



Appendix

- A. Onderdelen VNG-werkagenda**
- B. Toelichting prioritaire opgaven en subdoelstellingen
- C. Voorbeeld KPI's t.b.v. monitoring
- D. Status GALA ketenaanpakken
- E. Uitwerking kwantificering toegankelijkheid

Onderdelen VNG-Werkagenda

De IZA-middelen zijn bedoeld voor onderstaande niet-vrijblijvende inzet en activiteiten van gemeenten. Op basis van het IZA geeft de regio invulling aan de genoemde inzet en activiteiten. In de aanvraag voor de SPUK geven gemeenten voor hun regio aan waarvoor de middelen ingezet zullen worden. Hieronder is terug te vinden welke middelen de gemeenten in regio Midden-Brabant hebben aangevraagd en gaan besteden aan de verschillende onderdelen.

1. Structurele inzet (organisatie, coördinatie, bemensing) op de netwerksamenwerking van het sociaal domein met in ieder geval de ggz, de eerstelijnszorg en de huisartsenzorg

De samenwerkende gemeenten in regio Midden-Brabant hebben hiervoor jaarlijks € 398.111 aangevraagd voor de ontwikkeling en implementatie van de werkwijze in de preventie-infrastructuur en zorg voor beschikbaarheid vanuit het sociaal domein.

Onderdelen VNG-Werkagenda

2. Organisatie en coördinatie van de regionale samenwerking met zorgverzekeraars, zorgkantoren en zorgaanbieders op basis van de regionale samenwerkingsagenda / het regioplan.

De gemeente Tilburg heeft als mandaathouder samen met zorgverzekeraar VGZ het initiatief genomen tot het opstellen van een regiobeeld en het opstellen van een regioplan. Het regioplan is door het IZA-kernteam Midden-Brabant, een afvaardiging van de regionale aanbieders van zorg en ondersteuning, zorgverzekeraars, GGD Hart voor Brabant, burgers/patiënten en gemeenten opgesteld. De gemeente Tilburg draagt zorg voor een evenwichtige verdeling van de middelen gebaseerd op lokale en regionale inzet op in het regioplan afgesproken acties en activiteiten. Daarnaast zijn in de Begroting middelen opgenomen voor de regionale coördinatie van de samenwerking en van de uitvoering van de afspraken in het regioplan.

Onderdelen VNG-Werkagenda

De samenwerkende gemeenten in regio Midden-Brabant hebben hiervoor jaarlijks € 517.817 aangevraagd. In 2024 wordt een plan van aanpak gemaakt waarin voor alle relevante onderdelen uit het regioplan wordt aangegeven hoe de gemeentelijke inzet eruitziet en welk budget daarvoor bestemd is. Daarbij wordt ook onderscheid gemaakt tussen regionale en lokale inzet. Daarnaast hebben de gemeenten jaarlijks € 184.420 aangevraagd voor de inzet van Zorgbelang die de betrokkenheid van de inwoners, cliënten en patiënten verzorgt, en de communicatie uitvoering.

Ook vanaf 2024 wordt structureel bestuurlijk en ambtelijk overleg georganiseerd met het IZA bestuurlijk team en het IZA-kernteam. Het regioplan wordt periodiek geëvalueerd, het regiobeeld wordt periodiek herijkt en geactualiseerd. De regiogemeenten bevorderen de samenwerking tussen partijen in het realiseren van de IZA-doelen.

Onderdelen VNG-Werkagenda

3. Structurele inzet op de coördinatie en organisatie van de in IZA afgesproken domein overstijgende keteninterventies (waaronder valpreventie bij ouderen, welzijn op recept, aanpak overgewicht bij kinderen, gecombineerde leefstijlinterventie bij volwassenen, kansrijke start).

De samenwerkende gemeenten in regio Midden-Brabant willen bijdragen aan een (mentaal en fysiek) gezonde en sociale samenleving door gelijkgericht te werken aan preventie en gezond leven. Zij streven naar een goede, soepele samenwerking over de domeinen heen, tussen de financiers (gemeenten en zorgverzekeraars) en hebben daarom afspraken gemaakt om per 1 januari een regionale preventie-infrastructuur in te richten. Deze infrastructuur is gericht op bescherming en bevordering van gezondheid.

Onderdelen VNG-Werkagenda

Het IZA en het Gezond en Actief Leven Akkoord (GALA) vullen elkaar hierin aan. Zowel het IZA als het GALA vragen om de uitvoering van vijf ketenaanpakken: aanpak overgewicht van kinderen, Gecombineerde Leefstijlinterventies voor volwassenen, Kansrijke Start, Welzijn op recept, en Valpreventie. De lokale uitvoering van deze ketenaanpakken pakken de gemeenten Dongen, Gilze en Rijen, Goirle, Heusden, Hilvarenbeek, Loon op Zand, Oisterwijk, Tilburg en Waalwijk zelf op met financiering vanuit het GALA. Daarnaast hebben we binnen de regio Midden-Brabant de coördinatie van en samenwerking binnen de regionale ketenaanpakken georganiseerd. Deze inzet resulteert in een regionale preventie-infrastructuur per 1 januari 2024 die nauw aansluit bij de lokale uitvoering van de ketenaanpakken.

Inventarisatie ketenaanpakken

Alle gemeenten in regio Midden-Brabant hebben, in meer of mindere mate, al inzet op de benoemde ketenaanpakken. We hebben deze inzet voor de vijf ketenaanpakken geïnventariseerd.

Onderdelen VNG-Werkagenda

Deze inventarisatie vormt de leidraad en het uitgangspunt voor de regionale coördinatoren, de status van de ketenaanpakken benutten we daarnaast om de ontwikkeling van de ketenaanpakken te monitoren.

Inzet per 1 januari 2024

Voor de ketenaanpakken Kansrijke Start, Aanpak overgewicht van kinderen, en Valpreventie verzorgt GGD Hart voor Brabant de coördinatie.

Voor de ketenaanpak Welzijn op recept verzorgt welzijnsorganisatie Contourde Twern de coördinatie.

Voor de ketenaanpak Gecombineerde Leefstijlinterventies voor volwassenen verzorgt ZoHealthy de coördinatie. ZoHealthy levert zorg ter vergroting van het mentaal en lichamelijk welzijn en ter preventie van gezondheidsklachten.

De samenwerkende gemeenten in regio Midden-Brabant hebben hiervoor jaarlijks € 524.056 aangevraagd.

Onderdelen VNG-Werkagenda

4. Inrichten en bemensen van een dekkend netwerk van laagdrempelige steunpunten in de regio voor mensen met psychische kwetsbaarheid.

De regiogemeenten in Midden-Brabant zorgen voor de inrichting en bemensing van een dekkend netwerk van laagdrempelige steunpunten in de regio voor mensen met psychische kwetsbaarheid in de komende 5 jaar. Tot deze steunpunten, zoals herstel- en zelfregiecentra, hebben alle inwoners, met name mensen met EPA, toegang. Ze worden gerund door vrijwilligers en ervaringsdeskundigen, en ondersteund door sociaal werkers en staan in verbinding met ggz-professionals. Met een link/ aanspreekpunt naar huisartsen. Een steunpunt betreft altijd een combinatie van minstens inloop & ontmoeting, activiteiten (door en voor), herstelaanbod, en het zijn van een groeivijver (iedere dag de kans om in je eigen tempo te groeien). Ervaringsdeskundigen en/of ervaringswerkers zijn in de lead. Een belangrijk kenmerk is dat de steunpunten vanuit eigen initiatief zijn ontstaan, waarbij eigen regie, zelfhulp en peersupport voorop staan. De steunpunten dragen ook bij aan een landelijk dekkend netwerk van digitale lotgenotengroepen (e-communities).

Onderdelen VNG-Werkagenda

In regio Midden-Brabant is al een groot aantal steunpunten actief. RIBW Brabant, dat mensen begeleidt met psychiatrische of psychische klachten bij hun herstel, maar ook met inzet van ervaringsdeskundigen en inloop en herstelcursussen verzorgt (Kiemuren), zorgt in 2023 voor een inventarisatie van de al aanwezige steunpunten en digitale lotgenotengroepen (ook van andere aanbieders).

Op basis van deze inventarisatie en een analyse van de behoefte van de inwoners van regio Midden-Brabant (vanuit het regiobeeld) maken de gemeenten, in samenwerking met de bestaande steunpunten, vanaf 2024 een plan van aanpak tot eventuele uitbreiding van het aantal steunpunten en/of een intensivering of uitbreiding van de bestaande steunpunten.

Onderdelen VNG-Werkagenda

De samenwerkende gemeenten in regio Midden-Brabant hebben hiervoor jaarlijks € 374.056 aangevraagd.

Transformatieplan

Bij de totstandkoming van het dekkend netwerk van laagdrempelige steunpunten in de regio voor mensen met psychische kwetsbaarheid sluiten we aan bij de ontwikkelingen van het transformatieplan 'Op weg naar toegankelijke mentale gezondheidszorg in West-Brabant Oost en Midden-Brabant met de juiste zorg op de juiste plek'. De regiogemeenten in Midden-Brabant participeren hierin. Het transformatieplan heeft onder meer als doel dat het sociaal domein toegang heeft tot voldoende kennis en expertise over mentale gezondheidszorg en dat problematiek in een vroeg stadium gesignaleerd kan worden, zodat de inzet van zwaardere zorg op termijn kan worden voorkomen.

Onderdelen VNG-Werkagenda

5. Regionaal stimuleren van de inzet van eHealth toepassingen, anonieme hulplijnen en vormen van digitale/hybride zorg.

Om de zorg toegankelijk, kwalitatief en betaalbaar te houden is een transformatie nodig naar hybride zorg. Dat is een mix van digitaal en fysiek aangeboden zorg en ondersteuning om deze nu en in de toekomst toegankelijk, van goede kwaliteit en betaalbaar te houden. Passende zorg betekent steeds vaker hybride zorg: de waar mogelijk gepersonaliseerde maatwerk/mix van digitaal en fysiek aangeboden zorg en ondersteuning van gezondheid. Uitgangspunten hierbij zijn: zelf als het kan, thuis als het kan en digitaal als het kan.

Gemeenten zorgen er in de komende jaren voor dat zij een gelijkwaardige informatiepositie hebben over hybride zorg die een doelmatige inzet van zorg en ondersteuning en schaars beschikbaar personeel bevordert, met behoud van kwaliteit. Zodra het Platform voor transformatie naar digitale en hybride zorg en ondersteuning van de VNG gereed is en online komt, sluiten de regiogemeenten zich hierbij aan en benutten het beoordelingskader/ leidraad voor de toetsing van eHealth.

Onderdelen VNG-Werkagenda

Daarnaast stimuleren gemeenten regionaal de inzet van eHealthtoepassingen, anonieme hulplijnen en vormen van digitale/hybride zorg.

Vanuit het IZA-kernteam communiceren de partners op basis van een communicatieplan/kalender doorlopend samen proactief naar patiënten/ burgers, mantelzorgers en zorgprofessionals over het gebruik van hybride zorg, met aandacht voor het bevorderen van eigen regie en zelfredzaamheid en het verminderen van beperkte gezondheidsvaardigheden. Dit is opgenomen in het communicatieplan van Zorgbelang.

Zorgverzekeraars, zorgkantoren en gemeenten maken uiterlijk in 2025 in alle contracten met zorgaanbieders (individueel en/of gezamenlijk) inhoudelijke passende afspraken over aanbod en inzet van gebruiksvriendelijke hybride zorg. En maken afspraken hoe de benodigde transformatie te realiseren.

De samenwerkende gemeenten in regio Midden-Brabant hebben hiervoor jaarlijks € 124.056 aangevraagd.

Onderdelen VNG-Werkagenda

6. Extra inzet van gemeenten voortkomend uit het gezamenlijke, aan IZA gekoppelde, regioplan. Deze inzet kan per regio verschillen, afhankelijk van de regionale prioriteiten en keuzes.

De samenwerkende gemeenten in regio Midden-Brabant hebben jaarlijks € 1.767.989 aangevraagd voor de uitvoering van de in het regioplan genoemde prioritaire opgaven.

Netwerkstructuur professionals in 2024

In 2024 wordt door het IZA-kernteam verder gewerkt aan de oprichting van een regionale netwerkstructuur waarin professionals uit de gemeentelijke domeinen en zorgprofessionals in de eerste, tweede en derde lijn samenwerken die uiterlijk per 1 januari 2025 operationeel is. Binnen het IZA-kernteam is al samengewerkt aan het regiobeeld en het regioplan. De partners zijn: de zorgverzekeraars VGZ en CZ, GGZ Breburg, Zorgnetwerk Midden-Brabant, Thebe, PrimaCura, GGD Hart voor Brabant, welzijnsorganisatie Contourde Twern, het Elisabeth-TweeSteden Ziekenhuis, Zorgbelang en de regiogemeenten Midden-Brabant.

Onderdelen VNG-Werkagenda

Binnen deze netwerkstructuur worden mensen uit risicogroepen en patiënten op leefstijl geïdentificeerd en waar nodig toegeleid naar passende leefstijlinterventies en andere preventieve interventies, waaronder op het terrein van mentale gezondheid. De preventieve of leefstijlinterventie vindt voor zover mogelijk buiten de zorg plaats (eigen regie, initiatieven vanuit de patiënten-, cliënten- en naastenbeweging en/of gebruik maken van gemeentelijk aanbod). Als de preventieve (leefstijl)interventie (deels) binnen de zorg wordt aangeboden, vindt dit zo laagdrempelig mogelijk plaats: eerstelijns waar het kan, tweede en/of derdelijns waar het moet. De interventie wordt zoveel als mogelijk in de wijk van de patiënt aangeboden. Zorgverzekeraars, gemeenten, eerste, tweede en derdelijnszorgaanbieders, inclusief ggz-aanbieders, patiënten-, cliënten- en naastenorganisaties, en andere relevante partijen, maken hierover gezamenlijk afspraken. Zij spreken daarbij af wie verantwoordelijk is voor de structurele inbedding.

De samenwerkende gemeenten in regio Midden-Brabant hebben voor de blijvende inzet van het IZA-kernteam jaarlijks € 50.000 aangevraagd.

Onderdelen VNG-Werkagenda

7. Regionale aanpak Wlz - Wmo ggz-cliënten: passende zorg en ondersteuning voor mensen met een psychische aandoening en een langdurige, intensieve zorgvraag

Vanaf 1 januari 2021 is de Wet langdurige zorg (Wlz) opengesteld voor mensen met een psychische stoornis die voldoen aan de hiervoor geldende zorginhoudelijke toegangscriteria. Sinds de openstelling van de Wlz voor deze doelgroep hebben ruim 27.000 mensen met een psychische stoornis en een intensieve zorgvraag toegang gekregen tot de Wlz. Deze instroom van ggz-cliënten in de Wlz is veel groter dan vooraf was ingeschat. Een groot deel van de cliënten dat nu in de Wlz is ingestroomd, ontving eerst ondersteuning vanuit de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo), vaak in de vorm van beschermd wonen. Deze ontwikkelingen zijn zorgwekkend en contrair aan de beweging die we graag willen zien. Daarmee wordt in de langdurige ggz en beschermd wonen een verschuiving zichtbaar: de groep in de Wlz blijft groeien, terwijl de groep in de Wmo inmiddels kleiner is dan op het moment dat de Wlz werd opengesteld voor mensen met een psychische stoornis.

Onderdelen VNG-Werkagenda

Het is de vraag of de Wlz voor alle ggz-cliënten die nu zijn ingestroomd ook daadwerkelijk het meest passende domein is waar zij de juiste zorg en ondersteuning op de juiste plek kunnen ontvangen en waarin zij, waar mogelijk, het beste kunnen werken aan herstel en maatschappelijke participatie.

Ambitie en opdracht

De landelijke ambitie is om de GGZ-W instroom in de Wlz te reduceren, met als uiteindelijke doel het realiseren van een stabiele instroom van 100 cliënten per maand. Het doel van de landelijke opdracht regioaanpak is om de totale instroom in de Wlz met twintig procent te verminderen. Zorgverzekeraar VGZ en de regiogemeenten in Midden-Brabant leveren in december 2023 een gezamenlijk plan van aanpak op om deze opdracht samen met relevante stakeholders tot uitvoering te brengen in onze regio. Monitorings en evaluatieafspraken maken onderdeel uit van het plan.



Appendix

- A. Onderdelen VNG-werkagenda
- B. Toelichting prioritaire opgaven en subdoelstellingen**
- C. Voorbeeld KPI's t.b.v. monitoring
- D. Status GALA ketenaanpakken
- E. Uitwerking kwantificering toegankelijkheid

Midden-Brabant heeft systematisch de prioritaire opgaven bepaald

Methodiek selectie prioritaire opgaven

Het GALA en IZA geven de opdracht om een regiobeeld op te stellen met de belangrijkste feiten en cijfers op de IZA- en GALA-doelen

O.b.v. gesprekken met regionale partijen zijn uit deze knelpunten de belangrijkste regionale opgaven aangescherpt en doelen bepaald



Verdieping prioritaire opgaven: leefstijl en leefomgeving (1/3)

Prioritaire opgave en subdoelstellingen

Leefstijl en leefomgeving	
Prioritaire opgave	We hebben een gezonde leefomgeving met sterke sociale gemeenschappen waarin we omkijken naar elkaar en waarin gezondheid en vitaliteit wordt gestimuleerd zodat we de kansen op een gezonde leefstijl vergroten.
Toelichting	Vanuit het Integraal Zorg Akkoord (2022) wordt wat betreft deze opgave het volgende gesteld: "Gemeenten, de zorgpartijen en VWS vinden het van groot belang dat in eerste instantie vooral buiten het domein van de Zvw-zorg gewerkt wordt aan het voorkomen van gezondheidsproblemen door vanuit breed maatschappelijk perspectief gezamenlijk te werken aan gezondheid." Wetende dat: - Ongezond gedrag is verantwoordelijk voor 20% van de ziektelast waarbij de fysieke en sociale leefomgeving dat gedrag en dus de gezondheid (o.a. stress, mentale gezondheid, etc.) en zorgvraag van bewoners op zowel de korte als lange termijn beïnvloedt. - Verschillende factoren spelen hierbij een rol binnen Midden-Brabant, zoals de luchtkwaliteit die beneden gemiddeld is, het gevoel van onveiligheid en overlast dat relatief sterk is en factoren als overgewicht en eenzaamheid. - Bij ongewijzigd beleid neemt de druk op zowel de informele als de formele zorg verder toe met nadelige gevolgen voor de gezondheid en de toegankelijkheid van zorg. Van de Goor (2023) zegt vanuit de leerstoel Publieke Gezondheid en Preventie over het voorkomen van leefstijl gerelateerde aandoeningen: "[...] Om leefstijl gerelateerde aandoeningen te voorkomen een populatiegerichte aanpak het meest effectief is. [...] Door zowel op collectief als op individueel niveau preventieve maatregelen in te zetten ontstaat een integrale aanpak met een sluitende preventieaanpak, waarin gezonder gedrag niet afhankelijk is van bewuste keuzes die elk individu telkens opnieuw moet maken in een omgeving die ons steeds probeert te verleiden tot ongezonde keuzes." (Van de Goor, 2023). We vliegen de uitwerking van de prioritaire opgave en subdoelstellingen daarom aan vanuit de vier lagen van preventie vanuit het model van het Ministerie van VWS (de sluitende preventieaanpak): - Gezonde bevolking (collectieve preventie). - Bevolking met verhoogd risico (collectieve selectieve preventie). - Individen met beginnende klachten (individuele preventie). - Individen met een ziekte (individuele preventie). In de waaijer aan sociale en fysieke gezondheidsdeterminanten zoals geformuleerd in het model van Dahlgren en Whitehead (1991) komen de pilaren van het brede maatschappelijke perspectief terug. Er worden hierin verschillende lagen en elementen herkend (de integrale aanpak): - Algemeen sociaaleconomische, culturele en omgevingscondities. - Leef & werkcondities. - Sociale en gemeenschapscondities. - Individuele levensstijl factoren. - Persoonsgerichte factoren.

Verdieping prioritaire opgaven: leefstijl en leefomgeving (2/3)

Prioritaire opgave en subdoelstellingen

Leefstijl en leefomgeving

Prioritaire opgave

We hebben een gezonde leefomgeving met sterke sociale gemeenschappen waarin we omkijken naar elkaar en waarin gezondheid en vitaliteit wordt gestimuleerd zodat we de kansen op een gezonde leefstijl vergroten.

Toelichting

Op het gebied van leefstijl en geeft Van de Goor daarbij ook de volgende kritische kanttekening:

"Mensen met een betere sociaaleconomische positie profiteren het meest van de ingezette interventies. Hoe dat precies zit is (nog) niet helemaal duidelijk maar er zijn wel goede aanwijzingen: inhoud en opzet van de interventies sluiten het beste aan bij opleiding, culturele achtergrond, behoeften en mogelijkheden van mensen met een betere SES. Blijkbaar wordt met deze leefstijlinterventies juist de groep die er het meeste baat van zou moeten hebben, niet bereikt." (Van de Goor, 2023).

Conform het gedachtegoed van de zorgzame en gezonde buurten:

Deze sociale basisinfrastructuur willen we vanuit de regio Midden-Brabant laten landen/mede-realiseren in "Zorgzame en Gezonde Buurten."

Preventie, leefstijl en leefomgeving worden conform de kaders van het Integraal Zorg Akkoord zoveel mogelijk buiten de zorg ingericht maar mét aansluiting op een toegankelijke eerstelijns en specialistische zorg voor medische vraagstukken.

Randvoorwaarden zijn dat we de bewoners kennen en we verbonden zijn in informele netwerken. We verbinden bewonersgroepen, verenigingen en vrijwilligersgroepen aan de te organiseren nabije (professionele) ondersteuning. Doordat we bewoners(groepen) kennen en daar waar nodig kunnen ondersteunen, zijn we in staat om te signaleren wanneer passende ondersteuning nodig is en begrijpen we wat de onderliggende knelpunten van de gezondheidsklachten zijn. Vervolgens kunnen we ondersteunen met een passend aanbod vanuit de leefwereld, waarbij de juiste ondersteuning en zorg op de juiste plek gegeven wordt. De laagdrempeligheid van nabije professionele ondersteuning en voorzieningen voor bewoners van buurten en wijken is daarbij van essentieel belang. Het aansluiten bij de leefwereld van bewoners is hierin leidend.

In ons handelen werken we cultuur- en religiesensitief, aangepast op opleidingsniveau en basisvaardigheden. We begrijpen onze omgeving. Denk aan de uitdagingen in de maatschappij waar (aanstaande) ouders en gezinnen mee te kampen hebben zoals de effecten van de woningnood, slechte behuizing, stress door armoede, schulden, etc. We koesteren de diversiteit van onze samenleving. Dit vraagt van ons allen een paradigma shift. Dat betekent ook dat we hierin te ontwikkelen hebben.

De uitwerking en nadere specificaties van deze Zorgzame en Gezonde Buurten worden binnen het kernteam IZA nader uitgewerkt.

Kortom, de rationale die we hanteren is dat een verbeterde sociale en fysieke leefomgeving leidt tot verbetering van leefstijl en daarmee leidt tot gezondheidswinst.

Het stelt ons voor twee opgaven, die wij daarom opnemen als de drie subdoelstellingen onder deze prioritaire opgave:

- Verbeteren van de leefstijl.
- Verbeteren van de sociale leefomgeving.
- Verbeteren van de fysieke leefomgeving.

In de regio Midden-Brabant werken de negen gemeenten samen aan een Regionale Beleidsnota Publieke Gezondheid 2024-2027. Wanneer deze nota officieel aangenomen/vastgesteld wordt door de gemeenten nemen we beleidsfocuspunten op het gebied van de sociale en fysieke leefomgeving over onder de twee subdoelstellingen en het overzicht aan initiatieven. (Preventie revisited: Gezond gedrag vraagt om een gezonde leefomgeving — Tilburg University Research Portal. 2023.)

Verdieping prioritaire opgaven: leefstijl en leefomgeving (3/3)

Prioritaire opgave en subdoelstellingen

Leefstijl en leefomgeving

Subdoelstelling 1

We hebben de kans of mogelijkheid tot een betere leefstijl op het gebied van roken, overgewicht (voeding en beweging), alcohol en drugs conform de regionale nota publieke gezondheid 2024-2027 en het basispakket verslavingspreventie door in te zetten op vier pijlers: 1) voorlichting en educatie; 2) signalering, advies en ondersteuning; 3) leefomgeving; 4) regelgeving en handhaving.

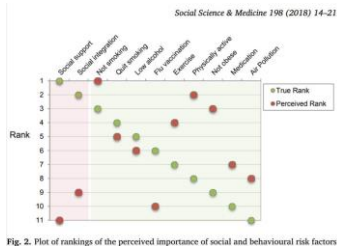
Subdoelstelling 2

We hebben een sociale leefomgeving vanuit een versterkte sociale basis met sterke gemeenschappen, laagdrempelige ontmoetingspunten in buurten en wijken en domein overstijgende ondersteuning op verschillende leefgebieden (gefaciliteerd door professionals in de wijk en experts er buiten).

Verbetering van de sociale leefomgeving door middel van:

- We werken aan sterke sociale gemeenschappen, waar iedereen gezien wordt, meetelt en kan meedoen, waar mensen verbinding en zingeving ervaren.
- We kijken domein overstijgend naar determinanten als toegang tot basisvoeding, onderwijs, werk, bestaanszekerheid en gezonde en veilige woonomgeving.
- We werken vanuit de wetenschap dat structurele armoede en bestaansonzekerheid weinig ruimte bieden voor een gezonde levensstijl (Van de Goor, 2023).
- In de sociale leefomgeving werken we aan laagdrempelige ontmoetingspunten voor bewoners van buurten en wijken.

We nemen hierover nog de volgende additionele kennis over leefstijl in acht:



Subdoelstelling 3

We hebben een fysieke leefomgeving waarin gezond leven haalbaar wordt gemaakt, de gezonde keuze de haalbare keuze is en gekeken wordt naar domein overstijgende factoren zoals de voedsel- en woonomgeving.

Toelichting

Verbetering van de fysieke leefomgeving door middel van:

- Het stimuleren van een omgeving waarin gezond leven makkelijker wordt gemaakt, denk aan rust, groen, sociale verbinding, veilig op straat kunnen spelen en bewegen.
- De gezondere keuze wordt de makkelijkere keuze.
- We kijken domein overstijgend naar determinanten als huisvesting, voedselomgeving, gezonde en veilige woonomgeving.

Verdieping prioritaire opgaven: gezond en veilig opgroeien (1/3)

Gezond en veilig opgroeien	
Prioritaire opgave	We groeien op in een gezonde en veilige leefomgeving waardoor we gelijke kansen hebben om onszelf te ontwikkelen en minder lichamelijke en psychische klachten en andere kwetsbaarheden ervaren.
Toelichting	We willen dat alle kinderen en jongeren gelijke kansen hebben om zich te ontwikkelen. Daarom bevorderen we een gezonde en veilige leefomgeving voor de kinderen en jeugd in onze regio, waarbij lichamelijke en psychische klachten zoveel mogelijk worden voorkomen en kwetsbaarheden zo vroeg mogelijk worden signaleerd. Waarbij we ook inzetten op de kracht, talent en perspectief van kinderen, jongeren en de systemen waar zij zich in bevinden, versterken wat nodig is, jeugdigen en ouders waar mogelijk betrekken bij de oplossingen en ernaar streven om de benodigde middelen te vinden om de doelstellingen te bereiken. De ontwikkeling en ontplooiing in de periode van net voor de zwangerschap tot en met de overstap naar de middelbare school en hierna als jongvolwassenen legt het fundament voor de rest van het leven. Kinderen en jongeren die blootstaan aan risicofactoren zoals stress, angst, somberheid, slechte voeding, een ongezonde leefomgeving of mishandeling beginnen met een achterstand. Hierdoor kunnen zij zich op fysiek, mentaal en sociaal gebied minder goed ontwikkelen. Om deze redenen geven wij de komende periode uitvoering aan de volgende drie doelstellingen: 1. Een Kansrijke Start voor ieder kind. 2. Onze jeugd is mentaal weerbaar en gezond. 3. Kinderen en jongeren groeien gezond op in een gezonde leef- en voedselomgeving.
Subdoelstelling 1	We hebben een Kansrijke Start door de omgeving waarin we worden geboren, groeien en ontwikkelen in de eerste 1000 dagen – deze omgeving bepaalt in grote mate de kansen voor later.
Toelichting	We willen een Kansrijke Start voor ieder kind in onze regio, omdat de omgeving waarin een kind wordt geboren, groeit en zich ontwikkelt in de eerste 1000 dagen, in grote mate de kansen voor later bepaalt. We streven naar: - Een procentueel lager aantal vroeggeboorte en/of te laag geboortegewicht. - Daling van het percentage ouders dat soms of vaak problemen bij de opvoeding ervaart. We voorkomen dat kinderen in de regio in (gezondheid)problemen komen door (aanstaande) gezinnen in een kwetsbare situatie vroegtijdig in beeld te brengen en tijdig passende zorg en ondersteuning te bieden, gebaseerd op het stepped-care principe. Een kind met een goede start heeft op latere leeftijd een kleinere kans op lichamelijke en geestelijke problemen, waaronder diabetes, hart- en vaatziekten, overgewicht en depressies. Ook heeft het een positieve invloed op de sociale en emotionele ontwikkeling van een kind. We werken cultuur- en religiesensitief, aangepast op opleidingsniveau en basisvaardigheden. We begrijpen onze omgeving. Denk aan de uitdagingen in de maatschappij waar (aanstaande) ouders en gezinnen mee te kampen hebben zoals de effecten van de woningnood, slechte behuizing, stress door armoede en schulden etc. We koesteren de diversiteit van onze samenleving. Dat betekent ook dat we hierin te ontwikkelen hebben omdat het basisuitgangspunt van een veelal witte samenleving niet voor elk kind het kader nog is. Ook verbinden we doelstellingen en initiatieven aan (elementen) van de hervormingsagenda jeugd. Het moet voor de goede ondersteuning en zorg voor een (aanstaand) gezin in kwetsbare omstandigheden niet uitmaken waar zij wonen in de regio Midden-Brabant. We willen daarom werken naar een regionale samenwerking met basisafspraken over de domeinen heen. We willen daarbij een gelijkwaardige manier van samenwerking en verantwoordelijkheid tussen de gemeenten, zorgverzekeraars, onze partners in de geboortezorgketen en het medisch domein en de kinderopvang. Hiervoor smeden we op regionaal en lokaal niveau coalities met de betrokken partijen uit verschillende domeinen en implementeren we de regionale Ketenaanpak Kansrijke Start, gericht op de eerste 1000 dagen van het leven van een kind.

Verdieping prioritaire opgaven: gezond en veilig opgroeien (2/3)

Gezond en veilig opgroeien

Subdoelstelling 2

We zijn mentaal weerbaar en gezond, veerkrachtig voor de "normale" uitdagingen in het dagelijks leven, durven te spreken over mentale gezondheid en kunnen de weg vinden naar de juiste oplossingen – door nu hierin te investeren groeien we op tot een sterke groep volwassenen met de juiste handvatten en mogelijkheden om onze mentale gezondheid te behouden en te versterken.

Toelichting

Onze jeugd is mentaal weerbaar en gezond. We willen dat jongeren veerkrachtig zijn voor de "normale" uitdagingen in het dagelijks leven, durven te spreken over mentale gezondheid en de weg kunnen vinden naar de juiste oplossingen. We willen nu in hen investeren, zodat deze generatie opgroeit tot een sterke groep volwassenen met de juiste handvatten en mogelijkheden om hun mentale gezondheid te verbeteren. We streven naar:

- Relatief minder jongeren hebben psychische klachten.
- Relatief minder jongeren voelen zich (zeer) vaak gestrest door een of meer factoren.
- We willen het huidige totale aanbod in Midden-Brabant in het voorliggend veld ter preventie van mentale problemen inzichtelijk maken.

De mentale gezondheid van jongeren staat onder druk. We zien dat mentale klachten onder jongeren leiden tot een stijgende zorgvraag in de regio Midden-Brabant. Het aantal jongeren met jeugdzorg (en de complexiteit ervan) neemt toe, met groeiende wachtlijsten als gevolg. Steeds meer jongeren hebben mentale problemen of voelen zich eenzaam. In 2021 voelden 31% van de leerlingen in klas 2 en 4 in Midden-Brabant zich eenzaam. Psychische klachten komen vooral voor bij meisjes. In Midden-Brabant had 36% van de meisjes (lichte) psychische klachten. Bij jongens is dat de helft minder: 18%. Wanneer we de krant lezen zien we keer op keer wat deze generatie draagt. Zo heeft 1 op de 5 jongeren last van klimaatstress en somberheid. Dit zijn grote onderwerpen ondragelijk voor het individu, maar er is wel kracht en creativiteit op te organiseren. Ook de picture perfect trend (maakbaarheid van het leven) legt een grote druk op de jongeren nu. Daarom willen we een omgeving voor jongeren en kinderen creëren waarin mentale gezondheid bespreekbaar is. We willen normaliseren en het taboe doorbreken. Iemand die mentaal kwetsbaar is in een bepaalde periode is niet zwakker of minder sterk. Sterker nog, dit hoort bij de ontwikkeling als mens naar volwassenheid.

Wij kiezen er als regio ervoor om gezamenlijk de handen ineen te slaan en te focussen op de mentale gezondheid van kinderen, jongeren en jongvolwassenen. We zorgen ervoor dat kinderen en jongeren preventief de juiste aandacht, zorg en begeleiding krijgen en snel terecht kunnen bij professionele zorg indien nodig. We sluiten het aanbod aan op wat jongeren en kinderen nodig hebben. We verbinden en investeren in het netwerk van primaire preventie, welzijn en educatie (life-skills) tot gespecialiseerd aanbod om uiteindelijk het mentaal welbevinden van jongeren te bevorderen. We starten hier al mee op het primair onderwijs.

Verdieping prioritaire opgaven: gezond en veilig opgroeien (3/3)

Gezond en veilig opgroeien

Subdoelstelling 3

We hebben een goede leefstijl en gezonde leef- en voedselomgeving om zoveel mogelijk klachten (zowel lichamelijk als psychisch) te voorkomen.

Toelichting

Gezonde leefstijl en leef- en voedselomgeving; we bevorderen de leefstijl van jongeren en kinderen en creëren voor hen een gezondere leef- en voedselomgeving om zoveel mogelijk klachten (lichamelijk en psychisch) te voorkomen. We streven naar:

- Relatief minder kinderen hebben overgewicht of obesitas.
- Relatief minder jongeren 12-18 jaar hebben overgewicht of obesitas.
- Relatief minder jongeren roken minstens 1x per week.
- Relatief minder jongeren roken dagelijks.
- Relatief minder jongeren hebben ooit alcohol gedronken (een heel glas of meer).

Om daadwerkelijk gezondheidswinst te behalen is een integrale aanpak nodig die zich richt op de vier pijlers; educatie, signalering & ondersteuning, omgeving en regelgeving & handhaving (bron: Loket Gezond Leven). Dit willen we bereiken door:

- Ons te richten op kinderen met overgewicht en obesitas en de zorg die daarbij hoort. Dit doen we samen met een breed netwerk van o.a. gemeenten, GGD en maatschappelijke organisaties. Een van de GALA-ketenaanpakken 'aanpak overgewicht en obesitas bij kinderen' die we via de netwerkaanpak Kind naar Gezonder Gewicht (KnGG) aanvliegen, wordt regionaal geïmplementeerd als de verplichte ketenaanpak KnGG onder IZA.
- Regionaal stimuleren we organisaties om aan de slag te gaan met het inrichten van een beweegvriendelijke, rookvrije omgeving, met een gezond voedingsaanbod. We haken hierbij aan bij de doelen van het Nationaal Preventie Akkoord en de Rookvrije generatie.
- We zetten een samenwerkingsverband op met relevante stakeholders, waaronder de GGD en de verslavingszorg, welzijn/jongerenwerk dat zich zowel richt op vroeg signalering van alcohol- en drugsproblematiek, als het voorkomen van middelengebruik onder jongeren. Hierbij betrekken we ook de ervaringsdeskundigheid van de jongeren.
- Gezamenlijk agenderen we de noodzaak tot stevige wet- en regelgeving, alsook sterke keuzes, rondom de inrichting van de leefomgeving van onze jeugd. Denk hierbij aan de blijvende toename aan fastfoodketens, maar ook luchtkwaliteit en diverse andere zaken die raken aan een gezonde leefomgeving. Een sterkere samenwerking tussen sociaal domein en ruimtelijk domein is daarbij onmisbaar.

Verdieping prioritaire opgaven: mentale gezondheid (1/2)

Mentale gezondheid	
Prioritaire opgave	We zijn mentaal gezond en weerbaar en doen voor psychische klachten alleen indien nodig een beroep op ondersteuning en zorg die tijdig toegankelijk is omdat deze vanuit alle domeinen goed en samenhangend georganiseerd is.
Toelichting	De gezamenlijke opgave is om de ondersteuning en zorg voor mensen met psychische klachten anders en beter te organiseren (dichtbij, met de persoon zelf in regie, digitaal waar het kan, via zelfhulpmodules tenzij, zo vroeg mogelijk en in samenhang) zodat we ook in de toekomst kwalitatief goede ondersteuning en zorg kunnen blijven verlenen. Dit vraagt een betere domeinoverstijgende samenwerking tussen het brede sociaal domein, de huisartsenzorg en de ggz, en verbinding met de andere zorgsectoren, waardoor mensen eerder passende ondersteuning en zorg kunnen ontvangen. Hierbij moet ook oog zijn voor een stevige 'sociale basis': niet altijd is professionele ondersteuning of zorg immers het meest passende antwoord op een hulpvraag. - In de regio Midden-Brabant neemt het aantal mensen met psychische klachten toe (het aantal personen met psychische klachten ligt met 28% in de regio hoger dan het landelijk gemiddelde), o.a. gedreven door de veranderende maatschappij, lage SES en armoede in de regio met als gevolg te lange wachttijden voor veel diagnoses. - De prevalentie van Ernstige Psychiatrische Aandoeningen (EPA) ligt rond het landelijk gemiddelde, echter liggen de zorgvraag en -kosten voor deze groep binnen meerdere domeinen relatief hoog - Met de bestaande werkwijze en de knelpunten rondom capaciteit neemt de druk op de zorg, en daarmee de wachttijden, alleen maar verder toe met als consequentie dat zorgprofessionals het plezier in hun werk verliezen. - Te lange wachttijden zorgen er ook voor dat de psychische klachten onnodig verergeren waardoor de zorg die moet worden ingezet zwaarder is dan als er eerder had kunnen worden gestart met de zorg.
Subdoelstelling 1	We zijn in staat om eigen regie te nemen vanuit een versterkte sociale basis waarin preventieve en wijkgerichte interventies ons als inwoner centraal stellen en ons de mogelijkheid geven elkaar te helpen en psychische klachten bespreekbaar zijn en vroegtijdig gesignaleerd worden.
Toelichting	Versterken sociaal domein en sociale basis en inzetten preventieve interventies ter voorkoming van psychische klachten en suicidaliteit. Bij een hulpvraag kijken we naar de mogelijkheden van iedere inwoner, waarbij zelfredzaamheid en de regie over het eigen leven centraal staat. Dit doen we met behulp van het netwerk van naasten, ervaringsdeskundigen en professionals en met inzet van de mogelijkheden die er zijn in de wijk en digitaal in e-communities. In nauwe samenwerking met zorg- en welzijnsorganisaties en in directe verbinding met de huisarts maken we samen de beweging naar voren. In het kader hiervan versterken we de verbinding en samenwerking met initiatieven van maatschappelijke instellingen en publieke gezondheid, die zich bewegen in het voorliggend veld. Ontwikkelen van passende werkwijze die zorg en welzijn voor mensen met (dreigende) psychische klachten of suicidaliteit aan elkaar verbindt door onder andere welzijn op recept, digitale lotgenotengroepen en een dekkend netwerk van steunpunten voor psychisch kwetsbaren. Kennis van, verbinding met en inzicht in (preventieve) mogelijkheden in het voorliggend veld vergemakkelijken het maken van de beweging naar voren. Het bewuster en effectiever inzetten van preventieve interventies en activiteiten in het voorliggend veld kunnen voor reductie van de instroom in de GGZ zorgen. Om de verschuiving van zorg naar gezondheid en preventie te realiseren, is kennis hebben van de (preventieve) activiteiten gericht op de mentale gezondheid van belang.
Subdoelstelling 2	We hebben meer zelfregie over onze psychische klachten met behulp van digitale oplossingen waardoor meer mensen behandeld kunnen worden met dezelfde personele capaciteit.
Toelichting	Nieuwe technologieën bieden kansen om zowel de toegankelijkheid van de GGZ als de bijbehorende zorgresultaten te verbeteren. Digitale oplossingen kunnen bijvoorbeeld ondersteunend werken bij het leveren van netwerkwijk (o.a. ten behoeve van centrale aanmelding in de regio en gegevensuitwisseling), maar ook informatie en voorlichting laagdrempeliger en toegankelijker maken voor de cliënt en het contact met de professional eenvoudiger en efficiënter maken. Uitgangspunten hierbij is meer regie van de inwoner in zijn behandeling, frequenter (kortdurend) contact daar waar wenselijk en zorgen voor passende zorg, waardoor de wachttijden in de GGZ structureel kunnen worden verlaagd.

Verdieping prioritaire opgaven: mentale gezondheid (2/2)

Mentale gezondheid	
Subdoelstelling 3	We ontvangen voor meervoudige complexe problematiek op psychische en andere terreinen sneller en betere ondersteuning en zorg door de inzet van passende gezamenlijke projecten en interventies.
Toelichting	We kiezen voor gezamenlijke projecten/interventies om de ondersteuning en zorg aan specifieke doelgroepen met meervoudige complexe problematiek op psychische en andere terreinen te verbeteren. Hierdoor ontvangen cliënten uit deze doelgroepen sneller de juiste zorg en dalen de kosten. Deze doelstelling sluit aan bij de IZA opgave 'passende zorg'. We richten ons op het (ontwikkelen en) toepassen van passende praktijken, zoals bijvoorbeeld een aangepaste routing van de zorg of een specifiek gezamenlijk aanbod, voor een aantal specifieke doelgroepen binnen de mentale gezondheidszorg. Voorbeelden hiervan zijn cliënten met meervoudig complexe problematiek (bijvoorbeeld de EPA-doelgroep waarvoor nu al in het FACT+ project in Tilburg integratie tussen FACT en het sociaal domein (wijkteam) plaatsvindt), cliënten met een combinatie van psychische en verslavingsproblemen en gezinnen waarbij uithuisplaatsing van de kinderen dreigt wegens de psychische problemen van de ouders. Hierbij worden de uitgangspunten rondom passende zorg zoals omschreven in het IZA, gehanteerd.
Subdoelstelling 4	We ontvangen voor onze psychische klachten tijdig passende ondersteuning of, indien nodig, zorg door een versterkte samenwerking tussen GGZ, huisartsen en het sociaal domein ('toegankelijke mentale gezondheidszorg').
Toelichting	Samenwerking tussen huisartsen, het sociaal domein en GGZ-instellingen is fundamenteel om ervoor te zorgen dat mensen met psychische klachten snel de meest passende ondersteuning en/of zorg ontvangen. Inzichtelijk wordt gemaakt welke werkwijzen in de eerste en tweede lijn rondom mensen met psychische klachten bewezen succesvol zijn als het gaat om kosteneffectiviteit, behandelresultaten, recidive en tevredenheid en hoe deze kunnen worden opgeschaald. Gemeentelijke partijen organiseren een soepele toegankelijkheid voor mensen met psychische klachten die gebaat zijn bij hulp uit het sociaal domein. Dit kan primair vanuit de brede sociale basis worden vormgegeven waarin informele netwerken en collectieve welzijnsvoorzieningen beschikbaar zijn, sociaal-medische interventies vanuit de publieke gezondheidszorg, alsook vanuit gemeentelijke wijkteams die lichte ondersteuning bieden dan wel WMO geïndiceerde begeleiding mogelijk maken. Tussen het sociaal domein, de eerstelijns en de GGZ worden goede aansluitingen georganiseerd. Dit houdt onder meer in het gaan werken met verkennende gesprekken als screeningsinstrument, borgen van rechtstreekse bereikbaarheid van GGZ-expertise, het opzetten van een regionaal dekkend netwerk voor consultatie en MDO's en de ontwikkeling van transfermechanismen tussen zorgaanbieders om mensen zo snel mogelijk de meest passende zorg te bieden.

Verdieping prioritaire opgaven: chronische zorgvraag

Chronische zorgvraag	
Prioritaire opgave	We zijn in staat om zo dicht mogelijk bij huis eigen regie over onze chronische aandoeningen te nemen en doen alleen indien nodig een beroep op passende ondersteuning bij hulpvragen en op passende zorg bij zorgvragen.
Toelichting	- De chronische zorgvraag neemt sterk toe in de regio waarbij Midden-Brabant niet alleen wordt gekenmerkt door een hoge vergrijzing, maar ook een lage SES en lage gezondheidsvaardigheden. De prevalentie van ouderdomsgerelateerde chronische aandoeningen (dementie, coronaire hartziekten, COPD, beroerte) neemt daarbij het snelst toe, maar ook het aantal nieuwe kankerdiagnoses zal stijgen. - Ouderen (65+) scoren gemiddeld slechter dan het landelijk gemiddelde op diverse leefstijlindicatoren. - Het percentage personen met overgewicht en overmatig alcoholgebruik in de zorgkantoorregio Midden-Brabant ligt hoger dan het landelijk gemiddelde. - Deze ontwikkelingen hebben een stijging van (dure) zorgvraag in zowel de 1e als 2e lijn tot gevolg – in combinatie met de afname van het mantelzorgpotentieel ontstaan grote knelpunten betreft de toegankelijkheid van zorg voor deze groep.
Subdoelstelling 1	We hebben een gezonde leefstijl waardoor chronische aandoeningen waar mogelijk voorkomen worden en leven in sterke sociale gemeenschappen waarin we elkaar waar mogelijk ondersteunen zodat onze vraag naar chronische zorg vermindert.
Toelichting	Midden-Brabant wordt gekenmerkt door een hoge vergrijzing, een lage SES en lage gezondheidsvaardigheden, die sterk bijdragen aan de stijgende zorgvraag. Preventie (primair, secundair en tertiair) heeft de potentie om een deel van de chronische zorgvraag te voorkomen of verminderen.
Subdoelstelling 2	We krijgen voor onze chronische aandoening passende ondersteuning en monitoring zodat we zo lang mogelijk zelfredzaam zijn en eigen regie kunnen voeren én zodat voorkomen wordt dat onze chronische zorgvragen acute zorgvragen worden.
Toelichting	In alle domeinen moet het gebruik van zorginnovaties in de zorg voor en door chronisch zieken vanzelfsprekend worden, op basis van zelf tenzij, thuis tenzij en digitaal tenzij (o.a. digitale oplossingen als thuis- of telemonitoring en digitale zorgpaden en sociale innovaties zoals mantelzorgondersteuning). Brede implementatie en gebruik van zorginnovaties door chronisch zieken en hun netwerk dient te worden gefaciliteerd. Zodat zorg voor chronische zieken zo veel mogelijk op afstand kan plaatsvinden en eigen regie en zelfredzaamheid van de patiënt meer wordt aangesproken. Deze beweging vraagt gedragsverandering van de burger en van de professional. Door in een vroeg stadium te anticiperen op een veranderende (chronische) zorgvraag van de patiënt, voorkomen we onnodig gebruik van (zwaardere) zorg en voorkomen we dat de chronische zorgvraag zich ontwikkelt tot een acute zorgvraag. Door beoordeling van doelmatige en kosteneffectieve inzet van zorginnovaties en opschaling bij bewezen bijdrage op relevante uitkomsten, kunnen we de personeelscapaciteit efficiënter inzetten. Door in het netwerk kennis en ervaringen te delen voorkomen we dat we allemaal hetzelfde wiel uitvinden.
Subdoelstelling 3	We blijven toegang hebben tot noodzakelijke medisch specialistische zorg door het bevorderen van ziekenhuisverplaatste zorg ¹ , zonder dat het tot een ongewenst waterbedeffect leidt.
Toelichting	In nauwe samenwerking met en afstemming tussen eerstelijns, tweedelijns en wijkverpleging zetten we in op verplaatsen van fysieke verpleegtechnische behandelingen naar de thuissituatie. We bereiden de patiënt en het netwerk gedurende (msz / eerstelijns) behandeling en/of ziekenhuisopname voor op verder herstel in de thuissituatie ondersteund door passende vormen van zorg en ondersteuning (inclusief zelfzorg).
Subdoelstelling 4	Onze cliënt-/patiëntgegevens zijn digitaal beschikbaar in het (zorg)netwerk van personen met een chronische aandoening.
Toelichting	We versterken de eigen regie van chronisch zieken en dragen bij aan efficiënte inzet van zorgprofessionals en gepast gebruik van zorg. Onderdeel hiervan is uitwisseling in de keten van uitkomsten van ACP gesprekken en medicatiegegevens.

1) Onder ziekenhuisverplaatste zorg verstaan we medische behandelingen die verpleegtechnische handelingen vereisen die bij de patiënt fysiek buiten het ziekenhuis geleverd kunnen worden. Ofwel uitgevoerd door wijkverpleging ofwel door de patiënt zelf. Zie o.a. CZ definitie ziekenhuisverplaatste zorg Toetsingskader Ziekenhuisverplaatste Zorg (cz.nl)

Verdieping prioritaire opgaven: (kwetsbare ouderen), nu en straks (1/2)

(Kwetsbare ouderen), nu en straks

Prioritaire opgave	We wonen wanneer we ouder worden zo lang mogelijk actief en veilig thuis, zijn samen met onze naasten zelfredzaam en doen alleen indien nodig een beroep op passende ondersteuning bij hulpvragen en op passende zorg bij zorgvragen.
Toelichting	- Stijgende prevalentie van ouderdomsgerelateerde aandoeningen, groeiende druk op (in)formele zorg en het feit dat ouderen in toenemende mate alleen wonen vergroot de kwetsbaarheid van de ouderen in de regio. - De meeste (kwetsbare) ouderen wonen thuis en deze groep zal groeien. Dat betekent dat de meeste zorg en ondersteuning in de eerste lijn zal plaatsvinden. Bovendien zal zorg vanuit 2e lijn steeds meer verplaatst worden naar de 1e lijn. - Ouderen in Midden-Brabant worden gekenmerkt door een relatief lage SES en gezondheidsvaardigheden en ervaren een lage sociale samenhang in de wijk. - De zorgvraag die als gevolg sterk groeit in combinatie met tekorten aan personeelscapaciteit, dalende beschikbaarheid van mantelzorgers en gelijkblijvende intramurale verpleeghuiscapaciteit is een groot knelpunt in de regio.
Subdoelstelling 1	We zijn met ons netwerk zelfredzaam zodat we zo lang mogelijk zelfstandig thuis wonen en eigen regie over ons leven kunnen houden, vanuit sociale gemeenschappen en een sociale basis waarin elkaar helpen wordt gestimuleerd.
Toelichting	Inzet op o.a. actieve voorbereiding op ouder worden leidt tot ouderen die zo goed en lang mogelijk eigen regie kunnen houden en alleen van professionele zorg gebruikmaken indien écht nodig. Dit vereist een stevige sociale basis van formele en informele algemene voorzieningen. We zetten in op het versterken / uitbreiden van het bestaande netwerk (ook met vrijwilligers) en mantelzorgondersteuning zodat er in buurten aandacht is voor elkaar en bereidheid om elkaar te helpen. Dit past in de ontwikkeling van Zorgzame buurt.
Subdoelstelling 2	We blijven zo lang mogelijk vitaal en gezond door een gezonde leefstijl en nemen (actief) deel aan de samenleving waardoor mogelijke zorgvragen worden voorkomen of verminderd.
Toelichting	Midden-Brabant wordt niet alleen wordt gekenmerkt door een hoge vergrijzing, maar ook een lage SES en lage gezondheidsvaardigheden, die sterk bijdragen aan de stijgende zorgvraag. Preventieve ouderenzorg (primair, secundair en tertiair) om mentale en fysieke gezondheid te bevorderen heeft de potentie om zorgvraag te voorkomen of verminderen. Inclusief aandacht voor leefomgeving en ruimtelijke inrichting. Om te komen tot effectieve preventieve ouderzorg zullen sociaal domein en zorgdomein hierin nauw samenwerken. Verder is van belang dat bewustwording vergroot wordt bij burgers / ouderen over hun eigen rol en eigen verantwoordelijkheid bij gezond ouder worden en behoud van zelfstandigheid.
Subdoelstelling 3	We krijgen vanuit nauwe samenwerking tussen professionals uit het zorgdomein en het sociaal domein passende ondersteuning en zorg vanuit het principe zelf tenzij, thuis tenzij en digitaal tenzij
Toelichting	Op basis van 'zelf tenzij, thuis tenzij, digitaal tenzij' – kunnen ouderen thuis blijven wonen en kwaliteit van leven ervaren. Professionals zijn toegerust om (kwetsbare) ouderen zo lang mogelijk thuis passende multidisciplinaire zorg en ondersteuning te bieden. Ook vroegtijdige zorgplanning (ACP) draagt hieraan bij. Het gebruik van innovaties voor en door (kwetsbare) ouderen is vanzelfsprekend. Dit geldt voor innovaties die bijdragen aan zo lang mogelijk zelfstandig leven en voor zorginnovaties gericht op substitutie van arbeid. Hiermee versterken we de zelfredzaamheid en (kwetsbare) ouderen en kunnen we de personeelscapaciteit efficiënter inzetten. Door in het netwerk kennis en ervaringen te delen voorkomen we dat we allemaal hetzelfde wiel uitvinden.

Verdieping prioritaire opgaven: (kwetsbare ouderen), nu en straks (2/2)

(Kwetsbare ouderen), nu en straks

Subdoelstelling 4	We komen minder op de acute zorg terecht omdat acute zorgvragen die voortkomen uit laag-complexe en/of niet-acute zorg vragen voorkomen worden.
Toelichting	Onderdeel hiervan is het voorkomen en verkorten van (her)opnames van (kwetsbare) ouderen in het ziekenhuis door onderlinge samenwerking tussen o.a. HASP, SEH en VVT, en een gemeenschappelijke boodschap. We dragen bij aan efficiënte inzet van zorgprofessionals en gepast gebruik van (acute) zorg.
Subdoelstelling 5	We krijgen ondersteuning en zorg op de juiste plek in de keten door optimale in-, door-, en uitstroom middels integraal capaciteitsmanagement en zorg coördinatie.
Toelichting	De focus hierbij ligt op de coördinatie van capaciteit en transfers door de gehele keten zodat kwetsbare ouderen zo snel mogelijk op de juiste plaats terecht komen voor passende zorg en ondersteuning. We maken optimaal gebruik van de beschikbare capaciteit. Dit vraagt ook om procesverbetering bij in- en doorstroom en bij het aanmeldproces van nieuwe zorgvragen.
Subdoelstelling 6	Onze cliënt-/patiëntgegevens in het (zorg)netwerk van (kwetsbare) ouderen zijn versneld beschikbaar.
Toelichting	Om doelstellingen op het gebied van efficiënte in- en doorstroom, capaciteitsmanagement, ACP-uitkomsten en voorkomen van acute zorg te realiseren is beschikbaarheid en uitwisseling van client/patiëntgegevens vereist.



Appendix

- A. Onderdelen VNG-werkagenda
- B. Toelichting prioritaire opgaven en subdoelstellingen
- C. **Voorbeeld KPI's t.b.v. monitoring**
- D. Status GALA ketenaanpakken
- E. Uitwerking kwantificering toegankelijkheid

KPI's ten behoeve van monitoring worden in Q1 2024 bepaald en vastgesteld – eerste voorbeelden zijn opgehaald ter illustratie

Voorbeeld KPI's t.b.v. monitoring (niet uitputtend, ter illustratie)

Thema's prioritaire opgaven

Leefstijl en leefomgeving

- Indicatoren vanuit regionale nota publieke gezondheid
- Aandeel inwoners dat wekelijks sport
- Aandeel inwoners dat roken
- Aandeel inwoners (overmatig) alcoholgebruik
- Aandeel inwoners met overgewicht of obesitas
- Indicatoren fysieke leefomgeving (luchtqualiteit, infectieziekten, hitte, beweegvriendelijkheid, etc.)
- Indicatoren sociale leefomgeving (onveiligheid, overlast, etc.)
- Sociale cohesie
- Nabijheid van voorzieningen
- Betrokkenheid in buurt
- Aandeel inwoners dat zich eenzaam voelt
- ...

Gezond en veilig opgroeien

- Gemiddeld kindertal per vrouw
- Sterfte rond de geboorte vanaf 24 weken zwanger
- Aandeel zwangerschaps-begeleidingen
- Aandeel moeder heeft alcohol gebruikt, gerookt, etc.
- Aandeel kind eet/drinks/beweegt dagelijks
- Aandeel ouders met opvoedproblematiek
- Aandeel jongeren dat zich veerkrachtig voelt
- Aandeel jongeren dat voldoende weerbaar is
- Aandeel verwijzingen naar Halt en Novadic Kentron
- Indicatoren mentale gezondheid en welzijn jongeren (stress, eenzaamheid, suicide, etc.)
- ...

Mentale gezondheid

- Aandeel personen mentale gezondheidsklachten en deel dat ermee om kan gaan
- Indicatoren mentale gezondheid en welzijn (stress, eenzaamheid, suicide, zingeving, etc.)
- Sociale determinanten (bijv. aandeel huishoudens schuld)
- Aandeel personen met onbegrepen gedrag in acute zorg keten
- Aandeel verwijzingen naar de tweedelijns GGZ en interne doorverwijzingen
- Aandeel patiënten bij POH-GGZ, basis-GGZ, s-GGZ en ZZP langdurige GGZ
- Kosten meervoudige complexe problematiek
- Aandeel EPA patiënten
- Wachttijden per diagnose
- ...

Chronische zorgvraag

- Aandeel personen met één chronische aandoening
- Aandeel personen met meerdere chronische aandoening
- Prevalentie chronische aandoeningen (bijv. COPD, hartfalen, etc.)
- Indicatoren leefstijl / gezondheid chronisch zieken
- Aandeel chronisch zieken met regie over eigen leven
- Aandeel fysieke t.o.v. digitale consulten (HA en MSZ), aandeel klinische dagen (MSZ) en inzet SVT (Wijk)
- Aantal patiënten gebruik makend van thuismonitoring
- Aantal ZH-verplaatste behandelingen
- Aandeel chronisch zieken in acute keten
- ...

Kwetsbare ouderen, nu en straks

- Aandeel kwetsbare ouderen per gemeente of wijk
- Aandeel kwetsbare ouderen met regie over eigen leven
- Veerkracht ouderen
- Prevalentie aandoeningen
- Sociale cohesie: aandeel mantelzorgers, belastbaarheid en steunsysteem
- Aandeel ouderen dat het moeilijk vindt om hulp te vragen bij gezondheid
- Aandeel ouderen dat geen dingen hoeft te laten vanwege gezondheid
- Aandeel kwetsbare ouderen in acute keten en aantal SEH-bezoeken
- Aantal dagen tussen medisch gereed en juiste vervolgzorg op de juiste plek
- ...

KPI's zijn voorbeelden en bedoeld ter illustratie – KPI's worden in Q1 2024 weder gedefinieerd en vastgesteld (doel is om tot een beperkte set te komen)



Appendix

- A. Onderdelen VNG-werkagenda
- B. Toelichting prioritaire opgaven en subdoelstellingen
- C. Voorbeeld KPI's t.b.v. monitoring
- D. Status GALA ketenaanpakken**
- E. Uitwerking kwantificering toegankelijkheid

Dit appendix hoofdstuk wordt op een later moment toegevoegd



Appendix

- A. Onderdelen VNG-werkagenda
- B. Toelichting prioritaire opgaven en subdoelstellingen
- C. Voorbeeld KPI's t.b.v. monitoring
- D. Status GALA ketenaanpakken
- E. Uitwerking kwantificering toegankelijkheid**

Dit appendix hoofdstuk wordt op een later moment toegevoegd