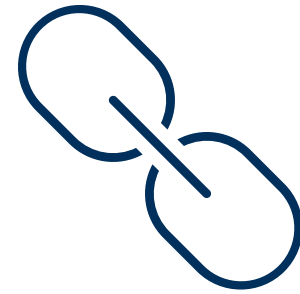


Bijlage 2:

De projectplannen



Opzet uitwerking projecten

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

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

Projecten thema 1

Kwetsbare ouderen nu en in de toekomst

Programma 1: Regionale vroegsignalering Kwetsbare Ouderen

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

Programma 2: Samen(-werken) in de wijk

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

Programma 3: Mantelzorgversterking

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

Programma 1: Regionale vroeg signalering

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

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

Project 1: Welzijn op Recept (1/4)

Probleemstelling

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

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

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

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

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

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

Primaire doel

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

Subdoelen

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

Doelstelling

Project 1.1: Welzijn op Recept (2/4)

Doelgroep + omvang

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

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

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

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

Problemen die een rol kunnen spelen zijn:

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

Aanpak (hoofdpijnen)

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

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

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

Project 1.1: Welzijn op Recept (3/4)

Impact

Minder Zorg:

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

Betere Zorg:

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

Tijdslijn/ planning

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

Betrokken organisaties

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

Project 1.1: Welzijn op Recept (4/4)

Impact op anderen

Burgers, zorgprofessionals,
andere zorg-/welzijnsaanbieders

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

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

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

Benodigde randvoorwaarden

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

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

Gegevensuitwisseling: afspraken in de keten

Overig:

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

Betrokkenheid burgers

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

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

Probleemstelling

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

Doelstelling

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

Doelgroep + omvang

Kwetsbare ouderen.

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

Verbinden met:

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

Aanpak (hoofdlijnen)

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

Impact

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

Tijdslijn/planning

2024 ontwikkeling, eerste start pilot. 2025 implementatie.

Betrokken organisaties

- Huisartsen
- Zorgpartijen
- Welzijnspartijen
- Wijkverpleging

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

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

Benodigde randvoorwaarden

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

Betrokkenheid burgers

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

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

Probleemstelling

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

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

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

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

Bron:

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

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

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

Doelstelling

10%* minder opnames in het laatste levensjaar

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

Obv onderzoek project TAPA\$ van PZNL

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

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

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

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

Doelgroep + omvang

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

Aanpak (hoofdpijnen)

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

Impact

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

Tijdslijn/ planning

Transmuraal palliatief zorgpad en proactieve zorgplanning.

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

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

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

Betrokken organisaties

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

Impact op anderen

Burgers, zorgprofessionals, andere zorg-/welzijnsaanbieders

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

Benodigde randvoorwaarden

Bekostiging:

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

Gegevensuitwisseling:

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

Betrokkenheid burgers

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

Project 1.4: Reablement

Probleemstelling

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

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

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

Doelstelling

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

Doelgroep + omvang

Kwetsbare ouderen met een leeftijd van 65+.

Aanpak (hoofddlijnen)

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

Impact

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

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

Betrokken organisaties

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

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

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

Benodigde randvoorwaarden

Bekostiging:

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

Betrokkenheid burgers

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

Project 1.5: Vroegsignalering Kwetsbare Ouderen (1/3)

Probleemstelling

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

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

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

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

In 2025 wordt bij alle huisartsen:

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

Doelstelling

Doelgroep + omvang

De aanpak VKO richt zich op ouderen van 65 jaar en ouder. De actieve opsporing met behulp van case-finding vindt plaats bij ouderen van 75 jaar en ouder. Dit sluit aan bij de aanbeveling van de Gezondheidsraad om ouderen vanaf 75 jaar te screenen op (risicofactoren voor) kwetsbaarheid (LHV, 2009). Aparte aandacht is hierbij nodig voor de doelgroep (L)VB die eerder kwetsbaarheid vanuit ouderdom ervaren en extra kwetsbaar zijn vanuit de combinatie.

Project 1.5: Vroegsignalering Kwetsbare Ouderen (2/3)

Aanpak (hoofdpijnen)

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

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

Impact

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

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

Project 1.5: Vroegsignalering Kwetsbare Ouderen (3/3)

Tijdslijn/ planning

2024:

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

2025:

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

Betrokken organisaties

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

Impact op anderen

Burgers, zorgprofessionals, andere zorg- / welzijnsaanbieders

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

Benodigde randvoorwaarden

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

Betrokkenheid burgers

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

Project 1.6: Ketenaanpak Valpreventie (1/2)

Probleemstelling

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

Doelstelling

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

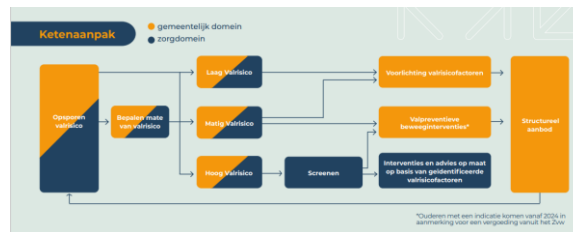
Doelgroep + omvang

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

Aanpak (hoofdlijnen)

De aanpak bestaat uit 4 stappen:

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



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

Impact

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

Tijdslijn/ planning

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

Project 1.6: Ketenaanpak Valpreventie (2/2)

Betrokken organisaties

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

Impact op anderen

Burgers, zorgprofessionals,
andere zorg-/
welzijnsaanbieders

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

Benodigde randvoorwaarden

Bekostiging:

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

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

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

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

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

Betrokkenheid burgers

Programma 2: Samen(werken) in de wijk

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

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

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

Probleemstelling

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

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

Doelstelling

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

Doelgroep + omvang

Kwetsbare ouderen.

Aanpak (hoofdpijnen) (1/2)

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

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

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

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

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

Aanpak (hoofdlijnen) (1/2)

Deze wijkstructuur bevat:

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

De vorm volgt op de ontwikkeling van de samenwerking.

Impact

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

Tijdslijn/ planning

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

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

Betrokken organisaties

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

Impact op anderen

Burgers, zorgprofessionals, andere zorg-/welzijnsaanbieders

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

Benodigde randvoorwaarden

Bekostiging:

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

Gegevensuitwisseling:

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

Betrokkenheid burgers

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

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

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

Project 2.2: Zorgzame buurten (1/4)

Probleemstelling

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

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

Doelstelling

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

Doelgroep + omvang

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

Project 2.2: Zorgzame buurten (2/4)

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

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

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

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

Aanpak (hoofdpijnen)

Impact (1/2)

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

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

Project 2.2: Zorgzame buurten (3/4)

Impact (2/2)

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

Bron: Prof.dr. Wilma van der Scheer

Minder zorg

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

Betere zorg

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

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

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

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

Tijdslijn/ planning

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

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

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

Project 2.2: Zorgzame buurten (4/4)

Betrokken organisaties

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

Impact op anderen

Burgers, zorgprofessionals, andere zorg-/ welzijnsaanbieders

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

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

Benodigde randvoorwaarden

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

Overig:

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

Betrokkenheid burgers

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

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

Project 2.3: Anders wonen en anders zorgen

Probleemstelling

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

Doelstelling

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

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

Doelgroep + omvang

Bewust de gehele woongemeenschap, dragende én vragende inwoners.

Aanpak (hoofddijnen)

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

Impact

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

Tijdslijn/planning

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



Betrokken organisaties

- Gemeenten
- Woningbouw
- Welzijnsorganisaties
- Thuiszorg
- VVT

Impact op anderen Burgers, zorgprofessionals, andere zorg/ welzijnsaanbieders

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

Benodigde randvoorwaarden

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

Betrokkenheid burgers

- Per project in te richten

Programma 3: Mantelzorgversterking

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

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

Project 3.1: Mantelzorgondersteuning (1/2)

Probleemstelling

De druk op mantelzorgers stijgt en hun rol wordt groter, het belang dat de mantelzorgers zelf vitaal blijven en niet overbelast raken is zeer groot. Zodra de mantelzorger het niet meer aan kan wordt het beroep op de zorg per direct groot.

Het overstijgt het lokale beleid, een mantelzorger woont in de ene gemeente terwijl degene waarvoor hij zorgt goed in een andere kan wonen. En gekoppeld aan de zorgaanbieders die hebben een regionale functie. We staan er vanuit welzijn en zorg gezamenlijk voor aan de lat, voor de gehele regio. Door regionaal hierin op te trekken vergroten we de slagkracht met elkaar, zorgen we dat de zorgvraag afneemt en de mantelzorger vitaal blijft.

Mantelzorgondersteuning draagt direct bij aan de arbeidsmarktproblematiek, dit gaat door alle thema's heen. Buiten de arbeidsmarktproblematiek om is specifieke inzet op het verstevigen van mantelzorgondersteuning als geheel nodig. Wanneer de mantelzorgers omvallen is het beroep op de zorg direct groter. Dit loopt door alle thema's heen, ook bij andere doelgroepen zijn mantelzorgers van wezenlijk belang. Doordat steeds meer kwetsbare ouderen thuis blijven, is er in de toekomst steeds meer draagkracht ook thuis nodig.

Doelstelling

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

Speerpunten voor mantelzorg:

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

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

Doelgroep + omvang

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

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

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

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

Project 3.1: Mantelzorgondersteuning (2/2)

Aanpak (hoofdpijnen)

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

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

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

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

Impact

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

Tijdslijn/ planning

Betrokken organisaties

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

Benodigde randvoorwaarden

Betrokkenheid burgers

Bestaande initiatieven kunnen per direct opgeschaald worden.


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

- Bekostiging
- Gegevensuitwisseling

Project 3.2: Academie voor patiënten en naasten

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

Project 3.3: Respijtvorziening

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

Project 3.4: Digitalisering en technologie

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

Good practices Kwetsbare ouderen nu en in de toekomst

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

Good practices Kwetsbare ouderen nu en in de toekomst

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

Good practices Kwetsbare ouderen nu en in de toekomst

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

Projecten thema 3

Mentale gezondheid

Programma 1: Meer inzetten op collectieve preventie

Programma 2: Mentale gezondheidsbeweging

Programma 3: Meer inzetten van EHealth

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

Probleemstelling

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

Doelstelling

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

Doelgroep + omvang

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

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

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

1. **Ontwikkelen van een preventieprogramma Mentale Gezondheid voor alle gemeenten met daarin de volgende onderdelen:**
 - a) Community aanpak mentale gezondheid, verslaving & suïcidepreventie
 - b) Integrale aanpak Mentale gezondheid jeugd op VO: Gezien, Gehoord en Gesteund
 - c) GGZ- Preventieprogramma met bv. EDIT/KOPP/KOPV/ Brussengroepen/ Piep de Muis

Ad a. Community aanpak mentale gezondheid, verslaving & suïcidepreventie

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

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

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

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

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

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

Ad c. GGZ - Preventieprogramma

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

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

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

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

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

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

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

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

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

EDIT

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

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

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

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

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

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

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

3. Inrichten respijthuis voor crisisgevoelige inwoners

Over het algemeen is er sprake van oplopende stress, negatieve omstandigheden of gebeurtenissen. De psychische of sociale problemen dreigen soms te verergeren. Het verblijf in het respijthuis kan net die ademruimte bieden om een terugval of zelfs een crisis te voorkomen. Er wordt een huiselijke en veilige sfeer geboden, ontbijt, lunch en elke dag is wordt er gekookt door vrijwilligers. Verder is vrijheid om bijvoorbeeld eigen activiteiten en afspraken door te laten gaan tijdens het verblijf. Er werken onder andere ervaringsdeskundige cliëntondersteuners en betrokken vrijwilligers die open staan voor een gesprek of luisterend oor. Cliëntondersteuners kunnen ook meedenken over de situatie, steun bieden, of een bepaalde periode na het verblijf steun bieden. Het respijthuis is gericht op snelle ondersteuning gericht op herstel van de client, het voorkomen van intensieve GGZ en het overbruggen van outreachende zorg thuis.

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

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

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

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

Impact

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

1. Bereik doelgroep:

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

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

2. Impact EDIT

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

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

Zorginhoudelijke effecten:

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

Financiële gevolgen gezondheidszorg en arbeidsproductiviteit:

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

Ad 3. Zelfregiecentra

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

Minder zorg

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

Betere zorg

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

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

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

Programma 2: Mentale gezondheidsbeweging (1/2)

Probleemstelling

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

Doelstelling

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

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

Doelgroep + omvang

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

Aanpak (hoofdlijnen)

➤ Inzicht krijgen in regionale wachtlijsten en wachttijden + werkwijze ontwikkelen

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

➤ Versterken van de eerste lijn / huisartsenzorg rondom basis GGZ

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

➤ Uitwerken first time right triage via verkennende gesprekken

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

➤ Inrichten transfermechanismen en werkwijze

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

Programma 2: Mentale gezondheidsbeweging (2/2)

Impact

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

Minder zorg

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

Betere zorg

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

Betrokken organisaties

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

Impact op anderen

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

Benodigde randvoorwaarden

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

Betrokkenheid burgers

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

Tijdslijn/planning

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

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

Probleemstelling

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

Doelstelling

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

Doelgroep + omvang

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

Aanpak (hoofdpijnen)

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

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

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

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

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

Projecten thema 4

Kansrijk opgroeien

Programma: Kansrijke start

Project 1a: coalitievorming

Project 1b: versterking passend aanbod

Project 1c: vroegsignalering

Project 2: Zelfverzekerd ouderschap

Project 3: Gezonde kinderopvang

Project 4: Werken met voorspellende kinddata

Programma: Kansrijke Start

Probleemstelling	Op het fundament van de eerste 1.000 dagen, vanaf 10 maanden voor de geboorte tot ongeveer 2 jaar, bouwen we de rest van ons leven verder. De omgeving waarin een kind wordt geboren, groeit en zich ontwikkelt in de eerste 1.000 dagen, bepaalt in grote mate de kansen voor later. Door nu te investeren in een goede, kansrijke start voor elk kind, bouwen we aan een gezonde generatie in de maatschappij van morgen. De meeste kinderen in Nederland maken een goede start in het leven en groeien gezond op. Er zijn echter ook kinderen (± 1 op de 6) die een minder goede start maken door bijvoorbeeld vroeggeboorte/laag geboortegewicht en blootstaan aan medische of sociale risicofactoren zoals stress, rook, slechte voeding of gebrek aan liefdevolle aandacht (hechting). Dit heeft een levenslang effect op zowel de fysieke als mentale gezondheid en ontwikkeling.
Doelstelling	Ongelijk investeren voor gelijke kansen. Ieder kind binnen de regio West-Brabant West groeit kansrijk op ongeacht waar en in welk gezin je geboren bent. En wordt daardoor beter in staat gesteld om mee te doen in de maatschappij. Alle gemeenten gaan met Kansrijke Start aan de slag en worden daarbij regionaal ondersteund. Uitgangspunt is het kind centraal, waarbij regiogrenzen geen belemmering mogen zijn.
Doelgroep + omvang	Kinderen in de leeftijd van -10 maanden tot 2 jaar, de eerste 1000 dagen van een kind. Regiobeeld: <i>"In de regio (West-Brabant) zijn er 1.300 gezinnen met meervoudige problematiek en ligt het aandeel potentieel kwetsbare ouders in sommige wijken erg hoog, wat invloed heeft op een kansrijke start in het leven en daarmee later een grotere beroep op formele zorg."</i>
Aanpak (hoofdpijnen)	Kansrijke Start is een veelomvattend programma. Daarom splitsen we project 1 verder uit in drie subprojecten: <ul style="list-style-type: none">• Project 1a: Coalitievorming• Project 1b: Versterking passend aanbod• Project 1c: Vroegsignalering Om het programma stevig weg te zetten, stellen we voor West-Brabant een regionaal projectleider aan. Deze projectleider brengt een regionale infrastructuur tot stand, waarin vanuit de lokale netwerkstructuur afspraken worden gemaakt over wat regionaal en lokaal wordt uitgevoerd. Door uitwisseling van best practices speelt de projectleider een belangrijke rol bij de vorming van de regionale coalitie, de versterking van passend aanbod en het aanjagen van de vroegsignalering. Zo versterken de lokale en regionale beweging elkaar.

Impact	Kansrijke Start is erop gericht op een gezonde generatie met gelijke kansen. Dit is niet binnen enkele jaren te bereiken, omdat dit vraagt om lange adem om intergenerationele problemen te doorbreken. De echte impact vindt daarom pas over een jaar of 20 plaats. Op basis van de maatschappelijke kosten-batenanalyses van bijvoorbeeld Nu Niet Zwanger (onderdeel van Kansrijke Start) is wel aan te tonen dat interventies in de eerste 1.000 dagen veel zorg, en met name ook zwaardere zorg, kunnen voorkomen.
---------------	---

Tijdslijn/ planning

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

Betrokken organisaties

- Verloskundig samenwerkingsverband Qocon
- Huisartsengroepen
- JGZ-organisaties
- Gemeenten
- Welzijnsorganisaties
- Schuldhulpverlening
- Werkplein
- Veilig Thuis
- Organisaties uit voorliggend veld

Ketenaanpak Kansrijke Start: Voor Kansrijke Start is in het IZA opgenomen dat zorgverzekeraars en gemeenten met ingang van 1 januari 2024 een ketenaanpak inrichten. De projecten in dit thema bieden handvatten voor de invulling van die ketenaanpak.

Project 1a: Kansrijke Start - Coalitievorming

Probleemstelling	<p>Om in te zetten op een kansrijke start voor ieder kind is lokale en regionale samenwerking van groot belang. Het is daarom nodig om te investeren in lokale coalities in alle gemeenten, waarin de gemeente en hun partners deelnemen. Zwangeren en gezinnen in een potentieel kwetsbare situatie zijn niet altijd honkvast en verplaatsen zich over de regio. Een regionale coalitie Kansrijke Start biedt kansen om te investeren in de regionale verbinding van partners en het doorontwikkelen van een gelijk aanbod, met waar nodig lokaal maatwerk.</p> <p>Een lokale coalitie Kansrijke Start is een samenwerking tussen betrokken professionals uit het sociale domein (o.a. jeugdgezondheidszorg, welzijn, schuldhulpverlening, werk & inkomen en huisvesting) en professionals uit het medische domein (o.a. verloskundigen, gynaecologen en kraamzorg, huisartsen en de volwassenen GGZ). De lokale coalitie maakt gezamenlijke afspraken over het eerder bereiken van kwetsbare ouders, over signalering, doorverwijzing en over hoe begeleiding rond kwetsbare gezinnen voor en tijdens de zwangerschap en na de geboorte, verbeterd kan worden. Centraal hierbij staan de wensen en behoeften van ervaringsdeskundigen.</p>	Impact	(zorg)partijen weten elkaar beter te vinden, de toeleiding naar passende zorg verloopt vloeiender en er vindt harmonisatie plaats van het aanbod in de regio. De samenwerking zorgt voor afgestemde ondersteuning en zorg, waardoor niet meer uitmaakt waar je wieg staat.
Doelstelling	<p>Eind 2024 staat er een regionale ketensamenwerking Kansrijke Start met een regionale coalitie en lokale coalities waarin alle gemeenten (en hun partners) deelnemen; Deze regionale coalitie werkt blijvend aan het meerjarenplan, waarmee de klantroute verder wordt uitgewerkt en verschillen tussen gemeenten en/of wijken worden verkleind.</p>	Tijdslijn/ planning	Q1/Q2 2024 organiseren bijeenkomst Kansrijke Start West-Brabant West. Q3 2024 Inrichten stuurgroep met daarin gemeente, geboortezorg, JGZ en welzijn. Q3/Q4 2024 Meerjarenactieplan
Doelgroep + omvang	<p>Kinderen in de leeftijd van -10 maanden tot 2 jaar, de eerste 1000 levensdagen van een kind.</p>	Betrokken organisaties	<ul style="list-style-type: none">• Verloskundig samenwerkingsverband Qocon• Huisartsengroepen• JGZ-organisaties• Gemeenten• Welzijnsorganisaties• Schuldhulpverlening• Werkplein• Veilig Thuis• CJG• Pharos• Organisaties uit voorliggend veld
Aanpak (hoofdlijnen)	<p>De gemeenten uit het adherentiegebied van het Bravis hebben Ros Robuust in de arm genomen om te verkennen op welke manier samengewerkt kan worden in regionaal verband op Kansrijke Start. Deze verkenning kan worden gebruikt als start van de regionale coalitie, die wordt bestendigd middels een bestuurlijk convenant. In deze coalitie komen de gemeenten samen met de zorg- en welzijnspartijen om samen een meerjarenactieplan voor de regio te ontwikkelen. Hierbij draait het om gelijke kansen in de regio, doordat in alle gemeenten minimaal eenzelfde passend aanbod wordt gerealiseerd. Drempels in toeleiding kunnen aan het licht worden gebracht en waar nodig weggehaald worden.</p> <p>Mogelijke uitkomsten zijn ook bijvoorbeeld een regionaal platform Kansrijke Start waar zowel de professional als de inwoners informatie gemakkelijk kan vinden en zich laagdrempelig kan aanmelden voor bijvoorbeeld een prenataal huisbezoek of toegang heeft tot passende voorlichting. Een voorbeeld is de regionale coalitievorming in Limburg Noord.</p> <p>Zowel in de regionale als in de lokale coalities zal ook aandacht besteed worden aan het bereiken van lastig bereikbare doelgroepen. Deze doelgroepen hebben het risico om tussen wal en schip te vallen, omdat zij bijvoorbeeld de taal niet machtig zijn of op een andere manier minder goed aansluiten op de reguliere zorgstructuren.</p>	Betrokkenheid burgers	De regionale en lokale coalities betrekken inwoners bij de planvorming en uitvoering.

Project 1b: Kansrijke Start – Versterking passend aanbod

<p>Probleemstelling</p>	<p>Nu Niet Zwanger, Stevig Ouderschap en Voorzorg. Het zijn enkele voorbeelden van interventies die de basis zijn voor het programma Kansrijke Start. Het programma kent echter een klantroute waarin een onderverdeling bestaat tussen: basiszorg, steuntje in de rug, extra steun en digitale zorg. Het is nodig om op al deze onderdelen passend aanbod te realiseren in alle gemeenten. Vaak start de klantroute bij de geboortezorg of het prenataal huisbezoek. Vanuit daar bekeken is er een passend aanbod nodig waar naartoe kan worden doorgeleid. Hierbij is aandacht nodig voor de gezondheidsvaardigheden van de doelgroep, zoals laaggeletterdheid.</p>	<p>Impact</p>	<p>Passend aanbod vormt het hart van Kansrijke Start. Ieder kind wat eerder in de lijn kan worden geholpen met een interventie of door lichte/extra steun komt niet terecht in het zwaardere en veelal duurder aanbod. Een voorbeeld van besparing op kosten en zorg zie je in de MKBA van Nu Niet Zwanger.</p>
<p>Doelstelling</p>	<p>Het doel is om een gelijk aanbod te creëren in de hele regio, met als basis erkende (impactvolle) interventies, aangevuld met steun- en zorgaanbod, zodat de doelgroep met passende zorg wordt geholpen. Gelijke kansen, ongelijke behandeling. Ieder kind binnen de regio West-Brabant West groeit kansrijk op ongeacht waar en in welk gezin je geboren bent. Dit heeft betrekking op de hele kindomgeving, zowel fysiek als sociaal.</p>	<p>Tijdslijn/ planning</p>	<p>De versterking van het passend aanbod wordt mede vormgegeven door de regionale en lokale coalities. In de lokale coalities kan daardoor vanaf Q1 2024 al worden gestart met versterking en uitbreiding van het aanbod. De regionale coalitie start hiermee zodra deze is opgestart.</p>
<p>Doelgroep + omvang</p>	<p>Kinderen in de leeftijd van -10 maanden tot 2 jaar, de eerste 1000 dagen van een kind.</p>	<p>Betrokken organisaties</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Verloskundig samenwerkingsverband Qocon • Huisartsengroepen • JGZ-organisaties • Gemeenten • Welzijnsorganisaties • Schuldhulpverlening • Werkplein • Veilig Thuis • CJG • Pharos • Organisaties uit voorliggend veld
<p>Aanpak (hoofdlijnen)</p>	<p>We versterken het aanbod wat we nu al hebben en maken dit in alle gemeenten beschikbaar en ontdekken samen welke onderdelen van de klantroute extra inzet vergen. In de basis staat in ieder geval het prenataal huisbezoek, Nu Niet Zwanger, Stevig Ouderschap en Voorzorg. Waar dit nog niet het geval is, worden deze interventies geïmplementeerd tot een vast onderdeel van het aanbod in de gemeente. Vanuit de regionale coalitie, in samenwerking met de lokale coalities, onderzoeken de (zorg)partijen welke interventies en initiatieven nodig zijn om de klantroute verder vorm te geven. Hierbij wordt nadrukkelijk aandacht besteed aan de toepasbaarheid en eventueel maatwerk voor alle gemeenten. In sommige gemeenten wordt al gewerkt met initiatieven als bijvoorbeeld Buurtgezinnen. Dit is een verrijking van het aanbod in de klantroute. Maatwerk per gemeente kan betekenen dat de ene gemeente kiest voor Buurtgezinnen en Mama Cafés, waar een andere gemeente juist kiest voor een alternatief. Sommige doelgroepen die een hoger risico hebben op een kwetsbare situatie, denk aan mensen met een migratieachtergrond, vinden hun weg nog niet naar het aanbod. Voor hen zal daarom ook worden nagedacht over aan bod wat in hun situaties passend is.</p>	<p>Impact op anderen Burgers, zorgprofessionals, andere zorg-/ welzijnsaanbieders</p>	

Project 1c: Kansrijke Start – Vroegsignalering

Probleemstelling	<p>Sinds 1 juli 2021 bieden de JGZ-organisaties die verantwoordelijk zijn voor 0-4 (jarigen) het prenataal huisbezoek uit bij (potentieel) kwetsbare zwangeren/gezinnen. De aanmeldroute voor dit prenataal huisbezoek is vrijwillig en inwoners moeten zichzelf hiervoor aanmelden. Daarbij kunnen ze wel geholpen worden door (zorg)professionals. De afgelopen tijd hebben de JGZ-organisaties hard gewerkt aan een laagdrempelige aanmeldroute, maar de aanmeldingen blijven achter. Vroegsignaleerder als de geboortezorg kunnen beter worden benut en gefaciliteerd om meer inwoners te laten aanmelden.</p>	Betrokken organisaties	<ul style="list-style-type: none">• Verlofskundig samenwerkingsverband Qocon• Huisartsengroepen• JGZ-organisaties• CJG• Gemeenten• Pharos• Onderwijs• Organisaties uit voorliggend veld
Doelstelling	<p>Alle (zorg)partijen dragen bij aan de vroegsignalering en doorgeleiding van casussen in de klantroute Kansrijke Start. Het prenataal huisbezoek wordt optimaal benut als gateway naar passend aanbod.</p>	Impact op anderen Burgers, zorgprofessionals, andere zorg-/ welzijnsaanbieders	
Doelgroep + omvang	<p>Kinderen in de leeftijd van -10 maanden tot 2 jaar, de eerste 1000 dagen van een kind.</p>		
Aanpak (hoofdpijnen)	<p>We brengen in beeld welke vroegsignaleerders we in de regio hebben en regelen voor hen de juist 'tools' in om hun rol in de klantroute op te pakken. Hierbij hebben we speciaal aandacht voor armoedebestrijding.</p>	Benodigde randvoorwaarden	
	<p>Er worden afspraken gemaakt over de implementatie van de passende tool en doelen gesteld voor de vroegsignalering en toeleiding. Dit doen we per vroegsignaleerder.</p> <p>In ieder geval de geboortezorg hebben we hiervoor al in beeld en kunnen we vanaf het begin gaan faciliteren. Daarvoor kiezen gemeenten, JGZ en geboortezorg samen de juiste passende tools. Een voorbeeld hiervan is Mind2Care.</p>		
Impact	<p>Als we er vroeg bij zijn, kunnen we erger voorkomen. Daarom is vroegsignalering van belang. De directe impact van vroegsignalering is lastig te noemen. Dit hangt namelijk samen met het passende aanbod waar naartoe kan worden verwezen. Vroegsignalering vormt daarmee een belangrijke schakel in het programma Kansrijke Start.</p>	Betrokkenheid burgers	
Tijdslijn/planning	<p>Q1 2024 start het gesprek met de geboortezorg over welke tool zij willen/kunnen gaan gebruiken om vroegsignalering op te starten.</p> <p>Q1 start ook de verkenning van eventuele andere vroegsignaleerders.</p> <p>De aanpak wordt gekoppeld aan de regionale coalitie.</p>		

Project 2: Zelfverzekerd (toekomstig) ouderschap

<p>Probleemstelling</p>	<p>Een aanzienlijk deel van het beroep op bijvoorbeeld de huisarts en spoedeisende hulp (SEH) bestaat uit gezinnen met kinderen die voor 'kleine' zaken naar de huisarts gaan. Deze zorgvraag ontstaat doordat sommige ouders, bijvoorbeeld bij hun eerste kind, wat onzeker zijn over de zwangerschap en opvoeding. Kinderen, zeker pasgeborenen, brengen veel onzekerheid voor ouders met zich mee. Welke keuzes mag je als ouder maken, wat vind je als ouder belangrijk in die keuzes en hoe kun je signalen van je kind herkennen? Hierbij hebben ze dan een klein steuntje in de rug nodig. Vaak is dit met meer informatie of aanbod elders in de keten te voorkomen. Aanbod van chats, voorlichting of lichte ondersteuning moet wel beter in beeld gebracht worden en bekend zijn bij de doelgroep, zodat ouders zelfverzekerd kunnen opvoeden. Uitgangspunt hierbij is positieve gezondheid en de regie op het eigen leven.</p>	<p>Impact</p>	<p>Door (potentiële) ouders de kennis, tools of lichte steun te bieden die ze nodig hebben om zelfverzekerd op te voeden, hoeven zij niet voor alles meer een beroep te doen op de zorg zoals huisartsen en SEH. Hierdoor neemt de druk op de zorg af.</p>
<p>Doelstelling</p>	<p>Ouders weten waar ze met hun vragen terecht kunnen en hebben laagdrempelige toegang tot informatie, passend advies en lichte ondersteuning. Dit aanbod van kennis, advies en ondersteuning sluit aan op de doorlopende fases in het ouderschap.</p>	<p>Tijdslijn/ planning</p>	
<p>Doelgroep + omvang</p>	<p>Toekomstige ouders, gezinnen met opgroeiende kinderen of (jong)volwassenen met een kinderwens (preconceptie); hun sociale netwerk; professionals in hun omgeving.</p>	<p>Betrokken organisaties</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Gemeenten • GGD West-Brabant • TWB • CJG • Kinderopvangorganisaties • Onderwijspartners • Qocon • Organisaties uit voorliggend veld
<p>Aanpak (hoofdlijnen)</p>	<p>Om het beroep op de huisarts en SEH te voorkomen moet meer worden ingezet op normaliseren. Ouders en hun omgeving kunnen veel meer zelf dan ze denken. Dit vraagt om meer proactief informeren en het inrichten van laagdrempelige toegang tot kennis en advies over onder meer kinderwens, zwangerschap en ouderschap. De JGZ-organisaties hebben al aanbod georganiseerd in de ondersteuning van ouders bij hun vragen en opvoeding. Denk aan voorlichting vanuit TWB en bijvoorbeeld de Ouderchat van de GGD. Hier houdt het echter niet bij op, ook geboortezorg en andere partners hebben een schat aan informatie beschikbaar. Belangrijk hierin is dat dit aanbod samenkomt en elkaar versterkt.</p> <p>Aanpak:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Centrale plek met de voorlichtingsactiviteiten, kennis en adviesaanbod en lichte ondersteuning; 2. (zorg)partners informeren over aanbod; 3. Communicatie naar inwoners inregelen. <p>Een mogelijkheid die hierin verkend kan worden is het opzetten van een omnichannel platform waar zowel (potentiële) ouders als professionals terecht kunnen met vragen, kennisbehoefte of om zich aan te melden voor (lichte) preventieve steun.</p>	<p>Impact op anderen Burgers, zorgprofessionals, andere zorg-/ welzijnsaanbieders</p> <p>Benodigde randvoorwaarden</p> <p>Betrokkenheid burgers</p>	

Project 3: Gezonde Kinderopvang

Probleemstelling	<p>Kort na de eerste 1.000 levensdagen gaan een aantal kinderen in de leeftijd tot ongeveer 4 jaar al naar de kinderopvang. Hier start voor hen een belangrijk deel van de ontwikkeling, bijvoorbeeld taal en sociale vaardigheden, maar ook leefstijl. De aanpak Gezonde Kinderopvang (voorafgaand aan Gezonde School) biedt handvatten voor professionals uit de kinderopvang om aandacht te geven aan gezond opvoeden. Lang niet alle kinderopvanglocaties zijn al aangesloten bij de Gezonde Kinderopvang. Er liggen hier kansen om vroegtijdig extra in te zetten op signalering en preventie.</p>	Tijdslijn/ planning	<p>Q1 2024 aanstellen aanjager Gezonde Kinderopvang Q2 inventarisatie hoeveel professionals in de kinderopvang getraind kunnen worden. Vervolgens wordt er een plan van aanpak gemaakt om dit ook te realiseren. In dit plan wordt ook het aanbod van de trainingen behandeld. Q2/3 2024 starten de eerste trainingen van professionals.</p>
Doelstelling	<p>Alle kinderopvanglocaties zijn actief in het kader van de Gezonde Kinderopvang, of hebben hiervoor een certificaat behaald en bieden de basis voor een gezonde opvoeding en een kansrijk leven.</p>	Betrokken organisaties	<ul style="list-style-type: none">• GGD West-Brabant• TWB• Kinderopvangorganisaties• Onderwijspartners• Gemeenten
Doelgroep + omvang	<p>Kinderen tot ongeveer 4 jaar; professionals in de kinderopvang, met daarin de verbinding naar het onderwijs voor de periode na de leeftijd van 4 jaar.</p>	Impact op anderen Burgers, zorgprofessionals, andere zorg-/welzijnsaanbieders	
Aanpak (hoofdpijnen)	<p>De Gezonde Kinderopvang moet breed gedragen worden in de regio. Alle professionals die werkzaam zijn in de kinderopvang worden getraind volgens de methodieken van de Gezonde Kinderopvang. Daarvoor worden de kinderopvangorganisaties gefaciliteerd met middelen waardoor hun professionals tijd vrij kunnen maken om de training te volgen.</p> <p>Aanpak Gezonde Kinderopvang aansluitend op de Gezonde School aanpak.</p> <p>Er wordt een aanjager Gezonde Kinderopvang aangesteld die in gesprek gaat met de kinderopvangorganisaties, gemeenten en JGZ. Daar wordt opgehaald hoe de uitrol over de regio eruit moet komen te zien. Op basis van de praktijk van de kinderopvangorganisaties wordt er gewerkt met een gefaseerde uitrol, waarbij als eerst wordt samengewerkt met de kinderopvangorganisaties die enthousiast zijn om mee te doen en voorop willen lopen in de aanpak. Daarnaast wordt ook gericht op de kinderopvanglocaties in de wijken waar de noodzaak voor deelname aan de aanpak hoger ligt.</p>	Benodigde randvoorwaarden	<p>Kinderopvangorganisaties die mee willen werken aan de aanpak Gezonde Kinderopvang.</p>
Impact	<p>De gewenste impact is dat kinderen al in de jonge leeftijd tussen 2 en 4 jaar op de kinderopvang gezondheidsvaardigheden krijgen aangeleerd. Hierdoor weten zij op latere leeftijd gezonder te blijven, waardoor minder beroep wordt gedaan op de zorg.</p> <p>De daadwerkelijke impact is afhankelijk van de deelname van kinderopvangorganisaties.</p>	Betrokkenheid burgers	

Project 4: Werken met voorspellende kinddata

Probleemstelling	Samen hebben de zorgpartijen de beschikking over een schat aan data over de mensen van de regio. Deze data blijft nu echter veelal beperkt tot de organisatie die de data heeft verworven. Om beter gebruik te maken van deze data, zodat het bruikbaar is als voorspellende data, is een aanpak en samenwerkingsafspraken nodig.	Betrokken organisaties <ul style="list-style-type: none">• GGD WB• TWB• Huisartsen• Ziekenhuis• Gemeenten- Jeugdzorg (ZIT)• Universiteit(en)• Zorgbelang	
Doelstelling	(bestaande) Data op een verantwoorde manier koppelen en ontsluiten om zo voorspellend in te kunnen zetten op preventie en het terugdringen van de zorgbehoefte.		
Doelgroep + omvang	Kwetsbare gezinnen en kinderen, waar mogelijk op wijkniveau.		
Aanpak (hoofdlijnen)	<p>We onderzoeken op welke manier we data kunnen koppelen en benutten om nog beter vorm te kunnen geven aan een kansrijke omgeving voor het kind. Zo kunnen we bijvoorbeeld kijken of doelgroepen met een hoger risico in kaart brengen en gericht inzetten waar dat nodig is. Op die manier kan echt preventief worden ingezet op <i>'ongelijk investeren voor gelijke (gezondheids)kansen'</i> en kan intergenerationele ongelijkheid echt worden aangepakt. Een voorbeeld is C4-PO.</p> <p>Privacy is hierbij een belangrijk uitgangspunt waarmee rekening moet worden gehouden. Dat is de verantwoorde manier van data benutten.</p>		Impact op anderen Burgers, zorgprofessionals, andere zorg-/welzijnsaanbieders
Impact	Door onder meer jeugdgezondheidszorgdata veilig te verbinden aan andere data over gezondheid, ontwikkeling en onderwijs, kan een integraal beeld ontstaan van hoe het vanaf de zwangerschap tot aan de volwassenheid met kinderen gaat. Dit biedt aanknopingspunten om eerder interventies in te zetten, waarmee latere (vaak hogere) maatschappelijke kosten kunnen worden voorkomen.		Benodigde randvoorwaarden
Tijdslijn/planning	In Q1 en Q2 van 2024 onderzoeken we welk project/pilot we het beste hiervoor kunnen inzetten en schrijven hiervoor een plan van aanpak. Vanaf Q3 van 2024 starten we met het plan van aanpak.	Betrokkenheid burgers	

Projecten thema 5

Leefstijl en leefomgeving gerelateerde ziekten en kansenongelijkheid

Project 1: Leefstijlcommunity

Project 2: Het leefstijlloket

Project 3: Brede preventieve aanpak middelengebruik

Project 4: Aanpak kansen(on)gelijkheden

Project 5: Regio-alliantie Leefomgeving die bijdraagt aan een gezonde(re) leefstijl

Project 1: Leefstijlcommunity

Probleemstelling

Om in te zetten op een gezonde leefstijl is samenwerking van groot belang. Veel verschillende organisaties en professionals zetten zich in voor een gezonde leefstijl. We kunnen de impact vergroten door een eenheid van taal op kernbegrippen zoals leefomgeving, leefstijl en kansengelijkheid, maar ook elkaar inspireren op best practices en kennisdeling (effectieve interventies)

De leefstijlcommunity is een samenwerking tussen betrokken professionals uit het sociale domein (o.a. GGD, welzijn, cultuur, sportverenigingen, buurtsportcoaches) en professionals uit het medische domein (o.a. huisartsenzorg, ziekenhuis, apothekers, verslavingszorg). De leefstijlcommunity maakt gezamenlijke afspraken over de inzet van verschillende leefstijlinterventies bij verschillende doelgroepen.

Doelstelling

We zetten een leefstijlcommunity op in West-Brabant West en stimuleren en faciliteren lokale GALA-netwerken

Doelgroep + omvang

De leefstijl community wordt vormgegeven door professionals van de betrokken organisaties en richt zich op allen burgers in WB West met bijzondere aandacht voor het bereik en betrekken van doelgroepen: inwoners met een lage SES-WOA score, LVB, (arbeids)migranten,

Aanpak (hoofdlijnen)

- Inrichten expertgroep leefstijl (regionale samenwerking in preventie infrastructuur)
- Implementatie Zorgroute leefstijl (verbinding voorliggend veld + Zorgpad 1^e/2^e lijn)
- Implementatie ketenaanpakken GLI en KNKG
- Projecten gericht op onderwijs: aanpak Gezonde School en bundelen diverse initiatieven Bravis, huisartsen/zorgpartners, Novadic Kentron, GGD etc.)
- Interventies gericht op bereik bijzondere doelgroepen

Impact

Door de inzet van erkende effectieve interventies wordt er meer impact gemaakt. Harmonisatie van het aanbod. Verbinding van partijen op preventie

Tijdslijn/ planning

Q1/Q2 2024 organiseren bijeenkomst leefstijlcoalitie West-Brabant West.
Q3 2024 Inrichten stuurgroep met daarin gemeente, zorgpartijen, welzijn
Q3/Q4 2024 Meerjarenactieplan

Betrokken organisaties

Alle partijen verbonden aan het regioplan:
Gemeenten, Bravis, Huisartsencooperatie HCWB, het Huisartsenteam, WijZijn, GGD, Novadic Kentron, Groenhuisen, TWB, TanteLouise, S&L zorg, Surplus, SDW, GGZWNB, Transvorm, Zorgbelang, OOBOZ, VGZ en CZ.

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

Door breed betrekken van diverse aanbieders en partijen (Culturele sector, sport, welzijn, onderwijs) hebben we effect op alle groepen.

Benodigde randvoorwaarden

- Bekostiging: co financiering zorgverzekeraar & gemeenten

Ketenaanpak GLI en KNKG: In het IZA is opgenomen dat zorgverzekeraars en gemeenten met ingang van 1 januari 2024 een ketenaanpak inrichten. De projecten in dit thema bieden handvatten voor de invulling van die ketenaanpak.

Betrokkenheid burgers

Zorgbelang is aangesloten in onze regio. Vanuit daar gaan we in gesprek om burgerparticipatie op midden- en lange termijn vorm te geven. Hiermee beogen we de 'participatieladder' verder te beklimmen. Naast dit proces betrekken we o.a. de advies raden van de gemeente, cliëntenraden, patiëntenverenigingen en burgerpanels van betrokken organisaties.

Project 2: Leefstijlloket

Probleemstelling

Het maken van een leefstijlverandering is belangrijk om gezond te blijven en verergering of terugval van een ziekte te voorkomen. Veel inwoners vinden het moeilijk om langdurig bestaande ongezonde gewoonten te doorbreken. Medici en paramedici in het ziekenhuis hebben vaak, vanwege tijdgebrek, onvoldoende gelegenheid om leefstijl uitgebreid met de patiënten te bespreken. Om inwoners te motiveren en te begeleiden naar passende ondersteuning en interventies in de eigen woonomgeving zijn specifieke vaardigheden en kennis nodig, die artsen en paramedici onvoldoende beheersen. Een Leefstijlloket waar vanuit het ziekenhuis naar doorverwijzen kan worden biedt uitkomst.

Doelstelling

Patiënten structureel bewust maken van de helende effecten van een gezonde leefstijl en hen verwijsopties bieden naar leefstijlinitiatieven in de regio.

Doelgroep + omvang

Het Leefstijlloket bedient het adherentiegebied van het Bravis ziekenhuis. Inwoners die onder behandeling zijn bij een arts van het Bravis ziekenhuis en waarbij een leefstijlverandering wenselijk is, kunnen worden doorverwezen naar het Leefstijlloket. (Nb. Ook in het regioplan Oost is als project Het Leefstijlloket opgenomen zodat inwoners die naar het Amphia gaan daar terecht kunnen).

Aanpak (hoofdpijnen)

Het Leefstijlloket begeleidt inwoners vanuit het ziekenhuis naar regionale leefstijl zorg en ondersteuning dichtbij huis in het voorliggend veld. Er wordt niet ingezet op medische ondersteuning, maar juist op gedragsverandering. Samen met de inwoner wordt geïnventariseerd waar hun wensen en mogelijkheden liggen om aan een gezondere leefstijl te werken. Zij worden door de leefstijlmakelaar begeleid en gemotiveerd om hiermee aan de slag te gaan. Inwoners kunnen kosteloos een afspraak maken bij het fysieke loket, dat twee dagdelen per week geopend is.

Impact

Minder zorg en slimmere zorg

Tijdslijn/ planning

Start implementatie Q1 2024

Betrokken organisaties

- Bravis ziekenhuis
- Wijzijn
- TWB
- GGD

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

In project (nog) sterker aansluiten bij het publiek domein en voorliggend veld: leefstijlmakelaar verbinden aan gemeentelijk aanbod.

Benodigde randvoorwaarden

Bekostiging: zorgverzekeraar

Gegevensuitwisseling: doorverwijzing 1e naar 2^e lijn via bestaande structuren

Betrokkenheid burgers

Zorgbelang is aangesloten in onze regio. Vanuit daar gaan we in gesprek om burgerparticipatie op midden- en lange termijn vorm te geven. Hiermee beogen we de 'participatieladder' verder te beklimmen. Naast dit proces betrekken we o.a. de advies raden van de gemeente, cliëntenraden, patiëntenverenigingen en burgerpanels van betrokken organisaties.

Project 3: Brede (preventieve) aanpak middelengebruik

Probleemstelling	<p>Om te voorkomen dat jongeren al op jonge leeftijd middelen gebruiken is het belangrijk om vroeg én actief in te zetten op preventie. Het alcoholgebruik onder jongeren in West-Brabant is blijvend hoog en we zien ook de toename van trends op middelengebruik zoals Vapen. Middelengebruik raakt 1 op 1 aan een ongezonde leefstijl. Inzet op aanpak van middelengebruik gebeurt nu óf fragmentarisch óf op lokaal niveau. Terwijl we ook zien: als het mis gaat, gaat het goed mis. Met onnodige druk op de 2^e lijn ten gevolg. Niet alleen bij jongeren, maar zeker ook bij volwassenen én ouderen.</p>	Betrokken organisaties	<ul style="list-style-type: none">• Novadic Kentron• Gemeenten• GGD• Onderwijs• Bravis (SEH)• Huisartsen
Doelstelling	<p>Het doel is om een gelijk aanbod te creëren in de hele regio, met als basis erkende (impactvolle) interventies, aangevuld met steun- en zorgaanbod, maar ook door in te zetten op integrale voorlichting en een aanpak voor naasten.</p>	Impact op anderen Burgers, zorgprofessionals, andere zorg-/ welzijnsaanbieders	<ul style="list-style-type: none">• Via het onderwijs willen we jongeren betrekken in de wijkagent• Verbinding leefstijlloket: denk aan gebruiker die voor zoveelste keer met val door middelengebruik op SEH is gekomen, maar ook ondervoeding door eenzijdige voeding.
Doelgroep + omvang	<p>Alle burgers in West Brabant, met specifieke aandacht voor jongeren en naasten</p>		
Aanpak (hoofdpijnen)	<ul style="list-style-type: none">• Integraal plan van aanpak gericht op onderwijs en vroegsignalering samen met alle partijen (Novadic Kentron, GGD, artsen 1^e en 2^e lijn, wijkagent, onderwijs) gericht op denormalisering middelengebruik en drugs (denk o.a. Skip die trip) + interventies• Aanpak middelengebruik: Opgroei in een Kansrijke Omgeving/vroegsignalering alcoholmisbruik• Regionaal ondersteuningsaanbod naasten (CRAFT methodiek Novadic Kentron)	Benodigde randvoorwaarden	<p>Bekostiging: co financiering zorgverzekeraar & gemeenten</p> <p>Gegevensuitwisseling: niet direct van toepassing, in principe kan doorverwijzing daar waar nodig op individueel niveau plaatsvinden vanuit bestaande ICT structuren.</p>
Impact	<p>Als we er vroeg bij zijn, kunnen we erger voorkomen. Daarom is vroegsignalering van belang. De directe impact van vroegsignalering is lastig te noemen. Dit hangt namelijk samen met het passende aanbod waar naartoe kan worden verwezen. We kunnen deze impact alleen maken als gezondheidsbevordering en preventie in samenhang worden aangeboden in een keten, waar verschillende elementen en niveaus op elkaar aansluiten: over alle typen preventie, inzet op alle pijlers, over alle settings en in samenhang met andere domeinen</p>	Betrokkenheid burgers	<p>Zorgbelang is aangesloten in onze regio. Vanuit daar gaan we in gesprek om burgerparticipatie op midden- en lange termijn vorm te geven. Hiermee beogen we de ‘participatieladder’ verder te beklimmen. Naast dit proces betrekken we o.a. de advies raden van de gemeente, cliëntenraden, patiëntenverenigingen en burgerpanels van betrokken organisaties.</p>
Tijdslijn/planning	<p>Q1 en Q2 van 2024: verkenning door betrokken organisaties welke concrete interventies in vorm van een pilot we het beste hiervoor kunnen inzetten + opstellen plan van aanpak. Vanaf Q3 van 2024 starten we met implementatie middels pilots</p>		

Project 4: Aanpak kansen(on)gelijkheden

Probleemstelling	Ongeveer een kwart van de volwassen inwoners heeft problemen met het vinden, lezen, begrijpen en toepassen van informatie voor het nemen van gezondheidsgerelateerde beslissingen. Zij zijn onvoldoende of beperkt gezondheidsvaardig. Mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden maken meer gebruik van de zorg, ervaren de kwaliteit van de zorg die ze krijgen als minder goed en hebben meer moeite om hier hun weg in te vinden. Maar ook de gewone burger ziet door de bomen het bos niet meer. Wat is nu waar te vinden? Wat kan ik zelf? En waar kan ik terecht als het me toch niet lukt?	Betrokken organisaties	<ul style="list-style-type: none">• GGD• Gemeenten• Zorg- en welzijnsorganisaties• Bibliotheken• Taalnetwerk West-Brabant• Pharos
Doelstelling	Het verminderen van kansenongelijkheid door o.a. tijdig (h)erkennen van beperkte gezondheidsvaardigheden. Eind 2024 zijn alle betrokken organisaties bij 'gezondheidsvaardige' organisaties.	Impact op anderen Burgers, zorgprofessionals, andere zorg-/ welzijnsaanbieders	<ul style="list-style-type: none">• Raakt alle organisaties betrokken bij het IZA: In Nederland zijn 2,5 miljoen mensen laaggeletterd. Dat wil zeggen dat ze moeite hebben met lezen, schrijven en/of rekenen. Voor hen is bijvoorbeeld het vinden van de weg in een praktijk, het lezen van (uitnodigings)brieven, het invullen van formulieren en het begrijpen van folders lastig.
Doelgroep + omvang	In West-Brabant hebben we het over ongeveer 142.000 West-Brabanders 18+.		
Aanpak (hoofdpijnen)	We zetten in op: <ul style="list-style-type: none">• Effectieve communicatie op B1 niveau bij al onze medewerkers zowel in woord als geschrift;• Aanpak laaggeletterdheid• Toegankelijk en integraal aanbod (ook van elkaar in de keten weten wie wat doet + koppelen van aanbod)• Gebruik van E-health technologie	Benodigde randvoorwaarden	Bekostiging: co financiering zorgverzekeraar & gemeenten Gegevensuitwisseling: niet direct van toepassing, in principe kan doorverwijzing daar waar nodig op individueel niveau plaatsvinden vanuit bestaande ICT structuren.
Impact	Mensen met onvoldoende gezondheidsvaardigheden bijvoorbeeld omdat ze lager opgeleid zijn leven gemiddeld ruim 4 jaar korter en ervaren ruim 14 jaar eerder een slechtere gezondheid dan hoogopgeleiden. Een aanpak op verbeteren van gezondheidsvaardigheden levert dus direct minder zorg op. Daarnaast willen voor alle burgers inzetten op toegankelijker informatie en E-health technologie. Dat levert niet alleen minder zorg op, maar ook slimmere zorg.	Betrokkenheid burgers	Zorgbelang is aangesloten in onze regio. Vanuit daar gaan we in gesprek om burgerparticipatie op midden- en lange termijn vorm te geven. Hiermee beogen we de 'participatieladder' verder te beklimmen. Naast dit proces betrekken we o.a. de advies raden van de gemeente, cliëntenraden, patiëntenverenigingen en burgerpanels van betrokken organisaties.
Tijdslijn/ planning	Q1: start projectgroep met betrokken organisaties, opstellen van plan van aanpak (uitvoeringsplan)		

Project 5: Regio-alliantie Leefomgeving die bijdraagt aan een gezonde(re) leefstijl

Probleemstelling	Luchtverontreiniging zorgt voor veel schade aan de gezondheid, wat zich uit in o.a. hart- en vaatziekten en longaandoeningen, waaronder astma. Verder draagt een gezonde leefomgeving niet alleen bij aan de bescherming van de gezondheid, maar ook aan de bevordering ervan: een omgeving die uitnodigt tot bewegen en rust en ontspanning biedt.	Betrokken organisaties	<ul style="list-style-type: none">• GGD & Gemeenten (óók fysiek domein) als kartrekkers• Bravis en huisartsen (als ambassadeurs)• WijZijn (verbinding kwetsbare doelgroepen en wijken)• Als lid van coalitie: alle partijen betrokken bij het regioplan.• Als lid van alliantie: zie o.a. genoemde partijen onder impact op anderen.
Doelstelling	Ombuigen van onze huidige leefomgeving naar een gezonde leefomgeving die de gezondheid van onze inwoners <u>beschermt</u> tegen beïnvloedende factoren zoals lucht en geluid en de gezondheid van onze inwoners <u>bevordert</u> doordat de leefomgeving uitnodigt tot bewegen en bijdraagt aan een gezonde leefstijl		Impact op anderen Burgers, zorgprofessionals, andere zorg-/ welzijnsaanbieders
Doelgroep + omvang	Alle burgers in West Brabant West met oog voor kwetsbare doelgroepen (ouderen, kinderen) maar ook kwetsbare wijken	Benodigde randvoorwaarden	
Aanpak (hoofdlijnen)	<ul style="list-style-type: none">• Regionale inzet op gezondheidsbevorderende maatregelen en invloed regio op dikmakende(obesogene) leefomgeving• Regionale inzet op gezondheidsbevorderende en beschermende maatregelen, door oa quick wins leefomgeving zoals watertappunten, maar vooral regionaal samenwerken op verbeteren van de luchtkwaliteit, maar ook o.a. treffen van klimaatadaptieve maatregelen ter voorkoming van hittestress, Inventariseren en verminderen beschadigende aspecten op onze leefomgeving vanuit industrie, landbouw en wegverkeer, etc.		Betrokkenheid burgers
Impact	De Brabantse GGD’ en onderzochten de luchtkwaliteit in Brabant en berekenden dat inwoners van Brabant door de luchtverontreiniging gemiddeld 358 dagen korter leven dan zonder deze luchtverontreiniging. Bij 1 op de 5 kinderen is luchtverontreiniging de oorzaak van hun astma en bij ruim 1 op de 5 volwassenen (40-plussers) met hart- en vaatziekten is het de oorzaak van hun ziekte. De buitenlucht die inwoners inademen is vergelijkbaar met de lucht die iemand zou inademen als een huisgenoot elke dag bijna 5 sigaretten binnenshuis rookt		
Tijdslijn/planning	Q4 2024 organiseren 1 ^e bijeenkomst voorlopige coalitie West-Brabant West. Q4 2024 Opstellen meerjarenactieplan		

Projecten thema 6

Druk op de eerste lijn

Project 1: Verder uitrollen van “slimme AI-triage” binnen de huisartsenpraktijken

Project 2: Organiseren van spoedzorg voor ouderen op de juiste plek

Project 3: Hybride (medische) zorg

Project 4: Regionaal opleiden van VS/PA

Project 5: Creëren van vangnet voor inwoners zonder huisarts

Project 1: Verder uitrollen van "slimme AI-triage" binnen de huisartsenpraktijken

Probleemstelling

Er is een toename van de vraag voor het aantal huisartsconsulten in de periode 2023-2040, die voor een substantieel deel bestaan uit niet medische, "praktische vragen" (regiobeeld West-Brabant). Door juiste triage vooraf hoeven niet alle aanvragen te leiden tot een medisch consult.

Doelstelling

Stap 1: Verder uitrollen van nieuwe digitale ingang binnen de huisartsenpraktijken. Deze digitale ingang verzorgt door middel van "slimme AI-triage" de intake en de triage van de patiënt.

Stap 2: Integreeren van triage op het gebied van sociaal domein binnen de bestaande medische triage zodat vragen voor het sociaal domein afgevangen kunnen worden en direct terecht komen op de juiste plek binnen het sociaal domein.

Stap 3: Integratie met andere domeinen en scopeverbreiding binnen eerstelijns (o.a. apotheek, fysiotherapeut)

Stap 4 of parallel: verkennen mogelijkheden van 1 overkoepelende plek waar inwoners terecht kunnen met vragen op het gebied van allerlei domeinen. Inwoner wordt via deze weg geleid naar de juiste plek of wordt voorzien van de juiste informatie

Doelgroep + omvang

Alle inwoners binnen de regio die contact opnemen met hun huisarts en dermate digitaal vaardig zijn dat zij hun triage digitaal kunnen afhandelen

Aanpak (hoofdlijnen)

- Implementatieplan voor uitrollen binnen huisartsenpraktijken en ondersteuning bieden
- Verkennen aanbieders software AI-triage (doel is om uniform te kiezen voor 1 aanbieder)
- Integreeren van software met HIS
- Verkennen mogelijkheden integratie triage sociaal domein

Impact

Minder zorg

Voorkomen van onnodige consulten bij de huisarts

Slimmere zorg

Door gebruik van digitale AI-triage minder druk op de telefoon en efficiëntere inzet zorgpersoneel

Betere zorg

Inwoners krijgen sneller de juiste zorg

Betrokken organisaties

- Regionale huisartsenorganisaties (RHO's)
- VVT
- sociaal domein (stap 2)
- Diverse domeinen (stap 3)
- Gemeenten
- Aanbieder AI-triage
- HIS leveranciers
- Mogelijk kan REN aanhaken voor digitale verbinding
- Scopeverbreiding: apotheek, fysio etc

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

Resultaten burger:

- Verhoogde toegankelijkheid 24/7
- Meer tijd in de spreekkamer
- Uitgebreider toelichten klachten
- Sneller juiste zorg

Resultaten zorgprofessionals:

- Reductie van telefoon verkeer
- Reductie aantal consulten bij de huisarts
- Verhoging van werkplezier

Benodigde randvoorwaarden

Bekostiging:

- Structurele bekostiging aanschaf software
- Integratie van HIS of andere systemen met de software

Betrokkenheid burgers

Middels kwalitatief onderzoek. Dit is onlangs uitgevoerd door VGZ.

Project 2: Organiseren van spoedzorg voor ouderen op de juiste plek

Probleemstelling	Zie programmavoorstel Spoedzorg Westelijk West-Brabant. Doordat ouderen steeds langer zelfstandig thuis wonen, neemt het aantal crisissituaties en daarmee gepaard gaande spoedopnames de laatste jaren toe. Crisissituaties zijn vaak multifactorieel van aard. Het is van belang om de spoedzorg toegankelijk te houden en op de juiste plek te leveren.	Betrokken organisaties	<ul style="list-style-type: none">• Regionale huisartsenorganisaties (RHO's)• VVT organisaties• Regionale ziekenhuizen• GGZ instellingen• HAP West-Brabant						
Doelstelling	Het organiseren van één regionale zorgcentrale als aanmeld-, triage- en coördinatiepunt voor spoedzorg voor ouderen en een passend en samenhangend aanbod voor spoedzorg in de regio.								
Doelgroep + omvang	<ul style="list-style-type: none">• Kwetsbare oudere met acute (medische) knik in de thuissituatie• Kwetsbare oudere met acute knik in de thuissituatie t.g.v. overbelast mantelzorgsysteem of anderszins (= labelloos bed)								
Aanpak (hoofdpijnen)	<ul style="list-style-type: none">• Organiseren van één aanmeld-, triage- en coördinatiepunt voor spoedzorg in de regio (mogelijk koppelen aan één regionale zorgcentrale)• Versterken van het acute thuiszorgteam, geriatrisch expertiseteam (huisarts- SO-casemanager dementie/ wijkverpleegkundige) en samenwerking met de huisarts en HAP om crisissituaties in de thuissituatie te voorkomen, aan te pakken en spoedopnames te voorkomen• Passend aanbod voor crisisopnames in de regio en een uniforme werkwijze in de spoedzorg tussen VVT organisaties (EHKO + labelloze bedden)	Impact op anderen Burgers, zorgprofessionals, andere zorg-/welzijnsaanbieders							
Impact	<table border="1"><tr><td>Minder zorg</td><td>Door in crisissituaties een passend zorgaanbod te leveren, kan het bijdragen om een cliënt zo lang mogelijk thuis te laten wonen. Doel van een EHKO-opname is immers terugkeer naar huis.</td></tr><tr><td>Slimmere zorg</td><td>Door het centreren van de aanmelding-, triage- en coördinatie van spoedzorg in de regio, wordt de crisiszorg op de juiste plek geleverd en er slimmer gebruik gemaakt van bedden capaciteit.</td></tr><tr><td>Betere zorg</td><td>In een crisissituatie kan sneller gehandeld worden en kan de zorg op de juiste plek geleverd worden.</td></tr></table>	Minder zorg	Door in crisissituaties een passend zorgaanbod te leveren, kan het bijdragen om een cliënt zo lang mogelijk thuis te laten wonen. Doel van een EHKO-opname is immers terugkeer naar huis.	Slimmere zorg	Door het centreren van de aanmelding-, triage- en coördinatie van spoedzorg in de regio, wordt de crisiszorg op de juiste plek geleverd en er slimmer gebruik gemaakt van bedden capaciteit.	Betere zorg	In een crisissituatie kan sneller gehandeld worden en kan de zorg op de juiste plek geleverd worden.	Benodigde randvoorwaarden	<p>Zie ook programmavoorstel Spoedzorg westelijk West-Brabant</p> <p>Mogelijk overlap met ROAZ plannen</p>
Minder zorg	Door in crisissituaties een passend zorgaanbod te leveren, kan het bijdragen om een cliënt zo lang mogelijk thuis te laten wonen. Doel van een EHKO-opname is immers terugkeer naar huis.								
Slimmere zorg	Door het centreren van de aanmelding-, triage- en coördinatie van spoedzorg in de regio, wordt de crisiszorg op de juiste plek geleverd en er slimmer gebruik gemaakt van bedden capaciteit.								
Betere zorg	In een crisissituatie kan sneller gehandeld worden en kan de zorg op de juiste plek geleverd worden.								
		Betrokkenheid burgers							

Project 3: Hybride (medische) zorg (1/2)

Probleemstelling

De toegankelijkheid langdurige ouderenzorg in West-Brabant staat onder druk door een toename van kwetsbare ouderen en ontoereikende medische behandelcapaciteit

Doelstelling

Hoofddoel: Duurzaam toegankelijke, passende, doelmatige en kwalitatief goede zorg (thuis) voor een groeiende groep cliënten.

Cliënt: Zo optimaal mogelijke medische zorg en behandeling voor kwetsbare ouderen inrichten, gegeven de huidige en toekomstige uitdagingen

VVT: Ontlasten en efficiënt inzetten van zorgpersoneel VVT-instellingen door te werken met een beperkt aantal loketten richting de huisarts

Huisartsen: Ondersteunen van huisartsen om de groeiende zorgvraag vanuit kwetsbare ouderen op te vangen en zo de huisartsenzorg toegankelijk houden

De scope van het huidige voorstel heeft betrekking op de sector Verpleging en Verzorging (Wlz). Het plan heeft daarnaast ook impact op de huisartsenzorg (Zvw). Het plan kan uitgebreid worden naar gehandicaptenzorg (SDW heeft al aangegeven interesse te hebben).

Het aantal kwetsbare ouderen in West-Brabant neemt de komende jaren toe. Zo stijgt het aantal 65-plussers van 158.010 in 2023 tot 205.080 in 2040. Het aandeel cliënten in de wijkverpleging stijgt tot 2040 met 45,7% en het aandeel cliënten in verpleeghuizen zelfs met 69,7%.

1. Tegelijkertijd is er nu al sprake van een tekort aan zorgverleners (tekort van circa 600 werknemers in de V&V en circa 200 in de thuiszorg) en een tekort aan medische behandelcapaciteit.
2. VVT-instellingen hebben onvoldoende behandelcapaciteit om de groei van het aantal kwetsbare ouderen op te kunnen vangen. Kwetsbare ouderen zullen dus langer thuis moeten blijven wonen. Hierdoor wordt de druk op de huisartsenzorg (verder) vergroot. Echter is er in de regio nu al sprake van een huisartsentekort; uit onderzoek blijkt dat in West-Brabant >50% van de huisartspraktijken in de afgelopen vijf jaar tijdelijk geen nieuwe patiënten heeft kunnen aannemen vanwege een tekort aan capaciteit.
3. De mismatch tussen de zorgvraag van kwetsbare ouderen en het zorgaanbod, nu en in de toekomst, vormt een van de grootste opgaven in regio West-Brabant. Om deze groeiende zorgvraag op te kunnen vangen, zal er naar nieuwe oplossingen moeten worden gekeken, zoals zorg met digitale ondersteuning.

Doelgroep + omvang

Betrokken organisaties

Op dit moment:

- Avoord
- De Wijngaerd
- Crataegus woonzorg
- CZ zorgkantoor
- Dagelijks Leven
- Egala zorg
- Groenhuysen
- HCWB
- HGE
- HHT
- Het Hoge Veer
- Kloek
- Maas Waarden
- Mijzo
- Park Zuiderhout
- Pim Senior
- tante Louise
- TWB
- Elisabeth
- Surplus
- Thebe

Project 3: Hybride (medische) zorg (2/2)

Aanpak

Onderzoek en Voorbereiding:

- Groenhuysen en tanteLouise vervolgen de verkenning naar het best passende concept van hybride zorg voor ouderen en betrekken hierbij de regionale ketenpartners. Gezamenlijk komen zij tot een uitgewerkt plan met passende oplossing.
- Proof of concept bij GH, TL en HGE:
- Groenhuysen en tanteLouise implementeren vanuit een aanjagersrol als eerste het concept van hybride zorg voor ouderen en monitoren en evalueren de effecten. Zij halen de kinderziekten eruit en blijven het hybride werken continu verbeteren.

(Vorbereidende) uitrol in West -Brabant:

- Groenhuysen en tanteLouise delen de geleerde lessen rondom hybride zorg met de rest van de regio en ondersteunen de VVT-aanbieders bij het aansluiten bij en leren werken met hybride zorg voor ouderen.

Uitbreiden van mogelijkheden bij GH en TL:

- Groenhuysen en tanteLouise verkennen de gewenste uitbreidingen van hybride zorg en gaan in gesprek met leverancier(s) om dit in te richten, te realiseren en continu te verbeteren.

Uitrol in rest van West -Brabant:

- Uitrol van de gewenste uitbreidingen bij de overige VVT-aanbieders op basis van eerder geleerde lessen (fase 2A) en met ondersteuning vanuit Groenhuysen en tanteLouise. In overleg met CZ mogelijk om een voorbeeld casus te maken voor rest van Nederland.

Impact

Aantal cliënten met een ZZP, VPT, MPT of ELV- laag: 2023: ca. 1.100 cliënten uit doelgroep in adherentiegebied Groenhuysen en tanteLouise. Ca. 3.700 cliënten uit doelgroep in West Brabant. 2023: 90% van zorgvragen richting HA gaat via V&V, per zorgvraag is V&V gemiddeld 30 min kwijt met telefoneren.

Hybride (medische) zorg heeft impact op circa 3.700 cliënten in West-Brabant. Deze groep heeft naar schatting 64.000 zorgvragen per jaar richting de huisarts waarvan de verwachting is dat 90% digitaal kan worden opgevangen.

Benodigde randvoorwaarden

Bekostiging: Kosten voor projectleider voor fase 0 t/m fase 2B. O.a. begeleiden onderzoeksfase, verder uitwerken concept, regionale samenwerking, monitoring voortgang, communicatie belanghebbenden, etc. Eerste inschatting: gem. 1 fte projectleider tijdens looptijd project.

Verlet kosten van personeel voor het vormgeven van de nieuwe keten/samenwerkingsafspraken, leren werken met de nieuwe methode, communicatie naar cliënten, etc. Dit raakt V&V personeel, huisartsen, behandelaren en ICT en HR (leerhuis) van de VVT-aanbieders. Er zijn bestaande contacten en contracten. Onduidelijk is of binnen deze contracten ruimte is voor extra onderzoek (o.a. nulmeting, monitoren effecten) en verantwoording. Eerste inschatting: 0,5 fte onderzoeker tijdens looptijd project.

Gegevensuitwisseling: Inrichten van digitale omgeving, regelen van koppelingen. Kosten afhankelijk van gekozen digitale oplossing. Naar verwachting meeste kosten voor leverancier van systeem. Mogelijk licentiekosten voor VVT.

Project 4: Regionaal opleiden/positioneren van VS/PA

Probleemstelling	De individuele praktijk heeft niet altijd de begeleidingscapaciteit om een verpleegkundig specialist of een physician assistant op te leiden. Terwijl deze specialisering en taakdifferentiatie binnen de eerste lijn zeker positieve effecten heeft gehad op de kwaliteit en de doelmatigheid van het beantwoorden van afzonderlijke steeds complexer wordende zorg- en ondersteuningsvragen. Tevens kan taakherschikking een oplossing zijn voor arbeidskrapte en knelpunten in de organisatie van zorg. (Tuyl, L. van, E. Vis, M. Bosmans, R. Friele en R. Batenburg (2020). Visies op taakherschikking. Utrecht: Nivel.)	Betrokken organisaties	<ul style="list-style-type: none">• Regionale huisartsenorganisaties (RHO's)• VVT organisaties• Opleidingsinstituten						
Doelstelling	Het regionaal opleiden van VS en PA om de arbeidskrapte en de knelpunten in de organisatie van zorg binnen de eerste lijn te verminderen, zodat de toegankelijkheid tot de eerstelijns zorg gewaarborgd is/blijft.	Impact op anderen Burgers, zorgprofessionals, andere zorg-/ welzijnsaanbieders	Draagt bij aan het toegankelijk houden van de eerstelijnszorg.						
Doelgroep + omvang	Zorgprofessionals met de juiste vooropleiding die zich willen laten scholen tot VS of PA binnen de eerste lijn.	Benodigde randvoorwaarden	VS: Verpleegkundig specialist PA: Physician assistant Let op fiscale wet- en regelgeving						
Aanpak (hoofdlijnen)	<ul style="list-style-type: none">• Opstellen gezamenlijk opleidingsplan i.s.m. opleidingsinstituten• beschikbaar stellen van begeleidingscapaciteit• Beter benutten van capaciteiten door positionering van VS/PA binnen de eerste lijn	Betrokkenheid burgers							
Impact	<table border="1"><tr><td data-bbox="258 648 475 714">Minder zorg</td><td data-bbox="475 648 1128 714">Door passende zorg wordt er minder beroep gedaan op medisch specialist zoals bv huisarts (bv door inzet VS in thuiszorg)</td></tr><tr><td data-bbox="258 714 475 779">Slimmere zorg</td><td data-bbox="475 714 1128 779">Geprotocolleerde zorg uitbesteden zodat er meer tijd overblijft voor toenemende complexere zorg binnen de eerste lijn</td></tr><tr><td data-bbox="258 779 475 915">Betere zorg</td><td data-bbox="475 779 1128 915">Draagt bij aan goed functionerende eerstelijnszorg dat regelt dat mensen op het passende moment, niet te vroeg en niet te laat, een beroep doen op complexe en duurder zorg of via de sociale kaart naar niet zorgorganisaties worden doorverwezen.</td></tr></table>	Minder zorg	Door passende zorg wordt er minder beroep gedaan op medisch specialist zoals bv huisarts (bv door inzet VS in thuiszorg)	Slimmere zorg	Geprotocolleerde zorg uitbesteden zodat er meer tijd overblijft voor toenemende complexere zorg binnen de eerste lijn	Betere zorg	Draagt bij aan goed functionerende eerstelijnszorg dat regelt dat mensen op het passende moment, niet te vroeg en niet te laat, een beroep doen op complexe en duurder zorg of via de sociale kaart naar niet zorgorganisaties worden doorverwezen.		
Minder zorg	Door passende zorg wordt er minder beroep gedaan op medisch specialist zoals bv huisarts (bv door inzet VS in thuiszorg)								
Slimmere zorg	Geprotocolleerde zorg uitbesteden zodat er meer tijd overblijft voor toenemende complexere zorg binnen de eerste lijn								
Betere zorg	Draagt bij aan goed functionerende eerstelijnszorg dat regelt dat mensen op het passende moment, niet te vroeg en niet te laat, een beroep doen op complexe en duurder zorg of via de sociale kaart naar niet zorgorganisaties worden doorverwezen.								

Project 5: Creëren van vangnet voor inwoners zonder huisarts

Probleemstelling	De toegankelijkheid, continuïteit en kwaliteit van de huisartsenzorg staat onder druk, hierdoor heeft niet iedere inwoner binnen onze regio een vaste eigen huisarts. Tegelijkertijd zorgen de bekende factoren ervoor dat het behouden van de toegankelijkheid van de huisartsenzorg binnen onze regio een flinke uitdaging zal zijn.	Betrokken organisaties	<ul style="list-style-type: none">• Regionale huisartsenorganisaties (RHO's)• Zorgverzekeraars CZ/VGZ• HAP West-Brabant• Gemeenten
Doelstelling	Zorgen voor extra capaciteit zodat onze regio weerbaarder is tegen tekorten en inwoners toegang hebben/houden tot de eerstelijnszorg.		
Doelgroep + omvang	Inwoners binnen onze regio die zich niet kunnen inschrijven in een huisartsenpraktijk (noni).		
Aanpak (hoofdlijnen)	<ul style="list-style-type: none">• In kaart brengen hoe groot het probleem is en op welke plekken dit speelt. Om een indicatie te geven: in BoZ hebben 1000 mensen zich gemeld zonder huisarts (nov 23)• Beschrijven van diverse scenario's om een vangnet mogelijk te maken voor deze groep• Een vangnet creëren dat opschaalbaar is naar elders binnen onze regio	Impact op anderen Burgers, zorgprofessionals, andere zorg-/welzijnsaanbieders	Benodigde randvoorwaarden
Impact	Minder zorg Door de toegankelijkheid van de dagzorg zal er naar verwachting een daling plaatsvinden in de anw-uren		
	Slimmere zorg Voor het creëren van een vangnet zou gebruik gemaakt kunnen worden van hybride zorg, dit maakt het mogelijk dat zorgverleners op afstand zorg kunnen verlenen		
	Betere zorg Draagt bij aan goed functionerende eerstelijnszorg dat regelt dat mensen op het passende moment, niet te vroeg en niet te laat, een beroep doen op complexe en duurder zorg of via de sociale kaart naar niet zorgorganisaties worden doorverwezen.		
		Betrokkenheid burgers	