



Appendix

- A. Onderdelen VNG-werkagenda**
- B. Toelichting prioritaire opgaven en subdoelstellingen
- C. Voorbeeld KPI's monitoring
- D. Status GALA ketenaanpakken
- E. Methodiek kwantificering

Onderdelen VNG-Werkagenda (1/14)

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 (2/14)

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 (3/14)

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 (4/14)

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 (5/14)

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 (6/14)

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 (7/14)

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 (7/14)

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 (8/14)

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 (9/14)

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 (10/14)

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 (11/14)

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 (12/14)

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 (13/14)

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 (14/14)

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.

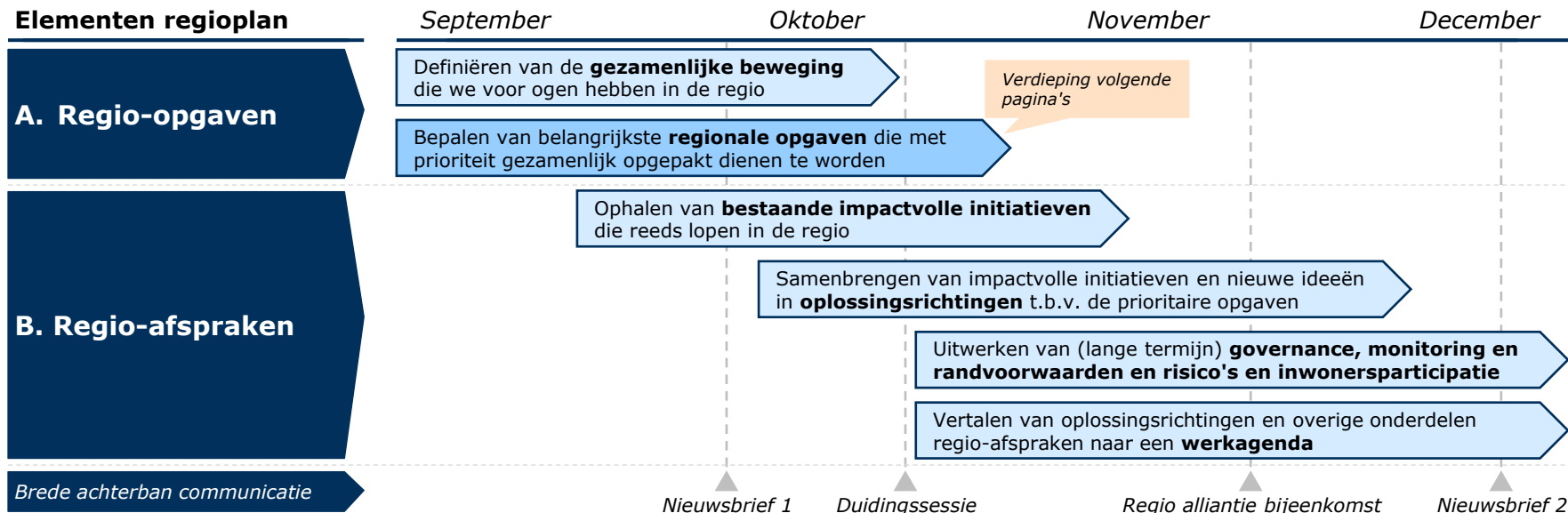


Appendix

- A. Onderdelen VNG-werkagenda
- B. Toelichting prioritaire opgaven en subdoelstellingen**
- C. Voorbeeld KPI's monitoring
- D. Status GALA ketenaanpakken
- E. Methodiek kwantificering

Het Regioplan Midden-Brabant is tot stand gekomen na een intensieve periode van samenwerking

Proces Regioplan Midden-Brabant



Het regioplan is na een intensieve periode van samenwerking tot stand gekomen. Het kernteam IZA fungeerde als penvoerder, kwam frequent bijeen (2,5 uur elke 3 weken, en wekelijks in klein verband) en haakte de achterban zo goed mogelijk daarbij aan. Het bestuurlijk IZA-team MB kwam iedere maand bijeen.

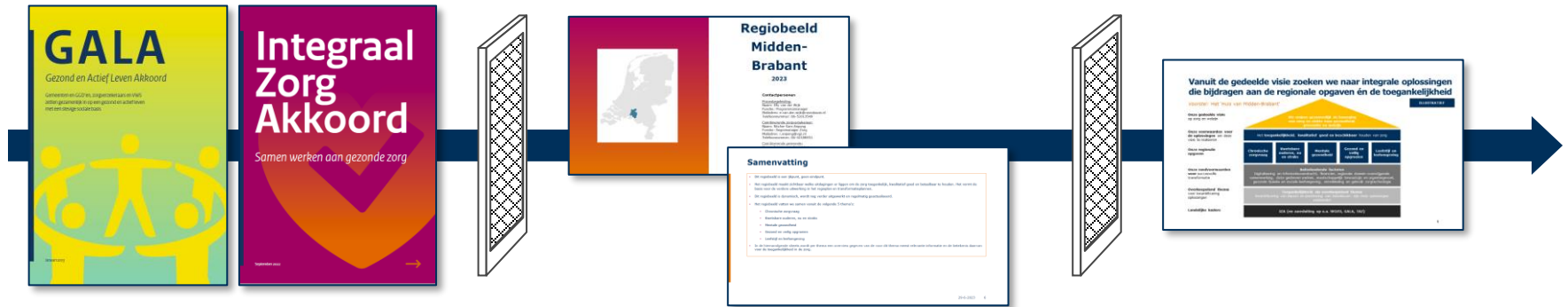
Input voor het plan is gedurende het traject opgehaald middels een groot aantal (bilaterale) gesprekken en een tweetal brede bijeenkomsten. Voorafgaand aan de vaststelling van het regioplan door het bestuurlijk IZA-team MB is het plan besproken in de colleges van de regio gemeenten en het AB van ZMBR.

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



Het GALA en IZA zijn opgezet met als doelen een gezonde generatie in 2040 en goede, toegankelijke en betaalbare zorg

In het regiobeeld staan de regionale knelpunten en belangrijkste thema's beschreven

Het huis van Midden-Brabant vormt de kern van de prioritaire opgaven

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 worden gestimuleerd, zodat we de kansen op een gezonde leefstijl vergroten.
Toelichting	<p>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."</p> <p>Wetende dat:</p> <ul style="list-style-type: none">• 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. <p>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).</p> <p>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):</p> <ul style="list-style-type: none">• Gezonde bevolking (collectieve preventie).• Bevolking met verhoogd risico (collectieve selectieve preventie).• Individuen met beginnende klachten (individuele preventie).• Individuen met een ziekte (individuele preventie). <p>In de waaiër 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):</p> <ul style="list-style-type: none">• 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 worden gestimuleerd, zodat we de kansen op een gezonde leefstijl vergroten.
Toelichting	<p>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).</p> <p>Conform het gedachtegoed van de zorgzame en gezonde buurten:</p> <p>Deze sociale basisinfrastructuur willen we vanuit de regio Midden-Brabant laten landen/mede-realiseren in 'Zorgzame en Gezonde Buurten'.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>De uitwerking en nadere specificaties van deze Zorgzame en Gezonde Buurten worden binnen het kernteam IZA nader uitgewerkt.</p> <p>Kortom, de rationale die we hanteren is dat een verbeterde sociale en fysieke leefomgeving leidt tot verbetering van leefstijl en daarmee leidt tot gezondheidswinst.</p> <p>Het stelt ons voor twee opgaven, die wij daarom opnemen als de drie subdoelstellingen onder deze prioritaire opgave:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Verbeteren van de leefstijl. • Verbeteren van de sociale leefomgeving. • Verbeteren van de fysieke leefomgeving. <p>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.)</p>

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: i) voorlichting en educatie; ii) signalering, advies en ondersteuning; iii) leefomgeving; iv) 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 domeinoverstijgende ondersteuning op verschillende leefgebieden (gefaciliteerd door professionals in de wijk en experts erbuiten).
	<p>Verbetering van de sociale leefomgeving door middel van:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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. <p>We nemen hierover nog de volgende additionele kennis over leefstijl in acht:</p> <div style="text-align: center;"> <p><small>Social Science & Medicine 198 (2018) 14-21</small></p> <p><small>Fig. 2. Plot of rankings of the perceived importance of social and behavioural risk factors</small></p> </div>
Subdoelstelling 3	We hebben een fysieke leefomgeving waarin gezond leven haalbaar wordt gemaakt, de gezonde keuze de haalbare keuze is en gekeken wordt naar domeinoverstijgende factoren zoals de voedsel- en woonomgeving.
Toelichting	<p>Verbetering van de fysieke leefomgeving door middel van:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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)

Prioritaire opgave en subdoelstellingen

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	<p>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 gesignaleerd. 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.</p> <p>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:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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 1.0001 dagen – deze gezinsgerichte omgeving bepaalt in grote mate de kansen voor later.
Toelichting	<p>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:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Een percentage lager aantal vroeggeboorte en/of te laag geboortegewicht. • Daling van het percentage ouders dat soms of vaak problemen bij de opvoeding ervaart. <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p>

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

Prioritaire opgave en subdoelstellingen

Gezond en veilig opgroeien	
Subdoelstelling 2	<p>We zijn mentaal gezond en weerbaar, 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.</p>
Toelichting	<p>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:</p> <ul style="list-style-type: none">• 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. <p>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 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.</p> <p>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.</p>

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

Prioritaire opgave en subdoelstellingen

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	<p>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:</p> <ul style="list-style-type: none">• Relatief minder kinderen hebben overgewicht of obesitas.• Relatief minder jongeren 12-18 jaar hebben overgewicht of obesitas.• Relatief minder jongeren roken minsten 1x per week.• Relatief minder jongeren roken dagelijks.• Relatief minder jongeren hebben ooit alcohol gedronken (een heel glas of meer). <p>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:</p> <ul style="list-style-type: none">• 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)

Prioritaire opgave en subdoelstellingen

Mentale gezondheid	
Prioritaire opgave	We zijn mentaal gezond en weerbaar en doen voor psychische klachten alleen wanneer dat nodig is een beroep op ondersteuning en zorg die tijdig toegankelijk is omdat deze vanuit alle domeinen goed en samenhangend georganiseerd is.
Toelichting	<p>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.</p> <ul style="list-style-type: none"> 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	<p>Versterken sociaal domein en sociale basis en inzetten preventieve interventies ter voorkoming van psychische klachten en suïcidaliteit. 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.</p> <p>Ontwikkelen van passende werkwijze die zorg en welzijn voor mensen met (dreigende) psychische klachten of suïcidaliteit 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.</p>
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 netwerkzorg (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 én zorgen voor passende zorg, waardoor de wachtlijsten in de GGZ structureel kunnen worden verlaagd.

Verdieping prioritaire opgaven: mentale gezondheid (2/2)

Prioritaire opgave en subdoelstellingen

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	<p>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'.</p> <p>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.</p>
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

Prioritaire opgave en subdoelstellingen

Chronische zorgvraag	
Prioritaire opgave	We zijn in staat om zo dicht mogelijk bij huis eigen regie te voeren over onze chronische aandoeningen en doen alleen wanneer dat nodig is een beroep op passende ondersteuning bij hulpvragen en passende zorg bij zorgvragen.
Toelichting	<ul style="list-style-type: none"> 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 waterbeddeffect leidt.
Toelichting	In nauwe samenwerking met en afstemming tussen eerstelijns, tweedelijns en wijkverpleging zetten we in op verplaatsen van fysieke verpleegtechnische behandelingen naar de thuisituatie. We bereiden de patiënt en het netwerk gedurende (msz / eerstelijns) behandeling en/of ziekenhuisopname voor op verder herstel in de thuisituatie 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.

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

Prioritaire opgave en subdoelstellingen

(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 wanneer dat nodig is een beroep op passende ondersteuning bij hulpvragen en passende zorg bij zorgvragen.
Toelichting	<ul style="list-style-type: none"> • 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)

Prioritaire opgave en subdoelstellingen

(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 monitoring**
- D. Status GALA ketenaanpakken
- E. Methodiek kwantificering

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

Voorbeeld KPI's 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 monitoring
- D. Status GALA ketenaanpakken**
- E. Methodiek kwantificering

Kansrijke start: alle regio's zijn aan de slag met aanpak, maar concreetheid varieert – betrekken alle partijen is uitdagend

Verdieping GALA ketenaanpakken: kansrijke start

	Status gemeenten	Toelichting (samenvatting)
1		
Is er een plan van hoe de ketenaanpak ingericht wordt?	<i>Nog niet:</i> 0/9 <i>Deels:</i> 5/9 <i>Volledig</i> 4/9	In alle gemeenten is er een beeld over het inrichten van de coalitie ten behoeve van een kansrijke start. Op een aantal plekken is dit reeds concreter uitgewerkt, bijvoorbeeld in een lokale 'why' plaat en uitvoeringplaat. Op andere plekken bestaan met name nog veel losse initiatieven die samengebracht dienen te worden in een integrale plan van aanpak.
2		
In welke mate zijn stakeholders uit de verschillende domeinen meegenomen?	<i>Nog niet:</i> 1/9 <i>Deels:</i> 5/9 <i>Volledig</i> 3/9	Stakeholders zijn op veel plekken al deels meegenomen, maar op een aantal plekken zijn bepaalde partijen nog niet volledig aangehaakt (bijvoorbeeld onderwijs, kinderopvang, huisartsen). Deels zijn contracten en intentieverklaringen ook al getekend. Het vraagt wel tijd om individuele stakeholders goed mee te nemen.
3		
In hoeverre is de infrastructuur ingericht t.b.v. uitvoering van de ketenaanpak?	<i>Nog niet:</i> 3/9 <i>Deels:</i> 5/9 <i>Volledig</i> 1/9	Infrastructuur is, omdat de ketenaanpak vaak nog aan het begin staat, op een aantal plekken nog niet ingericht met ook nog een beperkt beeld van hoe de inrichting eruit ziet. Op andere plekken is deze verder uitwerkt en wordt deze verder uitgebouwd en bepaald wie welke taken op zich neemt (bijvoorbeeld de GGD voor bepaalde uitvoeringstaken).
4		
In hoeverre kan de volledige doelgroep aanspraak maken op de ketenaanpak?	<i>Beperkt:</i> 3/9 <i>Deels:</i> 6/9 <i>Volledig</i> 0/9	Op een aantal plekken kan nog geen doelgroep gebruik maken van de ketenaanpak. Op de meeste plekken kunnen doelgroepen deels aanspraak hierop doen (bijvoorbeeld alleen moeders tot 28 jaar). Ambitie is vaak wel om de ketenaanpak voor 100% van de doelgroep beschikbaar te kunnen stellen, maar dit hangt o.a. ook af van financiering.
5		
Wat zijn uitdagingen waar jullie tegenaan lopen?		Het betrekken van alle relevante stakeholders en het zoeken van de verbinding tussen o.a. het medisch en sociaal domein wordt als uitdagend ervaren. Ook het betrekken van ouders in de coalitie wordt als wenselijk gezien, maar dit is lastig te realiseren. Daarnaast is het een uitdaging om verschillende losse initiatieven samen te brengen tot één integrale aanpak waarbij gelet wordt op overlap met andere trajecten, bijvoorbeeld reguliere JGZ. De bekostiging en financieringsmethodiek sluit niet altijd goed aan, bijvoorbeeld verloskundigen en kraam zorg worden niet altijd vergoed. Tot slot gaat de aanpak om meer dan alleen interventies, maar zijn een duurzame samenwerking en vakmanschap ook belangrijk (en dat kost tijd).

Valpreventie bij ouderen: aanpak ontbreekt bij sommige gemeenten nog – doelgroep kan niet volledig bereikt worden

Verdieping GALA ketenaanpakken: valpreventie bij ouderen

	Status gemeenten	Toelichting (samenvatting)
1		
Is er een plan van hoe de ketenaanpak ingericht wordt?	<i>Nog niet:</i> 4/9 <i>Deels:</i> 5/9 <i>Volledig</i> 0/9	Plan van aanpak ontbreekt nog of is deels opgesteld. Op de meeste plekken lopen er al wel gesprekken met partijen zoals uitvoeringsorganisaties of eerste offertes (maar nog geen beoordeling). Ook wordt er wel al ingezet op bestaande samenwerkingen, bijvoorbeeld met lokale fysiotherapeuten.
2		
In welke mate zijn stakeholders uit de verschillende domeinen meegenomen?	<i>Nog niet:</i> 2/9 <i>Deels:</i> 6/9 <i>Volledig</i> 1/9	Bij de meeste gemeenten zijn een deel van de stakeholders aangehaakt en eerste bijeenkomsten georganiseerd (bijvoorbeeld de vast samenwerkingspartners), maar kost het nog wel tijd om de overige partijen aan te haken. Hierbij is de verwachting dat dit enkele maanden duurt en in 2024 alle stakeholders in beeld en aangehaakt zijn.
3		
In hoeverre is de infrastructuur ingericht t.b.v. uitvoering van de ketenaanpak?	<i>Nog niet:</i> 6/9 <i>Deels:</i> 3/9 <i>Volledig</i> 0/9	De meeste gemeenten hebben nog beperkt zicht op de benodigde infrastructuur en in hoeverre deze al is ingericht. Aantal gemeenten focust op het in kaart brengen van de relevante infrastructuur, o.a. hoe door te verwijzen naar valpreventie programma's, aansluiting op bestaande langer actief thuis wonen en nazorg programma's zoals de beweeggroep, implicaties voor de contractering, etc.
4		
In hoeverre kan de volledige doelgroep aanspraak maken op de ketenaanpak?	<i>Beperkt:</i> 6/9 <i>Deels:</i> 2/9 <i>Volledig</i> 1/9	In een aantal gemeenten is in beeld gebracht wie de doelgroep is, maar op andere plekken zijn hier nog vragen over (bijv. alleen kwetsbare ouderen of ook andere doelgroepen ter preventie). Sommige gemeenten geven aan dat met de beoogde programma opzet en financiering alleen een deel van de doelgroep bereikt kan worden.
5		
Wat zijn uitdagingen waar jullie tegenaan lopen?		Uitdaging is dat er vanaf 2024 vanuit verzekeraars een vergoeding is voor ouderen met een verhoogd risico, maar niet voor diegenen die aan preventie willen doen. Dit sluit aan op de vraag wie precies onder de gewenste doelgroep vallen. Daarnaast kost het aanhaken van relevante partijen, bijvoorbeeld de seniorenraad, extra tijd. Ook worden voorwaarden vanuit GALA als beperkend ervaren, bijvoorbeeld dat de uitvoering van middelen 2023 ook in 2023 moet plaatsvinden. Door tijdsdruk kunnen middelen hierdoor beperkt ingezet worden waardoor inwoners teleurgesteld worden. Uitdaging ligt ook om valpreventie goed aan te laten sluiten op bijvoorbeeld ouderenzorgorganisaties, maar ook nazorg.

Aanpak overgewicht kinderen: vaak al veel losse initiatieven, maar nog geen integraal plan – koppeling verwijzers lastig

Verdieping GALA ketenaanpakken: aanpak overgewicht kinderen

	Status gemeenten	Toelichting (samenvatting)
1 Is er een plan van hoe de ketenaanpak ingericht wordt?	<i>Nog niet:</i> 4/9 <i>Deels:</i> 4/9 <i>Volledig</i> 1/9	Bij veel gemeenten bestaat nog geen plan of alleen een idee of hoofdlijnen hoe de ketenaanpak wordt ingericht. Wel zijn er al veel losse projecten, zoals JOGG, initiatieven vanuit de GGD, projecten in samenwerking met scholen voor naschools aanbod, etc.
2 In welke mate zijn stakeholders uit de verschillende domeinen meegenomen?	<i>Nog niet:</i> 3/9 <i>Deels:</i> 5/9 <i>Volledig</i> 1/9	Vaak zijn er al een aantal partijen bij betrokken, maar zijn nog niet alle relevante stakeholders in beeld (verwachting is dat dat in 2024 wel zo is). Ook zijn er soms al afspraken met de GGD gemaakt, maar zijn zij verantwoordelijk voor het maken van afspraken met andere partijen (verwachting is dat dit aantal maanden duurt).
3 In hoeverre is de infrastructuur ingericht t.b.v. uitvoering van de ketenaanpak?	<i>Nog niet:</i> 4/9 <i>Deels:</i> 4/9 <i>Volledig</i> 1/9	Voor een deel is dit nog niet ingericht en nog afhankelijk van het plan van aanpak wat nog niet overal is opgesteld. Aansluiting op bestaande programma's moet op veel plekken nog gebeuren, soms is hier al een beeld bij, maar moet dit nog afgestemd worden met de relevante stakeholders. Op een aantal plekken zijn al concrete zaken verder ingericht, bijvoorbeeld opgeleide jeugdverpleegkundigen die zich inzetten voor aanpak overgewicht kinderen
4 In hoeverre kan de volledige doelgroep aanspraak maken op de ketenaanpak?	<i>Beperkt:</i> 7/9 <i>Deels:</i> 0/9 <i>Volledig</i> 2/9	Precieze invulling voor doelgroepen is nog afhankelijk van de inhoudelijke aanpak. Verwachting is dat de ketenaanpak alleen voor een beperkt deel van de doelgroep ingezet kan worden vanwege beperkte middelen (bijv. alleen primair onderwijs). Ambitie is vaak wel om de gehele doelgroep te kunnen bedienen.
5 Wat zijn uitdagingen waar jullie tegenaan lopen?		Samenwerkingen met het zorgdomein en andere verwijzers (bijv. GGD die schoolmetingen doet, huisartsen die potentiële deelnemers zien, scholen, etc.) en hoe de centrale zorgverlener zich verhoudt tot andere professionals worden als uitdagend ervaren. Voldoende middelen voor deze interventie (bijv. om aanpak volledig te kunnen verankeren in wijken) wordt als beperkend ervaren. Het vinden van de aansluiting op bestaande programma's / doorverwijzingen wordt ook als een uitdaging gezien. Door de AVG moeten ouders ook eerst gevraagd worden of er contact opgenomen kan worden, maar veel leerkrachten en coaches vinden dit lastig om te doen.

GLI overgewicht volwassenen: veel GLI programma's lopen al, maar zijn nog niet vertaald naar een ketenaanpak

Verdieping GALA ketenaanpakken: GLI overgewicht volwassenen

	Status gemeenten	Toelichting (samenvatting)
1 Is er een plan van hoe de ketenaanpak ingericht wordt?	<i>Nog niet:</i> 7/9 <i>Deels:</i> 2/9 <i>Volledig</i> 0/9	In veel gemeenten lopen verschillende GLI programma's of andere initiatieven die gericht zijn op overgewicht van volwassenen. Echter is in de meeste gevallen dit nog niet vertaald naar een algehele visie of een ketenaanpak. Het uitwerken van een plan staat vaak wel op de radar.
2 In welke mate zijn stakeholders uit de verschillende domeinen meegenomen?	<i>Nog niet:</i> 5/9 <i>Deels:</i> 3/9 <i>Volledig</i> 1/9	Afhankelijk van plan van aanpak welke partners er, in aanvulling op bestaande samenwerkingen, nog aangehaakt moeten worden. Verwachting is dat hier aantal maanden voor nodig zijn.
3 In hoeverre is de infrastructuur ingericht t.b.v. uitvoering van de ketenaanpak?	<i>Nog niet:</i> 5/9 <i>Deels:</i> 3/9 <i>Volledig</i> 1/9	Afhankelijk van plan van aanpak. Er is vaak al een bestaande infrastructuur op lopende GLI initiatieven.
4 In hoeverre kan de volledige doelgroep aanspraak maken op de ketenaanpak?	<i>Beperkt:</i> 7/9 <i>Deels:</i> 2/9 <i>Volledig</i> 0/9	Totale doelgroep is relatief groot (gegeven aandeel bevolking wat met overgewicht kampt). Beschikbare middelen zijn echter alleen toereikend voor een zeer beperkt deel van deze doelgroep. Daarnaast is intrinsieke motivatie randvoorwaardelijk voor deelname aan GLI programma's. Daarom wordt er m.n. ook ingezet op communicatie.
5 Wat zijn uitdagingen waar jullie tegenaan lopen?		Het bereiken van de (grote) doelgroep is een uitdaging. Intrinsieke motivatie van inwoners is zeer belangrijk voor het slagen van een interventie gericht op het reduceren van overgewicht en die kun je niet extern opleggen. Daarnaast zijn de bereikte doelgroepen t.o.v. de totale doelgroep momenteel heel klein (wat voor betrokkenen aanvoelt als 'een druppel op de gloeiende plaat'). Ook is het vinden van voldoende gekwalificeerd personeel en geschikte locaties van beweegprogramma's op een aantal plekken een knelpunt. De samenwerking met het zorgdomein wordt ook als uitdagend ervaren en bestaan er vragen over hoe de GLI vanuit de zorgverzekering zich verhoudt tot de ketenaanpakken.

Welzijn op Recept: veel variatie in implementatie – in aantal gemeenten bestaan pilots of zijn welzijnscoaches operationeel

Verdieping GALA ketenaanpakken: GLI overgewicht volwassenen

	Status gemeenten	Toelichting (samenvatting)
1		
Is er een plan van hoe de ketenaanpak ingericht wordt?	<i>Nog niet:</i> 5/9 <i>Deels:</i> 4/9 <i>Volledig</i> 0/9	In sommige regio's bestaat nog geen plan van aanpak en is deze ketenaanpak nog niet opgesteld. In andere regio's worden gesprekken gevoerd met relevante partijen en offertes opgehaald en besproken. Ook wordt deze aanpak soms door andere partijen opgepakt (bijvoorbeeld Contour de Twern) en gebruik gemaakt van sociaal makelaars in plaats van welzijnscoaches.
2		
In welke mate zijn stakeholders uit de verschillende domeinen meegenomen?	<i>Nog niet:</i> 2/9 <i>Deels:</i> 6/9 <i>Volledig</i> 1/9	Vaak moeten de gesprekken met stakeholders nog opgezet worden en vinden deze momenteel plaats (o.a. de dorpssteams, huisartsengroepen, welzijnscoaches, etc.). Vaak zijn dit al bestaande partners (partijen kennen elkaar al goed).
3		
In hoeverre is de infrastructuur ingericht t.b.v. uitvoering van de ketenaanpak?	<i>Nog niet:</i> 4/9 <i>Deels:</i> 5/9 <i>Volledig</i> 0/9	Status infrastructuur verschilt per gemeente. Op sommige plekken is al met een pilot gewerkt of enkel in een van de dorpskernen. Op andere plekken zijn welzijnscoaches of sociaal makelaars al op grotere schaal operationeel. Op sommige plekken wordt nadrukkelijk welzijn als een oplossing gezien, maar wordt er nog niet gewerkt met een specifieke functionaris.
4		
In hoeverre kan de volledige doelgroep aanspraak maken op de ketenaanpak?	<i>Beperkt:</i> 6/9 <i>Deels:</i> 3/9 <i>Volledig</i> 0/9	Middelen zijn beperkt beschikbaar om een grote doelgroep te bereiken. Daarnaast is de interventie momenteel vaak m.n. gericht op specifieke delen van de gemeenten of dorpskernen.
5		
Wat zijn uitdagingen waar jullie tegenaan lopen?		Ambtelijke capaciteit om initiatief uit te werken wordt als een uitdaging gezien. Daarnaast kost het veel tijd om partners actief en betrokken te krijgen. Daarbij helpt het als partijen vanaf de start betrokken zijn. Door beperkte middelen kunnen nu alleen een relatief klein deel van de inwoners bereikt worden, m.n. ook in kleine gemeenten (schaalgrootte zou bijv. gerealiseerd kunnen worden door digitale verwijsystemen). Discongruente regio's (sociaal domein HvB, medische koepels veelal West-Brabant) wordt ook gezien als knelpunt in de implementatie en uitvoering van welzijn op recept.



Appendix

- A. Onderdelen VNG-werkagenda
- B. Toelichting prioritaire opgaven en subdoelstellingen
- C. Voorbeeld KPI's monitoring
- D. Status GALA ketenaanpakken
- E. Methodiek kwantificering**

We kwantificeren initiatieven om een inschatting te maken van de ordegrrootte van de impact op het personeelstekort

Uitgangspunten kwantificering initiatieven

- We staan voor de grote uitdaging hoe we de komende jaren aan de zorg- en welzijnsbehoefte kunnen voldoen gegeven de stijgende zorgvraag en krappe arbeidsmarkt. Doordat de zorgvraag sneller stijgt dan het aanbod is er een toenemend personeelstekort met nadelige gevolgen voor de toegankelijkheid (resultierend in bijv. oplopende wachttijden) en daarmee ook de kwaliteit en betaalbaarheid
- De grootte van het personeelstekort is een maatstaf in hoeverre de zorgvraag en het aanbod in balans zijn. Een groot personeelstekort betekent dat de vraag veel groter is dan het aanbod. Door het aanbod te verhogen (bijv. middels digitalisering) of de vraag te verlagen (bijv. middels preventie) kan het personeelstekort verkleind worden
- Voor zoveel mogelijk van de initiatieven hebben we een kwantitatieve inschatting gemaakt in hoeverre zij het aanbod verhogen of de vraag verlagen en dit uitgedrukt in welke mate zij het personeelstekort verminderen
- Deze kwantificering is geen doel op zich, maar een middel om in te schatten wat de potentiële impact is van initiatieven om de zorgvraag te verminderen of het aanbod te verhogen – dit kan enerzijds worden gebruikt om initiatieven te prioriteren en anderzijds om in te schatten of het 'genoeg' is om de zorgvraag en aanbod in balans te brengen in de toekomst
- Initiatieven zijn geïnccludeerd wanneer die nog geïmplementeerd, verder uitgerold of opgeschaald moeten worden en de analyse gaat uit van een succesvolle uitvoering conform doelstelling/potentieel van het initiatief. Deze analyse is gestoeld op ontvangen informatie vanuit organisaties, desk research, ervaringen/analyses vanuit elders of eventueel aannames. Aannames zijn progressief gekozen wetende dat we tegelijkertijd niet alle initiatieven uit de regio 100% in beeld (kunnen) hebben
- Gegeven de complexiteit van de dynamieken rondom de personeelstekorten is deze kwantificering nadrukkelijk een benadering die een indicatie geeft van de ordegrrootte van de impact. Deze analyse toont niet de mogelijke reducties van personeelsbestanden, maar juist in hoeverre initiatieven potentieel bijdragen aan het verkleinen van het personeelstekort in de regio

Net als het gehele regioplan is deze analyse ook dynamisch waarbij we ons in de toekomst blijven uitdagen hoe onze plannen bijdragen aan de toegankelijkheid in de regio en inschatten hoe groot de opgave is die nog voor ons ligt

Uitwerking kwantificering lopende initiatieven Midden-Brabant (1/13)

BENADERING VAN MOGELIJKE IMPACT

Initiatief	Domeinen	Omschrijving	Belangrijkste aannames kwantificering (bron)
Aanmeldportaal wijkverpleging	o.a. VVT	<ul style="list-style-type: none"> Aanbieders van wijkverpleging ontwikkelen een gezamenlijk portal waar alle aanvragen voor wijkverpleging binnenkomen en meteen doorgezet worden naar een gezamenlijk coördinatieteam op wijkniveau Uitgangspunt is dat de vraag direct op de juiste plek landt, zonder tussenkomst van een fysiek centraal punt, zodat de vraag meteen door het Schakelteam opgepakt kan worden 	<ul style="list-style-type: none"> 5.300 wijkverpleegkundigen in MB 2032 (prognosemodel Z&W) 60% productiviteit wijkverpleging (Bosmanvos) 2% verhoging route-effectiviteit (p5com) 10 medewerkers voor beheer aanmeldportaal (aanname) 2000 werkuren per jaar 68% deeltijdfactor Zorg en Welzijn Midden-Brabant (Transvorm) Inschatting impact op toegankelijkheid: 75 – 100 personen
Community care	o.a. VVT, gemeenten, sociaal domein, onderwijs	<ul style="list-style-type: none"> Domein overstijgend samenwerken, primair gericht op ouderen met gecombineerde klachten van lichamelijke, psychische en cognitieve aard Enerzijds is CCD erop gericht ouderen zo lang mogelijk het leven kunnen leiden zoals ze dat zelf graag willen en daarnaast om zorg te voorkomen of uit te stellen 	<ul style="list-style-type: none"> 8 maanden reductie verpleeghuiszorg (VWS) 1:13 gem. nurse-to-bed ratio VVT (Gupta) 100 cliënten per jaar (aanname o.b.v. artikel Dutch Health Hub) 68% deeltijdfactor Zorg en Welzijn Midden-Brabant (Transvorm) Inschatting impact op toegankelijkheid: 20 – 40 personen
Digitaal Advies Consult	o.a. HA, MSZ	<ul style="list-style-type: none"> De huisarts krijgt de mogelijkheid om de specialist een advies te vragen via ZorgDomein, waardoor een groep patiënten in de eerste lijn blijft in plaats van een doorverwijzing naar het ziekenhuis De druk op de poli's wordt hiermee verminderd, de patiënt kan in de eerste lijn blijven en de huisarts bouwt zijn kennis uit 	<ul style="list-style-type: none"> 79% patiënten blijft in 1^e lijn na DAC (#6-Monitor DAC) 10 min extra tijd voor huisarts (#6-Monitor DAC) 17,5 min extra tijd voor specialist (#6-Monitor DAC) 61% belt de huisarts alsnog specialist bij geen DAC (#6-Monitor DAC) 10 min tijd HA voor alsnog specialist bellen (aanname) 45 min tijd specialist na verwijzing (aanname: 1 polibezoek en 2 herhaalconsulten) 16.500 aantal DAC per jaar (doelstelling, Samendraads) Inschatting impact op toegankelijkheid: 0 – 5 personen
Digitale transformatie – Polikliniek van de Toekomst	o.a. MSZ	<ul style="list-style-type: none"> Optimalisatie van zorgprocessen, ondersteund door slimme digitale oplossingen Patiënten kunnen online afspraken plannen en er wordt een zelfmeetplein ingericht waar patiënten zelf hun bloeddruk en hartslag kunnen meten ter voorbereiding op een polibezoek 	<ul style="list-style-type: none"> 36 FTE reductie (betrokkene initiatief) 16% toename zorgvraag 2023-2032 (prognosemodel Zorg en Welzijn¹) 68% deeltijdfactor Zorg en Welzijn Midden-Brabant (Transvorm) Inschatting impact op toegankelijkheid: 50 – 75 personen
Digitale transformatie – Digitale zorgpaden	o.a. MSZ	<ul style="list-style-type: none"> Kritische blik op welke zorg in het ziekenhuis thuishoort en welke zorg digitaal kan worden aangeboden Bijvoorbeeld digitale triage, pre procedurele screening en het digitaal voorlichten van patiënten 	<ul style="list-style-type: none"> 51.000 reductie aantal polikliniekbezoeken (betrokkene initiatief) 16% toename zorgvraag 2023-2032 (prognosemodel Zorg en Welzijn) 0,25 uur tijdsduur polikliniekbezoek (o.b.v. gesprekken zorgverleners) 2000 werkuren per jaar 68% deeltijdfactor Zorg en Welzijn Midden-Brabant (Transvorm) Inschatting impact op toegankelijkheid: 10 – 15 personen

Uitwerking kwantificering lopende initiatieven Midden-Brabant (2/13)

BENADERING VAN MOGELIJKE IMPACT

Initiatief	Domeinen	Omschrijving	Belangrijkste aannames kwantificering (bron)
E-health en blended care GGZ	o.a. GGZ	<ul style="list-style-type: none"> Inzet van verschillende e-health oplossingen, o.a. EVIE: veilig en betrouwbaar platform met een groot aanbod aan online trainingen, gericht op lekker in je vel zitten voor personen met (beginnende) psychische klachten 	<ul style="list-style-type: none"> 124 FTE impact toegankelijkheid door E-Health/blended care (betrokkene initiatief) ~55% verhouding inwoners midden-Brabant ten opzichte van totaal Midden-Brabant en West-Brabant Oost (CBS) 68% deeltijdfactor Zorg en Welzijn Midden-Brabant (Transvorm) Inschatting impact toegankelijkheid: 90 – 110 personen
Fractuurpreventie	o.a. MSZ en HA	<ul style="list-style-type: none"> Door onder andere vergrijzing van de patiënt populatie zal het aantal (her)fracturen de komende jaren aanzienlijk toenemen Een fractuurpreventie programma is gemaakt en uitgerold in huisartsenpraktijken, als aanvulling op de bestaande programma's in osteoporoseklinieken De huisarts gaat na of het individuele risico op een volgende fractuur is bepaald in de tweede lijn (bij de desbetreffende osteoporosekliniek) 	<ul style="list-style-type: none"> 684 potentieel aantal screenings 1^e lijn (Samendraads) 16% toename zorgvraag 2023-2032 (prognosemodel Zorg en Welzijn) 35% huisartsen doet nog niet mee aan programma (Samendraads) 50% patiënten dat na 1^e fractuur en tweede krijgt (Samendraads) 210 min verpleging per ligdag (aanname dat fractuur één ligdag kost) 2000 werkuren per jaar 68% deeltijdfactor Zorg en Welzijn Midden-Brabant (Transvorm) Inschatting impact toegankelijkheid: 0 – 5 personen
Initiatieven gezond gewicht jongeren	o.a. sociaal domein, HA, MSZ en gemeenten	<ul style="list-style-type: none"> Verskillende initiatieven om de gezondheid van jongeren te verbeteren en daarmee overgewicht te verminderen, o.a. <ul style="list-style-type: none"> Jongeren op Gezond Gewicht Gezonde School Aanpak Ketenaanpak overgewicht kinderen ... 	<ul style="list-style-type: none"> 16% aandeel kinderen met overgewicht (loket gezond leven) 50% daling aantal kinderen met overgewicht (JOGG) 68.663 kinderen in t/m 15 jaar in Midden-Brabant (CBS) 1% bevolkingsgroei per jaar in Nederland (VZ Info) €221 hogere zorgkosten per jaar per kind met overgewicht (GGD ZW) €4.500 gem. maandsalaris verpleegkundige (CPB) 15% gemiddeld overhead bovenop salaris (CPB) 68% deeltijdfactor Zorg en Welzijn Midden-Brabant (Transvorm) Inschatting impact toegankelijkheid: 20 – 40 personen

Uitwerking kwantificering lopende initiatieven Midden-Brabant (3/13)

BENADERING VAN MOGELIJKE IMPACT

Initiatief	Domeinen	Omschrijving	Belangrijkste aannames kwantificering (bron)
Initiatieven gezond gewicht ouderen	o.a. sociaal domein, HA, MSZ en gemeenten	<ul style="list-style-type: none"> Verskillende initiatieven om de gezondheid van ouderen te verbeteren en daarmee over- en ondergewicht te verminderen, o.a. <ul style="list-style-type: none"> Goed gevoed ouder worden ... 	<ul style="list-style-type: none"> 95.319 65+ in Midden-Brabant (CBZ) 1% bevolkingsgroei per jaar in Nederland (VZ Info) 55% ouderen overgewicht (CBS) 1% ouderen met ondergewicht (GGD WB) 10% ouderen interventie succesvol (aanname) 5 huisartsbezoeken door onjuist gewicht (aanname) 15 min per huisartsbezoek (o.b.v. gesprekken zorgverleners) 2000 werkuren per jaar 68% deeltijdfactor Zorg en Welzijn Midden-Brabant (Transvorm) Inschatting impact toegankelijkheid: 0 – 10 personen
Initiatieven gezond gewicht volwassenen	o.a. sociaal domein, HA, MSZ en gemeenten	<ul style="list-style-type: none"> Verskillende initiatieven om de gezondheid van volwassenen te verbeteren en daarmee overgewicht te verminderen, o.a. <ul style="list-style-type: none"> GLI overgewicht volwassenen ... 	<ul style="list-style-type: none"> 310.387 volwassen inwoners (15-65 jaar) in Midden-Brabant (CBS) 1% bevolkingsgroei per jaar in Nederland (VZ Info) 52% deel volwassenen met overgewicht (VZ Info) 5% deel interventie succesvol (aanname) 1,65 reductie aantal huisartsbezoeken (Hecker et al., 2022) 1,71 reductie aantal fysio bezoeken (Hecker et al., 2022) 15 min tijdsduur bezoek 1^e lijn (o.b.v. gesprekken zorgverleners) 0,88 reductie aantal GGZ consulten (Hecker et al., 2022) 50 min per GGZ sessie (GGZ Groep) 0,59 reductie aantal ligdagen (Hecker et al., 2022) 210 min verpleging per ligdag (o.b.v. gesprekken zorgverleners) 0,19 reductie aantal SEH bezoeken (Hecker et al., 2022) 60 min verpleging per SEH bezoek (o.b.v. gesprekken zorgverleners) 0,11 reductie aantal dagbehandelingen (Hecker et al., 2022) 75 min verpleging dagbehandeling (o.b.v. gesprekken zorgverleners) 2000 werkuren per jaar 68% deeltijdfactor Zorg en Welzijn Midden-Brabant (Transvorm) Inschatting impact toegankelijkheid: 20 – 30 personen

Uitwerking kwantificering lopende initiatieven Midden-Brabant (4/13)

BENADERING VAN MOGELIJKE IMPACT

Initiatief	Domeinen	Omschrijving	Belangrijkste aannames kwantificering (bron)
Initiatieven mentale gezondheid jeugd / preventie	o.a. GGZ, sociaal domein, gemeenten	<ul style="list-style-type: none"> Verschillende initiatieven om de mentale gezondheid van jeugd te verbeteren en preventie van mentale gezondheidsklachten, o.a.: <ul style="list-style-type: none"> – Young Minds Matter – Youth Mental Health First Aid – Je Brein de Baas – Happylessen – ... 	<ul style="list-style-type: none"> 8.500 trajecten jeugdhulp eerste helft 2021 (regiobeeld) 16% toename zorgvraag 2023-2032 (prognosemodel Zorg en Welzijn) 25% afname aantal jeugdhulp trajecten per jaar (aanname) <ul style="list-style-type: none"> – 10% binnen GGZ (betrokkene sector) – 45% binnen GGZ-POH (betrokkene sector) – 45% binnen Jeugdzorg (betrokkene sector) 6 sessies per behandeling POH-GGZ (Huisarts & Wetenschap) 45 min per sessie POH-GGZ (LV POH-GGZ) 10 sessies gem. per traject basis GGZ (GGZ Groep) 50 min per basis GGZ sessie (GGZ Groep) 12 sessies per behandeling Jeugdzorg (aanname) 45 min per sessie Jeugdzorg (aanname) 2000 werkuren per jaar 68% deeltijdfactor Zorg en Welzijn Midden-Brabant (Transvorm) Inschatting impact toegankelijkheid: 20 – 30 personen
Integraal capaciteitsmanagement en zorg coördinatie	o.a. MSZ, VVT en HA	<ul style="list-style-type: none"> Verschillende initiatieven om de doorstroom in de keten te verbeteren middels capaciteitsmanagement en zorg coördinatie, o.a. <ul style="list-style-type: none"> – Doorontwikkeling app zorgbedMB als digitaal transferpunt – Doorontwikkeling wachtlijstmanagement – Doorontwikkeling regionaal capaciteitsdashboard – Slimmer samenwerken in de wijk – ... 	<ul style="list-style-type: none"> 3,1 dagen tussen medisch klaar en ontslag (medisch contact) 2 dagen doel na medisch ontslag waarna patiënt wordt ontslagen (gem. van 3 dagen voor KDZ en 1 dag voor thuiszorg, betrokkene initiatief) 11.900 aantal ZH opnames ouderen MB 2022 (betrokkene initiatief) 16% toename zorgvraag 2023-2032 (prognosemodel Zorg en Welzijn) 3,5 uur zorg per ligdag (o.b.v. gesprekken zorgverleners) 2000 werkuren per jaar 68% deeltijdfactor Zorg en Welzijn Midden-Brabant (Transvorm) Inschatting impact op toegankelijkheid: 30 – 50 personen
Inzet zorgtechnologie: bedsensor	o.a. VVT	<ul style="list-style-type: none"> De bedsensors worden bij de deelnemende zorgorganisaties ingezet om de nachtzorg te optimaliseren De Momo bedsense helpt om valincidenten en te decubitus voorkomen, maar ook om de ochtendzorg te optimaliseren en personaliseren Ook helpt het behandelaars om aan de hand van het slaappatroon meer gerichte interventies te adviseren 	<ul style="list-style-type: none"> 3,2 min tijdsbesparing per cliënt per dag (Anders werken in de zorg) 500 aantal extra bedsensors in MB (Anders werken in de zorg) 2000 werkuren per jaar 68% deeltijdfactor Zorg en Welzijn Midden-Brabant (Transvorm) Inschatting impact op toegankelijkheid: 5 – 10 personen

Uitwerking kwantificering lopende initiatieven Midden-Brabant (5/13)

BENADERING VAN MOGELIJKE IMPACT

Initiatief	Domeinen	Omschrijving	Belangrijkste aannames kwantificering (bron)
Inzet zorgtechnologie: inzet smart glasses	o.a. VVT	<ul style="list-style-type: none"> Smart glasses maken zorg op afstand mogelijk door een videoverbinding tot stand te brengen Zo kan er op afstand (medische) consultatie en observatie plaatvinden, mantelzorger ondersteund worden, een wond beoordeeld worden, leerlingen begeleid worden, etc. 	<ul style="list-style-type: none"> ~€2500 besparing uurloon bij één aanbieder (eindrapportage inzet smart glasses regio Midden-Brabant) ~€5200 gem. werkgeverskosten verpleegkundige per maand (CPB) 45 instellingen opschaling (aanneame o.b.v. aantal wijkverpleging Tilburg, Zorgkaart Nederland) 68% deeltijdfactor Zorg en Welzijn Midden-Brabant (Transvorm) Inschatting impact op toegankelijkheid: 20 – 40 personen
Inzet zorgtechnologie: medicijn dispenser	o.a. VVT	<ul style="list-style-type: none"> De medicijn dispenser is een apparaat dat voorkomt dat een cliënt medicijnen vergeet in te nemen, of te vroeg of te laat medicijnen inneemt De dispenser bevat een medicatierol die bestaat uit zakjes met de medicatie voor een bepaald tijdstip op de dag Op het moment dat iemand medicijnen moet innemen, geeft de medicijn dispenser ze vrij Medicijn dispensers zijn bedoeld voor mensen die thuis wonen of in het verpleeghuis, meestal alleenstaand en redelijk stabiel in het nemen van hun medicijnen 	<ul style="list-style-type: none"> 20 min tijdsbesparing per cliënt per dag (Vilans kennisbank) 0,03 aantal gebruikende cliënten medicijn dispenser (Vilans kennisbank) 585.000 aantal wijkverpleging cliënten in Nederland (Vektis) 3% aandeel inwoners in Midden-Brabant t.o.v. NL (CBS) 16% toename zorgvraag 2023-2032 (prognosemodel Zorg en Welzijn) 2000 werkuren per jaar 68% deeltijdfactor Zorg en Welzijn Midden-Brabant (Transvorm) Inschatting impact op toegankelijkheid: 40 – 60 personen
Inzet zorgtechnologie: slim incontinentiemateriaal	o.a. VVT	<ul style="list-style-type: none"> In slim incontinentiemateriaal zitten koolstofbanen gekoppeld aan een sensor die kan meten of het incontinentiemateriaal verzadigd is. De interne of externe sensor stuurt dit door naar een app Zo weet een zorgmedewerker precies wanneer die het materiaal moet vervangen. Dit zorgt voor minder fysieke belasting voor zorgmedewerkers 	<ul style="list-style-type: none"> 1900 FTE vrijgespeeld in heel Nederland (Vilans kennisbank) 68% deeltijdfactor Zorg en Welzijn Midden-Brabant (Transvorm) 3% aandeel inwoners in Midden-Brabant t.o.v. NL (CBS) Inschatting impact op toegankelijkheid: 60 – 90 personen
Inzet zorgtechnologie: spraakgestuurd rapporteren	o.a. VVT	<ul style="list-style-type: none"> (Wijk)verpleegkundigen en wijkzakenverzorgenden kunnen op hun mobiele telefoon of Chromebook in het elektronisch cliënten dossier (ECD) aanklikken dat ze hun rapportage willen inspreken De gesproken aantekeningen worden dan via speech-to-text-technologie omgezet in geschreven tekst en opgeslagen in het ECD 	<ul style="list-style-type: none"> 4 min tijdsbesparing per rapportage (Dutch Health Hub) 20% adoptie wijkverpleegkundigen (Dutch Health Hub) 5.300 wijkverpleegkundigen in MB 2032 (prognosemodel Z&W) 26 min tijdsduur bezoek wijkverpleegkundigen (Nivel) 60% productiviteit wijkverpleging (Bosmanvos) 70% rapportages geschikt voor spraakgestuurd (Dutch Health Hub) 2000 werkuren per jaar 68% deeltijdfactor Zorg en Welzijn Midden-Brabant (Transvorm) Inschatting impact op toegankelijkheid: 50 – 75 personen

Uitwerking kwantificering lopende initiatieven Midden-Brabant (6/13)

BENADERING VAN MOGELIJKE IMPACT

Initiatief	Domeinen	Omschrijving	Belangrijkste aannames kwantificering (bron)
Kracht van preventie	o.a. sociaal domein en gemeenten	<ul style="list-style-type: none"> • Integrale samenwerking en preventief aanbod voor zeer kwetsbare doelgroepen (ouders met kinderen in de leeftijd van -10 maanden tot en met 6 jaar) • Preventief aanbod bestaat o.a. uit collectieve activiteiten, individuele aanvullende hulpverlening en bestaande activiteiten in de wijk • Aanbod wordt ontwikkeld op basis van data, expertise en stedelijke en landelijke ontwikkelingen 	<ul style="list-style-type: none"> • ~€3,9M besparing preventie Rotterdam (www.jeugdonderzoek.nl) • 68% aandeel Jeugdzorg in besparing (www.jeugdonderzoek.nl) • 71% ratio inwoners Midden-Brabant t.o.v. Rotterdam (CBS) • 75% aandeel personeelskosten Jeugdzorg (www.skipr.nl) • €3.200 gemiddeld maandsalaris Jeugdzorg (www.werkzoeken.nl) • 15% gemiddeld overhead bovenop salaris (CPB) • 68% deeltijdfactor Zorg en Welzijn Midden-Brabant (Transvorm) • Inschatting impact toegankelijkheid: 40 – 60 personen
Langer Actief Thuis ('reablement')	o.a. VVT, HA, MSZ, gemeenten	<ul style="list-style-type: none"> • Actieve voorbereiding op ouder worden zodat zij zo lang mogelijk zelfstandig in huis eigen woning kunnen functioneren • Programma is gebaseerd op de principes van 'reablement' • Interdisciplinaire werkwijze, waarbij ouderen door de wijkverpleging samen met een fysiotherapeut en ergotherapeut begeleid worden naar zelfstandigheid 	<ul style="list-style-type: none"> • 1,7 uur minder zorg per deelnemer per week (Actie Leer Netwerk) • 52 weken per jaar • 800 nieuwe deelnemers per jaar (betrokkene initiatief) • 2000 werkuren per jaar • 68% deeltijdfactor Zorg en Welzijn Midden-Brabant (Transvorm) • Inschatting impact op toegankelijkheid: 50 – 75 personen
Meer tijd voor de patiënt	o.a. HA	<ul style="list-style-type: none"> • MTVP is een combinatie van interventies en acties die het hele team in de huisartsenpraktijk doorvoert • Dit bevordert het voeren van het 'goede gesprek' waarbij de rol van de huisarts meer toegevoegde waarde heeft voor de patiënt • Dit voorkomt bepaalde doorverwijzingen naar de tweedelijns zorg 	<ul style="list-style-type: none"> • 5% doorverwijzingen vanuit HA niet nodig (demedischspecialist.nl) • 338 verwijzingen van HA naar MSZ per 1000 in 2023 (Nivel) • 16% toename zorgvraag 2023-2032 (prognosemodel Zorg en Welzijn) • 474.368 inwoners in Midden-Brabant (CBS) • 0,25 uur tijdsduur polikliniekbezoek (o.b.v. gesprekken zorgverleners) • 2 herhaalfactor (aannee) • 2000 werkuren per jaar • 68% deeltijdfactor Zorg en Welzijn Midden-Brabant (Transvorm) • Inschatting impact toegankelijkheid: 0 – 10 personen

Uitwerking kwantificering lopende initiatieven Midden-Brabant (7/13)

BENADERING VAN MOGELIJKE IMPACT

Initiatief	Domeinen	Omschrijving	Belangrijkste aannames kwantificering (bron)
Programmalijn goede triage thuis/aan de poort	o.a. MSZ, VVT en HA	<ul style="list-style-type: none"> Verskillende initiatieven die bijdragen aan zo lang mogelijk zorg thuis bieden aan kwetsbare ouderen, o.a. <ul style="list-style-type: none"> – Doorontwikkeling SO in de 1^e lijn – Vormgeven inzet crisisteam kwetsbare ouderen – Uitvoeren vroegsignalering – ACP – ... 	<ul style="list-style-type: none"> 15.500 aantal SEH bezoeken ouderen MB 2022 (betrokkene initiatief) 16% toename zorgvraag 2023-2032 (prognosemodel Zorg en Welzijn) 25% reductie aantal SEH-opnames (doel, betrokkene initiatief) 60 min verpleging per SEH bezoek (o.b.v. gesprekken zorgverleners) 35% aantal ouderen wordt na SEH opgenomen (JZOJP) 5,2 gemiddelde ligduur ziekenhuis (CBS) 210 min verpleging per ligdag (o.b.v. gesprekken zorgverleners) 2000 werkuren per jaar 68% deeltijdfactor Zorg en Welzijn Midden-Brabant (Transvorm) Inschatting impact op toegankelijkheid: 20 – 30 personen
Project kwetsbare ouderen op de SEH	o.a. MSZ, VVT en HA	<ul style="list-style-type: none"> Optimale doorstroom van kwetsbare ouderen vanaf de SEH, o.a. middels: <ul style="list-style-type: none"> – Inzet acuut wijkteam – Inzet zorgcirkel – Samenwerking SEH – transferverpleegkundige – verpleegkundige VVT – ... 	<ul style="list-style-type: none"> 15.500 aantal SEH bezoeken ouderen MB 2022 (betrokkene initiatief) 16% toename zorgvraag 2023-2032 (prognosemodel Zorg en Welzijn) 60% ouderen dat onnodig op de SEH komt (NTVG) 60 min verpleging per SEH bezoek (o.b.v. gesprekken zorgverleners) 2000 werkuren per jaar 68% deeltijdfactor Zorg en Welzijn Midden-Brabant (Transvorm) Inschatting impact toegankelijkheid: 5 – 10 personen
Regionale observatiebedden VVT	o.a. MSZ en VVT	<ul style="list-style-type: none"> Observatiebedden zijn voor thuiswonende ouderen met acute problemen Tijdens een verblijf in een observatiebed observeert een multidisciplinair team de patiënt intensief – daarmee ligt de nadruk vooral op diagnose Dit levert een zorgplan op waarmee de patiënt met de benodigde zorg weer naar huis kan 	<ul style="list-style-type: none"> 10 dagen observatieperiode (CWZ) 32 bedden op de observatieafdeling (www.gld.nl) 1:13 gem. nurse-to-bed ratio VVT (Gupta) 5,2 gemiddelde ligduur ziekenhuis (CBS) 210 min verpleging per ligdag (o.b.v. gesprekken zorgverleners) 2000 werkuren per jaar 68% deeltijdfactor Zorg en Welzijn Midden-Brabant (Transvorm) Inschatting impact toegankelijkheid: 0 – 5 personen

Uitwerking kwantificering lopende initiatieven Midden-Brabant (8/13)

BENADERING VAN MOGELIJKE IMPACT

Initiatief	Domeinen	Omschrijving	Belangrijkste aannames kwantificering (bron)
Samen Beslissen	o.a. MSZ, HA en VVT	<ul style="list-style-type: none"> Samen Beslissen is het proces waarin zorgprofessional en patiënt gezamenlijk bespreken welke zorg het beste bij de patiënt past Uitgangspunt is dat de zorg zoveel mogelijk aansluit bij de situatie en behoeftes van de patiënt De medische kennis van de zorgprofessional en de kennis van de patiënt over zijn eigen wensen en behoeften vullen elkaar aan bij Samen Beslissen 	<ul style="list-style-type: none"> 35.000 operaties uitgevoerd per jaar (ETZ) 16% toename zorgvraag 2023-2032 (prognosemodel Zorg en Welzijn) 10% minder ingrepen door samen beslissen (platform uitkomstgerichte zorg) 3 uur tijdsduur per operatie alle betrokkenen (aanneame) 46% dagopnamen vs. 54% opnamen t.o.v. totaal (ziekenhuischeck) 210 min verpleging per ligdag (o.b.v. gesprekken zorgverleners) 75 min verpleging dagbehandeling (o.b.v. gesprekken zorgverleners) 2000 werkuren per jaar 68% deeltijdfactor Zorg en Welzijn Midden-Brabant (Transvorm) Inschatting impact toegankelijkheid: 10 – 20 personen
Spoedplein	o.a. MSZ, VVT, HA, GGZ, sociaal domein	<ul style="list-style-type: none"> Plek waar acute hulp (fysiek) samenkomt en samenwerkt, o.a. de huisartsenpost, spoedeisende hulp, dienstapotheek, etc. 	<ul style="list-style-type: none"> €900.000 jaarlijkse kostenbesparing door spoedplein (AD) 2,4% gemiddelde inflatie (CBS) ~€120.000 gem. werkgeverslasten SEH vpk en specialist per FTE (NZa) 68% deeltijdfactor Zorg en Welzijn Midden-Brabant (Transvorm) Inschatting impact toegankelijkheid: 15 – 30 personen
Thuismonitoring	o.a. MSZ	<ul style="list-style-type: none"> Middels thuismonitoring krijgt de patiënt zorg in de thuissituatie, terwijl het ziekenhuis de patiënt op afstand monitort Mogelijk voor chronische aandoeningen als COPD en hartfalen, maar ook andere aandoeningen en evt. klinische patiënten 	<ul style="list-style-type: none"> 1.300 besparing FTE door inzet thuismonitoring in heel NL (VGZ) 71 ziekenhuisorganisaties (VGZ) 68% deeltijdfactor Zorg en Welzijn Midden-Brabant (Transvorm) Inschatting impact op toegankelijkheid: 20 – 30 personen
Toegankelijke mentale gezondheidszorg	o.a. GGZ, HA, gemeenten	<ul style="list-style-type: none"> Beweging die zich richt op de toegankelijkheid van de mentale gezondheidszorg in de regio en waarin verschillende domeinen samenwerken Het uitgangspunt is een minder medische en meer hulpvraaggerichte benadering en he toepassen van bewezen effectieve werkwijzen in de eerste lijn en in de samenwerking tussen eerste lijn, sociaal domein en tweedelijns ggz 	<ul style="list-style-type: none"> 165 FTE impact toegankelijkheid door optimalisering eerste lijn (betrokkene initiatief) 9 FTE impact toegankelijkheid door VG (betrokkene initiatief) 10 FTE impact toegankelijkheid door toename caseload (betrokkene initiatief) ~55% verhouding inwoners midden-Brabant ten opzichte van totaal Midden-Brabant en West-Brabant Oost (CBS) 68% deeltijdfactor Zorg en Welzijn Midden-Brabant (Transvorm) Inschatting impact op toegankelijkheid: 140 – 160 personen

Uitwerking kwantificering lopende initiatieven Midden-Brabant (9/13)

BENADERING VAN MOGELIJKE IMPACT

Initiatief	Domeinen	Omschrijving	Belangrijkste aannames kwantificering (bron)
Valpreventie ouderen	o.a. MSZ, VVT, HA, gemeenten en sociaal domein	<ul style="list-style-type: none"> Valpreventie is het verminderen of voorkomen van valongelukken bij ouderen door risicofactoren te behandelen of aan te passen De ketenaanpak voor valpreventie is gericht op thuiswonende ouderen van 65 jaar of ouder, met een verhoogd valrisico 	<ul style="list-style-type: none"> 109.000 valongevallen 65+ resulterend in SEH bezoek (veiligheid.nl) 3% aandeel inwoners in Midden-Brabant t.o.v. NL (CBS) 16% toename zorgvraag 2023-2032 (prognosemodel Zorg en Welzijn) 42% minder valongevallen door valpreventie (Sherrington et al.) 60 min verpleging per SEH bezoek (o.b.v. gesprekken zorgverleners) 35% aantal ouderen wordt na SEH opgenomen (JZOJP) 5,2 gemiddelde ligduur ziekenhuis (CBS) 210 min verpleging per ligdag (o.b.v. gesprekken zorgverleners) 44% van ouderen met breuk gaat naar GRZ (veiligheid.nl) 42,5 dagen gem. na breuk bij GRZ (Vektis) 1:13 gem. nurse-to-bed ratio VVT (Gupta) 2000 werkuren per jaar 68% deeltijdfactor Zorg en Welzijn Midden-Brabant (Transvorm) Inschatting impact toegankelijkheid: 40 – 50 personen
Verplaatsing kliniek naar dagbehandeling	o.a. MSZ	<ul style="list-style-type: none"> Verplaatsing van behandelingen die normaalgesproken plaatsvinden in de kliniek naar de dagbehandeling 	<ul style="list-style-type: none"> 32.714 klinische opnamen ETZ per jaar 16% toename zorgvraag 2023-2032 (prognosemodel Zorg en Welzijn) 5,4 procent punt afname aantal klinische behandelingen (gem. Rivas en Bernhoven, CPB) 135 min tijdsbesparing door verplaatsing kliniek naar dagopname (o.b.v. gesprekken zorgverleners) 2000 werkuren per jaar 68% deeltijdfactor Zorg en Welzijn Midden-Brabant (Transvorm) Inschatting impact toegankelijkheid: 0 – 10 personen
Verpleegkundig adviesgesprek	o.a. VVT	<ul style="list-style-type: none"> Aan een nieuwe zorgvrager wordt door de wijkverpleegkundige een adviesgesprek (vervangt het indicatiegesprek) aangeboden De wijkverpleegkundige onderzoekt met de cliënt verschillende mogelijkheden om de hulpvraag te beantwoorden Hierbij wordt zoveel mogelijk gestuurd op zelfredzaamheid van de cliënt, als ook het inzetten van het netwerk van de cliënt en/of hulpmiddelen 	<ul style="list-style-type: none"> 176.000 uur landelijke besparing wijkverpleging (VGZ) 3% aandeel inwoners in Midden-Brabant t.o.v. NL (CBS) 2000 werkuren per jaar 68% deeltijdfactor Zorg en Welzijn Midden-Brabant (Transvorm) Inschatting impact toegankelijkheid: 0 – 10 personen

Uitwerking kwantificering lopende initiatieven Midden-Brabant (10/13)

BENADERING VAN MOGELIJKE IMPACT

Initiatief	Domeinen	Omschrijving	Belangrijkste aannames kwantificering (bron)
Versterking wijkgerichte initiatieven GGZ	o.a. GGZ, sociaal domein, gemeenten en HA	<ul style="list-style-type: none"> Wijkgerichte initiatieven zoals laagdrempelige steunpunten en bevordering van de herstelbeweging, o.a. met behulp van ervaringsdeskundigen 	<ul style="list-style-type: none"> 67% afname doorstroom GGZ na ervaringsdeskundige (Mindplatform) 1500 cliënten p.j. na opschaling ervaringsdeskundigen (Mindplatform) 25 gesprekken gem. b-GGZ en S-GGZ (betrokkene initiatief) 5 gesprekken met ervaringsdeskundige (aanname) 50 min per GGZ sessie (GGZ Groep) 2000 werkuren per jaar 68% deeltijdfactor Zorg en Welzijn Midden-Brabant (Transvorm) Inschatting impact toegankelijkheid: 10 – 15 personen
Wijk GGZ (o.a. wijk GGZ-er en openbare GGZ in de wijk)	o.a. GGZ en gemeenten	<ul style="list-style-type: none"> Zet in op het snijvlak van veiligheid en zorg. In staat te helpen, verbinding te leggen met (zorg)ketenpartners en de politie te ontlasten. De wijk GGD/GGZ-er komt daar waar overlast is, signaleert, analyseert, interveenieert en leidt toe naar gepaste hulpverlening (op/afschaalmodel) De inzet van een sociaal psychisch verpleegkundige t.a.v. casuïstiek in het kader van huisvervuiling/hoarding/sociaal medische zorg voor dak- en thuislozen en samenwerking met het netwerk (o.a. wijkteam en gemeente) 	<ul style="list-style-type: none"> Aantal wijk GGZ teams in Den Haag (VNG) 85% inwoners Midden-Brabant van inwoners Den Haag (CBS) 2 gesprekken wijk GGZ team per cliënt (betrokkene initiatief elders) 2 personen GGZ bij gesprek (betrokkene initiatief elders) 30 min tijdsduur wijkgesprek GGZ (aanname) 48 uur basisbezetting per week per team (betrokkene initiatief elders) 33% aandeel patiënten dat niet naar basis GGZ gaat (aanname) 10 sessies gem. per traject basis GGZ (GGZ Groep) 50 min per GGZ sessie (GGZ Groep) 2000 werkuren per jaar 68% deeltijdfactor Zorg en Welzijn Midden-Brabant (Transvorm) Inschatting impact toegankelijkheid: 5 – 10 personen
Wijkkliniek	o.a. MSZ en VVT	<ul style="list-style-type: none"> Zorgconcept voor kwetsbare ouderen die normaalgesproken in het ziekenhuis worden opgenomen vanwege acute medische problemen De wijkkliniek is een afdeling voor ziekenhuiszorg in het verpleeghuis, verwijzing kan via SEH, maar bijv. ook via de huisarts In de wijkkliniek is er zowel acute medische zorg, als goede ondersteuning en begeleiding om zo fit mogelijk weer naar huis te kunnen, onder leiding van een geriater 	<ul style="list-style-type: none"> 23 bedden in een wijkkliniek (www.dejuistezorgopdejuisteplek.nl) 10 dagen gemiddeld in wijkkliniek (www.dejuistezorgopdejuisteplek.nl) 30% afname aantal heropnames (www.dejuistezorgopdejuisteplek.nl) 5,2 gemiddelde ligduur ziekenhuis (CBS) 210 min verpleging per ligdag (o.b.v. gesprekken zorgverleners) 60 min verpleging per SEH bezoek (o.b.v. gesprekken zorgverleners) 1:13 gem. nurse-to-bed ratio VVT (Gupta) 2000 werkuren per jaar 68% deeltijdfactor Zorg en Welzijn Midden-Brabant (Transvorm) Inschatting impact toegankelijkheid: 0 – 5 personen

Uitwerking kwantificering lopende initiatieven Midden-Brabant (11/13)

BENADERING VAN MOGELIJKE IMPACT

Initiatief	Domeinen	Omschrijving	Belangrijkste aannames kwantificering (bron)
Welzijn op Recept / Sociaal makelaars	o.a. HA, VVT, GGZ, sociaal domein	<ul style="list-style-type: none"> Met Welzijn op Recept (WOR) worden patiënten met psychosociale klachten zonder direct medische oorzaak door de huisarts doorverwezen naar een welzijnscoach De welzijnscoach begeleidt hen vervolgens naar sociale activiteiten zoals samen koken en eten, tuinieren, samen wandelen of fietsen, iets doen met een maatje, vrijwilligerswerk, etc. 	<ul style="list-style-type: none"> 20% WoR van HA naar welzijn (WoR landelijk kennisnetwerk) <ul style="list-style-type: none"> – 18 minder consulten huisarts (WoR landelijk kennisnetwerk) – 18 minder consulten POH (WoR landelijk kennisnetwerk) – 15 min lengte huisarts consult (o.b.v. gesprekken zorgverleners) – 15 min lengte POH consult (o.b.v. gesprekken zorgverleners) – 450 min extra inzet welzijnscoach (WoR landelijk kennisnetwerk) – 83 min extra inzet welzijnsactiviteit (WoR landelijk kennisnetwerk) 10% WoR voorkomen GGZ (WoR landelijk kennisnetwerk) <ul style="list-style-type: none"> – 1 traject GGZ minder (WoR landelijk kennisnetwerk) – 10 sessies gem. per traject basis GGZ (GGZ Groep) – 40 sessies gem. per traject s-GGZ (betrokkene initiatief) – 50 min tijdsduur per sessie GGZ (GGZ Groep) – 3:4 ratio basis GGZ t.o.v. s-GGZ (WoR landelijk kennisnetwerk) – 450 min extra inzet welzijnscoach (WoR landelijk kennisnetwerk) – 83 min extra inzet welzijnsactiviteit (WoR landelijk kennisnetwerk) 5% WoR uitstel verpleeghuis (WoR landelijk kennisnetwerk) <ul style="list-style-type: none"> – 3 maanden minder verpleeghuiscare (WoR landelijk kennisnetwerk) – 1:13 gem. nurse-to-bed ratio VVT (Gupta) – 450 min extra inzet welzijnscoach (WoR landelijk kennisnetwerk) – 83 min extra inzet welzijnsactiviteit (WoR landelijk kennisnetwerk) – 1560 min extra inzet hulp huishouden (WoR landelijk kennisnetwerk) – 480 min extra inzet dagbesteding (WoR landelijk kennisnetwerk) 1 WoR uitgegeven per huisarts per week (doel, welzijnoprecept.nl) 161 praktijk houdende huisartsen in Midden-Brabant 2023 (regiobeeld) 16% toename zorgvraag 2023-2032 (prognosemodel Zorg en Welzijn) 2000 werkuren per jaar 68% deeltijdfactor Zorg en Welzijn Midden-Brabant (Transvorm) Inschattning impact toegankelijkheid: 50 – 75 personen

Uitwerking kwantificering lopende initiatieven Midden-Brabant (12/13)

BENADERING VAN MOGELIJKE IMPACT

Initiatief	Domeinen	Omschrijving	Belangrijkste aannames kwantificering (bron)
Zelfstandig steunkousen aantrekken	o.a. VVT	<ul style="list-style-type: none"> Thuiszorg komt niet meer langs bij cliënten voor het helpen aan- en uitrekken van steunkousen 	<ul style="list-style-type: none"> 45.000 mensen in NL met thuiszorg voor steunkousen (Noordhoff) 16% toename zorgvraag 2023-2032 (prognosemodel Zorg en Welzijn) 3% aandeel inwoners in Midden-Brabant t.o.v. NL (CBS) 26 min tijdsduur bezoek wijkverpleegkundigen (Nivel) 6 maanden duur dragen steunkousen (Fed. Medisch specialisten) 50% wat voor andere reden alsnog thuiszorg ontvangt (aanname) 2000 werkuren per jaar 68% deeltijdfactor Zorg en Welzijn Midden-Brabant (Transvorm) Inschatting impact op toegankelijkheid: 70 – 90 personen
Zelfzorgacademie	o.a. MSZ en VVT	<ul style="list-style-type: none"> Een plek waar patiënten, mantelzorgers en zorgverleners elkaar ontmoeten voor uitleg over (para)medische handelingen, verpleegtechnische handelingen, e-health (o.a. via groepstraining) Dit zorgt ervoor dat ouderen zo lang mogelijk de controle over zorg en ondersteuning behouden in de eigen thuissituatie 	<ul style="list-style-type: none"> 600 gem. patiënten per jaar (o.b.v. resultaten MUMC+) 5 maanden gem. wijkverpleging per patiënt (Vektis) 0,5 uur tijdsbesparing per patiënt per dag (o.b.v. ervaringen elders) 1 ligdag per patiënt per jaar minder (o.b.v. ervaringen elders) 210 min verpleging per ligdag (o.b.v. gesprekken zorgverleners) 2000 werkuren per jaar 68% deeltijdfactor Zorg en Welzijn Midden-Brabant (Transvorm) Inschatting impact toegankelijkheid: 30 – 40 personen
Ziekenhuisverplaatste zorg	o.a. MSZ, VVT en HA	<ul style="list-style-type: none"> Behandeling van onder andere patiënten met kanker wordt naar de thuissituatie verplaatst Door de medicatie voortaan thuis toe te dienen, hoeven deze patiënten niet meer voor een dagbehandeling naar het ziekenhuis te komen Dat biedt meer kwaliteit van leven en verbetert de patiënttevredenheid 	<ul style="list-style-type: none"> 3.500 nieuwe immunotherapie en chemotherapie patiënten per maand in Nederland in 2023 (IKNL) 16% toename zorgvraag 2023-2032 (prognosemodel Zorg en Welzijn) 3% aandeel inwoners in Midden-Brabant t.o.v. NL (CBS) 17 chemo cycli per jaar gemiddeld (Radboudumc) 75 min per dag dagverpleging (o.b.v. gesprekken zorgverleners) 30 min maximale inlooptijd (betrokkene initiatief) 2000 werkuren per jaar 68% deeltijdfactor Zorg en Welzijn Midden-Brabant (Transvorm) Inschatting impact toegankelijkheid: 10 – 15 personen

Uitwerking kwantificering lopende initiatieven Midden-Brabant (13/13)

BENADERING VAN MOGELIJKE IMPACT

Initiatief	Domeinen	Omschrijving	Belangrijkste aannames kwantificering (bron)
Zorgpad ADHD JGZ	o.a. MSZ, HA, GGZ, gemeenten en sociaal domein	<ul style="list-style-type: none"> • Verbeterde zorg voor kinderen met ADHD én betere samenwerking tussen betrokken partijen • Signalering van ADHD wordt vroegtijdig opgepakt – kinderen worden over domeinen heen snel op de juiste plek gelegd 	<ul style="list-style-type: none"> • 48% praktijken doet nog niet mee (betrokkene initiatief) • 1.700 patiënten reeds geïncludeerd (PrimaCura GGZ) • 50 min tijd jeugdarts per kind per jaar (betrokkene initiatief) • 6 consulten ADHD in ziekenhuis voorkomen (aanname) • 15 min lengte consult ziekenhuis (o.b.v. gesprekken zorgverleners) • 2000 werkuren per jaar • 68% deeltijdfactor Zorg en Welzijn Midden-Brabant (Transvorm) • Inschatting impact toegankelijkheid: 0 – 5 personen