



# Gezond Gooi

## Regioplan Gooi en Vechtstreek





# Voorwoord

Beste lezer,

Binnen het samenwerkingsnetwerk Gezond Gooi, dat bestaat uit verschillende zorg- en ondersteuningspartijen uit de regio, is er hard gewerkt aan dit regioplan in het kader van het Integraal Zorgakkoord. Vijf verschillende werkgroepen, en met Zilveren Kruis en gemeenten als opdrachtgevers, zijn met veel energie en aan de slag gegaan om oplossingsrichtingen te formuleren voor de uitdagingen van de regio zoals weergegeven in het regiobeeld.

De uitdagingen in onze regio op het gebied van zorg en ondersteuning zijn groot. Zo stijgt de vraag naar zorg en ondersteuning en loopt het nijpende tekort aan mensen op, zowel op formeel als informeel gebied. Als Gezond Gooi geloven we dat we alleen samen, als regio, de noodzakelijke verandering in kunnen zetten. Met de transformatie beschreven in dit regioplan nemen we samen verantwoordelijkheid om de zorg en ondersteuning voor onze inwoners toegankelijk, van hoge kwaliteit en betaalbaar te houden. Dit doen we met de beweging van ziekte en zorg naar gezondheid en gedrag te maken.

Inwoners, professionals en zorg- en ondersteuningsorganisaties bundelen hun krachten (o.a. in wijken en buurten) om iedereen te stimuleren gezond samen te leven en zo de zorg toegankelijk te houden. Samen, en met een gemeenschappelijke overtuiging en taal willen we de zorg en ondersteuning verbeteren. Vanuit het gedachtegoed van positieve gezondheid benaderen we met een brede kijk op gezondheid inwoners en hun hulpvragen. Zo sluiten we enerzijds beter aan bij de hulpvraag van de inwoner, en streven we anderzijds naar het stoppen met onnodige medische onderzoeken of ingrepen. Op deze manier verminderen we de druk op de gezondheidszorg en creëren we ruimte voor de mensen die het écht nodig hebben.

Met trots kijken we terug op de afgelopen periode, waarin intensieve samenwerking heeft geleid tot dit regioplan. Het resultaat is een gedragen inhoudelijke koers, die de komende maanden verder wordt aangescherpt. Zo verbeteren we samen de gezondheid van onze inwoners!

Met hartelijke groeten,

Gezond Gooi

# Inhoudsopgave



## Inleiding

Pagina 4-7



## Uitdagingen

Pagina 8-11



## Perspectief van inwoners

Pagina 12-13



## Transformaties

Pagina 14-44



## Voorstel vervolggaven

(incl. eerste aanzet werkagenda en monitoring)

Pagina 45-60



## Randvoorwaarden

Pagina 61-63



## Bijlagen

(Afkortingen, begrippen, aanvullende uitwerkingen en verdiepingen)

Pagina 64-77

*NB: Er is een begrippenlijst opgenomen in de bijlage, woorden die hierin zijn opgenomen, zijn gemarkeerd met een ▲.*

# Inleiding

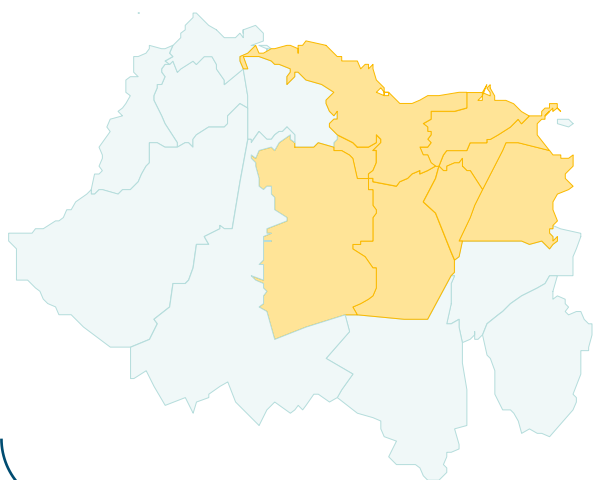


# Gezond Gooi

## Samenwerkingsnetwerk Gezond Gooi heeft gezamenlijk het regioplan voor Gooi en Vechtstreek opgesteld

Het Integraal Zorgakkoord (IZA) heeft als doel de zorg voor de toekomst goed, toegankelijk en betaalbaar te houden. Regionale samenwerking is daarmee een belangrijk speerpunt van het IZA. Dit vraagt om een domeinoverstijgende<sup>▲</sup> samenwerking tussen alle relevante zorg- en ondersteuningsaanbieders, de zorgverzekeraars en gemeenten. Deze samenwerking is vastgelegd in dit regioplan. Het regioplan is opgesteld voor de zorgkantorregio 't Gooi, exclusief Almere. Dit betreft de gemeenten Blaricum, Eemnes, Gooise Meren, Hilversum, Huizen, Laren en Wijdemeren.

In het opstellen van het regioplan heeft samenwerkingsnetwerk Gezond Gooi<sup>▲</sup> een belangrijke rol gespeeld als aanjager en verbinder. Gezond Gooi bestaat uit verschillende zorg- en ondersteuningspartijen uit de regio. Het opstellen van het regioplan is gedaan met vijf werkgroepen (zie volgende pagina).



### Aan het regioplan hebben de volgende sectoren meegewerkt:

- Publieke gezondheid
- Inwoners
- Onderwijs
- Sociale basis<sup>▲</sup>
- Sociaal domein<sup>▲</sup>
- Gemeenten
- Eerste lijn
- Verpleging en verzorging
- Geestelijke gezondheidszorg
- Medisch specialistische zorg
- Zorgverzekeraars



**Toegankelijke, goede en betaalbare zorg.**

**Samen werken wij aan een gezonde toekomst voor al onze inwoners.**

*Dit geografische gebied is gekozen op basis van de samenwerkingschaal van de deelnemende gemeenten. We erkennen dat dit gebied vaak niet overeenkomt met het werkgebied van zorgverleners en aanbieders uit het zorg- en sociaal domein. Deze partijen zijn soms (ook) actief buiten de grenzen van onze vastgestelde regio. Gemeenten en andere partijen buiten dit gebied waren niet betrokken bij de totstandkoming van dit regioplan. Bij de implementatie van transformatieplannen die samenwerking met externe partijen vereisen, zullen gerichte gesprekken worden gevoerd om te verzekeren dat elk plan op de juiste schaal en met de juiste partijen wordt ontwikkeld en vastgesteld.*

Dit menu is klikbaar!



Inleiding

Uitdagingen

Perspectief van inwoners

Transformaties

Vervolgopgaven & Monitoring

Randvoorwaarden

Bijlage

# Organisatie regioplan

Binnen Gezond Gooi hebben we vanuit vijf werkgroepen gewerkt om de uitdagingen aan te pakken

Meer dan 150 betrokkenen uit de regio hebben meegewerkt aan de totstandkoming van dit regioplan, zonder hun inzet was het niet mogelijk geweest dit plan op te stellen. Verschillende afgevaardigde (zorg)professionals en andere betrokkenen van partijen in de regio zijn in vijf werkgroepen\* aan de slag gegaan. De uitwerkingen die in deze werkgroepen zijn gedaan, staan aan de basis van dit regioplan.



## Gezond Leven en Preventie

Bevorderen van een betere levenskwaliteit door inwoners te motiveren tot gezonde keuzes en het versterken van de gemeenschapszin door de visie van positieve gezondheid▲



## Gezonde Jeugd

Het creëren van een aangename omgeving en het waarborgen van een goede gezondheid voor jongeren en hun sociale kring



## Gezond Ouder Worden

Aandacht voor de mens als geheel in iedere fase van het leven door vanuit de levensloopbenadering in te zetten op behoud van de fysieke, psychische en sociale functies



## Mentale Gezondheid

Het verbeteren van de mentale gezondheid en weerbaarheid van de inwoners, waarbij positieve gezondheid centraal staat



## Acute Zorg

Het toekomstbestendig maken van de acute zorg op lange termijn

*Vanwege een andere regio-indeling heeft werkgroep Acute Zorg een eigen proces doorlopen en is de verbinding gelegd tussen dit regioplan en het opgestelde ROAZ-plan.*

\* Deze werkgroepen en werkgroep-opdrachten zijn geformuleerd door Gezond Gooi en o.b.v. het "Regiobeeld 2023 Gooi en Vechtstreek"

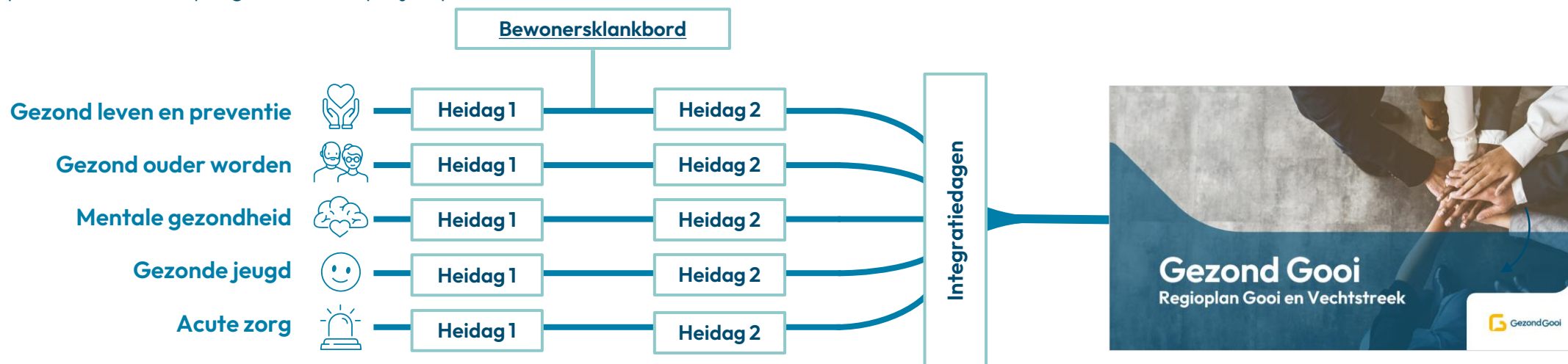


# Aanpak om tot regioplan te komen

## De vijf werkgroepen hebben een multidisciplinair proces afgelegd om tot het regioplan te komen

Voor het opstellen van het regioplan is een stapsgewijs proces gevolgd, conform de fasering van het IZA. Tijdens **heidagen** hebben multidisciplinaire werkgroepen, bestaande uit professionals uit het veld, onder leiding van een bestuurlijk trekker, de uitdagingen, mogelijke oplossingen en randvoorwaarden voor de transformaties gedefinieerd. Hierbij hebben in totaal 118 mensen uit 42 verschillende organisaties meegedacht. Tijdens de **integratiedagen** hebben we keuzes voor de overkoepelende transformaties en randvoorwaarden gemaakt. Parallel aan het opstellen van het regioplan hebben we gewerkt aan het inrichten van de samenwerkingsstructuur en het vervolg na de oplevering van het regioplan.

Dit regioplan dient als richtinggevend document voor de ontwikkeling van transformatieplannen. Het bevat zowel aanknopingspunten voor deze plannen als enkele concrete, eerste opgaven. Met de uitvoering van deze opgaven kan in januari 2024 worden gestart. In aanvulling op deze eerste opgaven, zullen vanaf januari 2024 aanvullende opgaven worden geformuleerd, zodat ook de overige zaken in dit regioplan tot uitvoering kunnen worden gebracht. Dit regioplan is geen op zichzelf staand programma- of projectplan.



N.B. Dit regioplan dient als richtinggevend document voor de ontwikkeling van transformatieplannen. Het bevat zowel aanknopingspunten voor deze plannen als enkele concrete, eerste opgaven. Met de uitvoering van deze opgaven kan in januari 2024 worden gestart. In aanvulling op deze eerste opgaven, zullen vanaf januari 2024 aanvullende opgaven worden geformuleerd, zodat ook de overige zaken in dit regioplan tot uitvoering kunnen worden gebracht. Dit regioplan is geen op zichzelf staand programma- of projectplan.











# Uitdagingen










# Toename in zorgvraag

Een deel van de uitdagingen die spelen in de regio hebben te maken een toename in zorgvraag

-  **1. Vergrijzing:** het aantal 65-plussers stijgt met 27% en het aantal 80-plussers met 65% tot aan 2040
-  **2. Hoog aandeel eenzaamheid:** 40% van de volwassenen voelt zich weleens eenzaam, 8-11% voelt zich ernstig eenzaam en een kwart van de jongeren is sterk eenzaam
-  **3. Bestaansonzekerheid:** 10-15% van onze inwoners heeft moeite met rondkomen wat van invloed is op de gezondheid van de bevolking en kan leiden tot een grotere vraag naar zorg en ondersteuning
-  **4. Ongezonde leefstijl en overconsumptie:** ongezonde leefstijl en overconsumptie draagt bij aan de toename van chronische gezondheidsproblemen en daarmee grotere zorgvraag
-  **5. Toename mentale problematiek:** mentale problemen nemen toe als gevolg van factoren zoals eenzaamheid, individualisering, prestatiedruk, armoede, digitale wereld en de covid pandemie. Met name de mentale gezondheid van jongeren staat onder druk
-  **6. Labelen en medicalisering:** het (te) vaak zoeken naar medische verklaringen leidt tot een toename
-  **7. (Onbegrepen) gedrag onder jongeren:** vaker wordt de diagnose van o.a. ADHD en ASS gesteld, en er wordt steeds meer stress ervaren onder de jeugd
-  **8. Hoog middelengebruik:** zowel onder volwassenen, als jongeren is er sprake van hoog middelengebruik, m.n. alcohol, tabak, vaperen en (soft)drugs
-  **9. Meer zorg thuis door langer thuis wonende ouderen:** bij gebrek aan plek aan andere woonplekken voor ouderen, neemt de zorg in de thuissituatie toe om zelfstandig wonen mogelijk te laten

Toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg staat onder druk

Benoemd in\*:

- Regiobeeld 
- Gezond Leven en Preventie 
- Gezond ouder worden 
- Mentale gezondheid 
- Gezonde jeugd 

\*Zie ROAZ-beeld voor uitdagingen Acute Zorg



# Onze opgave in de regio Gooi en Vecht

Uit het regiobeeld zijn een aantal uitdagingen naar voren gekomen die spelen binnen de regio Gooi en Vechtstreek. Deze uitdagingen zijn tijdens de heidagen aangevuld en aangescherpt door de werkgroepleden. Er wordt bij de opgestelde transformaties later in dit document een verbinding gelegd met deze uitdagingen.

## Toename van zorgvraag

1. **Vergrijzing** van de bevolking
2. Hoog aandeel **eenzaamheid**
3. Invloed van bestaansonzekerheid
4. **Ongezonde levenswijzen** en **overconsumptie**
5. Toename **mentale** problematiek
6. Tendens van **labelen** en medicaliseren
7. Onbegrepen **gedrag van kinderen**
8. Hoog **middelengebruik** onder jongeren en volwassenen
9. Toename van zorg thuis doordat ouderen langer zelfstandig **thuis wonen**

Toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg staat onder druk

## Krapte in aanbod

10. **Arbeidsmarktkrapte** in zorg én ondersteuning
11. Halvering **mantelzorgpotentieel**
12. Lange **wachttijden**
13. Gebrek aan **domeinoverstijgende samenwerking**
14. Onvoldoende **door-, en uitstroom**



# Krapte in aanbod

Een deel van de uitdagingen die spelen in de regio hebben te maken met krapte in het aanbod

Toegankelijkheid  
en betaalbaarheid  
van de zorg staat  
onder druk

**Problematische arbeidsmarkt in zorg en ondersteuning:** een tekort aan (zorg)professionals zal een oorzaak zijn voor krapte in het zorgaanbod. Vooral de vacatures voor praktisch opgeleiden in de zorg/welzijn zijn lastig in te vullen. Te verklaren door vergrijzing personeelsbestand, hoge werkdruk, etc.

10. 

**Halvering mantelzorgpotentieel** tussen 2030 en 2040, gecombineerd met de (on)beschikbaarheid van naasten om informele hulp en ondersteuning te bieden (preventie).

11. 

**Wachttijden:** lange wachttijden belemmeren de toegankelijkheid van de zorg en ondersteuning, dit is in ieder geval aan de orde in de ggz

12. 

**Gebrek aan domeinoverstijgende samenwerking:** mede door de verkokering van de zorg ontbreekt het aan domeinoverstijgende samenwerking, en wordt er niet buiten de eigen organisatorische muren gekeken waar zorg geleverd kan worden.

13. 

**Onvoldoende door- en uitstroom:** patiënten blijven te lang op bepaalde plekken in de keten waardoor de keten “verstopt”

14. 

Benoemd in\*:

Regiobeeld 

Gezond Leven en Preventie 

Gezond ouder worden 

Mentale gezondheid 

Gezonde jeugd 

\*Zie ROAZ-beeld voor uitdagingen Acute Zorg



Inleiding

**Uitdagingen**

Perspectief van  
inwoners

Transformaties

Vervolgopgaven &  
Monitoring

Randvoorwaarden

Bijlage

# Perspectief van inwoners



# Perspectief van inwoners

## Inwoners hebben meegedacht en adviezen gegeven die zijn meegenomen in de uitwerking

Tussen de eerste en tweede heidag van de werkgroepen vond een inwonersklankbord plaats in de regio Gooi en Vechtstreek. Het doel van deze bijeenkomst was om de lokale inwoners te betrekken bij het proces en om hun input te verkrijgen, met als streven een breed gedragen regioplan te ontwikkelen. Aanwezige vertegenwoordigers van cliëntenraden, Wmo adviesraden, huurdersverenigingen en verzekerdenraden hebben waardevolle algemene en specifieke adviezen aangedragen. Deze adviezen zijn meegekomen in de verdere uitwerking van het regioplan.

### Algemeen advies

- Organiseer één aanspreekpunt in de wijk waar de inwoner terecht kan met al zijn/haar/hun vragen. Dit aanspreekpunt kent de inwoner en zorgt voor een warme overdracht
- Praat met de inwoner in plaats van over de inwoner. Stel de inwoner en diens hulpvraag centraal, creëer hierbij meer betrokkenheid van de inwoner door te vragen wat ze nodig hebben en van daaruit gezamenlijk naar een passende vervolgstap te zoeken
- Denk buiten de grenzen van de eigen organisatie bij het ondersteunen van een inwoner. Denk breder dan: “kan mijn organisatie jou helpen?”, maar “wat heb jij nodig?”
- Betrek de inwoner bij het opstellen en realiseren van het regioplan en transformatieplan. Voorkom dat er veel energie in ideeën wordt gestoken die voor inwoners niet van meerwaarde zijn

### Gezond leven en preventie

Door de inwoners wordt de samenwerking tussen woningbouw, politie en brandweer als sterk positief ervaren, net als de vroegsignalering van problemen door de woningbouw door de gemeente.

Maar, er is ruimte voor verbetering: organisaties zouden verder moeten kijken dan hun eigen grenzen en beter geïnformeerd moeten zijn over gemeentelijke regelingen. Ook is een betere organisatie van hulp nodig, waarbij inwoners actiever betrokken worden bij het vinden van oplossingen.

### Gezond ouder worden

Door de inwoners wordt de beschikbaarheid van specialistische kennis op regioniveau momenteel goed ervaren.

Echter, het kan beter met de implementatie van 'één huishouden, één plan, één regisseur', waarbij één persoon het huishouden begeleidt zonder constante doorverwijzingen. Ook de huidige financieringsstructuren, het niet als vanzelfsprekend beschouwen van mantelzorg, en meer praktische informatievoorzieningen, zijn punten van verbetering.

### Gezonde jeugd en mentale gezondheid

Door de inwoners wordt de goede kwaliteit van zorg bij een accurate diagnose als positief ervaren.

Toch kan er verbetering plaatsvinden in het meer regionaal organiseren van zorg en ondersteuning. Zelfredzaamheid mag niet als vanzelfsprekend worden beschouwd; sommige inwoners hebben begeleiding nodig. Ook is er behoefte aan het voeren van het 'goede gesprek: een bredere en diepere uitvraag van de situatie van de inwoner om de hulpvraag echt centraal te stellen, zelfs buiten het specialisme van de zorgverlener om. Daarnaast is er een noodzaak voor voldoende capaciteit om aan de zorgvraag te voldoen.

### Acute zorg

Door de inwoners wordt de zorg geleverd door Tergooi MC als goed ervaren, evenals de samenwerking tussen de SEH, spoedzorg en de huisartsenpost.

Verbeterpunten liggen in het versterken van de regionale samenwerking op het gebied van geboortezorg, het verminderen van administratieve lasten en het bieden van effectieve triage en/of een informatieloket. Dit loket zou inwoners moeten adviseren en begeleiden naar de juiste zorg zonder onnodige doorverwijzingen. Ook is er behoefte aan meer ondersteuning door scholen, zowel in tijd als financiële middelen, om vroegtijdige signalering en doorverwijzing te verbeteren.





# Transformaties

- Onze ambitie
- Transformaties
- Verdieping per transformatie



# Onze ambitie: van ziekte en zorg naar gezondheid en gedrag

In de regio Gooi en Vechtstreek bundelen we onze krachten om iedereen te stimuleren gezond samen te leven en zo de zorg toegankelijk te houden. We zetten gezamenlijk in op de beweging **van Ziekte en Zorg naar Gezondheid en Gedrag**<sup>▲</sup>. Dit vraagt om een andere, bredere kijk op het leven en gezondheid, wat we doen door onze inwoners en hun hulpvragen vanuit de visie van **positieve gezondheid** te benaderen. Vanuit integrale samenwerking zetten we ons gezamenlijk in om het zorg- en ondersteuningslandschap te verbeteren, wat we doen vanuit een gemeenschappelijke overtuiging. Zo helpen we onze inwoners om tegenvallers en problemen te normaliseren en om hun zelf- en samenredzaamheid te vergroten.



## Verbeteren van het zorg- en ondersteuningslandschap

Om de zorg en ondersteuning die onze inwoners nodig hebben, beschikbaar te houden, zullen we als aanbieders van deze zorg en ondersteuning zelf ook moeten veranderen. Niet meer, maar **echt anders**. Met de afspraken in het regioplan kunnen we deze regionale transformatie verder versnellen en versterken. De inwoner staat centraal en we organiseren de zorg en ondersteuning **zo dichtbij als passend**: thuis waar mogelijk, in de wijk waar dat kan, regionaal waar nodig en bovenregionaal als dat beter is. Alle schakels in deze keten zijn afhankelijk van elkaar, dus voor een sterke keten is intensieve en integrale samenwerking van cruciaal belang. Zo zorgen we er samen voor dat de zorg en ondersteuning die nodig is in Gooi en Vechtstreek beschikbaar blijft.



## Gemeenschappelijke overtuiging en taal

Om de beweging te realiseren, is het belangrijk dat zorg en ondersteuningsprofessionals werken vanuit een **gemeenschappelijke overtuiging** en met dezelfde werkwijze<sup>▲</sup>. Het is cruciaal om hetzelfde begrip te hebben over dezelfde hulpvragen: over of en welke zorg en ondersteuning nodig is, en welke werkwijze passend is. Zowel in communicatie richting onze inwoners, als in de samenwerking tussen professionals en door de keten heen. Op deze manier spreekt iedereen in de regio **dezelfde taal**. Het maakt niet uit waar een vraag wordt gesteld, iedereen in de regio beantwoordt hulpvragen op dezelfde wijze. Het creëren van deze gemeenschappelijke overtuiging en dezelfde taal loopt als rode draad door het regioplan: met alles wat we doen, dragen we bij aan deze gemeenschappelijkheid.



## Normaliseren en zelf- en samenredzaamheid

We kijken samen hoe we hulpvragen kunnen oplossen zonder onnodig gebruik te maken van zorg of ondersteuning. We creëren bewustzijn bij professionals en inwoners dat sommige fysieke, mentale en sociale tegenvallers of problemen bij bepaalde fases in het leven horen. Deze tegenvallers of problemen hoeven niet altijd opgelost te worden met professionele zorg of ondersteuning. Zo voorkomen we dat we hulpvragen problematiseren en/of medicaliseren. Dit noemen we **normaliseren**<sup>▲</sup>. Als regio helpen we onze inwoners en hun omgeving om tegenvallers of problemen vaker zelf op te lossen, bijv. door te helpen bij een breder sociaal vangnet. Zo helpen we samen de **zelf- en samenredzaamheid**<sup>▲</sup> van onze inwoner(s) te verhogen.



# Transformaties vanuit een gemeenschappelijke overtuiging

Inzet op 5 transformaties om hulpvragen slimmer aan te pakken, vanuit positieve gezondheid

A

## Zelf- en samenredzame inwoner(s)

De inwoner is in staat zelf een passende afweging te maken over of, waar en wanneer hulpvragen te stellen

B

## Krachtige gemeenschap

De omgeving speelt een actieve rol in het leven van onze inwoners en vormt een eerste vangnet bij tegenvallers of problemen

C

## Ondersteuning nabij

Hulp en ondersteuning is nabij en domeinoverstijgend zichtbaar ingericht, zodat hulpvragen direct op de juiste plek terecht komen

D

## Passende zorg<sup>▲</sup>

Wanneer dat nodig is, begeleiden we inwoners naar en bieden we passende zorg en afgestemd aanbod

E

## Mogelijk maken van de beweging

Onze professionals hebben de juiste kennis en hulpmiddelen om de beweging mogelijk te maken



**Gemeenschappelijke overtuiging:** door intensief samen te werken aan de transformaties en oplossingsrichtingen uit dit regioplan dragen we continu bij aan onze gemeenschappelijke overtuiging en creëren we dezelfde taal



Inleiding

Uitdagingen

Perspectief van inwoners

Transformaties

Vervolgopgaven & Monitoring

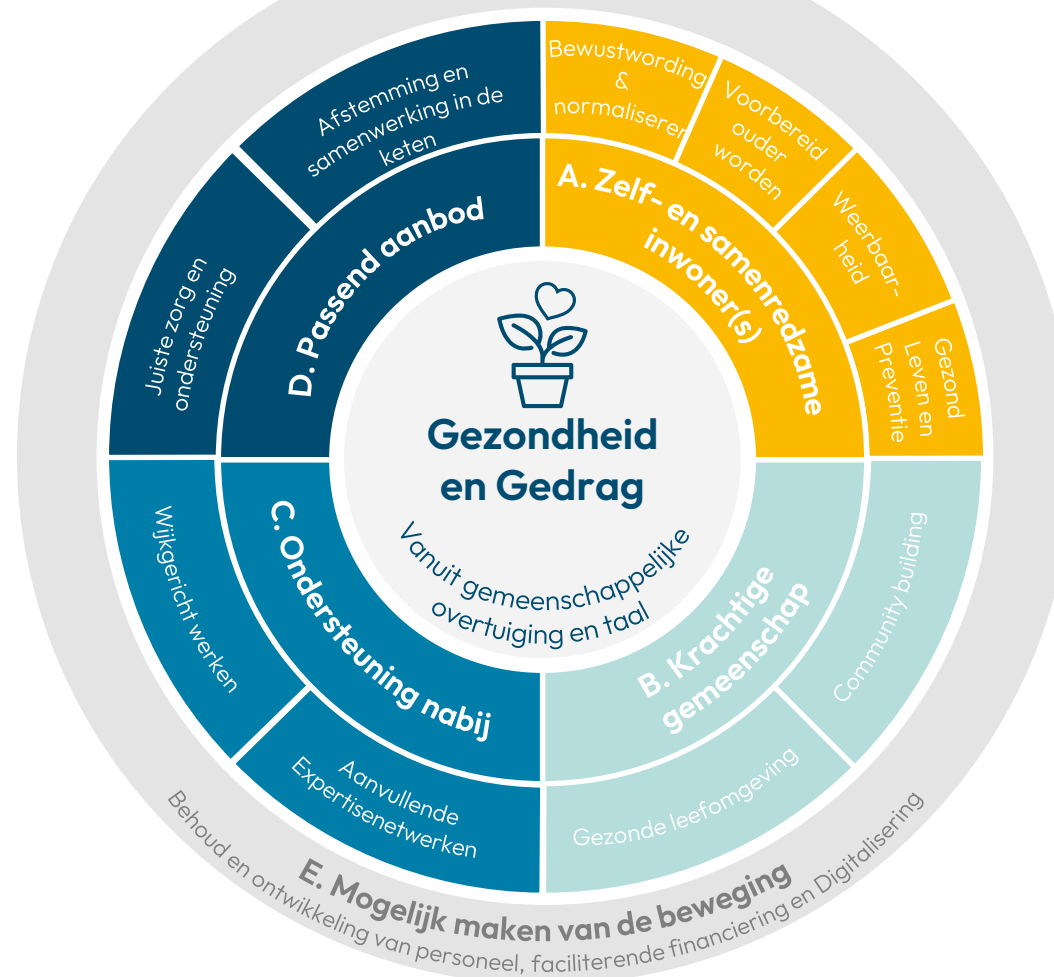
Randvoorwaarden

Bijlage

# Transformaties

Binnen de vijf transformaties zijn er dertien onderliggende oplossingsrichtingen

- A** | **Zelf- en samenredzame inwoner(s)**
1. Bewustwording & normaliseren
  2. Voorbereid ouder worden
  3. Weerbaarheid
  4. Gezond leven en preventie
- B** | **Krachtige gemeenschap**
1. Community building▲
  2. Gezonde leefomgeving
- C** | **Ondersteuning nabij**
1. Wijkgericht werken
  2. Aanvullende expertisenetwerken▲
- D** | **Passende zorg**
1. Juiste zorg en ondersteuning
  2. Afstemming en samenwerking in de keten
- E** | **Mogelijk maken van de beweging**
1. Behoud en ontwikkeling van personeel
  2. Faciliterende financiering
  3. Digitalisering



# Zelf- en samenredzame inwoner(s)

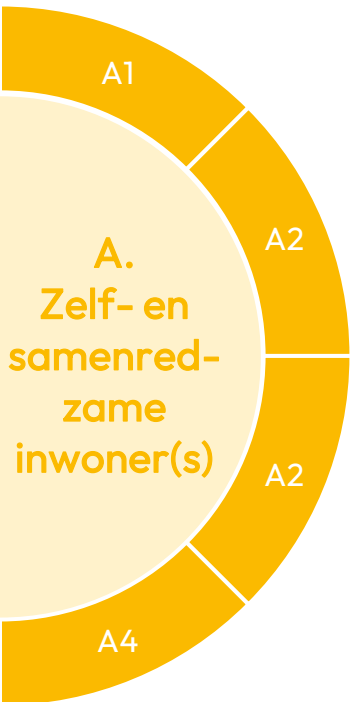
- A1 Bewustwording en normaliseren
- A2 Voorbereid ouder worden
- A3 Weerbaarheid
- A4 Gezond leven en preventie





# A | Zelf- en samenredzame inwoner(s)

**Doelstelling:** inwoners zijn duurzaam weerbaarder en beter in staat om een afweging te maken of vragen en problemen horen bij het leven, in het eigen netwerk kunnen worden opgelost of (in)formele hulp of ondersteuning<sup>▲</sup> nodig is. Het effect hiervan is dat inwoners met regie over het eigen leven zelf- en samenredzaam zijn.



## A1 Bewustwording en normaliseren

We zetten in op een bewustwordingscampagne, verstrekken communicatietools aan professionals, creëren een ondersteunende schoolomgeving en stimuleren zelfbeoordeling om goede keuzes te maken voor zelfzorg of professionele hulp. Deze instrumenten zijn gericht op het vergroten van het bewustzijn dat niet alle problemen professionele zorg vereisen. Hiermee versterken we de capaciteit van onze inwoners om op fysiek, mentaal en sociaal gebied zelf te kunnen handelen. Dit draagt bij aan een cultuur van zelf- en samenredzaamheid.

*Dit draagt bij aan een oplossing op uitdagingen: 1, 4, 6 en 8.*

## A2 Voorbereid ouder worden

Inwoners zijn beter voorbereid op het ouder worden, zodat ze weten wat er op hen afkomt en wat zij zelf kunnen doen om vitaal te blijven op fysiek, sociaal en mentaal gebied. We zetten in op proactieve zorgplanning<sup>▲</sup> waarbij o.a. wordt gekeken naar de inzet van (digitale) hulpmiddelen en begeleiding naar toekomstbestendig wonen. Dit realiseren we door eerder het gesprek te voeren over de komende levensfasen. Deze gesprekken worden gevoerd door getrainde professionals en integreren we met proactieve zorgplanning.

*Dit draagt bij aan een oplossing op uitdagingen: 1, 2, 4, 6 en 9.*

## A3 Weerbaarheid

In onze regio kunnen inwoners zelfstandig of met steun uit hun netwerk omgaan met tegenvallers of problemen in het (dagelijks) leven. Dit vraagt in verschillende levensfasen steeds wat anders. Bij ouderen zetten we in op reablement<sup>▲</sup>, gemeenschappen en een actieve levensstijl. Bij volwassenen gaat het over het voorkomen van fysieke, mentale en sociale problemen en het normaliseren hiervan. Voor (eenouder)gezinnen en voor jongeren zetten we in op het versterken van de mentale weerbaarheid, die doen we o.a. met speciale lessen op school.

*Dit draagt bij aan een oplossing op uitdagingen: 2, 3, 5 en 11.*

## A4 Gezond Leven en Preventie

We verbeteren de algehele gezondheid en welzijn van al onze inwoners door veelvoorkomende gezondheidsproblemen te verminderen, waarbij we factoren die deze problemen beïnvloeden erkennen (zoals alcoholgebruik). Ook zetten we in op kansrijke start, overgewicht bij kinderen, overgewicht bij volwassenen, welzijn op recept en valpreventie. Hier dragen we als Gezond Gooi ketenbreed aan bij. Zo beogen we de druk op de zorg te verminderen en een duurzaam gezonde gemeenschap te creëren waarin alle inwoners de middelen en ondersteuning hebben om een gezond leven te leiden.

*Dit draagt bij aan een oplossing op uitdagingen: 3, 4, 5 en 8.*



# Bewustwording en normaliseren

**Doel:** Bevorderen van begrip en acceptatie van een volledige spectrum van uitdagingen en ongemakken die horen bij het leven en het vergroten van bewustzijn dat niet alle gezondheidsproblemen professionele zorg vereisen.

## Subonderwerpen

### 1. Normaliseren van gedrag en problematiek

We stimuleren en erkennen dat verschillende tegenvallers en problemen op fysiek, mentaal en sociaal gebied bij het leven horen. We creëren een regionaal beeld op wat “normaal” is en richten ons op een breed begrip hiervan. We besteden hierin specifiek aandacht aan het feit dat deze tegenvallers en problemen niet altijd (met zorg) opgelost hoeven te worden. Hier trekken we gezamenlijk als regio in op. Concreet betekent dit dat we:

- Een bewustwordingscampagne starten in de regio met als kernthema het “normaal” maken van tegenvallers, problemen en gedrag  
Uitgangspunten kunnen mogelijk zijn:
  - "Het leven is een 7", waarbij we benadrukken dat uitdagingen een natuurlijk onderdeel van het leven zijn. Deze campagne kan mogelijk aansluiten op weerbaarheidsprogramma's op scholen (zie A3)
  - Het creëren van een realistisch beeld van hoe het is om puber te zijn
- Alle professionals in de regio voorzien van een ‘communicatie-toolbox’ gebaseerd op het concept van Positieve Gezondheid
- Op scholen een veilige en ondersteunende omgeving creëren door bepaalde stigma's of maatschappelijke normen te verminderen. Bijv. door te streven naar gemeenschappelijke oplossingen voor individuele behoeften (zie B2) door sociale en educatieve structuren te versterken

### 2. Vergroten van bewustzijn over zorgkeuzes

We willen inwoners bewust maken dat niet alle gezondheidsproblemen professionele zorg nodig hebben. Het is belangrijk dat je weet wanneer je naar een hulpverlener of huisarts moet en wanneer je zelf iets kunt doen of hulp kunt vragen aan vrienden, familie of je buurt. Het is ook cruciaal om het verschil te kennen tussen noodgevallen die direct medische hulp vereisen en situaties waarbij andere oplossingen mogelijk zijn. Dit betekent dat we:

- Inwoners actief betrekken bij hun eigen gezondheid, met kennis en vertrouwen om zelf te beoordelen wanneer ‘zelfzorg’ genoeg is en wanneer het tijd is om professionele hulp te zoeken. Dit stimuleert samenredzaamheid en inwoners die zelf verantwoordelijkheid nemen voor hun eigen gezondheid
- Zorg- en ondersteuningsprofessionals spelen een belangrijke rol bij het uitleggen van deze keuzes aan mensen/patiënten/cliënten op een eenduidig en consistente manier zonder betuttelend of belerend te zijn (zie ook E1)



## Doelgroep

1. Alle inwoners van de regio
2. Inwoners van de regio met zorgvragen en zorg- en ondersteuningsprofessionals



## Beoogde effect

- Een vergrote maatschappelijke acceptatie van uitdagingen en problemen
- Verminderen van (onnodige) medische interventies en vergroten van toegankelijkheid van zorg
- Verhoogde samenredzaamheid van inwoners
- Consistente benadering hoe zorg- en ondersteuning aangeboden en ontvangen worden.



## Randvoorwaarden

- Betrokkenheid van inwoners, ervaringsdeskundigen en professionals bij uitwerking en ontwerp van campagnes en programma's, zoveel mogelijk rekening houdend met diversiteit in de samenleving
- Flexibiliteit om aan te sluiten op landelijke / maatschappelijke campagnes
- Opleiding en training aan professionals in de gezondheidszorg, onderwijs en andere relevante sectoren

Bron: werkgroep Gezonde jeugd en Mentale gezondheid en integratiedagen



Inleiding

Uitdagingen

Perspectief van inwoners

Transformaties

Vervolgopgaven & Monitoring

Randvoorwaarden

Bijlage

# Voorbereid ouder worden

**Doel:** Inwoners voorbereiden op bewust ouder worden en hen in staat stellen om zelf of samen de regie te houden over hun leven en omgeving.

## Subonderwerpen

### 1. Continuerend gesprek over de komende levensfasen voor inwoners rondom de pensioenleeftijd

We willen het bewustzijn rond ouder worden en ouder zijn te vergroten en de benodigde voorbereidingen die hierbij komen kijken, met speciale nadruk op preventie, vaardigheden en planning. We informeren ouderen en hun naasten over het omgaan met toekomstige behoefte voor zorg en ondersteuning, het opbouwen van een informeel ondersteuningsnetwerk en het inschakelen van professionele hulp indien nodig. Vooral kwetsbare ouderen krijgen speciale aandacht, via persoonlijke gesprekken, eigen initiatief of e-learning platforms. Dit betekent onder andere dat:

- Zorgprofessionals worden getraind om een meer coachende rol aan te nemen, waarbij ze de zorgbehoeften en -voorkeuren verkennen (zie E1. Behoud en ontwikkeling van personeel)
- Implementeren van gespreksmethoden om dialoog over levensfasen te stimuleren, bijv. met vragenlijsten of specifieke vragen
- Bespreken en aanmoedigen van de overgang naar levensbestendig woningen om zelfstandig te kunnen blijven wonen en de afhankelijkheid van zorg te verminderen. Dit doen we o.a. door samenwonen en woningdelen onder ouderen te stimuleren, hierbij betrekken we woningcorporaties t.b.v. expertisedeling

### 2. Ondersteuning en zelfregie<sup>▲</sup>

We bieden continue ondersteuning, inclusief digitale middelen, zodat inwoners hun eigen regie behouden en geïnformeerde keuzes kunnen maken over ouder worden. We begeleiden inwoners actief in het proces van het plannen van hun toekomstige woonomgeving en de betrokkenheid van mantelzorgers. We richten ons onder andere op:

- Overzicht geven van beschikbare programma's, zoals valpreventie en artrose netwerken
- Duidelijk maken voor ouderen wie ze kunnen inschakelen bij bepaalde (zorg)vragen, zowel formeel als informeel

### 3. Integreeren van proactieve zorgplanning (PZP) in het gesprek over levensfasen en zorgaanbod

We betrekken ouderen actief in hun (toekomstige) zorg en ondersteuning door vroeg PZP te integreren in het gesprek over ouder worden. Dit beleid anticipeert op toekomstige zorg en bevordert de samenwerking tussen zorgverleners, vooral bij ouderen met dementie. De nadruk ligt op de-medicaliseren<sup>▲</sup>. Ouderen worden geholpen geïnformeerd beslissingen te maken, waardoor de kwaliteit van zorg en leven verbetert en stress vermindert. Hierbij durven we ook het gesprek te voeren over het laatste levensjaar en levenseinde. Dit doen we o.a. door het creëren van directe communicatiekanalen tussen professionals uit diverse sectoren, afgestemd op specifieke situaties. Een typisch samenwerkingsverband is bijv. een 'driehoeksoverleg' met vertegenwoordigers van het buurtteam, de huisarts en VVT, die zich richten op zowel informele uitwisselingen rond casuïstiek als organisatie-uitdagingen.

PZP is ook van meerwaarde binnen de Acute Zorg, o.a. in het kunnen raadplegen en delen van deze gegevens.



## Doelgroep

Alle inwoners van 50 jaar en ouder, inclusief diegenen zonder directe hulp- of zorgbehoefte



## Beoogde effect

- Versterkt de zelf- en samenredzaamheid
- Betere voorbereiding op volgende levensfase
- Betere ondersteuning bij besluitvorming over woonwensen en mantelzorg
- Inwoners hebben een sterker gevoel van regie over het eigen leven
- Versterking van het netwerk
- Afname zorgvraag, incl. acute en langdurige zorg
- Afname van zorgkosten



## Randvoorwaarden

- Aansluiten bij principes uit het WOZO
- Uitdragen van een gezamenlijke visie over positieve gezondheid, normalisatie en het ouder worden door alle partijen in zorg- en welzijn (bijv. boekenlegger)
- Maatschappelijke bewustwording en normalisatie (zie A1)
- Samenwerking welzijn en zorg met passende financiering
- Communicatie- en gegevensuitwisselingssysteem voor alle betrokkenen rondom inwoner, rekening houdend met wettelijke vereisten
- Betrokkenheid en samenwerking woningbouw

Bron: werkgroep Gezond ouder worden (zie visieplaat in bijlage 6) en Acute zorg



Inleiding

Uitdagingen

Perspectief van  
inwoners

Transformaties

Vervolgopgaven &  
Monitoring

Randvoorwaarden

Bijlage

# Weerbaarheid

**Doel:** Een vergrootte mentale, sociale en fysieke weerbaarheid van inwoners, zodat ze zelfstandig (en indien nodig met behulp van hun netwerk of professionele steun) beter met de uitdagingen van het leven om kunnen gaan

## Subonderwerpen

### 1. Bevorderen van weerbaarheid ouderen

We zetten in op het versterken van de weerbaarheid van ouderen, met speciale aandacht voor behoud van functies<sup>▲</sup>. Dit omvat niet alleen een continu gesprek over goed voorbereid ouder worden (zie A2), maar ook het aanmoedigen van een actieve levensstijl, reablement om zelfstandig functioneren te ondersteunen op fysiek, mentaal en sociaal gebied, en sterke gemeenschappen. Dit doen we o.a. door:

- Het bevorderen van vrijwilligerswerk en gezamenlijkheid, waarbij de nadruk ligt op het plezier van samen bewegen en koken. Dit bevordert ontmoetingen en verhoogt de kwaliteit van leven
- Het faciliteren van "levenservaring hubs", dynamische ontmoetings- en adviescentra waar ouderen samenkomen voor dialoog, ondersteuning en het delen van levensadviezen

### 2. Bevorderen van weerbaarheid volwassenen

We focussen op de mentale weerbaarheid van volwassenen en erkennen dat het leven niet altijd perfect of maakbaar is. We normaliseren de ups en downs die iedereen ervaart. We richten ons op het voorkomen van burn-outs door het aanleren van effectieve coping mechanismen, zodat volwassenen zich staande kunnen houden. Dit draagt bij aan een gezonder, gelukkiger leven en een sterkere gemeenschap. Dit doen we o.a. door het oprichten van laagdrempelige zelfregie steunpunten, en het inzetten op zelfhulpmodules.

### 3. Bevorderen van weerbaarheid ouders met een gezin

We focussen op het verhogen van de weerbaarheid van ouders. Hierbij staat het normaliseren van hulpvragen van ouders over opvoeden en gedrag van hun kinderen centraal. Daarnaast focussen we op eenoudergezinnen en gezinnen waarvan een of beide ouders kampen met psychische uitdagingen. *De aanpak voor deze doelgroep dient verder uitgewerkt te worden.*

### 4. Bevorderen van weerbaarheid jeugd en jongeren

We willen de mentale weerbaarheid van kinderen en jongeren versterken door programma's die aansluiten bij hun leer- en leefomgeving, waaronder scholen en sport- en cultuurclubs. We zetten in op het uitrusten van jongeren met de kennis en vaardigheden om met uitdagingen in het leven om te gaan. We maken hierbij gebruik van bestaande landelijke initiatieven (zoals [@ease](#)). Dit doen we o.a. door:

- Het opzetten van een regio-breed weerbaarheidsprogramma op scholen. In dit programma wordt er gefocust op stressmanagement en aandacht voor stigma's en maatschappelijke normen
- Samenwerken op scholen, sportclubs en culturele organisaties om zo de weerbaarheid verder te bevorderen

## Doelgroep

1. Ouderen, 2. Psychisch kwetsbare volwassenen, 3. (Eenouder), 4. Jeugd en jongeren (5-18 jaar)

## Beoogde effect

- Vergroten van kennis en vaardigheden van inwoners om met uitdagingen in het leven om te gaan
- Verminderen van (onnodige) medische interventies

## Randvoorwaarden

- Scholen ondersteunen met de middelen en trainingen die nodig zijn om deze programma's effectief te implementeren

Bron: werkgroep Gezond ouder worden, Gezonde jeugd en integratiedagen



Inleiding

Uitdagingen

Perspectief van  
inwoners

Transformaties

Vervolgopgaven &  
Monitoring

Randvoorwaarden

Bijlage

# Gezond leven en preventie

**Doel:** De algehele gezondheid en welzijn van de inwoners verbeteren. Dit doen we door het verminderen van veelvoorkomende gezondheidsproblemen, het versterken van de gezondheidsbewustzijn en leefstijlkeuzes van inwoners, en het bevorderen van een geïntegreerde en samenhangende zorg- en ondersteuning. Door deze aanpak streven we ernaar de druk op de gezondheidszorg te verminderen en een duurzaam gezonde gemeenschap te creëren waarin alle inwoners de middelen en ondersteuning hebben om een gezond leven te leiden.

## Subonderwerpen

### 1. Actief verminderen van veelvoorkomende gezondheidsklachten

In de regio zetten we in op het verminderen van veelvoorkomende psychische problemen en gezondheidsklachten, met aandacht voor kwetsbare groepen en inwoners met een lage SES. We hebben ook aandacht voor andere groepen, zoals inwoners met een hogere SES, die kampen met stress, prestatiedruk, hoog middelengebruik, overconsumptie en/of sociale vraagstukken. Een gezonde leefstijl is een cruciale factor hierin, niet alleen voor preventie maar ook als onderdeel van de behandeling. Het principe van natuurlijke beweging, geïnspireerd door de 'blue zones'▲, is hierbij het uitgangspunt. We versterken de huidige aanpak o.a. door:

- Het bieden van training en informatie aan inwoners (incl. specifiek gericht op gezinnen) en zorgprofessionals over het belang van gezonde voeding, beweging, verantwoord middelengebruik en mentale weerbaarheid
- Het versterken van de rol van scholen om problemen te voorkomen of op te vangen, incl. de uitbreiding van de gezonde schoolaanpak
- Het inrichten van en/of voortbouwen op leefstijlloketten of -punten die centrale toegang bieden tot advies en (bestaande) gezondheidsinitiatieven (bijv. in het ziekenhuis). Dit dient in samenhang met het centrale wijknetwerk▲ geconcretiseerd te worden

### 2. Vervolg van implementatie van de integrale ketenaanpakken▲ – zie bijlage 3 voor concept werkagenda

- Kansrijke start: ieder kind verdient de best mogelijke start van hun leven. Omdat ouders hier een cruciale rol in spelen, zet deze aanpak in op betere ondersteuning van ouders in kwetsbare situaties
- Welzijn op Recept: voor het bevorderen van gezondheid en welbevinden bij onze inwoners, faciliteert een welzijnscoach de begeleiding naar en ondersteuning bij het vinden van passende welzijnsactiviteiten
- Valpreventie: de ketenaanpak is gericht op thuiswonende ouderen van 65 jaar of ouder, met een verhoogd valrisico. Onderdelen van de aanpak zijn: opsporen valrisico, screenen valrisico's, beweeginterventies en verwijzen naar structureel beweegaanbod
- Overgewicht bij volwassenen: integrale aanpak met meerdere hulpverleners waarin overgewicht bij volwassenen wordt aangepakt, met aandacht voor een medicatie-check. Hiervoor kan gebruik gemaakt worden van gecombineerde leefstijlinterventies
- Overgewicht en obesitas bij kinderen: door meerdere hulpverleners wordt er gekeken naar de leefstijl én kenmerken van het kind, gezin en omgeving

### 3. Versterken van de regionale preventie-infrastructuur

Binnen Gezond Gooi wordt preventie op bestuurlijk niveau geborgd, omdat alle betrokken organisatie een verantwoordelijkheid hebben op het gebied van preventie. De tactische en operationele uitvoering van preventie ligt in de wijken, daarom ligt het voor de hand een koppeling te maken met het centrale wijknetwerk. Hoe deze koppeling er precies uit komt te zien moet nader worden uitgewerkt.



## Doelgroep

Inwoners van de regio, met aandacht voor kwetsbare groepen en inwoners met een lage SES, maar ook inwoners met een hogere SES.



## Beoogde effect

- Lange termijn gezondheidswinst door inzet op achterliggende maatschappelijke problemen zoals armoede en kansenongelijkheid
- Verhoogde toegankelijkheid en effectiviteit van gezondheidsinterventies voor kwetsbare groepen
- Verhoging van de gemeenschapskracht en steun onderling
- Versterkte vitaliteit, welzijn en gezondheid van inwoners
- Betere samenwerking en integratie tussen zorg- en sociaal domein
- Als resultaat verlaagt op de lange termijn de zorgvraag



## Randvoorwaarden

- Aansluiten bij de principes uit het GALA
- Actieve samenwerking en betrokkenheid van alle ketenpartners
- Inrichten van een informatiesysteem voor communicatie over verschillende domeinen (zie E3.B)
- Inzicht in bestaand aanbod voor inwoners en professionals (E3. A)
- Communicatie- en opleidingsplan
- Inclusie van inwoners en lokale gemeenschappen
- Ontwikkeling van een monitorings- en evaluatiesysteem

Bron: werkgroep Gezond leven en Preventie, incl. trekkers ketenaanpakken



Inleiding

Uitdagingen

Perspectief van inwoners

Transformaties

Vervolgopgaven & Monitoring

Randvoorwaarden

Bijlage



# Krachtige gemeenschap

**B1** Community building

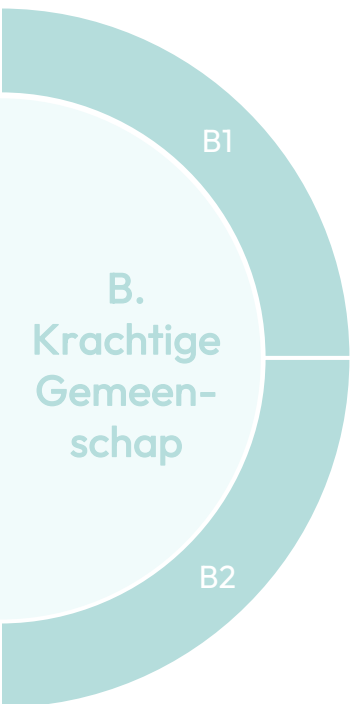
**B2** Passende en gezonde woon- en leefomgeving

B



# B | Krachtige gemeenschap

**Doelstelling:** de regio kenmerkt zich door sterke gemeenschappen en een leefomgeving die gezond gedrag stimuleert. Inwoners ervaren dat de gemeenschap hen kan ondersteunen bij hulpvragen, doordat zij terug kunnen vallen op ondersteuning van en door gelijkgestemden<sup>▲</sup> en een sterke community. Dit is ingebed in de werkwijze van professionals, zodat zij inwoners hierin kunnen begeleiden wanneer dat nodig is.



B1

## Community Building (gemeenschapsopbouw\*)

We faciliteren en stimuleren de (door)ontwikkeling van sterke en inclusieve gemeenschappen. Hierbij bevorderen we als regio het omzien naar elkaar en versterken we de solidariteit in wijken en dorpen. Dit omvat het waarderen van de veelkleurigheid van onze samenleving en het accepteren van mensen zoals ze zijn, met aandacht voor kwetsbaren en hen die anders zijn. We bevorderen nabuurschap en de kracht van lokale gemeenschappen. We verbinden inwoners met elkaar, ook tijdens het wachten op professionele ondersteuning, zodat zij elkaar kunnen ondersteunen.

*Dit draagt in zekere mate bij aan een oplossing op uitdaging 1, 2, 4, 5, 9, 11, 13*

B2

## Passende en gezonde woon- en leefomgeving

Onze regio bevordert een gezonde woon- en leefomgeving met positieve gezondheid als centraal uitgangspunt. We stimuleren inwoners om gezond te leven en ondersteunen hen daarbij, waarbij de omgeving uitnodigt tot ontmoeting, beweging en gezonde keuzes. Hiervoor richten we een regionaal netwerk van experts op dat adviseert bij het (her)inrichten van de openbare ruimte. Hierbij wordt aangesloten op netwerken die er al zijn en wordt waar van toepassing aangesloten bij het GALA en WOZO. Ook streven we naar een landelijk beleid dat de gezondheid van inwoners actief beschermt en bevordert, door bijv. lobby te voeren op invoering van een suikertaks en ontmoediging van alcoholgebruik.

*Dit draagt in zekere mate bij aan een oplossing op uitdaging 1, 2, 4, 5, 8, 9, 11*



# Community building

**Doel:** Het creëren van sterke gemeenschappen met betrokken inwoners in solidaire wijken en dorpen door het bevorderen van community building. We leggen de focus op het versterken van nabuurschap, het stimuleren van onderlinge hulp en het bieden van ondersteuning voor mensen op de wachtlijst

## Subonderwerpen

### 1. Bewustwording nabuurschap

We versterken de lokale gemeenschappen bij het stimuleren van onderlinge betrokkenheid. Het omvat het creëren van een gedeeld begrip dat alledaagse uitdagingen en het streven naar welzijn een gezamenlijke verantwoordelijkheid zijn. Dit omvat onder anderen:

- Opzetten van een transitie-arena met goede voorbeelden, waarin betrokken partijen samenkomen om de dialoog aan te gaan en samenwerking en innovatie te faciliteren
- Partnerschappen met scholen voor de integratie van maatschappelijke stages, gericht op het stimuleren van jongeren om actief deel te nemen aan de gemeenschap
- Inzet van lokale media, zoals Gooi-tv en digitale schermen in wachtkamers, voor het delen van goede voorbeelden
- Ontwikkelen van specifieke content en campagnes om bewustwording te creëren over de voordelen van community building

### 2. Versterken van sociale netwerken en actief bevorderen van verbindingen tussen inwoners

We stimuleren dat wederzijdse betrokkenheid leidt tot het versterken van lokale gemeenschappen. Het betekent het creëren van een gezamenlijk begrip dat het omgaan met alledaagse uitdagingen en het streven naar welzijn een gezamenlijke verantwoordelijkheid zijn. Mogelijke acties zijn:

- Versterken van mantelzorgondersteuning in de wijk
- Lokale focusgebieden identificeren en (door)ontwikkelen waarbij we inwoners aan elkaar verbinden en aandacht hebben voor onderwerpen als natuurlijk bewegen, verstandige voeding en zingeving
- Opzetten van digitale platforms voor buurtbewoners om hulpvragen en -aanbod te delen, zoals een buurtapp (zie E3.A)
- Actieve promotie van samenwonen en woningdelen, met ondersteuning van initiatieven zoals “Austerlitz zorgt”, “Live-inn”, en “Knarrenhof”, wat mantelondersteuning stimuleert

### 3. Actieve, ondersteunend lotgenotencontact voor mensen op de wachtlijst

We willen mensen op de wachtlijst beter ondersteunen. Bijv. door het bieden van ondersteuning tijdens het wachten en het organiseren van lotgenotencontact voor mensen op wachtlijsten om ervaringen te delen en onderlinge steun te bieden. Dit versterkt de betrokkenheid van de gemeenschap. Bovendien willen we inwoners koppelen aan (in)formele zorg binnen toegankelijke zelfregiecentra.



## Doelgroep

Alle inwoners van de regio Gooi en Vechtstreek, inclusief diegenen zonder directe hulp- of zorgbehoefte



## Beoogde effect

- Verlagen van eenzaamheid onder inwoners
- Eerder signaleren van problemen, zoals mentale problematiek en bestaansonzekerheid, wat ook bijdraagt aan het voorkomen van escalatie
- Toename zingeving, mede door vrijwilligerswerk
- Verlagen beroep op zorg en ondersteuning door opvang kleine klachten in gemeenschap



## Randvoorwaarden

- Inwonerparticipatie is onderdeel van de plannen
- Gezamenlijke visie over community building en maatschappelijke bewustwording
- Samenwerking tussen welzijns- en zorgorganisaties ondersteund door passende financiering
- Duurzame en lange termijn financiering
- Integratie in lokale beleidskaders en plannen
- Monitoring en evaluatie van de impact en effectiviteit
- Bij opstellen KPIs: erkenning van langetermijnresultaten

Bron: werkgroep Gezond leven en Preventie en Mentale gezondheid



Inleiding

Uitdagingen

Perspectief van inwoners

Transformaties

Vervolgopgaven & Monitoring

Randvoorwaarden

Bijlage

# Passende en gezonde woon- en leefomgeving\*

**Doel:** het bevorderen van een gezonde woon- en leefomgeving door een regionaal netwerk van experts in te richten dat adviseert bij het (her)inrichten van de openbare ruimte. Hierbij wordt aangesloten op netwerken die er al zijn en er wordt, waar van toepassing, aangesloten bij het GALA en WOZO.

## Subonderwerpen

### 1. Gezondheid zichtbaar meenemen in de ruimtelijke plannen binnen de regio

We zetten erop in dat gezondheid centraal staat in de ruimtelijke plannen binnen de regio, hier attenderen we de verantwoordelijken voor ruimtelijke ordening op via een regionaal netwerk van experts. Dit omvat o.a.:

- Adviseren op bestaande ruimtelijke ordeningsplannen over gezondheid
- Bevorderen van samenwerking tussen woningcorporaties en het zorgdomein, dit bevordert ook de kennisdeling. De principes van positieve gezondheid staan hierin centraal
- Oproepen om gezondheidseffecten en gezondheidseffectrapportages onderdeel te maken van ruimtelijke ordening

### 2. Gezonde en groene ontmoetingsplekken met sociale interactie

We streven naar gezonde gemeenschappen in een gezondere en meer welzijnsgerichte leefomgeving waar positieve gezondheid centraal staat. We willen, met inbreng uit verschillende leeftijdsgroepen, groenvoorzieningen toevoegen, sociale interactie stimuleren en mobiliteit bevorderen. Ideeën die genoemd zijn om dit te realiseren zijn:

- Creëren van bruisende ontmoetingsplaatsen voor jongeren, met aandacht voor de volgende vier aspecten (afkomstig van de blue zones): natuurlijk bewegen, verstandige voeding, zingeving en verbinding
- 10 straten van ongezonde wijken selecteren voor vergroening en voorzien van ontmoetingsplekken
- De inwoners verantwoordelijkheid geven om een groene straat te creëren die aansluit bij hun behoeften geïnspireerd door '12 straten groen met Anita Witzier'
- Fietsers en voetgangers prioriteit geven in ruimtelijke plannen, gebruik van auto beperken of ontmoedigen

### 3. Beschermen van de gezondheid van inwoners d.m.v. landelijke randvoorwaarden

We streven naar een beleidskader op landelijk niveau dat de gezondheid van onze inwoners actief beschermt en bevordert, met maatregelen die gezondheid beschermen en stimuleren. Denk aan groente BTW vrij, invoering suikertaks, bevorderen van toegang tot sport en ontmoediging van alcoholgebruik.

\*Met het regioplan wordt uitgegaan van en aangesloten op bestaande structuren rondom ruimtelijke ordening



## Doelgroep

Alle inwoners, ook zonder hulp- of zorgbehoefte



## Beoogde effect

- Preventie van zorg als het aanbod helder is
- Bewustwording van elkaars behoefte
- Bevorderen van sociale interactie, sociale verbinding en welzijn door het voorzien van ontmoetingsplekken voor meerdere doelgroepen



## Randvoorwaarden

- Aansluiten bij de principes uit het GALA en WOZO
- Betrek ruimtelijke ordeningsexperts en GGD bij leefomgevingsplan
- Verwachtingen en de-medicaliseren als onderdeel opnemen in de regio-brede communicatie aan inwoners
- Beschermen van inwonersgezondheid vereist inspanning vanwege politieke lobby voor landelijke randvoorwaarden
- Regionaal kader o.b.v. positieve gezondheid essentieel voor identificeren van regionale behoeften en prioriteiten

Bron: werkgroep Gezond leven en Preventie



Inleiding

Uitdagingen

Perspectief van inwoners

Transformaties

Vervolgopgaven & Monitoring

Randvoorwaarden

Bijlage

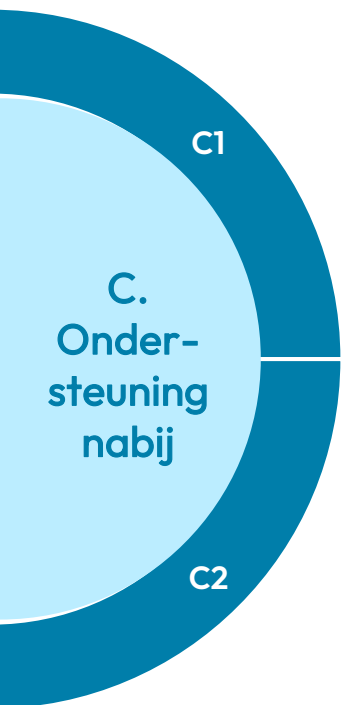
# Ondersteuning nabij

- C1 Wijkgericht werken
- C2 Aanvullende expertisenetwerken



# C | Ondersteuning nabij

**Doelstelling:** door een sterk en samenhangend netwerk in de wijk met aanvullende expertise waar nodig, streven we naar een passende, nabije en zoveel mogelijk informele oplossingen voor inwoners met een hulpvraag. Dit draagt bij aan het voorkomen van onnodige verwijzing naar institutionele zorg. Zo houden we zorg toegankelijk voor mensen die dat echt nodig hebben



C1

## Wijkgericht werken

In iedere wijk streven we naar het versterken van de onderlinge samenhang en multidisciplinaire wijkzorg waarbij de verbinding tussen informele en formele zorg, en tussen O<sup>de</sup>▲ en 1<sup>e</sup> lijn centraal staan. Het netwerk werkt samen rondom individuele zorg en ondersteuning vanuit een gemeenschappelijke overtuiging, en gedeelde taal en werkwijze. Er is uitgebreide kennis en overzicht van het formele en informele preventie, welzijns- en zorgaanbod. In eerste instantie wordt met wijkgericht werken de druk op het gemeentelijk aanbod vergroot. Het doel van deze oplossingsrichting is het zelfoplossend vermogen van de wijk en inwoners te vergroten, zodat er (op langere termijn) minder gebruik gemaakt wordt van zorg en ondersteuning buiten de wijk. Hierin wordt voorgebouwd op wat er al is (bijv. in gemeenten en bij verschillende organisaties). Het wijknetwerk wordt versterkt met aanvullende regionale expertisenetwerken (zie C2).

*Dit draagt in zekere mate bij aan een oplossing op uitdaging 1, 2, 4, 5, 9, 11, 13*

C2

## Aanvullende expertisenetwerken

Naast een algemeen netwerk op wijkniveau, is het van belang dat inwoners met meer specifieke of specialistische vragen ook passend worden geholpen. Dit houdt in dat aanvullende kennis of expertise regionaal passend ingericht moet worden. Dat kan van wijk- (bijv. bij consultatiebureaus) tot regionaal niveau (bijv. voor de EPA-doelgroep). Deze kennis is vaak al aanwezig bij individuele aanbieders, en het is hierbij dus essentieel om beter inzicht te creëren en hier gebruik van te maken. Door vanuit een regionale visie samen te werken, worden inwoners bij gelijke hulpvragen op dezelfde wijze geholpen. We bouwen voort op bestaande netwerken of vormen nieuwe, domein overstijgende samenwerkingen.

*Dit draagt in zekere mate bij aan een oplossing op uitdaging 3, 4, 5, 7, 10, 11, 12, 13*





# Wijkgericht werken

**Doel:** in iedere wijk is een krachtig en samenhangend wijknetwerk vormgegeven om samen met iedere inwoner een passend antwoord te vinden op hulpvragen. Het wijknetwerk heeft uitgebreide kennis en overzicht van het formele en informele preventie-, welzijns- en zorgaanbod in de wijk en werkt vanuit eenzelfde taal en werkwijze. Hierdoor kan het ontstaan van ziektes en onnodig gebruik van zorg en ondersteuning worden voorkomen

## Subonderwerpen

### 1. Concept en uitgangspunten regionaal uitwerken

In iedere wijk zetten we ons in voor een multidisciplinaire en samenhangende aanpak door informele en formele zorg en ondersteuning. Dit organiseren we in een wijknetwerk. Het netwerk werkt samen vanuit een gedeelde taal en werkwijze en heeft uitgebreide kennis en overzicht van de formele en informele preventie-, welzijns- en zorgaanbod in de wijk. Dit concept en de bijbehorende uitgangspunten moeten in de regio verder worden uitgewerkt en vastgesteld door een nieuw te vormen coalitie van experts. Deze coalitie is nader vorm te geven en ook de betrokken (in)formele professionals zijn nader vast te stellen. Denk bijv. aan het buurtteam, huisarts/POH en wijkverpleegkundige, maar ook informele hulpaanbieders, community builders, gemeenten, zorgverzekeraars en andere aanbieders uit het sociaal domein kunnen hier een rol in spelen. Een aantal uitgangspunten kunnen hierbij worden meegegeven bij deze verdere uitwerking:

- Het wijknetwerk vormt de plek voor hulpvragen op het gebied van gezond leven, ouder worden, zorg en ondersteuning wanneer de inwoner hier zelf of met het netwerk niet uit komt
- In het netwerk werken sociaal professionals, eerstelijns<sup>▲</sup> professionals (bijv. huisartsen, paramedici, apothekers) en wijkverpleegkundigen op een nader te bepalen wijze nauw samen met informele hulp en buurtinitiatieven om een alles omvattende benadering van gezondheid en welzijn te bieden vanuit een gezamenlijk taal en werkwijze
- Het wijknetwerk heeft overzicht van de mogelijkheden in de wijk en borgt samenhang tussen het formele en informele, medische en niet-medische aanbod. Er wordt hierdoor in sterkere mate gebruik gemaakt van het informele aanbod en buurtinitiatieven (incl. sport, dieetadvies en financiële ondersteuning)
- Het wijknetwerk kan een overlegpunt voor professionals bevatten voor uitwisseling van expertise en om knelpunten te signaleren
- Voor gerichte en/of complexere vragen van specifieke doelgroepen wordt samengewerkt met expertisenetwerken (zie C2)
- De precieze inrichting van het netwerk kan en mag per wijk verschillen om goed aan te sluiten op de lokale dynamiek, regionaal worden een visie en uitgangspunten opgesteld, o.a. met het oog op vergelijkbare werkwijzen, het faciliteren van de wijknetwerken (bijv. in kader van financiering) en het efficiënte organisatie

### 2. Lokale toepassing en continue verbetering

- Door middel van bestaande initiatieven in enkele voorlopende wijken wordt het concept getest en verbeterd
- Een multidisciplinair team per wijk geeft lokaal verdere invulling aan het wijkgericht werken vanuit de regionale visie en uitgangspunten. Hierbij wordt er nadrukkelijk gekeken naar de mogelijkheden om: te versterken wat er al is; en toe te voegen wat nodig is
- In de voorloperwijken worden de effecten gemonitord en wordt er continu van elkaar geleerd



## Doelgroep

Alle inwoners in een wijk (jeugd, volwassenen en ouderen)



## Beoogde effect

- Verlagen van het zorggebruik: niet-medische hulvragen worden uit de institutionele zorg gehouden
- Betere benutting van het (in)formele potentieel in de wijk
- Hogere ervaren kwaliteit van leven door inwoners
- Lagere gezondheidskosten
- Lokale successen worden regionaal uitgewisseld om tot optimale netwerken te komen



## Randvoorwaarden

- Het netwerk wordt gefaciliteerd om wijkgericht te werken (bijv. juiste mandaat en financiering) en zijn opgeleid in het voeren van het 'andere gesprek'
- Er wordt per wijk goed nagedacht hoe alle mensen het netwerk weten te vinden
- Inzicht in welke zorg, ondersteuning en zelfhulp er al is in de wijk
- Gegevensuitwisseling of een gezamenlijk dossier voor hen die betrokken zijn bij het wijknetwerk

Bron: werkgroep Gezonde jeugd en Gezond ouder worden



Inleiding

Uitdagingen

Perspectief van inwoners

Transformaties

Vervolgopgaven & Monitoring

Randvoorwaarden

Bijlage

# Aanvullende expertisenetwerken

**Doel:** Dit punt wordt ondersteund door regionale expertiseteams die specifieke hulpvragen van inwoners kunnen adresseren en bijdragen aan een meer efficiënte en effectieve ondersteuning en samenwerking binnen de wijk.

## Subonderwerpen

De verwachting is dat veel hulpvragen kunnen worden ondervangen in het wijknetwerk. Echter vragen sommige specifieke en/of complexere hulp- of zorgvragen aanvullende expertise. Welke aanvullende expertisenetwerken nodig zijn en welke schaal/vorm het meest passend is, dient nader onderzocht te worden. Dit hangt nauw samen met een landelijke dekking van laagdrempelige steunpunten.

Welke aanvullende expertisenetwerken nodig zijn dient nader bepaald te worden (zie ook opgave 5). Voorbeelden van aanvullende expertise netwerken zijn:

- Ketenaanpak welzijn op recept
- Technische thuiszorg
- Sterke consultatiebureaus
- Het medisch coördinatie centrum
- Netwerk het Jonge Kind
- Een expertisenetwerk voor geboortezorg
- Integrale samenwerking ouderenzorg (IMOZ)
- Autisme-netwerk
- Netwerk voor niet-aangeboren hersenletsel
- Voor de ggz doelgroep kan ingezet worden op herstelnetwerken, maar ook het MGC, VG en aanpak voor de EPA-doelgroep:
  - Opzetten van Mentale Gezondheidscentra (MGC)<sup>▲</sup> – zie bijlage 4a
  - Uitwerken van Verkennend Gesprek (VG)<sup>▲</sup> – zie bijlage 4b
  - Opzetten van integrale zorg en ondersteuning voor EPA-groep – zie bijlage 4c



## Doelgroep

Afhankelijk het expertisenetwerk, doelgroepen worden nader per netwerk bepaald (zie bijlage)



## Beoogde effect

- Betere benutting van de integrale expertise in de regio
- Niet medische hulpvragen uit de institutionele zorg houden
- Leren van elkaar
- Hogere ervaren kwaliteit van leven door inwoners
- Lagere gezondheidskosten



## Randvoorwaarden

- Financiering is faciliterend aan het behalen van de doelen en sluit aan bij de verantwoordelijkheden
- Professionals zijn geëquipeerd in het samenwerken in of met het netwerk (bijv. opleiding in het voeren van het VG, zelfde taal en werkwijze, digitale ondersteuning)
- Passende gegevensuitwisseling

Bron: werkgroep Gezonde jeugd en Gezond ouder worden



Inleiding

Uitdagingen

Perspectief van  
inwoners

Transformaties

Vervolgopgaven &  
Monitoring

Randvoorwaarden

Bijlage

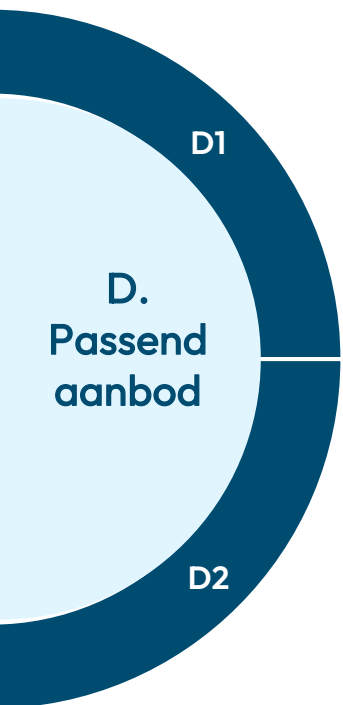
# Passend aanbod

- D1** Juiste zorg en ondersteuning
- D2** Afstemming en samenwerking in de keten



# D | Passend aanbod

**Doelstelling:** het aanbod van zorg en ondersteuning is op elkaar afgestemd en toegankelijk voor de inwoner



## D1 Juiste zorg en ondersteuning

We willen de kwaliteit en toegankelijkheid van zorg en ondersteuning in de keten behouden. Daarom zetten we ons gezamenlijk in om passende zorg en ondersteuning te realiseren. Met een gemeenschappelijke overtuiging en taal willen we het huidig aanbod in zorg en ondersteuning en onze werkwijze en patronen evalueren en analyseren wat wel en niet helpend is vanuit elkaars perspectief. We zetten ons in om te stoppen met onnodige medische onderzoeken of ingrepen door alleen de zorg en ondersteuning te bieden die echt effect heeft, passend bij het gedachtegoed van positieve gezondheid. Dit vraagt om een grote transformatie en gedegen analyse van de huidige situatie om te begrijpen wat er nodig is, zodat we het aanbod van de nulde t/m de derdelijn<sup>▲</sup> zowel per organisatie/sector als integraal kunnen verbeteren. Op deze manier verminderen we de druk op de gezondheidszorg en creëren we ruimte voor de mensen die het écht nodig hebben.  
*Dit draagt in zekere mate bij aan een oplossing op uitdaging 11, 12, 13, 14*

## D2 Afstemming en samenwerking in de keten

Door juiste afstemming, samenwerking en coördinatie in de keten gaan we efficiënt om met de beschikbare capaciteit in de regio. Door naar een of meerdere specifieke doelgroepen te kijken, bijv. in de acute zorg, ouderenzorg, geestelijke gezondheidszorg (ggz), medisch-specialistische zorg en/of jeugdzorg, maken we voor deze doelgroep werkafspraken om verwijzen, doorstroom en samenwerking met het wijknetwerk (indien nodig) te optimaliseren. Verder is er een sterke behoefte aan coördinatie met actueel inzicht in het zorg- en ondersteuningsaanbod.

*Dit draagt in zekere mate bij aan een oplossing op uitdaging 10, 11, 12, 13, 14*



# Juiste zorg en ondersteuning

**Doel:** We willen het huidig aanbod in zorg en ondersteuning en onze werkwijze en patronen evalueren en analyseren wat wel en niet helpend is vanuit elkaars perspectief. We zetten ons in om te stoppen met onnodige medische onderzoeken of ingrepen door alleen de zorg en ondersteuning te bieden die bijdraagt aan de kwaliteit van leven, passend bij het gedachtegoed van positieve gezondheid. Op deze manier verminderen we de druk op de gezondheidszorg en creëren we ruimte voor de mensen die het écht nodig hebben.

## Toelichting

We willen de kwaliteit en toegankelijkheid van zorg en ondersteuning ook in de toekomst waarborgen. Daarom zetten we ons gezamenlijk in voor passende zorg en ondersteuning. We creëren inzicht (samen met inwoners, professionals en met behulp van een gedegen analyse) in de belemmeringen in patronen en werkwijzen in het huidige systeem en starten verbetertrajecten. We versterken de juiste zorg en ondersteuning wanneer dat nodig is (binnen de kaders wat mogelijk is). Op deze manier verminderen we de druk op de gezondheidszorg en creëren we ruimte voor de mensen die het écht nodig hebben.

### 1. Verbetertrajecten door inzicht te creëren

- We creëren een (collectief) inzicht over onderliggende patronen die de keten beïnvloeden. Zowel door het gesprek met elkaar aan te gaan als door te leren van ervaringen uit het verleden. Dit doen we met aanbieders, inwoners en professionals. Hierbij staan enkele vragen centraal:
  - Wat zijn onze belangrijkste doelgroepen? Waar is het grootste effect te verwachten met een relatief lage inspanning?
  - Welke zorg en ondersteuning is helpend en welke niet?
  - Welke ervaringen zijn er al die helpen om de beweging naar passende zorg en ondersteuning te maken? Denk bijv. aan het gezamenlijke contract tussen VVT- aanbieders of ervaringen binnen Zorg Dichterbij
  - Welke verbeteracties zien we? Wat is de impact hiervan? En wat zijn kansen in samenwerking om knelpunten op te lossen?
  - Hoe komen we o.b.v. deze inzichten tot een transformatieplan?
- Parallel willen we een gedegen analyse doen om patronen uit de data te halen. Mogelijk door data te koppelen uit verschillende domeinen en financieringsstromen, zoals de Wet langdurige zorg (Wlz), de Zorgverzekeringswet (Zvw) en de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo). Dit vraagt om verdere uitwerking of en hoe dit te realiseren is volgens de geldende wet- en regelgeving
- Met behulp van deze inzichten starten we met verbetertrajecten gericht op o.a. efficiëntere inzet van schaarse middelen als personeel, kennis en financiën. Hierin willen we lef en durf tonen om keuzes te maken om de gewenste patronen de ruimte te geven of belemmerende patronen te doorbreken

### 2. Versterken en ombuigen waar noodzakelijk

Soms betekent de verandering dat bepaalde onderdelen in het aanbod van nulde t/m de derdelijn versterkt moeten worden. We beslissen o.b.v. onderbouwde inschatting welke versterking nodig is (o.a. in samenwerking, kennis en personeel). We hebben hier specifiek aandacht voor gebieden en/of doelgroepen waar meerdere sectoren bij betrokken zijn, denk bijv. aan geboortezorg, (cruciale) ggz en zorg aan complexe/kwetsbare doelgroepen (in bijv. het sociaal domein, eerstelijns, gehandicaptenzorg en/of ouderenzorg).



## Doelgroep

Alle partijen en professionals in het zorg- en sociaal domein



## Beoogde effect

- Vergroten van de toegankelijkheid van zorg voor hen die dat écht nodig hebben
- Efficiëntere inzet van huidig aanbod
- Zorg en ondersteuning afgestemd is op de behoeften en omstandigheden van de inwoner



## Randvoorwaarden

- Collectief organiseren en durven investeren in de verschuiving van zorg tussen domeinen als gevolg van de beweging (ook door inkoop)
- Gedegen analyse en continu meten van effect
- Professionals opleiden in normaliseren & gedragen gedachtegoed (zoals positieve gezondheid)
- Regionale consistentie in gedrag aansluitend bij afspraken ambitie regioplan
- Inzet juiste technologie om passende zorg te realiseren

Bron: integratiedagen



Inleiding

Uitdagingen

Perspectief van  
inwoners

Transformaties

Vervolgopgaven &  
Monitoring

Randvoorwaarden

Bijlage

# Afstemming en samenwerking in de keten

**Doel:** we borgende toegankelijkheid van zorg en ondersteuning in de regio door juiste afstemming, samenwerking en coördinatie in de keten met een juiste inzet van de (beperkt) beschikbare capaciteit

\*Link acute zorg: belangrijk dat we in de planvorming en realisatie goed onderzoeken hoe we complementair kunnen met Zorgcoördinatiecentrum sub-regio Flevoland en Gooi en Vechtstreek (zie Bijlage 5)

## Subonderwerpen

### 1. Herontwerp van de keten met verbeterde verwijzing en doorstroom

We willen de zorg verbeteren door het versterken van integrale samenwerking, gebaseerd op onze gezamenlijke visie op passende zorg. Dit betreft het ontwikkelen van zorgpaden en hybride zorgmodellen in verschillende zorggebieden, zoals acute zorg, ouderenzorg, ggz, medisch-specialistische zorg en jeugdzorg. We willen regionale werkafspraken maken om de doorstroom te verbeteren. Hierbij kijken we ook naar passende preventieve ondersteuning in samenwerking met het wijknetwerk en het sociale domein.

- Ouderenzorg: bijv. differentiëren, specialiseren en concentreren van aanbod in de regio, zoals gezamenlijke organisatie technische thuiszorg, het verplaatsen van ziekenhuiszorg naar huis, of het concentreren van complexe of intensieve zorg met tijdelijk verblijf
- Jeugdzorg: bijv. consultatiebureau als toegankelijke en uitnodigende (ontmoetings)plek voor ouders (mogelijk incl. optimalisatie van gesprekken), optimaliseren en versterken van samenwerking, verwijzing en coördinatie in en tussen medisch en sociaal domein
- Mentale zorg: bijv. door een integraal en domeinoverstijgend in- door, uitstroom- en nazorgproces dat tijdige en gepaste inzet bevordert. Of integrale zorg en ondersteuning voor mensen met EPA (zie bijlage voor de verdiepende uitwerkingen)
- Sociaal en medisch domein: bijv. een eenduidige aanpak voor Welzijn op Recept, integratie van proactieve zorgplanning en werkafspraken voor lotgenotencontact voor mensen op een wachtlijst
- Acute zorg\*: bijv. samenwerking en uitwisseling van expertise tussen GGZ en huisartsenpost bij acute psychiatrische problemen en Multidisciplinaire Tijdelijke Opvang (MTO) (zie voor verdieping bijlage 5a)
- Medisch-specialistische zorg: door gebruik te maken van het MCC Gooi en Vechtstreek, een samenwerkingsverband tussen Tergooi MC en RHOGO, dat streeft naar tijdige, efficiënte en kwalitatieve zorg door goede coördinatie tussen ziekenhuis- en huisartsenzorg.

### 2. Centrale coördinatie met up-to-date inzicht in het zorg- en ondersteuningsaanbod

We erkennen de noodzaak om in verschillende domeinen het inzicht in vraag en aanbod te verbeteren. Er is een sterke behoefte aan één toegangspunt voor verwijzers met centrale coördinatie van de zorg. We zetten regionale coördinatie voort rondom de transferketen en het MCC, inclusief het transfermechanisme en doorzettingsmacht. De overige domeinen waar inzicht en coördinatie nodig is, omvatten:

- Inzicht in tijdelijke verblijfbedden: We willen centraal en real-time inzicht in de vraag naar en het aanbod van tijdelijke verblijfbedden, zoals geriatrie revalidatie en eerstelijnsverblijf, en beschikbare (crisis) Wlz-zorg. We verkennen ook de mogelijkheden van real-time inzicht in intramurale capaciteit
- Inzicht in mentale gezondheid: We streven naar regionaal inzicht in zorg-logistieke informatie over de capaciteit van ggz bij terugval, om snelle opschaling mogelijk te maken en herhaalde intake-processen of wachtlijsten te voorkomen.
- Verbeterde triage en coördinatie: we willen de triage en coördinatie van patiëntstromen in de acute zorg verbeteren.
- Centrale coördinatie wijkverpleging: we willen concentratie en 24/7 coördinatie van direct inzetbare wijkverpleging en Wlz-zorg.



## Doelgroep

Alle partijen en professionals in het zorg- en sociaal domein



## Beoogde effect

- Verbeterde domeinoverstijgende samenwerking
- Verminderen van dubbele zorg
- Direct en snel toegang tot de juiste zorg op de juiste plek
- Verbeteren van het zorgaanbod



## Randvoorwaarden

- Het bevorderen van online informatie-uitwisseling en verwijzingen tussen domeinen
- Eén dossier per inwoner met toegang voor zowel inwoner als hulpverleners
- Het verbreden/professionaliseren van regionale systeemfuncties

Bron: werkgroep Gezonde jeugd, Gezond ouder worden, Mentale gezondheid en Acute zorg



Inleiding

Uitdagingen

Perspectief van inwoners

Transformaties

Vervolgopgaven & Monitoring

Randvoorwaarden

Bijlage



# Mogelijk maken van de beweging

- E1** Behoud en ontwikkeling van personeel
- E2** Faciliterende financiering
- E3** Digitalisering
  - a. Digitaal platform met (zelf)hulpaanbod
  - b. Gegevensuitwisseling
  - c. Inzicht in het zorg- en ondersteuningsaanbod
  - d. Hybride zorgmodellen



# E | Mogelijk maken van de beweging

**Doelstelling:** door in te zetten op duurzame inzet van personeel, een faciliterende financieringsstructuur en digitalisering maken we de beweging van ziekte en zorg naar gezondheid en gedrag mogelijk.



## E1 Behoud en ontwikkeling van personeel

We behouden professionals zo lang mogelijk in de regio. Onze professionals hebben de kennis en kunde om de beweging van ziekte en zorg om te zetten naar gezondheid en gedrag. Doordat professionals vanuit dit uitgangspunt naar hulpvragen kijken, dragen zij dezelfde zienswijze over aan de inwoner. Daarnaast richten we een arbeidsmarkt- en participatiecoalitie op, die een werkprogramma ontwikkelt en de duurzame inzetbaarheid van personeel realiseert. Onderwijsinstellingen, vertegenwoordigers uit de zorg, arbdiensten en het UWV maken deel uit van deze coalitie om oplossingen te bedenken voor de personeelstekorten in onze regio.

## E2 Faciliterende financiering

De tijdelijke financiering voor realisatie van de transformatie van ziekte en zorg naar gezondheid en gedrag komt vanuit de beschikbare transformatiegelden. Indien wijziging van structurele bekostiging nodig is om de transformatie te faciliteren wordt in samenwerking tussen financiers (zorgverzekeraars, zorgkantoor en gemeenten) naar regionale oplossingen gezocht. Als dit niet lukt, trekken de partijen gezamenlijk op richting landelijke beleidsmakers.

## E3 Digitalisering

De transformaties in onze regio worden ondersteund door digitalisering en de implementatie van digitale oplossingen, waaronder:

- A. Digitaal platform met (zelf)hulpaanbod:** waar inwoners zelf met hulpvragen aan de slag kunnen
- B. Gegevensuitwisseling:** verbeteren van communicatie door professionals in staat te stellen clientgegevens in te zien en uit te wisselen
- C. Inzicht in zorg- en ondersteuningsaanbod:** zorg dat dat alle professionals op de hoogte zijn van het lokale aanbod, incl. wachttijden en capaciteit
- D. Hybride zorgmodellen:** integratie van (digitale) technologieën in zorgmethodes om een efficiënt en toegankelijk zorgsysteem te creëren



# Behoud en ontwikkeling van personeel

**Doel:** in de regio behouden we professionals zo lang mogelijk in de zorg en ondersteuning. Ook hebben onze professionals de competenties en handvaten om de beweging van ziekte en zorg naar gezondheid en gedrag te maken. Doordat professionals vanuit gezondheid en gedrag naar hulpvragen kijken, dragen zij dezelfde zienswijze over aan de inwoner. Daarnaast streven we ernaar om personeel zo efficiënt mogelijk in te zetten.

## Subonderwerpen

### 1. Training van personeel

Het trainen van personeel om nieuwe vaardigheden te ontwikkelen en bestaande competenties te versterken, is van cruciaal belang voor het behalen van de overige transformaties. Dankzij trainingen werken alle professionals in de regio vanuit dezelfde boodschap en taal, waarbij we continu de effectiviteit van deze educatieve programma's evalueren en verbetermogelijkheden identificeren. Dit betreft professionals uit het onderwijs, uit de ondersteuning en zorg, zowel informele als formele medewerkers. Mogelijke onderwerpen zijn:

- Het voeren van gesprekken vanuit Positieve Gezondheid en normalisatie
- Het voeren van gesprekken over proactieve zorgplanning en gezond ouder worden
- Het opleiden van professionals in het voeren van het VG
- Gesprekstechnieken voor het omgaan met ingrijpende gebeurtenissen in het leven

Een mogelijk manier om bovenstaande trainingen binnen de regio te faciliteren is door een "Gooi Academy" op te zetten. Dit is een leerplek voor iedereen in de zorg en ondersteuning, waar accreditatie punten verdiend kunnen worden. Binnen deze academie staat het voeren van gesprekken vanuit positieve gezondheid centraal, en daarnaast focussen we op leefstijl en 'motiverende gespreksvoering'. *Het vooruitzicht is dat het trainen van personeel op den duur zal resulteren in een verminderde zorgvraag. Het is echter van belang om goed na te denken hoe de kostbare nascholing van personeel geïmplementeerd kan worden.*

### 2. Oprichten van een arbeidsmarkt- en participatiecoalitie

Het hoofddoel van deze coalitie is het ontwikkelen van een werk- en participatieprogramma en coördinatie van inspanningen. In deze coalitie zitten belanghebbenden zoals vakbonden, onderwijsinstellingen, vertegenwoordigers uit de zorgsector, arbodiensten en het UWV samenwerken om oplossingen te bedenken voor het personeelstekort in de regio. Deze coalitie houdt zich vooral bezig met duurzame inzetbaarheid van personeel, o.a. door:

- Het in kaart brengen waar het personeelstekort zich voordoet in de regio en in welke sectoren (indien dit nog niet is gedaan)
- Het identificeren van welke groepen welke specifieke vaardigheden moeten ontwikkelen, zoals het verbeteren van leefstijlgesprekken door verpleegkundigen en medisch specialisten, en het bieden van leefstijladvies door apothekers
- Gesprekken voeren met werkgevers in de regio en afspraken maken. We zullen moeten nadenken over welke afspraken haalbaar zijn, zoals het gebruik van ZZP'ers, en hoe we de overgang naar vast dienstverband kunnen bevorderen
- Samenwerking tussen werkgevers stimuleren, bijv. door personeelsuitwisseling op regionaal of zelfs landelijk niveau te bevorderen.
- Het verkennen van mogelijkheden voor stageplaatsen



## Doelgroep

(in)formele professionals in het onderwijs, ondersteuning en zorg

## Beoogde effect

- Gekwalificeerd personeel in de regio behouden
- Verhogen van het werkplezier van personeel en het werk aantrekkelijker maken
- Normaliseren en de-medicaliseren van hulpvragen vanuit de blik van positieve gezondheid en daarmee verlagen van de in- en doorstroom
- Vanuit één gemeenschappelijke overtuiging bieden we onderwijs, ondersteuning en zorg
- Vergroot zelflerend vermogen



## Randvoorwaarden

- Budgetten om de trainingen te bekostigen, inclusief accreditatiepunten
- Personeel zelf gezond houden en vitaliteit bevorderen
- Mogelijkheid voor een gedegen analyse uit van personeelstekorten en specifieke behoeften in de regio
- Sectorale en regionale afstemming om specifieke vaardigheidseisen vast te stellen

Bron: integratiedagen



Inleiding

Uitdagingen

Perspectief van inwoners

Transformaties

Vervolgopgaven & Monitoring

Randvoorwaarden

Bijlage

# Faciliterende financiering

**Doel:** de tijdelijke financiering voor de realisatie van de transformatie van ziekte en zorg naar gezondheid en gedrag komt vanuit de beschikbare transformatiegelden. Indien wijziging van structurele bekostiging nodig is om de transformatie te faciliteren wordt in samenwerking tussen financiers (zorgverzekeraars, zorgkantoor en gemeenten) naar regionale oplossingen gezocht. Als dit niet lukt, trekken de partijen gezamenlijk op richting landelijke beleidsmakers.

## Subonderwerpen

### 1. Structurele bekostiging die faciliteert aan de beweging van ziekte en zorg naar gezondheid en gedrag

Het doel is om samen tot innovatie oplossingen te komen om de plannen en het gewenst gedrag te stimuleren. Hierbij streven we ernaar om gezamenlijk naar pragmatische oplossingen te zoeken en deze te realiseren. Ook zetten we erop in om perverse prikkels tegen te gaan om zo duurzame financiering te bevorderen. Er kan hierbij o.a. gedacht worden aan:

- Alternatieve financieringsmethoden, zoals het invoeren van specifieke betaaltitels of het combineren van middelen uit diverse bronnen zoals de Wmo, Jeugdwet, Zvw en Wlz. Dit doen we zoveel mogelijk binnen bestaande structuren en wettelijke kaders. Dit is bedoeld om flexibiliteit in financiering te bieden en een meer integrale benadering van zorg te ondersteunen
- Bestrijden van perverse financiële prikkels, bijv. door (ook via financiering) het aanmoedigen van preventieve zorg en gedragsverandering in plaats van alleen de behandeling van ziekten
- Het mogelijk maken van niet-concurrentieel en/of domeinoverstijgend inkopen van zorg- en ondersteuning
- Het bieden van ruimte voor experimenten, leren en continue verbeteren

We erkennen dat voor de beweging van ziekte en zorg naar gezondheid en gedrag op sommige onderdelen mogelijk een wijziging van de structurele bekostiging nodig is. In dit geval wordt in samenwerking tussen financiers (zorgverzekeraars, zorgkantoor en gemeenten) naar regionale oplossingen gezocht. Als dit niet lukt, trekken partijen gezamenlijk op richting landelijke beleidsmakers.

Mogelijke inrichtingsprincipes zijn:

- Geïntegreerde financiering van het centrale wijknetwerk, voor een geïntegreerde aanpak van zorg en ondersteuning.
- Regelmatige monitoring en analyse van zorgconsumpties per wijk, wat kan worden gebruikt bij het doelgericht inzetten van middelen.
- Starten van een leernetwerk en verstrekken van benchmarkgegevens aan elke wijk.
- Slimme bundeling van een deel van de overheadtaken naar een regionale organisatie (bijv. Gezond Gooi)

### 2. Afspraken maken over tijdelijke- en transformatiegelden

Om de beoogde transformaties binnen dit regioplan te realiseren is tijdelijke financiering nodig. Hiervoor zijn transformatiegelden beschikbaar, zowel vanuit het IZA als vanuit het WOZO en andere bronnen. Om te voorkomen dat we dubbel werk gaan doen willen we afspraken maken over het proces voor het aanvragen van deze gelden.

## Doelgroep

Gemeenten, zorgverzekeraars en zorg- en ondersteuningsaanbieders

## Beoogde effect

- Financiering die bijdraagt aan een duurzame verschuiving van ziekte en zorg naar gezondheid en gedrag
- Stimuleren van innovatie en verbetering in de zorg
- Wegnemen van perverse financiële prikkels
- Integrale benadering van zorg en ondersteuning (waarbij financiering niet meer voor schotten zorgt)

## Randvoorwaarden

- Regionale samenwerking tussen zorgverzekeraars en gemeenten
- Pragmatisme door financiers om oplossingen te vinden
- Bij nieuwe financieringsmethoden: afspraken over monitoring en randvoorwaarden

Bron: integratiedagen



Inleiding

Uitdagingen

Perspectief van inwoners

Transformaties

Vervolgopgaven & Monitoring

Randvoorwaarden

Bijlage

# Overzicht E3. Digitalisering

Digitalisering is noodzakelijk en fungeert als randvoorwaarde voor alle beoogde transformaties en speelt een sleutelrol bij het creëren van een meer patiëntgerichte, efficiënte en toekomstbestendige zorg. Als regio pakken we dit gezamenlijk aan omdat uniforme digitalisering leidt tot een betere coördinatie van zorg en een gelijke toegang (tot het aanbod) voor alle inwoners. Dit omvat het inzetten van technologie en digitale systemen ter optimalisatie om zorgprocessen te optimaliseren, gegevensuitwisseling te vergemakkelijken en om innovatieve zorgmodellen te ondersteunen. Het is belangrijk dat we naast de ontwikkeling van nieuwe digitale oplossingen ook aandacht hebben voor de digitale vaardigheden van onze inwoners. Hiervoor is reeds de [Helpdesk Digitale Zorg](#) ingericht, waar inwoners ondersteuning kunnen ontvangen.

## A. Digitaal platform met (zelf)hulpaanbod

Een regionaal, digitaal platform waar de inwoner toegang heeft tot het (digitale) (zelf)hulpaanbod, dit stimuleert de inwoner om zelfstandig om te gaan met hulp- en ondersteuningsvragen.

## B. Gegevensuitwisseling

Aan de basis van integrale samenwerking staat het domeinoverstijgend kunnen inzien en uitwisselen van cliëntgegevens tussen professionals.

## C. Inzicht in het zorg- en ondersteuningsaanbod

Inzicht in het zorg- en ondersteuningsaanbod is van cruciaal belang om inwoners naar de juiste zorg en ondersteuning te kunnen begeleiden.

## D. Hybride zorgmodellen

Fysieke zorg wordt waar mogelijk ondersteunt en/of vervangen door digitale oplossingen. Hierdoor is er minder begeleiding en tijd van de zorg- of hulpverlener nodig.



# a. Digitaal platform met (zelf)hulpaanbod

**Doel:** het creëren van een digitaal platform waar de inwoner zo veel mogelijk zelfstandig met hulp- en ondersteuningsvragen aan de slag kan. Hier kan de inwoner informatie, advies en (in)formele ondersteuning vinden op weg naar een gezond(er) leven, en snel en gemakkelijk gebruik maken van het digitale (zelf)hulpaanbod.

## Subonderwerpen

Toelichting: voor de inwoner is het hulpaanbod online zeer groot waardoor het lastig is de juiste informatie te vinden. Dit gaat zowel om het aanbod van activiteiten en initiatieven in de buurt, als informatie en advies aangaande het verkrijgen of behouden van een gezonde leefstijl. De inwoner dient hierin gefaciliteerd te worden door alle informatie op één centrale plek toegankelijk te maken. Om de inwoner snel en gemakkelijk gebruik te laten maken van het digitale (zelf)hulpaanbod, streven we naar één platform dat bestaande initiatieven en websites integreert, waarbij alle relevante eHealth oplossingen samengebracht worden. Dit zorgt voor een naadloze ervaring voor de gebruiker en maakt optimaal gebruik van reeds ontwikkelde bronnen. Het totale overzicht van (zelf)hulpaanbod is daar te vinden en door dit platform wordt de inwoner doorgelinkt naar de digitale (zelf)hulpoplossingen in andere omgevingen, zonder als reclamefolder te fungeren. Voorbeelden van zelfhulpoplossingen zijn bijv. thuismonitoring, samennuchter.nl of de Helpdesk Digitale Zorg

Subonderwerpen binnen dit aanbod zijn mogelijk:

- **Het aanbod van activiteiten en initiatieven in de buurt en daarbuiten:** het platform zal duidelijk onderscheid maken tussen lokaal, regionaal en landelijk aanbod, waarbij gebruikers gemakkelijk kunnen navigeren naar de informatie die voor hen het meest relevant is. Het is daarnaast van belang dat inwoners gemakkelijk ingang vinden naar buurtactiviteiten en andere sociale aangelegenheden om de kwaliteit van leven te bevorderen. Dit bevordert tevens sociale cohesie en een gemeenschapsgevoel
- **Informatie en advies m.b.t. een gezonde leefstijl:** een overzichtelijk aanbod van informatie en adviezen waar inwoners zelfstandig hulp kunnen vinden op het gebied van de zes verschillende dimensies van de positieve gezondheid
- **Overzicht van eHealth oplossingen:** er bestaan zeer veel eHealth oplossingen waar inwoners zelfstandig gebruik van kunnen maken die bijdragen aan de zelfredzaamheid van inwoners. Een overzicht van het totale aanbod hiervan op een platform is van grote toegevoegde waarde
- **Buurtapp:** waar buurtinwoners elkaar kunnen vinden om maatschappelijke betrokkenheid te vergroten en informele hulp en ondersteuning te stimuleren en de vraag naar professionele hulp te verminderen

Toepassing	Regiopartners	Systeem
EHealth	Huisartsen	Bijv. Minddistrict, Jellinek Online Zelfhulp
Zelfmonitoring	Huisartsen, VVT	n.t.b.
Ondersteuning inwoners	VVT, Huisartsen, Ziekenhuis	Bijv. Helpdesk Digitale Zorg
Zelfhulp	Verslavingszorg (Jellinek)	Bijv. Jellinek Digitaal



## Doelgroep

Alle inwoners van de regio



## Beoogde effect

- Gemakkelijkere toegang tot informatie en diensten
- Vergroten van zelfredzaamheid en gezondheidsbewustzijn
- Bevorderen van sociale cohesie door toegankelijkheid van lokale, regionale en landelijke initiatieven
- Objectieve en betrouwbare informatievoorziening
- Verbeterde samenwerking tussen domeinen en integrale inzet van digitale (zelf)hulptoepassingen



## Randvoorwaarden

- Aandacht voor digitale vaardigheden van inwoners (hiervoor wordt op meerdere plekken in de regio de Digitale Helpdesk ingezet, nader te bepalen of en hoe dit breder te implementeren)
- Aansluiting bij landelijke regie en naleving van nationale wetgeving, zoals Wet digitale overheid (Wegiz) en fundamentele vereisten.
- Vaststellen rol van de zorgverzekeraar

Bron: werkgroep Gezond leven en preventie, Gezonde jeugd en integratiedagen



Inleiding

Uitdagingen

Perspectief van inwoners

Transformaties

Vervolgopgaven & Monitoring

Randvoorwaarden

Bijlage



## b. Gegevensuitwisseling

**Doel:** het inzien en uitwisselen van gegevens met betrekking tot cliënt voor (in)formele zorg- en welzijnsverleners in zorg, welzijn en sociaal domein. Het krijgen van toegang tot eerder verzamelde informatie in de behandeling van dezelfde cliënt is essentieel om domeinoverstijgende samenwerking écht te laten werken. Eén regionaal netwerk informatiesysteem kan hier de basis voor vormen.

### Subonderwerpen

Toelichting: samenwerking tussen professionals uit verschillende domeinen rondom dezelfde inwoner/cliënt wordt bemoeilijkt omdat er informatieverschillen bestaan. Professionals zijn vaak niet op de hoogte van het (medisch) aanbod waar de inwoner gebruik van maakt of het dossier waardoor er ondoelmatige of niet passende zorg wordt geboden of dubbele intake nodig is. Bijv. bij PZP, waar eenzelfde informatievoorziening tussen verschillende zorgverleners vereist is, is gegevensuitwisseling essentieel. Eén regionaal netwerkinformatiesysteem moet bijdragen aan het voorkomen van dit probleem. Het principe is m.n. gericht op het realiseren van inzicht in elkaars gegevens door gegevens uit alle bronregistratiesystemen bij elkaar te brengen in één netwerkinformatiesysteem. Om ook de inwoner/cliënt inzicht te geven in de data kan een aparte viewer worden gebruikt. Ook het LSP kan hier een belangrijke rol in spelen om snel inzicht te krijgen in benodigde gegevens. Subonderwerpen binnen dit platform zijn mogelijk:

- **Het verstrekken van patiëntinformatie aan professionals:** de oplossing moet professionals in staat stellen om relevante informatie over cliënten zoals verwijzingen, behandelingen en diagnostische gegevens, in te zien en te beheren. Het streven is om hierin zoveel mogelijk gebruik te maken van één regionaal netwerkinformatiesysteem
- **Kennisdeling en expertise-uitwisseling:** het systeem kan ook fungeren als een kennisplatform, waar professionals kennis en expertise kunnen delen
- **Wens | regie aan inwoners geven:** de oplossing kan mogelijk data beschikbaar stellen aan patiënten via hun PGO, wat hen in staat stelt hun eigen zorgproces actief te beheren en te volgen

*Voorbeelden uit de regio zijn in kaart gebracht die mogelijk verband houden met dit initiatief*

Toepassing	Regiopartners	Systeem
Gedeeld medicatiedossier	Apotheek, huisarts, ziekenhuis	Bijv. PharmaPartners
Uitwisseling gegevens	Huisarts, welzijn	Bijv. Regiocare i.c.m. ZorgDomein (ZorgMail)
Digitale verwijzingen	Huisarts, ziekenhuis, VVT, paramedici, apotheek, sociaal domein	Bijv. ZorgDomein
Keteninformatie-systeem	Huisarts, diëtist, ziekenhuis	Bijv. VIPlive
Meekijkconsulten	Huisarts, ziekenhuis, medisch specialisten	Bijv. ZorgDomein
Pilot NIS	Huisartsen, VVT	Bijv. cBoards
Pilot NIS	Huisartsen, VVT	Bijv. VIPlive



### Doelgroep

Alle professionals in zorg, welzijn en sociaal domein (aansluiten van verschillende professionals verloopt waarschijnlijk stapsgewijs o.b.v. wanneer welke organisaties aansluiten)



### Beoogde effect

- Minder dubbele intakes en onnodige behandelingen
- Verbeterde en eenvoudigere samenwerking en communicatie tussen zorgprofessionals uit verschillende domeinen
- Verhoogde transparantie en toegankelijkheid van zorginformatie voor professionals



### Randvoorwaarden

- Aansluiten bij landelijke standaarden (TWIN, WEGIZ, etc.)
- Aansluiten bij landelijke programma's (VIPP, MSB, DVDExit, FAEXIT)
- Gebruiken van CumuluZ als dataintegratie-infrastructuur voor primair datagebruik
- Gebruik maken van HEALTH-RI voor secundair datagebruik
- Inachtneming van de wettelijke vereisten van de AVG en het delen van patiëntgegevens

Bron: werkgroep Gezond leven en preventie, Gezonde jeugd, Gezond ouder worden en de integratiedagen



Inleiding

Uitdagingen

Perspectief van inwoners

Transformaties

Vervolgopgaven & Monitoring

Randvoorwaarden

Bijlage

## c. Inzicht in het zorg- en ondersteuningsaanbod

**Doel:** om de transformatie naar gezondheid en gedrag mogelijk te maken, is het van cruciaal belang dat iedere (in)formele zorg- en welzijnsverlener weet wat het zorg- en ondersteuningsaanbod in de omgeving is. Het bevorderen van deze kennis kan de efficiëntie van de zorg- en ondersteuningssystemen verbeteren. In aanvulling hierop is het wenselijk om ook de wachttijden van dit aanbod inzichtelijk te maken.

### Subonderwerpen

Een centraal digitaal overzicht van het zorg- en ondersteuningsaanbod in de regio en daarbuiten, inclusief locaties van aanbieders en hun specifieke diensten, vormt de kern van dit systeem. Subonderwerpen omvatten:

- **Het creëren van een centraal (digitaal) overzicht van het aanbod** voor zorg en ondersteuning in de omgeving, inclusief locaties van aanbieders en hun specifieke diensten. Dit systeem biedt een helder beeld van het zorg- en ondersteuningsaanbod in de regio en daarbuiten.
- Het streven is om binnen dit inzicht ook **informatie over wachttijden en capaciteit** op te nemen, met als doel (in)formele zorg- en welzijnsverleners inwoners niet alleen naar de juiste plek te kunnen begeleiden, maar ook naar een beschikbare plek. Een passende aanpak dient hiervoor ingericht te worden. Hiervoor kan mogelijk geput worden uit initiatieven die binnen en buiten de regio worden opgezet (bijv. aansluiten op het dataplatform waar een landelijke IZA werkgroep Nederlandse GGZ, ZN, Vektis, Nza, VWS mee aan de slag is)

Toepassing	Regiopartners	Systeem
Overlegtafel ggz	Huisarts, ggz	n.t.b.
Regionaal transferpunt	Huisarts, VVT	Bijv. Zorgdomein
Clientlogistiek regiokompas	VVT, huisarts	Bijv. Zorgdomein

*Mogelijkheden tot koppeling met E3.C Gegevensuitwisseling dient in het vervolg onderzocht te worden*



### Doelgroep

Alle professionals in zorg, welzijn en sociaal domein



### Beoogde effect

- Juiste zorg of ondersteuning op de juiste plek doordat de inwoner direct naar het juiste aanbod kan worden verwezen
- Uniformiteit in werkwijze m.b.t. verwijzingen
- Optimaal gebruik van beschikbare capaciteit en verkorten van de wachtlijsten door inzicht in beschikbare capaciteit in de hele regio
- Verbeterde samenwerking tussen zorgprofessionals uit verschillende domeinen



### Randvoorwaarden

- Een gedeeld beeld van zorg- en ondersteuningsaanbod ligt ten grondslag aan het creëren van dit inzicht
- Aansluiting bij landelijke regie en naleving van nationale wetgeving, zoals Wet digitale overheid (Wegiz) en fundamentele vereisten
- Zo veel mogelijk aansluiten bij dat wat er al is, regionaal nationaal en internationaal

Bron: werkgroepen Gezond Leven en Preventie, Gezonde Jeugd, Gezond Ouder Worden en de integratiedagen



Inleiding

Uitdagingen

Perspectief van inwoners

**Transformaties**

Vervolgopgaven & Monitoring

Randvoorwaarden

Bijlage

## d. Hybride zorgmodellen

**Doel:** we streven ernaar om met de integratie tussen digitale technologieën in traditionele zorgmethodes een zorgsysteem te realiseren dat zowel efficiënt als toegankelijk is, en van hoge kwaliteit. De kern van deze aanpak is het bieden van zorg op maat, dichtbij de cliënt wanneer dat nodig is, en met een nadruk op gezondheid in plaats van ziekte. Door de cliënt de regie te geven, wordt zorg persoonlijker, waardoor het beter aansluit op de individuele behoeften van de cliënt.

### Subonderwerpen

Toelichting: hybride zorg moet bijdragen aan het verkorten van de wachtlijsten en verlagen van de druk op schaars personeel. Daarnaast draagt het bij aan een duurzame zorgtoekomst waarin de cliënt centraal staat. Hybride zorgmodellen combineren digitale en fysieke mogelijkheden om efficiënte, gepersonaliseerde en toegankelijke zorg mogelijk te maken. Hybride zorg betreft zorg die zelfstandig, thuis en digitaal aangeboden kan worden, waarbij het streven is naar verbetering van zowel de kwaliteit van leven van de cliënt, als de kwaliteit van de zorg, waar mogelijk tegen lagere kosten en/of inzet van schaars personeel.

Dit doen we o.a. door in te zetten op de volgende subonderwerpen:

- **Inventariseren en implementeren van digitale oplossingen die aantoonbaar effectief en beschikbaar zijn binnen de regio.** Hierbij kijken we ook naar bewezen methoden op nationaal en internationaal niveau. We kiezen voor een focus op bewezen toepassingen i.p.v. zelf nieuwe toepassingen te ontwikkelen of valideren
- **De oplossingen gaan verder dan alleen beeldbellen,** denk aan cliënt-monitoring, wearables, enz. Dit zorgt voor een benadering waarbij technologie de fysieke zorg vervangt/vermindert
- **De oplossingen sluiten aan bij groepstherapieën of gemeenschaps-gestuurde zorgbenaderingen,** wat cliënten stimuleert om door hun eigen gemeenschap ondersteund te worden. Dit is in lijn met de beweging die we als regio in willen zetten
- Als onderdeel hiervan **implementeren we ook preventieve digitale interventies** gericht op het vergroten van de weerbaarheid, vroegtijdige signalering en behandeling om ernstige problemen in de toekomst te voorkomen. Dit sluit aan bij de ambities die we hebben op het gebied van transformatie A. Zelf- en samenredzame inwoner

### Doelgroep

*N.t.b. met inhoudsexperts welke specifieke doelgroepen het meest geschikt zijn voor hybride zorg*

### Beoogde effect

- Verkorten van wachtlijsten
- Verlagen van de druk op schaars personeel
- Meer gepersonaliseerde en toegankelijke zorg waarbij de cliënt centraal staat
- Mogelijk lagere kosten

### Randvoorwaarden

- Zo veel mogelijk aansluiten bij dat wat er al is, regionaal nationaal en internationaal
- Vaststellen rol zorgverzekeraar
- Gesprek met zorgverzekeraar over structurele financiering van digitale zorg (bijv. t.b.v. onderhoud)

Bron: werkgroep Mentale Gezondheid en de integratiedagen



Inleiding

Uitdagingen

Perspectief van  
inwoners

Transformaties

Vervolgopgaven &  
Monitoring

Randvoorwaarden

Bijlage

## Voorstel vervolgopgaven

- Werken met opgaven
- Totstandkoming van prioritaire opgaven
- Eerste aanzet werkagenda prioritaire opgaven
- Monitoring van voortgang



# Werken met opgaven

## Verschillende transformaties hangen met elkaar samen en vragen om vergelijkbare aanpak

Op korte termijn gaan we aan de uitvoering van dit regioplan, concretiseren we de inhoud en maken we afspraken over de uitvoering en (duurzame) bekostiging van deze plannen. We brengen onze plannen in lijn met de verandercapaciteit die er in onze regio beschikbaar is, hierbij zijn we ons bewust van financiële en personele beperkingen waar partijen mee te maken hebben.

Om focus aan te brengen en een snelle start te maken via een integrale benadering, starten we in ieder geval met zes opgaven die gezamenlijk prioriteit hebben gekregen:



### Om een concrete, gefocuste en snelle start te maken met realisatie regioplan ...

De regio staat voor een grote transformatie en er zijn meer dan 15 oplossingsrichtingen geformuleerd. Om een gerichte en snelle start te maken met de realisatie van het regioplan, is het goed om met enkele transformaties te beginnen



### ... waarbij een integrale benadering gewenst is ...

Tijdens de integratiedagen kwam duidelijk naar voren dat de transformaties en oplossingsrichtingen samenhangen. In sommige gevallen kunnen deze niet los van elkaar worden gezien, waardoor een integrale benadering belangrijk is voor effectieve en succesvolle uitvoering. Dit kan bestaan op:

- **Inhoud:** een transformatie op één gebied en/of domein heeft implicaties voor een of meerdere andere transformaties
- **Uitvoering:** dezelfde organisaties zijn betrokken bij de realisatie en/of de aanpak is nagenoeg gelijk



### ... stellen we voor met zes opgaven te starten

Op basis van het regiobeeld, de heidagen en de integratiedagen zijn zes eerste opgaven voorgesteld. Hiermee wordt in januari 2024 direct gestart. Voor deze eerste opgaven is daarnaast een eerste aanzet voor vervolgstappen opgesteld (zie p. 51-57)

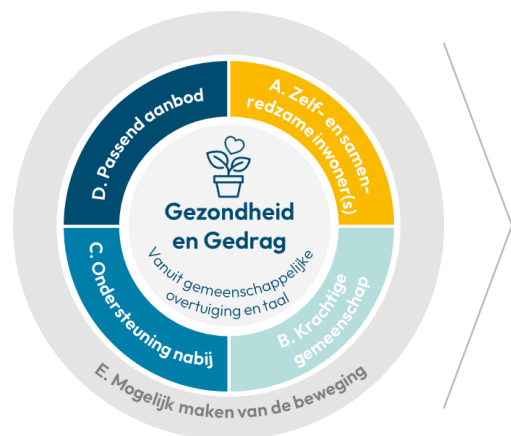


# Totstandkoming van prioritaire opgaven

Op basis van het regiobeeld, de heidagen en integratiedagen zijn zes opgaven opgesteld

Van transformaties ...

... naar zes opgaven die vanaf januari 2024 worden opgepakt



Opgave  
**1**

Zie p. 52

## Juiste zorg- en ondersteuningsaanbod

Betreft: oplossingsrichting **D1. Juiste zorg en ondersteuning**

Rationale: randvoorwaarde om de transformatie te realiseren is een sterk en passend aanbod van de nulde- t/m de derdelijn. Daarom wordt organisaties gevraagd naar zichzelf te kijken.

Opgave  
**2**

Zie p. 53

## Digitalisering

Betreft: oplossingsrichting **E3b. Gegevensuitwisseling** en **E3c. Inzicht in zorg- en ondersteuningsaanbod**

Rationale: gegevensuitwisseling en inzicht in het aanbod geven professionals de handvaten om de domeinoverstijgend samen te werken en de inwoner naar de juiste zorg en ondersteuning te begeleiden.

Opgave  
**3**

Zie p. 54

## Waardig ouder worden (zie p. 48 voor rationale doelgroep)

Betreft: transformaties **A. Zelf- en samenredzame inwoner(s)** en **B. Krachtige gemeenschap**

Rationale: een doelgroepgerichte aanpak doet recht aan de samenhang tussen de transformaties én aan de diversiteit tussen doelgroepen. (Kwetsbare) ouderen hebben een directe link met de verwachte toenemende zorgvraag.

Opgave  
**4**

Zie p. 55

## Wijkgericht werken

Betreft: oplossingsrichting **C1. Wijkgericht werken**

Rationale: we versterken het zelfoplossend vermogen van de wijk en de inwoners om op de lange termijn de druk op de zorg en ondersteuning te verminderen.

Opgave  
**5**

Zie p. 56

## Aanvullende expertisenetwerken mentale gezondheid

Betreft: oplossingsrichting **C2. Aanvullende expertisenetwerken**

Rationale: er is een duidelijke tijdslijn in IZA opgenomen voor het realiseren van het mentaal gezondheidscentrum en verkennend gesprek. Dit hangt daarnaast nauw samen met een landelijke dekking van laagdrempelige steunpunten.

Opgave  
**6**

Zie p. 57

## Samenwerking in de keten (specifieke doelgroep n.t.b.)

Betreft: oplossingsrichting **D2. Afstemming en samenwerking in de keten**

Toelichting: duidelijke, uniforme en ketenoverstijgende afspraken dragen sterk bij aan het werken vanuit één gemeenschappelijke overtuiging met een gezamenlijke taal en werkwijze



Inleiding

Uitdagingen

Perspectief van  
inwoners

Transformaties

Vervolgopgaven &  
Monitoring

Randvoorwaarden

Bijlage



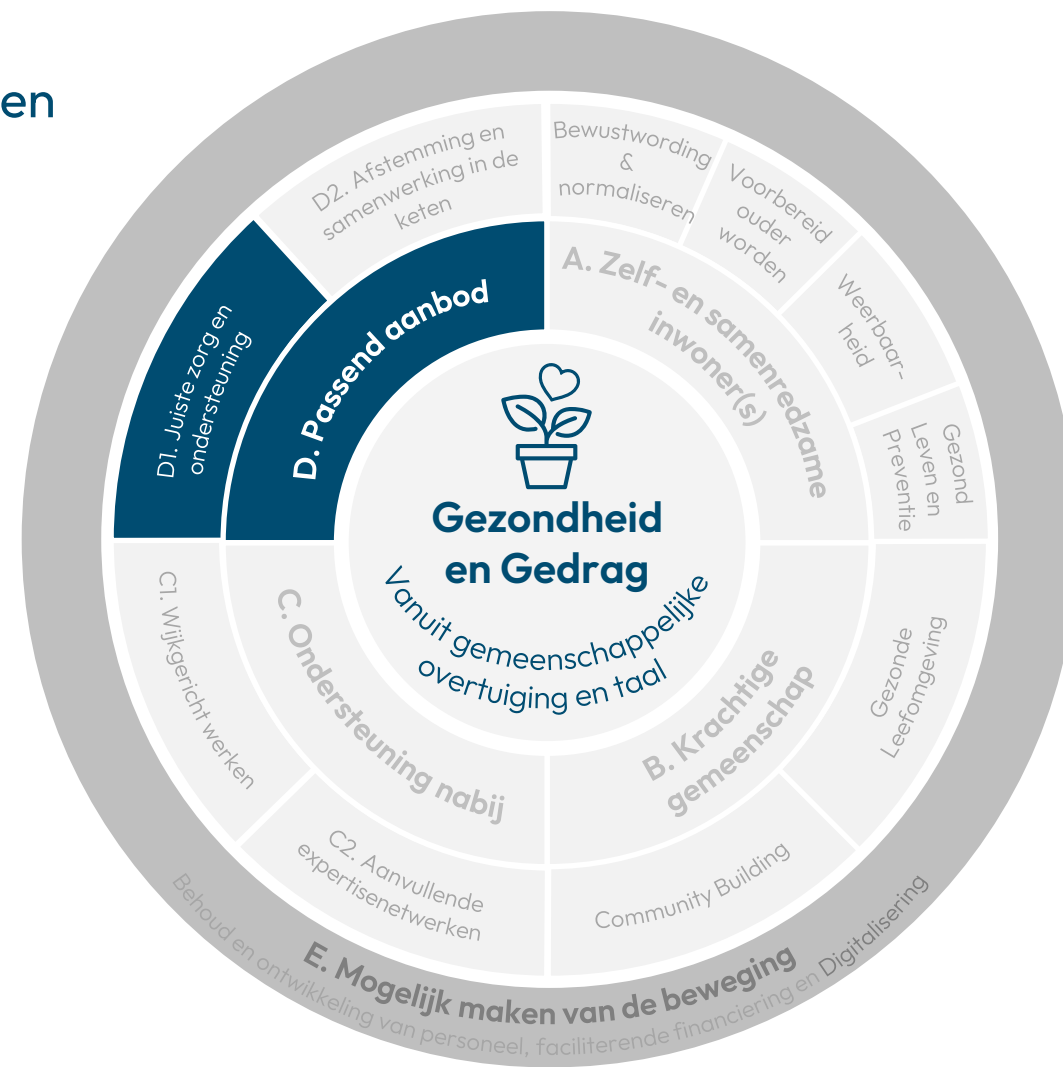
# Opgave 1 en 2 | Juiste zorg- en ondersteuningsaanbod, en Digitalisering

Opgaven randvoorwaardelijk om beweging te realiseren

**Opgave 1** **Juiste zorg- en ondersteuningsaanbod** | Randvoorwaarde om de transformatie te realiseren is een sterk en passend aanbod van de nulde t/m de derdelijn. Hiertoe is het van belang dat zorg- en ondersteuningsorganisaties naar hun eigen organisatie kijken om te zorgen dat zij zo georganiseerd zijn dat zij kunnen bijdragen aan de beweging. Denk hierbij aan het mogelijk maken van nieuwe werkwijzen, ontdebelen van zorg en optimaliseren van de back office. Verbeteringen worden allereerst binnen de eigen organisatie in kaart gebracht. Daarnaast kunnen andere prioritaire opgaven in verbetersuggesties resulteren.  
*O.b.v. oplossingsrichting D1. Juiste zorg en ondersteuning*

**Opgave 2** **Digitalisering** | Randvoorwaardelijk aan de transformatie is goede gegevensuitwisseling en inzicht in het aanbod en wachttijden. Dit zodat relevante betrokkenen toegang hebben tot relevante informatie en om hen in staat te stellen de inwoner naar de juiste zorg of ondersteuning op de juiste plek te begeleiden. De realisatie van beide oplossingsrichtingen zijn nauw met elkaar verbonden, zowel inhoudelijk als technisch. Hybride zorgmodellen en een platform met het digitale (zelf)hulpaanbod dragen ook bij aan de transformatie en worden verder uitgewerkt naar opgaven vanaf Q1 2024.  
*O.b.v. oplossingsrichting E3b. Gegevensuitwisseling en E3c. Inzicht in het zorg- en ondersteuningsaanbod*

**E2. Faciliterende financiering** is voor veel opgaven randvoorwaardelijk. Dit wordt daarom in de uitwerking van die opgave opgenomen, zodat de uitwerking van financiering aansluit op dat wat er nodig is in de opgaven.



Inleiding

Uitdagingen

Perspectief van inwoners

Transformaties

Vervolgopgaven & Monitoring

Randvoorwaarden

Bijlage

# Opgave 3 | Waardig ouder worden

Voor transformatie A en B o.b.v. regiobeeld passend om op doelgroep (kwetsbare) ouderen te richten

Binnen de transformaties A. Zelf- en samenredzame inwoner(s) en B. Krachtige gemeenschap hangen de oplossingsrichtingen nauw samen. Het is niet logisch en efficiënt om deze onderdelen los van elkaar te realiseren. Omdat de benodigde acties per doelgroep wel degelijk verschillen, lijkt een doelgroepgerichte aanpak het meest passend. O.b.v. het regiobeeld zijn enkele doelgroepen geïdentificeerd die in ieder geval aandacht vragen, waar bij ouderen een directe link met het zorggebruik te zien is en daarom de urgentie het hoogst lijkt. Hieronder is per doelgroep beschreven welke transformaties bij kunnen dragen aan het gestelde doel.

	A. Zelf- en samenredzame inwoner(s)				B. Krachtige gemeenschap		D1. Juiste zorg en ondersteuning
	A1. Bewustwording en normaliseren	A2. Voorbereid ouder worden	A3. Weerbaarheid	A4. Gezond Leven en Preventie	B1. Community building (gemeenschapsopbouw)	B2. Gezonde omgeving	
<b>Eenzame inwoner</b> 8-11% van de inwoners voelt zich ernstig eenzaam (ongeveer 24 duizend inwoners)			Inwoner weet welke vragen in netwerk te stellen	Inzet op voorkomen van eenzaamheid	De inwoner krijgt een zichtbaar netwerk om zich heen wat het gevoel van eenzaamheid vermindert	Omgeving die gezond gedrag én interactie met mede-inwoners stimuleert	Bij het versterken van de inwoner en gemeenschap, zullen verbeterkansen aan het licht komen van de nulde t/m de derdelijn. Deze kansen vormen input voor opgave 1 (zie vorige pagina)
<b>Inwoner met minder financiële draagkracht</b> 10-15% van de inwoners heeft moeite met rondkomen (bijna 34 duizend inwoners)			Inwoner kan omgaan met (financiële) stress	Voorkomen en verminderen van bestaansonzekerheid	De inwoner heeft een zichtbaar netwerk om zich heen voor laagdrempelige hulp en als uitlaapklep		
<b>Jongere met mentale problematiek</b> Een kwart van de jongvolwassenen heeft matige tot ernstige psychische klachten	Bewustzijn over welke mentale vragen bij het leven horen		Jongere is vaker in staat zelf vragen op te lossen	Voorkomen van stress en mentale problemen	De jongere een zichtbaar netwerk geven waarin onderling begrip en laagdrempelig vragen stellen centraal staat	De omgeving stimuleert gezond gedrag wat bijdraagt aan het (mentaal) welbevinden van de jongere	
<b>(Kwetsbare) oudere inwoner</b> Ongeveer 15 duizend extra ouderen tussen 2023 en 2040, en de zorgvraag stijgt het hardst voor (kwetsbare) ouderen met een ouderdom gerelateerde aandoening	Bewustzijn over welke vragen wel of niet professionele hulp vragen	Inwoner weet wat er op hen afkomt en neemt verantwoordelijkheid		Voorkomen van veelvoorkomende problemen, bijv. vallen	De oudere heeft een zichtbaar netwerk en kan hier hulpvragen stellen. Ook wordt het netwerk met kennis en training ondersteund om deze rol duurzaam te kunnen vervullen	Leefomgeving die past bij het ouder worden en/of ouder zijn (relatie met WOZO)	

Opgave 3



Inleiding

Uitdagingen

Perspectief van inwoners

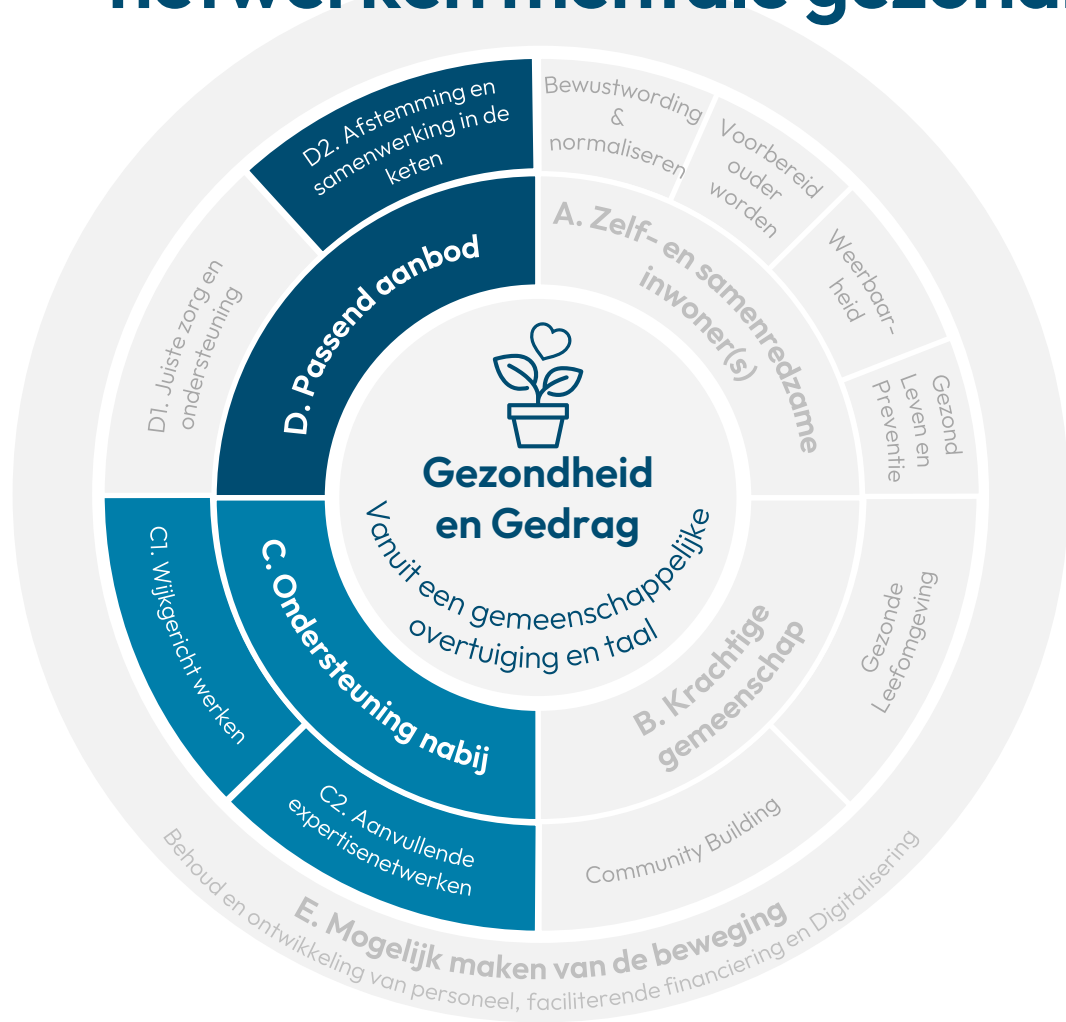
Transformaties

Vervolgopgaven & Monitoring

Randvoorwaarden

Bijlage

# Opgave 4, 5 en 6 | Wijkgericht werken, Aanvullende expertisenetwerken mentale gezondheid en Samenwerking in de keten



**Opgave 4** **Wijkgericht werken** | Met wijkgericht werken versterken we het zelfoplossend vermogen van de wijk en de inwoners. Dit moet er op de lange termijn toe bijdragen dat er minder gebruik hoeft te worden gemaakt van zorg en ondersteuning buiten de wijk. Daarnaast resulteert deze opgave in verbeteringsuggesties voor opgave 1 (Juiste zorg- en ondersteuningsaanbod).  
*O.b.v. oplossingsrichting C1. Wijkgericht werken*

**Opgave 5** **Aanvullende expertisenetwerken mentale gezondheid** | Binnen het IZA is een duidelijke tijdslijn meegegeven aan het realiseren van het mentaal gezondheidscentrum en verkennend gesprek. Deze moeten per 2025 gerealiseerd zijn. Dit staat in nauw verband met laagdrempelige steunpunten. Daarom is het belangrijk vanaf januari verder te gaan met vervolgstappen hierop. Voor andere expertisenetwerken kan in januari worden gestart met het opstellen van de aanpak. Daarnaast resulteert deze opgave in verbeteringsuggesties voor opgave 1 (Juiste zorg- en ondersteuningsaanbod).  
*O.b.v. oplossingsrichting C2. Aanvullende expertisenetwerken*

**Opgave 6** **Samenwerking in de keten** | Duidelijke, uniforme en ketenoverstijgende afspraken dragen sterk bij aan het werken vanuit één gezamenlijke overtuiging met een gemeenschappelijke taal en werkwijze. De aanpak hierbij richt zich op doelgroepen, waarbij opnieuw kan worden gekeken voor welke doelgroep de opgave het meest urgent is. Met deze opgave wordt de instroom verlaagd en zorggebruik op de verkeerde plek in de keten verminderd. Daarnaast resulteert deze opgave in verbeteringsuggesties voor opgave 1 (Juiste zorg- en ondersteuningsaanbod).  
*O.b.v. oplossingsrichting D2. Afstemming en samenwerking in de keten*



Inleiding

Uitdagingen

Perspectief van inwoners

Transformaties

Vervolgopgaven & Monitoring

Randvoorwaarden

Bijlage

# Eerste aanzet werkagenda | algemene stappen en planning

## In januari 2024 starten met eerste transformaties, parallel de rest van het regioplan uitwerken

Na oplevering van dit regioplan worden de werkagenda's geconcretiseerd en (evt.) transformatiemiddelen aangevraagd in nader te vormen coalities. Hierbij leggen we de focus op de prioritaire opgaven zoals hiervoor beschreven. Voor deze opgaven is een eerste voorzet gemaakt voor de werkagenda (zie p. 51). Ook de overige transformaties en oplossingsrichtingen in dit regioplan worden verder opgepakt (bijv. ketenaanpakken direct per jan 2024 vanwege landelijke eisen).

### Algemene stappen



#### Coalitie met vertrouwen formeren

Gezond Gooi draagt zorg om een team van experts samen te brengen in een 'coalitie' waarin de regio het vertrouwen heeft om de werkagenda te concretiseren, een transformatieplan op te stellen (indien nodig), en voortgang te monitoren en rapporteren.

#### Concretiseren werkagenda

Een coalitie werkt de inhoud van het regioplan verder uit, o.a. in een werkagenda. Belangrijk uitgangspunt is dat er overzicht en verbinding is met wat er al gebeurt, het steeds duidelijk is wie verantwoordelijk is voor welke activiteit, er voldoende kennis wordt uitgewisseld en knelpunten worden besproken. Daarnaast is het van belang dat er voldoende rekening wordt gehouden met wat nodig is voor (eventuele) aanvraag transformatiemiddelen. Zie p. 52-57 voor eerste aanzet voor prioritaire opgaven



#### (Eventuele) aanvraag transformatiemiddelen

De coalitie stelt een concept transformatieplan op dat voldoet aan de randvoorwaarden (zie p. 61/62) en gestelde eisen vanuit het IZA. Deze kan in gezamenlijkheid met Gezond Gooi\* ingediend worden voor (eventuele) aanvraag van transformatiemiddelen (snelle toets is onderdeel van dit proces, waarbij het streven is dat dit een tussenversie van het transformatieplan is i.p.v. een los document)

### Globale planning

Type	Activiteiten	2024	2025	2026
<b>Zes prioritaire opgaven</b>	Coalitie met vertrouwen formeren	■		
	Finaliseren werkagenda	■	uitloop	
	(Eventuele) aanvraag van transformatiemiddelen	■	uitloop	
	Implementatie en monitoring (met evaluatie en bijsturing)			■
<b>Rest van het regioplan</b>	Formuleren opgaven en samenstellen coalities		■	uitloop
	Opstellen werkagenda		Op de planning o.a.: ketenaanpakken (zie bijlage 3)	■
	(Eventuele) aanvraag van transformatiemiddelen			■
	Implementatie en monitoring (met evaluatie en bijsturing)			■
<b>Monitoring</b>	Opzetten regionale monitoring (zie p. 58/59)	■		
	Opstellen KPI's vanuit coalitie (met hulp experts)		■	

Gezond Gooi kan een rol spelen in de afstemming tussen opgaven, borgen van samenhang en ondersteuning waar nodig. Welke rol Gezond Gooi precies inneemt wordt nader bepaald in de samenwerkingsstructuur die apart van het regioplan wordt vastgesteld. Hierin worden ook afspraken gemaakt over (eventuele) aanvraag van transformatiemiddelen



Inleiding

Uitdagingen

Perspectief van inwoners

Transformaties

Vervolgopgaven & Monitoring

Randvoorwaarden

Bijlage

# Eerste aanzet werkagenda vanaf januari 2024

Overzicht van de prioritaire opgaven en stappen voor januari 2024 (naast de algemene stappen)



Samenstellen coalitie & concretiseren werkagenda met behulp van onderstaande eerste stappen in 2024

## Opgave 1 — Juiste zorg- en ondersteuningsaanbod

### Stappen:

1. Creëren van inzicht (*afgerond Q2*)
2. Identificatie verbetertrajecten en snelle winsten (*afgerond Q2*)
3. Versterken waar noodzakelijk (*start vanaf Q2*)

## Opgave 2 — Digitalisering

### Stappen:

1. Draagvlak voor regionale aanpak (*afgerond Q1*)
2. Gezamenlijke visie (*afgerond Q1*)
3. Matchen regionale visie en systemen (*afgerond Q1*)

## Opgave 3 — Waardig ouder worden

### Stappen:

1. Formuleren inwonerreis (*afgerond Q1*)
2. Inventariseren en opschalen bestaande initiatieven (*afgerond Q2*)
3. Opstarten aanvullende initiatieven (*start vanaf Q2*)

## Opgave 4 — Wijkgericht werken

### Stappen:

1. Concept van wijkgericht werken concretiseren (*afgerond Q2*)
2. Voorloperwijken identificeren (*afgerond Q2*)
3. Opzetten van 'voorlopers' in verschillende wijken (*start vanaf Q2*)

## Opgave 5 — Aanvullende expertisenetwerken

### Stappen:

1. Concretiseren concept (*afgerond Q1*)
2. Vaststellen aanpak (*afgerond Q2*)
3. Starten pilots (*start vanaf Q2*)

## Opgave 6 — Afstemming en samenwerking in de keten

### Stappen:

1. Selecteren doelgroep (*afgerond Q1*)
2. Formuleren van doelgroepreis (*afgerond Q1*)
3. Inventariseren en opschalen bestaande initiatieven (*afgerond Q2*)



(eventuele) aanvraag transformatiemiddelen



Inleiding

Uitdagingen

Perspectief van inwoners

Transformaties

Vervolgopgaven & Monitoring

Randvoorwaarden

Bijlage

# Eerste aanzet werkagenda – Juiste zorg- en ondersteuningsaanbod

**Rationale:** Randvoorwaarde om de transformatie te realiseren is een sterk en passend aanbod van de nulde t/m de derdelijn. Met behulp gedegen inzicht starten we met verbetertrajecten gericht op o.a. efficiëntere inzet van schaarse middelen als personeel, kennis en financiën. Denk hierbij aan het mogelijk maken van nieuwe werkwijzen, ontdebellen van zorg en optimaliseren van de back office. Hierin willen we lef en durf tonen om keuzes te maken om de gewenste patronen de ruimte te geven of belemmerende patronen te doorbreken. Daarnaast kunnen andere prioritaire opgaven in verbeteruggesties resulteren.

## ▶ Samenstellen coalitie & concretiseren werkagenda

Afgerond in Q2

Start vanaf Q2

	Enkele kernvragen	Rollen en verantwoordelijkheden
<p><b>1</b></p> <p><b>Creëren van inzicht</b></p> <p>We hebben een (collectief) inzicht in onderliggende patronen die de keten beïnvloeden en wat wel en niet helpend is vanuit elkaars perspectief. Dit door zowel het gesprek met elkaar aan te gaan als gedegen analyses uit te voeren</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Welke zorg en ondersteuning is helpend en welke niet?</li> <li>• Welke ervaringen helpen om de beweging naar passende zorg en ondersteuning te maken? Denk bijv. aan gezamenlijke contract VVT-aanbieders en Zorg Dichterbij</li> <li>• Hoe kunnen deze ervaringen uitwisselen met elkaar?</li> <li>• Waar in het proces zitten er krachten en waar knelpunten?</li> <li>• Hoe creëren we inzicht vanuit data (en over de keten heen), ons houdend aan geldende wet- en regelgeving?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• N.t.b. welke sectoren, in ieder geval eerstelijns, ouderenzorg, (medische) revalidatie, medisch specialistische zorg en (cruciale) ggz.</li> </ul>
<p><b>2</b></p> <p><b>Identificatie verbetertrajecten en snelle winsten</b></p> <p>We weten waar de grootste verbetering te maken is en wat (snelle) winst op kan leveren naar passende zorg en ondersteuning</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wat zijn onze belangrijkste doelgroepen? Waar is het grootste effect te verwachten met een relatief lage inspanning?</li> <li>• Welke verbeteracties zien we? Wat is de impact hiervan? En wat zijn kansen in samenwerking om knelpunten op te lossen?</li> <li>• Welke capaciteit is hierbij nodig, wat is de beschikbaarheid en kunnen we dit slimmer organiseren?</li> <li>• Wat doen we eerst? Waar is de meeste te winst te halen met de laagste inspanning? Wat kunnen we leren door opgave 6?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Afhankelijk van geselecteerde doelgroepen moeten partijen met een rol betrokken worden</li> </ul>
<p><b>3</b></p> <p><b>Start verbetertrajecten en versterk waar nodig</b></p> <p>We weten als organisaties welke stappen we zelfstandig en in gezamenlijkheid moeten nemen om passende zorg en ondersteuning te realiseren</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hoe komen we o.b.v. deze inzichten tot een transformatieplan?</li> <li>• Wie heeft welke rol in het uitvoeren van de verbeteracties?</li> <li>• Welke veranderkundige competenties zijn gewenst en nodig per verbetertraject?</li> <li>• Hoe beleggen we de verantwoordelijkheid voor het realiseren van de verbeteracties of het versterken van aanbod?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Betrokkenen worden vastgesteld o.b.v. stap één en twee. Van belang is dat er goed gekeken wordt naar welke veranderkundige capaciteiten nodig zijn (bijv. voor het doorbreken van patronen)</li> </ul>
<p><b>+</b></p> <p><b>(eventuele) aanvraag transformatiemiddelen</b></p>		





# Eerste aanzet werkagenda – Digitalisering

**Rationale:** Randvoorwaardelijk aan de transformatie is goede gegevensuitwisseling en inzicht in het aanbod en wachttijden. Dit zodat relevante betrokkenen toegang hebben tot relevante informatie en om hen in staat te stellen de inwoner naar de juiste zorg of ondersteuning op de juiste plek te begeleiden. De realisatie van beide oplossingsrichtingen zijn nauw met elkaar verbonden, zowel inhoudelijk als technisch.

## ▶ Samenstellen coalitie\* & concretiseren werkagenda

Afgerond in Q1

	Enkele kernvragen	Rollen en verantwoordelijkheden
<p><b>1</b></p> <p><b>Draagvlak voor regionale aanpak</b> Er is bij Gezond Gooi draagvlak op onderstaande aanpak (met goedkeuring regioplan wordt deze stap genomen)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Is er binnen de regio draagvlak om onderstaande stappen te doorlopen op het gebied van digitalisering?</li> <li>Welke evt. aanscherpingen zijn er nodig om draagvlak te realiseren?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Gezond Gooi: beoordeling regioplan en daarmee al dan niet goedkeuring voor deze aanpak</li> </ul>

Afgerond in Q2

<p><b>2</b></p> <p><b>Regionale visie</b> We hebben een regionale visie op gegevensuitwisseling en digitale zorg, een eerste inzicht in de huidige situatie en een regionale ondersteuningsorganisatie om deze uit te voeren</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Wat willen we bereiken en voor welke eindgebruikers?</li> <li>Wat is onze regionale visie op het gebied van digitalisering?</li> <li>Welke SMART-doelstellingen horen hierbij?</li> <li>Welke regionale ondersteuningsorganisatie kiezen we om de ambities te realiseren (SIGRA, eigen RSO, ...)?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Coalitie digitalisering: opstellen concept ambitie en voorstel ondersteuningsorganisatie</li> <li>Gezond Gooi: vaststellen ambitie en ondersteuningsorganisatie</li> </ul>
--	---	---

<p><b>3</b></p> <p><b>Matchen regionale visie en systemen</b> We koppelen de stip op de horizon aan de beschikbare systemen, waarin regionale uniformiteit zo veel mogelijk wordt nagestreefd</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Welke syste(e)m(en) sluiten het beste aan bij ambitie?</li> <li>Wat is de balans tussen profiteren van systemen/oplossingen die al in gebruik zijn en regionale uniformiteit?</li> <li>Hoe zorgen we dat de organisaties die dat willen, aan kunnen sluiten op het gekozen systeem?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Coalitie digitalisering en ondersteuningsorganisatie: onderbouwen van voorgenomen matching tussen behoeften en wensen en syste(e)m(en)</li> <li>Gezond Gooi: meedenken en feedback geven op concept matching</li> </ul>
---	---	--

## + (eventuele) aanvraag transformatiemiddelen

\* RHOGO, de vier grote VVT's en Tergooi MC zijn logische partijen om actieve/trekkersrol in coalitie te hebben o.b.v. huidige samenwerking, daarnaast belangrijk om in ieder geval ook gemeenten, welzijn en GGZ op nader te bepalen wijze te betrekken





# Eerste aanzet werkagenda – Waardig ouder worden

**Rationale:** Op basis van het regiobeeld blijkt dat de doelgroep (kwetsbare) ouderen aandacht vraagt. Er is een directe link met het zorggebruik te zien en daarom is de urgentie hoog. Voor deze doelgroep zetten we in op transformatie A. Zelf- en samenredzame inwoner(s) en B. Krachtige gemeenschap, omdat de oplossingsrichtingen voor de doelgroep (kwetsbare) ouderen nauw samenhangen, en sluiten we aan bij C1. Wijkgericht werken als instrument voor deze opgave.

## ▶ Samenstellen coalitie\* & concretiseren werkagenda

Afgerond in Q1

1

### Formuleren van inwonerreis

We weten hoe het proces van ouder worden eruit ziet en welke onderdelen aandacht vragen

- Welke stappen in het ouder worden / de levensloop vallen onder de scope van deze opgave?
- Wat zijn, o.a. o.b.v. de eerder opgestelde visie (zie bijlage), knelpunten in deze stappen?
- Wat moeten we verbeteren om de grootste impact te maken?

### Rollen en verantwoordelijkheden

- Coalitie waardig ouder worden: opstellen inwonerreis van de doelgroep incl. impactanalyse van voorkomende knelpunten
- Organisaties Gezond Gooi: waar nodig inbreng geven op inwonerreis

Afgerond in Q2

2

### Inventariseren en opschalen bestaande initiatieven

We weten welke bestaande initiatieven de grootste impact maken voor onze doelgroep en schalen deze op

- Welke bestaande en succesvolle initiatieven zijn er op het gebied van waardig ouder worden? Wat is de impact hiervan?
- Welke initiatieven schalen we op in andere wijken/gemeenten?
- Welke effect verwachten we hiervan? Behalen we daarmee onze doelen?

- Coalitie waardig ouder worden: opstellen overzicht bestaande initiatieven, en opstellen voorstel voor op te schalen initiatieven
- Gezond Gooi: go/no go op voorstel op te schalen initiatieven
- Organisatie achter bestaande initiatieven: opstellen plan voor opschaling

Start vanaf Q2

3

### Opstarten aanvullende initiatieven

We hebben inzichtelijk waar voor deze doelgroepen initiatieven worden gemist en hoe we dit kunnen aanvullen

- Op welke onderdelen van de transformatie ondernemen we op dit moment te weinig actie? Wat zijn “witte vlekken”?
- Zijn er (inter)nationale initiatieven welke een oplossing bieden?
- Wat is er nodig om deze initiatieven naar onze regio te vertalen?

- Coalitie waardig ouder worden: opstellen plan van aanpak “witte vlekken”, o.a. o.b.v. succesvolle (inter)nationale initiatieven
- Gezond Gooi: beoordeling plan van aanpak

## + (eventuele) aanvraag transformatiemiddelen

\* Bij opstellen regioplan hebben RHOGO en VVT als bestuurlijk trekkers opgetreden, goed deze sectoren in ieder geval te betrekken bij het opstellen van de coalitie



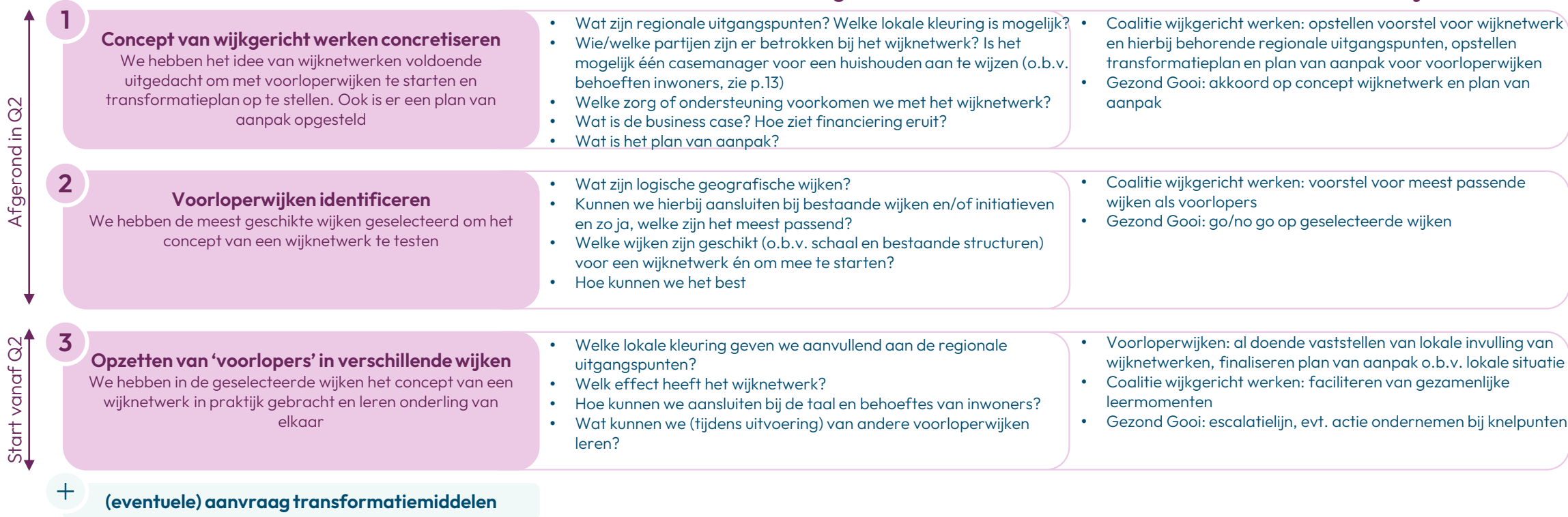
# Eerste aanzet werkagenda – Wijkgericht werken

**Rationale:** Met wijkgericht werken versterken we het zelfoplossend vermogen van de wijk en de inwoners. Dit moet er op de lange termijn toe bijdragen dat er minder gebruik hoeft te worden gemaakt van zorg en ondersteuning buiten de wijk. Daarnaast resulteert deze opgave in verbeteruggesties voor opgave 1 (Juiste zorg- en ondersteuningsaanbod).

## ▶ Samenstellen coalitie\* & concretiseren werkagenda

### Enkele kernvragen

### Rollen en verantwoordelijkheden



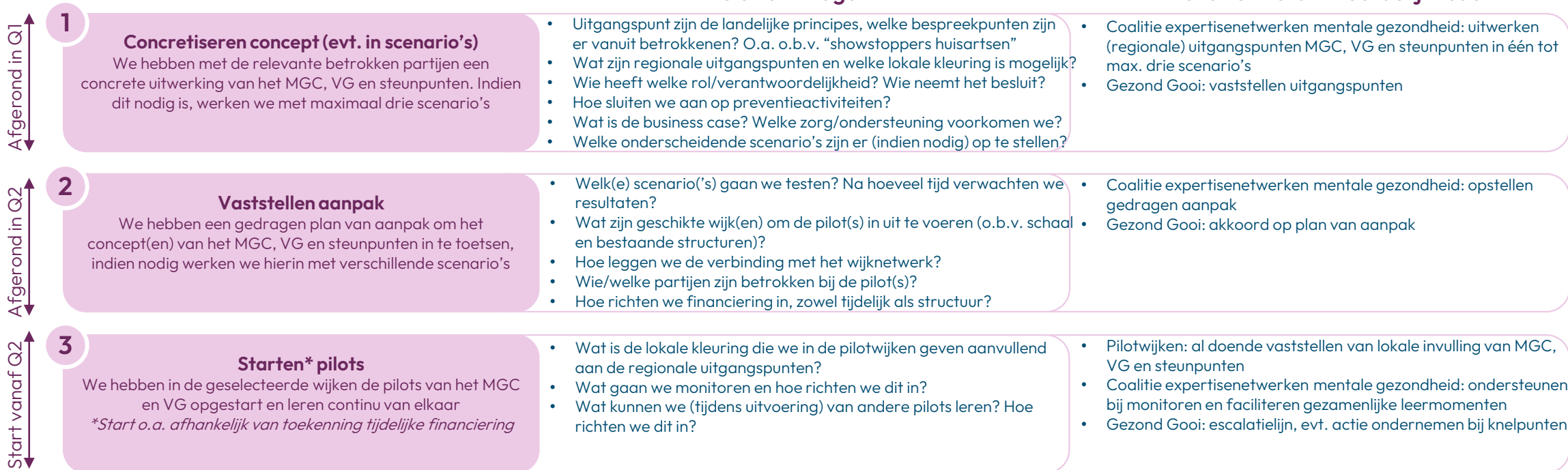
\* Bij opstellen regioplan heeft de JGGV als bestuurlijk trekker opgetreden, goed deze sector in ieder geval te betrekken bij het samenstellen van de coalitie



# Eerste aanzet werkagenda – Aanvullende expertisenetwerken

**Rationale:** Binnen het IZA is een duidelijke tijdslijn meegegeven aan het realiseren van het mentaal gezondheidscentrum en verkennend gesprek. Deze moeten per 2025 gerealiseerd zijn. Dit staat in nauw verband met laagdrempelige steunpunten. Daarom is het belangrijk vanaf januari verder te gaan met vervolgstappen hierop. Voor andere expertisenetwerken kan in januari worden gestart met het opstellen van de aanpak. Daarnaast resulteert deze opgave in verbetersuggesties voor opgave 1 (Juiste zorg- en ondersteuningsaanbod).

## ▶ Samenstellen coalitie\* & concretiseren werkagenda



## + (eventuele) aanvraag transformatiemiddelen

\* Bij opstellen regioplan heeft GGZ Centraal als bestuurlijk trekker opgetreden voor het onderdeel mentale gezondheid, omdat de eerste focus van deze opgave mentale gezondheid is, is het voor de hand liggend in ieder geval hen te betrekken bij het samenstellen van de coalitie



# Eerste aanzet werkagenda – Samenwerking in de keten

**Rationale:** Duidelijke, uniforme en ketenoverstijgende afspraken dragen sterk bij aan het werken vanuit één gezamenlijke overtuiging met een gemeenschappelijke taal en werkwijze. De aanpak hierbij richt zich op doelgroepen, waarbij opnieuw kan worden gekeken voor welke doelgroep de opgave het meest urgent is. Met deze opgave wordt de instroom verlaagd en zorggebruik op de verkeerde plek in de keten verminderd. Daarnaast resulteert deze opgave in verbeteruggesties voor opgave 1 (Juiste zorg- en ondersteuningsaanbod).

## ▶ Samenstellen coalitie & concretiseren werkagenda

### Enkele kernvragen

### Rollen en verantwoordelijkheden



## + (Eventuele) aanvraag transformatiemiddelen



Inleiding

Uitdagingen

Perspectief van inwoners

Transformaties

Vervolgopgaven & Monitoring

Randvoorwaarden

Bijlage

# Monitoring

## Gezamenlijke aanpak en organisatie voor monitoring van plannen

Monitoring is een voorwaarde om beoogde transformatie te faciliteren. Het stelt ons in staat met elkaar te leren, bijsturen of te stoppen en de impact van de veranderingen te meten. Monitoring draagt bij om gewenst gedrag aan te moedigen en is niet bedoeld om partijen te controleren of af te rekenen. De meeste plannen zijn nog te prematuur om al concrete KPI's, meetmethoden en verantwoordelijkheden vast te leggen. Daarom beschrijven we hier een gezamenlijke organisatie, aanpak en uitgangspunten (volgende pagina) voor monitoring in de regio, die we in begin 2024 verder uitwerken. Hierbij gebruiken we zoveel mogelijk de bestaande kennis, data en expertise die in de regio aanwezig is en passen ons aan naar wat er in het hele land gebeurt met monitoring.

### Organisatie

*We werken met coalities*, waarin KPI's worden opgesteld (als onderdeel van het transformatieplan), gemeten en gerapporteerd. De coalities staan dicht bij de uitvoering en kunnen de gewenste veranderingen en gedrag vertalen naar meetbare doelen, rekening houdend met draagvlak en praktische toepassing.

*We werken met een centraal regionaal expertise team*, zij ondersteunen bij het ontwikkelen van KPI's, zorgen voor consistentie in rapportage en evaluatie en zorgen ervoor dat verschillende plannen op elkaar aansluiten. Het team houdt rekening met wat er landelijk gebeurt op het gebied van monitoring (de rol van de NZa wordt nog nader bekeken). Ook zorgt dit team voor een link met het huidige of toekomstige regiobeeld. Dit team kan bestaan uit deelnemers van organisaties met ervaring in monitoring en analyses (bijv. GGD, kennishubs, Hogeschool Utrecht, verzekeraar etc.). Of en wie de opdracht geeft aan dit team moet nader regionaal bepaald worden.

### Aanpak

#### Identificatie en voorbereiding



- Concretiseer met relevante belanghebbenden de doelstellingen
- Definieer een beperkt aantal meetbare KPI's. Dit kunnen zowel (SMART-) doelstellingen zijn als onderliggende resultaat/inspannings-KPI's

#### Dataverzameling en organisatie



- Bepaal de methode voor het verzamelen van gegevens die nodig zijn om de KPI's te meten, zoveel mogelijk o.b.v. bestaande databronnen
- Wijs verantwoordelijkheden aan voor dataverzameling, analyse en rapportage en bepaal beoogde tijdslijnen voor het monitoring en rapportage

#### Monitoring en communicatie



- Ontwikkel een pragmatische manier van rapporteren van de resultaten op een begrijpelijke en toegankelijke manier
- Communiceer pragmatisch en frequent (bijv. ieder kwartaal) over de voortgang en resultaten naar alle belanghebbenden

#### Evaluatie en bijsturing



- Spreek concrete vervolgacties op in het geval een KPI niet gehaald wordt
- Plan momenten voor periodieke evaluatie (bijv. jaarlijks) om de gekozen KPI's en de monitoringaanpak te beoordelen. Pas de aanpak aan op basis van evaluatieresultaten

*Inrichten van de organisatie en stap 1 van de aanpak moeten onderdeel zijn van het transformatieplan en worden daarom uitgewerkt in H1 2024*



# Monitoring

We maken gebruik van een aantal uitgangspunten op inhoud, proces en mens

## Inhoud



Overkoepelend is het van belang dat er integraal gekeken wat het effect van een plan is op de algehele **zorginzet** van medewerkers in de zorg en ondersteuning



Gebruik zoveel mogelijk **beschikbare data** (openbare of data en bronnen zoals bijv. de gemeentespiegel) voor het meten van een KPI. Een KPI mag niet tot extra registratielast leiden.



Denk na over **inspanning KPI's en resultaat KPI's** op korte termijn en langere termijn en scherp aan na afloop. Inspanning KPI's hebben vaak een kortere tijdslijn (bv jaar) dan een resultaat KPI). Maak ook gebruik van **kwalitatieve KPI's**, zoals een (narratieve) beleving van inwoners



Focus op een aantal realistische en meetbare KPI's die bijdragen aan het halen van deze doelstellingen en **SMART** zijn opgesteld

## Proces



Idealiter wordt elk **kwartaal** de voortgang gedeeld zodat tijdig bijgestuurd kan worden en er aandacht/ focus blijft. Spreek duidelijke datums af waarop de voortgang op de monitor wordt 'uitgelezen'



Maak zoveel mogelijk gebruik van **bestaande methoden** om KPI's in te zetten om te leren en verbeteren (denk aan methode omschreven in kwaliteitskompas van Movisie)



**Evalueer jaarlijks** of een KPI herijkt moet worden, bijv. als blijkt dat het niet mogelijk was om op voorhand een realistische KPI op te stellen



Spreek **concrete vervolgacties** op in het geval een KPI niet gehaald wordt. Dit houdt minimaal in dat er een partij aangewezen is als verantwoordelijke voor de opgestelde de monitor

## Mens



Er is **draagvlak in de praktijk** voor de KPI. Zorg dat de inhoudelijke trekkers en de partijen die betrokken zijn bij het opstellen van het regioplan helpen bij het opstellen van een KPI, inclusief ZK en de gemeente(n)



Het is vooraf duidelijk wie **verantwoordelijk** is voor het meten, monitoren en rapporteren van een KPI.



KPI's dragen bij aan het **leerproces** om een transitie te bewerkstelligen.



De **voortgang op de KPI's** worden met betrokken partijen in de regio en de gedeeld De regio kan eventueel zelf beslissen om het breder of openbaar te delen



# Randvoorwaarden





# Randvoorwaarden

## Om gezamenlijk de beoogde beweging in te zetten



### Passende financiering, bekostiging en verevening

Effectief gebruik en verdeling van transformatiegelden uit diverse bronnen zoals het IZA en WOZO met heldere afspraken. Naast deze tijdelijke financiële middelen, zetten financiers zich (mogelijk met een financiersoverleg), waar van toepassing, gezamenlijk in om structurele financiering mogelijk te maken.



### Behouden en ontwikkelen van professionals

Borgen van de juiste competenties en handvaten om de beweging van ziekte en zorg om te zetten naar gezondheid en gedrag en stimuleren om te werken vanuit dit uitgangspunt. Gaat ook over duurzame en effectieve inzetbaarheid van personeel realiseren.



### Zicht op bestaande aanbod en lokale situatie

Zo veel mogelijk aansluiten bij dat wat er al is, lokaal, regionaal, nationaal en internationaal. Inzicht in welke zorg, ondersteuning en zelfhulp er al is in de wijk door middel van huidige systeem en krachten van inwoners te bekijken.



### Gezamenlijke lobby

Wanneer de partijen in de Gooi en Vechtstreek tegen landelijke wetten en regelgeving botsen die de gewenste transformatie belemmert of zelfs onmogelijk maakt, wordt dit geadresseerd in een gezamenlijke lobby.



### Betrokkenheid van inwoners en patiënten

Het is essentieel dat inwoners en patiënten eigenaar zijn en de ruimte krijgen om het zelf te doen (met juiste ondersteuning). Dit vraagt om de vertaalslag wat er concreet gaat veranderen en actieve betrokkenheid van inwoners en patiënten bij het concretiseren van plannen.



### Communicatie en marketing

We willen professionals, inwoners en betrokkenen informeren en activeren met betrekking tot de ontwikkelingen die we doormaken rondom de realisatie van de beweging en onze gedeelde overtuiging. Dit doen we door een herkenbare communicatiestrategie afgestemd op de doelgroep.



### Stoppen bestaande initiatieven

We zijn ons er van bewust dat we bepaalde initiatieven moeten beëindigen, om zo noodzakelijke capaciteit en middelen vrij te kunnen maken voor de ontwikkeling en implementatie van nieuwe, mogelijk meer effectieve initiatieven.



### Regionale samenwerking

Betrokkenheid en instemming van partijen die een centrale rol spelen in het realiseren van de transformatie is cruciaal. Parallel aan het opstellen van het regioplan is er gewerkt aan de governancestructuur voor Gezond Gooi dat in eerste instantie focust op effectieve realisatie van het regioplan.



### Starten met pilots en proeftuinen

Klein starten en successen vieren zijn belangrijk om de vaart en energie te behouden. Ook maakt dit het uittesten van nieuwe initiatieven laagdrempeliger en kan de impact inzichtelijk worden gemaakt. Bovendien is het belangrijk om succesvolle initiatieven op te schalen en deze met trots te kopiëren naar andere wijken.



### Digitalisering en gegevensuitwisseling

Een randvoorwaarde die genoemd is bij meerdere transformaties, bijv. rondom communicatie en gegevensuitwisseling tussen en met inwoner en zorgverleners, of een gezamenlijk dossier van de verschillende disciplines of inzet van juiste technologie om passende zorg te realiseren.

*Uitgewerkt in Transformatie E: Mogelijk maken van de beweging (zie p. 37-43)*



Inleiding

Uitdagingen

Perspectief van inwoners

Transformaties

Vervolgopgaven & Monitoring

Randvoorwaarden

Bijlage

# Randvoorwaarden

## Om gezamenlijk draagvlak voor transformatieplannen te realiseren



### Positieve businesscase

Er is sprake van een positieve (maatschappelijke) businesscase waaruit blijkt op welke wijze de transformatie gaat bijdragen aan passende zorg en/of andere IZA-doelen (waaronder kwaliteit van zorg) en aan de in het IZA genoemde doelgroepen en resultaten.



### Impactanalyse op zorgkwaliteit en toegankelijkheid

Er wordt met de betrokken partijen een zorgvuldige impactanalyse gemaakt voor de voorzienbare effecten van het transformatieplan op (waar van toepassing):

- Inwoners (kwaliteit, veiligheid en toegankelijkheid van zorg)
- Betrokken van zorgaanbieders (o.a. bedrijfsvoering, personeel, ICT- en andere en infrastructuur en vastgoed)
- De rest van de zorgketen (dit zijn zorgaanbieders die niet direct betrokken zijn bij de opgave(n))

Daarbij wordt het regioplan gezien in een bredere context, waaronder bijv. regionale en landelijke afspraken met als doel om de toegankelijkheid, kwaliteit, betaalbaarheid van zorg inclusief behouden en ontzorgen van zorgprofessionals te borgen.



### Financiering van kostenstijgingen

Kostenstijgingen voortkomend uit de transformatieplannen in het sociaal domein worden gedurende de transformatieperiode vergoed vanuit incidentele transformatiemiddelen en niet vanuit eigen middelen van de gemeente.



### Gezamenlijke verantwoordelijkheid financiering

Als het gedurende de implementatie van een verder succesvol transformatieplan niet lukt om tot structurele financiering te komen, dan voelen de financiers (zorgverzekeraars, zorgkantoor en gemeenten) zich gezamenlijk verantwoordelijk om tot een regionale oplossing te komen. Als dat niet lukt dan trekken partijen gezamenlijk op richting landelijke beleidsmakers. Als het uiteindelijk niet lukt om tot structurele financiering te komen dan kan de consequentie zijn dat de ingezette transformatie stopt. Ook dat besluit proberen partijen zoveel mogelijk gezamenlijk te nemen en uit te dragen.



### Toekenning individuele voorzieningen

Gemeenten blijven zelf verantwoordelijk voor de toekenning van individuele voorzieningen (18+).



### Afstemming met gemeentelijke kaders

Het regioplan betekent geen radiaal andere inzet vanuit gemeenten. De afspraken in het regioplan sluiten aan bij de door de gemeenteraden vastgestelde kaders. Echter, transformatie betekent ook echt wezenlijk dingen anders doen. Mogelijk vraagt dit van gemeenten om aanpassingen in het beleid en gemeentelijke kaders. Indien dit aan de orde is dan zullen de gemeenteraden in een vroeg stadium worden meegenomen in de beeldvorming zodat vervolgens besluitvorming kan plaatsvinden door de gemeenteraden.



# Bijlagen

1. Afkortingen
2. Begrippenlijst
3. Eerste aanzet werkagenda ketenaanpakken
4. Aanvullende uitwerking werkgroep Mentale Gezondheid
  - a) Mentale Gezondheidscentra (MGC)
  - b) Verkennend Gesprek
  - c) Integrale zorg en ondersteuning EPA-groep
  - d) Verbeterde instroom
  - e) Verbeterde doorstroom
  - f) Verbeterde uitstroom
5. Werkgroep Acute Zorg
  - a) Verdieping Acute Zorg
  - b) Verdieping Zorgcoördinatiecentrum/ -hub
  - c) Verbindingspotentieel Acute Zorg (TAZK) met Gezond Gooi
6. Visieplaat Gezond ouder worden



# Bijlage 1 | Afkortingen

<b>ACP-i</b>	Advance Care Planning Internaliseren	<b>LSP</b>	Landelijk Schakelpunt
<b>ADHD</b>	Attention Deficit Hyperactivity Disorder	<b>MGC</b>	Mentaal Gezondheidscentrum
<b>ANW</b>	Avond-, nacht- en weekenddienst	<b>MIS</b>	Multidisciplinaire Interprofessionele Samenwerking
<b>ASS</b>	Autismespectrumstoornissen	<b>MTO</b>	Multidisciplinaire Tijdelijke Opvang
<b>AVG</b>	Algemene verordening gegevensbescherming	<b>PGO</b>	Persoonlijke Gezondheidsomgeving
<b>b-ggz</b>	Basis ggz	<b>PZP</b>	Proactieve Zorgplanning
<b>EPA</b>	Ernstig Psychische Aandoeningen	<b>SEH</b>	Spoed Eisende Hulp
<b>EPD</b>	Elektronisch Patiënten Dossier	<b>SES</b>	Sociaal-Economische-Status
<b>FACT</b>	Flexible Assertive Community Treatment	<b>s-ggz</b>	Specialistische ggz
<b>GALA</b>	Gezond en Actief Leven Akkoord	<b>UWV</b>	Uitvoeringsinstituut Werknemersverzekeringen
<b>ggz</b>	Geestelijke gezondheidszorg	<b>VG</b>	Verkendend Gesprek
<b>HA</b>	Huisarts	<b>VVT</b>	Verpleeg-, Verzorgingshuizen en Thuiszorg
<b>HAP</b>	Huisartsenpost	<b>Wlz</b>	Wet langdurige zorg
<b>IC</b>	Intensive Care	<b>Wmo</b>	Wet Maatschappelijke Ondersteuning
<b>ICT</b>	Informatie- en communicatietechnologie	<b>WOZO</b>	Programma Wonen, Ondersteuning en Zorg Ouderen
<b>IZA</b>	Integraal Zorg Akkoord	<b>Zvw</b>	Zorgverzekeringswet
<b>KPI</b>	Key Performer Indicator		
<b>LP</b>	Leidende Principes		



# Bijlage 2 | Begrippenlijst (1/2)

**Blue zones:** specifieke gebieden in de wereld waar mensen gemiddeld langer en gezonder leven

**Community building:** het opbouwen en onderhouden van sterke en veerkrachtige gemeenschappen door middel van samenwerking en gedeelde activiteiten, dit versterkt de sociale cohesie

**De-medicaliseren:** problemen worden niet of minder als een medisch probleem gezien, problemen niet altijd om een diagnose of medische behandeling, de nadruk komt hierdoor meer op andere vormen van ondersteuning en samenredzaamheid te liggen

**Derdelijnszorg:** zorg in academische ziekenhuizen en specialistische verwijscentra. Patiënten met zeldzame aandoeningen worden hier door de huisarts of een tweedelijnspecialist naar verwezen

**Domeinoverstijgend:** een aanpak die de grenzen van verschillende vakgebieden, sectoren en domeinen overstijgt

**Eerstelijnszorg:** zorg waar inwoners zonder verwijzing en op eigen initiatief naartoe kunnen. Naast de huisartsenzorg vallen bijv. ook de fysiotherapeut, wijkverpleegkundige en verloskundigen onder de eerstelijnszorg

**Expertise netwerk:** teams die zich richten op een specifieke of complexe hulpvragen van inwoners. Inwoners kunnen direct of via bijv. het wijknetwerk bij zo'n expertisenetwerk terecht komen

**Formele zorg en ondersteuning:** officieel ingerichte, gereguleerde en betaalde zorgverlening en ondersteuning

**Functiebehoud:** bij hulpvragen staan de lichamelijke, mentale en sociale functies centraal. Er wordt ingezet op het behoud van deze functies in plaats van op het genezen van een diagnose

**Gemeenschappelijke taal en werkwijze:** iedere zorg- of hulpverlener gaat op dezelfde manier om met dezelfde hulpvragen en communiceert hier duidelijk en hetzelfde over naar inwoners en andere professionals

**Gezond Gooi:** regionaal samenwerkingsorgaan tussen bestuurders en wethouders vanuit gemeentelijke en medische sectoren in de regio Gooi en Vechtstreek

**Informele zorg en ondersteuning:** vaak onbetaalde zorg en ondersteuning door mantelzorgers of door andere vrijwilligers

**Ketenaanpak:** een geïntegreerde aanpak waarbij verschillende domeinen en sectoren samenwerken om een (vaak veelvoorkomend) probleem te voorkomen

**Mentaal gezondheidscentrum (MGC):** een duurzaam samenwerkingsverband in de regio tussen verschillende domeinen voor inwoners met (lichte) psychische klachten en/of problemen op andere levensdomeinen

**Normaliseren:** tegenvallers en problemen op fysiek, mentaal en sociaal gebied die bij het leven horen en dus niet altijd (met zorg) opgelost hoeven te worden

**Nuldelijnszorg:** zorg die geleverd wordt door mantelzorgers, vrijwilligers en familie

**Ondersteuning van en door gelijkgestemden:** hulp en steun die inwoners ontvangen van en bieden aan anderen binnen hun gemeenschap die vergelijkbare situaties hebben meegemaakt.

**Passende zorg/ondersteuning:** zorg/ondersteuning die op de juiste plek door de juiste professional wordt geboden en afgestemd is op de behoeften en omstandigheden van de inwoner

**Positieve Gezondheid:** een benadering die niet de ziekte, maar een betekenisvol leven van mensen centraal stelt. De nadruk ligt op veerkracht, eigen regie en het aanpassingsvermogen van de mens en niet op de beperkingen of ziekte zelf



# Bijlage 2 | Begrippenlijst (2/2)

**Proactieve zorgplanning (PZP):** het proces van in gesprek gaan, vooruit denken, plannen en organiseren van gewenste passende zorg op een manier die proactief inspeelt op toekomstige behoeften en wensen van de inwoner

**Reablement:** (volgens Deens model) een aanpak gericht op het verbeteren of behouden van zelfstandigheid door het aanleren van vaardigheden. Het uitgangspunt is: zoveel mogelijk en zo lang mogelijk (weer) zelf blijven doen

**Samenredzaamheid:** het vermogen van inwoners om met uitdagingen om te gaan, voor zichzelf te zorgen en zelfstandig beslissingen te nemen, of wanneer dat nodig is een beroep te doen op het eigen netwerk en zo gezamenlijk een antwoord te bieden op hulpvragen

**Sociaal domein:** een overkoepelende term voor alle organisaties, diensten en faciliteiten die mensen ondersteunen en de levenskwaliteit verbeteren. Het omvat onder andere zorg, welzijn, onderwijs, gezondheidszorg en opvoeding. Onder de noemer 'sociaal domein' zet de gemeente zich in voor werk, participatie, zelfredzaamheid, zorg en jeugd, in overeenstemming met wetten zoals de Wmo 2015, Participatiewet, Jeugdwet, Wet gemeentelijke schuldhulpverlening en de Nieuwe Wet inburgering.

**Sociale basis:** onderdeel van het sociaal domein. Het geheel van informele sociale verbanden (buurten, groepen, verenigingen, netwerken, gezinnen) aangevuld en ondersteund vanuit de lokale overheid, organisaties, diensten en voorzieningen, die het mogelijk maakt dat inwoners de mogelijkheden hebben om te participeren in sociale relaties op een manier die hun welzijn, capaciteiten en individueel potentieel verbetert (sterke beleidsinterventies, sterke sociale basis)

**Tweedelijnszorg:** zorg waarvoor je een verwijzing nodig hebt, bijv. de huisarts, tandarts, ziekenhuis of geestelijke gezondheidszorg

**Van ziekte en zorg naar gezondheid en gedrag:** een verschuiving in focus van het zorgen voor en behandelen van ziekten naar het stimuleren van preventief gedrag en een gezonde levensstijl.

**Verkennd Gesprek (VG):** een gesprek waarin hulpvragen worden verhelderd en persoonlijke en externe hulpbronnen worden geïdentificeerd. Indien nodig worden vervolgstappen gezamenlijk gefaciliteerd. Dit is géén intakegesprek. Het legt de basis voor een persoonlijke aanpak en verbindt waar nodig met passende overbruggingsondersteuning binnen het MGC

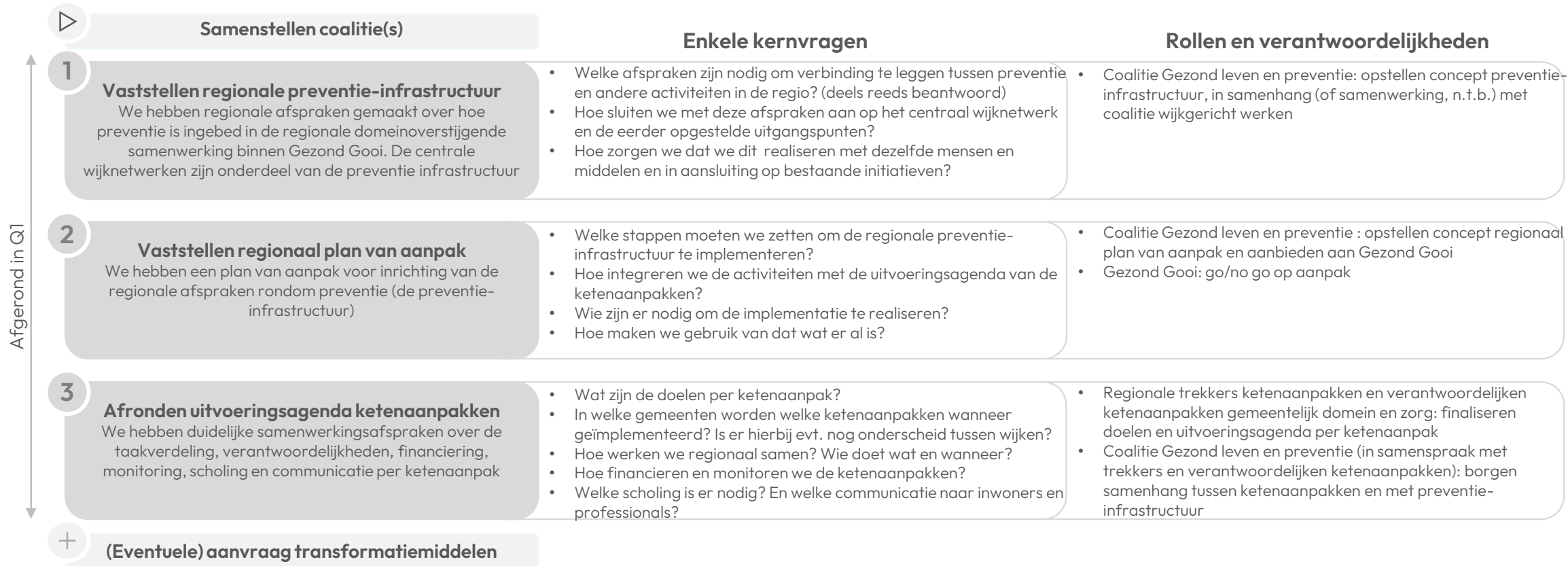
**Wijknetwerk:** een sterk en samenhangend netwerk van (in)formele zorg- en ondersteunings-professionals dat in de wijk is georganiseerd. Hier wordt samen met inwoners gekeken naar passende oplossingen voor hulpvragen. Het netwerk beschikt over uitgebreide kennis van zowel formele als informele zorg en ondersteuning, op het gebied van preventie, welzijn en zorg

**Zelfregie:** het vermogen en de vrijheid van inwoners om controle te houden over hun eigen leven en hierin eigen keuzes te maken



# Bijlage 3 | Eerste aanzet werkagenda - ketenaanpakken

**Rationale:** in het IZA is vastgesteld dat de preventie-infrastructuur per 1 januari 2025 is ingericht. Daarnaast streven we ernaar dat binnen de regio elke ketenaanpak de methodiek met duidelijke afspraken en meetbare doelstellingen zo uniform mogelijk wordt uitgevoerd. De coördinatie hiervan gebeurt via de preventie-infrastructuur. Voor iedere ketenaanpak wordt een uitvoeringsagenda opgesteld, afronding en besluitvorming hiervan vindt plaats in Q1 2024.



# Bijlage 4a | Verdieping IZA werkgroep | MGC

**Doel:** inwoners met psychische kwetsbaarheid en hun naasten ondersteunen in hun herstelproces. Zij krijgen snel en adequaat hulp, wat leidt tot tijdige en passende zorg en ondersteuning. Dit voorkomt escalatie van problemen en onnodige toestroom naar de ggz. Door de samenwerking tussen sociaal domein, huisartsen en ggz verbetert de toegankelijkheid tot zorg en ondersteuning, wat bijdraagt aan betere mentale gezondheid en kortere wachttijden in de ggz.

## Toelichting

Het MGC is een duurzaam samenwerkingsverband in een regio tussen sociaal domein, huisartsen en ggz voor mensen met psychische klachten en/of met problemen op andere levensdomeinen. Partners voelen zich gezamenlijk verantwoordelijk voor het bieden van ondersteuning van deze inwoners en het realiseren van de doelstelling, met een focus op herstelgericht werken. Het MGC fungeert als een centraal knooppunt dat niet alleen zorg coördineert, maar ook inzet op ondersteunende diensten in samenwerking met **lokale steunpunten**

## Doelgroep

Individen en hun naasten met (lichte) psychische ongemakken en bijkomende uitdagingen in andere levensgebieden, waarbij interventies van HA, sociaal domein of ggz afzonderlijk tekortschieten. Dit betreft zowel personen in behandeling bij de ggz als degenen zonder behandeling. Het MGC richt zich ook op personen bij wie de HA psychische problemen vermoedt zonder een duidelijke diagnose.

## Aanpak

Er zijn landelijk leidende principes opgesteld die de basis vormen voor het MGC. We sluiten aan bij de uitgangspunten en activiteiten zoals onderstaand benoemd, die we in het vervolg definitief willen vaststellen en uitwerken in de regio. Hierbij is het ook van belang dat de rollen en verantwoordelijkheden en de route nader worden uitgewerkt. Een vraag die speelt is bijv.: is toegang mogelijk via een verwijzing van de huisarts of kan men ook zonder verwijzing direct toegang krijgen?

Uitgangspunten leidende principes

1. Ondersteuning voor uitdagingen binnen het MGC zijn zowel binnen als buiten de ggz te vinden, met de nadruk op het zoeken naar oplossingen buiten de ggz, zoals bij laagdrempelige ondersteuningsmogelijkheden, preventief aanbod en eigen verantwoordelijkheid
2. Vanuit de ondersteuning en zorg binnen het MGC zoeken we een oplossing die herstel-, doel-, en wijkgericht is en waar de inwoner de eigen regie behoudt

Verder worden de 'showstoppers' die door LHV zijn geformuleerd meegenomen als verdere uitwerkingen van de leidende principes

Activiteiten leidende principes:

- Verkennend Gesprek (VG): zie *uitwerking VG*
- Transfermechanisme
- Informatievoorziening – inzicht in diversiteit aanbod en wachttijden
- Domeinoverstijgend casusoverleg (optioneel)

## Randvoorwaarden

- Duidelijke en optimistische afspraken met zorgverzekeraars over betaaltitels en andere benodigde faciliterende financiering, die landelijk geformuleerd moeten worden (NZA e.d.)
- We sluiten aan bij landelijke uitgangspunten en financieringssystematiek

## Status en vervolgstappen

- Vaststellen uitgangspunten, activiteiten, rollen, verantwoordelijkheden en route binnen het MGC
- Vaststellen fysiek, digitaal of hybride MGC
- Borgen van samenhang met centraal wijknetwerk en steunpunten in de wijk
- Opstarten van regionale samenwerking rondom digitaal inzicht in het aanbod en wachttijsten. Het is nog nader te bepalen welke inbedding dit krijgt binnen het MGC
- Verkennen samenwerking sociaal domein bij capaciteitsvraagstuk





# Bijlage 4b | Verdieping IZA werkgroep | VG

**Doel:** De inwoner wordt gehoord en effectief naar passende zorg en ondersteuning begeleid, op de juiste plek. Dit gebeurt door enerzijds de eigen kracht en mogelijkheden van de inwoner en zijn netwerk te activeren voor het bevorderen van mentaal welzijn en anderzijds door nauwgezet de benodigde ondersteuning te identificeren. Het VG is geen intakeprocedure, maar een dialoog die bijdraagt aan het versterken van de zelfredzaamheid en weerbaarheid van de inwoner, waarbij de inwoner eigen regie behoudt.

## Toelichting

Het VG richt zich op het verhelderen van de hulpvragen, het identificeren van persoonlijke en externe hulpbronnen, en (indien nodig) het gezamenlijk faciliteren van de juiste vervolgstappen binnen het zorg- en ondersteuningslandschap. Het VG legt de basis voor een persoonlijke aanpak en verbindt waar nodig met passende overbruggingsondersteuning binnen het MGC, bijv. het organiseren van lotgenotencontact en groepen waar de nadruk ligt op gehoord worden.

## Doelgroep

Volwassenen die kampen met een mentale gezondheidsvraag waarvan de aard of oplossingsrichting niet direct duidelijk is

## Aanpak

Ook voor het VG zijn er landelijk leidende principes opgesteld, die we in het vervolg definitief willen vaststellen en uitwerken in de regio.

Uitgangspunten leidende principes

1. Het VG vindt plaats binnen de digitale omgeving van het MGC. Wanneer passend bij cliënt kan voor een fysiek gesprek worden gekozen.
2. In het VG wordt, waar van toepassing, de hulp- en/of ondersteuningsvraag vanuit vier perspectieven bekeken:
  - De cliënt en zijn/haar naaste(n)
  - Ervaringsdeskundigheid
  - Ggz (inclusief verslavingsexpertise)
  - Sociaal domein

Dit betekent niet dat bij elk VG deze vier perspectieven aanwezig zijn, deze expertise zit in het team dat het VG uitvoert.

In de leidende principes zijn resultaten van het VG opgesteld, in het vervolg moeten deze verder worden aangescherpt en gevalideerd (ook gebruik makend van de 'showstoppers die door LHV zijn geformuleerd):

- Een advies aan de huisarts, en in elk geval afspraken die vanuit gelijkwaardigheid zijn gemaakt. Deze afspraken krijgen opvolging en zijn beschreven in begrijpelijk taal voor de inwoner (wat deze afspraken precies inhouden wordt regionaal bepaald, zie leidende principes voor wat deze afspraken in kunnen houden)
- Afspraken over wat de inwoner op korte en langere termijn (als er een wachtlijst is) nodig heeft aan steun en welke aanbieder de passende ondersteuning gaat verlenen.
- De aanbieder voor de best passende ondersteuning heeft aangegeven de inwoner in ondersteuning te willen nemen en de verwijzing/ indicatiestelling is een formaliteit. Hiervoor is mogelijk overleg nodig tussen netwerkpartners.

## Randvoorwaarden

- Professionals zijn opgeleid in het voeren van het VG en op de hoogte van beschikbare hulp en (preventief) ondersteuningsaanbod
- Financiering is faciliterend aan het behalen van de doelen en sluit aan bij de verantwoordelijkheden
- Passende gegevensuitwisseling (zie vervolgstappen)

## Status en vervolgstappen

- Definitief vaststellen wat de resultaten van het verkennend gesprek moeten worden
- Bepalen welke implicaties dit heeft voor rollen en verantwoordelijkheden, maar ook voor de financieringsstructuur
- Evalueren van de pilots met gemeenschappelijke criteria
- Ontwerpen van de opleiding van VG-gesprekken
- In kaart brengen welke gegevens beschikbaar moeten zijn voor het VG, dit meegeven aan regionale samenwerking (zie MGC)



# Bijlage 4c | Verdieping IZA werkgroep | mensen met EPA

**Doel:** flexibele en geïntegreerde zorg- en ondersteuningsstructuur bieden voor mensen met ernstige psychiatrische aandoeningen (EPA), om stabiliteit te handhaven en escalatie of verergering van hun aandoening te voorkomen. Het leidt tot kortere behandelingen, verlaagt de werkdruk en verhoogt het werkplezier, terwijl het de samenwerking tussen zorgverleners versterkt, wat essentieel is voor effectieve ondersteuning.

**Subdoelstelling:** integrale ondersteuning op wijkniveau door één team & continue netwerkzorg door verschillende (in)formele expertises met wisselende intensiteit (ten minste “waakvlamcontact”)

## Toelichting

Voor mensen met EPA is het passend om met één integraal herstelplan te werken. Dit wordt opgesteld vanuit één, voor mensen met EPA specifieke werkwijze. Daarnaast is het belangrijk om de zelfredzaamheid en vertrouwen in eigen kunnen van de cliënt te bevorderen, om zo de afhankelijkheid van ondersteuning te verminderen.

## Doelgroep

Mensen met EPA :

- Die ondersteuning of behandeling nodig hebben en aanzienlijke beperkingen hebben in hun sociaal en/of maatschappelijk functioneren, veroorzaakt door psychische problemen
- Waarbij de aandoening niet tijdelijk is en een gecoördineerde ondersteuning van zorgnetwerken of professionals om het zorgplan uit te voeren vereist is

## Aanpak

### Initiatief 1: FACT+ gebiedsteam (gebaseerd op Friese-aanpak)

Een ambulante EPA-team, (niet exclusief) verantwoordelijk voor een n.t.b. gebied, voert een integrale intake uit, ontwikkelt een herstelplan en werkt in een gezamenlijk dossier. Ook ontwikkelen ze een gezamenlijke visie en werkwijze in herstelgericht werken. Dit team (n.t.b. wie precies), in Friesland bestaande uit sociaal domein, ggz en verslavingszorg, werkt samen met UWV en ambulante zorg, en is verbonden met ervaringsdeskundigen, steunpunten, herstelcentra en het netwerk van de cliënt. Deze samenstelling is vergelijkbaar met huidige FACT-teams. De teamleden blijven in dienst bij hun eigen organisatie en ondersteunen cliënten naar zelfstandigheid, rekening houdend met hun wensen en beslissingen over zorg afschaling.

### Initiatief 2: steunpunten en herstelcentra (nader uit te werken)

Over vijf jaar een landelijk dekkende steunpunten en herstelcentra (zoals herstel- en zelfregiecentra) voor m.n. mensen met EPA is een randvoorwaarde vanuit het IZA. Hier is in de werkgroep geen specifieke aandacht aan besteedt, in de regio lopen hier wel initiatieven op. Hier is wellicht een nader te bepalen rol voor het MGC weggelegd.

*Extra aandacht voor 'zorgmijders' is belangrijk, hoewel dit momenteel geen specifieke focus krijgt. De intensievere samenwerking tussen sociaal domein en zorg helpt bij het sneller identificeren van deze groep. Dit draagt bij aan het voorkomen van het uit beeld raken bij verergerende klachten, ondersteund door 'waakvlamcontact'.*

## Randvoorwaarden

- Voor succesvolle, integrale samenwerking is het belangrijk dat het team van alle deelnemende domeinen is en ook hiervandaan wordt gemanaged
- De verantwoordelijkheid en doorzettingsmandaat wordt direct binnen het team belegd

## Status en vervolgstappen

- Vaststellen welke randvoorwaarden ingevuld moeten worden om FACT+ team te realiseren
- Opstellen werkwijze, waarbij focus ligt op de regionale beweging van positieve gezondheid en van ziekte en zorg naar gezondheid en gedrag
- Bepalen wat voor rol er voor het MGC weggelegd is voor mensen met EPA.
- Afstemmen met veiligheidsregio om zorg-veiligheid integratie en dubbel werk te voorkomen.



# Bijlage 4d | Verdieping IZA werkgroep | Verbeterde instroom

**Doel:** inwoners krijgen ondersteuning om zelf de regie te houden en ontvangen alleen hulp (instroom) wanneer dat noodzakelijk is, bepaald door gezamenlijke evaluatie tussen ggz en sociaal domein, waardoor wachttijden worden verkort en tegelijkertijd escalatie van psychische problematiek wordt voorkomen. Het beschikbare ondersteuningsaanbod is inzichtelijk en wordt optimaal ingezet, ook bijbehorende wachttijden zijn inzichtelijk.

## Toelichting

We realiseren een efficiënt en transparant instroomproces dat indien nodig tijdige en professionele ondersteuning of zorg waarborgt voor cliënten. Daarnaast richten we ons op het beperken van de instroom, door het versterken van eigen regie, en passende begeleiding tijdens wachttijden. Hierin is mogelijk een rol voor het mentale gezondheidscentrum weggelegd, deze is nader vast te stellen o.b.v. de uitwerking van het MGC.

## Doelgroep

Alle inwoners (en hun naasten), ook degene die (nog) niet in een behandeltraject zitten.

## Aanpak

✓ **Subdoelstelling 1:** doorlooptijd van verwijzing tot behandeling verkorten door organisatorische barrières te elimineren. Hierdoor worden cliënten sneller geholpen daar waar plek is, en ontstaan er minder interne wachtlijsten.

### Initiatieven:

1. Doorzettingsmandaat om cliënten behandelingen of trainingen (eHealth) aan te kunnen bieden, ook als deze niet direct beschikbaar zijn binnen de eigen organisatie (n.t.b. wie dit mandaat moet krijgen)
2. Inzicht in het totale vraag aanbod van aanbod creëren, incl. wachttijden, zodat effectief kan worden verwezen
3. Analyse van het beschikbare aanbod en wachttijden om vast te stellen of het aanbod aansluit bij de vraag: is er specifiek aanbod dat wordt gemist of in overvloed aanwezig is?

✓ **Subdoelstelling 2:** verfijnen van de beoordelingscriteria om specifieke ggz ondersteuning te onderscheiden, ter vermindering van onnodige ggz instroom.

### Initiatieven:

1. Campagne gericht op het verhelderen van de grens tussen alledaagse mentale uitdagingen en klinische ggz, o.a. door school-educatie en community building.

✓ **Subdoelstelling 3:** huisartsen ondersteunen met de juiste middelen gedurende de wachttijd

### Initiatieven:

- Goede alternatieven ter overbrugging of inloopsteunpunten waar cliënten terecht kunnen.

*NB: in de aanpak om de instroom te verbeteren is nadrukkelijk een nader te bepalen, maar niet uitsluitend een rol weggelegd voor het MGC*

## Randvoorwaarden

- *Nader te bepalen*

## Status en vervolgstappen

- Opstellen randvoorwaarden aan VG over verwijzing: kan er meteen doorverwezen worden of moet het via de huisarts?
- Vaststellen welke rol MGC kan spelen in het verbeteren van de instroom, incl. het ondersteunen van de huisarts tijdens wachttijden
- Aansluiten bij regionale initiatieven om het (ondersteunings-) aanbod digitaal inzichtelijk te maken



# Bijlage 4e | Verdieping IZA werkgroep | Verbeterde doorstroom

**Doel:** waarborgen van een efficiënte doorstroom van cliënten binnen en tussen zorginstellingen wat resulteert in minder interne en externe wachlijsten voor vervolghulp. Coördinatie en informatieoverdracht tussen huisartsen, ggz-professionals en andere zorgverleners verloopt gemakkelijk en effectief, zodat de continuïteit van ondersteuning verbeterd en problemen tijdens (multidisciplinair) behandelingstrajecten worden verminderd.

## Toelichting

De verbeterde doorstroom is niet alleen gericht op efficiëntie maar ook op het versterken van het behouden van eigen regie en herstelgericht behandelen. Hierbij dagen behandelaars elkaar regelmatig uit over de noodzaak van voortgezette zorg, gericht op het versterken van herstel en het verminderen van onnodige behandelduur.

## Doelgroep

Alle inwoners (en hun naasten) die in het behandeltraject in de ggz zitten

## Aanpak

✓ **Subdoelstelling 1:** bewustzijn bij cliënt en zorgverlener verhogen over de huidige behandelingsfase en verrichte inspanningen, met voortdurende beoordeling of extra inspanning beter resultaat oplevert, zodat tijdige uitstroom en fasegerichte behandeling gefaciliteerd worden.

**Eerste denkrichtingen** (initiatieven n.t.b.)

1. Leren loslaten in het kader van de behandelrelatie (door zorgverlener en cliënt)
2. Visueel inzichtelijk maken van het behandeltraject en fase

✓ **Subdoelstelling 2:** bevorderen van een integrale werkwijze: dit houdt in dat doorstroom binnen en tussen instellingen vloeiend verloopt en er samenwerking ontstaat over verschillende domeinen heen via trans-diagnostische teams.

**Eerste denkrichtingen** (initiatieven n.t.b.)

1. Co-behandeling bij exclusiecriteria (bijv. suïcidaliteit)
2. Makkelijk terugverwijzen van de b-ggz naar de s-ggz
3. Sociale netwerken betrekken bij het herstel van cliënten

✓ **Subdoelstelling 3:** iedere cliënt heeft zinvolle werk-, of dagbesteding, wat een cruciaal onderdeel is van herstel.

**Eerste denkrichtingen** (initiatieven n.t.b.)

1. Betrekken van een actieve bijdrage van UWV en bedrijfsleven: we zetten samenwerkingen op met werkgevers waarin zij hun maatschappelijke verantwoordelijkheid nemen. Zo creëren we meer werkgelegenheid en lossen we mogelijk een arbeidsmarktvragestuk op
2. Opzetten van begeleiding /advies aan werkgevers

## Randvoorwaarden

- *Nader te bepalen*

## Status en vervolgstappen

- Vaststellen welke initiatieven of activiteiten bijdragen aan de eerste denkrichtingen om de subdoelstellingen te realiseren
- Vaststellen welke rol MGC kan spelen in het verbeteren van de doorstroom, bijv. in het bevorderen van de integrale werkwijze en trans-diagnostische teams



# Bijlage 4f | Verdieping IZA werkgroep | verbeterde uitstroom

**Doel:** realiseren van een integraal en domeinoverstijgend uitstroom- en nazorgproces dat tijdige en gepaste overgang vanuit de ggz bevordert. Dit kan overgang naar ander zorg van (na)zorg/ondersteuning zijn, maar ook naar zelfstandigheid met bijv. “waakvlamcontact”.

## Toelichting

Het vinden van passende nazorg is een uitdaging, mede omdat er in de ggz kennis ontbreekt over de nazorgmogelijkheden. Integrale samenwerking met in ieder geval het sociaal domein is cruciaal. Passende nazorg verschilt per individu en is voor een grote groep uitstromende cliënten niet nodig. Een regionale werkwijze helpt om te zorgen dat de juiste cliënten de passende nazorg ontvangen. Dit houdt in sommige gevallen in dat er geen formele nazorg of ondersteuning vanuit het eigen netwerk nodig is, maar dat de focus ligt op het versterken van de eigen regie van de cliënt.

## Doelgroep

Alle inwoners (en hun naasten) die in een behandeltraject van de ggz zitten en richting uitstroom gaan.

## Aanpak

✓ **Subdoelstelling 1:** “goed genoeg” is de norm en ggz-professionals weten wat deze norm is. Hierdoor stromen cliënten eerder uit.

### Initiatieven:

1. Optellen van uitstroomcriteria: regionale afspraken over wat is “goed genoeg”, wanneer gaan we stoppen? Dit gaat ook over de fase waarin verdere behandeling geen significante verbetering van kwaliteit van leven toevoegt.
2. Bijstellen van de mindset van zorgverleners en inwoners, bijv. via opleiden en een campagne
3. Creëren van inzicht in de context van de inwoner (netwerk, aanwezige begeleiding, werk, etc.), zodat uitstroommogelijkheden inzichtelijk zijn: bij instroom wordt de context duidelijk in kaart gebracht, het model van positieve gezondheid is hier een passende werkwijze voor.

✓ **Subdoelstelling 2:** alle vormen van nazorg (zorg en niet-zorg) zijn duidelijk en goed ontsloten

**Mogelijke vormen van nazorg** zijn: 1) herstelgroepen of groepsbehandeling, 2) inloop bij bijv. wijkcentra of MGC voor begeleiding naar/bij zelfhulp, 3) doelgroep-specifieke voorzieningen, en 4) herstelacademies die gericht zijn op eigen regie en duurzaam herstel

✓ **Subdoelstelling 3:** bij terugval die vraagt om professionele hulp maken we snelle opschaling mogelijk (dus voorkomen dat inwoner op opnieuw door intake-proces heen moet of op wachtlijst terecht komt)

*Initiatieven nader uit te werken*

## Randvoorwaarden

Bij subdoelstelling 3:

- Verlaging van huidige opschalingsvraag (bijv. door versterkt nazorgaanbod), zodat capaciteit beschikbaar is en wachttijden kort zijn
- Goede gegevensuitwisseling om intake overbodig te maken

## Status en vervolgstappen

- Vaststellen van de definitie van “goed genoeg”
- Vaststellen welke rol MGC kan spelen in het verbeteren van de uitstroom, incl. het coördineren van nazorg
- Vaststellen welke rol steunpunten in de wijk hier kunnen spelen



# Bijlage 5a | Verdieping Acute zorg

**Doel:** het toekomstbestendig maken en houden van de acute zorgketen door middel van multidisciplinaire samenwerking met vijf (acute) zorgsectoren: Huisartsen, GGZ, ziekenhuizen, VVT-instellingen en de ambulancediensten in Flevoland en Gooi en Vechtstreek. Dit gebeurt binnen het programma TAZK van ROAZ NH/FL, verdeeld onder vijf sub-regio's: Amsterdam-Amstelland/ Zaanstreek-Waterland/ Noord Holland Noord/ Kennemerland en **Flevoland en Gooi en Vechtstreek**.

## Toelichting

Uit de ROAZ-beelden blijkt dat de vijf zorgsectoren voor 6 belangrijke uitdagingen staan – ook wel 'prioritaire opgaven' genoemd – waarmee zij de komende jaren gaan bezighouden. Dit zijn voor sub-ROAZ regio Flevoland en Gooi en Vechtstreek;

- A. Door- en uitstroom verbeteren
- B. Personele capaciteit integreren en gezamenlijk oppakken
- C. Preventie en zelfredzaamheid vergroten
- D. Digitale gegevensuitwisseling goed inrichten
- E. Psychische expertise sneller en eerder beschikbaar maken (conform GMAP)
- F. Opdracht tot inbedding zorgcoördinatie in de (sub-) ROAZ regio

Nader te verkennen opgave: geboortezorg in de regio

## Doelgroep

Alle inwoners in Flevoland en Gooi en Vechtstreek met een acute hulpvraag en/ of aandoening.

## Aanpak

### Initiatieven:

In het najaar van 2023 is de Werkgroep TAZK tot een 4-tal initiatieven gekomen waarmee zij negatieve trends binnen het ROAZ-beeld willen stabiliseren dan wel ombuigen. Deze initiatieven hebben een multidisciplinair karakter en het doel is om deze initiatieven op een sub-ROAZ regionale schaal te organiseren. Het ROAZ NH/FL plan zal op 31-12-2023 gepubliceerd worden, waar de sub-regio FLGV een onderdeel van zal zijn.

#### Initiatief 1: Multidisciplinaire Tijdelijke Opvang (MTO)

- Toename van ouderen dus voorsorteren op instroom in de VVT; afbuigen van de patiëntenstroom vanuit het ziekenhuis. Zorggebruik HAP en SEH zal afnemen (of niet toenemen); huisartsenzorg zal worden ontlast door goede tijdelijke opvang; ouderen / GGZ-cliënten komen dan minder in het ziekenhuis.

#### Initiatief 2: Samenwerking GGZ met HAP & SEH

- Er is – vanuit de huisartsen en SEH-zorg – een sterke behoefte om een snellere doorverwijzing te realiseren van SEH/HAP naar de acute GGZ. GGZ Centraal houdt zich aan de landelijke richtlijn (GMAP) en behalen streefnormen als benoemd in deze richtlijn. De intensivering van samenwerking tussen deze domeinen worden gezien als opportuun. Niet alleen op vakinhoudelijke aspecten, maar ook wederzijdse begripsvorming over elkaars vakgebied, want deze lijken niet altijd duidelijk.

#### Initiatief 3: Multidisciplinaire Interprofessionele Samenwerking (MIS)

- Het zou mooi zijn om tot een hybride zorgmodel te komen, waarbij zelfstandig bevoegde zorgprofessionals – zoals Verpleegkundige Specialist (VS) of Physician Assistants (PA) – meerdere domeinen weten te bedienen, tijdens één dienst.

#### Initiatief 4: Advance Care Planning internaliseren (ACP-i)

- Het probleem is dat er momenteel acute zorg actoren bij zorgvragers komen, terwijl ACP-content niet voorhanden is. Dit induceert een verkeerd verwachtingspatroon tussen zorgprofessional en -vrager en kan aspecten als 'Shared Decision Making' (SDM) in de weg zitten. Een adequate (digitale) gegevensuitwisseling is randvoorwaardelijk in deze.

## Randvoorwaarden

- Afstemming met IZA-werkgroepen is een pre om complementair aan elkaar te zijn en frictie te voorkomen
- Het is van belang dat alle zorgaanbieders op een minder hoog abstractieniveau de dialoog met elkaar aan kunnen gaan. Dat wil zeggen dat men zorginhoudelijk (operationeel) dient af te stemmen waar welk initiatief een positieve invloed kan hebben op negatieve trends in het ROAZ-beeld.
- Een gedetailleerdere kwantificatie van patiëntenstromen moet een onderdeel zijn, om per initiatief te kijken of een multidisciplinaire aanpak de impact zal hebben die men voor ogen heeft gehad tijdens de werksessies.

## Status en vervolgstappen

- **Programmastructuur 2024** opstellen:
  - (Herijking) governance TAZK
  - Opstellen projectvormen TAZK
  - Her-/ onderverdeling IZA-werkgroepen FL en GV
- **Impactanalyse** verrichten per initiatief:
  - O-meting patiëntenstromen & bestaande initiatieven en capaciteit;
  - Financiële consequenties (risico's & voorwaarden opstellen) per sector;
  - Wettelijke kaders in beeld brengen (legitimiteit initiatieven);



# Bijlage 5b | Verdieping Zorgcoördinatiecentrum/ -hub

**Doel:** Invulling geven aan de ministeriële opdracht Zorgcoördinatie in de ROAZ regio NH/FL en hierbij verkennend op te treden door – per sub-ROAZ regio – na te gaan waar regionale (!) behoeften liggen binnen dit vraagstuk.

**Subdoelstelling:** integrale ondersteuning op wijkniveau door één team & continue netwerkzorg door verschillende (in)formele expertises met wisselende intensiteit (ten minste “waakvlamcontact”)

## Toelichting

Prioritaire opgaven sub-ROAZ regio Flevoland en Gooi en Vechtstreek;

- Door- en uitstroom verbeteren
- Personele capaciteit integraler en gezamenlijk oppakken
- Preventie en zelfredzaamheid vergroten
- Digitale gegevensuitwisseling goed inrichten
- Psychische en mentale expertise sneller en eerder beschikbaar maken

Een Zorgcoördinatiecentrum/-hub zou complementair kunnen zijn aan de gestelde prioritaire opgaven, mede dat 5-10% van de zorgvragen, vragen om een multidisciplinaire aanpak (lees: na eerste inschatting > dus vanaf triage).

## Doelgroep

Alle inwoners in Flevoland en Gooi en Vechtstreek met een acute hulpvraag en/ of aandoening.

## Aanpak

### Initiatief Zorgcoördinatiecentrum/ -hub:

ROAZ NH/FL heeft aan consultancybureau IG&H gevraagd om mee te werken aan de invulling van de ministeriële opdracht vanuit VWS, om binnen Noord Holland en Flevoland te kijken naar de beste invulling van een of meerdere ZCC's.

### Inventarisaties/ interviews per sub-ROAZ regio

- ROAZ NH/FL en IG&H hebben interviews gehouden en zijn op werksessies aanwezig geweest om behoeften te toetsen en nader uit te werken.

### Regionale werksessie(s)

- Op 20-11 is er een regionale werksessie belegd waar een vertegenwoordiging van zorgaanbieders/ verzekeraars – vanuit geheel ROAZ NH/FL – aanwezig waren om in te zoomen op potentiële werkvormen binnen een ZCC/-hub:
  - Betrokken partijen tijdens ANW/ kantooruren;
  - Vormen van samenwerking;
  - Behoefte schaalgrootte(n);

Vervolgstappen 2024 (Patiënten-/ zorgpaden, personele-/ capaciteitsvraagstukken en digitale gegevensuitwisseling.

### Vervolg

- Op 30 november is het eerste conceptplan gepresenteerd worden in het sector ROAZ overleg. Hier zijn de visie & kaders getoond over hoe Zorgcoördinatie er mogelijk uit zou kunnen zien binnen NHFL – en per sub regio.
- In week 50 zal – na de gegeven feedback uit het Sector ROAZ – het tweede concept gedeeld worden
- Noot: ZCC blijft een iteratief proces en is geen vaststaand gegeven!

## Randvoorwaarden

- Een sub-ROAZ specifieke behoefte t.a.v. ZCC/-hub toetsen
- Bestaande initiatieven in scope blijven houden en hierop voortbouwen

## Status en vervolgstappen

- ROAZ plan 31-12-2023: Deze zullen n.a.v. onder andere het sector ROAZ-overleg geplaatst worden in het ROAZ NH/FL plan 31-12-2023.





# Bijlage 5c | Verbindingspotentieel Acute Zorg (TAZK) met Gezond Gooi

- **Multidisciplinaire Tijdelijke Opvang (MTO)**

Hier zou een verbinding gelegd kunnen worden wanneer het 'toch niet meer gaat thuis'. Werkgroep Acute Zorg kijkt gaat in Q1 2024 een diagnoseproces voeren om alle Tijdelijke Opvanglocaties (+ inclusiecriteria) in kaart te brengen, om zo inzichtelijk te krijgen waar de GAP's liggen binnen het capaciteitsvraagstuk.

- **Advance Care Planning/ Proactieve Zorg Planning**

Het ontwerpen van ACP/PZP is niet zozeer aan de Werkgroep Acute Zorg, maar zij zien wel een waarde in het kunnen raadplegen en delen van deze gegevens. Zorgprofessionals worden nog steeds (te vaak) geconfronteerd met zorgvragers waarbij niet bekend is hoe zij in het leven staan en of zij nog behandeld willen worden (reanimatiezorg, maar ook klinisch vervoer).

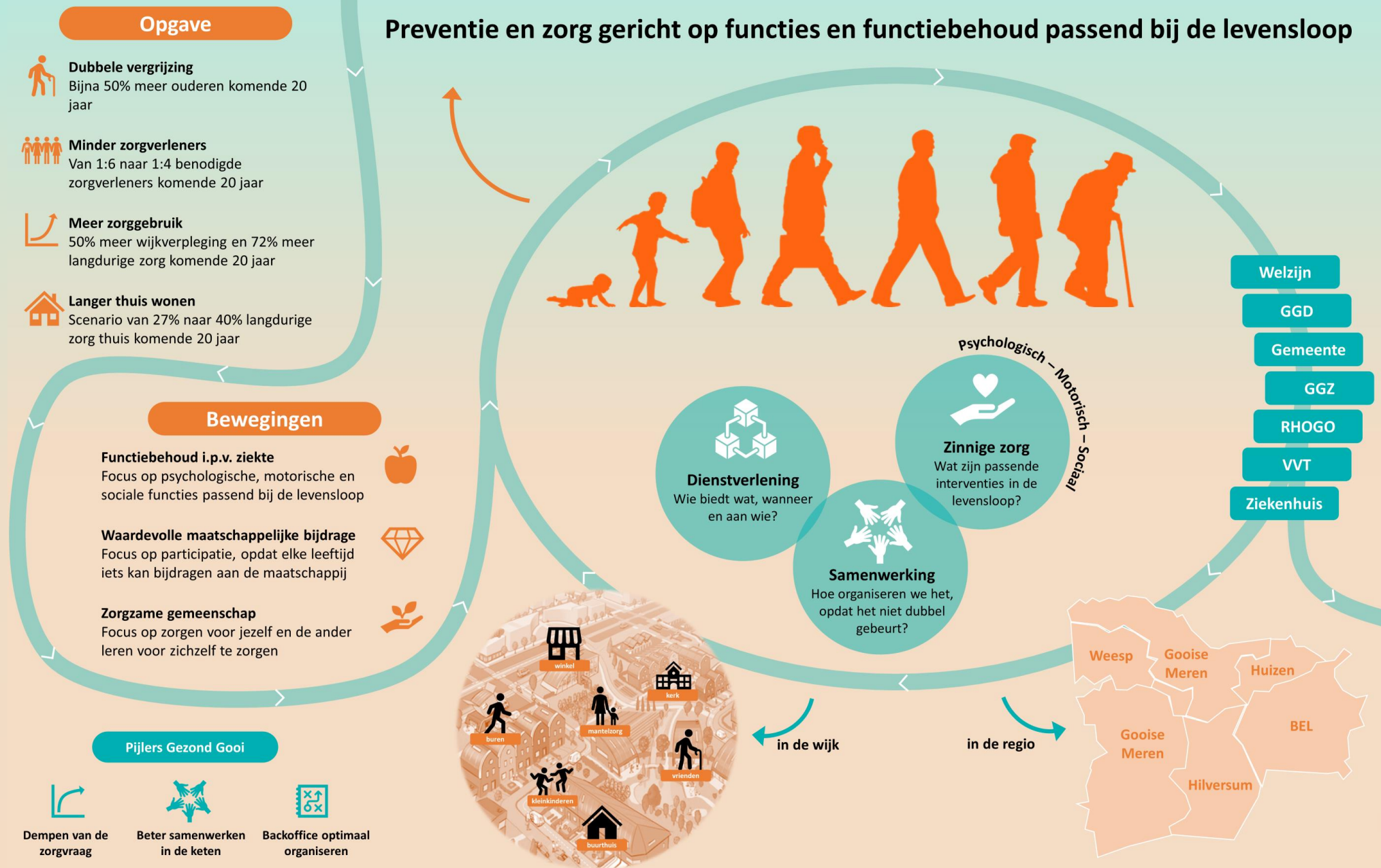
- **Zorgcoördinatiecentrum sub-regio Flevoland en Gooi en Vechtstreek**

Wellicht zou een ZCC complementair kunnen zijn binnen GG. En dan wel aan coördinatievraagstukken. Het is belangrijk om binnen dit – separaat belegde (ROAZ NH/FL - IG&H) – vraagstuk, elkaar op te zoeken en kijken naar complementaire factoren.





# Bijlage 6 | Visie werkgroep Gezond ouder worden







# Gezond Gooi

Regioplan Gooi en Vechtstreek

