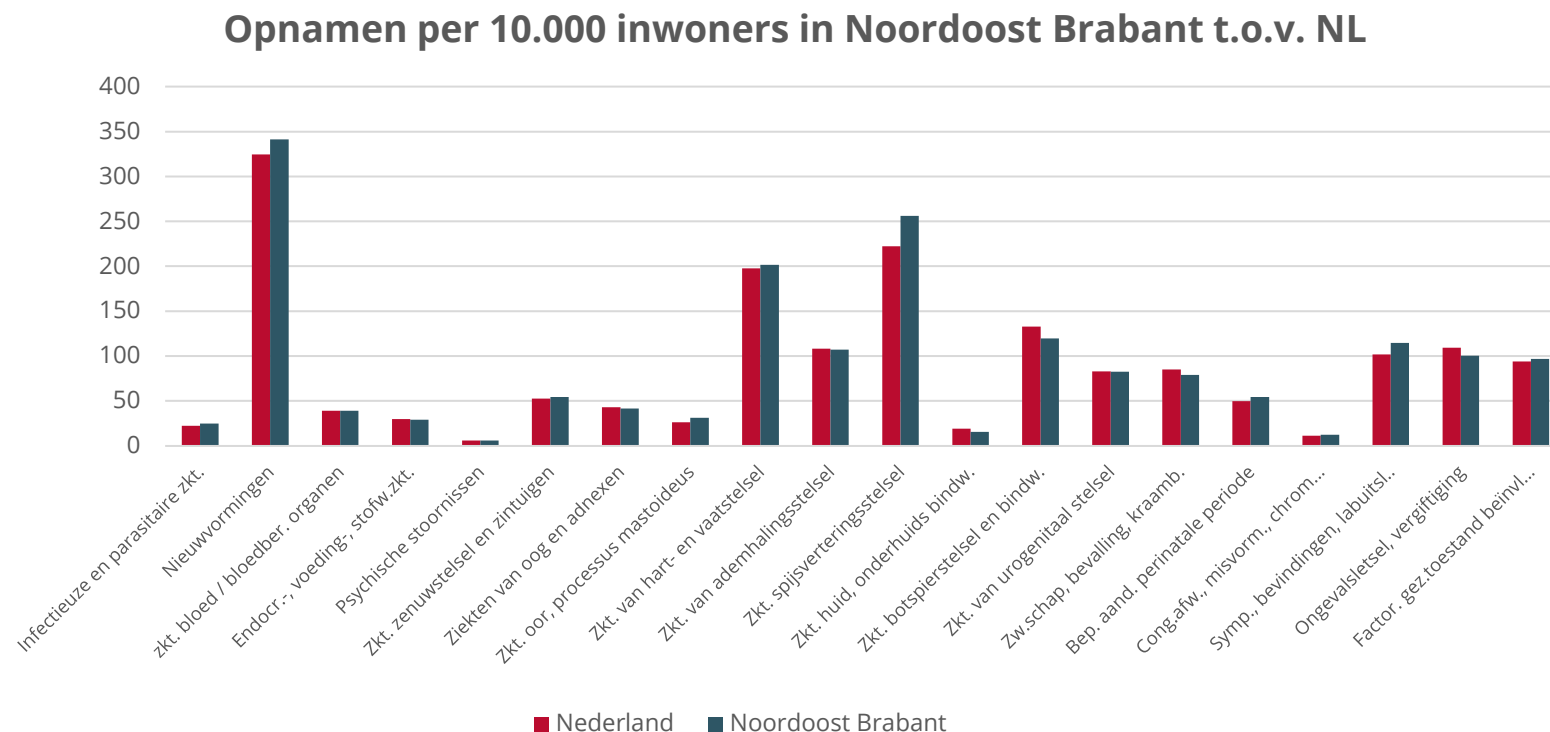
B. MSZ – aantal opnamen

- In meerdere gemeenten in de regio is het aantal opnamen per 10.000 inwoners iets hoger dan het landelijk gemiddelde, met name in Maasdriel, Vught en Sint-Michielsgestel.
- Onderlinge verschillen tussen gemeenten zijn met name terug te vinden in het aantal nieuwvormingen, ziekten aan de oog en adnexusen en ziekten aan het botspierstelsel en bindweefsel.



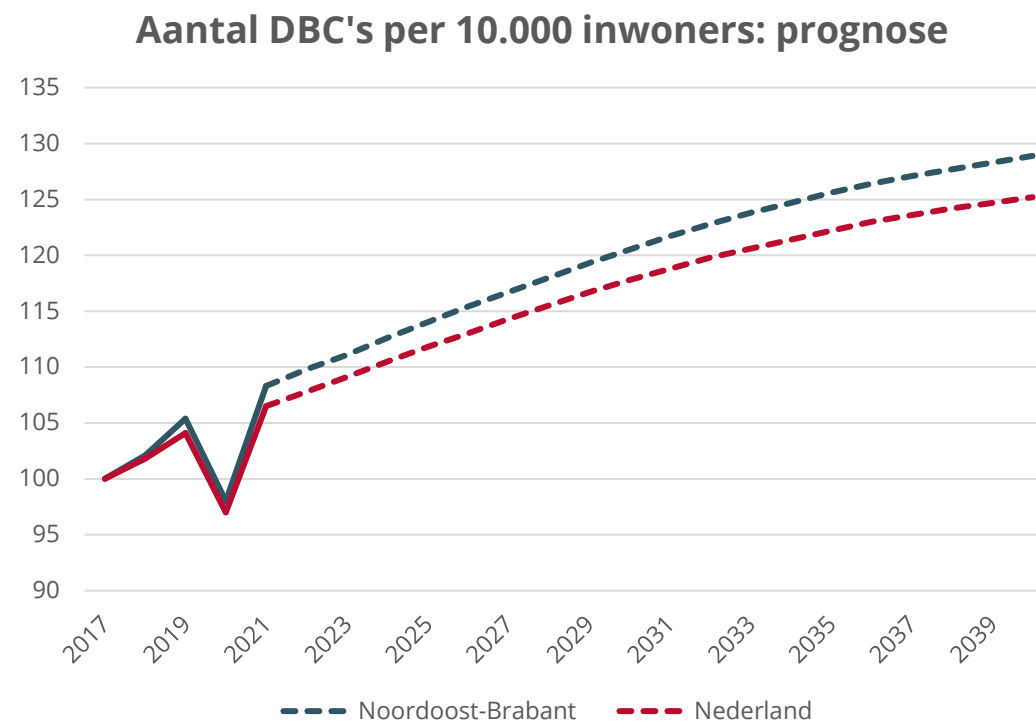
B. MSZ – aantal opnamen per hoofdgroep

- In de regio Noordoost Brabant was er in 2019 sprake van een hoger aantal opnamen met betrekking tot nieuwvormingen en een hoger aantal opnamen voor ziekten in het spijsverteringsstelsel dan het landelijk gemiddelde.



B. MSZ – aantal DBC's: prognose

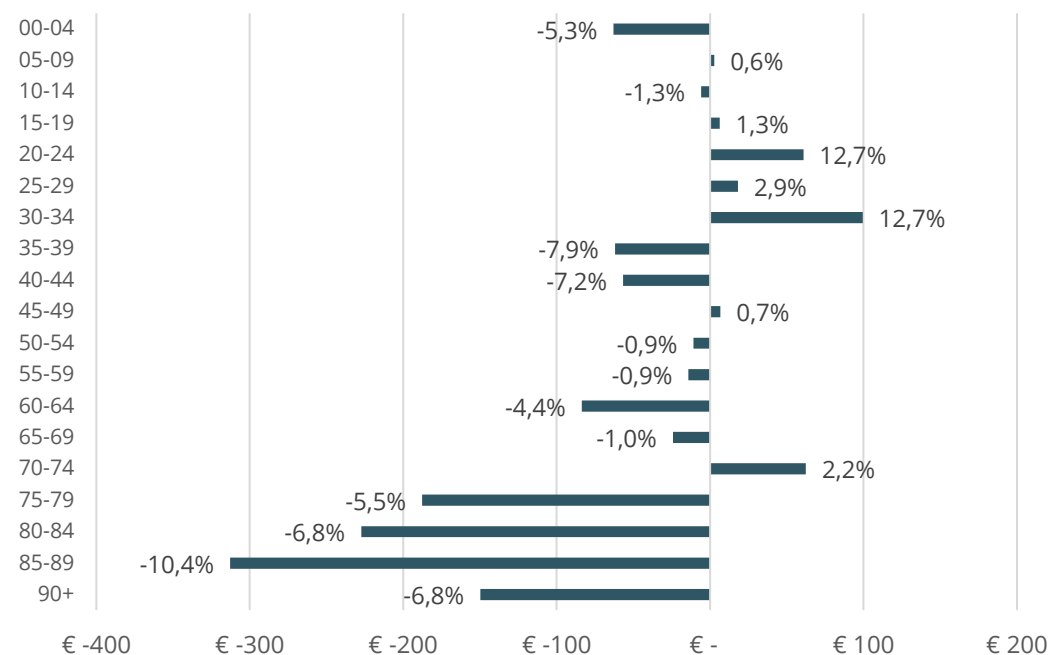
- Het aantal DBC's in de regio Noordoost-Brabant in een algemeen ziekenhuis stijgt van 287.430 in 2023 naar 323.150 in 2040; dit is een stijging van 55.280 personen, een toename van 12,4%. Deze stijging is sterker dan het landelijk gemiddelde.
- Het aantal DBC's in de regio Noordoost-Brabant in een UMC stijgt van 30.050 in 2023 naar 33.070 in 2040; dit is een stijging van 3.020 personen, een toename van 10,1%. Deze stijging is groter dan het landelijk gemiddelde.
- In totaal stijgt het aantal DBC's in de regio Noordoost-Brabant met 16% in de periode 2023-2040. Deze stijging is groter dan het landelijk gemiddelde.



C. MSZ - Zorgkosten

- De gemiddelde kosten voor medisch specialistische zorg liggen in de regio Noordoost-Brabant voor de meeste leeftijdscategorieën iets lager dan het landelijk gemiddelde. Dit geldt vooral voor de oudere leeftijdsgroepen (75 jaar of ouder)
- In de leeftijdsgroepen van 15 tot 35 liggen de kosten per verzekerde juist iets hoger dan landelijk gemiddeld.

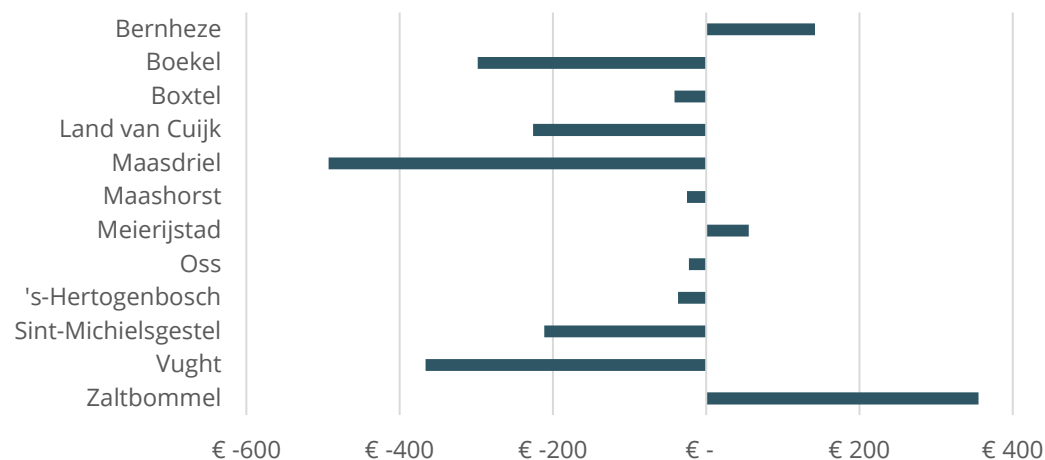
Zorgkosten MSZ t.o.v. Nederland



C. MSZ - Zorgkosten

- Voor vrijwel alle gemeenten liggen de zorgkosten per verzekerde voor MSZ voor de leeftijden 0-4 en 5-19 lager dan landelijk het geval is.
- De belangrijkste uitzonderingen zijn Zaltbommel voor 0-4 jarigen en Vught voor 5-19 jarigen.

Zorgkosten 0-4 jarigen t.o.v. Nederland



Zorgkosten 5-19 jarigen t.o.v. Nederland



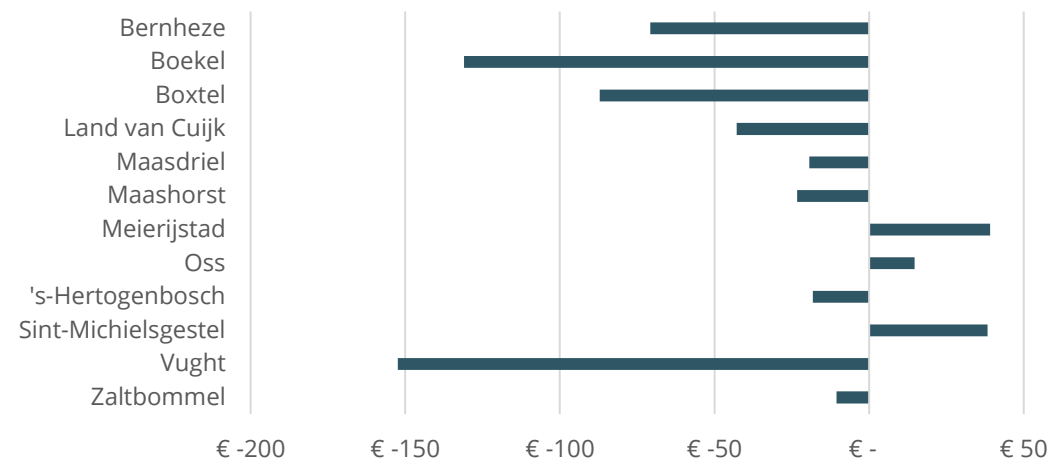
C. MSZ - Zorgkosten

- Voor de leeftijdscategorie van 20-34 liggen de zorgkosten per verzekerde voor MSZ in vrijwel alle gemeenten boven het landelijk gemiddelde. Voor de categorie daarboven (35-64) liggen deze kosten juist relatief laag.

Zorgkosten 20-34 jarigen t.o.v. Nederland



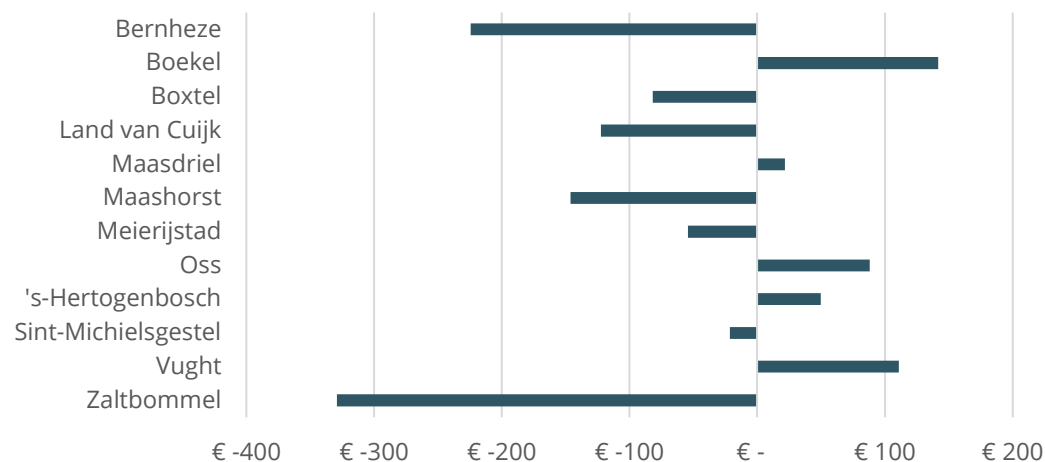
Zorgkosten 35-64 jarigen t.o.v. Nederland



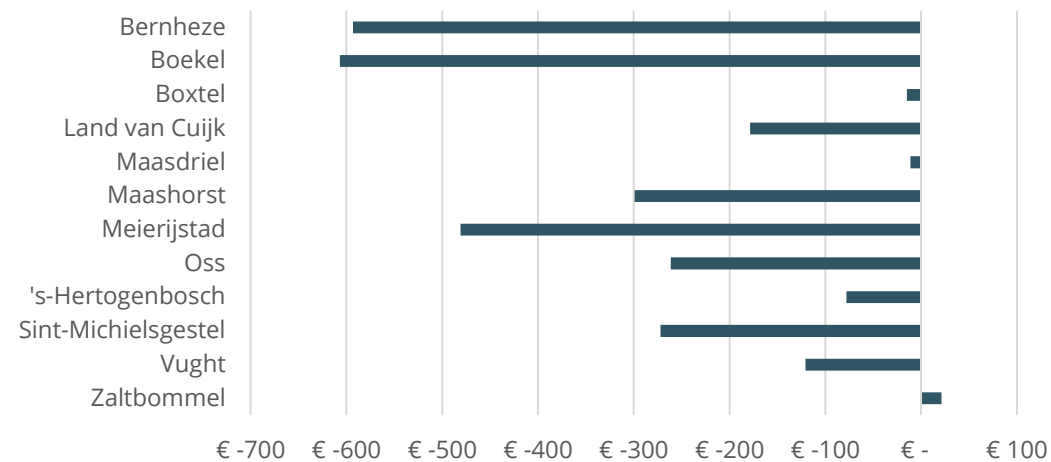
C. MSZ - Zorgkosten

- Voor de groep 65-79 jarigen verschillen de gemeenten in de regio qua zorgkosten per verzekerde t.o.v. het landelijk gemiddelde. Een aantal gemeenten hebben flink lagere kosten (met name Zaltbommel), en een aantal gemeenten juist hogere kosten.
- Voor de categorie van 80 jaar of ouder liggen de kosten per verzekerde in vrijwel elke gemeente onder het landelijk gemiddelde. Alleen Zaltbommel ligt net boven dit landelijk gemiddelde.

Zorgkosten 65-79 jarigen t.o.v. Nederland



Zorgkosten 80+ jarigen t.o.v. Nederland



8. Acute zorg

- A. Acute zorgvoorzieningen
- B. Bezoeken huisartsenpost en SEH



Connectie met het ROAZ-beeld

Het ROAZ-beeld voor ROAZ-regio Brabant.

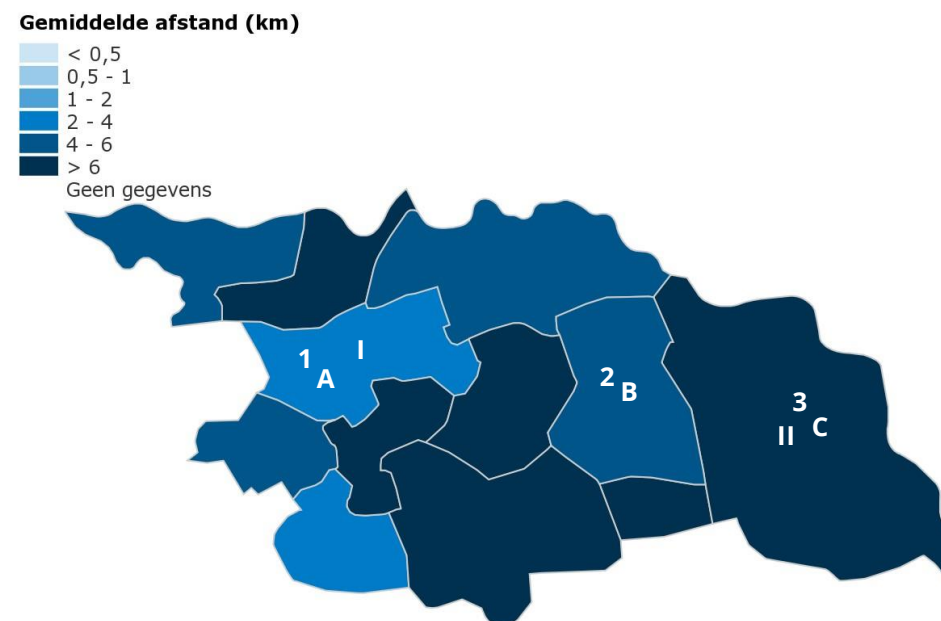
Conform de opdracht uit IZA wordt met het ROAZ-beeld voor ROAZ-regio Brabant inzicht gegeven in enerzijds de capaciteit van het acute zorgaanbod in de regio en de kwaliteitsparameters geldend in de acute zorg en anderzijds de prognoses en ontwikkelingen in zorgbehoefte en andere relevante informatie over de bevolking van de regio. Het ministerie van VWS heeft via het RIVM landelijke data beschikbaar gesteld voor het opstellen van het ROAZ-beeld. Aanvullend daaraan is een extra data-uitvraag gedaan bij ketenpartners in ROAZ-regio Brabant en zijn zij allen geïnterviewd om informatie op te halen ten aanzien van kansen en knelpunten voor de duurzame borging van de toegankelijkheid, beschikbaarheid en kwaliteit van acute zorg in de toekomst. Met de combinatie van deze aanvullende informatie is getracht tot een beter toepasbaar ROAZ-beeld te komen. Daarbij wordt uitdrukkelijk gesteld dat dit het startpunt biedt voor het opstellen van het ROAZ-plan.

Aansluiting bij het regiobeeld en het regioplan

Om zoveel mogelijk ook al in de beeld-fase aansluiting te zoeken bij de regioplannen die op het niveau van de zorgkantoren worden gemaakt, zijn sub-analyses ten aanzien van de acute zorgketen voor de vier zorgkantorregio's gemaakt. Deze analyses zijn te vinden in de versie die regionaal met de ketenpartners wordt gedeeld. Dit is in lijn met het verzoek vanuit IZA om te streven naar inhoudelijke congruentie tussen voor de regio relevante regioplannen en op elkaar aansluitende processen na, met name voor wat betreft acute zorg plannen en transitieplannen.

A. Locaties Acute zorg

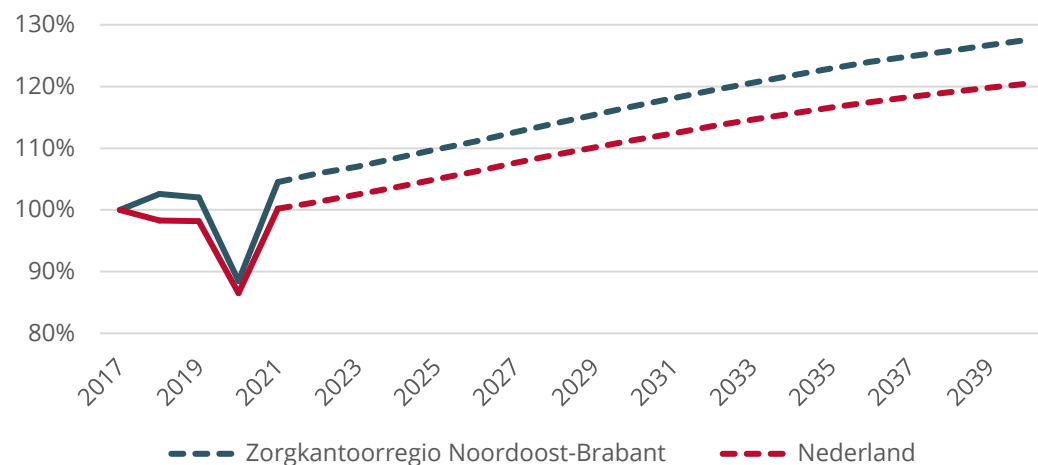
- In de regio Noordoost-Brabant zijn drie SEH's:
 - 1. Jeroen Bosch Ziekenhuis 's-Hertogenbosch
 - 2. Ziekenhuis Bernhoven Uden
 - 3. Maasziekenhuis Pantein Beugen
- In de regio Noordoost-Brabant zijn drie huisartsenposten:
 - A. Huisartsenpost 's-Hertogenbosch
 - B. Spoedpost Uden
 - C. Huisartsenpost Boxmeer
- In de regio Noordoost-Brabant zijn twee aanbieders van acute GGZ:
 - I. Reinier van Arkel zorggroep
 - II. GGZ Oost-Brabant (Boxmeer en Oss)
- Vergelijken met het Nederlandse gemiddelde is de afstand tot SEH's en huisartsenposten (in kilometers) relatief ver in de regio Noordoost Brabant.



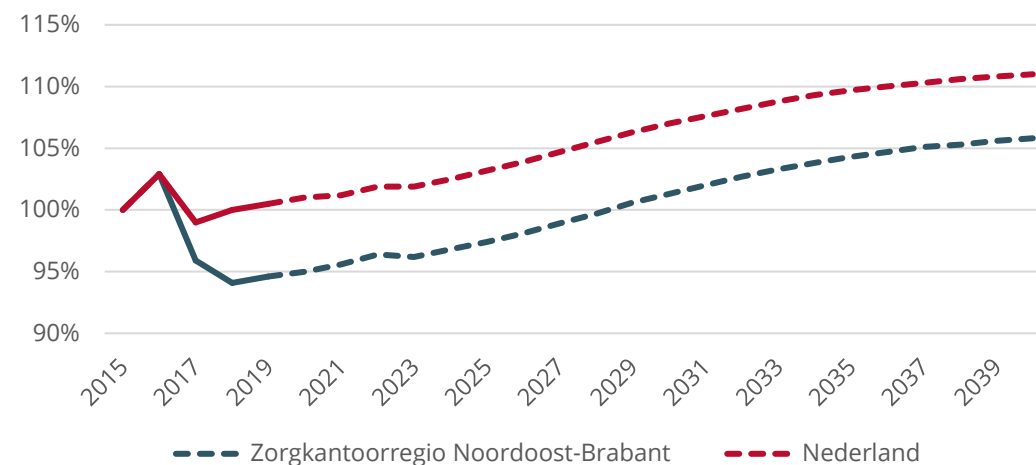
B. Bezoeken huisartsenpost en SEH

- Het aantal bezoeken aan de huisartsenpost is in 2040 8.370 per jaar meer dan in 2023; een stijging van 10%. De stijging van het aantal bezoeken aan de huisartsenpost is in de regio Noordoost-Brabant lager dan de gemiddelde stijging in Nederland.
- Het aantal bezoeken aan de SEH is in 2040 16.770 per jaar meer dan in 2023; een stijging van 19,2%.
- De stijging van het aantal bezoeken aan de SEH is in de regio Noordoost-Brabant is sterker dan de gemiddelde stijging in Nederland.

Spoedeisende zorgvragen ziekenhuis



Huisartsenpost en NAW-dienst huisarts



9. Geboortezorg

- A. Locaties acute verloskunde
- B. Aantal geboortes
- C. Zorgkosten

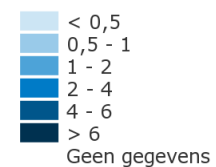
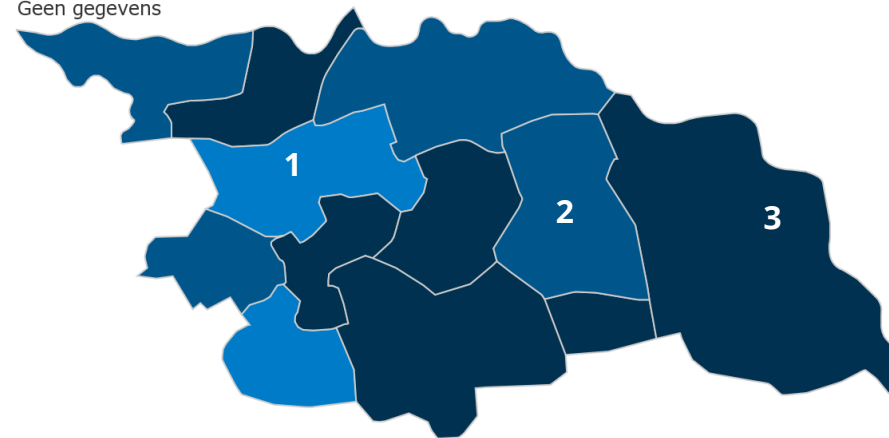


A. Locaties acute verloskunde

In de regio Noordoost Brabant zijn drie locaties voor acute verloskunde:

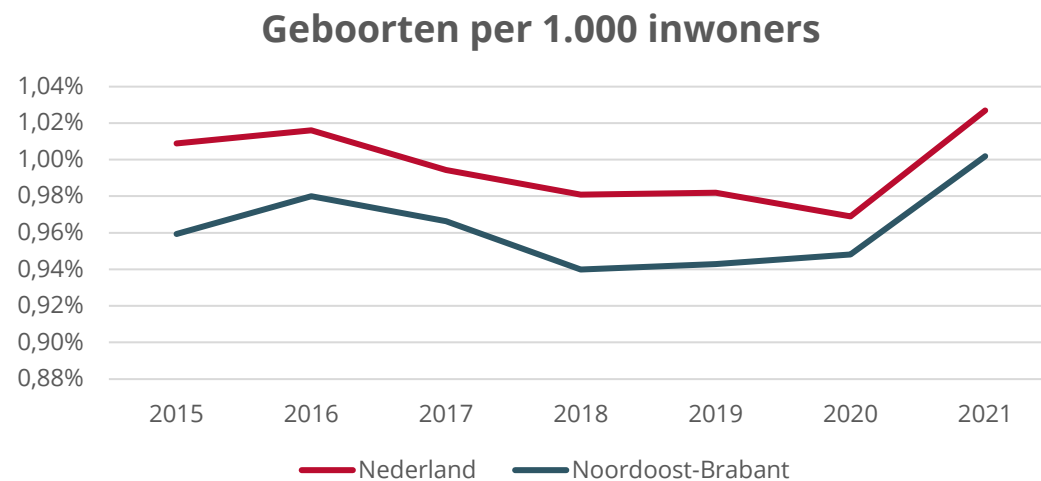
1. Jeroen Bosch Ziekenhuis 's-Hertogenbosch
2. Bernhoven Uden
3. Maasziekenhuis Pantein Beugen

Gemiddelde afstand (km)

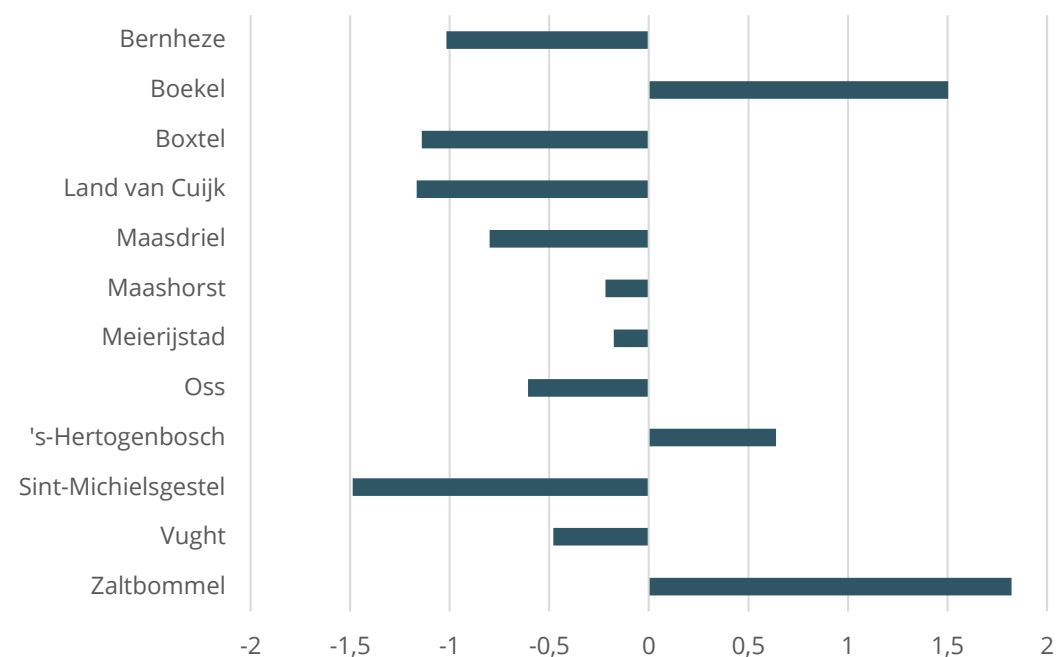


B. Aantal geboortes

- Het relatieve aantal geboortes in Noordoost-Brabant ligt lager dan landelijk gemiddeld, hoewel dit verschil de laatste twee jaar kleiner is geworden.
- Gemiddeld in Nederland gaat het om ongeveer 10 geboorten per 1000 inwoners. In Zaltbommel en Boekel ligt dit ongeveer 15% hoger, terwijl het in Sint-Michielsgestel juist 15% lager ligt.

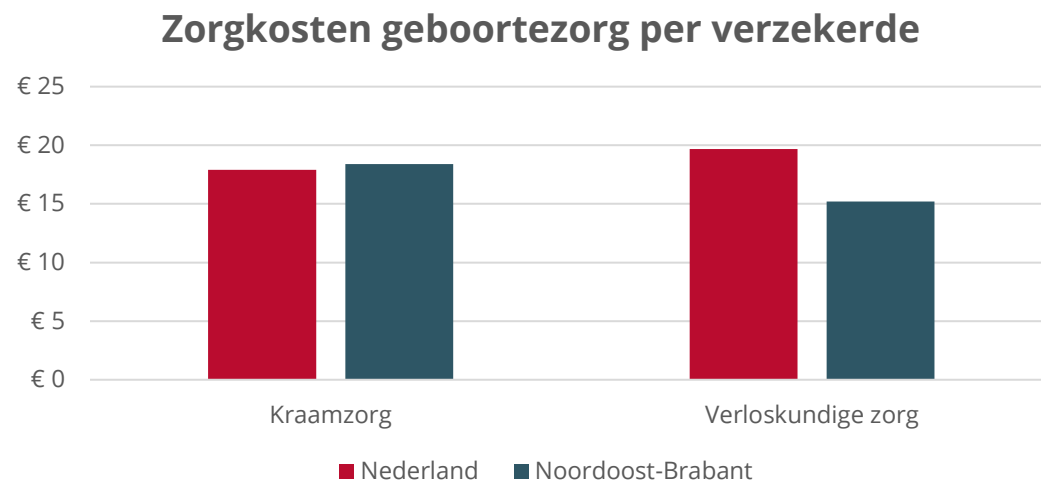


Verskil Noordoost-Brabant en Nederland

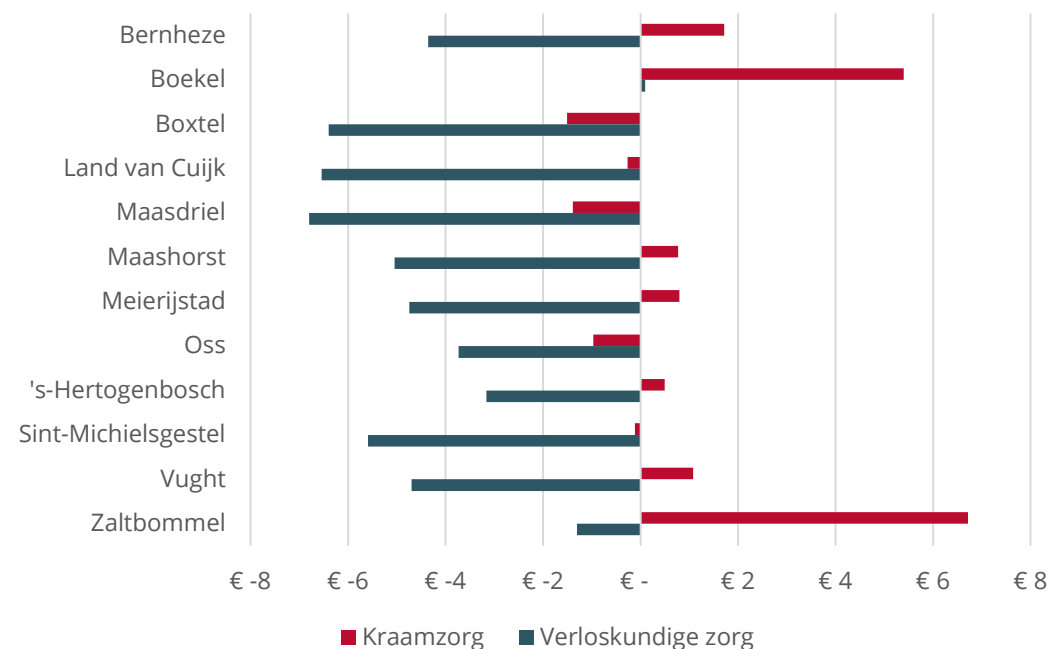


C. Zorgkosten

- De zorgkosten voor kraamzorg liggen iets hoger, maar die voor verloskundige zorg juist een stuk lager dan landelijk. Dit laatste geldt in vrijwel alle gemeenten.



Verschil Noordoost-Brabant en Nederland



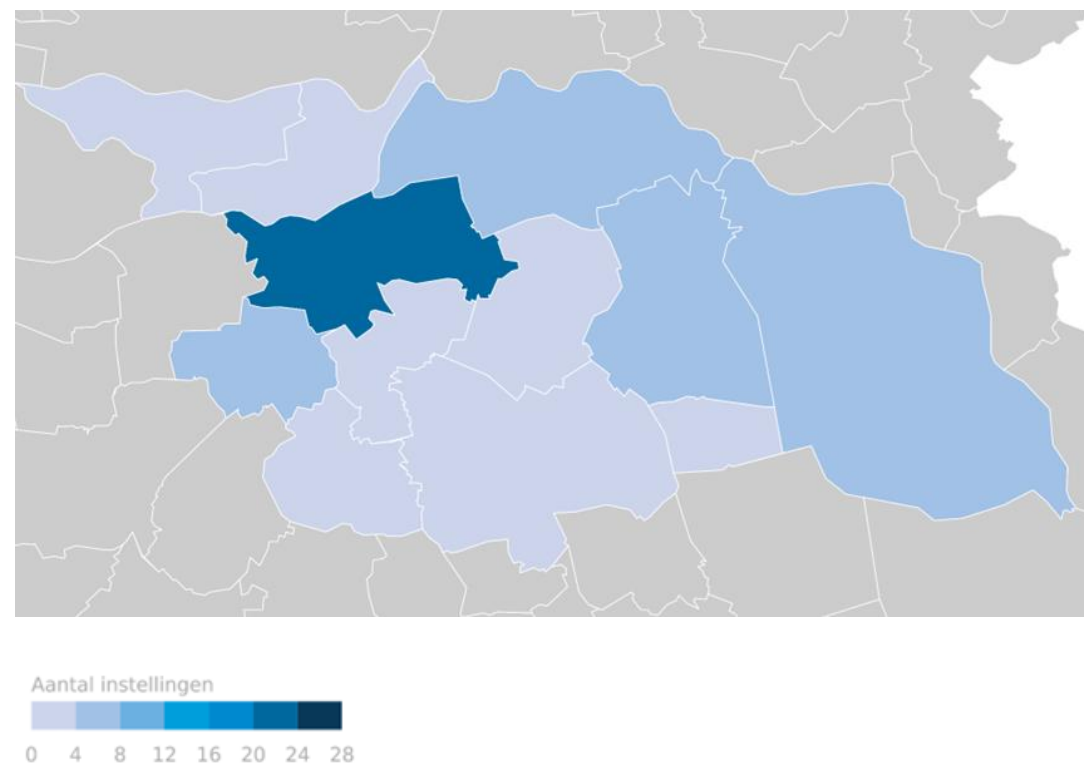
10. Geestelijke gezondheidszorg

- A. Locaties GGZ
- B. Aantal cliënten
- C. Ernstig psychiatrische aandoeningen
- D. Wachttijden voor behandeling
- E. Aantal cliënten langdurige GGZ
- F. Zorgkosten



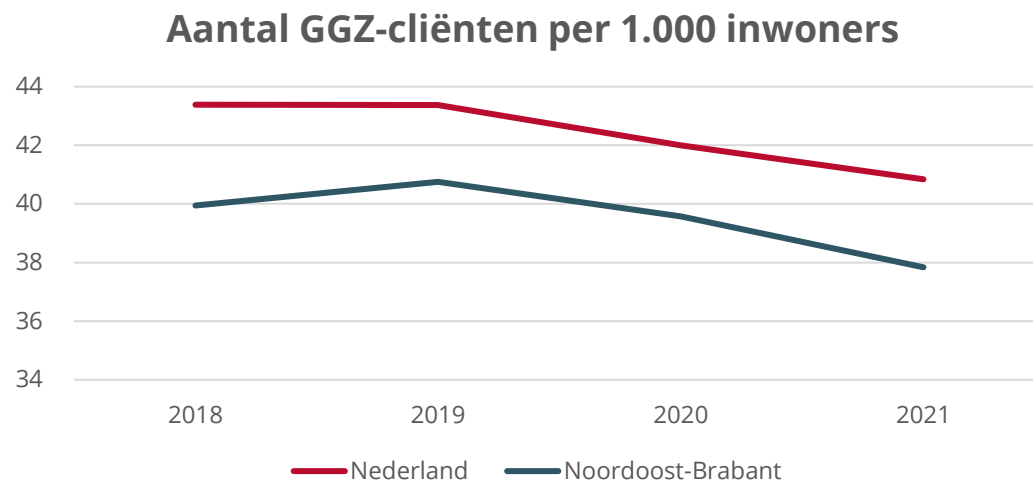
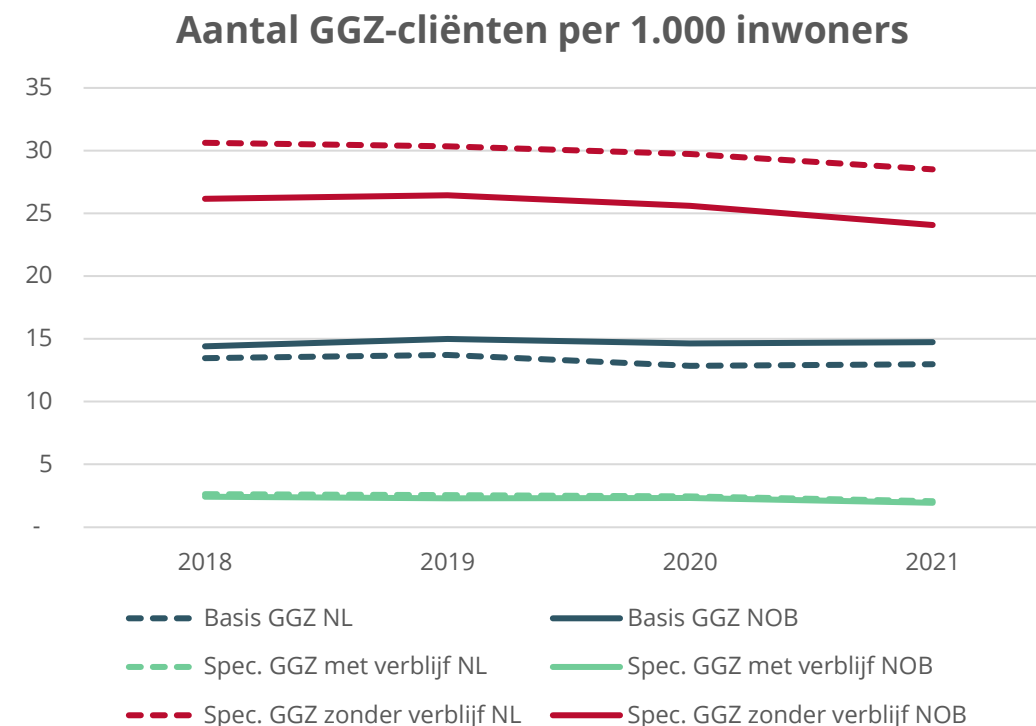
A. GGZ – Locaties

- In de regio zijn 61 locaties van GGZ-instellingen bekend. De meeste instellingen bevinden zich in 's-Hertogenbosch.
- Er zijn vier gemeenten waarvan geen GGZ-instellingen bekend zijn: Boxtel, Maasdriel en Sint-Michielsgestel.



B. GGZ – Aantal cliënten

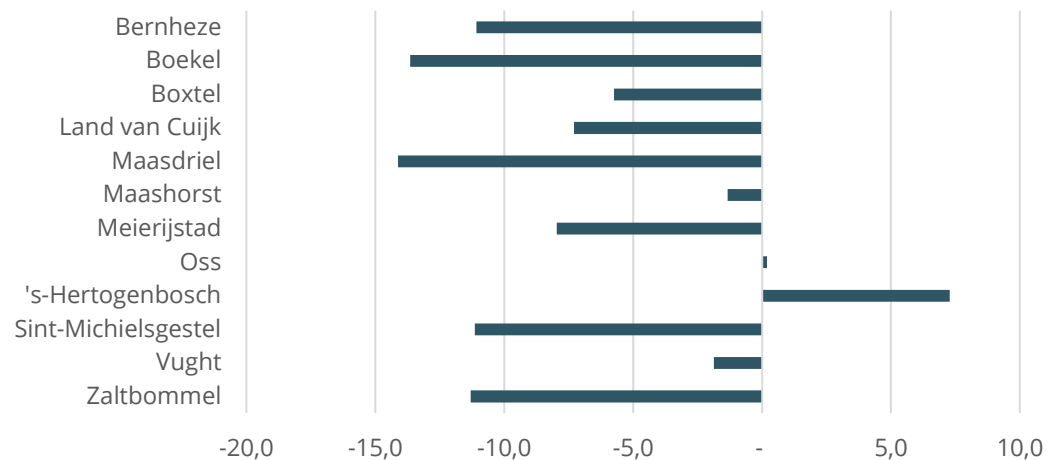
- ▶ Het aantal GGZ-cliënten ligt iets lager, en daalde de afgelopen jaren in ongeveer gelijke tred met de landelijke trend. Deze daling in de afgelopen jaren betekent niet per se dat er ook in de toekomst een daling zal zijn.
- ▶ Het aantal cliënten in basis-GGZ ligt iets hoger dan landelijk, maar het aantal cliënten met specialistische GGZ (zeker zonder verblijf) juist iets lager.



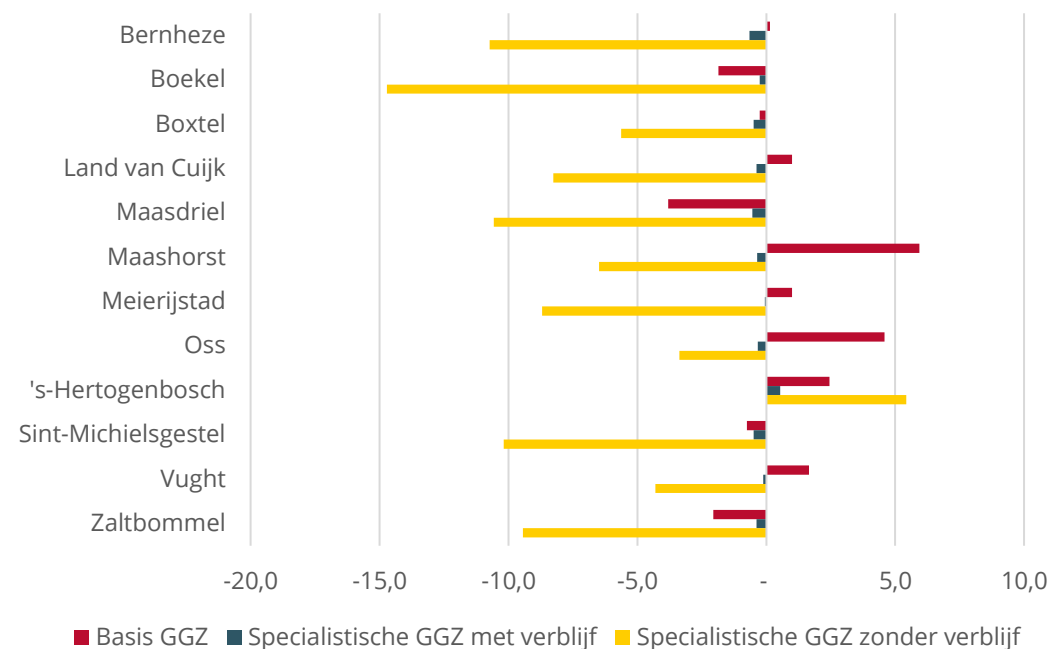
B. GGZ – Aantal cliënten

- Vrijwel alle gemeenten hebben minder GGZ-clënten dan landelijk. Naast Oss is vooral 's-Hertogenbosch hierin een uitzondering.

GGZ cliënten t.o.v. Nederland



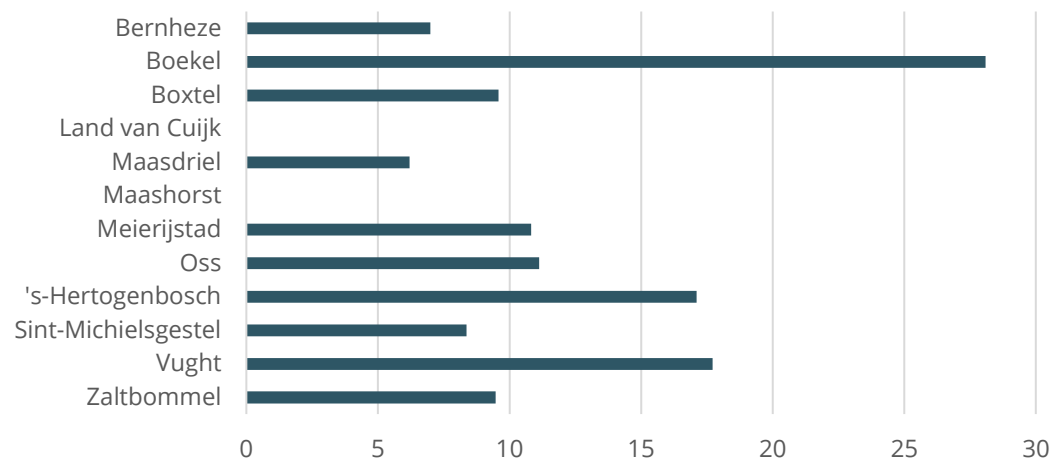
GGZ cliënten t.o.v. Nederland



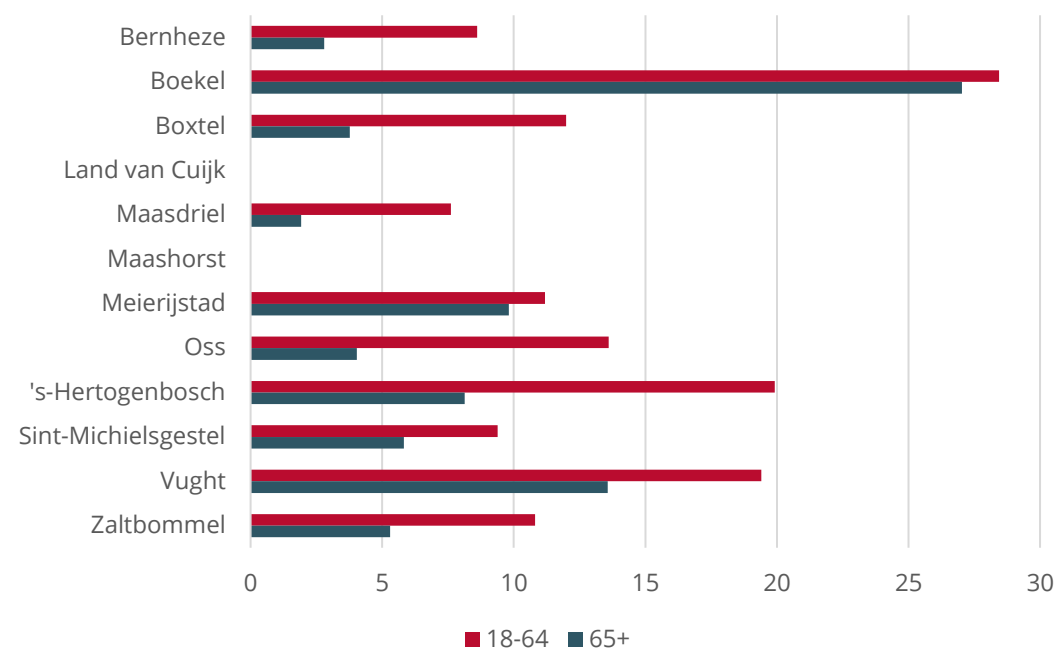
C. GGZ – Ernstig psychiatrische aandoeningen

- ▶ Het aantal mensen met een EPA verschilt behoorlijk per gemeente. Vooral in Boekel ligt dit aantal vrij hoog. Opvallend is dat ook het aantal 65+'ers met een EPA hier hoog ligt.
- ▶ De regio noemt de aanwezigheid van GGZ-instellingen als een mogelijke verklaring voor de relatief hoge aantallen patiënten in sommige gemeenten.

EPA per 1.000 inwoners

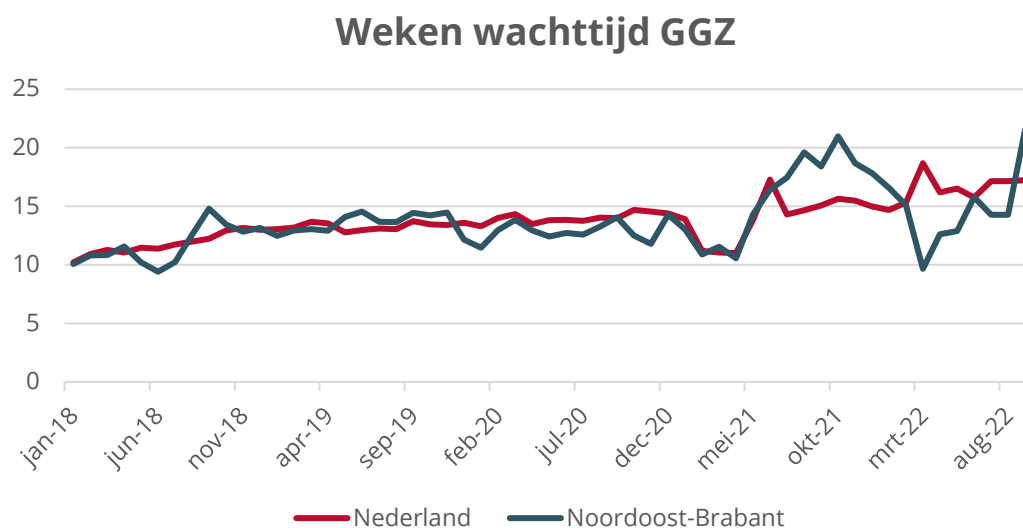
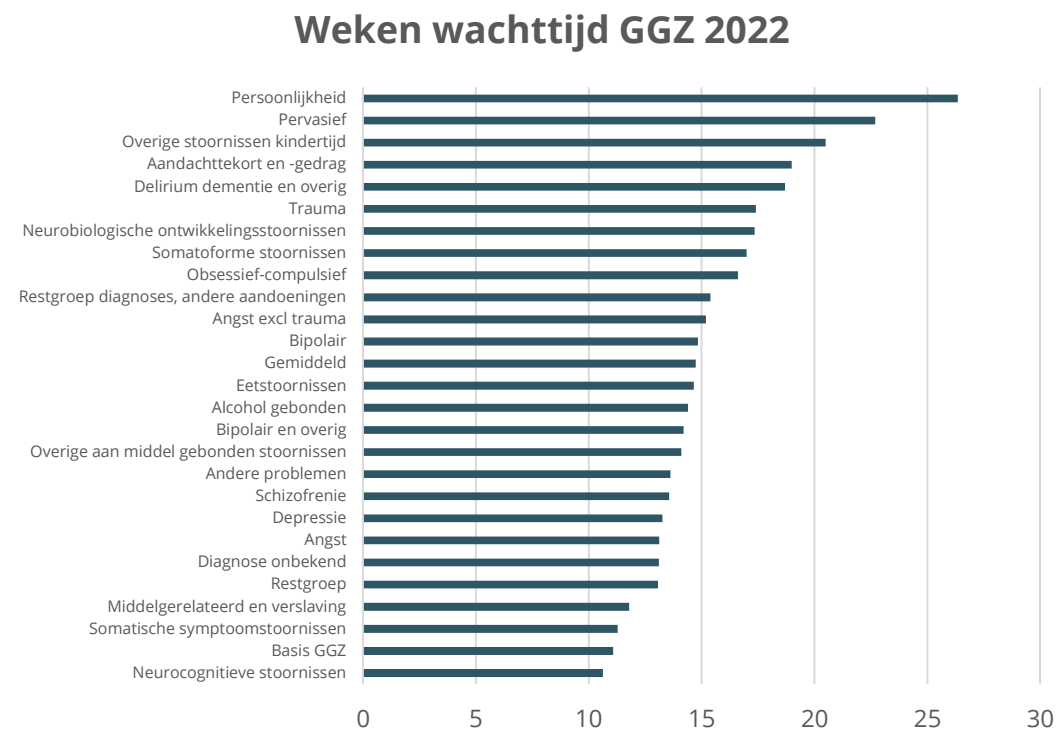


EPA per 1.000 inwoners



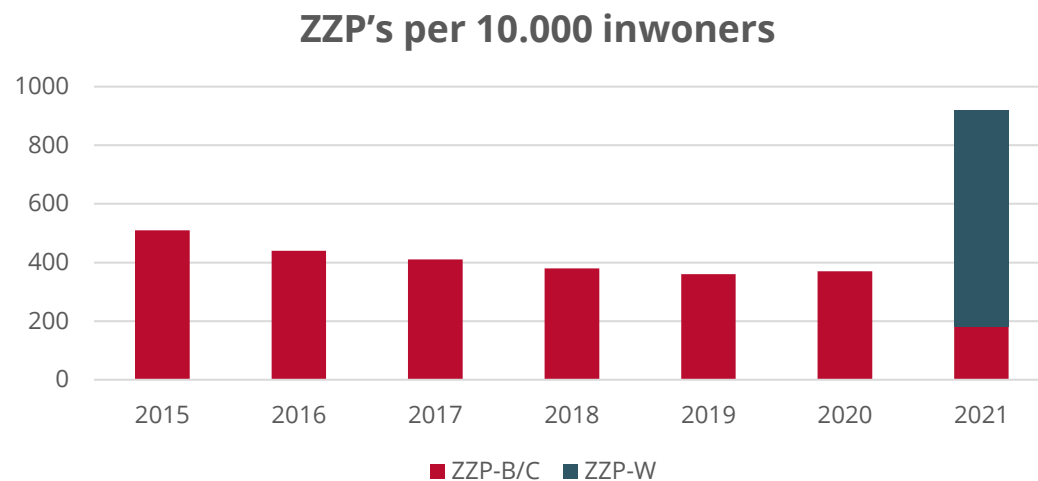
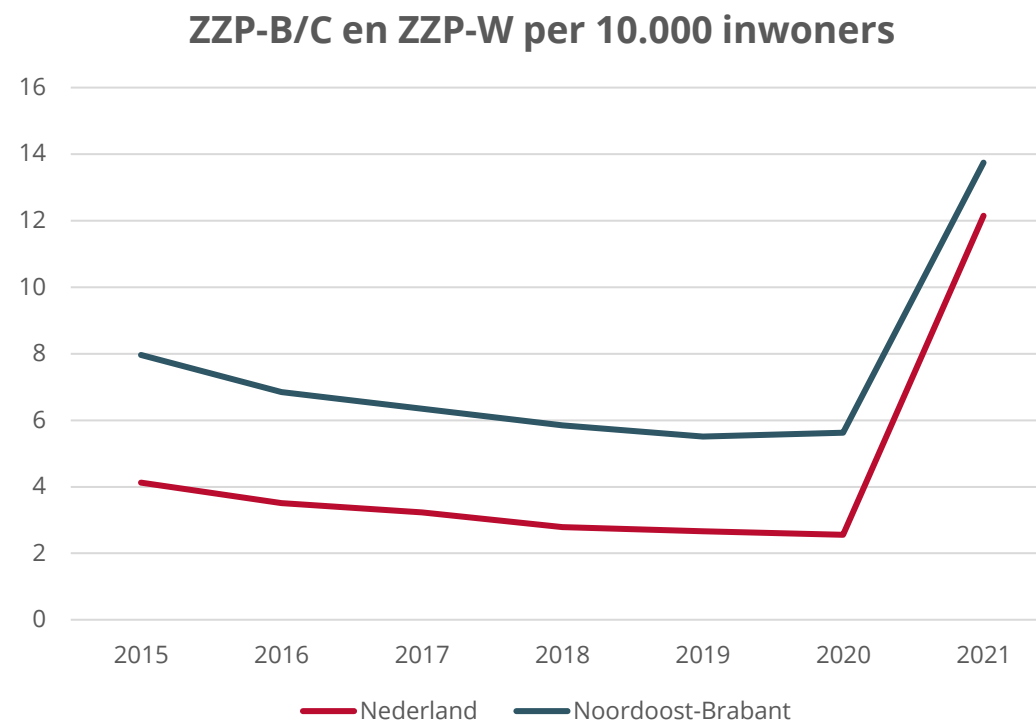
D. GGZ – Wachttijden voor behandeling

- De gemiddelde wachttijd voor GGZ loopt in Noordoost-Brabant redelijk gelijk op met het landelijk gemiddelde. De afgelopen periode is dit echter wel toegenomen.
- De grootste wachttijden zijn er voor “persoonlijkheid”, “pervasief” en “overige stoornissen kindertijd”.



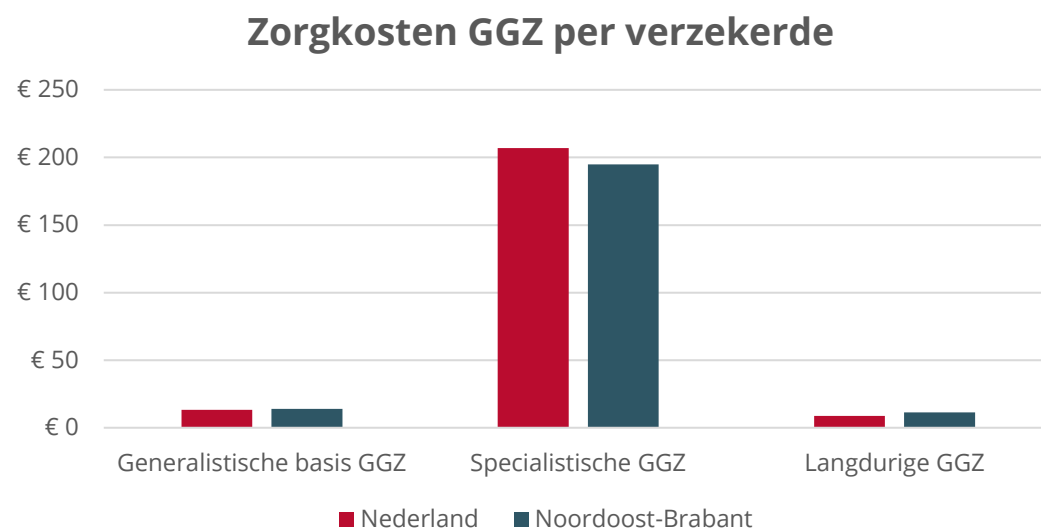
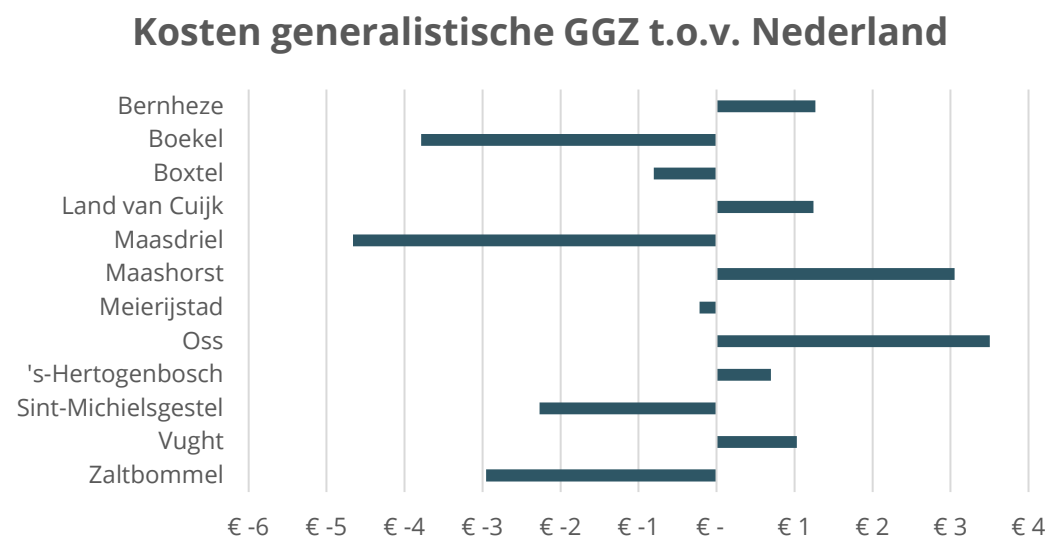
E. GGZ – Aantal cliënten langdurige GGZ

- Het aantal cliënten met langdurige GGZ-ondersteuning ligt iets hoger dan in Nederland gemiddeld het geval is, maar dit verschil is wel kleiner geworden in de afgelopen jaren.
- De groei in 2021 t.o.v. 2020 komt door de openstelling van de Wlz voor cliënten met een psychische aandoening. Hiermee verkleinde het verschil t.o.v. het landelijke aandeel cliënten.



F. GGZ – Zorgkosten

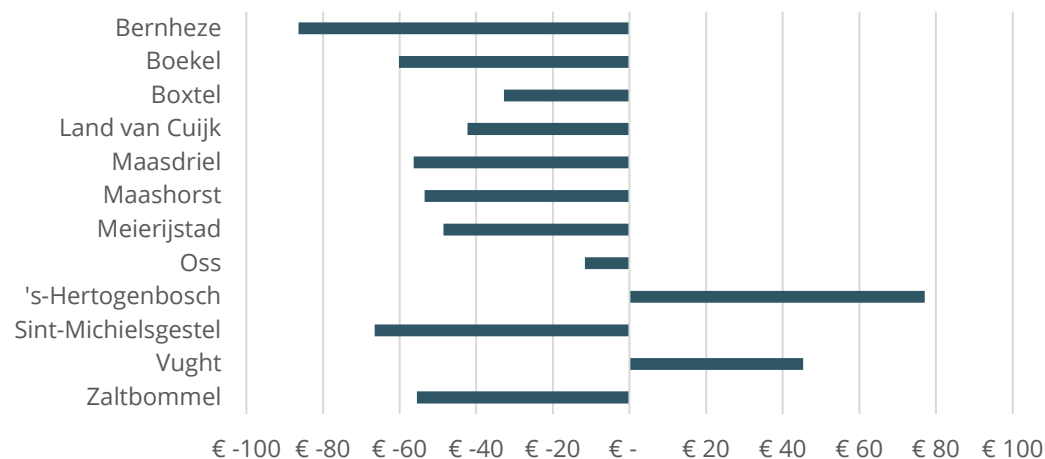
- De zorgkosten voor GGZ-cliënten (per verzekerde) liggen iets lager dan landelijk gemiddeld. Dit verschilt logischerwijs wel per gemeente. Met een landelijk gemiddelde van € 13,38 per verzekerde, zijn de verschillen tussen gemeenten (van bijna € 5 minder tot meer dan € 3 meer) relatief groot.



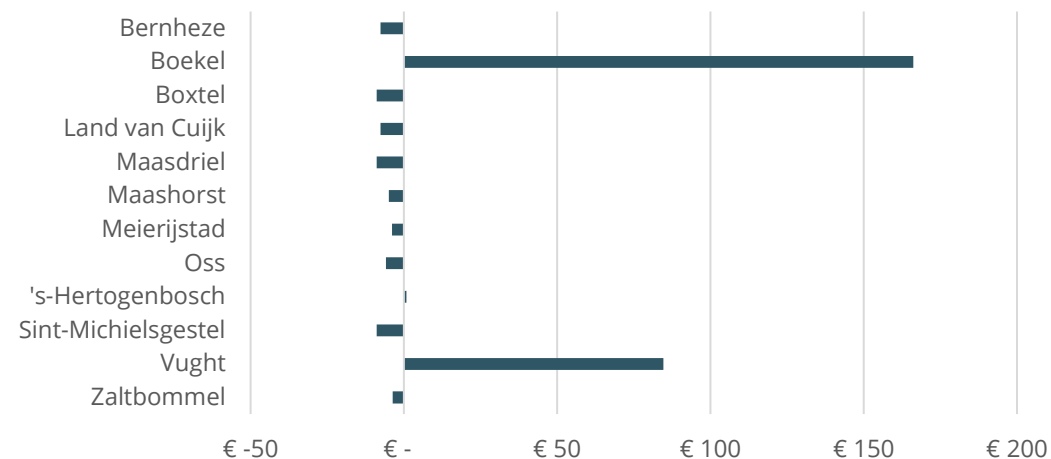
F. GGZ – Zorgkosten

- Voor specialistische GGZ zijn er behoorlijke verschillen met de landelijke kosten (gemiddeld zo'n € 200). De meeste gemeenten liggen 25% lager, maar 's-Hertogenbosch en Vught liggen juist zo'n 25% hoger.
- Voor langdurige GGZ valt op dat Boekel heel veel hoger ligt dan landelijk gemiddeld (€ 166 t.o.v. € 9). Ook Vught ligt met 85 euro erg hoog. Een reden hiervoor is dat hier instellingen met relatief veel intramurale plekken voor langdurige GGZ (t.o.v. het aantal inwoners in die gemeenten) zijn gelegen.

Kosten specialistische GGZ t.o.v. Nederland



Kosten langdurige GGZ t.o.v. Nederland



11. VVT

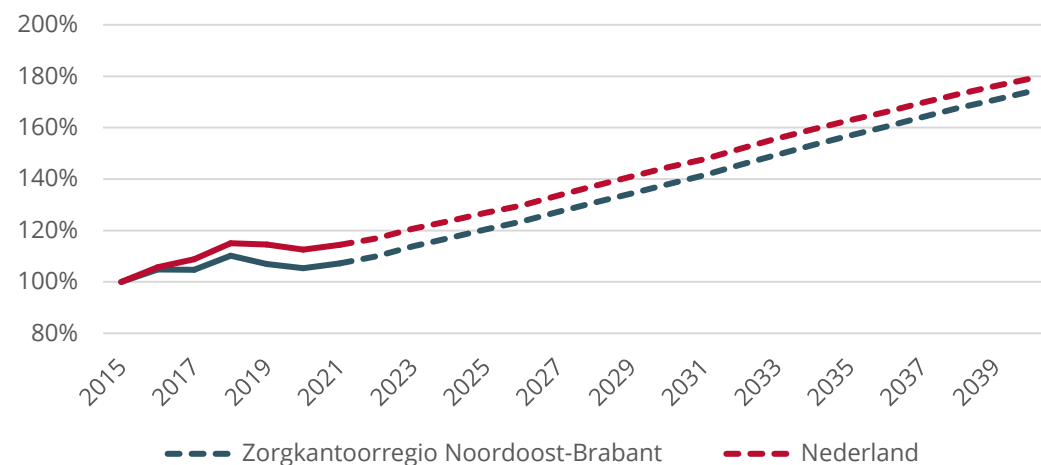
- A. Wijkverpleging – aantal cliënten
- B. Wijkverpleging – zorgkosten
- C. ELV – locaties
- D. ELV – uitstroom
- E. ELV - zorgkosten
- F. Verpleeghuizen – aantal cliënten
- G. Verpleeghuizen – wachttijden
- H. Zorgkosten verpleging en verzorging
- I. Zorgkosten geriatrie en GZSP



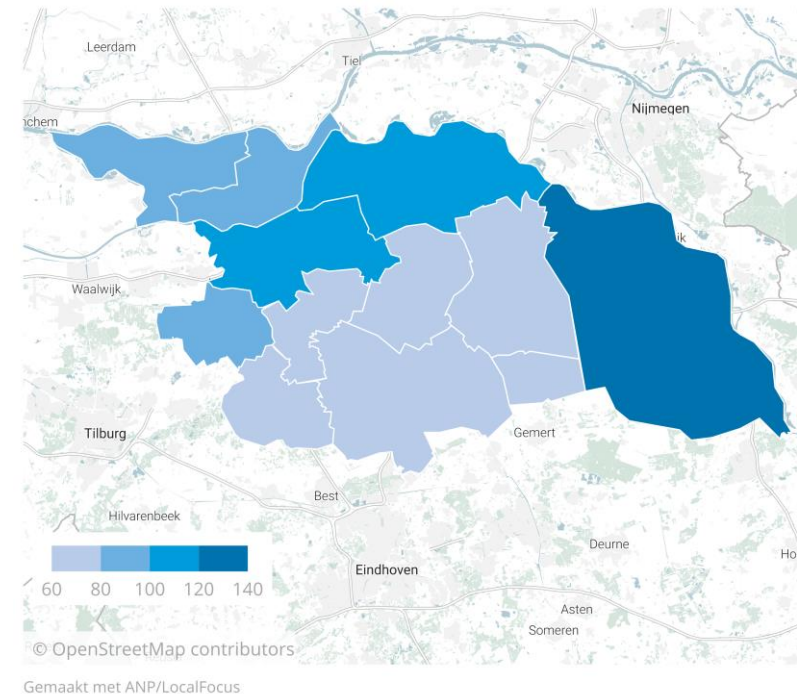
A. Wijkverpleging – aantal cliënten

- Het aantal cliënten in de wijkverpleging in de regio Noordoost-Brabant stijgt van 22.070 in 2023 naar 33.730 in 2040; een stijging van 52,8%.
- De stijging van het aantal cliënten in de regio Noordoost-Brabant is minder sterk dan de gemiddelde stijging in Nederland. In Vught, Boxtel en Bernheze is het aantal cliënten in de verzorging en verpleging het grootst.

Groei patiënten wijkverpleging

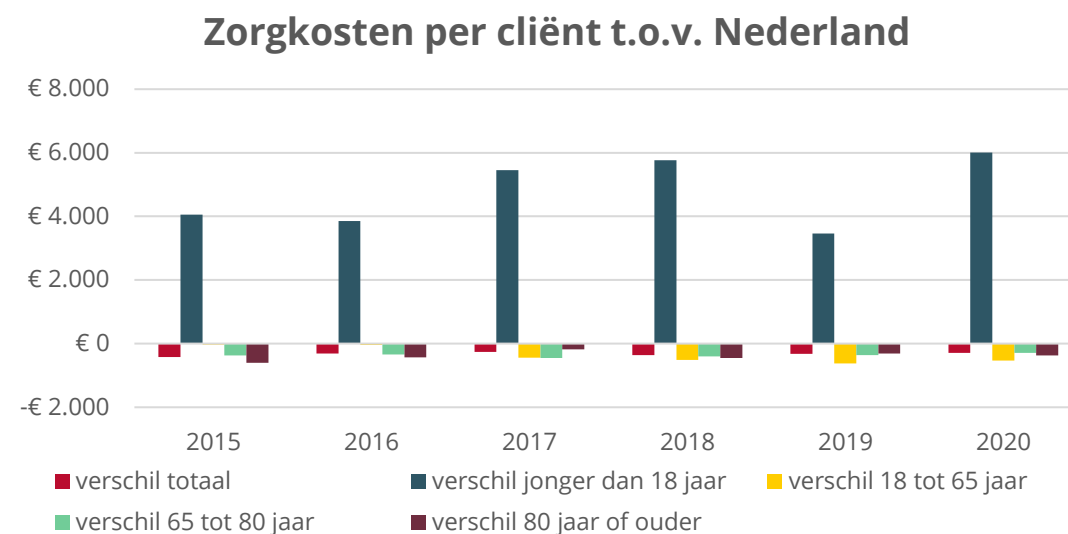


Aantal cliënten per 10.000 inwoners



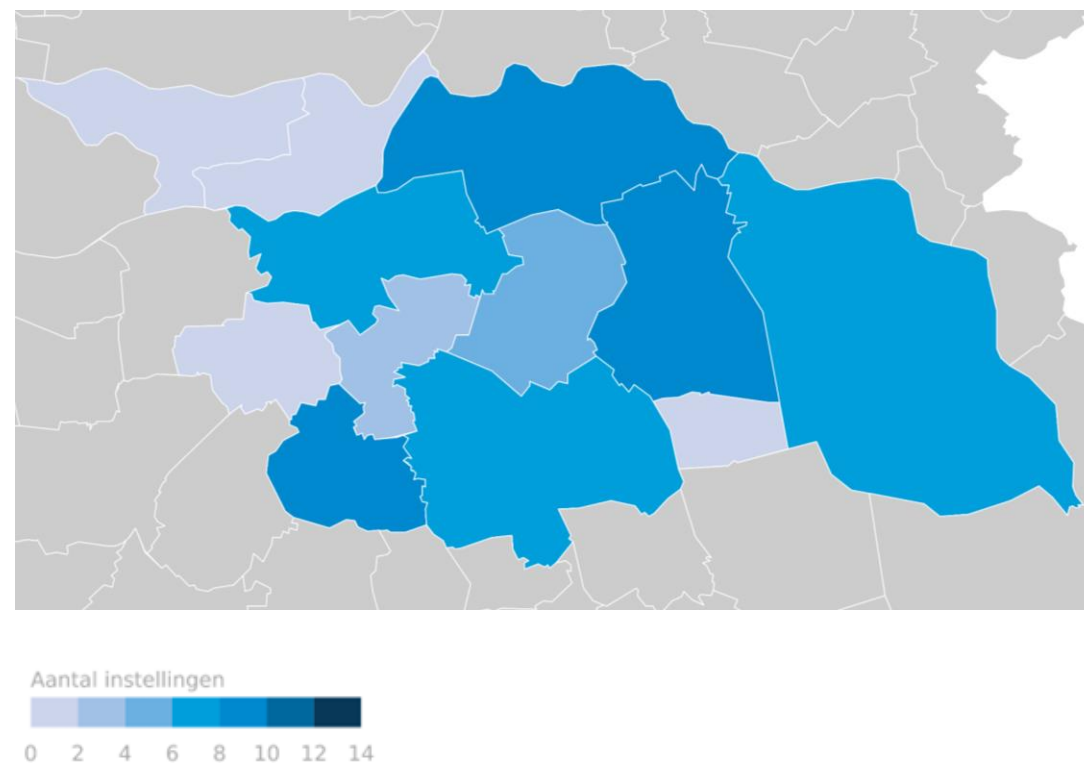
B. Wijkverpleging - zorgkosten

- De gemiddelde zorgkosten per gebruiker van wijkverpleging nemen af sinds 2017 en zijn in de regio Noordoost-Brabant lager dan het landelijk gemiddelde.
- Met name de zorgkosten van wijkverpleging voor jongeren jonger dan 18 jaar zijn per gebruiker hoger in Noordoost Brabant in vergelijking met het landelijk gemiddelde.



C. ELV – locaties

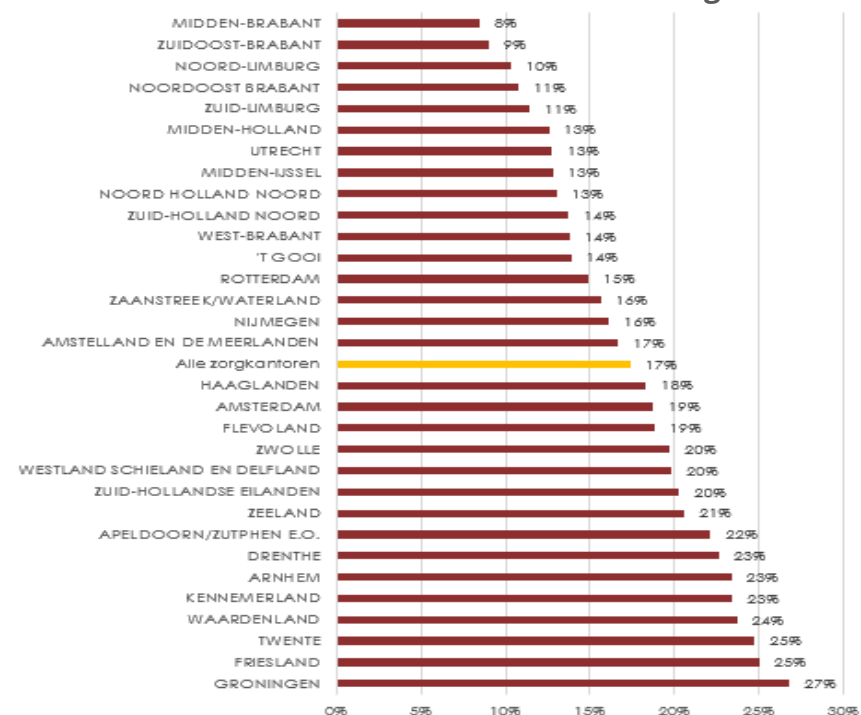
- In de regio zijn 65 locaties van verzorgings- en verpleeghuizen bekend. De meeste hiervan bevinden zich in Oss.
- Alleen in Vught zijn er geen verzorgings- en verpleeghuizen bekend.



D. ELV – uitstroom

- In de regio Noordoost Brabant stromen relatief weinig patiënten van de ELV naar een Wlz-instelling in vergelijking met andere zorgkantoorregio's en het landelijk gemiddelde.
- Dit zou te maken kunnen hebben met wachtlijst, maar deze lijken in Noordoost Brabant maar een beetje af te wijken van landelijk (zie 12.G).
- In de regio wordt aangegeven dat er ook op wordt gestuurd om cliënten zo min mogelijk naar de Wlz te laten uitstromen, maar zoveel mogelijk naar huis te laten gaan.

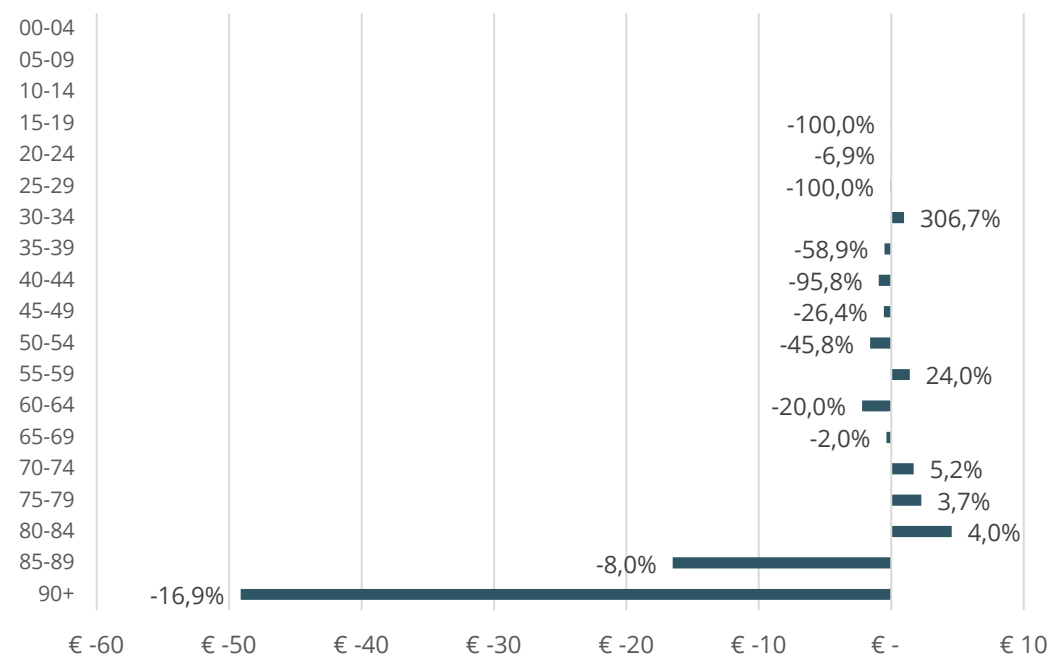
Uitstroom: van ELV naar Wlz-instelling



E. Zorgkosten eerstelijnsverblijf

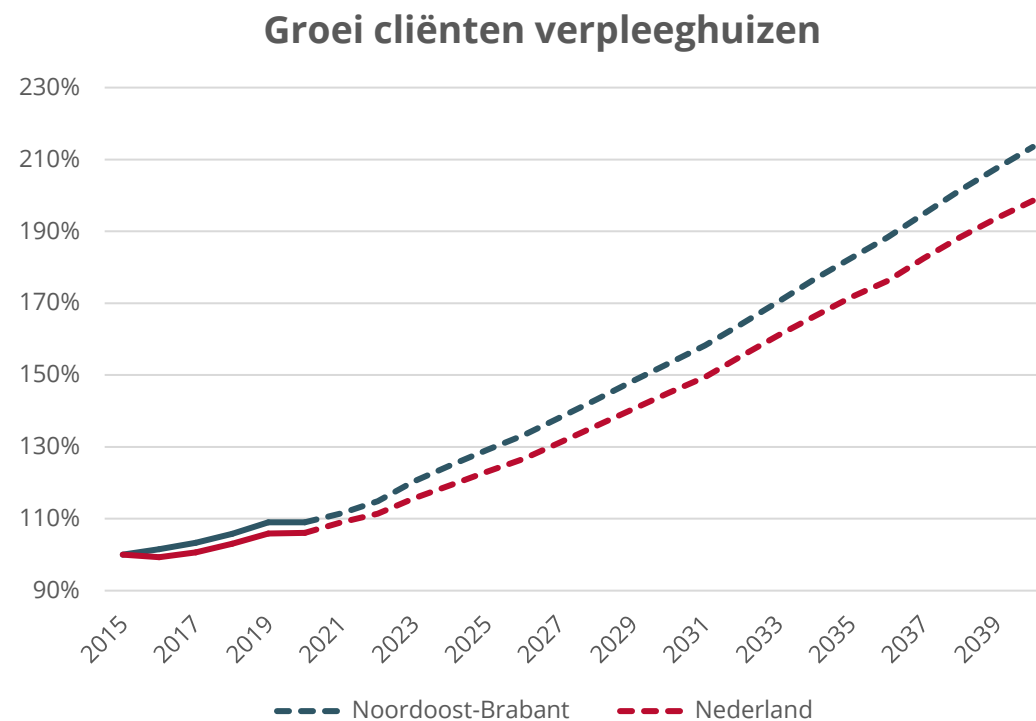
- De zorgkosten voor eerstelijnsverblijf liggen in de regio Noordoost Brabant voor vrijwel alle leeftijdsgroepen tot 70 iets onder het landelijk gemiddelde. Hierbij moet wel vermeldt worden dat het hier om relatief kleine bedragen gaat, waardoor de percentages al snel groot worden.
- Voor de leeftijdsgroep tussen de 70 en 85 liggen de kosten iets hoger dan landelijk gemiddeld, maar hierbij gaat het om slechts een paar procent.
- Voor de inwoners boven de 85 liggen de kosten per verzekerde weer lager dan landelijk het geval is.

Vershil Noordoost Brabant en Nederland



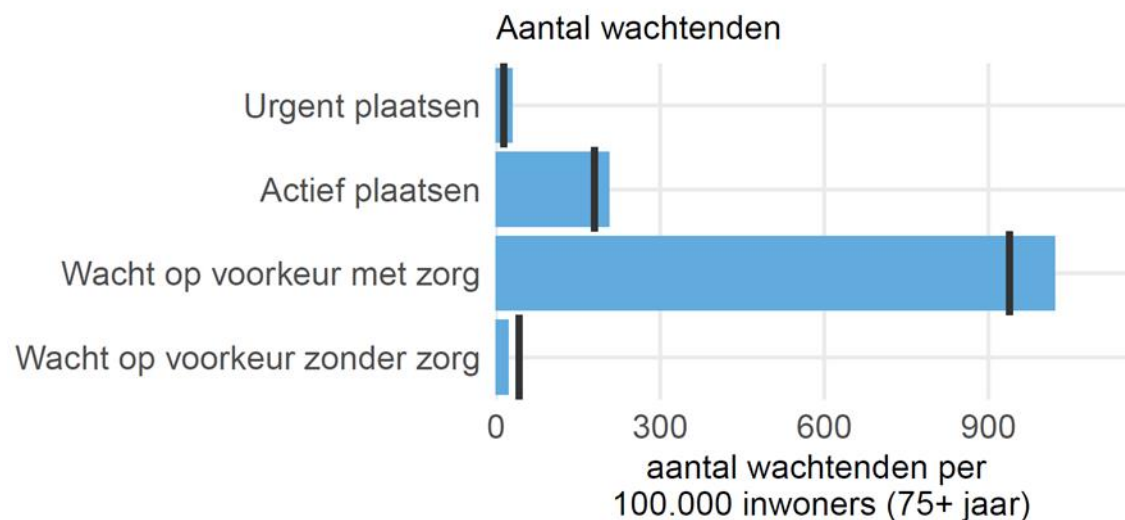
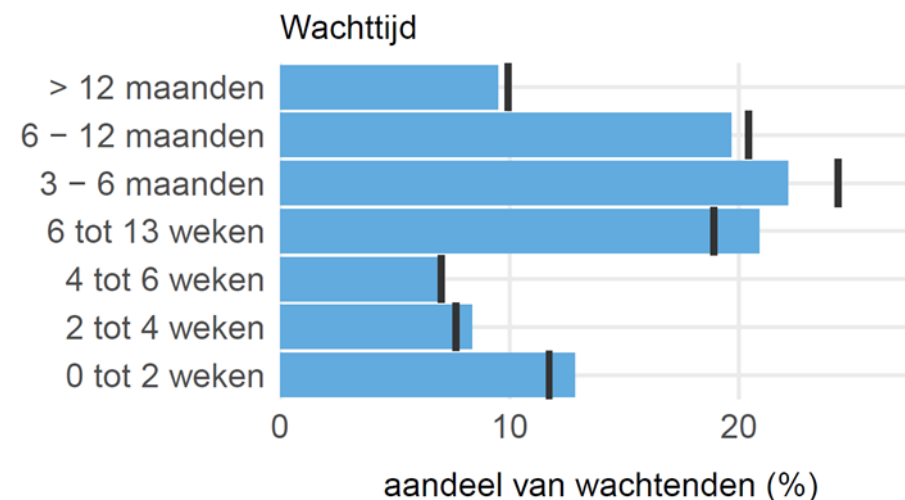
F. Verpleeghuizen – aantal cliënten

- Het aantal cliënten in verpleeghuizen neemt tot 2040 sterker toe in Noordoost-Brabant dan gemiddeld in Nederland.
- Het aantal cliënten met V&V per 10.000 inwoners is relatief stabiel in de regio Noordoost-Brabant; het aantal loopt van 64 in Oss tot 124 in Boxtel.



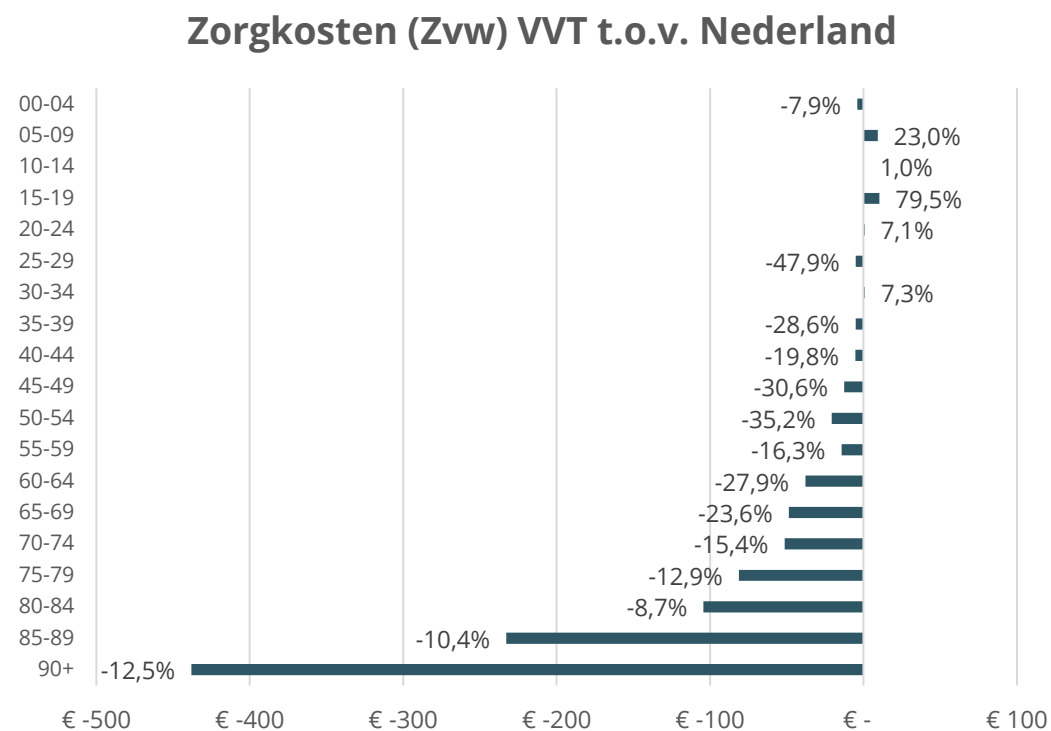
G. Verpleeghuizen – wachttijden

- Voor wachtenden worden verschillende categorieën gehanteerd. Bij 'urgent plaatsen' is opname op korte termijn noodzakelijk (opnamenoodzaak), bij 'actief plaatsen' is opname binnen 1 of enkele maanden noodzakelijk (opnamebehoefte). Bij 'wacht op voorkeur' (opnamewens) wil de cliënt pas worden opgenomen als aan bepaalde voorwaarden is voldaan. Bij 'met zorg' wordt er wel al thuis zorg vanuit de Wlz ontvangen.
- In de regio wachten iets meer inwoners op opname in een verpleeghuis dan landelijk het geval is. De wachttijden voor zij die wachten liggen redelijk rond het landelijk gemiddelde.



H. VVT - Zorgkosten

- Voor VVT-zorg liggen de zorgkosten in de regio Noordoost-Brabant vooral voor ouderen een stuk lager (per verzekerde) dan landelijk het geval is. Voor jongeren is dit juist omgekeerd.
- De grafiek rechts beschrijft de zorgkosten vanuit de Zvw.



H. VVT - Zorgkosten

- Er zijn relatief grote verschillen tussen gemeenten wat betreft de kosten voor VVT vanuit de Zvw per persoon

Zorgkosten 0-4 jarigen t.o.v. Nederland



Zorgkosten 5-19 jarigen t.o.v. Nederland



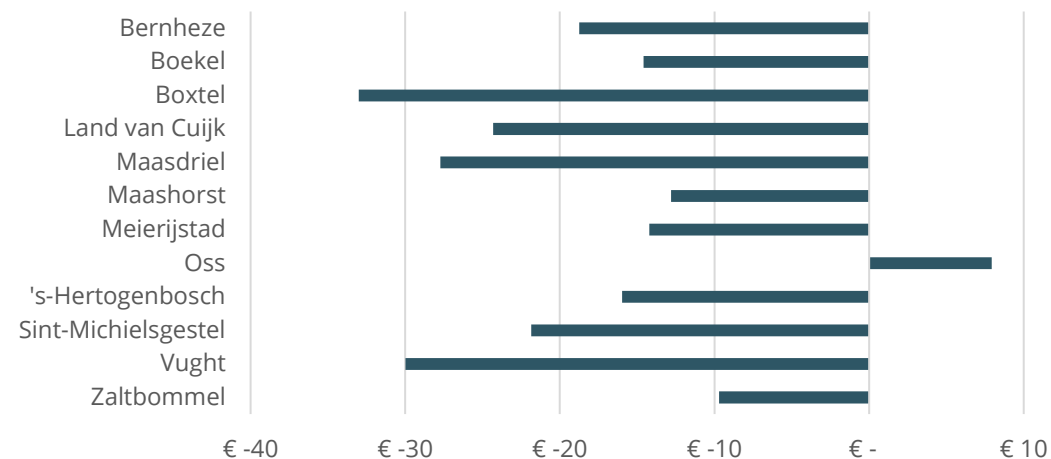
H. VVT - Zorgkosten

- Opvallend is dat de zorgkosten voor VVT vanuit de Zvw voor 35-64 jarigen in de regio voor alle gemeenten lager ligt dan landelijk het geval is, met uitzondering van Oss.

Zorgkosten 20-34 jarigen t.o.v. Nederland



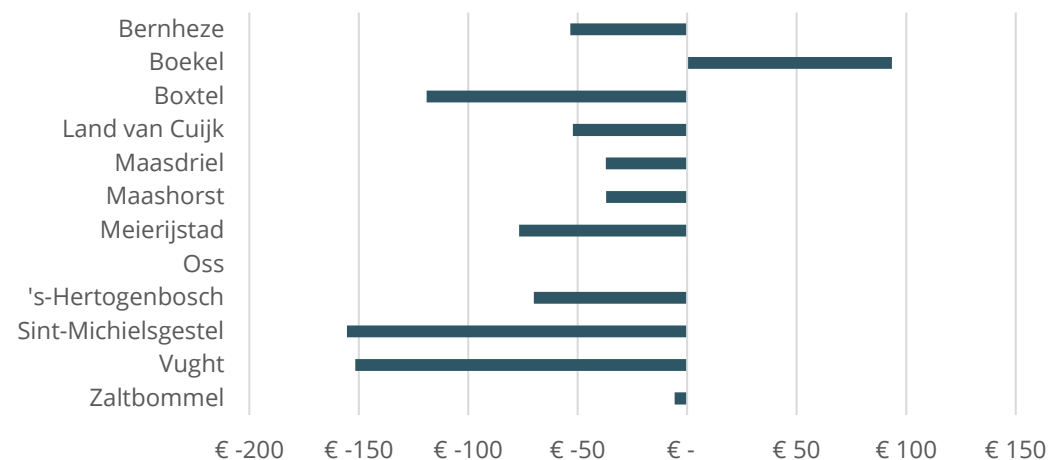
Zorgkosten 35-64 jarigen t.o.v. Nederland



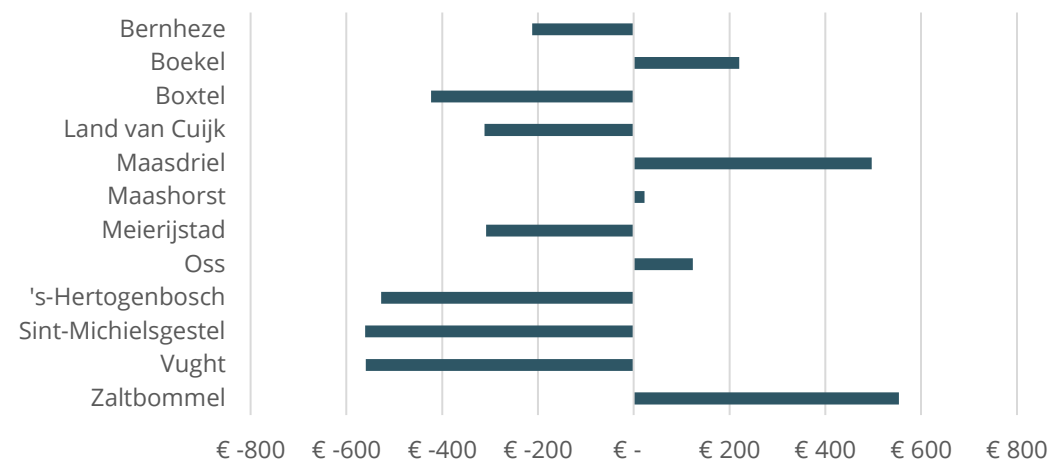
H. VVT - Zorgkosten

- Ook voor 65-79 jarigen liggen de zorgkosten voor VVT vanuit de Zvw voor bijna elke gemeente lager dan landelijk gemiddeld. In deze leeftijdscategorie ligt alleen Boekel hoger dan landelijk gemiddeld.
- Voor 80-jarigen en ouder liggen de kosten per verzekerde in Zaltbommel, Maasdriel, Boekel en Oss hoger dan landelijk gemiddeld.

Zorgkosten 65-79 jarigen t.o.v. Nederland



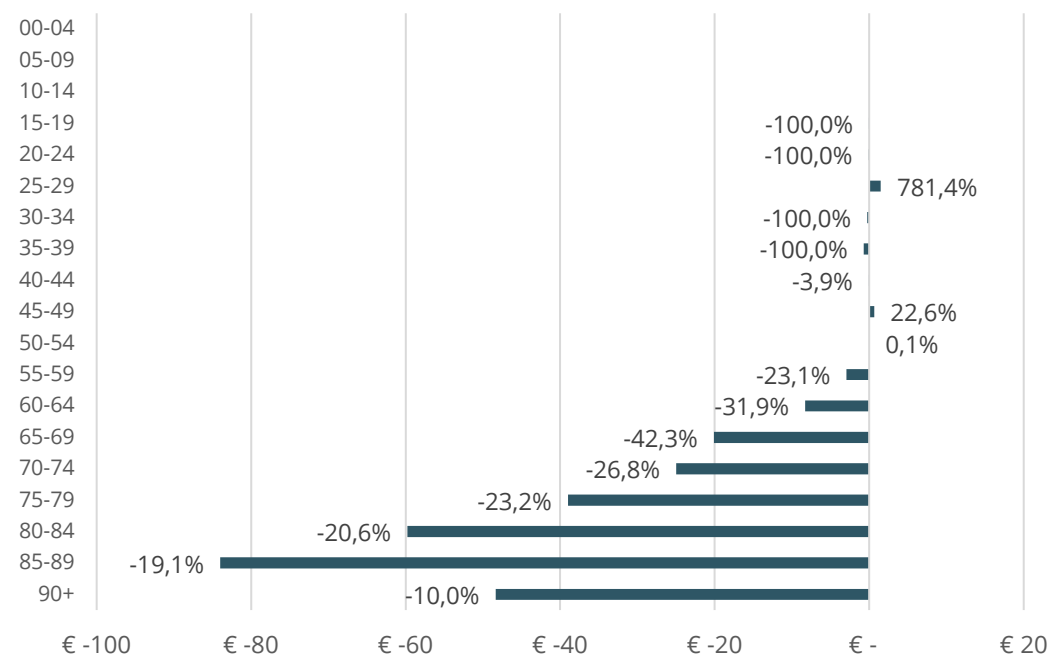
Zorgkosten 80+ jarigen t.o.v. Nederland



I. Zorgkosten geriatriische revalidatiezorg

- De zorgkosten voor geriatriische revalidatiezorg (per verzekerde) vanuit de Zvw liggen relatief laag in de regio Noordoost Brabant.
- Voor inwoners boven de 55 liggen de kosten telkens lager dan landelijk gemiddeld het geval is. Hierbij gaat het in de meeste leeftijdsgroepen om percentages van 20% of meer.

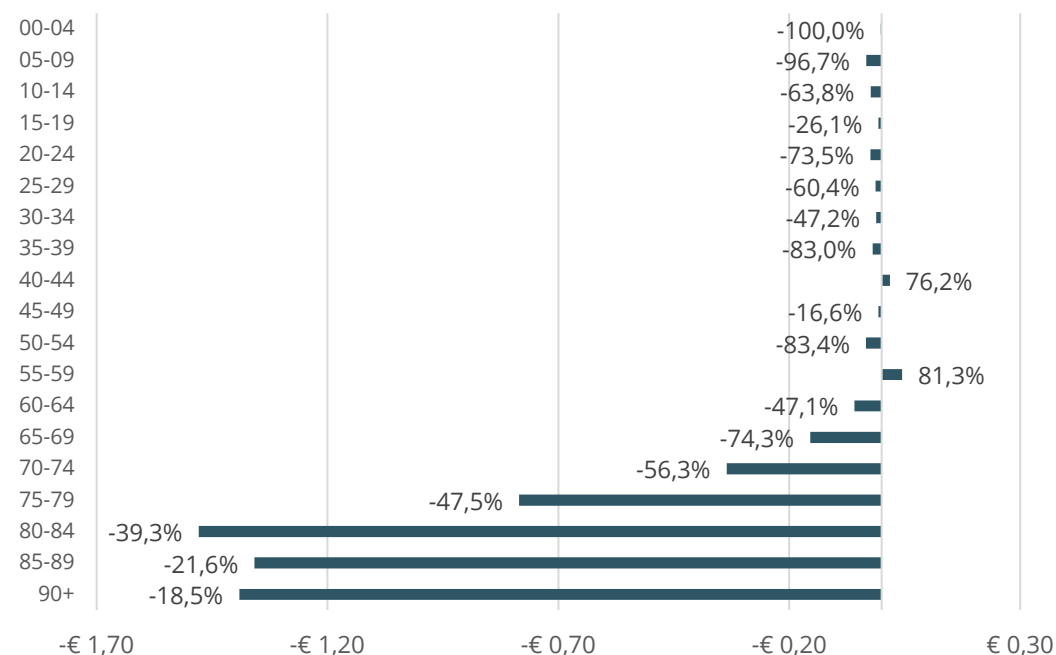
Vershil Noordoost Brabant en Nederland



I. Zorgkosten GZSP

- De kosten voor geneeskundige zorg aan specifieke patiënten vanuit de Zvw liggen voor vrijwel alle leeftijdsgroepen in de regio Noordoost Brabant lager dan landelijk het geval is. Hoewel de procentuele verschillen voor de leeftijdsgroepen onder de 60 groot lijken, gaat het om een relatief klein aantal patiënten.
- Ook voor inwoners boven de 60 liggen de kosten per verzekerde lager dan landelijk gemiddeld het geval is. Ook hier gaat het om relatief weinig kosten per verzekerde. Zo liggen de kosten per verzekerde voor inwoners tussen de 75 en 79 bijvoorbeeld 47,5% lager dan landelijk het geval is, maar gaat het hierbij om een absoluut verschil van slechts € 0,78.

Vershil Noordoost Brabant en Nederland



12. Gehandicaptenzorg

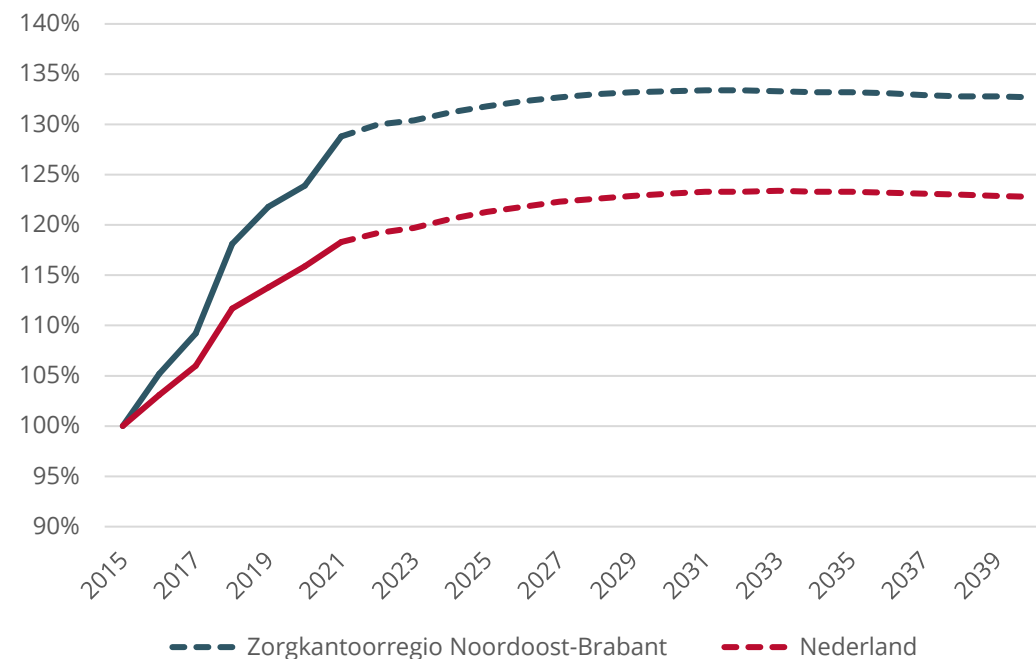
- A. Aantal cliënten
- B. Wachttijden
- C. Zorgkosten



A. Gehandicaptenzorg – Aantal cliënten

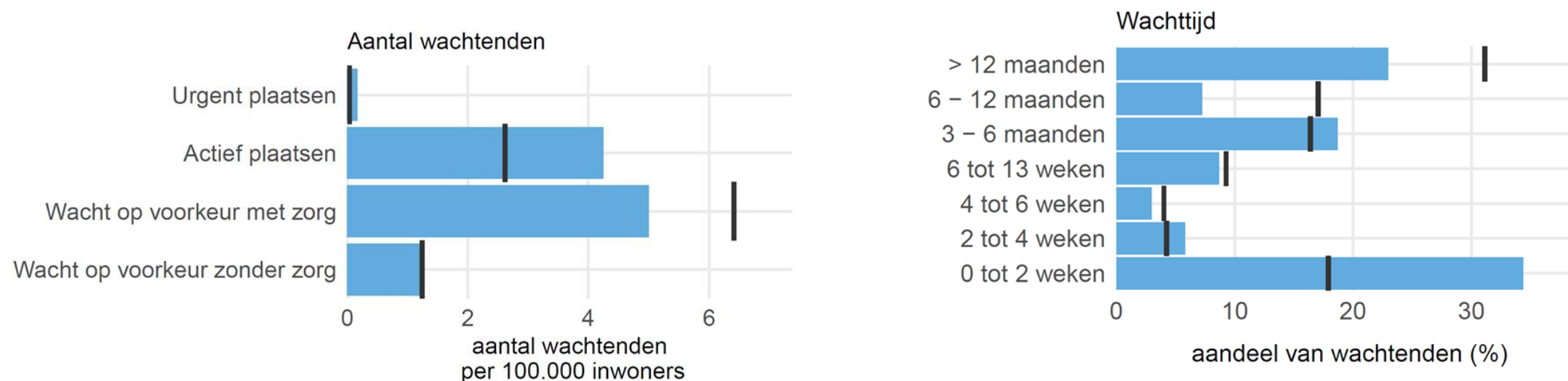
- Het aantal cliënten in de gehandicaptenzorg in de regio Noordoost-Brabant stijgt van 4.250 in 2023 naar 4.330 in 2040; een stijging van 1,9%.
- De stijging van het aantal cliënten in de regio Noordoost-Brabant was in de periode 2015-2020 sterker dan het landelijk gemiddelde. De verwachting is dat de trend de komende 20 jaar gelijk zal zijn aan het landelijk gemiddelde.
- De sterke stijging in de afgelopen 10 jaar in de regio Noordoost-Brabant is te verklaren door een stijging in het aantal cliënten verstandelijk gehandicaptenzorg met gedragsregulering en cliënten lichamelijke of zintuigelijke gehandicaptenzorg.

Ontwikkeling cliënten gehandicaptenzorg



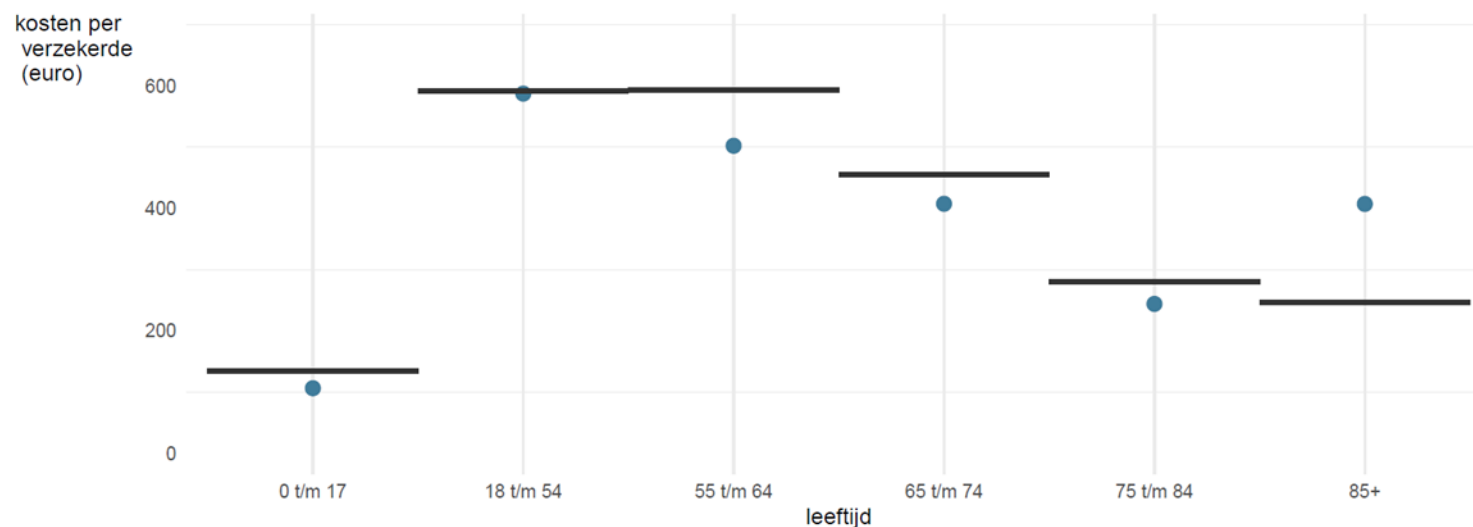
B. Gehandicaptenzorg – Wachttijden

- Voor wachtenden worden verschillende categorieën gehanteerd. Bij 'urgent plaatsen' is opname op korte termijn noodzakelijk (opnamenoodzaak), bij 'actief plaatsen' is opname binnen 1 of enkele maanden noodzakelijk (opnamebehoefte). Bij 'wacht op voorkeur' (opnamewens) wil de cliënt pas worden opgenomen als aan bepaalde voorwaarden is voldaan. Bij 'met zorg' wordt er wel al thuis zorg vanuit de Wlz ontvangen.
- In de regio wachten relatief veel mensen met een opnamenoodzaak of -behoefte, en juist weinig met een opnamewens. De gemiddelde wachttijd ligt relatief laag ten opzichte van het landelijk gemiddelde.



C. Gehandicaptenzorg – Zorgkosten

- Voor alle leeftijdsgroepen onder de 85 liggen de gemiddelde zorgkosten per verzekerde voor gehandicaptenzorg (via de Wlz) in de regio Noordoost Brabant lager dan landelijk gemiddeld.
- Voor de groep inwoners boven de 85 liggen deze kosten per verzekerde juist een stuk hoger.



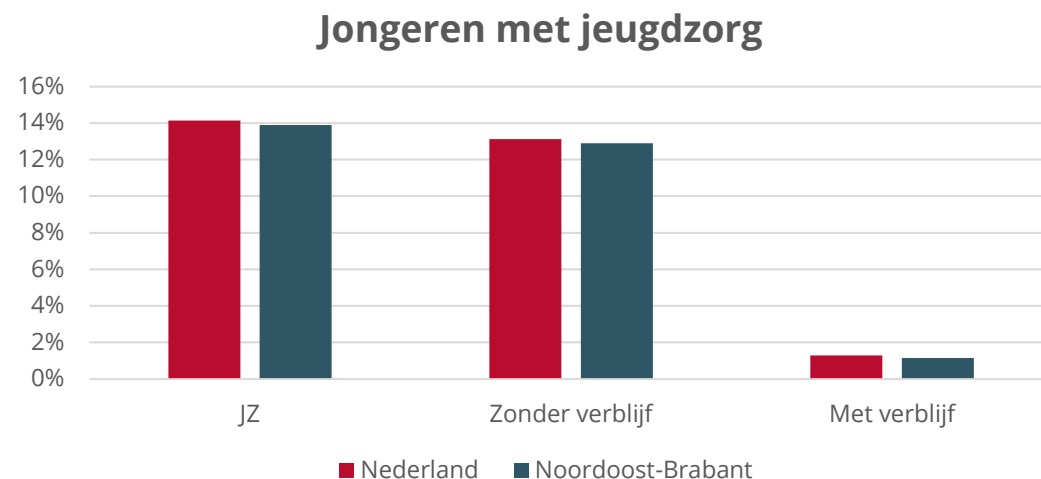
13. Jeugdwet en Wmo

- A. Cliënten jeugdzorg
- B. Kosten jeugdzorg
- C. Arrangementen Wmo
- D. Kosten Wmo

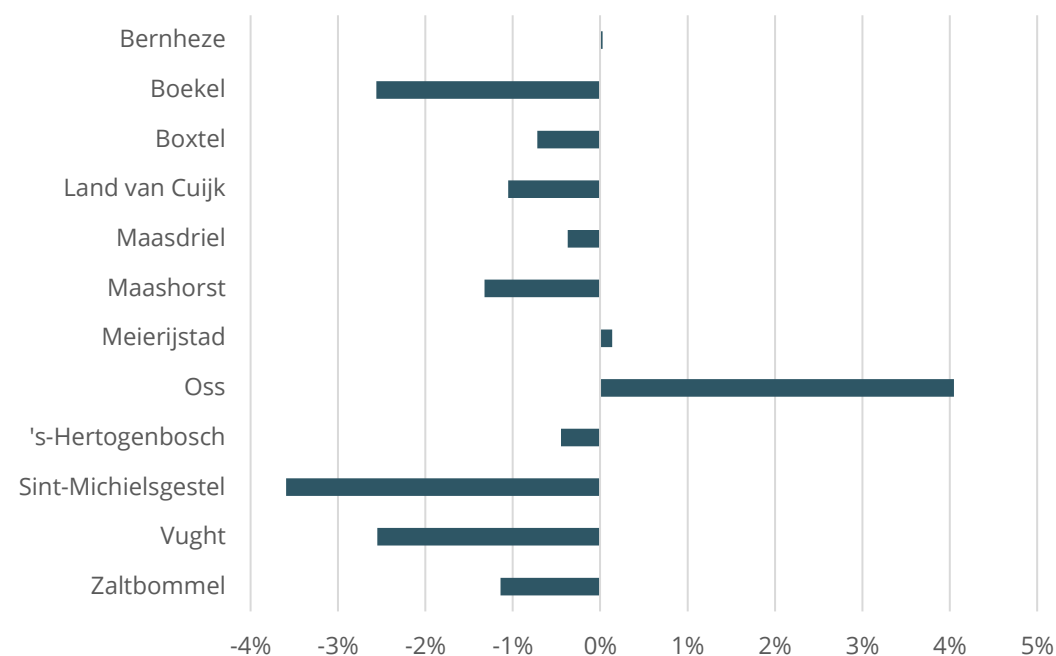


A. Cliënten jeugdzorg

- Het aantal cliënten in jeugdzorg in de regio (t.o.v. het aantal jongeren) ligt iets lager dan landelijk gemiddeld.
- Een belangrijke uitzondering hierop is Oss, waar dit aantal cliënten 4%-punt (een behoorlijk deel t.o.v. het landelijk gemiddelde van 14%) hoger ligt.



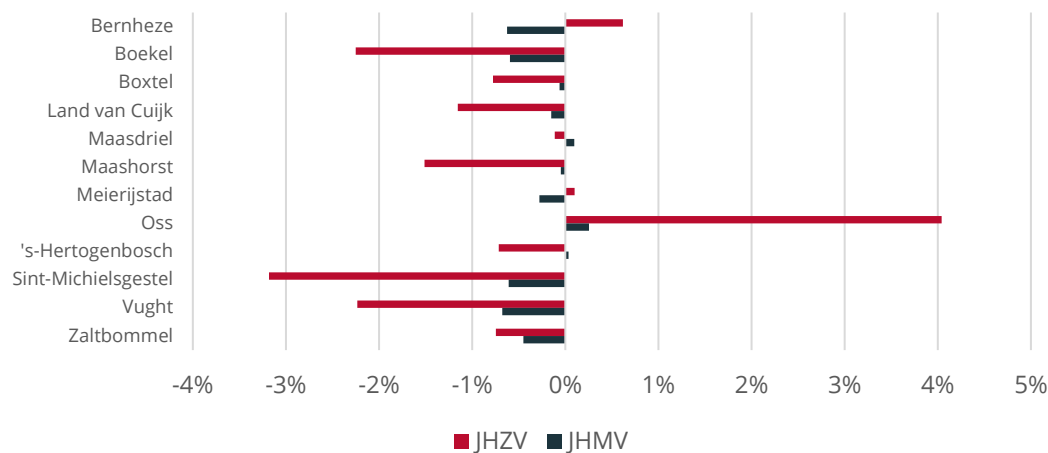
Verskil Noordoost-Brabant en Nederland



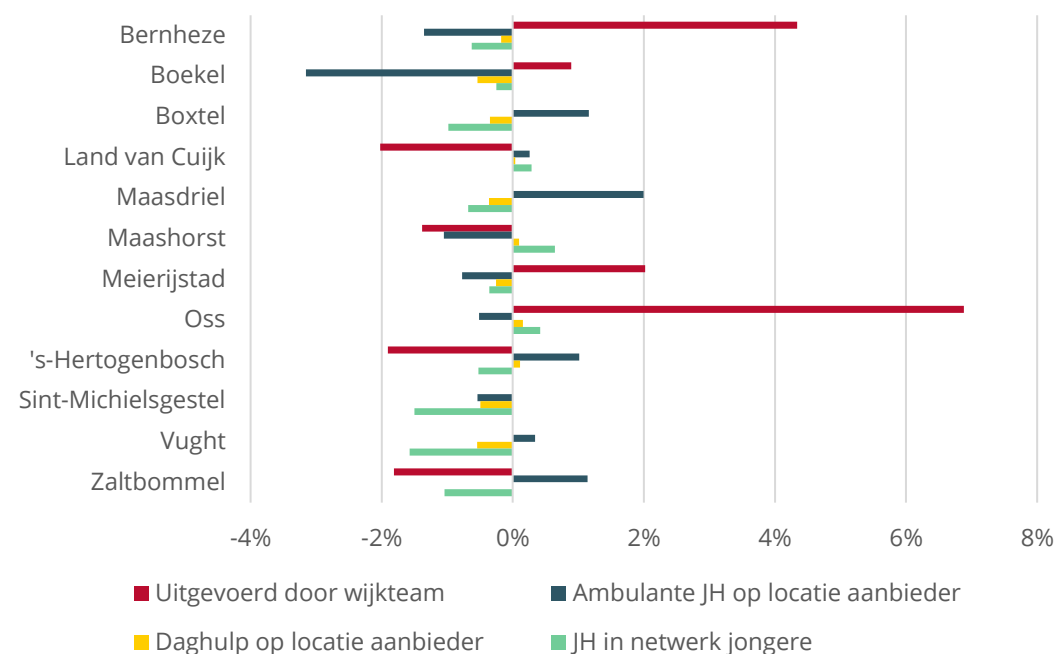
A. Cliënten jeugdzorg

- ▶ Hoewel er grote verschillen tussen jeugdhulp met en zonder verblijf lijken te zijn, is belangrijk om te vermelden dat jeugdhulp zonder verblijf landelijk ongeveer 14% is, en met verblijf 1,3%. De figuren betreffen procentpunten.
- ▶ In Bernheze, Meierijstad en Oss wordt relatief veel zorg geleverd door wijkteams (t.o.v. 2,1% landelijk)

Vershil Noordoost-Brabant en Nederland



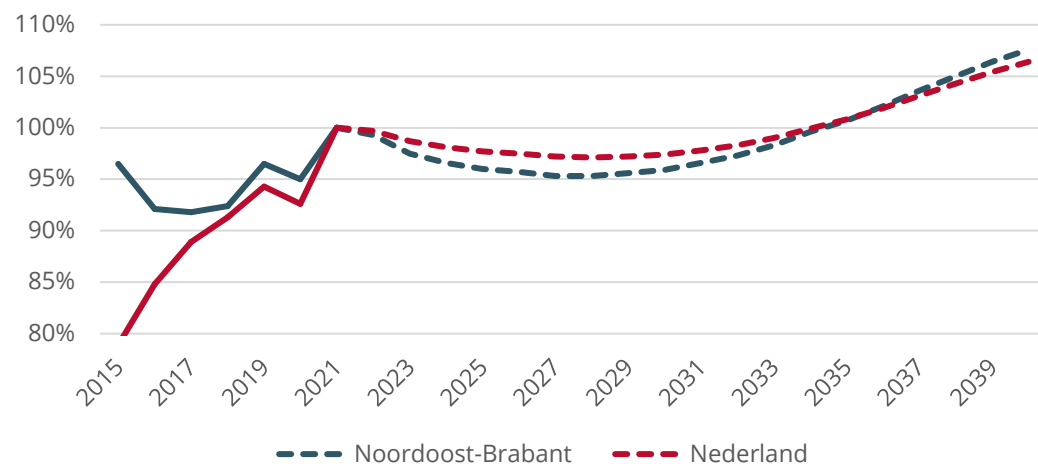
Vershil Noordoost-Brabant en Nederland



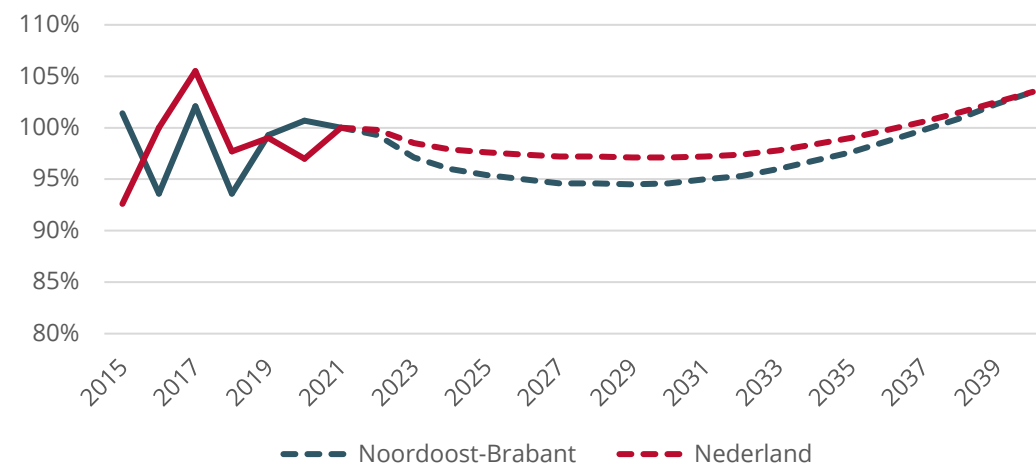
A. Cliënten jeugdzorg

- Volgens de prognoses neemt de geboden jeugdhulp in natura zowel landelijk als in de regio eerst af, maar daarna weer toe. In de regio is deze beweging hetzelfde als landelijk, maar iets groter (zowel qua daling als stijging).
- De prognoses zijn gebaseerd op de verwachte groei van het aantal jongeren.

Jeughulp in natura

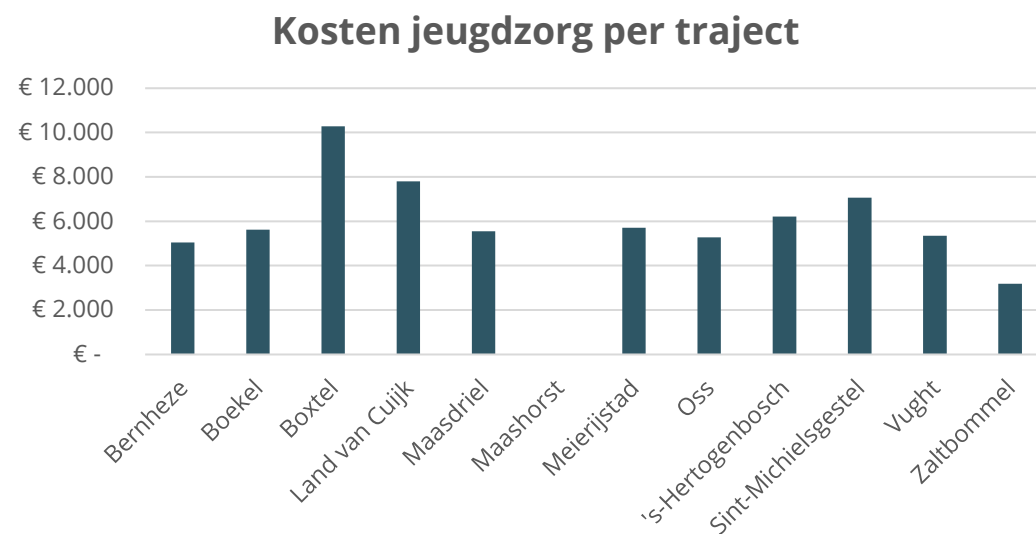
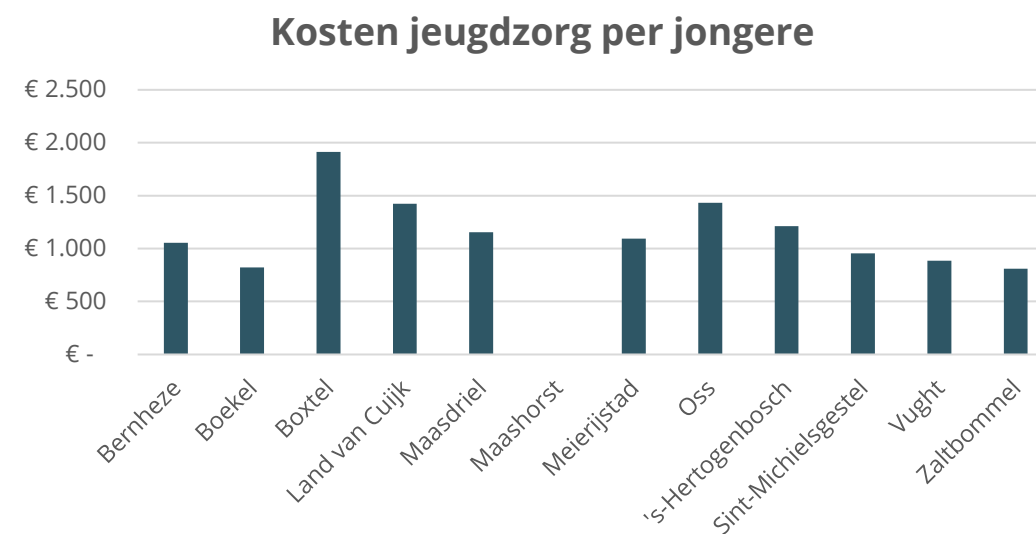


Jeugdhulp in natura met verblijf



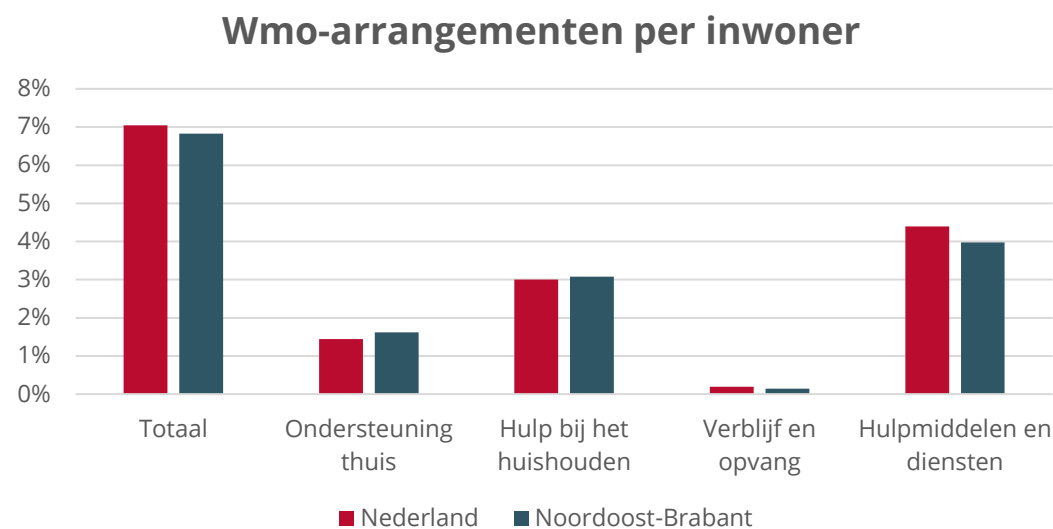
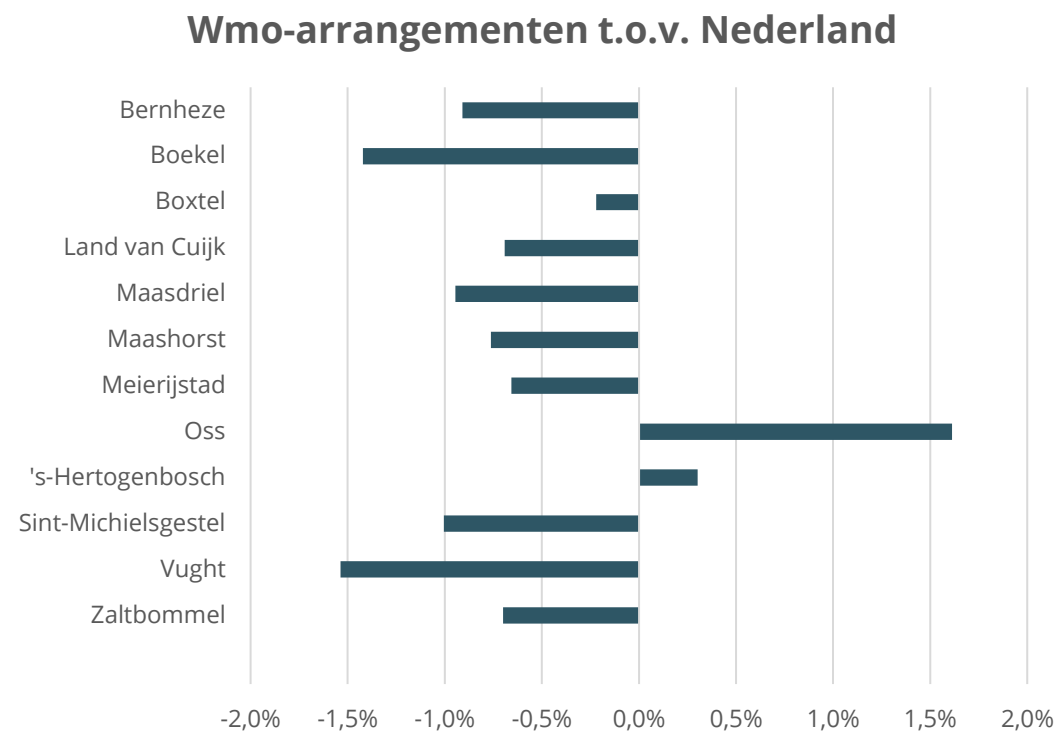
B. Kosten jeugdzorg

- Binnen de regio zijn er behoorlijk grote verschillen in kosten per traject of kosten per jongere. Vooral in Boxtel ligt de prijs relatief hoog.



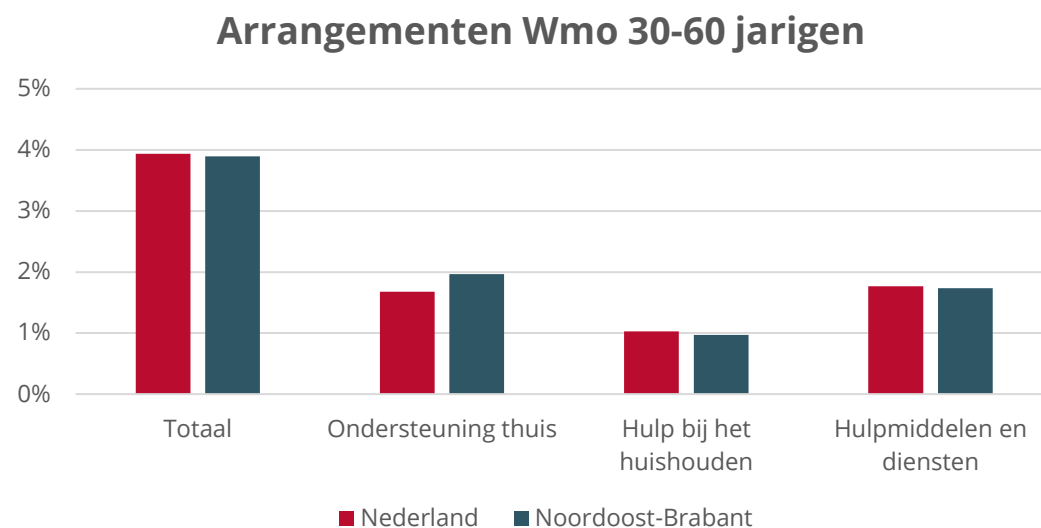
C. Arrangementen Wmo

- De meeste vormen van Wmo worden in de regio iets minder gebruikt dan landelijk. In 's-Hertogenbosch, maar vooral in Oss wordt echter meer gebruik gemaakt van Wmo-arrangementen. Vooral Oss springt hier met meer dan 2%-punt (t.o.v. 7%) uit.

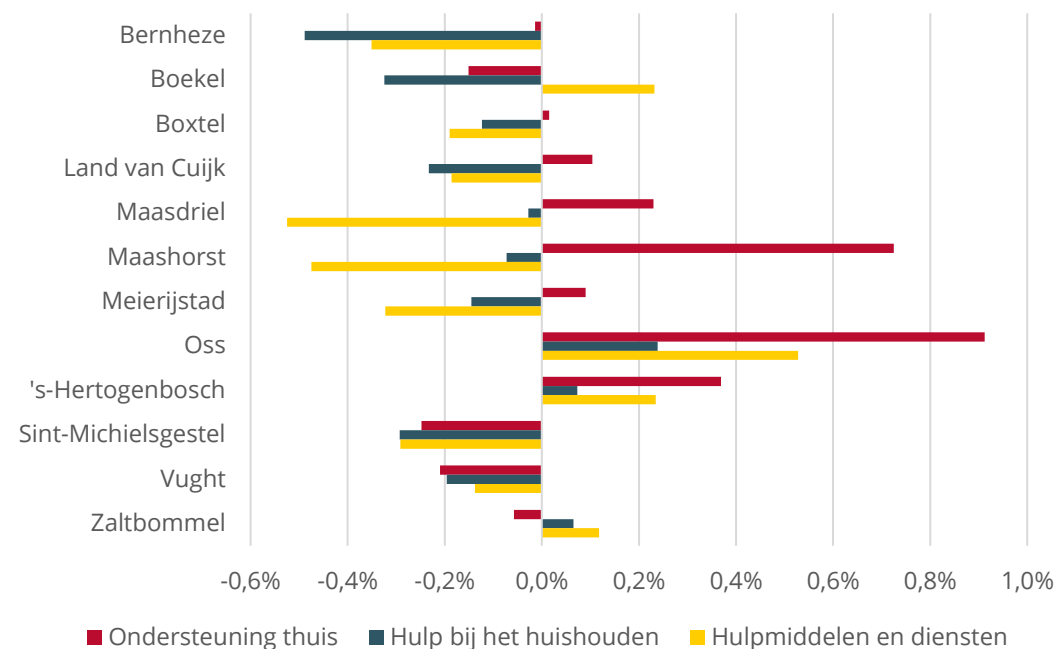


C. Arrangementen Wmo

- Bij de leeftijdscategorie 30-60 jaar liggen zowel Oss als 's-Hertogenbosch voor alle vormen van arrangementen boven het landelijk gemiddelde.

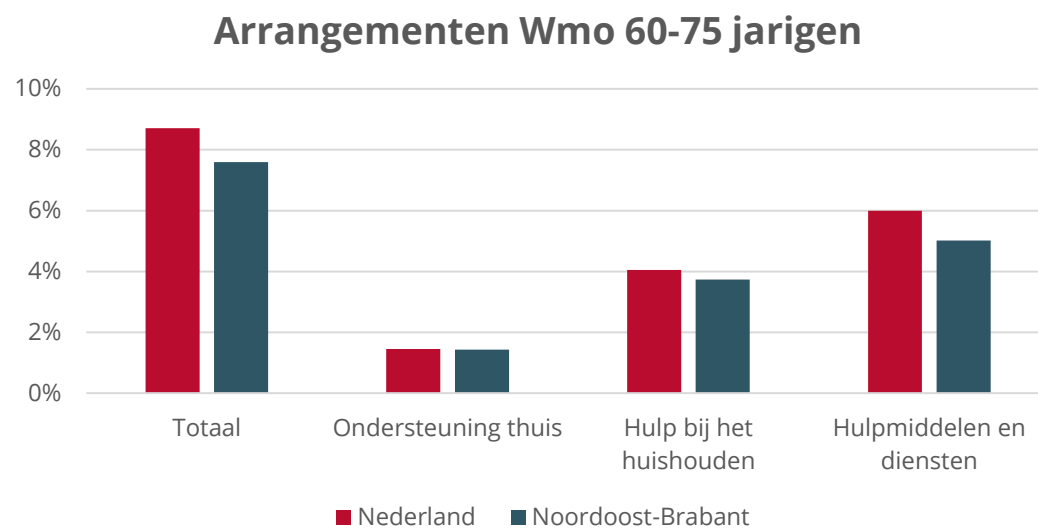


Verskil Noordoost-Brabant en Nederland

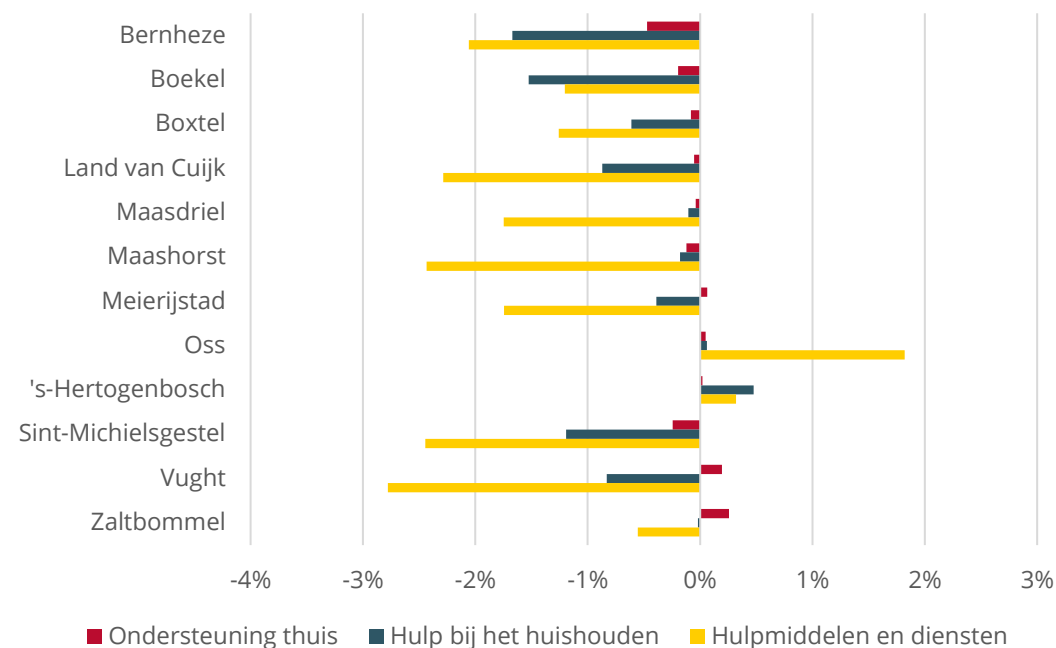


C. Arrangementen Wmo

- In de categorie 60-75 jaar ligt het aantal arrangementen in de regio lager dan landelijk gemiddeld. Ook hier liggen dezelfde gemeenten weer hoger.

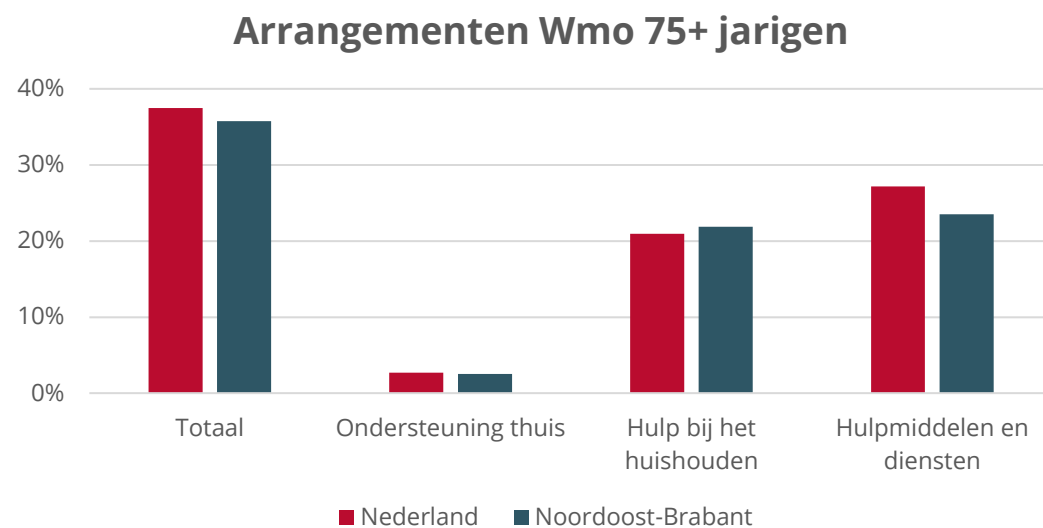


Verskil Noordoost-Brabant en Nederland

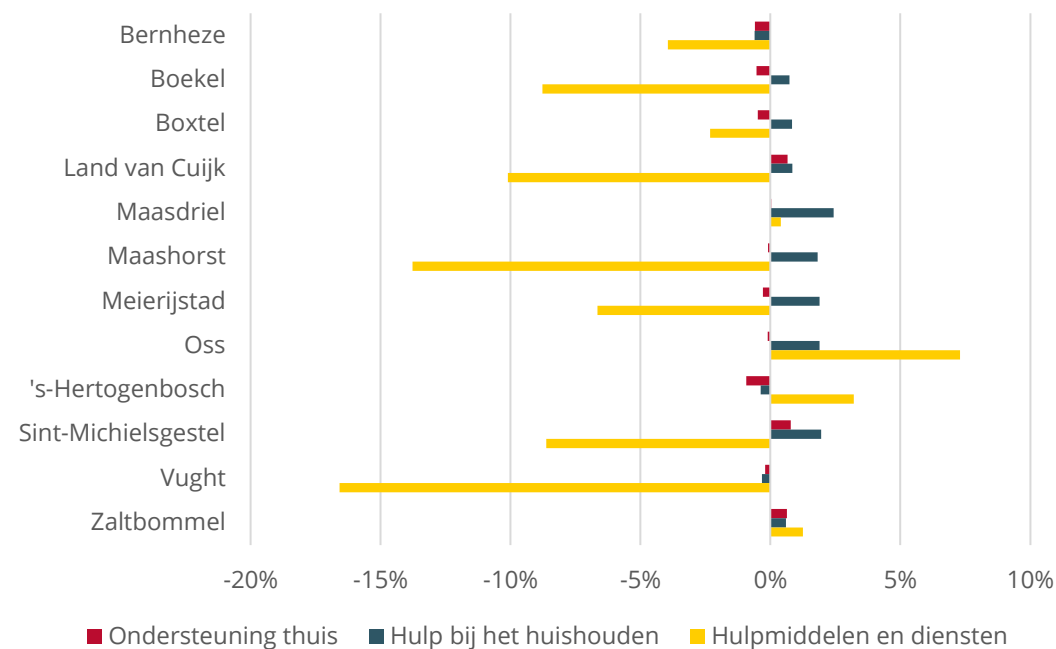


C. Arrangementen Wmo

- Voor de categorie 75+ valt op dat in veel gemeenten vooral de arrangementen met hulpmiddelen en diensten een stuk lager liggen dan landelijk gemiddeld (het landelijk gemiddelde is 27%)

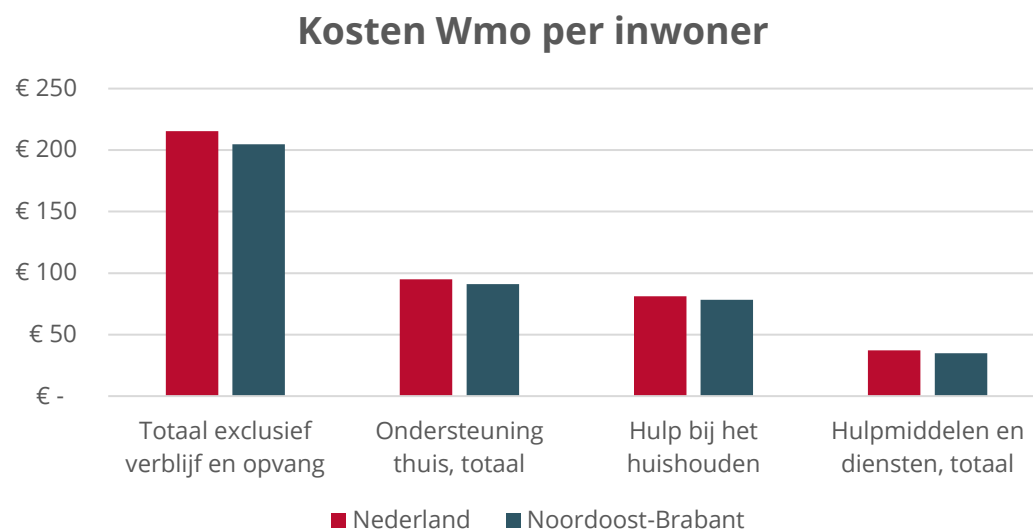


Verskil Noordoost-Brabant en Nederland

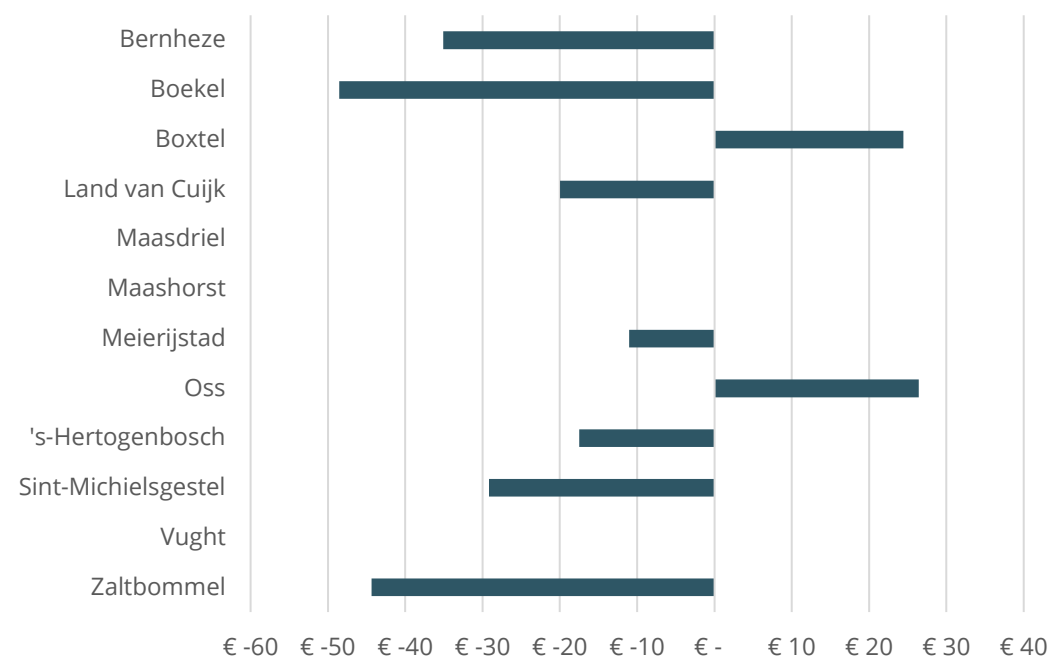


D. Kosten Wmo

- Niet verrassend is dat de kosten per inwoner voor de Wmo in de meeste gemeenten lager ligt dan landelijk gemiddeld, maar in Oss hoger. Ook Boxtel ligt hoger.
- Opvallend is dat 's-Hertogenbosch lager ligt, terwijl wel relatief veel inwoners gebruik maken van een Wmo-arrangement.



Verschil Noordoost-Brabant en Nederland



14. Preventie

- A. Overzicht preventieve activiteiten
- B. In te vullen door de regio



Preventieve activiteiten GGD

- Naast de verplichte activiteiten vanuit de Wet publieke gezondheid en de gemeenschappelijke regeling GGD kent de GGD Noordoost Brabant onderstaande initiatieven op gemeentelijk niveau op het gebied van preventieve gezondheidszorg:

Naam programma	Korte omschrijving
Nu niet zwanger	Vanuit nu niet zwanger wordt het gesprek gevoerd over kinderwens, seksualiteit en anticonceptie met mensen die in kwetsbare omstandigheden leven zodat zij tot een bewuste keuze over het moment van hun kinderwens kunnen komen.
VoorZorg	VoorZorg omvat het preventief en intensief ondersteunen van zeer kwetsbare (aanstaande) moeders, met als doel het voorkomen van kindermishandeling en huiselijk geweld en het verbeteren van de gezondheid en ontwikkeling van de jeugdige, het zwangerschaps- en geboorteproces en de persoonlijke ontwikkeling van de moeder en haar mogelijkheden voor opleiding en werk.
Stevig Ouderschap	Een programma voor ouders met een hoger risico op stress bij het opvoeden met de doelstelling om opvoedproblemen en kindermishandeling te voorkomen.
Toeleiden naar voorschoolse educatie	Het voorkomen van onderwijs- en/of ontwikkelingsachterstanden middels het toeleiden van jeugdigen na verwijzing naar voorschoolse educatie, zodat het percentage deelnemers groter wordt.
Advisering Omgevingsplan	De GGD adviseren over de vertaling van gezondheidsambities uit de Omgevingsvisie naar planregels in het Omgevingsplan.
Deelname Omgevingstafels	De GGD beoordeelt vergunningsaanvragen op gezondheidkundige aspecten ter voorkoming van vergunningen die schade toebrengen aan de gezondheid.

Preventieve activiteiten GGD – Plustaken voor gemeenten (1)

- Gemeenten kunnen de expertise van de GGD ook als plustaak inkopen. Dit zijn diensten buiten het basispakket, die een gemeente kan afnemen tegen betaling.

Naam programma	Korte omschrijving
Mamakits spreekuur	Een preventief hulpaanbod voor pas bevallen moeders met lichte psychische klachten ter voorkoming dat de problemen bij moeders verergeren en zwaardere en duurdere psychologische zorg nodig is.
Videohometraining	Begeleiding voor gezinnen met vragen en/of problemen in de opvoeding met videobeelden uit het eigen gezin.
Workshops opvoeding	Programma's voor het versterken van de opvoeding om bij te dragen aan een gezonde thuisomgeving voor jeugdigen door competent ouderschap te stimuleren.
Interne begeleiding op de kinderopvang	Inzet van intern begeleiders in de kinderopvang die vroeg kunnen signaleren en handelen om (dreigende) problemen bij jeugdigen of in een gezin aan te pakken zodat jeugdigen eerder tot betere ontwikkeling kunnen komen.
Centrale zorgverlener	Een verdiepende rol van een JGZ-medewerker in een aandachtsgebied, met de uiteindelijke doelstelling om het probleemoplossend vermogen van het gezin te vergroten.
Kinderrechten NU	Kinderrechten NU legt het fundament bij jeugdigen om eigen regie te nemen op hun leven en actief deel te nemen aan de maatschappij. Het is een vertrekpunt voor burgerschapsvorming en participatie.
Advies leerplichtonthefing	Medisch advies als onderbouwing voor de ontheffing van de leerplicht.
Advisering onbegrepen gedrag	Analyseren van en adviseren over onbegrepen gedrag en het zorgen voor de inzet van de juiste zorg.

Preventieve activiteiten GGD – Plustaken voor gemeenten (2)

- Gemeenten kunnen de expertise van de GGD ook als plustaak inkopen. Dit zijn diensten buiten het basispakket, die een gemeente kan afnemen tegen betaling.

Naam programma	Korte omschrijving
Bemoeizorg	Het geven van of leiden naar passende zorg van mensen die zorg mijden of hun zorg niet meer zelf kunnen organiseren en het starten van trajecten voor die mensen waarvoor de reguliere hulp niet direct een (passend) aanbod heeft.
Sociaal-medisch vangnet	Sociaal medische zorg (bij o.a. daklozenopvang) met de uiteindelijke doelstelling om toegankelijke medische zorg voor dak- en thuislozen aan te bieden.
Gezondheidseffecten ruimtelijk beleid	Verschillende instrumenten om de leefomgeving in beeld te brengen voor beleidsontwikkeling om zo te helpen bij beslissingen over milieuproblemen met (mogelijke) gezondheidseffecten.
Aanpak gezonde wijk	Een aanpak waarbij de GGD samen met partners en bewoners in een wijk, buurt of (dorps)kern integraal en structureel werkt aan de bevordering van de gezondheid van de inwoners.
Wijkfoto	Een online tool die (wijk)data combineert van onder andere de GGD (monitors en registraties) en gemeente (registraties en onderzoeken) om zo (op kwetsbare groepen) gerichte wijkpreventieplannen te ontwikkelen.
Gebiedsschets	Thema's uit de Brabantse Omgevingsscan (BrOS) in één overzicht voor een gemeente of een deel van een gemeente weergegeven om zo gemeenten te ondersteunen bij het inrichten van de Omgevingswet.
Inspecties evenementen	Controleren of een algemeen toegankelijk evenement in een zo gezond mogelijke omgeving plaatsvindt voor bezoekers en medewerkers.

Preventieve activiteiten GGD – Plustaken voor gemeenten (3)

- Gemeenten kunnen de expertise van de GGD ook als plustaak inkopen. Dit zijn diensten buiten het basispakket, die een gemeente kan afnemen tegen betaling.

Naam programma	Korte omschrijving
Kwaliteitstoezicht Wmo	Toezien op de naleving van de kwaliteitseisen uit de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 (Wmo) om zo de kwaliteit van de ondersteuning aan kwetsbare mensen te verbeteren en fraude te voorkomen.
Advies- en meldpunt calamiteiten (Wmo)	Aanbieders van maatschappelijke ondersteuning doen een melding als er sprake is van een calamiteit of geweld, dit meldpunt heeft uiteindelijk het doel om tot een betere kwaliteit van de ondersteuning aan kwetsbare mensen te komen.
Aanvullend onderzoek	Onderzoek naar de doelstellingen uit beleid (eventueel op basis van bestaande data), de uitkomsten van een interventie of de ervaringen van professionals en/of inwoners en aanvullende monitors of verdiepende analyses die inzicht bieden in een thema.
Coördinatie van programma's of projecten	Het coördineren of leiden van (het invoeren en/of borgen van) een landelijk of regionaal programma en/of verandertraject met het doel om tot een succesvolle invoering van het programma te komen en de werkwijze uit een programma of traject te borgen.

Preventieve activiteiten GGD – Plustaken voor andere opdrachtgevers (1)

- Naast de plustaken voor gemeenten voert de GGD deze ook uit voor andere opdrachtgevers.

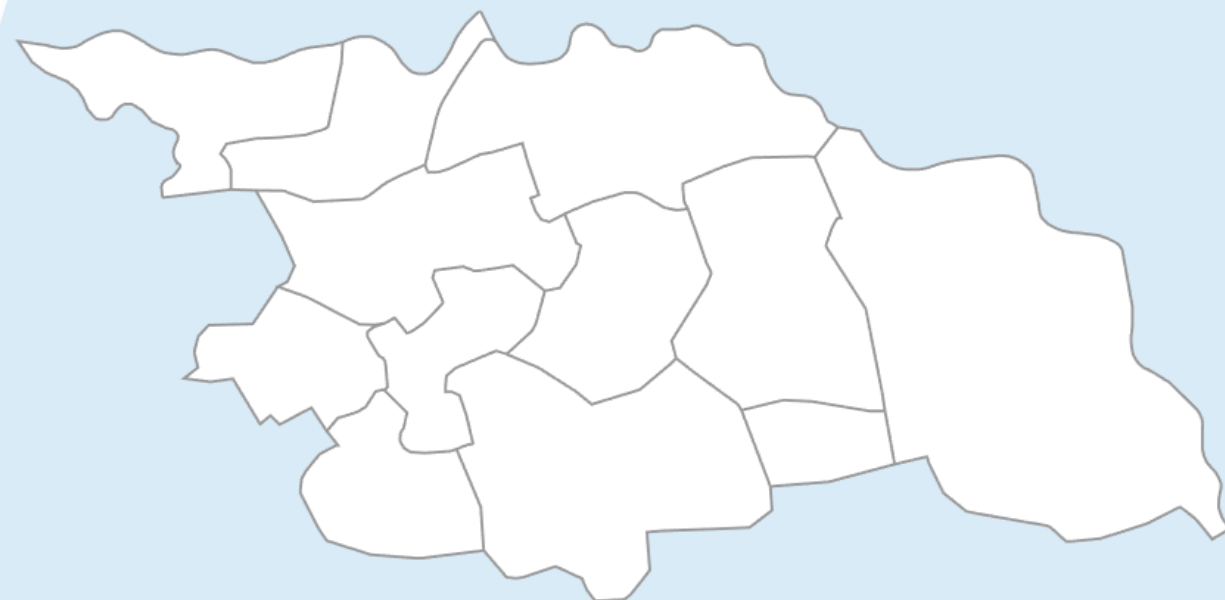
Naam programma	Korte omschrijving
Reizigersadviezen	Het geven van reizigersadvies en -vaccinaties, ter preventie van gezondheidsrisico's bij (verre) reizen en import van infectieziekten en andere aan reizen gerelateerde aandoeningen bij reizigers naar risicogebieden en daarmee het beschermen van de bevolking in het werkgebied.
Seksuele gezondheid	Hepatitis B vaccinatie en behandelen met de hiv-remmer Pre Expositie Profylaxe (PrEP).
Centrum seksueel geweld	Het Centrum Seksueel Geweld is een plek waar slachtoffers van aanranding of verkrachting hulp kunnen krijgen die ze nodig hebben.
Uitstappen sekswerkers	Regionaal Uitstap Programma Sekswerkers (RUPS) om het uit het sekswerkcircuit stappen makkelijker te maken.
Psychosociale hulp bij incidenten	Coördinatie en advies bij het bieden van psychosociale hulp die aansluit bij de behoefte en vragen na een incident. De normale inzet van politie en hulpverlening is dan niet meer voldoende.
Infectiepreventie voor bedrijven	Inspecties van en advies over hygiënemaatregelen bij seksbedrijven en ondernemers die tattoos, piercings en permanente make-up aanbrengen.
Hielprikscreening	Hielprik bij pasgeborene om ernstige, zeldzame, aangeboren ziektes op te sporen waardoor behandeling tijdig kan starten en ernstige gevolgen (grotendeels) worden voorkomen.

Preventieve activiteiten GGD – Plustaken voor andere opdrachtgevers (2)

- Naast de plustaken voor gemeenten voert de GGD deze ook uit voor andere opdrachtgevers.

Naam programma	Korte omschrijving
Publieke gezondheid asielzoekers	Publieke gezondheidszorg in de asielzoekerscentra, met als doelstelling een betere gezondheid van asielzoekers en het bevorderen en bewaken van de hygiëne, veiligheid en gezondheid in asielzoekerscentra.
Medische arrestantenzorg	Acute medische basiszorg voor een verdachte die vastzit op het politiebureau of in het arrestantencomplex, met de doelstelling de medische gezondheid van arrestanten te monitoren en medische hulp bieden.
Meldpunt onverzekerden	Zorg voor onverzekerde mensen en hen toeleiden naar een zorgverzekering.
Extern vertrouwenspersoon	Advies en steun bij ingrijpende situaties rond jeugdigen tot en met 18 jaar, met de doelstelling dat jeugdigen zo snel mogelijk weer normaal en veilig naar school, kinderopvang of sportvereniging kunnen.

C. Regionale samenwerking



De structuur van de samenwerkingsagenda is het uitgangspunt om verder te bouwen voor IZA-GALA

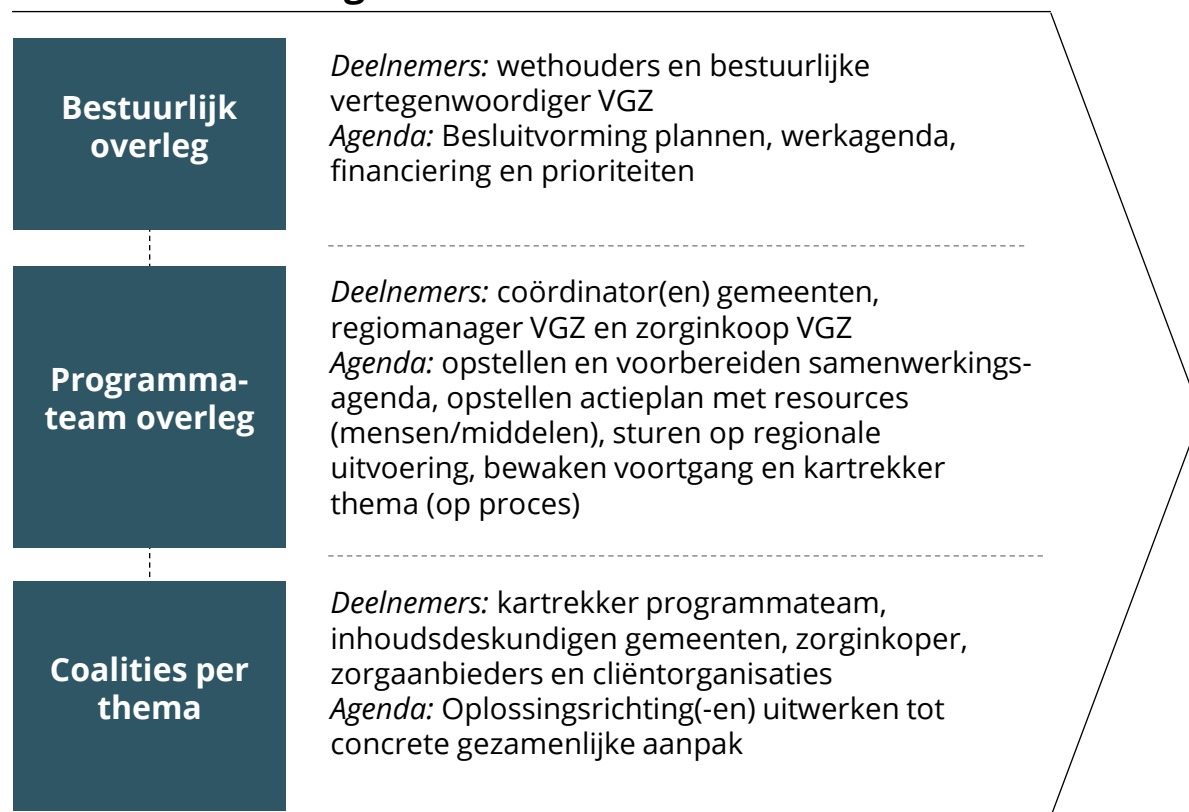
Gemeenten regionale samenwerkingsagenda



- ▶ De regionale samenwerkingsstructuur tussen VGZ en de 12 gemeenten¹ in Zorgkantoorregio Noordoost-Brabant (NOB) bestaat sinds 2019 en vormt het uitgangspunt om samen met partners verder te bouwen voor de implementatie van het IZA-GALA in de regio.
- ▶ In 2023 is de samenwerkingsstructuur verbreedt met inclusie van zorgverzekeraar CZ, de GGD, ziekenhuizen, verpleeg- en verzorgingshuizen, zorggroepen (huisartsen, gehandicaptenzorg, geestelijke gezondheidszorg, welzijnsaanbieders) en patiënten- en cliëntenorganisaties
- ▶ In juli 2023 start een regionale coalitie IZA bestaande uit vijf typen partijen: zorgverzekeraars, gemeenten, GGD, zorg en welzijnsaanbieders en patiënten- en cliëntenorganisaties. VGZ zit namens de verzekeraars in de coalitie, 's-Hertogenbosch als mandaatgemeente IZA en Zorgbelang namens patiënten- en cliëntenorganisaties.
- ▶ Er zijn samenwerkingsverbanden op thema, branche en lokale proeftuinen. Voor het regioplan is zorgkantoorregio NOBB (mét Bommelerwaard) de scope.
- ▶ De samenwerkingsagenda 2021-2023 met een focus op de thema's ouderen, GGZ en preventie met gezamenlijke doelstellingen en beoogde resultaten. [Meer lezen?](#)

Samenwerkingsagenda op drie verschillende niveaus

Het samenwerkingsmodel 2021-2023



De uitvoeringsafspraken 2021-2023

- Vanuit VGZ is er een kartrekker voor de coördinatie van de uitvoering van de samenwerkingsagenda. Deze is tevens kartrekker voor elk thema.
- Vanuit gemeenten is er vanuit elke subregio een kartrekker voor de coördinatie van de uitvoering van de samenwerkingsagenda. Zij zijn tevens kartrekker van een thema.
- De kartrekkers vormen gezamenlijk het programmateam.
- De inhoudelijke keuzes per thema zijn leidend voor de vorm van samenwerken per thema.
- De projecten op de thema's zijn uitgevoerd in coalities van VGZ, gemeenten, aanbieders en cliëntorganisaties.
- Zowel vanuit gemeenten als VGZ is rekening gehouden met ureninzet van betrokkenen in de te starten coalities.

De samenwerkingsagenda 2021–2023 bestond uit acht uitgangspunten en vier doelstellingen

Gezamenlijke uitgangspunten waren:

1. We **redeneren vanuit de inwoner**. Het perspectief van inwoners/verzekerden en naasten staat voorop.
2. We benaderen de knelpunten **domein-overstijgend** en **integraal**.
3. Het zorgstelsel is complex georganiseerd. Met deze samenwerkingsagenda richten we ons op de **eenvoud** in de **dienstverlening** aan inwoners en in de manier waarop we samenwerken.
4. We werken vanuit een **gezamenlijk gevoelde verantwoordelijkheid**.
5. We beginnen klein en **leggen per thema jaarlijks een focus aan**.
6. We **werken** zo veel mogelijk **data-gedreven**, met zicht op effectiviteit en een duidelijke businesscase.
7. We richten ons op **structurele veranderingen** die we structureel in beleid en/of inkoop verankeren.
8. We streven naar **korte lijnen** en **leren van casuïstiek**.

Gezamenlijke doelstellingen waren:

1. We zetten gezamenlijk in op het **slimmer, beter en goedkoper organiseren van zorg** door het medisch en het sociaal domein waar nodig beter met elkaar in verbinding te brengen;
2. We **voorkomen** dat inwoners/verzekerden **tussen wal en schip vallen** door schotten in het stelsel (de grensgevallen);
3. We voorkomen zorg of duurdere vormen van zorg door **beter aan te sluiten bij de zorg- en ondersteuningsbehoefte** van inwoners/verzekerden;
4. We **leren met en van elkaar**, en doen nieuwe inzichten op die ons helpen bij de inkoop van zorg.

Verbeterwensen in de samenwerking

Eind 2022 is de samenwerking tussen VGZ en de gemeenten geëvalueerd. Hieruit blijkt dat er zowel ambtelijk als bestuurlijk **veel energie** is voor de samenwerking, hetgeen geleid heeft tot succesvolle projecten in de regio. Met een duidelijke visie op vraagstukken, is de regio vanuit een gezamenlijke samenwerkingsagenda geslaagd in het realiseren van een breder draagvlak voor de samenwerking tussen gemeenten en zorgverzekeraars.

De verbeterpunten richtten zich dan met name op **sturingsvraagstukken**. Omdat veel projecten zich in de opstartfase bevinden brengt het logischerwijs vragen mee over de beoogde doelen en de rol- en taakverdeling van betrokkenen. De energie en het succes op een thema of pilot hangt af van de inzet van individuen en het breder uitrollen van pilots is daarmee niet gemakkelijk. Het benutten van bestuurlijke betrokkenheid en het eerder inzetten van bestuurlijke kracht om doorbraken te 'forceren' is daarmee een aandachtspunt die voor verbetering kan zorgen. De welbekende schottenproblematiek: de financiering van domeinoverstijgende samenwerking en de discussies die daaruit vloeien kosten energie bij betrokkenen. Aanbeveling was dan ook, de stelsel discussie vooral te laten aan landelijke partijen en de mogelijkheden te verkennen die de regio wel samen heeft, met als voorwaarde gezamenlijke commitment om te investeren in de samenwerkingsagenda.

Met het IZA en het GALA en de ondersteuning die daarmee voor regio's beschikbaar komen zijn deze verbeterpunten in mei en juni 2023 opnieuw onder de loep genomen met samenwerkingspartners. Daaruit zijn de volgende **aanvullende aandachtspunten** geformuleerd waarvoor in het regioplan aandacht gewenst is:

- Actualiseren van de samenwerkingsagenda en governance zodat een bredere vertegenwoordiging van zorg en welzijnspartners nadrukkelijker onderdeel van de samenwerking wordt.
- Een sterke focus op de doelen van het IZA-GALA die gezamenlijk worden geformuleerd met een bredere vertegenwoordiging.

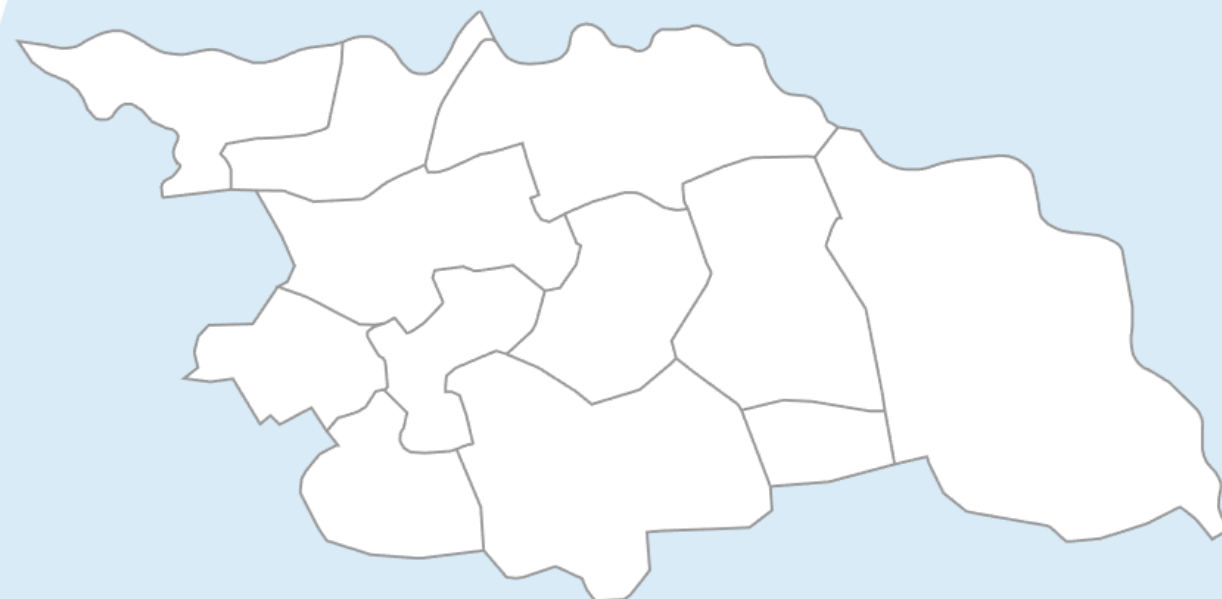
Monitoring

Wijze waarop de huidige monitoring plaatsvindt

De huidige samenwerkingsagenda (2021 – 2023) kent overleggen op drie verschillende niveaus. De monitoring van de samenwerkingsagenda is belegd bij het bestuurlijk overleg.

De agenda is tot en met 2023. De monitoring vanaf 2024 wordt in het regioplan uitgewerkt.

D. Slotwoord



Slotwoord

Dit beeld is opgesteld op basis van beschikbare openbare data en input vanuit de regio. Op onderstaande onderdelen waren geen (bruikbare) gegevens beschikbaar voor de doorlooptijd van het onderzoeksproces. Onze aanbevelingen voor het vervolg zijn:

- De beschikbare data met betrekking tot de wachttijden in de medisch specialistische zorg zijn verouderd en daarom niet opgenomen in huidig regiobeeld. Op dit moment loopt er een apart traject voor de uitvoering van de VWS-opdracht Toegankelijkheid van de MSZ en (regio)rapportages. Zodra gepubliceerd kan de regio dit betrekken in de verdere uitwerking van de plannen.
- Naar verwachting wordt in de zomer van 2023 de monitor voor de IZA-doelgroepen gepubliceerd. In verband met de deadline voor het regiobeeld kon deze informatie niet worden verwerkt in huidige versie. Wij raden de regio aan de monitor te gebruiken in de regioplanfase.
- Binnen de looptijd van het onderzoeksproces bleek het niet mogelijk om over geschikte data over wachttijden langdurige GGZ te beschikken.

Hierdoor ontbreekt informatie hierover in het regiobeeld. Voor een volledig zicht op de wachttijden in de regio, zal hier data voor beschikbaar moeten worden gesteld door de regio in de regioplanfase.

- Het aantal patiënten met eerstelijnsverblijf (ELV) is onbekend. Om een juiste prognose te kunnen maken van de zorgvraag en het zorgaanbod in de regio raden wij de regio aan om deze data te verzamelen en indien nodig te gebruiken bij het opstellen van het regioplan.
- Voor de capaciteit van de eerstelijnsverpleging (ELV), wijkverpleging, verzorgings- en verpleeghuizen (VVT) en de gehandicaptenzorg is enkel data beschikbaar over de arbeidsmarktprognoses (hoofdstuk 6). Wegens het ontbreken van verdere data kan huidig regiobeeld geen inzicht geven in overige indicatoren voor de capaciteit van de zorg. Indien gewenst kan de regio verdiepend onderzoek uitvoeren tijdens het opstellen van het regioplan.

Totstandkoming en verantwoording

Dit regiobeeld is ontwikkeld door een kernteam bestaande uit VGZ, gemeenten, de GGD en een vertegenwoordiging van zorg- en welzijnspartners. Dit kernteam is hierbij ondersteund door onderzoeks- en adviesbureau Andersson Elffers Felix. De inhoud van het regiobeeld is besproken in verschillende werkgroepen met een bredere vertegenwoordiging van partners uit de regio.

Bronnen: CBS (incl statline), Primos-prognose (ABF research), RIVM statline, GGD gezondheidsmonitor, Vektis, Volksgezondheid Toekomst Verkenning (RIVM), Onderzoeksprogramma Arbeidsmarkt Zorg en Welzijn, AZW statline, Beroepenregistraties in de gezondheidszorg en “De arbeidsmarkt van de Nederlandse huisartsenzorg in 2020” (Nivel), VGZ, ZorgkaartNederland, Zorginstituut Nederland, registraties CAK, NZa, Prognosemodel Zorg en Welzijn, geletterdheid in zicht (ROA), Uitstroomonderzoek zorg en welzijn (Transvorm) en GGD Hart voor Brabant en Gelderland-Zuid.



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 zorgkantorregio 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 zorgkantorregio 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 gebeurt¹ 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



Gezondheidsverschillen



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. Juist 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 die 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 van zelf 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 onderwijs²;
- 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;
- Burgerplatformen 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/zij zelf 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.

Systeendoelen

- 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 opgelost³.
- 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 arbeidsplaatsen⁴.

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 kloof tussen 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 enorm⁵ 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.

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 zorg⁶ 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 lijn⁷.

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.



Systeendoelen

- 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 GLZ, '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.



Systeemoelen

- 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 zorgkantoort regio.
- 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

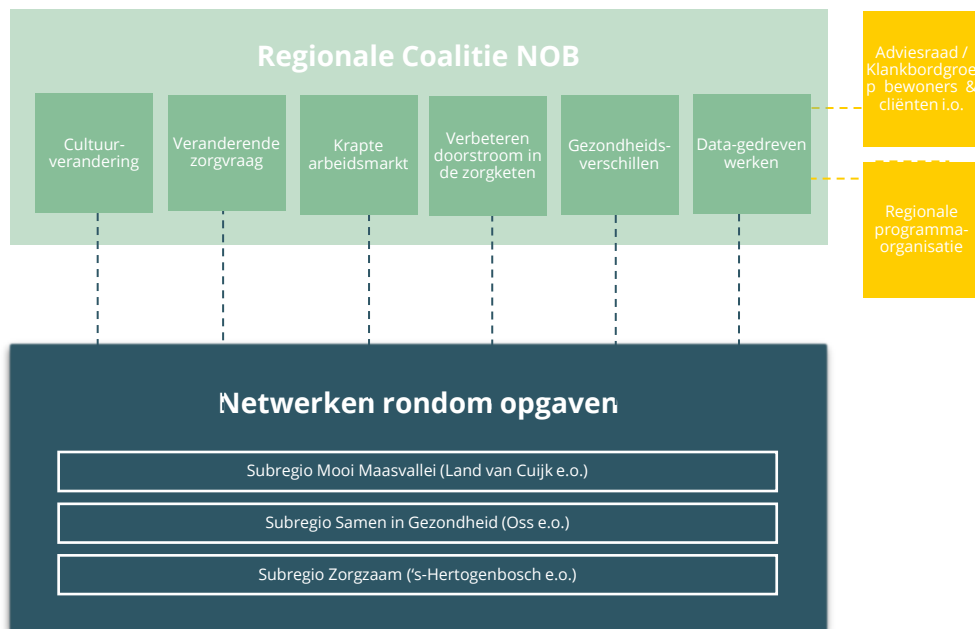
Kernteam & vertegenwoordigers van de drie sub-regio's:

- 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 netwerk governance 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/ Klankborggroep 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 rapportage⁸ 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 governance⁹ 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. Iedere regio 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 ondersteunt het proces, om te komen tot een arbeidsmarktparagraaf. In goede samenwerking heeft Transvorm expertise ingezet op de arbeidsmarkt cijfers 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/Verkenkend gesprek (IZA p. 71); Meer Tijd voor de Patiënt (IZA p. 107); concentratie en spreiding (IZA p. 56); digitale hybride zorgpaden (IZA p. 92).

Metten 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 zorgkantorregio 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 geïmplementeerd 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.

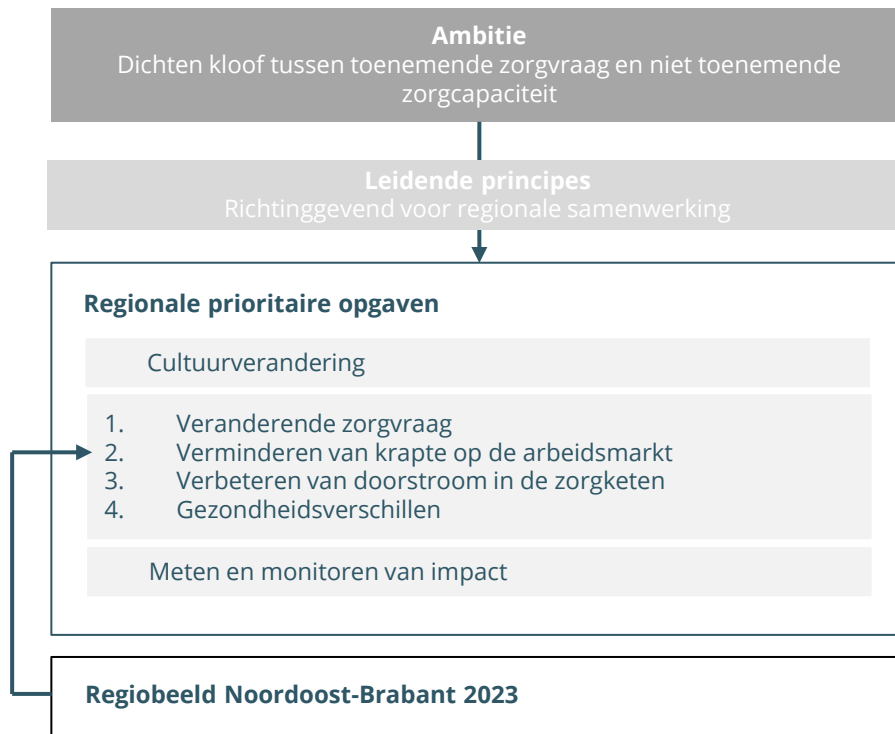


Daarnaast zijn twee randvoorwaardelijke opgaven door de Coalitie benoemd, welke de Coalitie randvoorwaardelijk acht voor een succesvolle transformatie in de regio en waarop zij tevens wil inzetten. Onderstaande figuur geeft een schematische weergave van de keuzes die in deze fase zijn gemaakt.

In het Schrijftteam 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 Schrijftteam 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)



Samenwerkingsovereenkomst Integraal Zorgakkoord gemeenten Zorgkantoorregio Noordoost-Brabant

meewerkend

boxtel



's-Hertogenbosch



MEIERIJSTAD

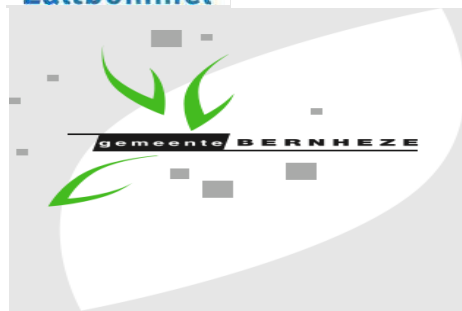
Vught



GEMEENTE
Zaltbommel

St-M

Sint-Michielsgestel



GEMEENTE BOEKEL



De ondergetekenden:

De navolgende rechtspersonen:

- a. Gemeente 's-Hertogenbosch, in deze rechtsgeldig vertegenwoordigd door wethouder Pieter Paul Slikker, op basis en ter uitvoering van het besluit van het college van burgemeester en wethouders en de burgemeester d.d. 19 december 2023
- b. Gemeente Bernheze, in deze rechtsgeldig vertegenwoordigd door wethouder Maarten Everling, op basis en ter uitvoering van het besluit van het college van burgemeester en wethouders en de burgemeester d.d. 19 december 2023
- c. Gemeente Boekel, in deze rechtsgeldig vertegenwoordigd door wethouder H.A.J. Willems, op basis en ter uitvoering van het besluit van het college van burgemeester en wethouders en de burgemeester d.d. 19 december 2023
- d. Gemeente Boxtel, in deze rechtsgeldig vertegenwoordigd door wethouder Wim van der Zanden, op basis en ter uitvoering van het besluit van het college van burgemeester en wethouders en de burgemeester d.d. 19 december 2023
- e. Gemeente Land van Cuijk, in deze rechtsgeldig vertegenwoordigd door Joost Hendriks, op basis en ter uitvoering van het besluit van het college van burgemeester en wethouders en de burgemeester d.d. 19 december 2023
- f. Gemeente Maasdriel, in deze rechtsgeldig vertegenwoordigd door wethouder Anita Sörensen, op basis en ter uitvoering van het besluit van het college van burgemeester en wethouders en de burgemeester d.d. 19 december 2023
- g. Gemeente Maashorst, in deze rechtsgeldig vertegenwoordigd door wethouder Ramona Sour, op basis en ter uitvoering van het besluit van het college van burgemeester en wethouders en de burgemeester d.d. 19 december 2023
- h. Gemeente Meierijstad, in deze rechtsgeldig vertegenwoordigd door wethouder Rik Compagne, op basis en ter uitvoering van het besluit van het college van burgemeester en wethouders en de burgemeester d.d. 19 december 2023
- i. Gemeente Oss, in deze rechtsgeldig vertegenwoordigd door burgemeester Drs. W.J.L. Buijs – Glaudemans, op basis en ter uitvoering van het besluit van het college van burgemeester en wethouders en de burgemeester d.d. 19 december 2023
- j. Gemeente Sint- Michielsgestel, in deze rechtsgeldig vertegenwoordigd door wethouder Peter Raaijmakers, op basis en ter uitvoering van het besluit van het college van burgemeester en wethouders en de burgemeester d.d. 19 december 2023
- k. Gemeente Vught, in deze rechtsgeldig vertegenwoordigd door burgemeester R.J. van de Mortel, op basis en ter uitvoering van het besluit van het college van burgemeester en wethouders en de burgemeester d.d. 19 december 2023
- l. Gemeente Zaltbommel, in deze rechtsgeldig vertegenwoordigd door burgemeester P.C. van Maaren, op basis en ter uitvoering van het besluit van het college van burgemeester en wethouders en de burgemeester d.d. 19 december 2023

Hierna alle partijen gezamenlijk ook wel genoemd: “Gemeenten”, en individueel te noemen: “Gemeente”;

Overwegende dat:

In het Integraal Zorgakkoord van september 2022 (IZA) afspraken zijn gemaakt om in samenwerking tussen gemeenten, zorgaanbieders, zorgverzekeraars en zorgkantoren de gezondheid van inwoners te bevorderen en passende zorg te verlenen door processen goed op elkaar aan te laten sluiten en regionaal afspraken te maken over domeinoverstijgende samenwerking;

Het Rijk ten behoeve van de uitvoering van deze IZA-afspraken per regio middelen ter beschikking stelt middels de Regeling SPUK IZA-doelen 2023-2026 (zie [wetten.nl - Regeling - Regeling specifieke uitkering IZA-doelen 2023–2026 - BWBR0048411 \(overheid.nl\)](https://wetten.nl - Regeling - Regeling specifieke uitkering IZA-doelen 2023–2026 - BWBR0048411 (overheid.nl)));

De regeling SPUK IZA-doelen 2023-2026 deze middelen slechts aan één door de regiogemeenten aan te wijzen mandaatgemeente ter beschikking zal stellen;

De gemeente ‘s-Hertogenbosch namens de regio het mandaat heeft voor het aanvragen, beheren, en verantwoorden van de beschikbare SPUK-middelen van de Regio Noordoost-Brabant (zie *bijlage 1*);

De gemeente ‘s-Hertogenbosch namens de regio het mandaat heeft voor het vertegenwoordigen van andere gemeenten in de regio bij het opstellen en uitwerken van het Regioplan, in afstemming met de deelnemende gemeenten;

De gemeente ‘s-Hertogenbosch namens de regio het mandaat heeft voor het maken van afspraken en het aangaan van overeenkomsten binnen de bestaande regionale besluitvormingsstructuur: bestuurlijke afstemming in het RBO breed en lokale besluitvorming in de colleges c.q. raden;

De gemeente ‘s-Hertogenbosch namens de regio het mandaat heeft voor het aanspreekbaar zijn voor de andere partijen in de Regionale coalitie IZA op de afspraken die de Vereniging Nederlandse Gemeenten (VNG) heeft gemaakt in de werkagenda bij het IZA (zie bijlage 2 bij het Gezond en Actief Leven Akkoord, februari 2023);

Het daarvoor nodig is dat de gemeenten zich in de regionale samenwerking goed organiseren en afspraken vastleggen over de governance, financiering, afstemming en besluitvorming;

Partijen de uitwerking van de voorwaarden van deze samenwerking en mandaatstructuur wensen vast te leggen in deze samenwerkingsovereenkomst, hierna te noemen: de “Overeenkomst”;

Verklaren als volgt te zijn overeengekomen:

Artikel 1 Begripsbepaling

Deze samenwerkingsovereenkomst verstaat onder:

- a. RNOBB: Zorgkantoorregio Noordoost-Brabant bestaande uit:
 1. Tien gemeenten in Noordoost-Brabant: Bernheze, Boekel, Boxtel, Land van Cuijk, Maashorst, Meierijstad, Oss, 's-Hertogenbosch, Sint-Michielsgestel en Vught.
 2. Twee gemeenten in de Bommelerwaard: Maasdriel en Zaltbommel.
- b. Subregio's: drie kleinere regio's binnen de RNOBB waarin IZA-partijen samenwerken:
 1. Mooi Maasvallei, bestaande uit de gemeente Land van Cuijk.
 2. Samen in Gezondheid, bestaande uit de gemeenten Bernheze, Boekel, Maashorst, Meierijstad en Oss.

3. Zorgzaam 's-Hertogenbosch e.o., bestaande uit de gemeenten Boxtel, Maasdriel, Meierijstad, 's-Hertogenbosch, Sint-Michielsgestel, Vught en Zaltbommel.
- c. IZA-contactambtenaar: een coördinerend ambtenaar binnen elk van de twaalf gemeenten die zorgt voor het betrekken van collega's binnen de gemeente (op het gebied van beleid, financiën, juridische zaken en management) bij de uitvoering van het IZA, het adviseren van de wethouder in het RBO-breed en het RBO-smal en het voorbereiden van de bestuurlijke besluitvorming in het kader van het IZA.
- d. Mandaatgemeente: gemeente 's-Hertogenbosch.
- e. Regiobeeld IZA: een overzicht van de belangrijkste data over zorgvraag, zorgaanbod, gezondheid en leefstijl, bevolkingsontwikkeling, sociale en fysieke omgeving in de RNOBB (opgeleverd in juni 2023).
- f. Regioplan IZA: een plan waaruit blijkt wat de aanpak op de prioritaire opgaven in de RNOBB is, gericht op het behoud van de toegankelijkheid, betaalbaarheid en kwaliteit van de zorg.
- g. Regionale coalitie: regionale coalitie, bestaande uit bestuurders van vijf typen partijen, te weten zorgverzekeraars, gemeenten, zorg- en welzijnsinstellingen, GGD en patiënten en cliëntenorganisaties.
- h. RBO-breed: regionaal bestuurlijk overleg IZA RNOBB bestaande uit de wethouders sociaal domein van de twaalf gemeenten RNOBB.
- i. RBO-smal: regionaal bestuurlijk overleg IZA RNOBB bestaande uit de wethouders sociaal domein van de gemeenten Land van Cuijk, Meierijstad, Oss, 's-Hertogenbosch en Sint-Michielsgestel.
- j. RSO: regionaal strategisch overleg IZA RNOBB bestaande uit de IZA-contactambtenaren van de gemeenten Land van Cuijk, Meierijstad, Oss, 's-Hertogenbosch en Sint-Michielsgestel.
- k. RAO: regionaal ambtelijk overleg IZA RNOBB bestaande uit de IZA-contactambtenaren van de twaalf gemeenten RNOBB.
- l. Programmamanager: regionale programmamanager IZA gemeenten RNOBB in dienst bij de mandaatgemeente.
- m. Regionaal programma: een meerjarig regionaal programma van gemeenten in de RNOBB gericht op het leveren van de gemeentelijke bijdrage aan het Regioplan IZA RNOBB en gekoppeld aan de regeling SPUK IZA doelen 2023-2026.
- n. SPUK IZA: regeling SPUK IZA doelen 2023-2026, gepubliceerd in de Staatscourant 2023, 19964 d.d. 17 juli 2023.
- o. Begroting SPUK IZA: begroting Regionaal programma IZA gemeenten RNOBB IZA 2024-2026 gekoppeld aan de SPUK IZA.

Artikel 2: Reden voor de Overeenkomst

1. De toegankelijkheid, betaalbaarheid en de kwaliteit van de zorg staan onder druk. Om het tij te keren zijn het IZA en het GALA (Gezond en Actief Leven Akkoord) afgesloten. Gemeenten en partijen maken in beide akkoorden afspraken voor de komende jaren over: het Bevorderen van gezond en actief leven en preventie, het versterken van de regionale samenwerking bij zorg en ondersteuning en het versterken van de zorg en ondersteuning dichtbij huis door middel van domeinoverstijgende samenwerking.
2. De gedachte achter de akkoorden is dat inwoners gebaat zijn bij een steviger inzet op preventie, in samenwerking met de zorg. Hiervoor is een regionaal gecoördineerde aanpak van zorg en preventie noodzakelijk. De zorgkantorregio Noordoost Brabant is één van de regio's waarin zorgverzekeraars, gemeenten, GGD, zorg- en welzijnsaanbieders en patiënten- en cliëntenorganisaties samenwerken. De regionale samenwerking is gericht op de totstandkoming en uitvoering van het Regioplan.
3. In deze Overeenkomst beschrijven we de (overleg)structuur van de regionale samenwerking tussen de gemeenten in het kader van de totstandkoming en uitvoering van het Regioplan IZA RNOBB en het daaraan gekoppelde Regionaal programma IZA gemeenten RNOBB.

Artikel 3: Doel van de Overeenkomst

Het doel van deze Overeenkomst is om een overleg- en verantwoordingsstructuur in te richten, zodat gemeenten gezamenlijk uitvoering kunnen geven aan de benodigde domeinoverstijgende samenwerking om, ten behoeve van de uitvoering van de IZA-afspraken, de per regio ter beschikking gestelde middelen uit de SPUK IZA op een juiste wijze te kunnen aanvragen, beheren en verantwoorden.

Artikel 4: Algemeen

1. De gemeenten sluiten zoveel mogelijk aan bij de al bestaande samenwerkingsstructuur in de zorgkantoorregio Noordost-Brabant.
2. De overleg- en verantwoordingsstructuur (*zie bijlage 2*) bestaat uit de volgende organen: de regionale coalitie, het RBO-breed, het RBO-smal, het RSO, het RAO een programmamanager en de mandaatgemeente 's-Hertogenbosch.

Artikel 5: Regionale coalitie

1. De Regionale coalitie bestaat uit bestuurders van zorgverzekeraars, gemeenten, zorg- en welzijnsinstellingen, GGD en patiënten- en cliëntenorganisaties.
2. De mandaatgemeente neemt, namens aan deze overeenkomst deelnemende gemeenten, deel aan de Regionale coalitie. De mandaatgemeente haalt hiervoor input op bij de gemeenten
3. De Regionale coalitie heeft de volgende taken:
 - a. Opstellen van het Regioplan IZA op basis van het Regiobeeld IZA.
 - b. Bevorderen van de samenwerking en het versterken van de netwerken in de regio.
 - c. Monitoren en bijsturen van de uitvoering van het Regioplan.

Artikel 6: RBO-breed

1. Het RBO-breed is het overkoepelend regionaal bestuurlijk overleg waarin de coördinatie, sturing en afstemming in het kader van het Regioplan en het daaraan gekoppelde Regionaal programma plaatsvindt.
2. Het RBO-breed wordt voorgezeten door de wethouder van de gemeente Oss. Bij afwezigheid wordt er een vervangend voorzitter uit een andere gemeente aangewezen.
3. Indien een wethouder van een deelnemende gemeente is verhinderd het RBO-breed bij te wonen, wordt gezorgd voor vervanging vanuit de desbetreffende gemeente.
4. Het RBO-breed komt tenminste vier keer per jaar bijeen. De frequentie en de vorm kan naar behoefte worden bijgesteld.
5. De leden van het RBO-breed hebben, binnen de door hun colleges en raden meegegeven inhoudelijke en financiële kaders, het mandaat om te handelen naar hetgeen nodig is om de coördinatie, sturing en afstemming in het kader van het Regioplan en het daaraan gekoppelde Regionaal programma mogelijk te maken.
6. Indien een collegebesluit nodig is, dragen de gemeenten elk afzonderlijk zorg voor een tijdige besluitvorming.
7. Het RBO-breed heeft de volgende taken:
 - a. Kennisnemen van het Regiobeeld IZA en het Regioplan IZA.
 - b. Opstellen van het Regionaal programma.
 - c. Opstellen van de jaarlijkse begroting SPUK IZA gekoppeld aan het Regionaal programma in het vierde kwartaal.
 - d. Bijstellen van de jaarlijkse begroting SPUK IZA gekoppeld aan het Regionaal programma in het tweede kwartaal.
 - e. Monitoren van de uitvoering van het Regionaal programma.
 - f. Bevorderen van de samenwerking tussen gemeenten onderling en het versterken van de netwerken met andere IZA-partijen in de RNOBB en de drie subregio's.
8. Alle deelnemers in het RBO-breed hebben ieder één stem. Besluitvorming vindt plaats bij gewone meerderheid van stemmen, waarbij geldt dat gemeenten streven naar unanimiteit van besluiten. Indien de stemmen staken, is de stem van de voorzitter doorslaggevend.
9. Van alle overleggen van het RBO-breed wordt een afspraken- en besluitenlijst bijgehouden

Artikel 7: RBO-smal

1. Het RBO-smal stelt de agenda voor het RBO-breed op en lost geschillen tussen gemeenten rondom aanvragen in het kader van de SPUK IZA op.
2. Het RBO-smal wordt voorgezeten door de wethouder van de gemeente Oss. Bij afwezigheid wordt er een vervangend voorzitter uit een andere gemeente aangewezen.
3. Indien een wethouder van een deelnemende gemeente is verhinderd het RBO-smal bij te wonen, wordt gezorgd voor vervanging vanuit de desbetreffende gemeente.
4. Het RBO-smal komt vier keer per jaar bijeen. Uiterlijk een week voorafgaand aan het RBO-breed. De frequentie en de vorm kan naar behoefte worden bijgesteld.
5. Alle deelnemers in het RBO-smal hebben ieder één stem. Besluitvorming vindt plaats bij gewone meerderheid van stemmen, waarbij geldt dat gemeenten streven naar unanimiteit van besluiten. Indien de stemmen staken, is de stem van de voorzitter doorslaggevend.
6. Van alle overleggen van het RBO-smal wordt een afspraken- en besluitenlijst bijgehouden.

Artikel 8: RSO

1. Het RSO bestaat uit de IZA-contactambtenaren van de gemeenten Land van Cuijk, Meierijstad, Oss, 's-Hertogenbosch en Sint-Michielsgestel. Indien een IZA-contactambtenaar is verhinderd, wordt gezorgd voor vervanging vanuit de desbetreffende gemeente. Bij blijvende ontstentenis wordt in goed overleg een oplossing gezocht.
2. Het RSO komt maandelijks bij elkaar. De frequentie en de vorm kan naar behoefte worden bijgesteld.
3. De Programmamanager zit het RSO voor. De deelnemers van het RSO wijzen uit hun midden een secretaris aan. Deze maakt verslagen van de overleggen.
4. De taken van het RSO zijn:
 - a. Het voeren van de Programmamanager bij de uitvoering van haar taken.
 - b. Het adviseren over aanvragen van gemeenten in het kader van de SPUK IZA. Dit kan leiden tot een afwijzing, toekenning of gedeeltelijke honorering van de aanvraag.
 - c. Het voorleggen van aanvragen van gemeenten in het kader van de SPUK IZA waarbij geschillen tussen gemeenten zijn ontstaan aan het RBO-smal.
 - d. Het voorbereiden van de agenda en stukken voor het RBO-breed, het RBO-smal en het RAO.
5. Alle deelnemers in het RSO hebben ieder één stem. Besluitvorming vindt plaats bij gewone meerderheid van stemmen, waarbij geldt dat gemeenten streven naar unanimiteit van besluiten. Indien de stemmen staken, is de stem van de voorzitter doorslaggevend.
6. Een aan het RSO deelnemende gemeente onthoudt zich van advisering over aanvragen in het kader van de SPUK IZA uit de eigen, dan wel een gemeente waarvoor hij mede een aanvraag heeft gedaan.

Artikel 9: RAO

1. Het RAO bestaat uit de IZA-contactambtenaren van alle deelnemende gemeenten. Indien een IZA-contactambtenaar is verhinderd, wordt gezorgd voor vervanging vanuit de desbetreffende gemeente.
2. Het RAO komt vier keer per jaar, te weten ieder kwartaal, bij elkaar. De frequentie en de vorm (fysiek of digitaal) kan naar behoefte worden bijgesteld.
3. De Programmamanager zit het RAO voor. De deelnemers van het RAO wijzen uit hun midden een secretaris aan. Deze maakt verslagen van de overleggen.
4. De taken van het RAO zijn:
 - a. Het informeren van de eigen gemeente over de stand van zaken rondom de uitvoering van het Regioplan en het daaraan gekoppelde Regionaal programma.
 - b. Het ophalen van signalen uit de eigen gemeenten over de uitvoering van het Regioplan en het daaraan gekoppelde Regionaal programma.
 - c. Het voeren van de Programmamanager bij de uitvoering van zijn taken.

Artikel 10: Programmamanager

1. De Programmamanager maakt deel uit van de Regionale programmaorganisatie. De programmaorganisatie is ondergebracht bij de mandaatgemeente en bestaat naast de Programmamanager in elk geval uit medewerkers op het gebied van beleid, financiën, juridische zaken, personeel en organisatie, onderzoek en statistiek en communicatie.
2. De Regionale programmaorganisatie IZA wordt gefinancierd uit de middelen SPUK IZA (eerste bestedingsdoel).
3. De Programmamanager faciliteert de in deze overeenkomst benoemde overleggen en is verantwoordelijk voor alle voorkomende taken zoals verwoord in deze overeenkomst.

Artikel 11: Mandaatgemeente

1. De mandaatgemeente heeft alle bevoegdheden en verantwoordelijkheden zoals verwoord in het Mandaatbesluit Integraal Zorgakkoord 2023 (dit besluit is toegevoegd als bijlage 1).
2. De mandaatgemeente stelt jaarlijks de begroting SPUK IZA vast en stelt deze bij. Deze begroting is gekoppeld aan het Regionaal programma.
3. De mandaatgemeente verstrekt op aanvraag en na advies van het RSO middelen uit de SPUK-IZA aan de deelnemende gemeenten.
4. De mandaatgemeente stelt de Programmamanager aan en voorziet in een programmaorganisatie.

Artikel 12: Financiering

1. De middelen uit de SPUK IZA worden in de periode 2023-2026 jaarlijks beschikbaar gesteld aan de mandaatgemeente.
2. De middelen voor 2023 zijn ambtshalve verstrekt. De Mandaatgemeente vraagt de middelen voor 2024-2026 uiterlijk 31 december 2023 aan bij het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Onderdeel van de aanvraag zijn het Regioplan, de begroting SPUK IZA 2024-2026 en deze Overeenkomst.
3. De mandaatgemeente is verantwoordelijk voor de juiste wijze van indienen van de aanvraag en de eindverantwoording hiervan.
4. Dubbelfinanciering met middelen uit de Regeling specifieke uitkering sport en bewegen, gezondheidsbevordering, cultuurparticipatie en de sociale basis 2023-2026 is niet mogelijk. De verantwoordelijkheid hiervoor ligt bij de desbetreffende gemeente.

Artikel 13: Begroting SPUK IZA

1. De mandaatgemeente stelt de jaarlijkse begroting SPUK IZA vast en stelt deze bij na opstelling en bijstelling door het RBO-breed.
2. De begroting SPUK IZA volgt de zes bestedingsdoelen uit de SPUK IZA, gekoppeld aan de Werkagenda van de VNG bij het IZA : Organisatie en coördinatie regionale samenwerking; Organisatie, coördinatie en bemensing netwerksamenwerking Sociaal Domein, Huisartsenzorg en Geestelijke gezondheidszorg en eerstelijnszorg; Coördinatie en organisatie domeinoverstijgende ketenaanpakken; Inrichting en bemensing laagdrempelige steunpunten mensen met psychische kwetsbaarheid; Stimulering inzet e-Health-toepassingen, anonieme hulplijnen en vormen van digitale/hybride zorg en Extra inzet gemeenten voortkomend uit het Regioplan.
3. Alle te besteden middelen zoals die worden aangevraagd bij de mandaatgemeente, dienen te vallen onder een of meerdere van de bestedingsdoelen genoemd in het tweede lid van dit artikel.

Artikel 14: Aanvragen en beheren van middelen

1. Deelnemende gemeenten kunnen, al dan niet gezamenlijk, een aanvraag indienen bij de mandaatgemeente.
2. De aanvraag dient te passen binnen het Regioplan en het daaraan gekoppelde Regionaal programma en in overeenstemming te zijn met de in artikel 13 tweede lid opgesomde bestedingsdoelen.
3. Indien meerdere gemeenten gezamenlijk een aanvraag indienen, wijzen zij onderling één penvoerder aan.
4. De aangewezen penvoerder is verantwoordelijk voor de juiste wijze van indienen van de aanvraag en de eindverantwoording hiervan.
5. Een aanvraag moet worden ingediend via een aanvraagformulier nog op te stellen door het RBO-breed.

6. Een aanvraag komt slechts na een advies van het RSO dan wel na behandeling in het RBO-smal voor (gedeeltelijke) toekenning of afwijzing in aanmerking.
7. Het advies van het RSO is bindend.
8. De wijze van verdelen wordt door het RSO nader bepaald.
9. Indien gewenst, worden deelnemende gemeenten in de gelegenheid gesteld om hun aanvraag in het RSO of het RBO-smal toe te lichten.
10. De mandaatgemeente stelt, met in achtneming van het advies van het RSO en een eventuele behandeling in het RBO-smal een toekennings- dan wel weigeringsbrief op.
11. De Mandaatgemeente zorgt voor de betaling van de toegekende middelen, overeenkomstig hetgeen in de toekenningsbrief is bepaald.

Artikel 15: Verantwoorden

1. De verantwoording van de toegekende middelen geschiedt conform het hierover gestelde in de SPUK IZA en conform het systeem van Single information, Single audit (SiSa), zoals beschreven in de ministeriële regeling informatieverstrekking SiSa.
2. Ingevolge artikel 17a van de Financiële-verhoudingswet dienen gemeenten, als gemeenten van elkaar middelen ontvangen die afkomstig zijn uit een specifieke uitkering, informatie te verstrekken aan het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
3. Bij niet tijdige, onjuiste of onvolledige verantwoording, kan dit betekenen dat de eventueel verstrekte middelen door de desbetreffende deelnemende gemeente moeten worden terugbetaald aan de mandaatgemeente.
4. De beslissing van het Rijk is leidend voor het al dan niet terugbetalen van de toegekende middelen. Zo nodig zullen na overleg met de betreffende gemeente(n) door de mandaatgemeente eventuele rechtsmiddelen worden aangewend

Artikel 16: Inwerkingtreding en looptijd

1. Deze overeenkomst treedt in werking na ondertekening door de gemeenten en wordt tenminste aangegaan voor de duur van de looptijd van de SPUK IZA: 2023-2026.
2. Deze overeenkomst is niet tussentijds opzegbaar.
3. De overeenkomst kan worden verlengd bij unaniem besluit van de gemeenten.
4. Uiterlijk zes maanden voor de einddatum treden gemeenten met elkaar in overleg over eventuele verlenging.
5. De artikelen blijven na beëindiging van de overeenkomst van kracht voor zover dit voor de financiële afwikkeling en verantwoording van de toegekende middelen noodzakelijk is.

Artikel 17: Tussentijdse wijziging

Als zich gedurende deze overeenkomst omstandigheden voordoen, die niet in redelijkheid voorzienbaar waren ten tijde van de vaststelling van deze overeenkomst en die wezenlijke gevolgen hebben voor de uitvoering van deze overeenkomst, zullen de gemeenten met elkaar in overleg treden over de vraag of deze omstandigheden noodzaken tot wijziging van de overeenkomst.

Artikel 18: Geschillen

1. De gemeenten spannen zich in om geschillen in onderling overleg op te lossen.
2. Indien één of meer gemeenten van oordeel zijn dat er sprake is van een geschil over de werking of nakoming van de overeenkomst kan (kunnen) deze gemeente(n) schriftelijk (per brief of e-mail) aan de Programmamanager voorstellen om over dit geschil met elkaar in overleg te treden.
3. De Programmamanager probeert het geschil binnen vier weken op te lossen door in afstemming met het RSO tot een oplossing te komen. Mocht dat niet lukken dan wordt het geschil zo spoedig als mogelijk maar uiterlijk binnen één maand ter advies en besluitvorming aan het RBO-breed voorgelegd.
4. Als het geschil niet wordt opgelost, kan een gemeente een mediator inschakelen, conform het reglement van de Mediation Federatie Nederland, zoals dat luidt op de aanvangsdatum van de mediation.
5. Als het geschil niet met behulp van mediation wordt opgelost, kan een gemeente het geschil voorleggen aan de Rechtbank Oost-Brabant in 's-Hertogenbosch.

Artikel 19: Communicatie

Communicatie over de uitvoering van deze overeenkomst wordt door de mandaatgemeente en de Programmamanager verzorgd en zo nodig afgestemd in het RBO-breed, het RBO-smal, het RSO en het RAO.

Artikel 20: Slotbepalingen

1. Wijzigingen op grond van artikel 16 eerste lid, overige wijzigingen van en aanvullingen op deze overeenkomst zijn slechts geldig indien zij schriftelijk zijn aangegaan door ondertekening van de gewijzigde overeenkomst door alle deelnemende gemeenten.
2. Alle bijlagen maken onlosmakelijk deel uit van deze overeenkomst.
3. Op deze overeenkomst is Nederlandse Recht van toepassing.

Aldus overeengekomen en getekend in twaalfvoud,

Gemeente 's-Hertogenbosch, d.d... 2023

Naam

Functie

Gemeente Bernheze, d.d... 2023

Naam

Functie

Gemeente Boekel, d.d. ...2023

Naam

Functie

Gemeente Boxtel, d.d. 2023

Naam

Functie

Gemeente Land van Cuijk, d.d. 2023

Naam

Functie

Gemeente Maasdriel, d.d. 2023

Naam

Functie

Gemeente Maashorst, d.d. 2023

Naam

Functie

Gemeente Meierijstad, d.d. 2023

Naam

Functie

Gemeente Oss, d.d. 2023

Naam

Functie

Gemeente Sint- Michielsgestel, d.d. 2023

Naam

Functie

Gemeente Vught, d.d. 2023

Naam

Functie

Gemeente Zaltbommel, d.d. 2023

Naam

Functie

Bijlage 1:

Aanvaarding mandaatbesluit Integraal Zorgakkoord (IZA) 2023

Het college van burgemeester en wethouders respectievelijk de burgemeester van de gemeente 's-Hertogenbosch ieder voor zover het de eigen bevoegdheid betreft,
gelet op Afdeling 10.1.1. van de Algemene wet bestuursrecht en het Integraal Zorgakkoord (IZA),

Overwegende dat:

In het IZA afspraken gemaakt zijn om in samenwerking tussen gemeenten, zorgaanbieders, zorgverzekeraars en zorgkantoren de gezondheid van inwoners te bevorderen en passende zorg te verlenen door processen goed op elkaar aan te laten sluiten en regionaal afspraken te maken over domeinoverstijgende samenwerking;

Het Rijk ten behoeve van de uitvoering van deze IZA-afspraken per regio middelen ter beschikking stelt middels een specifieke uitkeringsregeling (SPUK);

De SPUK-regeling deze middelen slechts aan één door de regiogemeenten aan te wijzen mandaatgemeente ter beschikking zal stellen;

De twaalf regiogemeenten in de zorgkantorregio Noordoost-Brabant (te weten Bernheze, Boekel, Boxtel, 's-Hertogenbosch, Land van Cuijk, Maasdriel, Maashorst, Meierijstad, Oss, Sint-Michielsgestel, Vught en Zaltbommel) in gezamenlijkheid zijn overeengekomen om de gemeente 's-Hertogenbosch als mandaatgemeente aan te wijzen;

De gemeente 's-Hertogenbosch zich onder voorwaarden bereid heeft verklaard de rol van mandaatgemeente op zich te nemen en dit mandaat als zodanig ook aanvaardt en daarmee nadrukkelijk kan instemmen;

BESLUIT:

Artikel 1: Reikwijdte mandaat

1. Aan het college van burgemeester en wethouders van de gemeente 's-Hertogenbosch wordt mandaat verleend, waarbij het verlenen van ondermandaat wordt toegestaan, om in het kader van het IZA de volgende bevoegdheden en werkzaamheden uit te oefenen binnen de bestaande bestuurlijke en ambtelijke samenwerkingsstructuur binnen de zorgkantorregio Noordoost-Brabant (i.e. de twee subregio's voor de inkoop Wmo: Meierij/Bommelerwaard en Brabant-Noordoost-Oost):
 - a. middelen aanvragen voor zover nodig op basis van de SPUK, deze beheren en daarover verantwoording afleggen aan de subsidieverstrekker;
 - b. het Regioplan opstellen en uitwerken op basis van het Regiobeeld, namens en in afstemming met de regiogemeenten;
 - c. afspraken maken en overeenkomsten aangaan binnen de governance van de regionale samenwerking IZA en;
 - d. voor de zorgpartners aanspreekbaar zijn op de afspraken die zijn gemaakt in de Werkagenda van de VNG bij het IZA (zie [hier](#), bijlage 2 vanaf pagina 49) en het Regioplan.
2. Onder mandaat dient tevens voorzover van toepassing machtiging dan wel volmacht te worden verstaan.

Artikel 2: Voorwaarden mandaat

De regiogemeenten erkennen de randvoorwaarden die de gemeente 's-Hertogenbosch heeft verbonden aan het zijn van mandaatgemeente, namelijk:

- a. Het commitment van de regiogemeente, zodat de gemeente 's-Hertogenbosch gesteund wordt bij het uitvoeren van deze nieuwe, uitdagende opgave en er niet alleen voor staat.
- b. Dat een deel van de te ontvangen SPUK-middelen voor de regio Noordoost-Brabant door de gemeente 's-Hertogenbosch wordt ingezet voor een regionaal programmabureau IZA met inbegrip van tenminste een financiële administratie.
- c. Dat het totaalpakket wordt belegd bij de gemeente 's-Hertogenbosch: bestuurlijk en ambtelijk aanspreekpunt in de regio alsmede het werkgeverschap voor het personeel van het regionale programmabureau IZA.

Artikel 3: Overig

1. De regiogemeenten plegen zo vaak als nodig overleg over de uitvoering van het mandaat door de gemeente 's-Hertogenbosch binnen de bestaande bestuurlijke en ambtelijke samenwerkingsstructuur tussen gemeenten onderling en met zorgverzekeraar VGZ, welke ook de basis vormt voor de uitvoering van het IZA.
2. De regiogemeenten zullen een samenwerkingsovereenkomst aangaan ten behoeve van de noodzakelijke uitwerking van dit mandaatbesluit.
3. De regiogemeenten zullen ter uitvoering van dit mandaatbesluit alle noodzakelijke inspanningen verrichten.

Aldus vastgesteld op 6 juni 2023,

Burgemeester en wethouders van 's-Hertogenbosch,
De gemeentesecretaris, De burgemeester,

drs. B. van der Ploeg

drs. J.M.L.N. Mikkers

De burgemeester,

drs. J.M.L.N. Mikkers

GOVERNANCE IZA GEMEENTEN RNOBB

