



**Samenwerkingsagenda
gemeenten en coöperatie
VGZ/zorgkantoor**

2021-2023 Regio Noordoost-Brabant

Betrokken gemeenten regio Noordoost-Brabant en coöperatie VGZ/zorgkantoor



's-Hertogenbosch

St-M

Sint-Michielsgestel
geeft ruimte

MEIERIJSTAD



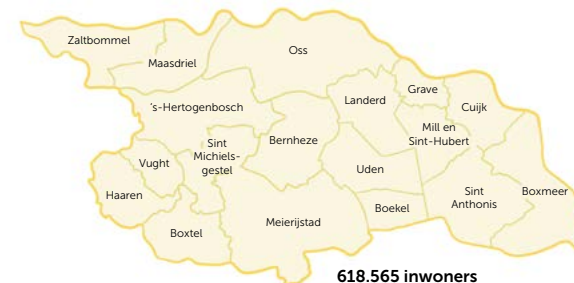
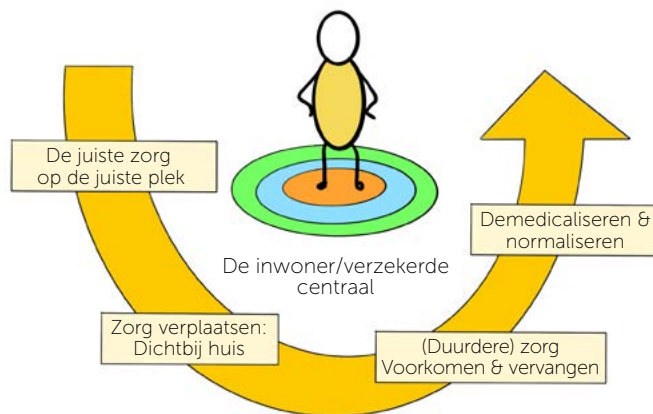
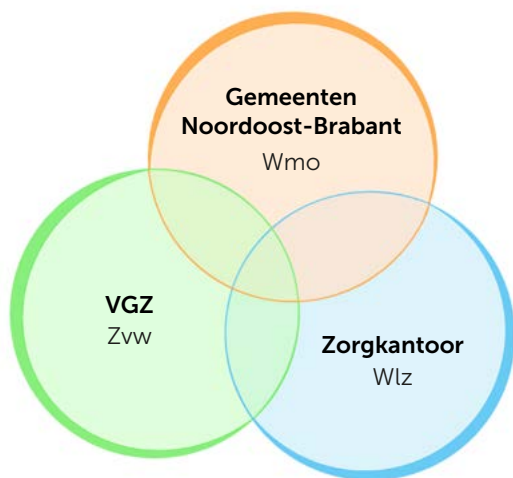
GEMEENTE BOEKEL



Inhoud

Deel 1: De kaders voor de samenwerking	5
Deel 2: De inhoudelijke thema's	9
2.1 Thema ouderen	9
2.2 Thema GGZ	12
2.3 Thema preventie	15
Deel 3: De uitvoering van de samenwerkingsagenda	17
Bijlage 1: Regiobeeld	

Samenwerkingsagenda gemeenten en coöperatie VGZ/zorgkantoor 2021-2023 Regio Noordoost-Brabant



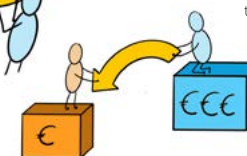
Integraliteit
De oplossing van de hulpvraag is meer dan de som der delen



Continuïteit



Goede aansluiting als hulp uit twee domeinen na elkaar nodig is



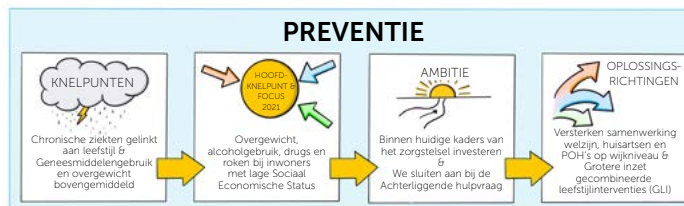
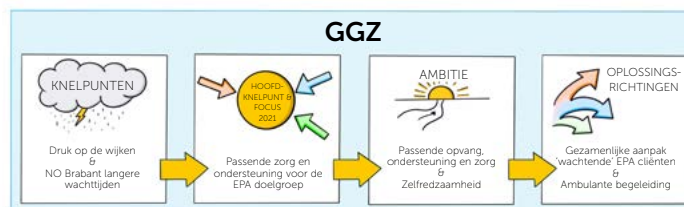
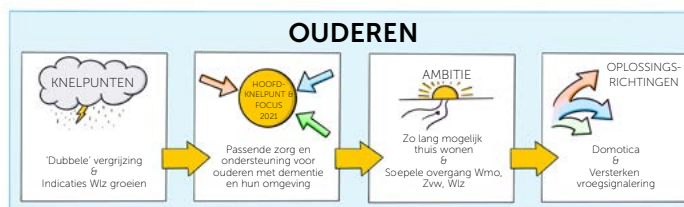
Substitutie

Slimme oplossingen om (lichtere) hulp uit het ene domein in te zetten i.p.v. (zwaardere) hulp uit het andere domein

'Van ziekte & zorg naar gezondheid & welbevinden'

Gezamenlijke doelstellingen:

1. Slimmer, beter en goedkoper organiseren van zorg.
2. Voorkomen dat inwoners/verzekerden tussen wal en schip vallen.
3. Door beter aan te sluiten bij de zorg- en ondersteuningsbehoefte van inwoners/verzekerden zorg of duurdere vormen van zorg voorkomen.
4. We leren met en van elkaar.



Beoogde resultaten in 2021:

Op elk thema (ouderen, GGZ, en preventie) 1 project realiseren waarin we het sociaal domein en het medisch domein verbinden.	Door korte lijnen tussen gemeenten en zorgverzekeraar bespreken we tijdig ontwikkelingen, knelpunten en problemen met elkaar.
Eén good practice Zinnige Zorg ontwikkelen op het gebied van domein-overstijgende samenwerking.	Gezamenlijk inzicht in de wijze waarop we financieren/inkopen, en begrijpen elkaars taal.

Eind 2021 zijn we tevreden over de samenwerking.

Deel 1: De kaders voor de samenwerking

Aanleiding

De toenemende vergrijzing, oplopende arbeidstekorten en stijgende kosten in de zorg zetten de houdbaarheid, beschikbaarheid en kwaliteit van zorg in zowel het medisch als sociaal domein onder druk. De vraag naar zorg en ondersteuning neemt toe, vooral door de toename van het aantal chronisch zieken in combinatie met de vergrijzing. De zorgkosten zijn de laatste 15 jaar gestegen van € 65 miljard naar € 95 miljard. De huidige covid-pandemie zorgt hierbij voor extra druk. Om deze redenen hebben zorgverzekeraar VGZ en gemeenten de handen ineens geslagen. Gezamenlijk gaan we aan de slag met de grote uitdagingen.

Landelijk is tussen VWS, VNG en ZN afgesproken dat er op schaal van zorgkantorregio's tussen zorgverzekeraars/zorgkantoor en gemeenten een samenwerkingsstructuur met samenwerkingsagenda gerealiseerd wordt op de thema's ouderen, GGZ, en preventie. Op landelijk niveau is afgesproken dat de preferente verzekeraar samen met gemeenten verantwoordelijk is voor de totstandkoming en realisatie van de regionale samenwerkingsagenda. Deze samenwerkingsagenda is een agenda van de 18 gemeenten en de preferente zorgverzekeraar VGZ in de regio Noordoost-Brabant. Het gaat om de gemeente Bernheze, Boekel, Boxmeer, Boxtel, Cuijk, Grave, Haaren, 's-Hertogenbosch, Landerd, Maasdriel, Mill en SintHubert, Oss, St. Anthonis, St. Michielsgestel, Uden, Vught, Zaltbommel, Meierijstad.¹ Tijdens het totstandkomingsproces werd CZ, als tweede verzekeraar, betrokken.

De regio telt in 2020 totaal 618.565 inwoners. De financiers van zorg zetten met deze agenda in op vraagstukken die uitsluitend in gezamenlijkheid opgelost kunnen worden. Dit doen zij binnen de kaders van het huidige zorgstelsel. We geloven dat met deze nieuwe samenwerking binnen de bestaande kaders meer mogelijk is dan waar we tot nu toe van uit zijn gegaan. Daar waar we aanlopen tegen de grenzen van het huidige zorgstelsel, zoeken we gezamenlijk naar manieren om de ervaren knelpunten op de juiste agenda te zetten.

Tijdens de vele gesprekken die de afgelopen maanden hebben plaatsgevonden tussen VGZ en gemeenten werd duidelijk dat samenwerken begint bij het leren kennen van elkaars wereld. Verschillen in terminologie bleken aanwijzingen voor onze verschillende perspectieven. Waar gemeenten bijvoorbeeld denken in termen van transformatie en preventie, denkt VGZ in termen van Zinnige zorg en de Juiste Zorg op de Juiste Plek". Waar gemeenten spreken van inwoners, spreekt een zorgverzekeraar van verzekerden. De zorgverzekeraar legt verantwoording af aan haar leden, in een gemeente is de raad bepalend. Ook qua schaalgrootte zijn er grote verschillen. VGZ is een verzekeraar met zeven zorgkantorregio's in Nederland. Bij een gemeente is het sociaal domein onderdeel van een veel breder takenpakket voor haar inwoners.

¹ Sinds 1 januari 2021 is de gemeente Haaren opgesplitst en hoort het dorp Haaren bij Oisterwijk, Helvoirt bij Vught, Esch bij Boxtel en Biezenmortel bij Tilburg. Deze agenda is voor de herindeling vastgesteld.

De kracht van samenwerking schuilt in het erkennen van verschillen en wettelijke grenzen, om vervolgens, dankzij deze verschillen, in gezamenlijkheid die knelpunten op te lossen, die een nauwere samenwerking vereisen. Niet alleen uit financiële overwegingen, maar ook omdat we voor onze inwoners / verzekerden waar nodig én mogelijk domein-overstijgend willen denken en werken. Dat is niet alleen een kwestie van verschillende woorden. Achter woorden gaan beelden schuil, visies, en verwachtingen. In deze samenwerkingsagenda vertalen wij deze beelden, visies en verwachtingen die we vanuit onze eigen perspectieven hebben in een gezamenlijke visie, ambitie en agenda voor het jaar 2021 en verder. We gaan voorlopig uit van een looptijd van 3 jaar. Eind 2023 bekijken we of de visie en doelstellingen moeten herzien. Resultaten stellen we jaarlijks vast.

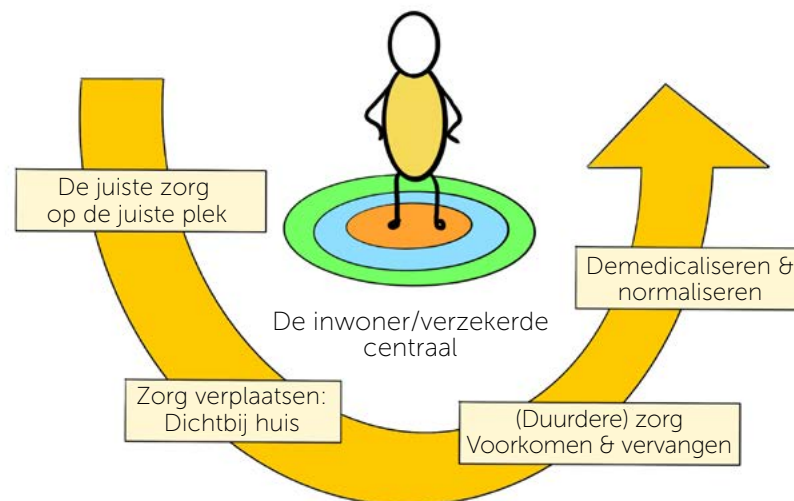
Gezamenlijke visie en ambitie

Met deze samenwerkingsagenda sluiten we aan bij de landelijke visie de Juiste Zorg op de Juiste Plek (JZoJP). We stellen de inwoners/verzekerden in onze regio centraal en vandaaruit zoeken we naar manieren om zorg te verplaatsen (dichterbij mensen thuis), (duurdere) zorg te voorkomen en zorg te vervangen. Dit helpt mensen om beter te leven en te functioneren met hun ziekte of beperking. Hierbij zetten we in op demedicalisering en normalisering waarbij we de beweging van 'ziekte en zorg' naar 'gezondheid en welbevinden' maken. Het uitgangspunt is dat de inwoner/de verzekerde de juiste zorg op het juiste moment op de juiste plek ontvangt.

Deze landelijke beweging, de Zinnige Zorg strategie van VGZ en de transformatie van gemeenten in het sociaal domein liggen veelal in elkaars verlengde. Vanuit deze veranderopgaven waar we mee bezig zijn, geven we samen met onze zorgaanbieders, cliëntvertegenwoordigers en andere betrokken partijen verder vorm aan kansrijke en bewezen oplossingen.

Gezamenlijke visie en ambitie

'Van ziekte & zorg naar gezondheid & welbevinden'



Gezamenlijke doelstellingen

Deze samenwerkingsagenda kent de volgende doelstellingen:

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.

Beoogde resultaten in 2021

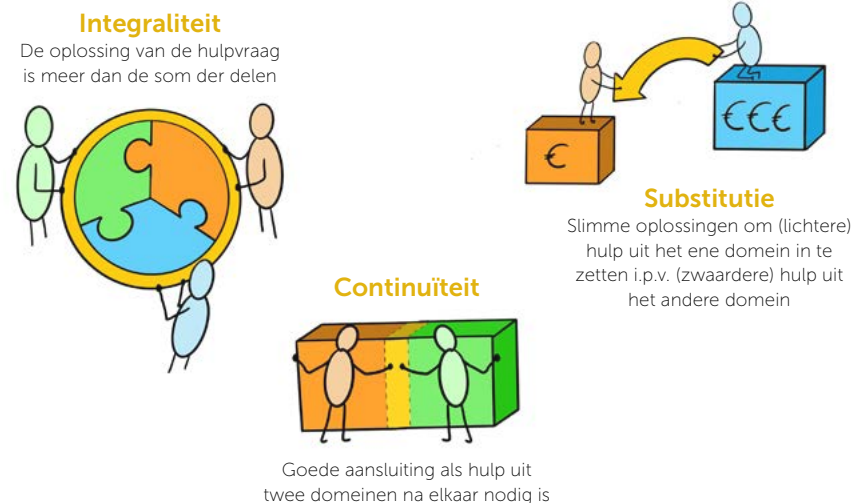
1. We realiseren op elk thema (ouderen, GGZ, en preventie) 1 project, waarin we het sociaal domein en het medisch domein verbinden. Deze projecten bieden een oplossing voor de op deze samenwerkingsagenda genoemde knelpunten.
2. We ontwikkelen één good practice Zinnige Zorg op het gebied van domein-overstijgende samenwerking. Hiertoe verbinden we de transformatie- en innovatieaanpak van gemeenten en VGZ/zorgkantoor. We passen de criteria en meetmethodiek van Zinnige Zorg toe bij het ontwikkelen van deze good practice.
3. We realiseren korte lijntjes tussen gemeenten en zorgverzekeraar om ontwikkelingen, knelpunten en problemen tijdig met elkaar te bespreken. Onder andere met betrekking tot casuïstiek waarbij inwoners tussen wal en schip vallen vanwege de schotten in het stelsel.
4. We hebben gezamenlijk inzicht in de wijze waarop we financieren/inkopen, en begrijpen elkaars taal.
5. We zijn eind 2021 tevreden over de samenwerking.

Vormen van domein-overstijgende samenwerking

In essentie zijn er verschillende vormen van domein-overstijgende samenwerking te onderscheiden tussen gemeenten en zorgverzekeraars:

- Integraliteit: Wanneer tegelijkertijd sprake is van hulp uit verschillende domeinen is de uitdaging om elkaar te versterken, om het geheel meer dan de som der delen te laten zijn.
- Continuïteit: Wanneer hulp vanuit twee domeinen na elkaar ingezet wordt, is de uitdaging om deze goed op elkaar aan te laten sluiten.
- Substitutie: hierbij wordt gezocht naar slimme oplossingen om (lichtere) hulp vanuit het ene domein in te zetten in plaats van (zwaardere) hulp vanuit een ander domein.

Vormen van domein-overstijgende samenwerking:



Dit inzicht helpt ons bij mogelijke oplossingsrichtingen die nodig zijn om onze ambities en doelen te verwezenlijken.

Gezamenlijke uitgangspunten in de samenwerking

- We redeneren vanuit de inwoner. Het perspectief van inwoners/verzekerden en naasten staat voorop.
- We benaderen de knelpunten domein-overstijgend en integraal.
- 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.
- We werken vanuit een gezamenlijk gevoelde verantwoordelijkheid.
- We beginnen klein en leggen per thema jaarlijks een focus aan.
- We werken zo veel mogelijk data-gedreven, met zicht op effectiviteit en een duidelijke businesscase.
- We richten ons op structurele veranderingen die we structureel in beleid en/of inkoop verankeren.
- We streven naar korte lijnen en leren van casuïstiek.

Proces van totstandkoming

De regiomanager VGZ, en de twee ambtelijk beleidscoördinatoren van gemeenten hebben gezamenlijk de kar getrokken om tot een samenwerkingsstructuur en een samenwerkingsagenda te komen. Deze samenwerkingsagenda berust op een regiobeeld waarvoor VGZ een eerste aanzet heeft gemaakt. Dit regiobeeld is verrijkt door de gemeenten om zo tot een gezamenlijk regiobeeld te komen. Zie bijlage 1.

Op basis van het regiobeeld hebben de regiocoördinatoren en de regiomanager van VGZ diverse gesprekken gevoerd met beleidsmedewerkers van regiogemeenten, tweede verzekeraar (CZ), aanbieders, en vertegenwoordigers van cliëntorganisaties. In deze gesprekken zijn per deelgebied knelpunten en ambities vastgesteld. Deze vormen de kern van de voorliggende samenwerkingsagenda. Ook zijn - met het oog op realisatie in 2021 - mogelijke oplossingsrichtingen opgehaald en verwerkt in deze agenda.

Deel 2. De inhoudelijke thema's

2.1 Thema ouderen

Wat is er aan de hand: context en knelpunten

- Gevolgen demografische ontwikkelingen
 - Toenemende vergrijzing, 32% van de bevolking is 65 jaar of ouder.
 - Er sprake van een 'dubbele vergrijzing'. Binnen de groep 65-plussers zullen er meer 80-plussers zijn. Dat verhoogt in de toekomst de kansen op (chronische) gezondheidsproblemen.
 - De komende jaren verdubbelt het aantal mensen met dementie (landelijk van 270.000 in 2016 naar 550.000 in 2040). Daar zitten in de toekomst relatief meer alleenstaanden bij. Dat vraagt om nieuwe vormen van ondersteuning.
- Met betrekking tot ouderenzorg
 - Er zijn te weinig tijdelijke bedden voor revalidatie of ter voorkoming van zwaardere medische problematiek.
 - In de praktijk zien we een leemte tussen passend zelfstandig thuis wonen en verpleeghuiszorg.
 - Behoud en werving van voldoende personeel in de zorg is problematisch. Zo is ruim 25% van de werknemers in Noordoost Brabant in de VVT 55+.
 - Wmo budgetten van gemeenten staan onder druk door o.a. het Abonnementstarief. De uitgaven voor Wmo voorzieningen en woningaanpassingen stijgen (10 %).
 - Als Wmo voorzieningen wegvallen (Wat als zorg wegvalt) wijkt meer dan de helft van de mensen uit naar zwaardere zorgvormen.
- Inwoner/verzekerde heeft last van de schotten in de wereld van zorg en welzijn. De samenwerking tussen de medische wereld (2e lijnszorg, wijkverpleging, huisarts) en wereld van welzijn (dagbestedingsinitiatieven, welzijnswerk, vrijwilligers) kan beter.
- Met betrekking tot de omgeving
 - Mensen wonen langer zelfstandig thuis. Dit leidt tot toenemende zorgzwaarte in de Wlz.
 - Het huidige zorg- en woonaanbod is niet passend. Er wordt voor ouderen veel te weinig gebouwd en verbouwd. Voor het nieuwe aanbod dat wordt ontwikkeld komen mensen met lage inkomens vaak niet in aanmerking.
 - De druk op mantelzorgers neemt toe.
 - Er zijn in de toekomst per oudere minder mantelzorgers beschikbaar (was 4 tot 5, gaat naar 3).
 - Bij de overgang van Wmo naar Wlz zijn financieringsstromen vaak bepalend. (Cliëntervaring van minder hulp terwijl de situatie zwaarder wordt).

Specifiek voor Noordoost-Brabant uit het regiobeeld

- Verkeerde beddenproblematiek (vertraagde doorstroming vanuit het ziekenhuis) wijkt in gunstige zin af van het landelijk beeld. De gemiddelde duur dat patiënten onterecht in de ziekenhuizen Jeroen Bosch, Pantein en Bernhove liggen, is 10 dagen.
- 17% is mantelzorger, dat ligt boven het landelijk gemiddelde van 13%.
- Aantal indicaties Wlz voor V&V stijgt gemiddeld sterker dan elders in het land. Groei van 23% in 2019 in vergelijking met 2015). Dit is een grotere stijging dan landelijk gemiddeld (18 % tegenover 13 % landelijk).

Gezamenlijke ambitie

We willen dat ouderen zo lang mogelijk verantwoord thuis wonen en hierbij passende zorg en ondersteuning ontvangen. Als dat laatste niet langer mogelijk is, zijn er passende voorzieningen met verblijf beschikbaar. Dit vraagt om integraal en domein-overstijgend denken en doen vanuit de behoefte aan ondersteuning en zorg van een cliënt. Om langer thuiswonen mogelijk te maken zetten we in op passende woningen en ondersteuning voor ouderen, zoals inzet eHealth en domotica, extra aandacht voor mantelzorgers en voldoende zorgprofessionals. Vanuit het perspectief van de oudere en naasten verlopen overgangen tussen Wmo, Zvw en Wlz soepel.

Hoofdknelpunt waar wij ons in 2021 op gaan focussen

Passende zorg en ondersteuning voor ouderen met dementie en hun omgeving.

Mogelijke oplossingsrichtingen genoemd in de werksessies

- Integrale inzet op lichtere vormen van zorg en ondersteuning en voldoende medische zorg in de thuissituatie of in de dagbesteding.
 - Goede doorstroming vanuit ziekenhuizen en revalidatiecentra. Vergroting van de capaciteit van tijdelijke bedden bij Wlz-aanbieders/meer logeercapaciteit.
 - Passende huisvesting, meer en nieuwe vormen van gecombineerd wonen met zorg voor alle inkomensgroepen.
 - Meer mogelijkheden voor ouderen om eigen regie te voeren.
 - Digitaliseren: vergroting gebruik van slimme hulpmiddelen (domotica etc.) door professionals en ouderen.
- We vergroten de cirkel rondom kwetsbare ouderen. Daarvoor kijken we o.a. naar de effectiviteit en mogelijkheden voor de uitbreiding van o.a. Buurtkamers, Voorzorgcirkels, Mantelaar)
- Versterken van vroegsignalering om eerder te kunnen inspelen op de ondersteuningsvraag.
- We kijken niet alleen naar de dementerende maar nemen ook de omgeving en de partner mee.
- Verpleeghuizen stimuleren om naast de zorgplannen ook "leef- en plezierplannen" te maken
- In 2021 : vergroting capaciteit tijdelijke bedden bij Wlz aanbieders
- Nauwere samenwerking gemeentelijke loketten met kennisloket ouderen van het Zorgkantoor, dmv informatie en kennisuitwisseling over lokale mogelijkheden in nulde en eerste lijn en mogelijkheid van cliëntondersteuning of andere begeleiding om cliënt te helpen om zelf de regie te voeren.
- Verkennen gezamenlijke aanpak HV en HH ter voorkoming van duurdere verpleeghuiszorg en wijkverpleging.
- Met het oog op realisatie continuïteit van zorg bij de overgang van de Wmo naar Wlz en na ziekenhuisopnames: optimaliseren van gebruik van voorziening Huishoudelijke hulp in aanvullend pakket.
 - Verkennen nieuwe opties voor effectieve ondersteuning van mantelzorgers.
 - Verkennen mogelijkheden voor kortdurend verblijf/logeerszorg o.a. met het oog op ontlasting mantelzorgers.
- Verbreding Social trial Dementie, naar meer zorg- en welzijnsinstellingen in de regio.

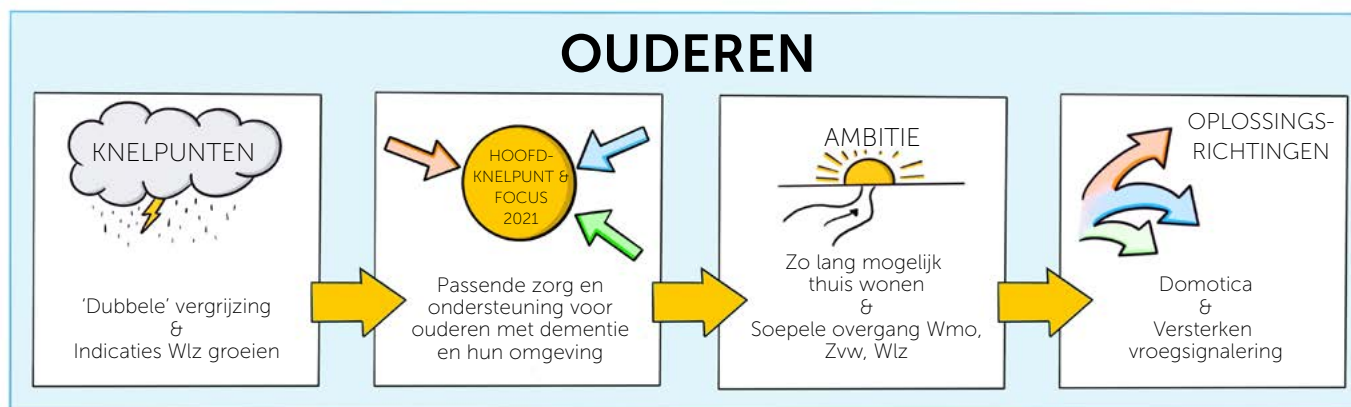
Good practices / initiatieven

- Regio Meierij: social trial dementie. 2019-2022
Doel: Passende ondersteuning bieden aan mensen met dementie en hun naasten. Door de inzet van adequate psychosociale begeleiding stijgt de levenskwaliteit van mensen met dementie en hun naasten, kunnen mensen langer in hun vertrouwde omgeving wonen, en worden crisis voorkomen en verpleeghuisopname uitgesteld.
Partners: gemeente 's-Hertogenbosch, VGZ, Van Neynsel en Tao of Care. Subsidie van ZonMw.
- Het Kennisloket Thuis in Langdurige zorg is een initiatief van coöperatie VGZ / zorgkantoor. Het Kennisloket is er voor ieder, die op zoek is naar passende zorg voor zichzelf of voor naasten. Ook kan men hier terecht om deze zorg te regelen. Is het bijvoorbeeld zorg die komt vanuit de gemeente (Wmo), zorg vanuit de zorgverzekering of zorg vanuit het Zorgkantoor (Wlz, de Wet langdurige zorg).
Het Kennisloket geeft antwoorden op vragen, en helpt de zorg te vinden die passend is.

Door deze dienstverlening optimaal te verbinden met het informatieloket voor inwoners van gemeenten, kunnen we verzekerden/ inwoners in gezamenlijkheid helpen om de zorg toegankelijk te houden.
Partners: gemeenten, VGZ/zorgkantoor.

Landelijke publicaties

- https://www.scp.nl/Publicaties/Alle_publicaties/Publicaties_2019/Wat_als_zorg_wegvalt
- <https://www.pbl.nl/publicaties/toekomstverkenning-mantelzorg-aan-ouderen-in-2040> (SCP en PBL 2019)
- <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2020/01/15/oud-en-zelfstandig-in-2030-een-reisadvies>
- <https://www.invoormantelzorg.nl/nieuws/feiten-en-cijfers-over-mantelzorgers> (28 juni 2019)



2.2 Thema GGZ

Wat is er aan de hand: context en knelpunten

- **Met betrekking tot transitie en transformatie in het GGZ landschap:**
 - Ambulantisering van GGZ zorg: van klinische bedden naar intensieve ambulante zorg-en ondersteuningsvormen. Voor de periode 2013 tot 2020 is landelijk afgesproken dat 30% van de klinische bedden afgebouwd zou worden. De afbouw heeft plaatsgevonden tot 2018. Op dit moment is er een toename in klinische bedden voor intensieve GGZ zorg.
 - Van gespecialiseerde naar generalistische basis-GGZ/eerste-lijn (huisarts met praktijkondersteuner, huisarts GGZ) en naar meer netwerkgerichte GGZ.
 - Beschermd wonen, maatschappelijke ondersteuning psychisch kwetsbaren en jeugdhulp zijn een gemeentelijke verantwoordelijkheid geworden.
 - Per 1-1-2021 wordt de Wlz opengesteld voor mensen die een leven lang intensieve geestelijke gezondheidszorg nodig hebben.
 - Meer nadruk op herstelgerichte zorg en ondersteuning: van symptoombestrijding naar maatschappelijk herstel.
 - Randvoorwaarden in de wijk moeten op orde zijn in het kader van de ambulantisering. Onder andere het ontbreken van passende huisvesting voor de doelgroep.
 - Bestaanszekerheid (een dak boven het hoofd, inkomen, werk) is een belangrijke voorwaarde voor herstel bij GGZ-problematiek.
 - Toegevoegde waarde inzet ervaringsdeskundigen.
- **Met betrekking tot GGZ:**
 - 42,7 % van alle Nederlanders krijgt ooit te maken met psychische problemen.
 - 1,6% van de bevolking heeft een ernstige psychiatrische aandoening (EPA), dit is 22% van alle mensen in zorg binnen de GGZ).
- In de GGZ stijgen de totale uitgaven en het aantal patiënten in de eerste lijn. Het aantal patiënten in de gespecialiseerde GGZ blijft nagenoeg gelijk, maar de kosten nemen fors toe.
- Zorgvragen in de GGZ nemen toe en worden complexer omdat de samenleving steeds ingewikkelder en veeleisender wordt.
- Wanneer angst en stress onvoldoende worden aangepakt leidt dit tot ernstigere klachten.
- Er is onvoldoende kennis over effectiviteit van behandelingen en ondersteuningsvormen en de oorzaken van mentaal leed.
- Ervaring van gemeenten is dat het zorgverleners veel tijd kost om de juiste plek te vinden voor cliënten met gestapelde problematiek (maatwerk). Bij passende zorg is het een uitdaging om de bekostiging rond te krijgen.
- Mensen met schulden maken relatief vaker gebruik van GGZ-zorg dan mensen zonder schulden.
- **Met betrekking tot de samenwerking:**
 - Schotten tussen domeinen en wettelijke kaders belemmeren een integrale aanpak vanuit zorg en ondersteuning op cliëntniveau en het kunnen doen wat nodig is.
 - Geen passende aanpak voor een kleine groep cliënten met triple problematiek vanuit medisch en sociaal domein. Behandelingen sluiten onvoldoende aan bij de zorgbehoefte. Beschikbaarheid van passende opvangplekken voor deze doelgroep staat onder druk.
 - Grote druk in kwetsbare wijken vanwege GGZ-problematiek van o.a. zorgmijders. Omdat er wel een zorgbehoefte is, maar geen zorgvraag valt deze doelgroep buiten de GGZ zorg, terwijl deze wel nodig is. Het ontbreekt bij het team bemoeizorg aan bevoegdheden om deze doelgroep passende zorg te bieden.
 - Wachtlijst van 12 weken voor GGZ-behandeling. Op dit moment wordt een deel van de zorgvraag voor enkele diagnoses opgevangen door Wmo ondersteuning.

- Gemeenten ervaren dat de randvoorwaarden voor extramuralisering zowel vanuit het sociaal als medisch domein nog niet op orde zijn (warme overdracht naar de wijk o.a. bij afschaling Wlz, flexibel op- en afschalen zorg, huisvesting, etc.).
- Er zijn inhoudelijke knelpunten in de praktijk rondom acute zorg verslaafden. Wie is aan zet bij crisissituaties waarbij verslavingsproblematiek op de voorgrond staat?
- Meer passende inzet vanuit welzijn nodig bij psychische kwetsbaarheid. Hierdoor komen nog te veel vragen via de huisartsen in het medische domein terecht, terwijl er sociale problematiek (zoals eenzaamheid, inkomensproblemen of schuldenproblematiek) onderliggend is.
- De huidige bekostigingswijze van de Zvw gefinancierde zorg belemmert samenwerking tussen medisch en sociaal domein. Als er geen betaaltitel is, kan er geen tijd worden geschreven.

Specifiek voor Noordoost-Brabant uit het regiobeeld

- Langere wachttijden voor meerdere behandelvormen GGZ.
- Personeelstekort in de GGZ.
Kosten GGZ per verzekerde stijgen.

Hoofdknelpunt waar we ons in 2021 op gaan focussen:

passende zorg en ondersteuning voor de EPA doelgroep.

Gezamenlijke ambitie

We willen passende opvang, ondersteuning en zorg voor inwoners met een psychische kwetsbaarheid. Hierbij gaan we uit van de herstelbenadering. Niet de aandoening staat centraal, maar de mogelijkheden van de cliënt. De zorg en ondersteuning sluit aan bij de brede ondersteuningsbehoefte van de

inwoner om zo veel mogelijk zelfredzaam te zijn en mee te kunnen doen. We voorkomen dat kwetsbare inwoners tussen wal en schip vallen vanwege de grijze gebieden in ons zorgstelsel.

Mogelijke oplossingsrichtingen genoemd in de werksessie

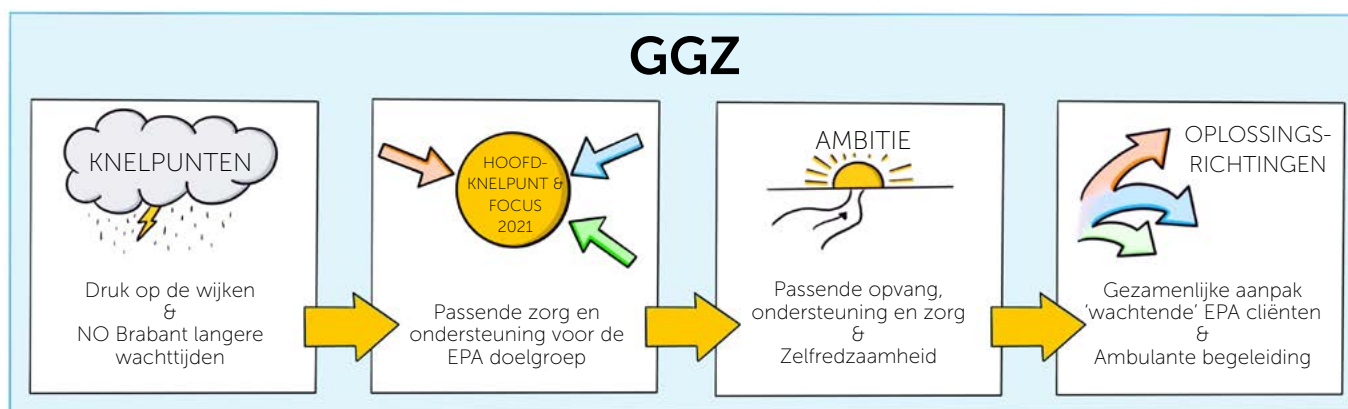
- Gezamenlijke taal spreken. Wat verstaan we onder behandeling (basis, 1e lijn en 2e lijn), begeleiding en nazorg?
- In beeld brengen hoe de acute GGZ in de regio voor verslaafden is georganiseerd.
- Korte lijntjes tussen regionale katrekkers gemeenten en zorginkopers zorgverzekeraar en zorgkantoor zodat knelpunten in de praktijk besproken worden en we van elkaar kunnen leren
- In beeld brengen knelpunten in zorg en ondersteuning inwoners met triple problematiek en gezamenlijke aanpak formuleren.
- Gezamenlijke aanpak formuleren voor EPA patiënten die vanwege wachtlijst geen zorg kunnen ontvangen.
- Benodigde randvoorwaarden financiers in beeld brengen om vanuit een netwerkaanpak passende zorg en ondersteuning voor EPA doelgroep in de wijk mogelijk te maken.
- Nieuwe manieren van zorg en ondersteuning EPA doelgroep uitwerken vanuit het gedachtengoed van demedicalisering en normalisering: Werk als beste zorg.
- Inzet POH GGZ jeugd GGZ bij huisartsen. Onderzoeken hoe we in elke gemeente de inzet POH GGZ jeugd structureel en financieel kunnen borgen.
- Samenwerken op terrein van gespecialiseerde zorg voor jeugd waar deze raakt aan de zorgverzekeringswet (o.a. vaktherapie, verslavingszorg).
- Verkennen van duurzame en effectieve vormen van nazorg (o.a. Safe houses).
- Onderzoeken hoe we complexe zorg voor jeugdigen vanuit diverse wetgeving goed op elkaar afstemmen bijvoorbeeld over de financiering Zorg in de klas (Wlz/Wet Passend Onderwijs/jeugdhulp).

Good practices

- Herstel Ondersteunende Intake (HOI). De HOI is een nieuwe vorm van intakegesprek, waarbij naast twee behandelaars ook een ervaringsdeskundige betrokken is. Door aanwezigheid van deze disciplines komen alle aspecten van herstel aan de orde. Reinier van Arkel start hiermee in 2021.
- Thuisbehandeling en ambulantiseringennetwerk Alcohol gerelateerde Cognitieve Stoornissen (ACS). Cliënten met alcohol gerelateerde cognitieve stoornissen (ACS) worden na een korte opname voor diagnostiek en behandeling ambulant verder behandeld, waarbij de focus ligt op zelfredzaamheid en maatschappelijke participatie.
- Werk als beste zorg. De inzet van werk- én zorggerelateerde activiteiten heeft een positief effect op zowel de psychische gezondheid als de maatschappelijke participatie van cliënten. Bovendien dalen behandelkosten én de gemiddelde uitkeringskosten per cliënt. Bij Reinier van Arkel loopt het project Werk als beste medicijn. Bij GGZ Oost-Brabant loopt in gemeente Oss en Land van Cuijk het project (uitdenkfase) Arbeidsrehabilitatie/Samen beter.

Landelijke publicaties

- <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2018/07/11/bestuurlijk-akkoord-geestelijke-gezondheidszorg-GGZ-2019-t-m-2022>
- <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/publicaties/2020/03/13/plan-van-aanpak-toegankelijkheid-en-beschikbaarheid-hoogcomplexe-GGZ>
- <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2020/03/17/zorg-in-de-wijk-voor-mensen-met-epa>
- [https://assets.zn.nl/p/32768/files/De%20GGZ%20in%202025%20-%20vergezicht%20van%20zorgverzekeraars%20op%20de%20geestelijke%20gezondheidszorg\(1\).pdfhttps://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_291461_22/1/](https://assets.zn.nl/p/32768/files/De%20GGZ%20in%202025%20-%20vergezicht%20van%20zorgverzekeraars%20op%20de%20geestelijke%20gezondheidszorg(1).pdfhttps://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_291461_22/1/)



2.3 Thema preventie

Wat is er aan de hand?

- Jaarlijks sterven 35.000 Nederlanders door roken, overgewicht of probleemdrinken. Ze zijn samen de grootste oorzaak van ziekte in Nederland. Hierdoor heeft de Rijksoverheid samen met 70 maatschappelijke organisaties het Nationaal Preventieakkoord gesloten, met afspraken rondom roken, alcohol en overgewicht die een regionale en lokale doorwerking hebben.
- De zorgvraag en bijbehorende kosten nemen de komende jaren toe. Dit is te wijden aan de vergrijzing en de toename van het aantal chronisch zieken, maar ook door nieuwe technieken en een mondige burger.
- In de helft van de gevallen is de chronische ziekte gerelateerd aan een ongezonde leefstijl. Er valt veel gezondheidswinst te boeken door mensen aan te zetten tot een gezondere manier van leven. Een gezonde leefstijl omvat: niet roken en gezond omgaan met: alcohol, voeding en beweging. De meest kwetsbare groepen in de samenleving, burgers met een lage sociaaleconomische status (SES), hebben vaker (psychosociale) gezondheidsproblemen en een minder lange (gezonde) levensverwachting. Deze burgers doen een groter beroep op zorg.
- Preventieve interventies gericht op stoppen met drugsgebruik, roken, alcohol en afvallen werken bij een belangrijk deel van de doelgroep niet. Dit heeft vaak te maken met de achterliggende problematiek zoals schulden, armoede of opvoedingsproblemen.
- Technologische ontwikkelingen maken het mogelijk dat mensen veel meer zelf de regie gaan voeren over hun gezondheid. Er komen steeds meer apps en apparaten op de markt waarmee mensen in de thuissituatie relevante waardes zelf kunnen volgen, gezonder kunnen leven en zo preventie in eigen hand nemen.

Specifiek voor Noordoost-Brabant op basis van het regiobeeld

- Het aantal leefstijlcoaches is beperkt.
- Bijna de helft van alle volwassenen heeft overgewicht. Overgewicht in de regio stijgt meer dan landelijk.
- 20% van de kinderen tussen 12 tot 18 jaar zegt ooit gerookt te hebben.
- 83% van de volwassenen (19+) in de regio drinkt, waarbij 11% een zware drinker is en 8% een overmatige drinker.
- In de leeftijd 12 tot 18 jaar heeft 32% in de afgelopen 4 weken een glas of meer gedronken.
- Geneesmiddelengebruik is bovengemiddeld.
- 10% van de jeugd (12-18 jaar) heeft ooit middelen gebruikt.

Hoofdknelpunt waar we ons in 2021 op gaan focussen:

Overgewicht, alcoholgebruik, drugs en roken, en met name achterliggende problematiek bij inwoners met een lage Sociaal Economische Status.

Gezamenlijke ambitie

Door samen binnen de huidige kaders van het zorgstelsel te investeren in preventie kunnen we beter inspelen op de veranderende behoefte aan zorg en ondersteuning en tegelijkertijd de kostengroei beheersen. Preventie heeft binnen verschillende wetten een grondslag. Daar waar zowel gemeenten, zorgverzekeraars als zorgkantoor een rol hebben, liggen de gezamenlijke opgaven. Het gaat dan met name om geïndiceerde en zorg gerelateerde preventie.

In onze preventie interventies gaan we uit van het vermogen van mensen om met de fysieke, emotionele en sociale levensuitdagingen om te gaan en zoveel mogelijk eigen regie te voeren. We focussen niet op symptoombestrijding, maar zoeken de aansluiting met de oorzaken en de (achterliggende) hulpvraag van de cliënt. We richten ons nadrukkelijk op jeugd/jongeren.

Mogelijke oplossingsrichtingen genoemd in de werksessies:

- Betere verbinding gemeenten en zorgverzekeraars m.b.t. o.a. kennis van bestaand aanbod op het gebied van gezondheidspreventie.
- Grotere inzet van gecombineerde leefstijlinterventies (GLI). Hierbij werken we aan gunstige randvoorwaarden die de praktische uitvoerbaarheid en implementatie vergroten.
- Versterking samenwerking welzijn, huisartsen en POH's op wijkniveau. Hierbij werken we onder andere aan POH's op jeugd en het maatjesproject.
- We maken de beweging van ziekte en zorg naar gezondheid en gedrag door uitbreiding van Welzijn op Recept in onze regio.
- Het maken van afspraken tussen gemeente, ziekenhuis en Zvw over een goede screening van verslaafden en doorverwijzingen naar verslavingszorg.
- Onderzoeken of de inhoud van het zorgverzekeringspakket voor lage inkomens – al dan niet via de gemeentepolis – aansluit bij de oplossingsrichtingen uit de regionale samenwerkingsagenda.
- We kijken in 1 gebied of we de achterliggende problemen kunnen aanpakken. Bijv: we onderzoeken met het regionaal arbeidsmarktprogramma van Agrifood Capital op welke manier we achterliggende problematiek met betrekking tot arbeidsparticipatie en inkomen gezamenlijk kunnen oppakken.

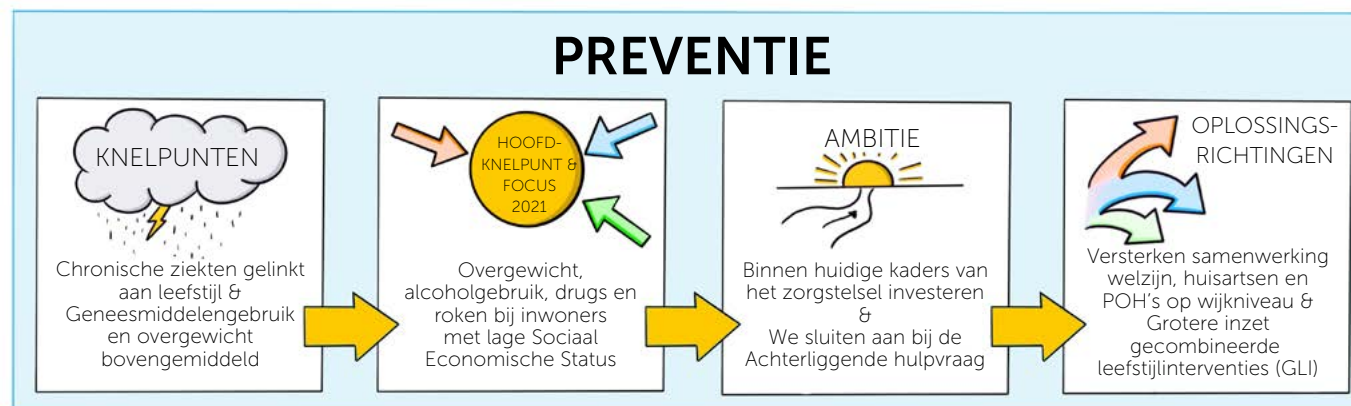
- Aansluiten bij bestaande samenwerkingsverbanden rondom positieve gezondheid We onderzoeken hoe we gezamenlijk in kunnen zetten op de Nationale Schuldhulproute, o.a. met betrekking tot vroegsignalering.

Good practices

- Jongeren Op Gezond Gewicht (JOGG). De stijgende lijn van overgewicht en obesitas bij kinderen wordt omgezet in een dalende lijn door het toepassen van een intersectorale aanpak. Dit houdt in dat het om een samenwerking tussen verschillende beleidsterreinen, zoals sport, gezondheid, welzijn, onderwijs en infrastructuur gaat. Hierbij legt de JOGG-aanpak de nadruk op gedeeld eigenaarschap en het leggen van een verbinding tussen preventie en zorg.
- Welzijn Op Recept. Welzijn op Recept is een alternatief voor mensen met psychosociale klachten. De huisarts verwijst deze patiënten door naar een welzijnscoach, als alternatief voor medicalisering. Welzijn op recept wordt reeds uitgevoerd in het Land van Cuijk.

Landelijke publicaties

- <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2020/02/29/gezondheid-breed-op-de-agenda>
- <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/convenanten/2018/11/23/nationaal-preventieakkoord>
- <https://brabantscan.nl/dashboard/Volwassenen--19--jaar->
- <https://publicaties.zonmw.nl/projectencatalogus-gezonde-wijk/segv/>



Deel 3: de uitvoering van de samenwerkingsagenda

Een belangrijk uitgangspunt in deze samenwerkingsagenda is dat gemeenten en zorgverzekeraar zich beide committeren aan de vraagstukken waar een gezamenlijke oplossing nodig is. Dit kan betrekking hebben op de organisatie van integrale zorg op cliëntniveau (integraliteit), afspraken over warme overdracht van het ene domein naar het andere domein (continuïteit) of nieuwe interventies om zorg op een andere manier vorm te geven (substitutie). De vorm waarin gemeenten en VGZ deze samenwerking willen vormgeven moet effectief, efficiënt, dynamisch en eenvoudig zijn. We kiezen er daarom voor om geen zware programmastructuur in te richten met vaste overlegmomenten. Echter, we borgen wel met elkaar dat er vanuit zowel gemeenten als VGZ bestuurlijk en ambtelijk commitment is om in verschillende coalities met aanbieders en cliëntorganisaties resultaten te bereiken in de samenwerking op de drie thema's. Daarom maken we de volgende uitvoeringsafspraken:

- 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 worden uitgevoerd in coalities van VGZ, gemeenten, aanbieders en cliëntorganisaties.
- Zowel vanuit gemeenten als VGZ wordt rekening gehouden met ureninzet van betrokkenen in de te starten coalities. Dit wordt begin 2021 per thema uitgewerkt.

We gaan werken met twee vaste overlegtafels en dynamische coalities:

1. Bestuurlijk overleg

- Deelnemers: wethouders en bestuurlijke vertegenwoordiger VGZ
- Ondersteuning: coördinator(en)/ambtelijk aanspreekpunt gemeenten en regiomanager
- Agenda: Besluitvorming plannen, werkagenda, financiering en prioriteiten
- Frequentie: 2 tot 3 maal jaarlijks

2. Programmateamoverleg

- Deelnemers: coördinator(en) gemeenten, regiomanager VGZ en vertegenwoordiging zorginkoop VGZ
- Agenda: opstellen en voorbereiden samenwerkingsagenda, opstellen actieplan met resources (mensen/middelen), sturen op regionale uitvoering, bewaken voortgang en kartrekker thema (op proces).
- Frequentie: 4 tot 5 maal jaarlijks

3. Dynamische coalities per thema

- Deelnemers: kartrekker programmateam, inhoudsdeskundigen gemeenten, zorginkoper, zorgaanbieders en cliëntorganisaties.
- Agenda: Oplossingsrichting (-en) uitwerken tot concrete gezamenlijke aanpak.
- Frequentie: afhankelijk van aanpak per thema.