



Rapport

Regionale Samenwerkingsagenda

gemeenten Capelle a/d IJssel,
Krimpen a/d IJssel,
Rotterdam en Zilveren Kruis

Inhoudsopgave

1. Aanleiding	3
2. Doel & uitgangspunten	5
3. Overkoepelde speerpunten	8
4. Ouderen	10
5. GGZ	15
6. Preventie	18
7. Organisatie van de samenwerking	22
8. Overzicht resultaten 2021	24

1. Aanleiding

“Nederland heeft een goede gezondheidszorg, maar de houdbaarheid daarvan staat steeds meer onder druk. De toenemende zorgvraag en schaarste aan personeel en financiële middelen zorgen ervoor dat de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg achteruit gaan als we nu niet in actie komen.”

(Discussienota Zorg voor de Toekomst, 14-12-2020.)

De zorg verandert ingrijpend. Al veertig jaar stijgen de collectieve zorguitgaven in Nederland. De verwachting is dat de vergrijzende Nederlandse bevolking de komende jaren meer zorg nodig heeft en de zorg daarmee duurder wordt. Van de Nederlandse burger wordt op diverse terreinen meer gevraagd, zowel op gebied van de eigen zelfredzaamheid, als wat betreft het ondersteunen van zijn omgeving. Ouderen wonen langer thuis, de ondersteuning en zorg aan mensen met psychische kwetsbaarheid vindt meer plaats in de wijken en de gezondheidsverschillen nemen toe. De huidige covid-pandemie zorgt hierbij voor extra druk op de gezondheidszorg, de economie en onze samenleving als geheel.

Regie in de regio

De organisatie van regionale samenwerking is cruciaal voor de aanpak van de knelpunten in het zorglandschap. Elke regio kent immers zijn eigen vraagstukken en prioriteiten. Samen met lokale partners zijn gemeenten, zorgkantoor en zorgverzekeraars in staat om de zorg en ondersteuning snel af te stemmen op de lokale behoefte. De visie van ‘De Juiste Zorg op de Juiste Plek’ staat hierin centraal. Gemeenten Rotterdam, Capelle a/d IJssel en Krimpen a/d IJssel en Zilveren Kruis slaan nu de handen ineen om integrale zorg en ondersteuning voor onze inwoners te realiseren. Basis voor de regionale samenwerkingsagenda vormt zowel de gedeelde wens van betrokken partijen

om goed samen te werken op de onderwerpen GGZ, ouderen en preventie, als de landelijke afspraken die ontwikkeld worden om deze samenwerking een verdere impuls te geven in het kader van de toekomst van het zorgstelsel. De nadruk in de agenda ligt op de onderwerpen waar gemeenten, zorgkantoor en zorgverzekeraar een rol en verantwoordelijkheid in hebben en waar afstemming van belang is om tot integrale zorg en ondersteuning te komen.

Voortbouwen op samenwerkingsverbanden en onderling vertrouwen

Met deze agenda bestendigen we als gemeenten, zorgverzekeraar en zorgkantoor onze samenwerking voor de komende jaren. Dat betekent niet dat samenwerking ons nieuw is. We bouwen voort op een reeks samenwerkingsverbanden die de afgelopen jaren zijn geïnitieerd in de regio (zie figuur 1). Dit levert veel bruikbare inzichten en goede voorbeelden op.

Figuur 1. Greep uit samenwerkingsverbanden zorgverzekeraar en gemeenten in regio

Overleg G4-ZK	BO Rotterdam-ZK	Onafhankelijke clientondersteuning ontschotten	BO VGZ-Rotterdam
Grensvlakken overleg Wmo/Wlz/Zvw	Regiobeeld Capelle, Krimpen, Rotterdam	O&I financiering van huisartsen	Bestuurlijk platform zorg
Rotterdam ouder en wijzer	Plan van aanpak kwetsbare R'dam'ers	WVGGZ	Wijkpreventie keten
Sociale benadering dementie	Complexe problematiek	Integrale ondersteuning en behandeling	Collectief schuldregelen
Langer thuis met dementie	Aansluiting fact-wijkteams	Taskforce wachttijden	Vroegsignalering schulden
Integraal budget ouderen	BO OGGZ	Hoog beveiligde zorg en ondersteuning	Voor elkaar in Rijnmond
Samen sterk 010	Straatdokter	Aanpak verwarde personen	Gezond010
Valpreventie			Rotterdam pakket
Samen voor kwetsbare ouderen 010			
Ouderen	GGZ	Preventie	Overkoepelend

Aandachtspunten zorgkantorregio

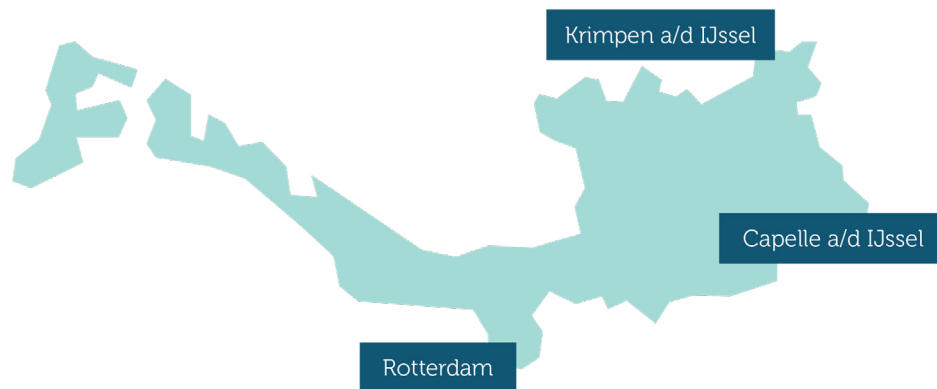
De zorgkantorregio Rotterdam bestaat uit de drie gemeenten Rotterdam, Capelle a/d IJssel en Krimpen a/d IJssel. In de regio wonen 740.812 inwoners.

De geografische en demografische ontwikkelingen vragen om een samenwerking die bijdraagt aan oplossingsrichtingen voor de kenmerkende knelpunten in de regio zoals:

- De sociaaleconomische status is gemiddeld lager dan landelijk en varieert sterk per wijk;
- De regio is minder vergrijsd en dit neemt minder snel toe dan landelijk (7% 75+'ers), maar de bevolkingsgroei is groter;
- Het aandeel 75+'ers dat in een instelling woont is vergelijkbaar met landelijk (7,8%);
- De levensverwachting varieert sterk per gemeente maar is gemiddeld 82;
- Mensen blijven langer thuis wonen, met complexere zorgvragen;
- Er wordt meer gebruik gemaakt van geestelijke gezondheidszorg (basis GGZ, POH-GGZ) dan landelijk;
- De continuïteit van de zorg staat onder druk vanwege krapte op de arbeidsmarkt, de kwetsbare financiële positie van sommige instellingen en de huisvestigingsproblematiek van zorgpersoneel en huisartsen;
- De zorgkosten zijn hoger dan landelijk, behalve bij de huisartsenzorg en de langdurige zorg;
- De kloof tussen kansarme en kansrijke inwoners groeit.¹

Samenwerkingsagenda

De samenwerkingsagenda focust enerzijds op overkoepelde speerpunten (hoofdstuk 3). De grensvlakken tussen de verschillende zorg- en ondersteuningswetten, de samenwerking tussen het sociaal-medisch domein en de aanpak van de arbeidsmarktproblematiek staan hier centraal. Anderzijds zoomen we in op speerpunten op het gebied van ouderen (hoofdstuk 4), GGZ (hoofdstuk 5) en preventie (hoofdstuk 6).



Hier ligt de nadruk op onderwerpen waar gemeenten, zorgverzekeraar en zorgkantor een gezamenlijke rol en verantwoordelijkheid in hebben en waar afstemming van belang is om tot integrale zorg en ondersteuning te komen. Soms in de vorm van kennisuitwisseling, en soms in de vorm van gezamenlijke acties. Deze agenda is het vertrekpunt voor samenwerking met ketenpartners in de regio, en in samenspraak met hen zal uitvoering worden gegeven aan de speerpunten.

In deze samenwerkingsagenda vertalen wij onze ervaringen en verwachtingen voor de toekomst in een gezamenlijke agenda voor het jaar 2021 en verder. We gaan voorlopig uit van een looptijd van drie jaar. Eind 2023 bekijken we of de visie en doelstellingen moeten herzien. Resultaten stellen we jaarlijks vast.

¹ Bronnen: Regiobeeld Rijnmond Zilveren Kruis 2020, 3D-print 2030, 'waar staat je gemeente' & Arbeidsmarktprognoses Rotterdam Rijnmond 2021-2025.

2. Doel & uitgangspunten

In de zorgkantorregio willen we zorgdragen voor een sluitend samenwerkingsnetwerk tussen gemeenten, zorgverzekeraars, zorgkantoor en aanbieders om integrale zorg en ondersteuning voor inwoners in de regio ook in de toekomst kwalitatief hoogwaardig, toegankelijk en betaalbaar te houden.

Dit doen we door:

- Concrete afspraken te maken op het terrein van aanpak ouderen, GGZ, preventie en onderlinge samenwerking ten behoeve van het verbeteren van zorg en ondersteuning in de regio.
- Een regionale overlegstructuur in te richten.
- Van elkaar te leren en goede voorbeelden over te nemen.
- De samenwerking gezamenlijk te monitoren.

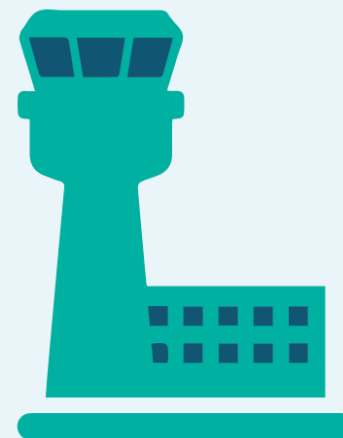
Juiste Zorg op de Juiste Plek

Het gedachtegoed van 'de Juiste Zorg op de Juiste Plek' neemt een centrale plek in bij de regionale samenwerking. We stellen de inwoners in onze regio centraal en vandaaruit zoeken we naar manieren om zorg te verplaatsen (dichterbij mensen thuis), (duurdere) zorg te voorkomen en zorg te vervangen. Hierbij ligt onze focus met name op kwetsbare ouderen, mensen met psychiatrische problematiek en het terugdringen van gezondheidsverschillen.

Regionale verkeerstoren

Gezamenlijk hebben de betrokken partijen de kennis om als regionale verkeerstoren te fungeren: wat gebeurt er om ons heen, wat komt er op ons af, en hoe leiden we alles in goede banen. Met deze agenda wordt ingezet op vraagstukken die in gezamenlijkheid aangepakt kunnen worden. Dit doen wij binnen de kaders van het huidige zorgstelsel.

We geloven dat met deze nieuwe samenwerking binnen de bestaande kaders meer mogelijk is dan waar we tot nu toe van uit zijn gegaan. Daar waar we aanlopen tegen de grenzen van het huidige zorgstelsel, zoeken we gezamenlijk naar manieren om de knelpunten op te lossen.



Meerwaarde van de samenwerking

De coronacrisis heeft ons des te meer laten zien dat onze gezondheidszorg zich voortdurend dient aan te passen aan veranderende omstandigheden.

Het aanpassingsvermogen staat of valt bij voldoende innovatieruimte en de ruimte om van elkaar te leren. Onze regionale samenwerking sluit hierop naadloos aan door het:

- Delen van kennis en opschalen/verduurzamen van bewezen (lokale) initiatieven.
- Snellere gezamenlijke (domeinoverstijgende) aanpak van regionale opgaven.
- Efficiëntere samenwerking in de regio.
- Versterken van de regionale innovatiekracht.

Uitgangspunten

Voor de uitvoering hanteren we een aantal uitgangspunten:

1. Lokaal waar mogelijk, regionaal waar nodig. We willen zorg zo dichtbij de burger mogelijk organiseren. Sommige vraagstukken zijn echter niet lokaal op te lossen. Op die punten moet er een duidelijk regionaal platform zijn om deze zaken neer te kunnen leggen.
2. De gezamenlijke inzet is gericht op onderwerpen die in de regio (gedeelde) prioriteit hebben. Regionale plannen kunnen een lokale invulling krijgen. Dat wil zeggen: regionaal kan een plan worden gemaakt voor preventie, maar de invulling per gemeente (of wijk/gebied) is lokaal.
3. Het uitgangspunt is dat de inwoner de juiste zorg op het juiste moment op de juiste plek ontvangt.
4. Zoveel mogelijk aansluiten bij dingen die al gebeuren in de regio en die goed lopen.
5. Vanuit het gezamenlijke partnerschap committeren we ons aan een strategische meerjarige samenwerkingsagenda met ruimte voor nieuwe agenda-en

verbeterpunten. We organiseren de samenwerking op een wijze dat er voldoende ruimte is om te ontwikkelen en te borgen in het lokale beleid en/of inkoop.

6. We brengen focus in de samenwerking door ons te richten op concrete projecten.
7. De agenda is niet in beton gegoten, en het vertrekpunt voor samenwerking met ketenpartners en bestaande overlegvormen/-tafels in de regio.
8. In de regio zijn verschillende niveaus waar mandaat ligt m.b.t. de thema's voor samenwerking. Zo hebben gemeenten te maken met de GGD-regio, BW-regio (straks GR) en de GRJR op jeugd. In de afspraken kijken we kritisch naar wat de meest voor de hand liggende structuur en route is voor afspraken. De uitwerking wordt waar mogelijk belegd in bestaande structuren.
9. We toetsen onze projecten aan de hand van de volgende criteria:
 1. bijdragen aan kwaliteit, 2. toegankelijkheid en 3. beschikbaarheid van de zorg en ondersteuning voor inwoners in de regio. Daarbij erkennen we drie schaarsten, namelijk passende woningen, zorgprofessionals en financiële middelen. Onze samenwerking moet slim bijdragen aan deze schaarsten.

Beoogde resultaten in 2021

Het jaar 2021 is nadrukkelijk bedoeld om de mogelijkheden voor samenwerking tussen de partijen te inventariseren en vervolgens te intensiveren. Doel is om te komen tot een rolling agenda waarin de ambities worden vertaald naar concrete acties. Intentie is om de effectiviteit en efficiency van de activiteiten te vergroten door verbeterde samenwerking en coördinatie op het gebied van programmering, kennis & kunde en spreiding over de regio. Dit zal een stevige basis zijn voor uitbreiding en aanscherping van de activiteiten in de jaren erna.

In 2021 werken we aan:

- Minstens één inhoudelijke ambitie op het gebied van respectievelijk ouderen, ggz en preventie, en bieden zo een oplossing voor de in deze samenwerkingsagenda genoemde knelpunten;
- Goede samenwerking op drie overkoepelde thema's, waarbij we dit jaar prioriteit geven aan het speerpunt samenwerking tussen professionals sociaal-medisch domein;
- Inrichten van een regionale bestuurlijke tafel met aanbieders op het gebied van respectievelijk ouderen, ggz en preventie waarop speerpunten kunnen landen. De uitwerking wordt waar mogelijk belegd in bestaande structuren;
- Gezamenlijk inzicht in de wijze van samenwerken en financieren;
- Korte lijntjes tussen gemeenten, zorgkantoor en zorgverzekeraars om ontwikkelingen, knelpunten en problemen tijdig met elkaar te bespreken.

Op basis van onze ervaringen in dit pilotjaar maken we een planning op hoofdlijnen voor 2022 en verder.

3. Overkoepelde speerpunten

De samenwerking tussen professionals uit het sociaal-medisch domein, de grensvlakken tussen de verschillende zorg- en ondersteuningswetten en de aanpak van de arbeidsmarktproblematiek zijn als overkoepelde speerpunten van de regionale samenwerkingsagenda aangemerkt. Deze drie speerpunten lopen als linking pin door de thema's ouderen, GGZ en preventie heen, en lichten we hieronder toe.

Samenwerking tussen professionals sociaal-medisch domein

Een goede samenwerking tussen professionals uit het sociaal en medisch domein is cruciaal. Zo benut je elkaars kennis beter, worden inwoners beter en sneller geholpen en versterken we de afslag naar preventie. Investeren in deze zogenoemde 'infrastructuur' in het sociale en medische domein legt de basis voor een succesvolle uitwerking van de inhoudelijke speerpunten. In 2021 geven we zodoende prioriteit aan dit speerpunt. Hier geven we binnen de thema's ouderen, GGZ en preventie uiting aan door de ambitie 'optimalisatie van de samenwerking tussen huisartsen, wijkverpleegkundigen, Wmo consulenten, welzijn het voorliggend veld' in elke deelgroep verder uit te werken te operationaliseren.

Voor een succesvolle regionale samenwerking is het van belang om kennis te hebben van elkaars wereld en werkwijze. Onze focus ligt op het inventariseren wat er nodig is om de digitale uitwisseling tussen huisartsen en het sociaal domein beter mogelijk te maken, en om daarin concrete stappen te zetten om tot betere uitwisseling te komen. Financiering en wettelijke kaders; de context waarin gemeenten, zorgverzekeraars en zorgkantoor werken verschilt. Om deze verschillen te overbruggen is het goed om kennis te hebben van elkaars wereld en om van elkaar te leren. We verkennen de organisatie van bijeenkomsten voor zorgprofessionals om informatie te geven en kennis te vergroten over de uitgangspunten van Wmo, Jeugdwet, Wpg, Zvw, Wet zorg en dwang, WvGGZ en Wlz.

Grensvlakken tussen Wmo/Zvw/Wlz

We streven ernaar om het samenspel van zorg en ondersteuning te verbeteren door concrete knelpunten op het snijvlak van Wmo, Zvw en Wlz weg te nemen. Dat pakken we op binnen de drie thema's ouderen, GGZ en preventie in de ambitie 'vormgeving van de gezamenlijke sturing in de regio (grensvlakken)'.

Aanvullend spreken we af om grensvlakken-werkinstructies voor consulenten te delen en om regionaal het proces rond afschalen van WMO na afgeven van een Wlz-indicatie te evalueren en knelpunten aan te pakken. Ook verkennen we of het huidige grensvlakken overleg tussen CIZ, verzekeraar, aanbieders en gemeente Rotterdam kan worden uitgebreid om regionaal te benutten.

Innovaties voor de aanpak van arbeidsmarktproblematiek in de zorg

Het personeelsbestand vergrijsd en de uitstroom van medewerkers neemt toe. De vraag naar zorgpersoneel neemt toe in de regio, zoals in het figuur aan de rechterkant samengevat. Er zijn steeds meer vrijwilligers nodig om cliënten en personeel te ondersteunen. We streven enerzijds naar het behouden van de zorgprofessional en het vergroten van hun werkplezier. Anderzijds zetten we in op voldoende instroom in de zorgberoepen. Dit alles om voldoende gekwalificeerd personeel voor de benodigde behandelcapaciteit en voor de wijkteams te realiseren. In de onderwijsvernieuwing moet aandacht zijn voor de shift naar preventie om een nieuwe generatie zorgmedewerkers hierop klaar te stomen. De zorg in Rotterdam Rijnmond voorzien van voldoende, goed opgeleid zorgpersoneel is dan ook onze gezamenlijke maatschappelijke opdracht. In de uitwerking van dit speerpunt trekken we in het bijzonder nauw op met deRotterdamseZorg (werkgevers in de zorg en onderwijsinstellingen).

De samenleving en de arbeidsmarkt vergrijsst. We zien dat we het niet meer gaan redden met alleen meer doen en het beter doen. We dienen de zorg écht anders met elkaar te gaan organiseren.

In 2030...



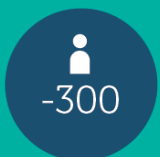
vergrijsst...

...is 13% van het totaal aantal zorgmedewerkers 60+



zorgeverlener

...is er een tekort van meer dan 5000 zorgverleners in onze regio.



hbo-voltime

...komen we 300 hbo-v'ers tekort in Rijnmond

Top 3 tekort functies

1. Verzorgende (niveau 3)
2. Verpleegkundige (niveau 4)
3. Verpleegkundige (niveau 6)



verzorgende niv. 3

...komen we 1700 Verzorgende niveau 3 tekort



mbo-voltime

...moet het opleidingsrendement van mbo-opleidingen VIG en mbo-v omhoog. Ondanks de hoge instroom is het niet voldoende om de tekorten op te vangen.

4. Ouderen

Uitgangspunt voor onze regionale samenwerkingsagenda is de wens van ouderen om zo lang mogelijk vitaal en op een goede manier zelfstandig te kunnen blijven wonen, met passende zorg en ondersteuning indien nodig. Thuis zo lang als het kan met een integraal zorg en ondersteuningsplan, waarin Zvw, Wlz, Wmo en welzijn goed op elkaar zijn afgestemd. Als zorg thuis niet langer gaat, is er een soepele overgang naar een passende woonzorgvoorziening essentieel. De ontwikkeling dat langdurige zorg (Wlz) vaker in de huidige woning zal plaatsvinden, vraagt om levensloopbestendige woningen van zowel bestaande woningen als nieuw te bouwen projecten.

We willen de zorg en ondersteuning voor ouderen in de regio toekomstgericht organiseren. Hierbij spelen we in op de volgende trends:

- Aantal ouderen en hun levensverwachting neemt toe
In de regio wonen momenteel 52.340² inwoners van 75 jaar en ouder. Dit is 70% van het totale aantal inwoners van de regio (740.812). Met name in de periode 2025 - 2033 wordt een sterke stijging van het aantal ouderen van 75 jaar en ouder verwacht.³ Ook de levensverwachting van inwoners in de regio neemt toe, ouderen worden circa 86 jaar.
- De zorgvraag van ouderen neemt toe (mede) door vergrijzing
In onze regio wonen relatief veel tachtigplussers met een zorgzwaartepakket van vier of hoger. Daarnaast komen steeds meer (alleenstaande) eenzame vijfenzeventigplussers, zo blijkt uit een vertaling van landelijke cijfers. De verwachting is dat zowel de somatische als de psychogeriatrische zorgvraag zal toenemen de komende jaren.
- Steeds meer ouderen wonen thuis, met een grotere zorgvraag
Landelijk beleid stuurt op zolang mogelijk thuis wonen met behulp van het eigen netwerk en zorg aan huis, waardoor de rol van mantelzorgers toeneemt. Vanwege de huidige ontwikkelingen op vraag en aanbod (beperkt intramuraal aanbod) valt

op dat ouderen met een hoog zorgzwaartepakket vaker thuis wonen uit vrije wil of vanwege een wachtlijst voor een verpleeghuis. Het aanbod van woon(zorg) vormen in onze regio sluit nog onvoldoende aan op de wensen van ouderen en de toekomstige zorgvraag.

Context van de regionale samenwerkingsagenda

Rond ouderenzorg zijn er in Capelle a/d IJssel, Krimpen a/d IJssel en Rotterdam lokale samenwerkingsagenda's opgesteld waaraan deels ook zorgverzekeraars en zorgkantoor participeren. Het is belangrijk die lokale energie vast te houden. Daarom wordt in de regionale agenda ook gewerkt volgens het uitgangspunt "lokaal waar mogelijk, regionaal waar nodig". Een overlegtafel ouderenzorg in de zorgkantorregio is er tot op heden niet. We werken in 2021 aan het inrichten van een gezamenlijke bestuurlijke regiotafel met ketenpartners waar we speerpunten en ambities uit de gezamenlijke agenda nader kunnen afstemmen met partijen en programma's. Afstemming van de bestuurlijke tafels die rond het programma Samen voor Kwetsbare Ouderen 010 (met Samenwerkende Regionale Ziekenhuizen, LHC, Win 010 en ConForte) en de 6 VVT-ouderenzorgaanbieders in Krimpen en Capelle zijn ingericht, zou een kans bieden om boven de lopende programma's een regisserende rol te vervullen als regionale overlegtafel voor ouderen.

Ambities

Vanaf 2021 streven we in de zorgkantorregio naar:

1. Vormgeving van gezamenlijke sturing op de grensvlakken in de regio
2. Optimalisatie van de samenwerking tussen huisartsen, wijkverpleegkundigen, Wmo consulenten, welzijn en het voorliggend veld
3. Adequaat inspelen op de vraag naar kortdurende verblijfsvormen. Er is eerstelijns verblijf, crisiszorg en respijtzorg beschikbaar als de gezondheidssituatie en de (on)mogelijkheden in de eigen woonomgeving dat tijdelijk nodig maakt

² Van dit aantal woont 10,3% in de gemeente Capelle a/d IJssel, 6,3% in de gemeente Krimpen a/d IJssel en 83% in de gemeente Rotterdam (43.620).

³ Het percentage 75-85-jarigen in de bevolking neemt toe van 6 naar 8% in 2025 en blijft daarna stijgen. Het percentage 85plussers in de bevolking neemt toe van 3 naar 4% in 2025 en stijgt daarna sneller.

4. We stimuleren met onze ketenpartners de regionale implementatie van valpreventie waarbij de toegang laagdrempelig is (actief verwijzen)
5. Mantelzorgers worden ondersteund, waar mogelijk
6. EHealth innovaties worden ingezet om ouderen te helpen om langer prettig thuis te wonen en inzet van EHealth kan positief bijdragen aan de arbeidsmarktproblematiek.
7. We werken met ketenpartners aan levensloopbestendige woningen en (nieuwe) woonzorgvormen voor ouderen waardoor ouderen zolang als mogelijk zelfstandig kunnen wonen, en brengen/houden de minimale intramurale capaciteit op peil voor de toekomstige zorgvraag
8. Mensen met geheugenvraagstukken kunnen zo lang als mogelijk thuis wonen en krijgen daarbij passende ondersteuning

Bovenstaande ambities worden hieronder toegelicht, en zullen vanaf juni 2021 stuk voor stuk worden uitgewerkt (zie hoofdstuk 7) in een rolling agenda. Daarbij geven we prioriteit aan het overkoepelde speerpunt 'Samenwerking tussen huisartsen, wijkverpleegkundigen, Wmo consulenten, welzijn en het voorliggend veld' (ambitie 2) en het inhoudelijk speerpunt 'optimale benutting capaciteit kortdurende verblijfsvormen' (ambitie 3) en/of 'valpreventie' (ambitie 4).

1. Vormgeving van gezamenlijke sturing op de grensvlakken in de regio

We schalen de kennisuitwisseling en afstemming met stakeholders zoals zorgaanbieders en CIZ in de regio op en nemen gezamenlijke verantwoordelijkheid waar er grensvlakken zijn en lossen die op. We gaan hierover in gesprek aan de hand van concrete casussen, en werken naar sluitende afspraken toe.

Om proactief in te kunnen spelen op toekomstige grensvlakken vraagstukken, brengen we gezamenlijk de toekomstige zorgvraag in kaart door onze kennis te bundelen. Hierbij gaat

het bijvoorbeeld om gezamenlijk zicht op het (toekomstige) zorggebruik en samenhang in zorggebruik en -kosten tussen Wmo, Zvw en Wlz. Zo kunnen we beter invulling geven aan de toegankelijkheid van zorg en hoe in de keten sneller/beter kan worden op en afgeschaald etc. om juiste zorg op de juiste plek te geven.

2. Samenwerking tussen huisartsen, wijkverpleegkundigen, Wmo consulenten, welzijn en het voorliggend veld

Het verbeteren van de samenwerking tussen professionals uit het sociaal-medisch domein is essentieel in het vroegtijdig signaleren en aanpakken van kwetsbaarheid onder ouderen. Denk bijvoorbeeld aan het uitrollen van de Multidisciplinaire overlegstructuur in Rotterdam (MDO-structuur rondom de huisartsenpraktijken) en de rol van een ouderencoach in Capelle a/d IJssel versus POH-ouderenzorg: wie pakt welke verantwoordelijkheid en hoe wordt onderling samengewerkt in elke gemeente? Ook het tegengaan van de versnippering in de wijkverpleging in de regio is genoemd als belangrijk aandachtspunt. Een eerste actiepoint is het in kaart brengen van de (gezamenlijke) aanbieders en belangrijkste spelers in de regio rond ouderen. Vervolgens brengen we in kaart welke kansen en knelpunten er in de drie gemeenten zijn.

Een aantal knelpunten is terug te herleiden naar een gebrek aan kennis en verschillende interpretaties van de regelgeving bij de professionals en indicatiestellers.

Door gezamenlijk succes en faalfactoren in kaart te brengen kunnen we hier regionaal van elkaar leren. Daarnaast streven we naar een gelijkgerichte benadering van ketenpartners die in meerdere gemeenten actief zijn.

3. Optimale benutting capaciteit kortdurende verblijfsvormen

Vanuit de Wmo (respijtzorg), de Zvw (ELV en geriatrische revalidatiezorg) en de Wlz (crisisopnames) bestaan financieringsmogelijkheden voor tijdelijk verblijf zodat zorg langer kan worden ingezet in de thuissituatie, een ziekenhuisopname wordt voorkomen, de

mantelzorger respijt krijgt en/of ontslag na een ziekenhuisopname spoedig mogelijk is. De inzet van het juiste tijdelijk verblijf is voor professionals en ouderen en hun mantelzorgers niet altijd eenvoudig in te schatten. Tendens is dat respijtzorg relatief weinig wordt ingezet en gebruik van eerstelijnsverblijf en hoog complexe psychogeriatrische crisisopnames stijgt. Het is belangrijk om zowel de instroom als de uitstroom te optimaliseren. In de regio zoeken we afstemming over de verschillende vormen waarin tijdelijk verblijf wordt geboden. Gezamenlijk brengen we de huidige capaciteit aan tijdelijke bedden ingekocht door Wlz, Zvw en Wmo in kaart, en inventariseren de behoefte aan toekomstige capaciteit in de regio.

We trekken op met deelgroep GGZ bij de uitwerking van het speerpunt 'time-out voorzieningen', en hebben aandacht voor de invloed van Covid op de huidige capaciteit. Nauw wordt opgetrokken met de bestuurlijke coalitie Samen voor Kwetsbare Ouderen 010 en het consortium van 6 VVT-ouderenzorgaanbieders in Krimpen en Capelle waar dit thema ook is geagendeerd. Gezamenlijk werken we aan een samenhangend pakket en voldoende capaciteit in de regio voor de inzet van informele zorg, inzet van respijtzorg, inzet van eerstelijnsverblijf, GRZ en herstelhotel, inzet hospice, inzet crisisplaatsen en/of tussen-voorzieningen. Ook verkennen we de inrichting van een regionaal coördinatiepunt door bijvoorbeeld het Zorg Coördinatie Centrum (bestemd voor acute zorg) i.c.m. het door ontwikkelen van verwijshulp 010 naar kortdurende verblijfsvormen en andere zorgsoorten.

4. Optimale implementatie van valpreventie

Vallen en angst daarvoor komt veel voor bij kwetsbare ouderen. Een valongeval is de belangrijkste oorzaak van letsel bij ouderen. Met het oog op de vergrijzing zullen de aantallen de komende jaren alleen maar toenemen. Om de zelfredzaamheid en de veiligheid van ouderen te vergroten en het mogelijk te maken dat zij langer zelfstandig thuis kunnen blijven wonen, is valpreventie i.c.m. gezonde voeding, beweging en

aangepaste woningen een belangrijk thema. Samen zal worden ingezet op het beter in kaart brengen van de keten rondom valpreventie en het formuleren van oplossingen voor de knelpunten zoals financiering van de interventie (knelpunt in individuele versus collectief aanbod), toeleiding en samenwerking in de keten. Zo streven we gezamenlijk naar valpreventie voor alle ouderen die dit nodig hebben.

Resultaten onderzoek Valongevallen bij ouderen, 2018

Valongevallen 65+ onverminderd hoog



5. Een sluitende aanpak mantelzorg

Door het zo lang mogelijk thuis wonen met behulp van het eigen netwerk en zorg aan huis intensiveert de rol van mantelzorgers. Gezamenlijk zetten we ons in om mantelzorgers te ontlasten waardoor zij hun taak beter en langer volhouden, waarbij de focus ligt op de bewustwording en signalering van de mantelzorg door professionals, effectieve werkprocessen zodat de mantelzorg naar de juiste ondersteuning of zorg wordt geleid en effectieve interventies van ondersteuning en zorg op maat.

Gezamenlijk brengen we in kaart hoe de respijtzorg en mantelzorgondersteuning in de regio is geregeld, en waar we gezamenlijke acties op kunnen doen. Zijn inwoners bijvoorbeeld voldoende op de hoogte van de mogelijkheden die worden geboden, en hoe kunnen we daar samen in optrekken? In het ondersteunings- en zorgproces verkennen we of zowel gemeente als zorgverzekeraar in contractafspraken met zorgaanbieders kunnen opnemen dat de zorgaanbieder aantoonbaar een visie op het betrekken en versterken van de mantelzorg moet hebben tijdens alle fasen van het zorgproces. Ook het inventariseren van en breder bekend maken van het aanbod van gemeenten en verzekeraars ter ontlasting van mantelzorgers is een aandachtspunt. Daarbij ligt onze focus met name op kwetsbare inwoners. Ervaring leert namelijk dat mantelzorgers die beschikken over voldoende financiële middelen makkelijker respijtzorg 'inkopen' dan mantelzorgers met een kleiner budget.

6. EHealth innovaties worden ingezet om ouderen te helpen om langer prettig thuis te wonen

Het inzetten van EHealth kan het mogelijk maken dat ouderen langer thuis kunnen blijven wonen, en hen meer vrijheid geven (zowel thuis als in een verpleeghuis). Technologische ontwikkelingen vragen echter wel om andere zorgprocessen en vaardigheden. Het personeel in zorginstellingen en ouderen zijn nog onvoldoende digitaal vaardig om met technieken als domotica te kunnen werken.

Ook het vertrouwen in technologie bij personeel en cliënten om er mee te werken moet nog groeien. We streven ernaar dat aanbieders meer gebruik gaan maken van eHealth en nemen in onze opdrachtverstrekking goede prikkels op om dit te stimuleren.

Vanuit de verschillende domeinen worden er middelen beschikbaar gesteld voor EHealth. We streven ernaar onze krachten te bundelen en in te zetten op dezelfde concepten. Gezamenlijk inventariseren we met welke systemen aanbieders werken om deze in de toekomst makkelijker te kunnen koppelen en inventariseren welk scholingsbehoefte er is. Zo dragen we bij aan goede kennisuitwisseling tussen aanbieders, gemeenten en zorgverzekeraars in de regio.

7. Levensloopbestendige woningen ontwikkelen van (nieuwe) woonzorgvoorzieningen en voldoende intramurale verpleeghuiscapaciteit

De geprognosticeerde zorgvraagontwikkeling in de regio leidt tot een tekort in zorg- en vastgoedcapaciteit.⁴ Het is daarom noodzakelijk dat we in de regio enerzijds de kwantiteit en kwaliteit van de intramurale capaciteit op peil houden (en brengen) voor een toenemend aantal ouderen met een intensieve zorgvraag.

Anderzijds richten we ons op de (door) ontwikkeling van nieuwe woonzorgconcepten (zoals bijvoorbeeld de thuisplusflats in Rotterdam) mede omdat het de vraag is of de toenemende zorgvraag in de toekomst alleen met intramurale plaatsen en professionele ondersteuning en zorg kan worden ingevuld. Evenals richten we ons op levensloopbestendige woningen van het huidige en toekomstige woningaanbod.

We willen gezamenlijk actie ondernemen om in te spelen op de knelpunten, en leren van opgedane ervaringen. Dit doen we bijvoorbeeld door 'Samen Sterk010 vastgoed' waarin de zorgaanbieders en woningcorporaties in Rotterdam samenwerken aan dit vraagstuk, te verbinden aan partijen in Capelle en Krimpen. In Capelle & Krimpen worden onder het motto 'Praat vandaag over morgen' gesprekken met inwoners uit de regio gevoerd,

⁴ Inventarisatie stand van zaken van het vastgoed bij V&V-zorgaanbieders in Rotterdam (2019), woonzorgvisie Capelle a/d IJssel 2019-2022, Woonvisie Krimpen 2020-2030

waarin ook de woonvraag veelal centraal staat. Deze relevante input nemen we mee in onze uitwerking. Ambitie is om meer woonzorgvoorzieningen tot stand te brengen.



8. Adequate ondersteuning voor mensen met (beginnende) dementie

In de regio neemt de vergrijzing hard toe en is dementie een steeds groter wordend probleem. In de komende jaren versterken we de regionale samenwerking rond de ketenaanpak dementie (uitwisseling kennis & aanpak) om knelpunten te voorkomen en gezamenlijk tot oplossingen te komen. Focus ligt in het bijzonder op het inrichten van een sluitende dementieketen (bijvoorbeeld middels vroegsignalering door Wmo), inzet van casemanagers, respijtzorg en de informatievoorziening. Hierbij trekken we nauw op met de Stedelijke keten dementie Rotterdam en het Dementie Netwerk Capelle & Krimpen aan de IJssel. Doel van de gezamenlijk aanpak is dat mensen met geheugenvraagstukken langer zelfstandig thuis kunnen blijven wonen én de passende ondersteuning daarbij krijgen. Denk aan uitwisseling over en opschaling van projecten als het project: 'beter thuis met dementie' en de social trails dementie.

Ook zouden we gezamenlijk kunnen optrekken rondom de informatievoorziening en bewustwording – (chrono)logisch voor de burger, al naar gelang de behoefte. Voor burgers moet duidelijk zijn waar zij terecht kunnen met hun vragen rond dementie.

5. GGZ

Uitgangspunt voor onze regionale samenwerkingsagenda is het realiseren van passende zorg in de eigen omgeving voor mensen met (ernstige) psychische kwetsbaarheid waarbij zij behandeling en ondersteuning krijgen die goed aansluit op hun individuele behoeften. De zorg voor psychische kwetsbaren kent veel grensvlakken tussen het sociaal en medisch domein, en we streven naar een integrale ketenzorg rondom psychisch kwetsbaren met een goede verbinding tussen veiligheid, welzijn en zorg.

Context van de regionale samenwerkingsagenda

Rond GGZ zijn er in Capelle a/d IJssel, Krimpen a/d IJssel en Rotterdam lokale samenwerkingsagenda's opgesteld waaraan deels ook zorgverzekeraars en zorgkantoor participeren. Een overlegtafel GGZ in de zorgkantoorregio is er tot op heden niet. We werken in 2021 aan het inrichten van een gezamenlijke bestuurlijke regiotafel met ketenpartners waar we speerpunten en ambities uit de gezamenlijke agenda nader kunnen afstemmen met partijen en programma's. Verbreding van de bestuurlijk overlegtafel (O)GGZ waaraan vijf GGZ partijen in de regio deelnemen, wordt verkend. Thema's uit deze agenda zouden daar kunnen landen.

Met zorgverzekeraars Zilveren Kruis en VGZ is er een samenwerking binnen de regionale taskforce wachttijden GGZ (met daarbij ook GGZ-aanbieders en huisartsen). Aanvullend is er een transitietafel die VGZ met alle GGZ-aanbieders heeft waarin alle VGZ-verzekerden in de regio die op de wachtlijsten GGZ staan samen met alle GGZ-aanbieders en VGZ besproken worden. Daarnaast komt het intergemeentelijke beleid en de uitvoering van BW/MO en VO in een geformaliseerde bestuurlijke samenwerking tot stand op centrumregio-niveau. De BW-regio is groter dan zorgkantoorregio, kleiner dan de Rijnmond-regio. Verder kennen we de volgende samenwerking in de Rijnmond-regio (15 gemeenten gelijk aan de GGD-regio):

- De aanpak vanuit het Zorg en Veiligheidshuis Rotterdam-Rijnmond, waarbij vele ketenpartners en professionals vanuit de zorg, gemeenten en justitie onder één dak samenwerken aan een persoonsgerichte aanpak van mensen/gezinnen met "complexe problematiek". Zorgverzekeraar Zilveren Kruis is hierop aangesloten.
- De ketenveldnorm levensloopfunctie en beveiligde intensieve zorg is belegd in Veiligheidshuis Rotterdam -Rijnmond & Zuid-Holland Zuid. Deze opgave vraagt om het tot stand brengen van een domein- en stelseloverstijgende netwerksamenwerking.
- De uitvoering van de wet verplichte GGZ die per 1 januari 2020 van kracht is gegaan, waarin op onderdelen samengewerkt wordt met de regiogemeenten. Zorgverzekeraar Zilveren Kruis is hierop aangesloten.
- Inzet van triage en passend vervoer om de persoon met verward gedrag voor beoordeling naar een locatie te brengen (de veiligheidsregio's Rotterdam-Rijnmond en Zuid-Holland Zuid met veel verschillende ketenpartners zoals gemeenten, zorgverzekeraars, belangenbehartigers van cliënten en naasten, politie, ambulance en GGZ-aanbieders).

Overlap vermijden we door ons niet te richten op thematiek die in bovenstaande gremia is belegd. Het realiseren van een goede doorstroom (Wmo BW) om de beweging beschermd thuis vorm te geven is bijvoorbeeld een belangrijk aandachtspunt bij het BW-overleg en wordt zodoende niet hier geagendeerd. Ook de wachtlijstenproblematiek is al belegd.

Ambities

Vanaf 2021 streven we in de zorgkantorregio naar:

1. Vormgeving van gezamenlijke sturing op grensvlakken in de regio
2. Aansluiting behandeling – begeleiding door optimalisatie van de samenwerking tussen huisartsen, wijkverpleegkundigen, Wmo consulenten, welzijn en het voorliggend veld
3. Aandacht voor de meest kwetsbaren
4. Suïcide nazorg
5. Herstelondersteunende zorg
6. Doorstroom Wlz BW

Bovenstaande ambities worden hieronder toegelicht, en zullen vanaf juni 2021 stuk voor stuk worden uitgewerkt (zie hoofdstuk 7) in een rolling agenda. Daarbij geven we prioriteit aan het overkoepelde speerpunt 'Samenwerking tussen huisartsen, wijkverpleegkundigen, Wmo consulenten, welzijn en het voorliggend veld' (ambitie 2) en het inhoudelijk speerpunt 'Aandacht voor de meest kwetsbaren' (ambitie 3).

1. Vormgeving van gezamenlijke sturing op de grensvlakken in de regio

Wijkgerichte ambulante behandeling en begeleiding (FACT-team) - en, indien nodig, ondersteuning bij persoonlijke verzorging door wijkverpleging - worden vanuit de zorgverzekeringswet door zorgverzekeraars bekostigd. Daarnaast ontvangen mensen veelal woonbegeleiding (ambulant of een vorm van beschermd wonen) die vanuit de gemeente wordt gefinancierd. We schalen de kennisuitwisseling in de regio op en nemen gezamenlijke verantwoordelijkheid waar er grensvlakken zijn en lossen die op. Concreet voorbeeld betreft de financiering van daklozen met een verpleegbehoefte

die niet voldoen aan ELV-criteria, maar die ook niet passend geholpen kunnen worden binnen de reguliere opvang vanwege de onderliggende behoefte aan verpleging. We gaan hierover in gesprek aan de hand van concrete casussen, en werken naar sluitende afspraken toe. Om proactief in te kunnen spelen op toekomstige grensvlakken vraagstukken, brengen we gezamenlijk de toekomstige zorgvraag in kaart door onze kennis te bundelen. Hierbij gaat het bijvoorbeeld om gezamenlijk zicht op het (toekomstige) zorggebruik en samenhang in zorggebruik en -kosten tussen Wmo, Zvw en Wlz. Zo kunnen we beter de toekomstige zorgvraag in kaart brengen, en vervolgens hoe invulling te geven aan de afschaling van zorg, toegankelijkheid etc.

2. Aansluiting behandeling – begeleiding door optimalisatie van de samenwerking tussen huisartsen, wijkverpleegkundigen, Wmo consulenten, welzijn en het voorliggend veld (aansluiting behandeling – begeleiding)

Doel is om mensen met psychische problematiek een integraal en samenhangend aanbod van zorg, ondersteuning en herstelmogelijkheden in de regio te bieden. Zorg wordt waar nodig op- en afgeschaald, mensen worden geactiveerd om te werken aan hun persoonlijk herstel. Dit vraagt om samenwerking tussen financiers van de zorg en de ondersteuning, en de verschillende instanties en domeinen (waaronder welzijnswerk, wonen, veiligheid) om deze infrastructuur op gemeentelijk en regionaal niveau te organiseren. Ook het werken conform de ketenveldnorm (realiseren van een 'sluitende aanpak' voor personen van 18+ agressief en/of gevaarlijk gedrag (dreigen te) vertonen als gevolg van een psychische aandoening en/of een (licht) verstandelijke beperking en/of een niet aangeboren hersenletsel) vraagt om goede samenwerking tussen het sociaal en medisch domein. Het hoog beveiligd wonen (BW+, aanvullende voorziening voor een klein deel van de EPA-top cliënten) is een mooi voorbeeld waarbij een 'gemengd' team van verschillende professionals uit verschillende domeinen ingezet wordt. Een eerste actiepoint is het in kaart brengen van de (gezamenlijke) aanbieders en

belangrijkste spelers in de regio rond GGZ. Vervolgens brengen we in kaart welke kansen en knelpunten er in de drie gemeenten zijn in de afstemming en samenwerking over de domeinen heen, en maken concrete afspraken om deze knelpunten aan te pakken. Als casus richten we ons bijvoorbeeld op de aansluiting tussen de FACT, VraagWijzer en wijkteams (Rotterdam) en op de samenwerking tussen KrimpenWijzer, Zellingen en Antes/Parnassia en tussen wijkverpleegkundige GGZ en S1 (Krimpen). Door gezamenlijk succes en faalfactoren in kaart te brengen kunnen we hier regionaal van elkaar leren. Daarnaast streven we naar een gelijkgerichte benadering van de ketenpartners die in meerdere gemeenten actief zijn.

3. Aandacht voor de meest kwetsbaren

In de regio zien we een groep kwetsbare inwoners op straat belanden omdat bijvoorbeeld een GGZ-behandeling wordt stopgezet of niet wordt gestart. Gezamenlijk verkennen we wat de mogelijkheden zijn om dit probleem op te pakken.

We inventariseren regionaal de mogelijkheden voor 'time-out plekken' voor moeilijk plaatsbaren, denk aan personen met zware GGZ-problematiek die gestopt zijn met de behandeling of op een wachtlijst staan, en mensen die in herstel zitten maar even tijdelijk tot rust moeten komen. We willen voorkomen dat deze groep op straat terecht komt en dat in de tussentijd goed gekeken wordt wat precies hiervoor nodig is.

Een oplossing zou kunnen zijn om gezamenlijk een aantal 'time-out plekken' hiervoor te realiseren. Hier trekken we ook op met deelgroep ouderen die de capaciteit van kortdurende verblijfsvormen gaat inventariseren. Ten tweede is binnen dit speerpunt het versterken van de verwijzing van 1e lijnszorg naar de gespecialiseerde GGZ i.v.m. wachtlijsten een punt van aandacht, net als de hulpverlening plegers huiselijk geweld en de dementieketen waarbij het van belang is dat een persoon met lichte (GGZ) signalen/ problematiek tot aan het verpleeghuis ondersteund wordt waar dat nodig is en niet op straat belandt (zwaartepunt van deze aanpak ligt bij deelgroep ouderen, ambitie 8).

4. Suïcide nazorg

We constateren dat er onvoldoende kennis is (over het aantal en effectiviteit van) ondersteuningsvormen om zwaardere zorg te voorkomen. Als casus richten we ons op de financiering van de preventieve activiteit 'Suïcide Nazorg' (SuNa). Hierover maken we concrete afspraken. We volgen hierbij de ontwikkelingen rond de voorgenomen Wet integrale suicidepreventie.

5. Herstelondersteunende zorg

Herstel in medische, persoonlijke en maatschappelijke zin is een belangrijk aspect van de ondersteuning. Daarbij spelen factoren als regie over het eigen leven en participatie in de samenleving een cruciale rol. Ten eerste volgen we de analyses van de Basisberaad waar de taak is belegd om te inventariseren wat er in de regio wordt aangeboden aan herstelondersteunende zorg zoals herstelacademies en het aanbod op het ontwikkelen van lokale netwerken voor zelfregie en herstel, en bespreken hoe een gelijkgerichte benadering en passende financiering van de initiatieven is te realiseren oftewel wie pakt welke rol? Ook werken we toe naar een best practices document rond herstelzorg dat breder gedeeld kan worden. Daarnaast streven we er in de regio naar om de arbeidsparticipatie van psychisch kwetsbaren te vergroten met een aanpak waarin behandelplan, ondersteuningsplan en re-integratieplan op elkaar zijn afgestemd, zodat de kans op duurzame uitstroom naar werk wordt vergroot. We oriënteren ons op de implementatie van de aanpak 'Werk als beste zorg' (Aanpak Dordrecht) en de IPS-methode.

6. Doorstroom Wlz BW

Per 2021 is de Wlz opengesteld voor de GGZ. Consequentie hiervan is dat een deel van de BW-cliënten overgaat van Wmo naar de Wlz. Gezamenlijk monitoren we de ontwikkeling van beschermd wonen gefinancierd vanuit beide domeinen en zetten ons in op een goede afschaling hiervan. We richten ons hier niet op de goede doorstroom van Wmo BW; dit thema is belegd bij het BW-overleg.

6. Preventie

Uitgangspunt voor onze regionale samenwerkingsagenda is het toewerken naar een gezondere regio met gezonde en vitale bewoners. Een ongezonde leefstijl (roken, ongezonde voeding, onvoldoende bewegen, alcoholgebruik, gedrag dat van invloed is op mentale gezondheid zoals slaapritme en veerkracht in het omgaan met stress) is de afgelopen jaren uitgegroeid tot de grootste veroorzaker van ziekte. Door de coronacrisis bewegen we over het algemeen (nog) minder, zijn we meer gaan roken en we hebben meer overgewicht. Dit leidt tot extra gezondheidsrisico's. Ook nemen de gezondheidsverschillen binnen de regio toe. Dit vraagt om een aanpak die verder strekt dan de gemeentegrenzen, wetten en domeinen.

Onze samenwerking richt zich enerzijds op betere toeleiding naar het bestaande preventieve aanbod in de regio. Tendens is dat er lokaal en regionaal veel goeds gebeurt maar inwoners nog onvoldoende hun weg vinden naar de interventies. Denk bijvoorbeeld aan de GLI. Hier richten we ons in het bijzonder op het bereiken van kwetsbare groepen zoals mensen met een lage sociaaleconomische status, laaggeletterden, nieuwkomers en psychisch kwetsbare mensen.

Anderzijds focussen we onze inzet op betere onderlinge regionale afstemming om versnippering tegen te gaan en streven we naar structurele inbedding van interventies. De voorgenomen wetswijziging aangaande verruiming van Wlz en de domeinoverstijgende samenwerking op preventie biedt kansen om verdergaande gezamenlijke acties te formuleren.

Context van de regionale samenwerkingsagenda

Een overlegtafel rond preventie in de zorgkantorregio is er tot op heden niet.

We volgen in 2021 de ontwikkelingen rond preventie, en verkennen in hoeverre een regionale tafel tot de mogelijkheden behoort. Het Nationaal Preventieakkoord is doorvertaald naar een regionaal akkoord ('Voor elkaar Rijnmond') voor de GGD-regio en lokale akkoorden ('Gezond010: het akkoord' in Rotterdam en -aankomende-gezondheidsnota's in Capelle a/d IJssel en Krimpen a/d IJssel). In 'Voor elkaar Rijnmond' ligt de nadruk op kennisdeling tussen de gemeenten die GIDS-middelen ontvangen, en wordt er samengewerkt rond het thema een rookvrije omgeving.

Overlap vermijden we door in deze agenda niet de focus te leggen op het thema roken, door de kennisuitwisseling tussen GGD-regio en zorgkantorregio op elkaar af te stemmen en de ontwikkelingen rond GGD 3.0 en de landelijke ontwikkelingen rondom de versterking van coördinatie op preventie op de voet te volgen. Onderdeel hiervan is de uitwisseling over het corona steunpakket gericht op mentaal welzijn en leefstijl. Het kabinet heeft middelen aan gemeenten beschikbaar gesteld om de negatieve gezondheidseffecten van de coronamaatregelen (minder bewegen, meer roken en drinken) zoveel mogelijk tegen te gaan om verdere schade te voorkomen.

Gemene deler van de zorgkantorregio is dat inwoners van de regio toegang hebben tot het Rotterdampakket (VGZ), een betaalbaar en passend verzekeringspakket voor (kwetsbare) inwoners van Rotterdam, Capelle, Krimpen en Hoekse Waard. Voor inwoners met een inkomen dat lager is dan 130% van het wettelijk minimumloon dragen gemeenten bij aan de premie.

Ambities

Vanaf 2021 streven we in de zorgkantorregio naar:

1. Vormgeving van gezamenlijke sturing op de grensvlakken in de regio om toeleiding naar het preventieve aanbod te verbeteren
2. Optimalisatie van de samenwerking tussen huisartsen, wijkverpleegkundigen, Wmo consulenten, welzijn en het voorliggend veld
3. Gezamenlijke aanpak richting inwoners op bijstandsniveau
4. Inwoners van de regio vinden beter hun weg naar de erkende gecombineerde leefstijlinterventies (GLIs) voor de behandeling van overgewicht bij volwassenen. Deze interventie is ingebed in een structurele vorm van overleg en samenwerking tussen huisartsen, leefstijlcoaches en beweeg-/sportcoaches
5. Mensen uit de schulden te houden of ondersteunen om deze af te betalen
6. Welzijn op recept wordt aangeboden door huisartsenpraktijken /gezondheidscentra in de regio. Deze interventie is ingebed in een structurele vorm van overleg en samenwerking tussen eerstelijns gezondheidszorg en lokaal welzijnswerk
7. Aandacht voor laaggeletterdheid en begrijpelijke taal
8. Aandacht voor mentale gezondheid

Bovenstaande ambities worden hieronder toegelicht, en zullen vanaf juni 2021 stuk voor stuk worden uitgewerkt (zie hoofdstuk 7) in een rolling agenda. Daarbij geven we prioriteit aan het overkoepelde speerpunt 'Samenwerking tussen huisartsen, wijkverpleegkundigen, Wmo consulenten, welzijn en het voorliggend veld' (ambitie 2) en het inhoudelijk speerpunt 'Meer inwoners vinden hun weg naar een GLI' (ambitie 4).

1. Vormgeving van gezamenlijke sturing op de grensvlakken in de regio

Zorgverzekeraars en gemeenten zijn verantwoordelijk voor preventie, zorg en ondersteuning van inwoners. Om de toeleiding naar het preventieve aanbod te

verbeteren streven we naar betere onderlinge afstemming. Want hoe bereik je de doelgroep met een lage SES, hoe bevorder je een goede gezondheid van de 'niet kwetsbare groep' en hoe geef je als financiers partijen in de regio een gezamenlijke opdracht mee rond preventie? En hoe zetten we gedegen in op eHealth (bijvoorbeeld door inzet van de Persoonlijke Gezondheidscheck) ten behoeve van zelfzorg waardoor (kwetsbare) inwoners meer grip krijgen op hun gezondheid?

Ook monitoren we de impact van corona op de regionale trends. We gaan hierover in gesprek aan de hand van concrete casussen. Om proactief in te kunnen spelen op toekomstige grensvlakken vraagstukken, brengen we gezamenlijk de toekomstige zorgvraag in kaart door onze kennis te bundelen. Hierbij gaat het bijvoorbeeld om gezamenlijk zicht op het (toekomstige) zorggebruik en samenhang in zorggebruik en -kosten tussen Wmo, Zvw en Wlz. Zo kunnen we beter de toekomstige zorgvraag in kaart brengen, en vervolgens hoe invulling te geven aan de afschaling van zorg, toegankelijkheid etc.

2. Optimalisatie van de samenwerking tussen huisartsen, wijkverpleegkundigen, Wmo consulenten, welzijn en het voorliggend veld

Voor een succesvolle regionale samenwerking is het van belang om kennis te hebben van elkaars wereld en werkwijze. Een betere verbinding tussen huisartsen, wijkverpleegkundigen, professionals van de gemeente en het voorliggend veld is essentieel in de toeleiding naar preventief aanbod.

Onze focus ligt op het inventariseren wat er nodig is om de digitale uitwisseling tussen huisartsen en het sociaal domein beter mogelijk te maken, en om daarin concrete stappen te zetten om tot betere uitwisseling te komen. Wenselijk wordt geacht om zowel vanuit het gemeentelijk als zorgverzekeringskader (inspannings-) verplichtingen

op te stellen om te investeren in de verbinding tussen het medische en sociale domein sluiten. Denk hierbij bijvoorbeeld aan de wijkpreventieketen als preventieve infrastructuur ter bevordering van een betere samenwerking tussen het medische en sociale domein in Rotterdam. Een eerste actiepoint is het in kaart brengen van de (gezamenlijke) aanbieders en belangrijke spelers in de regio. Vervolgens brengen we in kaart welke kansen en knelpunten er in de drie gemeenten zijn in de afstemming en samenwerking over de domeinen heen, en maken concrete afspraken om deze knelpunten aan te pakken. Door gezamenlijk succes en faalfactoren in kaart te brengen kunnen we hier regionaal van elkaar leren. Daarnaast streven we naar een gelijkgerichte benadering van de aanbieders die in meerdere gemeenten actief zijn.



3. Gezamenlijke aanpak richting inwoners op bijstandsniveau

Inwoners van de regio hebben toegang tot het Rotterdampakket (VGZ), een betaalbaar en passend verzekeringspakket voor (kwetsbare) inwoners van Rotterdam, Capelle, Krimpen en Hoekse Waard. In dit pakket is specifieke aandacht voor preventie en mantelzorgondersteuning en financiële stabiliteit van de doelgroep. Voor inwoners met een inkomen dat lager is dan 130% van het wettelijk minimumloon dragen gemeenten bij aan de premie. Tijdens het uitrollen van deze regionale agenda wordt VGZ, als organisator van het Rotterdampakket, waar relevant bij de uitwerking van preventieve speerpunten betrokken. We streven in de regio naar een gezamenlijk aanpak om een versnipperde boodschap naar aanbieders te voorkomen.

4. Meer inwoners vinden hun weg naar een GLI

Er zijn vier erkende gecombineerde leefstijlinterventies (GLIs) voor de behandeling van overgewicht bij volwassenen. Met deze leefstijlinterventie, die sinds 2019 onder voorwaarden vergoed wordt door de basisverzekering, werken volwassenen aan hun leefstijl, gezonder eten en duurzame gedragsverandering. Regionaal wordt ondervonden dat het potentieel van deze interventies groot is, maar nog onvoldoende wordt benut.

Het aantal mensen dat gebruik maakt van de GLI valt tegen ten opzichte van de verwachtingen. We schalen de kennisuitwisseling rond de interventie op in de regio, en zetten ons gezamenlijk ervoor in dat inwoners beter hun weg vinden naar de GLIs. De mate en aard van doorverwijzen binnen het sociaal domein én van medisch naar sociaal domein is een belangrijk aandachtspunt om dit te realiseren (link met ambitie 2).

5. Schuldhulpaanpak

Schulden en armoede kunnen zwaar op inwoners drukken. Wie arm is of (te hoge) schulden heeft, heeft vaak meer moeite om mee te doen aan de samenleving. We focussen in de regio enerzijds op de rol van huisartsen en welzijn in het vroegtijdig

signaleren van schulden, en verkennen een gezamenlijke aanpak om de veelvoud aan lokale interventies rond schulden in te perken. Daarnaast verkennen we met elkaar welke interventies op het gebied van schuldenaanpak er zijn en hoe deze toegepast kunnen worden. Daarbij hebben we ook aandacht voor de doelgroep 18+.

Anderzijds zetten we in op kennisdeling tussen gemeenten in lijn met de Wet Gemeentelijke Schuldhulpverlening (Wgs) waarin gemeenten actief inwoners opzoeken met betalingsachterstanden (bijvoorbeeld bij zorgverzekeraar, woningcorporatie, energie- en/of drinkwaterbedrijf) om te voorkomen dat betalingsproblemen groter worden. Voor inwoners met een laag inkomen kunnen de kosten die ze zelf moeten dragen een reden zijn om geen gebruik te maken van gezondheidszorg, terwijl die zorg wel noodzakelijk is om zwaardere aandoeningen te voorkomen. Daarom is het van groot belang dat er voor hen bijvoorbeeld het Rotterdampakket is met een betaalbaar aanvullend pakket, afspraken zodat verzekerden vrijwel geen nota's ontvangen en de mogelijkheid om het eigen risico mee te verzekeren.

6. Welzijn op recept

Een groot deel van de mensen die vaak bij de huisarts komen heeft psychosociale problemen. Medicijnen of een verwijzing naar psychologische zorg biedt vaak geen oplossing en een passend 'recept' om hun klachten te verhelpen is er niet altijd. 'Welzijn op recept' is een aanpak voor het behouden en verbeteren van de gezondheid en het welzijn, waarbij mensen met psychosociale klachten vanuit de huisartspraktijk door worden verwezen naar welzijnsactiviteiten. We schalen de kennisuitwisseling rond de interventie op in de regio, en hebben in het bijzonder aandacht voor wat je vraagt aan huisartsen en welzijnspartijen bij het uitrollen van de interventie, en de financiële kant zoals de effectiviteit op de zorgkosten(daling). We komen hiermee tegemoet aan de aanbevelingen van de QuickScan Welzijn op recept (2019).

7. Laaggeletterd/Lezen/leren

Aandacht voor laaggeletterdheid en begrijpelijke taal is een belangrijke factor binnen preventieve inzet/ voorkomen van verkeerde zorg. Zowel bij gemeenten als in de zorg wordt hierop ingezet. In de gemeentelijk aanpak op laaggeletterdheid is de gezondheidszorg een belangrijke 'vindplaats'.

Het herkennen en doorverwijzen vanuit deze sector naar het sociaal domein c.q. gemeentelijk aanbod en vice versa is dus belangrijk. Gezamenlijk trekken we hierin op, en delen goede initiatieven. Hierin trekken we ook op met Pharos.

8. Mentale gezondheid

We zetten ons in om de mentale gezondheid te bevorderen in de regio door preventie en vroege signalering om onder meer een lagere instroom in de GGZ te bewerkstelligen, en linken onze inzet aan de gemeentelijke herstelagenda's corona. Beweging en zingeving zijn hierbij essentieel. We constateren we dat er onvoldoende kennis is (over het aantal en effectiviteit van) ondersteuningsvormen om zwaardere zorg te voorkomen. We schalen de kennisuitwisseling in de regio hierover op, en inventariseren wat er in de regio wordt aangeboden aan bijvoorbeeld zelfhulp programma's voor (potentieel) kwetsbare groepen en aan suicidepreventie.

Denk bijvoorbeeld aan de interventies Somnio (beter slapen), Omgaan met stress en MHFA: Eerste hulp bij mentale ongelukken (voor mensen in de omgeving van iemand met GGZ-problematiek), Open Up (preventieve psychologische hulp online) en de mindfulnessapp. We hebben hierbij aandacht voor digitale innovaties om gezond te kunnen leven en e-mental-health die zelfzorg mogelijk maken. Zo komen witte vlekken in het aanbod aan het licht en kunnen we gericht afspraken maken over financiering en inkoop. We bundelen de inventarisatie en aanbevelingen in één regionaal document.

7. Organisatie van de samenwerking

Randvoorwaarden

De volgende randvoorwaarden en afspraken zijn van belang:

- We gaan voorlopig uit van een looptijd van drie jaar. Eind 2023 bekijken we of de visie en doelstellingen moeten herzien. Resultaten stellen we jaarlijks vast.
- Voor aanvang van elk kalenderjaar wordt tijdens het bestuurlijk overleg afgesproken welke onderwerpen prioriteit hebben in de deelgroepen GGZ, ouderen en preventie, en wat wordt vertaald in een concrete uitvoeringsagenda (rolling agenda) voor het komende jaar.
- We toetsen onze projecten aan de hand van de volgende criteria:
 1. bijdragen aan kwaliteit, 2. toegankelijkheid en 3. beschikbaarheid van de zorg en ondersteuning van inwoners in de regio. Daarbij erkennen we drie schaarsten, namelijk passende woningen, zorgprofessionals en financiële middelen. Onze samenwerking moet slim bijdragen aan deze schaarste. Zo niet, dan starten we het project niet op.
- De projecten vragen om een planning in tijd. Niet alles kan tegelijkertijd. Elk half jaar staat in elke deelgroep minstens één ander speerpunt centraal, waarmee we focus aanbrengen in de samenwerking en concrete resultaten boeken.
- In de deelgroepen wordt het gekozen speerpunt SMART gemaakt voor de rolling agenda. Een beknopt projectplan wordt opgesteld samen met de projectleider waarin het te behalen resultaat is omschreven (waarom, wat wie, hoeveel, wanneer). Zie bijlage 1 voor een aanzet op het thema 'Valpreventie'. De geplande activiteiten zetten we op een tijdbalk die aangeeft wanneer we met de uitvoering beginnen en wanneer we de resultaten van die inspanning verwachten. Zo kunnen we monitoren in welke mate de ambities ook in de uitvoering zichtbaar worden en of we de verwachte resultaten halen.
- De projecten worden vorm gegeven in coalities van zorgverzekeraar, gemeenten,

aanbieders en cliëntorganisaties. Bij de uitwerking werken we dus nauw samen met ketenpartners. Middels de regioplatten is inzichtelijk gemaakt welke ketenpartners zich bezighouden met een speerpunt.

- Zowel vanuit gemeenten als Zilveren Kruis en zorgkantoor wordt rekening gehouden met ureninzet van betrokkenen in de deelgroepen. Dit wordt per speerpunt uitgewerkt in de rolling agenda.
- De speerpunten van de samenwerkingsagenda kunnen worden bijgesteld als ontwikkelingen daar aanleiding toe geven.
- We zorgen voor gezamenlijk afgestemde communicatie over de speerpunten vanuit deze samenwerkingsagenda.

Overlegstructuur

De overlegstructuur ziet er als volgt uit:

Bestuurlijk overleg

Het bestuurlijk overleg tussen gemeenten Capelle a/d IJssel, Krimpen a/d IJssel, Rotterdam en Zilveren Kruis wordt gevoerd door een delegatie van wethouders van de gemeenten, de directeur zorgkantoor en regiomanager Zvw. In dit overleg worden partijen geïnformeerd over de (voortgang op de thema's van de) samenwerkingsagenda en afgesproken welke onderwerpen prioriteit hebben in aankomend kalenderjaar. In 2021 worden twee bestuurlijke overleggen gepland. In de komende jaren, als de agenda staat, komt het BO eenmaal per jaar bijeen. Dit geldt als minimum, indien tussentijds overleg gewenst is kan dit extra worden ingepland.

Deelgroep GGZ, ouderen en preventie

Vanuit alle betrokken gemeenten en Zilveren Kruis zijn adviseurs betrokken met expertise op de verschillende thema's van samenwerking (GGZ, preventie en ouderen). Zij nemen deel aan de (voor hun relevante) sessies, de implementatie van projecten

binnen hun expertise, en, wanneer relevant, incidenteel aan de kerngroep.

De overkoepelde thema's 'samenwerking tussen professionals uit het sociaal-medisch domein' en 'de grensvlakken tussen de verschillende zorg- en ondersteuningswetten' worden uitgewerkt in de drie deelgroepen. De projectleider monitort de dwarsverbanden. De sessies worden gefaciliteerd door de projectleider, en voorgezeten door een lid van deelgroep (rotating chair). De deelgroep komt vijf keer per jaar bij elkaar.

Kerngroep

De kerngroep bestaat uit de ambtelijke vertegenwoordigers van de gemeenten Capelle a/d IJssel, Krimpen a/d IJssel en Rotterdam, vertegenwoordiging van Zilveren Kruis en de projectleider regionale samenwerking. De kerngroep heeft tot doel om te coördineren op de totale brede agenda van onderwerpen die in de samenwerkingsagenda zijn opgenomen. Dit doet zij ter voorbereiding op het bestuurlijke overleg.

Ontwikkelingen rond het overkoepelende thema 'innovaties voor de aanpak van arbeidsmarktproblematiek in de zorg' worden gemonitord door de kerngroep.

De sessies worden gefaciliteerd en voorgezeten door de projectleider regionale samenwerking. De kerngroep komt twee keer per jaar bij elkaar.

Afstemming Zilveren Kruis en andere zorgverzekeraars

Zilveren Kruis is als preferente zorgverzekeraar verantwoordelijk voor de totstandkoming en realisatie van deze regionale samenwerkingsagenda. Zilveren Kruis doet dit namens alle zorgverzekeraars, op basis van afspraken tussen VNG en Zorgverzekeraars Nederland. De gemaakte afspraken gelden dan ook voor de hele regio. Tijdens het totstandkomingsproces en het uitrollen van de agenda wordt VGZ, als organisator van het Rotterdampakket en inkoper voor de huisartsenzorg in Krimpen, - waar relevant – betrokken.

8. Overzicht resultaten 2021 en de ambities uit de regionale werkagenda

Hierbij een overzicht van de beoogde resultaten in 2021 en de doelstellingen per speerpunt. Op basis van onze ervaringen in dit pilotjaar maken we een planning op hoofdlijnen voor 2022 en verder.

Beoogde resultaten in 2021

Het jaar 2021 is nadrukkelijk bedoeld om de mogelijkheden voor samenwerking tussen de partijen te inventariseren en vervolgens te intensiveren. Doel is om te komen tot een rolling agenda waarin de ambities worden vertaald naar concrete acties. Intentie is om de effectiviteit en efficiency van de activiteiten te vergroten door verbeterde samenwerking en coördinatie op het gebied van programmering, kennis & kunde en spreiding over de regio. Dit zal een stevige basis zijn voor uitbreiding en aanscherping van de activiteiten in de jaren erna.

In 2021 werken we aan:

- Minstens één inhoudelijke ambitie op het gebied van respectievelijk ouderen, ggz en preventie, en bieden zo een oplossing voor de in deze samenwerkingsagenda genoemde knelpunten;
- Goede samenwerking op drie overkoepelde thema's, waarbij we dit jaar prioriteit geven aan het speerpunt samenwerking tussen professionals sociaal-medisch domein;
- Inrichten van een regionale bestuurlijke tafel met aanbieders op het gebied van respectievelijk ouderen, ggz en preventie waarop speerpunten kunnen landen. De uitwerking wordt waar mogelijk belegd in bestaande structuren;
- Gezamenlijk inzicht in de wijze van samenwerken en financieren;
- Korte lijntjes tussen gemeenten, zorgkantoor en zorgverzekeraars om ontwikkelingen, knelpunten en problemen tijdig met elkaar te bespreken.

Ambities overkoepelend

1. Samenwerking tussen professionals sociaal-medisch domein
2. Grensvlakken tussen Wmo/Zvw/Wlz
3. Innovaties voor de aanpak van arbeidsmarktproblematiek in de zorg

Ambities ouderen

Vanaf 2021 streven we in de zorgkantorregio naar:

1. Vormgeving van gezamenlijke sturing op de grensvlakken in de regio
2. Optimalisatie van de samenwerking tussen huisartsen, wijkverpleegkundigen, Wmo consulenten, welzijn en het voorliggend veld
3. Adequaats inspelen op de vraag naar kortdurende verblijfsvormen. Er is eerstelijns verblijf en respijtzorg beschikbaar als de gezondheidssituatie en de (on)mogelijkheden in de eigen woonomgeving dat tijdelijk nodig maakt
4. We stimuleren met onze ketenpartners de regionale implementatie van valpreventie waarbij de toegang laagdrempelig is (actief verwijzen)
5. Mantelzorgers worden ondersteund
6. EHealth innovaties worden ingezet om ouderen en hun omgeving te helpen om langer prettig thuis te wonen
7. We werken met ketenpartners aan (nieuwe) woonzorgvormen voor ouderen waardoor ouderen zolang als mogelijk zelfstandig kunnen wonen, en houden de intramurale capaciteit op peil
8. Mensen met geheugenvraagstukken kunnen zo lang als mogelijk thuis wonen en krijgen daarbij passende ondersteuning

Ambities GGZ

Vanaf 2021 streven we in de zorgkantorregio naar:

1. Vormgeving van gezamenlijke sturing op de grensvlakken in de regio
2. Aansluiting behandeling – begeleiding door optimalisatie van de samenwerking tussen huisartsen, wijkverpleegkundigen, Wmo consulenten, welzijn en het voorliggend veld
3. Aandacht voor de meest kwetsbaren
4. Preventie en vroegsignalering
5. Herstelondersteunende zorg
6. Doorstroom Wlz BW

Ambities preventie

Vanaf 2021 streven we in de zorgkantorregio naar:

1. Vormgeving van gezamenlijke sturing op grensvlakken in de regio) om toeleiding naar het preventieve aanbod te verbeteren
2. Optimalisatie van de samenwerking tussen huisartsen, wijkverpleegkundigen, Wmo consulenten, welzijn en het voorliggend veld
3. Gezamenlijke aanpak richting inwoners op bijstandsniveau
4. Inwoners van de regio vinden beter hun weg naar de erkende gecombineerde leefstijlinterventies (GLIs) voor de behandeling van overgewicht bij volwassenen. Deze interventie is ingebed in een structurele vorm van overleg en samenwerking tussen huisartsen, leefstijlcoaches en beweeg-/sportcoaches
5. Mensen uit de schulden te houden of deze af te betalen
6. Welzijn op recept wordt aangeboden door huisartsenpraktijken/gezondheidscentra in de regio. Deze interventie is ingebed in een structurele vorm van overleg en samenwerking tussen eerstelijns gezondheidszorg en lokaal welzijnswerk
7. Aandacht voor laaggeletterdheid en begrijpelijke taal
8. Aandacht voor mentale gezondheid

Bijlage 1 Voorproefje rolling agenda 'Valpreventie'

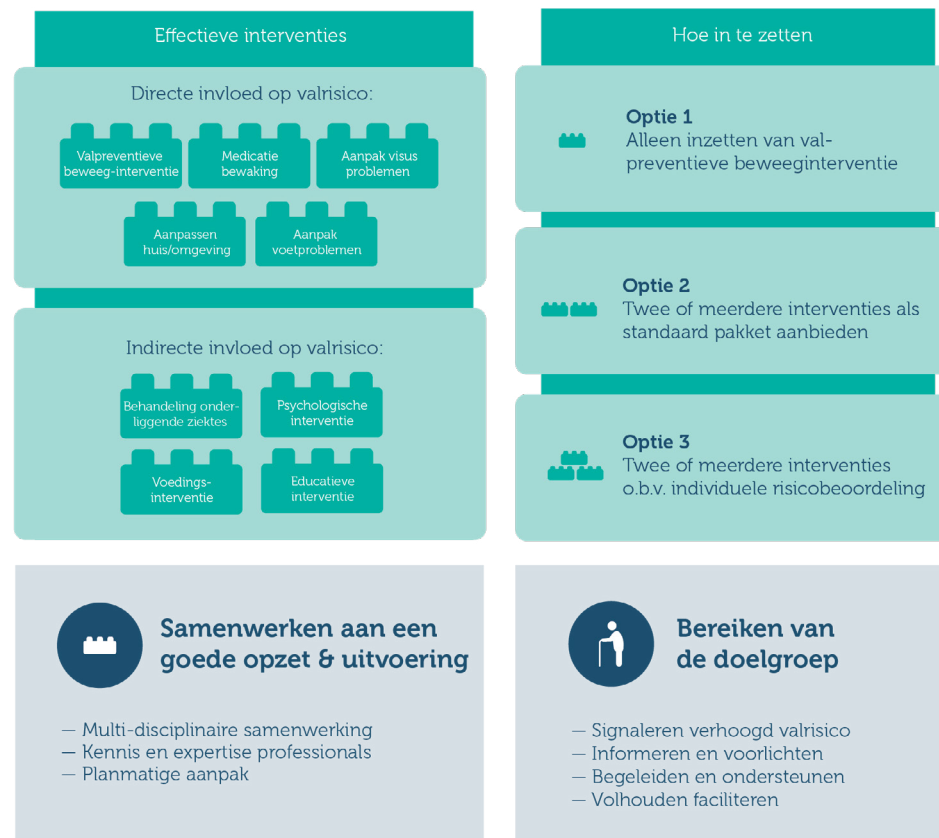
Waarom?

Vallen en angst daarvoor komt veel voor bij kwetsbare ouderen, en een valongeval is de belangrijkste oorzaak van letsel bij ouderen. Zo'n 30 procent van alle thuiswonende 65-plussers valt ten minste één keer per jaar. Daarbij worden Zuid-Hollandse 65-plussers -relatief gezien- vaak opgenomen in het ziekenhuis als gevolg van een val. In de provincie worden 6% meer ernstige incidenten gemeld dan elders in Nederland.

Met het oog op de vergrijzing zullen de aantallen de komende jaren alleen maar toenemen. Om de zelfredzaamheid en de veiligheid van ouderen te vergroten en het mogelijk te maken dat zij langer zelfstandig thuis kunnen blijven wonen, is valpreventie i.c.m. gezonde voeding, beweging en aangepaste woningen een belangrijk thema.

Valpreventie loont en er zijn meerdere (kosten)effectieve interventies beschikbaar. In Rotterdam worden de interventies Minder vallen door meer Bewegen en Thuis Onbezorgd Mobiel uitgerold. Voor beide valpreventieprogramma's is dit jaar i.v.m. corona gestart met een digitale doorontwikkeling. In Capelle en Krimpen a/d IJssel is de interventie In Balans beschikbaar, en aanvullend in Krimpen ook Zicht op evenwicht en Vallen Verleden Tijd. Geconstateerd wordt dat er echter onvoldoende overzicht bij zowel professionals als senioren is over wat er mogelijk is op het gebied van valpreventie (beweegaanbod, woningaanpassingen etc.) en kwetsbare ouderen nog onvoldoende hun weg vinden naar een valpreventieprogramma of het belang ervan in zien. Ook de financieringsstructuur van de interventie is een aandachtspunt. Een goede samenwerking tussen sociaal en medisch domein, en duidelijke afspraken over het signaleren en doorverwijzen is essentieel in een goede aanpak valpreventie. Zodoende voldoet het project aan onze drie samenwerkingscriteria door bij te dragen aan de kwaliteit, toegankelijkheid en beschikbaarheid van de zorg en ondersteuning van onze inwoners in de regio.

Inzetten van effectieve interventies



Wat willen we bereiken?

We streven ernaar dat er in de regio een samenhangende zorgketen gericht op valpreventie voor ouderen (vanaf 65 jaar) met een verhoogd risico op vallen is. Onze focus ligt op de optimalisatie van de ketensamenwerking rond valpreventie en het succesvol uitrollen van het valpreventie aanbod.

Wat werkt in valpreventie?

Valpreventie richt zich op het wegnemen van risicofactoren. Deze infographic laat zien wat er nodig is voor effectieve valpreventie bij thuis wonende ouderen.



Valongevallen bij ouderen worden veroorzaakt door (een interactie van) verschillende factoren:

Gedrag/leefstijl
b.v. inactiviteit,

Omgevingsfactoren
b.v. obstakels

Biologische factoren
b.v. verminderde spierkracht.

Het resultaat:
minder valongevallen.

De ambities kunnen een lokale invulling krijgen in coalitie met (lokale) ketenpartners, gemeenten, zorgverzekeraar en zorgkantoor. In een eerste bijeenkomst definiëren we de ambities per gemeente.

Dat doen we door:

- Het in kaart brengen van de kansen en knelpunten rond valpreventie (stap 1);
- Wat is de valproblematiek in de regio?
- Wat is het valpreventie aanbod in de regio en per gemeente, wat zijn de knelpunten en issues om mee aan de slag te gaan?
- Hoe is de ketensamenwerking rond valpreventie georganiseerd in de regio en wat zijn de knelpunten?
- Delen en waar mogelijk opschalen van 'best practices' om tot betere samenwerking te komen (stap 1);
- Maak concrete afspraken om de samenwerking rond valpreventie een impuls te geven, zowel op het gebied van interventies als de keten (stap 2).
- Monitoren van de aanpak (stap 3).

Tijdsinvestering

Tijdsinvestering voor de leden van de deelgroep bedraagt tien uur voor implementatie van dit speerpunt:

- Twee (online) deelgroep bijeenkomsten van 1,5 uur
- Twee uur voorbereidingstijd per deelgroep sessie
- Drie uur voor reactie op tussentijdse resultaten en intern overleg e.d

Bijlage 2 Regioplatten

Er zijn vier regioplatten voor respectievelijk GGZ, ouderen, preventie en overkoepelde ambities ontwikkeld i.s.m. DeRotterdamseZorg. De regioplatten geven enerzijds inzicht in de overlegstructuur rond de thema's en de gedefinieerde speerpunten per thema.

Anderzijds maken de platten inzichtelijk welke overlap er is tussen de netwerken en welke thema's nog onvoldoende zijn belegd in de keten. Deze platten dienen als 'praatplaten' en als uitgangspunt voor het gesprek tussen ketenpartners, gemeenten, zorgkantoor en zorgverzekeraar om toe te werken naar een coherente en integrale samenwerking.

Het oog icoontje is toegevoegd wanneer verwacht wordt dat een netwerk een raakvlak heeft met een speerpunt, maar dit nog opgehelderd moet worden. Intentie is om de platten elk kwartaal bij te werken en aan te scherpen.

Zie https://miro.com/app/board/o9J_lNiQdFQ= voor de meest recente versie.