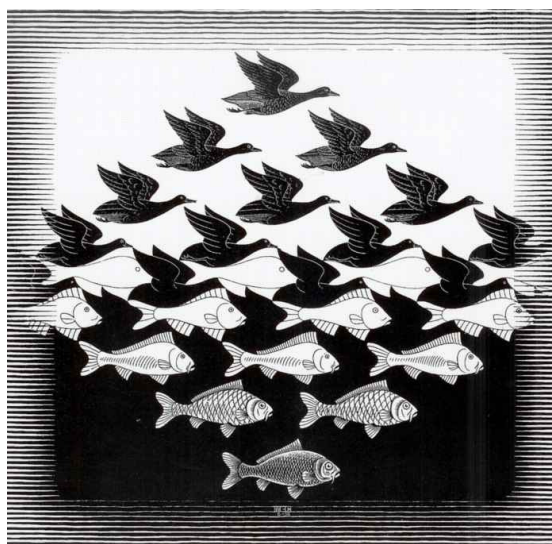


# **SAMEN BETER**

## **VERENIGING BEDRIJFSTAK ZORG**

### **Regio Kennemerland, Amstelland en Meerlanden**

BELEIDSPLAN 2012 - 2015  
Jaarverslag / Werkplan 2011 - 2012





## INHOUD

### BELEIDSPLAN (VISIE)

<b>1. DE KERN VAN DE VBZ</b>	5
<b>2. HOOFDTAKEN</b>	7
<b>3. ORGANISATIE</b>	9
<b>4. VISIE</b>	11
4.1. DE CONTEXT	11
4.2. UITGANGSPUNTEN	11
4.3. ONTWIKKELINGEN IN DE ZORGVRAAG	13
4.4. ONTWIKKELINGEN IN DE ZORG	16
4.4.1. HOOFDLIJNEN	16
4.4.2. BELANGRIJKE THEMA'S	18
4.4.2.1. PERSONEEL EN ARBEIDSMARKT	18
4.4.2.2. INFRASTRUCTUUR EN SCHAALGROOTTE	20
4.4.2.3. SPOEDEISENDE HULP	21
4.4.2.4. ICT, E-HEALTH EN DOMOTICA	21
4.4.2.5. REGIO EN SUBREGIO'S	22
4.4.3. RISICO'S EN ONZEKERHEDEN	22
4.5. CONTOUREN NIEUWE ORDENING VAN DE ZORG	22
4.5.1. FUNCTIES EN DIENSTEN	23
4.5.2. VOORZIENINGEN EN ACCOMMODATIES	26

### JAARVERSLAG 2011 / WERKPLAN 2012

29

<b>1. VBZ ALGEMEEN</b>	30
1.1. ANALYSE EN ONDERZOEK	30
1.2. INVLOED VAN DE KLANT	31
1.3. INTERNE EN EXTERNE COMMUNICATIE	32
1.4. INKOOPSAMENWERKING	32
<b>2. PROGRAMMA WIJKGERICHT WERKEN</b>	35
2.1. DE SPEERPUNTEN	35
2.2. ACTIVITEITEN PROGRAMMA WIJKGERICHT WERKEN	35
2.2.1. VERKENNING EN ANALYSE, MONITOREN ONTWIKKELINGEN	35
2.2.2. RELATIE / SAMENWERKING MET GEMEENTEN, WONEN, WELZIJN, EERSTELIJN	37
2.2.3. BASISZORG, INHOUD, VORM, ORGANISATIE, BEHEER	39
2.2.4. SLIM SAMENWERKEN	41
<b>3. PROGRAMMA TRANSMURAAL WERKEN</b>	43
3.1. DE SPEERPUNTEN	43
3.2. ACTIVITEITEN PROGRAMMA TRANSMURAAL WERKEN	43
3.2.1. OVERZICHT LANDELIJK BELEID EN UITVOERING IN DE REGIO	43
3.2.2. KETENONTWIKKELING EN SUBSTITUTIE VAN ZORG	45

3.2.3.	RELATIE / SAMENWERKING MET ZORGVERZEKERAARS EN GEMEENTEN	47
3.2.4.	ICT EN KETENINFORMATISERING	48
<b>4.</b>	<b>PROGRAMMA ARBEIDSMARKT, HRM EN SCHOLING</b>	<b>50</b>
<b>4.1.</b>	<b>DE SPEERPUNTEN</b>	<b>51</b>
<b>4.2.</b>	<b>ACTIVITEITEN PROGRAMMA ARBEIDSMARKT, HRM EN SCHOLING</b>	<b>52</b>
4.2.1.	PROGRAMMALIJN STRATEGISCH ARBEIDSMARKTBELEID	52
4.2.2.	PROGRAMMALIJN WERVEN MET BELEID	53
4.2.3.	PROGRAMMALIJN LEREN EN WERKEN	54
4.2.4.	PROGRAMMALIJN BELEID DUURZAME INZETBAARHEID	55
4.2.5.	PROGRAMMALIJN @NDERS WERKEN	55
<b>5.</b>	<b>OVERZICHT FORMATIE-UREN</b>	<b>57</b>
	BIJLAGE 1. BESCHRIJVING ONTWIKKELINGEN IN DE ZORG, PER SECTOR	59

**“Dokters moeten veranderen van god naar gids” (prof. B. Bloem, RUN)**

# 1. DE KERN VAN DE VBZ

De Vereniging Bedrijfstak Zorg (VBZ) is de vereniging van zorgorganisaties in de regio Kennemerland, Amstelland en Meerlanden (KAM).

Zorgaanbieders uit alle sectoren van de zorg zijn lid van de VBZ, zoals:

- Ziekenhuizen
- Verpleeg- en verzorgingshuizen
- Thuiszorg
- Gehandicaptenzorg
- Geestelijke gezondheidszorg
- Jeugdzorg

## DOEL

De leden van de VBZ maken zich samen sterk voor een samenhangend aanbod van behandeling, zorg en welzijn in de KAM-regio, van goede kwaliteit, afgestemd op de vraag. De VBZ komt op voor de gezamenlijke belangen van haar leden en het belang en de betekenis van de zorgsector in de regio. De vereniging streeft naar optimalisering van condities en randvoorwaarden voor het functioneren van de aangesloten organisaties binnen de regio.

***Samen beter!***

## WERKGEBIED

### **Regionale focus**

De VBZ richt zich op zaken die regionaal zijn. Door de ontwikkelingen in zorg en welzijn wordt de regio steeds belangrijker. Landelijk beleid moet worden uitgevoerd in de regio, binnen de mogelijkheden zoals die daar zijn. De VBZ ondersteunt haar leden bij de realisatie van deze beleidsontwikkelingen binnen de KAM-regio.

Een belangrijk aandachtspunt is het bestaan van deelregio's (Amstelland, Haarlemmermeer, Zuid- en Midden-Kennemerland) binnen de KAM regio, met vaak eigen kenmerken, wensen en mogelijkheden.

### **Behandeling, zorg en welzijn**

De VBZ richt zich op het gehele, samenhangende domein van behandeling, zorg en welzijn, voor mensen met een ziekte, chronische aandoening of beperking (ZVW, AWBZ en WMO). Samenvattend spreken we over "de zorg".

## ACTIVITEITEN

De zorgsector is volop in beweging. Om kwalitatief hoogwaardige zorg voor iedereen toegankelijk en beschikbaar te houden, is overleg en afstemming tussen zorgaanbieders onderling en met andere partijen in de regio van groot belang. De VBZ biedt haar leden hiervoor een kader en behartigt de gezamenlijke belangen van de sector in de KAM-regio.

Daarnaast voert de VBZ in gezamenlijke opdracht van de leden activiteiten uit en biedt hen concrete producten en diensten.

De VBZ werkt aanvullend op wat de leden zelf doen. Vooral zaken die de zorgaanbieders afzonderlijk niet kunnen realiseren of zaken waarbij overleg en afstemming nodig is, pakken zij gezamenlijk in de VBZ op.

De VBZ voert haar activiteiten uit in drie programma's rondom de hoofdthema's:

1. **Wijkgericht werken, wonen, welzijn, zorg**
2. **Transmurale- of ketenzorg**
3. **Arbeidsmarkt, HRM en scholing**

#### **Onderscheidend lidmaatschap**

De statuten bepalen over het lidmaatschap (art. 4):

*“Lid van de vereniging kunnen uitsluitend zijn de geheel of gedeeltelijk in de KAM-regio werkzame rechtspersonen die professionele zorg aanbieden en daartoe personeel in dienst hebben en die eventuele winsten weer aanwenden ten behoeve van zorg en dienstverlening.”*

Activiteiten en diensten van de VBZ staan alleen open voor de leden.

Het lidmaatschap van de VBZ is onderscheidend, leden van de VBZ:

1. investeren mee in een optimale positie van de zorg op de arbeidsmarkt;
2. nemen opleidingsverantwoordelijkheid;
3. investeren in de regionale zorgketen, de ontwikkeling daarvan, de samenhang en de afstemming, en de aansluiting bij de vraag.

In het kader van de ontwikkelingen in de zorg streeft de VBZ naar uitbreiding van het lidmaatschap c.q. het regionale overleg met aanbieders uit de eerstelijns en het welzijn.

## 2. HOOFDTAKEN

In het kader van het beleidsplan voor de periode 2012 – 2015 kiest de VBZ 4 hoofdtaken.

1. Visie op de ontwikkelingen en de toekomstige regionale zorginfrastructuur
2. Bieden van een netwerk voor de zorgaanbieders in de regio
3. Leveren van diensten en faciliteiten aan de leden
4. Behartigen van gemeenschappelijke belangen en het belang van de sector in de regio

### 1. Visie

Formuleren en onderhouden van een visie op de ontwikkelingen in de zorg en met name de vertaling naar een regionaal zorgpakket en bijbehorende infrastructuur, mede op basis van analyse van vraag en aanbod.

De leden van de VBZ vinden het noodzakelijk dat de sector in de regio een dergelijke visie heeft, als basis voor het handelen en het overleg met andere regionale partijen. Hoofdstuk 3 biedt hiervoor de uitgangspunten en eerste uitwerking.

In 2011 is een eerste trendanalyse gemaakt, dit zal de komende jaren worden voortgezet en verder ontwikkeld. Bovendien zal een stevige relatie moeten worden gelegd tussen cijfers, analyse en visie.

### 2. Netwerk

Bieden van een regionaal netwerk voor bestuurders en andere medewerkers van de aangesloten organisaties. Een meerwaarde die de VBZ met de eigen structuur kan bieden.

Overleg, samenwerking en afstemming moeten plaatsvinden op bestuurlijk en operationeel niveau. De VBZ is van mening dat, gezien de ontwikkelingen in de zorg, deze samenwerking en afstemming nog moet worden versterkt en geïntensiveerd (verdiepen en verbreden).

Het bestuurlijk overleg zal worden geïntensiveerd.

De bekendheid met de activiteiten en mogelijkheden van de VBZ binnen de zorgsector zelf moet nog worden verbeterd. De website [www.vbz-kam.nl](http://www.vbz-kam.nl) speelt hierbij een belangrijke rol, als bron van informatie, maar ook om mede vorm te geven aan netwerken.

Ook de presentatie van de VBZ binnen de eigen media van de deelnemende organisaties kan een belangrijke bijdrage leveren en bovendien – bijvoorbeeld op het gebied van arbeidsmarktcommunicatie – de afzonderlijke en gezamenlijke activiteiten versterken.

### 3. Diensten en faciliteiten

Faciliteren en ondersteunen van de leden.

De VBZ realiseert een aantal praktische diensten en producten, gezamenlijk als sector voor derden, of ten behoeve van de leden zelf. Voorbeelden

- Activiteiten en diensten op het gebied van **arbeidsmarkt, scholing en personeel**. Deze activiteiten zijn opgenomen in het programma arbeidsmarkt.
- Samenwerking bij inkoop, variërend van het delen van kennis en informatie tot concrete **gezamenlijke inkoop** van producten of diensten. Deze activiteiten zijn gebundeld in het project SAIN.
- **Analyse en onderzoek**. Gezamenlijk in VBZ-verband verzamelen en ontsluiten van onderzoeksgegevens over de ontwikkeling van vraag en aanbod in de zorg (incl.

bronnenoverzicht), uitvoeren van trendanalyses en overleg en samenwerking met andere regionale partijen op dit gebied.

- **Afstemming en samenwerking op het gebied van herstructurering vastgoed.** Het vastgoed is een onderwerp dat op een nieuwe manier aan de orde komt, in samenhang met de ontwikkelingen in de zorg. De herordening tussen specialistische zorg en basiszorg, de sterke vermaatschappelijking en extramuralisering, de afname van intramurale zorg, het streven naar kleinschaligheid, al dit soort maatregelen hebben consequenties op het gebied van het (bestaande) vastgoed. De factor vastgoed kan ontwikkelingen stimuleren of remmen. De VBZ zet dit onderwerp nu ook nadrukkelijk op de gezamenlijke agenda.

#### **4. Belangen en relaties**

Behartigen van de gemeenschappelijke belangen van de leden en de sector in de regio, stakeholdermanagement

De VBZ biedt een kader en structuur voor gezamenlijk overleg als sector met belangrijke externe relaties zoals klantorganisaties, verzekeraars, eerstelijns, corporaties, gemeenten, opleidingen en organisaties op de arbeidsmarkt. Inhoud en prioriteiten voor dit overleg vloeien voort uit de visie op de ontwikkelingen en de toekomst van de zorg. Belangrijke aandachtspunten zijn:

- ontwikkelingen op het domein wonen, welzijn en zorg, beschikbaar zijn van voldoende geschikte woningen en van voorzieningen ter ondersteuning van zelfstandigheid en participatie
- realiseren van structureel overleg en samenwerking met de eerstelijns
- realisatie basiszorg (zorg in de buurt, aan huis, dicht bij huis)
- goede condities voor de ontwikkeling van zorgketens en de samenhang tussen basiszorg en specialistische zorg
- ontwikkelen en invoeren van @nders werken

### 3. ORGANISATIE

#### VBZ

De VBZ is een vereniging. Het hoogste orgaan is de algemene ledenvergadering.

De VBZ heeft een bestuur, de leden van het bestuur worden in functie door de ALV benoemd. Het bestuur bestaat uit ten minste drie leden.

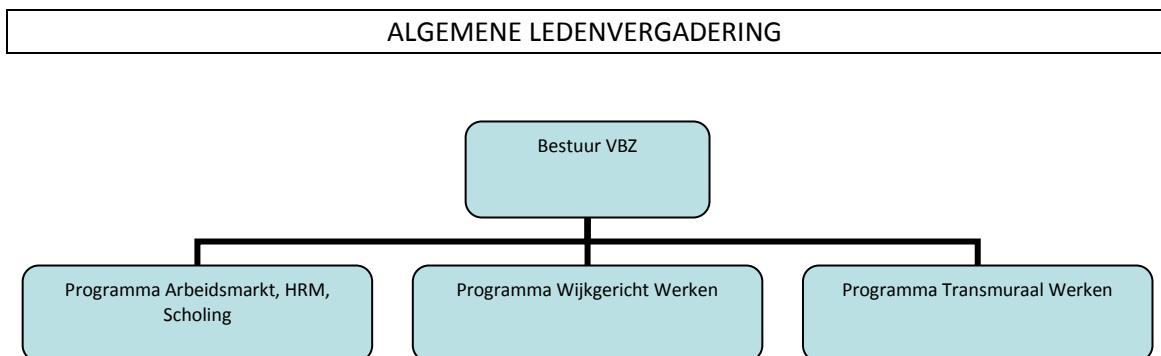
De activiteiten van de VBZ zijn ondergebracht in 3 programma's, per programma is er een bestuurlijke portefeuillehouder

- a. Arbeidsmarkt, HRM en scholing, portefeuillehouder de heer L. van Ruth**
- b. Wijkgericht werken, wonen, welzijn, zorg, portefeuillehouder mevr. A. Louwers**
- c. Transmurale- of ketenzorg, portefeuillehouder de heer W. Schreuder**

#### Organisatie van de programmatische aanpak

- Per programma kan desgewenst bestuurlijk overleg worden georganiseerd of een stuurgroep worden ingesteld, waarin leden zijn vertegenwoordigd door de betreffende managers.
- Per programma is er een portefeuillehouder in het bestuur, als er een stuurgroep is, zit deze portefeuillehouder ook in de stuurgroep (linking pin).
- Lid-organisaties kiezen aan welk programma zij willen deelnemen en dragen dan bij in de kosten.

In schema:



#### Taken bestuur.

- Het bestuur stelt het beleid en het werkplan vast voor de VBZ en elk van deze programma's.
- Het bestuur behartigt het integrale beleid en de samenhang tussen de programma's.
- Het bestuur behartigt het overleg van de VBZ met externe partijen, zoals de patiënten- en consumentenorganisaties, de vakbonden, opleidingen, gemeenten, zorgverzekeraars etc.
- Het bestuur stimuleert de samenhang en het overleg binnen de VBZ en het informele netwerk van de zorg in de regio.

**Bureau Lindenhoek**

Stichting Bureau Lindenhoek is het uitvoerend bureau van de VBZ. De leden van het bestuur van de VBZ zijn in een personele unie tevens het bestuur van de VBZ.

## 4. VISIE

### 4.1. DE CONTEXT

In en rond de zorgsector doen zich ingrijpende veranderingen voor. Bepalend is een aantal maatschappelijke, economische, demografische en epidemiologische factoren.

#### **Stijgende vraag, rem op de groei**

De zorgvraag stijgt, door vergrijzing en meer medische mogelijkheden. Deze beide factoren zorgen ook voor een toename van het aantal mensen met een chronische aandoening. De stijgende zorgvraag zou moeten leiden tot een groei van het zorgaanbod. De vergrijzing veroorzaakt echter tegelijkertijd druk op de arbeidsmarkt. Er zal over enkele jaren te weinig personeel zijn om in de stijgende zorgvraag te voorzien. Bovendien zijn er grenzen aan de groei van de collectieve lasten van de zorg. Arbeidsmarkt en collectieve lasten van de zorg leveren een dubbele rem op de groei van het zorgaanbod.

#### **Veranderingen in de vraag**

Dit leidt tot een steeds breder gedragen conclusie dat het anders moet en kan. Daarvoor bestaat nog een andere, belangrijke reden, namelijk de veranderingen in de zorgvraag. Patiënten en cliënten worden steeds meer ook kritische klanten, die vaak goed zijn geïnformeerd, meer willen of willen dat het anders gaat. Zij vragen kwaliteit, klantgerichte processen, meer keuze en diversiteit en individueel maatwerk. Zij willen, ondanks een zorgvraag, zo zelfstandig mogelijk blijven functioneren. Deze vermaatschappelijking van de zorg betekent dat “patiënten” en “cliënten”, mensen met een ziekte of beperking, zoveel mogelijk gewoon blijven deelnemen aan, en aanwezig blijven in de samenleving. Het betekent echter ook dat de zorg en de aandacht voor deze mensen veel minder de exclusieve verantwoordelijkheid is voor een afgebakende zorgsector en meer verschuift naar de samenleving als geheel. Een ingrijpende heroriëntatie en herinrichting binnen het domein van wonen, welzijn en zorg is onvermijdelijk.

In het beleid van de overheid vinden we dit allemaal terug. De overheid wil:

- De collectieve lasten van de zorg beheersen en beperken
- De zorg in de buurt, aan huis en dicht bij huis, versterken (basiszorg)
- meer klantgerichtheid en versterking van de positie van de klant
- Waar mogelijk zorg verplaatsen van specialistische zorg naar basiszorg
- Meer concentratie / specialisatie in de ziekenhuiszorg / klinische zorg
- Beperken intramurale zorg, scheiden wonen en zorg
- Het beroep op de professionele zorg beperken
- De rol van mantelzorg, de zorgzame samenleving en welzijnsvoorzieningen versterken
- Uitgaan van de eigen mogelijkheden en verantwoordelijkheid van ieder individu
- De rol en taken van gemeenten vergroten (functie begeleiding uit AWBZ naar WMO, dus gemeenten; ook Jeugdzorg naar gemeenten)

Voor de VBZ zijn deze ontwikkelingen het uitgangspunt. De VBZ wil op grond hiervan een visie ontwikkelen op de toekomst van de zorg en de toekomstige zorginfrastructuur in de regio.

### 4.2. UITGANGSPUNTEN

De VBZ ziet de zorg als een geïntegreerd onderdeel van de regionale samenleving.

Op het domein wonen – werken – leren is de brede zorgsector met ruim 42.000 werknemers de grootste werkgever in de regio en daarmee belangrijk voor de regionale economie en de kwaliteit van wonen en leven in de regio. Er zijn ook mensen die in de regio wonen maar buiten de regio in de zorg werken. In totaal werken ongeveer 49.000 inwoners van de KAM regio in de zorg. De werkgelegenheid betreft niet alleen om de zgn. handen aan het bed. De zorgsector biedt een breed scala aan werk, voor vele beroepen.

Op het domein wonen – welzijn – zorg levert de zorgsector een belangrijke bijdrage aan de gezondheid en het welzijn van de mensen die in de regio wonen. De leden van de VBZ onderkennen hierin hun maatschappelijke verantwoordelijkheid. Zij kiezen ervoor hun taken uit te voeren in goede samenhang en afstemming, onderling binnen de brede zorgsector, en met alle belangrijke externe partijen, zoals gemeenten, zorgverzekeraars, woningcorporaties en scholen. Het belang van de kwaliteit en doelmatigheid van de zorg is hierbij leidend.

Er is voor de zorg een nieuw evenwicht nodig tussen individu en collectief, tussen wat je kunt krijgen en wat van je gevraagd wordt, tussen halen en brengen. Deze wederkerigheid komt terug in een aantal belangrijke

#### **UITGANGSPUNTEN**

- A. Zelfstandigheid en participatie**
- B. Eigen verantwoordelijkheid en regie**
- C. Diversiteit en maatwerk**
- D. Zekerheid en vertrouwen**
- E. Beschikbaar en betaalbaar**

##### **A. Zelfstandigheid en participatie**

Het is de bedoeling dat iedereen, ondanks ziekte, handicap of beperking, zo lang mogelijk zo zelfstandig mogelijk blijft wonen en leven. Zo gewoon als kan. Dat willen de meeste mensen, maar dat wordt nu ook gevraagd. Dan moeten zij voldoende ondersteund en gestimuleerd worden om dat te realiseren. Zelfstandig blijven is onlosmakelijk verbonden met kunnen deelnemen aan de samenleving. Ook daarin moeten mensen voldoende ondersteund en gestimuleerd worden als dat nodig is.

##### **B. Eigen verantwoordelijkheid en regie**

Mensen met een (chronische) ziekte of beperking (en hun omgeving) moeten gestimuleerd en ondersteund worden zodat zij zelf de regie kunnen houden. Maar zij worden nu ook aangesproken om zelf hun verantwoordelijkheid te nemen. Er moet meer worden uitgegaan van de eigen mogelijkheden en de eigen kracht.

##### **C. Diversiteit en maatwerk**

De zorg (en het geheel van wonen, welzijn en zorg) moet meer diversiteit en maatwerk bieden. Tegelijkertijd moet niet meer worden geboden (en gevraagd) dan nodig is. Het gaat om passende zorg die goed aansluit bij de vraag.

Soms zijn er, zeker in de zorg, een aantal spanningen, zoals tussen kwaliteit en doelmatigheid enerzijds (geld, personeel) en keuzemogelijkheden anderzijds. Kwaliteit vereist – m.n. bij complexe zorg en minder vaak voorkomende behandelingen – specialisatie, standaardisatie (best practices) en concentratie. Dat kan de keuzemogelijkheden beperken.

##### **D. Zekerheid en vertrouwen**

Mensen met een (chronische) ziekte of beperking zijn vaak kwetsbaar. Voor hen is belangrijk dat zij ergens op kunnen rekenen. Het systeem van zorg en welzijn moet zekerheid bieden,

betrouwbaar en veilig zijn. Het betekent ook duidelijk zijn over wat er is en wat wel en niet kan, voldoende herkenbaar en voorspelbaar zijn. Als het systeem voldoende zekerheid biedt, zullen mensen daaraan eerder vertrouwen ontnemen om langer zelfstandig te blijven en het beroep op professionele zorg kunnen beperken.

#### **E. Beschikbaar en betaalbaar**

Iedereen moet binnen aanvaardbare afstand en tijd kunnen beschikken over de benodigde zorg. Dat kan alleen gerealiseerd en gegarandeerd worden als de zorg betaalbaar blijft, zowel voor het collectief als individueel.

Ook zorgorganisaties hebben de verantwoordelijkheid om eraan bij te dragen dat de zorg betaalbaar blijft en de kosten worden beheerst.

#### **Belangrijke eisen die aan goede zorgverlening moeten worden gesteld:**

- goede informatie
- goed bereikbaar (fysiek, telefonisch)
- voldoende beschikbaar (waar, wanneer en zolang je het nodig hebt)
- veilig en betrouwbaar (je kunt er op rekenen, er van op aan)
- doelmatig en effectief
- samenhang en continuïteit in processen
- duidelijkheid, voldoende herkenbaar en voorspelbaar (inhoud en proces)
- diversiteit en maatwerk
- klantgerichte en klantvriendelijke dienstverlening en processen (belang klantrelatie)
- aandacht voor het welbevinden van de klant

### **4.3. ONTWIKKELINGEN IN DE ZORGVRAAG**

De VBZ heeft in 2011 een trendrapport opgesteld voor de periode 2010 -2025. Dit bevat een regionale prognose van de zorgvraag, met name gerelateerd aan een aantal veel voorkomende chronische aandoeningen en beperkingen.

Hieronder een samenvatting op hoofdlijnen.

#### **Zorgconsumptie & zorguitgaven**

- Totaal 56% van de landelijk zorguitgaven wordt gemaakt door de aanbieders in de gezondheidszorg, in de cure sector. Dit zijn aanbieders van preventieve en acute medische zorg en onderzoek ter handhaving en herstel van de gezondheid van mensen.
- De zorgkosten stijgen de komende 15 jaar in ieder geval met 50% naar 130 - 140 miljard euro.
- Het RIVM stelt dat er voor Nederland een aantoonbare relatie is tussen de ontwikkeling van de zorguitgaven en de groei van de economie.
- De stijging van de zorgkosten is voor ongeveer 40% bepaald door volumestijging en voor 60% door prijsstijging in de zorg (dit is vooral het gevolg van de inflatie en stijgende loonkosten).
- De zorg wordt niet goedkoper. Ondanks de veronderstelling dat dit een effect zou zijn van de invoering van de marktwerking. Het Baumol-effect zorgt ervoor dat de uitgaven alleen maar verder toenemen.
- Alle soorten zorgconsumpties, behalve fysiotherapie en tandartszorg, stijgen naar mate men ouder wordt.

- Meer vrouwen dan mannen consumeren zorg.

### **Demografische ontwikkelingen**

- In de regio KAM wonen ongeveer 750.000 mensen, zo'n 4% procent van de landelijke bevolking.
- Tot 2025 zal de bevolking in de KAM regio gemiddeld met 4,2% groeien.
- Binnen de regio Kennemerland zal er rond 2025 nauwelijks nog sprake zijn van natuurlijke groei.
- Binnen de regio Amstelland en Meerlanden blijft de natuurlijke groei tot 2025 stabiel.
- Voor de komende jaren, verwacht de regio KAM een negatief tot licht positief migratie saldo.  
Dit hangt samen met het aantal woningen dat in deze regio zullen worden gebouwd.
- Ontgroening: Het aantal 0 tot en met 30 jarigen in de regio KAM neemt geleidelijk af.
- Vergrijzing: Het aantal 65 plussers stijgt de komende jaren sterk.
- De regio KAM heeft een hogere grijze druk dan het landelijk gemiddelde.
- De regio Kam telt in 2010: 316.604 huishoudens.
- In de regio KAM zal het aantal huishoudens, tot 2025, met 37.165 toenemen. Deze stijging is voor 39% toe te wijzen aan het aantal alleenstaande 65 plussers.
- De regio KAM telt in 2010: 72.804 niet-westerse allochtonen. Dit aantal zal naar verwachting meestijgen met de landelijke toename van 3% tot 2025.
- De niet-westerse allochtonen hebben, gemiddeld genomen, een slechtere gezondheidstoestand dan de westerse bevolking. Dit is te wijten aan een ongezonde leefstijl en genetische aspecten.

### **Sociaal maatschappelijke ontwikkelingen**

- Het aantal chronische aandoeningen is ongeveer 50% hoger in de groep met de laagste dan in de groep met het hoogste opleidings- en inkomensniveau (de sociaal economische status SES).
- Mannen met een hoge SES leven gemiddeld 7 jaar langer dan met een lagere SES. Dit verschil is bij de vrouwelijke populatie 5,5 jaar.
- Een lage SES heeft een slechtere psychische gezondheid tot gevolg.
- Eenzaamheid, in het algemeen, komt meer voor bij mensen met een lage SES.
- Personen met een lage SES gaan iets vaker naar de huisarts en bezoeken in mindere vaak de specialist.
- De regio Kennemerland heeft met 12,8% het hoogste landelijke percentage zware rokers onder de mannelijke bevolking.
- Binnen de regio Kennemerland woont het hoogste percentage rokers in Zandvoort en Velsen.
- De subregio Kennemerland behoort met een score van 21%, van het totaal aantal inwoners, tot de regio's met de meeste zware drinkers.
- Binnen de regio Kennemerland wordt er het meeste gedronken in Midden Kennemerland en Zandvoort.
- De regio KAM heeft minder overgewicht dan het landelijk gemiddelde.

## Chronische aandoeningen

Chronische aandoening	MZK		AM		Nederland
	t.o.v. NL	Stijging %	t.o.v. NL	Stijging%	Stijging%
<b>2008-2025</b>					
Angststoornissen	-3	2	13	18	5
Beroerte	-14	30	10	54	44
Borstkanker	-7	15	13	35	22
COPD	-10	28	12	50	38
Coronaire hartaandoening	-13	32	11	56	45
Dementie	-11	35	15	61	46
Depressie	-3	4	13	20	7
Diabetes mellitus	-9	17	12	38	26
Hartfalen	-18	29	8	55	47
Verstandelijke handicap	-0,5	1	13,5	14	0,5

Dit overzicht laat enerzijds de ontwikkeling van de chronische aandoeningen op regionaal niveau zien, in de periode 2008-2025. Anderzijds is het mogelijk om deze regionale toe- of afname te vergelijken met de landelijke stijgingen.

Binnen de regio Kennemerland is er over het algemeen een afname te zien van de chronische aandoeningen. Deze daling heeft te maken met de schommelingen van het aantal inwoners in de leeftijdsklassen. Op gemeenteniveau zijn er echter regelmatig stijgingen te zien in het aantal mensen met een van deze chronische aandoeningen. Vooral de gemeente Bloemendaal doet het gemiddelde percentage sterk afnemen.

Binnen de regio Amstelland en Meerlanden is er over het algemeen een stijging te zien in de chronische aandoeningen. Deze stijging heeft met de schommelingen in de leeftijdsklassen van het aantal inwoners te maken. Vooral de gemeenten Haarlemmermeer en Aalsmeer doen het gemiddelde percentage sterk toenemen.

## 4.4. ONTWIKKELINGEN IN DE ZORG

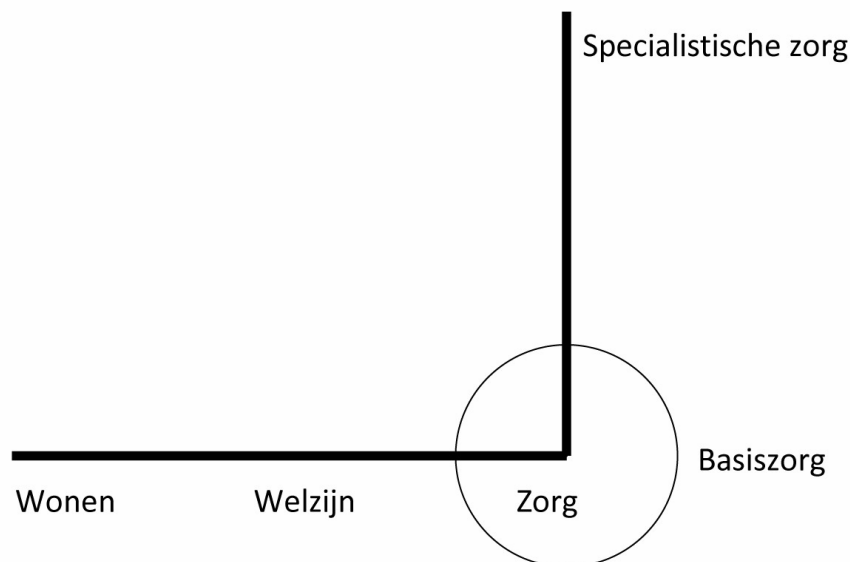
Dit hoofdstuk biedt een schets van een aantal trends en lijnen naar de toekomst, gebaseerd op overheidsbeleid, op analyses in tal van onderzoeken en rapporten en op besprekingen binnen de VBZ en in de regio. Bovendien zijn twee brieven van VWS van belang:

A. Programmabrief Langdurige Zorg, 1 juni 2011

B. Kamerbrief Zorg en ondersteuning in de buurt, 14 oktober 2011.

### 4.4.1. HOOFDLIJNEN

De VBZ onderscheidt binnen de ontwikkelingen in de zorg twee hoofdlijnen



**A. Ontwikkelingen en verschuivingen op de as wonen, welzijn en zorg**

**B. Herschikking en herijking in de relatie specialistische zorg - basiszorg**

De beide bewegingen houden direct verband met elkaar, met een scharnierpunt in de basiszorg.

Het totstandbrengen van de basiszorg is de kern en belangrijkste voorwaarde voor alle ontwikkelingen.

**Met het oog op de ontwikkelingen streeft de VBZ naar intensieve en structurele samenwerking en overleg met de eerstelijns.**

**In het belang van doelmatigheid, de keuzemogelijkheden voor de klant en het noodzakelijke draagvlak voor voorzieningen pleit de VBZ krachtig voor regionale samenwerking tussen gemeenten.**

## A. Ontwikkelingen en verschuivingen op de as wonen, welzijn en zorg

- Sterke afname van intramurale zorg ten gunste van ambulante, extramurale zorg
- Verschuiving van zorg naar welzijn en (gewoon) wonen; gemeenten, welzijnsvoorzieningen en woningcorporaties zijn belangrijke partners.
- Als het verblijf (grotendeels) verschuift naar gewoon wonen en kleinschalige (geclusterde) woonvormen, dan verhuist de zorg en ondersteuning die niet noodzakelijk hoeft te worden aangeboden in specialistische centra, voor alle doelgroepen, mee naar de wijken. Deze zorg en ondersteuning in de buurt, aan huis en dicht bij huis, is de basiszorg.
- Wijk- (of gebieds) gerichte uitwerking van voorzieningen en infrastructuur voor wonen, welzijn en zorg.
- Scheiden van wonen en zorg. Ontwikkeling van kleinschalige vormen van wonen met zorg, van gewoon wonen tot verzorgd wonen en beschermd wonen, in een grotere variatie.
- Ontwikkeling van Basiszorg als integraal multidisciplinair aanbod.
- De huisarts en de Specialist Ouderengeneeskunde SOG maken deel uit van de basiszorg. De generalistische medische zorg wordt geboden vanuit de basiszorg. Het onderscheid tussen (kleinschalige) intramurale zorg en extramurale zorg verdwijnt.
- Integratie, samenhang en samenwerking in de gebiedsgerichte zorg, de relevantie van het onderscheid tussen de verschillende zorgsectoren vervalst.
- Multifunctioneel gebruik van voorzieningen en accommodaties
- Noodzakelijk blijft de aandacht voor de mogelijkheden en de vraag van specifieke groepen.

Belangrijk deelonderwerp: vorming van de **Basiszorg**, inhoud, organisatie en beheer, schaal (variabel, 10.000 – 40.000 inwoners), voorzieningen en accommodaties .

Volgens de Programmabrief Langdurige Zorg van VWS gaat het om afstemming en samenwerking tussen de wijkverpleegkundige, de thuiszorg, de huisarts, mantelzorg, de apotheek, de gemeente (WMO), maar ook om het ziekenhuis en overige zorgverleners. De wijkverpleegkundige kan een schakel vormen tussen de cliënt, familie, mantelzorg en de verschillende professionals.

Belangrijkste stakeholders: gemeenten, eerstelijns, verzekeraars

Beleid en activiteiten op het gebied van wonen, welzijn en zorg heeft de VBZ ondergebracht in het Programma Wijkgericht Werken.

## B. Verschuiving en herschikking tussen specialistische zorg en basiszorg

Specialistische zorg betreft de klinische zorg (ziekenhuis, GGZ) maar ook gespecialiseerde intramurale chronische zorg.

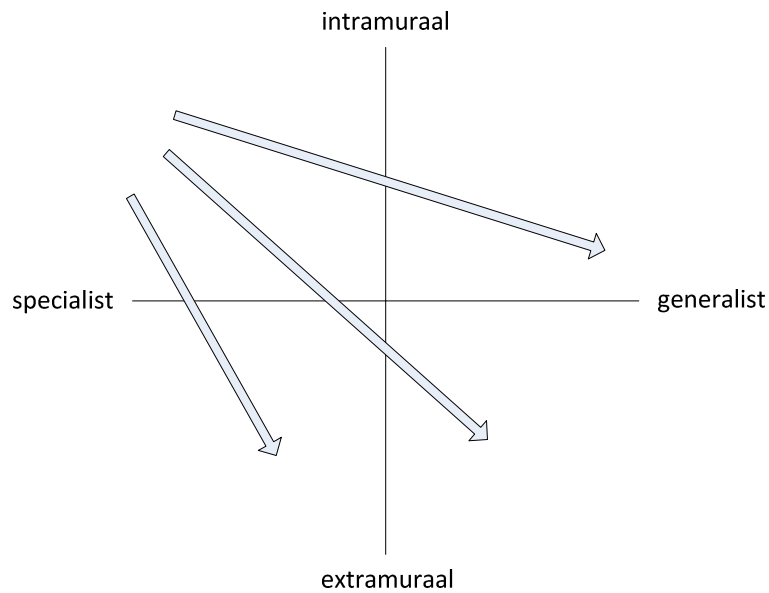
Twee belangrijke deelonderwerpen:

**1. Ketenvorming;** realiseren van samenhang in de zorg, met name bij chronische aandoeningen en acute zorg.

**2. Verschuiving / substitutie van klinische specialistische behandeling naar dagbehandeling en naar basiszorg.**

Belangrijkste stakeholders: eerstelijns, verzekeraars

Deze beweging kunnen we zo visualiseren



- Verplaatsing van zorg en behandeling binnen de specialistische, klinische zorg naar revalidatie, dagbehandeling en generalistische basiszorg.
- Sterke ontwikkeling van zorgketens, met name voor chronische aandoeningen en acute zorg, waarbinnen de noodzakelijke afstemming en samenwerking tussen specialistische zorg en basiszorg wordt geregeld en geborgd.
- Zorgketens zijn niet alleen meer gericht op samenhang en logistiek, maar voorzien ook in een inhoudelijke versterking van de zorg en de gezochte verschuiving van specialistische zorg naar (o.a.) basiszorg.
- Concentratie van bepaalde behandelingen (dure en/of complexe vormen van zorg), t.b.v. de kwaliteit en doelmatigheid; specialisatie van ziekenhuizen.
- Concentratie van complexe spoedeisende hulp, waarvoor specifieke deskundigheid nodig is.
- Decentralisatie van niet- complexe spoedeisende hulp, zorg voor chronisch zieken en (delen van de) poliklinische zorg; bij voorkeur is er een relatie met de basiszorg.
- De GGZ (en andere vormen van speciale klinische zorg) gaan meer onderdeel worden van de algemene klinische zorg.

Ten behoeve van de ontwikkeling van zorgketens moet een doelmatige vorm van regie en overleg worden georganiseerd tussen betrokken partijen, gericht op de inhoud (welke zorgketens), planning, organisatie, voorwaarden, faciliteiten incl. ICT

Beleid en activiteiten op de verschuiving specialistische zorg – basiszorg heeft de VBZ ondergebracht in het Programma Transmuraal Werken.

## 4.4.2. BELANGRIJKE THEMA'S

### 4.4.2.1. PERSONEEL EN ARBEIDSMARKT

Sinds 2010 beziet de VBZ het beleid en de activiteiten op het gebied van arbeidsmarkt, HRM en Scholing nadrukkelijk in verband met andere, bredere ontwikkelingen in de zorg.

Er is een sterke, wederzijdse invloed:

1. De te verwachten schaarste op de arbeidsmarkt stelt grenzen aan de zorg en de ontwikkelingen daarin en noodzaakt tot innovatie en verandering. De schaarste stelt eisen aan de organisatie van de zorg en de werkprocessen.
2. Ontwikkelingen en veranderingen in de zorg hebben gevolgen voor de inzet van personeel, de omvang en samenstelling van het personeelsbestand, de gevraagde kwaliteiten en competenties. Er moet bij veranderingen en innovaties daarom altijd ook gekeken worden naar de arbeidsmarkteffecten.

De ontwikkelingen hebben invloed op de beroepen en het werken in de zorg.

- verandering van de werkomgeving
- verandering van de werkstructuur en methoden
- nieuwe beroepen en beroepsprofielen, een andere personeelsmix
- verandering van uitgangspunten (paradigma) en competenties

Er ontstaan nieuwe kansen en mogelijkheden, dat kan motiverend werken. Maar het is bij alle veranderingen absoluut noodzakelijk om te beoordelen wat de effecten zijn voor personeel en arbeidsmarkt:

- leidt een verandering tot arbeidsbesparing? Maar ook: wat is het gevolg voor de werkgelegenheid?
- sluit een verandering aan bij de motivatie van mensen om in zorg en welzijn te werken?
- ondersteunt een verandering de betrokkenheid en motivatie van personeel?

Deze aspecten kunnen van invloed zijn op de keuzes die gemaakt worden als het gaat om de toekomstige inrichting en ordening van wonen, welzijn en zorg. Veel mensen die in de zorg werken zijn gemotiveerd voor het contact en de omgang met de klant en het leveren van goede zorg. Daarnaast kan bijvoorbeeld het functioneren in een team een belangrijke motivatie zijn, en speelt de binding aan een gebouw en locatie een rol.

Heel belangrijk en ingrijpend voor de mensen die in de zorg werken is dat de paradigmaverandering in de zorg ook leidt tot andere uitgangspunten in de beroepsuitoefening. Veel meer gaat de klantrelatie een rol spelen en het ondersteunen van mensen om zelfstandig te blijven en de eigen regie te houden, in plaats van overnemen en compenseren. Maar als het nodig is, moet er ook actief hulp worden aangeboden als mensen daar niet om vragen, of zelfs worden ingegrepen. Het weten te vinden van een goed evenwicht is een belangrijke competentie.

Daarnaast wordt het toepassen en werken met nieuwe technologieën belangrijk. Dat voegt nieuwe vormen toe aan de relatie met de klant.

De grens tussen intramuraal en extramuraal zal voor een belangrijk deel vervagen, er zal veel meer sprake zijn van een soort continuüm, ook dat verandert de beroepsuitoefening. Ten slotte zal in de intramurale zorg sprake zijn van een concentratie van zware, intensieve zorgvraag. Er ontstaat in de zorg **een andere personeelsmix**.

De belangrijkste ontwikkelingen in de zorg die een grote invloed gaan hebben op personeel en personeelsbeleid zijn:

- **Meer zorg aan huis** > **Extramuraal, meer individueel werken**
- **Meer zorg dicht bij huis** > **Werken in gebiedsgebonden, kleinschalige, zelfsturende teams, a la**

**buurtzorg (all round taakintegratie,  
wijkverpleegkundige)**

- **Meer kleinschalig intramuraal** > Werken in kleine teams; doelgroepen
- **Concentratie intensieve intramurale zorg** > Zwaardere complexe zorg, meer specialisatie, andere personeelsmix
- **Versterking basiszorg en zorgketens** > Nieuwe verpleegkundige beroepen (POH, GVP, NP)
- **Van patiënt/ cliënt naar klant** > Klantrelatie beheren
- **Klantgericht, klanttevredenheid** > Klantoriëntatie in doelen en uitvoering
- **Behoud van eigen regie en zelfstandigheid, preventie, Zelfmanagement** > Ondersteuning en coaching, niet overnemen, educatie
- **Bekostiging naar prestaties, klantvolgend budget** > Laten zien wat wel en niet kan
- **Minder collectief, meer particulier** > Twee arbeidsmarkten
- **Meer samenhang in de keten** > Over eigen domeinen (organisatie, beroep) heen kijken; meer samenwerken
- **Meer arbeidsbesparende technologie** > Omgaan met deze middelen.

#### 4.4.2.2. INFRASTRUCTUUR EN SCHAALGROOTTE

In veel gevallen wordt met betrekking tot de infrastructuur voor zorg en welzijn gesproken over wijken als planningseenheden, met een normomvang van ongeveer 10.000 inwoners. De VBZ maakt een andere keuze:

1. Een **basisgebied** met een omvang van 20.000 – 30.000 inwoners. Dat is nodig in verband met het draagvlak en de noodzakelijke schaal van voorzieningen. (Het International Network of Integrated Care INIC spreekt om dezelfde redenen van een schaal van 30.000 – 50.000 inwoners)
2. Toepassen van **een gedifferentieerde en variabele schaal** binnen de zorginfrastructuur. De ene voorziening, of onderdeel daarvan, heeft een grotere schaal nodig dan de andere, vanwege de doelmatigheid, of de kwaliteit, of de gerichtheid op een specifieke doelgroep met een beperkte prevalentie. Er is niet één optimale schaal.

#### 4.4.2.3. SPOEDEISENDE HULP

Een belangrijk onderdeel in het veranderende zorglandschap is de spoedeisende hulp, van traumazorg, SEH en HAP tot sociale alarmopvolging, 7 x 24 uur. Doelmatigheid (personeel, kosten) en kwaliteit vragen om een **regionale aanpak**. Er moet een geïntegreerde keten van spoedzorg zijn op regionale schaal. Deze keten strekt zich uit over de specialistische zorg, de basiszorg en de care.

De concentratie en specialisatie in de specialistische zorg, gelijktijdig met deconcentratie en verschuiving van delen van de specialistische zorg naar de basiszorg werkt ook hier door. Vanuit het perspectief van de klant staan de functies centraal en niet de organisaties. Laag complexe spoedzorg kan grotendeels plaatsvinden in de basiszorg (zorg in de buurt). Meer complexe spoedzorg hoort thuis in ziekenhuizen c.q. het specialistische netwerk. Ook daar kan de kwaliteit noodzaken tot concentratie.

#### 4.4.2.4. ICT, E-HEALTH EN DOMOTICA

- Realisatie van **een regionaal netwerk voor digitale transmurale communicatie en gegevensuitwisseling tussen zorgaanbieders**, waarbij alle regionale zorgaanbieders zijn aangesloten, is noodzakelijk. Dit systeem voorziet in **keteninformatisering**. Dit systeem voorziet er tevens in dat klanten (patiënten, cliënten) hun eigen dossier in kunnen zien.
- Doelmatigheid in de zorg (personeel, kosten) en het streven naar behoud van zelfstandigheid kunnen sterk worden ondersteund door **de inzet van moderne technologie, domotica en ICT**, bijv. ter ondersteuning van zelfstandig wonen en participatie, bij zelfmanagement en bij zorg op afstand.

ICT toepassingen in domotica en e-health spelen een steeds grotere rol. Een belang is dat daarmee mogelijk bespaard kan worden op arbeid en kosten. Bovendien kunnen deze toepassingen direct helpen om mensen in staat te stellen om langer zelfstandig te blijven. In de GGZ is online hulpverlening een groeiend fenomeen.

De sociale media zijn sterk in opkomst. Internet en sociale media zijn een steeds belangrijker bron van informatie voor iedereen en dat zal alleen nog maar toenemen. Sociale media zijn bovendien een uitbreiding van de mogelijkheden voor mensen om onderdeel te zijn van sociale netwerken. Online-activiteiten zijn in toenemende mate een geïntegreerd onderdeel van de samenleving. Internet is in feite een uitbreiding van het gebied waarin mensen vorm geven aan hun bestaan, informatie halen, inkopen doen, de krant halen, contacten onderhouden.

Met toepassing van ICT, internet en sociale netwerken kan een patiënt / cliënt steeds meer deel gaan uitmaken van het zorgteam en kan andersom de zorg en de behandelaar onderdeel worden van het sociale netwerk. Samengevat:

- bijdragen aan besparing op arbeid en kosten
- middel tot procesinnovatie en procesoptimalisatie
- ondersteunen bij behoud van zelfstandigheid
- beschikbaarheid van en toegang tot informatie
- uitbreiding van het areaal voor sociale netwerken

Domotica is bij uitstek een onderwerp op het integrale domein van wonen, welzijn en zorg.

#### **4.4.2.5. REGIO EN DEELREGIO'S**

Er zijn in de KAM regio vier deelregio's: Midden-Kennemerland, Zuid-Kennemerland, Haarlemmermeer en Amstelland. Er is een zeker spanningsveld tussen de orientatie op de regio en op de deelregio's.

##### **Argumenten voor de deelregio's**

- De deelregio's hebben duidelijke eigen karakteristieken.
- De inwoners van de deelregio's zijn voor hun voorzieningen vooral op de eigen deelregio gericht, er is weinig verkeer over de grenzen.
- De gemeenten zijn wat samenwerking betreft vooral gericht op de deelregio's.
- Voor een deel van de voorzieningen (en organisaties) zijn gemeenten en deelregio's nu de goede schaal.
- Vooral de eerstelijns is nu georiënteerd op de schaal van de deelregio's.

##### **Argumenten voor de regio**

- Voor de woningmarkt en de GGD / veiligheidsregio zijn MK, ZK en Haarlemmermeer één gebied.
- Veel zorgorganisaties, maar bijv. ook woningcorporaties opereren op regionale schaal.
- Voor een deel van de voorzieningen zijn gemeenten en deelregio's te klein.

De VBZ kiest in deze voor een pragmatische opstelling.

#### **4.4.3. RISICO'S EN ONZEKERHEDEN**

Er zijn bij al deze lopende en voorgenomen ontwikkelingen risico's en onzekerheden, zoals

- De organisatiegraad van de eerstelijns en de mate van georganiseerde deelname van de eerstelijns in de ontwikkelingen.
- De mate waarin het beroep op mantelzorg en de zorgzame samenleving in de praktijk blijkt te realiseren.
- Arbeidsmarkt / personeel; wat zijn de arbeidsmarkteffecten van de ontwikkelingen (kan het ook).
- De mate waarin ICT en domotica succesvol in de zorg kunnen en zullen worden ingezet en deze de ontwikkelingen ondersteunen.
- Of er voldoende geschikte woningen en woonvormen zullen zijn voor bijzondere groepen.
- Actieve ondersteuning van de ontwikkelingen door de verzekeraars
- De veranderingen in de zorg kunnen betekenen dat bestaand vastgoed niet meer voldoet, of dat hoogte en duur van lopende verplichtingen kunnen een knelpunt worden. Er moeten op dit gebied faciliteiten zijn voor de herstructurering.

#### **4.5. CONTOUREN NIEUWE ORDENING VAN DE ZORG**

Naar de inhoud worden het zorgaanbod en de infrastructuur omschreven door:

- A. de functies en diensten en de leveringsvoorwaarden**
- B. de bijhorende voorzieningen en accommodaties**

## 4.5.1. FUNCTIES EN DIENSTEN

### Hoofdfuncties

1. geschikte woningen en bijzondere woonvormen
2. informatie
3. hulpmiddelen en algemene diensten t.b.v. zelfstandig wonen
4. preventie, advies, consultatie en eenvoudige begeleiding
5. ontmoeting, recreatie, dagopvang en dagbesteding
6. begeleiding en coaching
7. basiszorg: zorg aan huis en dicht bij huis
8. centra en netwerken voor specialistische behandeling
9. centra voor intramurale verpleging en verzorging.

Hieronder een korte uitwerking.

#### 1. Geschikte woningen en bijzondere woonvormen

Om mensen met een zorgvraag in staat te stellen zelfstandig te blijven wonen zijn voldoende geschikte, waar nodig aangepaste of aanpasbare woningen en bijzondere woonvormen nodig. Het kan gaan om gewone woningen, waar mensen al woonden, maar ook om aangepaste of aanpasbare woningen (nultredenwoningen, levensloopbestendige woningen), verzorgd wonen, beschermd wonen.

De geschiktheid of aangepastheid van woningen wordt in toenemende mate mede bepaald door de aanwezigheid en toepasbaarheid van nieuwe technologieën (ICT, domotica).

#### 2. Informatie

Er moet goede informatie beschikbaar zijn over

- de mogelijkheden en voorzieningen
- waar men voor welke vragen terecht kan (waar, hoe)
- chronische ziekten en aandoeningen, preventie en zelfmanagement (algemene info)

Deze informatie moet goed toegankelijk en herkenbaar worden aangeboden, via fysieke loketten en via internet.

Er kan op deze plaatsen informatie worden aangeboden over gezondheid en ziekte. Veel van die informatie is al langs andere kanalen beschikbaar, steeds meer via internet. Een regionale informatievoorziening kan daarom met name helpen om de relevante regionale informatie te vinden.

Voor fysieke loketten hanteren we als norm een bereik van 30 tot 40 duizend mensen, de omvang van een stadsdeel of gemiddelde gemeente. Prioriteit zou moeten liggen bij gebieden met lagere inkomens. Fysieke loketten zijn bij voorkeur gelegen bij andere voorzieningen, zoals winkels.

Het initiatief en de regie voor de informatievoorziening is een publieke verantwoordelijkheid en berust bij de gemeenten. Gegeven de noodzakelijke samenhang van de onderscheiden voorzieningen op verschillende schaal krijgt de organisatie van de informatievoorziening vorm op regionaal niveau, bij voorkeur in een samenwerkingsverband van alle betrokken partijen.

#### 3. Hulpmiddelen en diensten ten behoeve van zelfstandig wonen.

Er moeten praktische voorzieningen en diensten beschikbaar zijn die het mensen mogelijk maken om zelfstandig te blijven wonen.

Bekostiging kan collectief en/of particulier, dat is niet relevant voor de vraag of de functie en diensten verkrijgbaar moeten zijn.

Het gaat om:

- A. (Informatie over) diensten en services aan huis (schoonmaak, maaltijden, klussen e.d.)**
- B. Ondersteuning mantelzorg en vrijwilligerswerk**
- C. Domotica; Ondersteuning bij veilig zelfstandig wonen**
- D. Woningaanpassingen**
- E. Vervoer**

#### **4. Preventie, advies, consultatie en eenvoudige begeleiding**

Het gaat om:

- actieve voorlichting en informatie over gedrag en gezondheid (primaire preventie)
- vroegtijdige onderkenning en opsporing (secundaire preventie)
- ondersteuning en advies bij zelfmanagement en preventie
- wegwijs- en bemiddeling op het gebied van wonen, welzijn en zorg, in aanvulling op informatie
- ondersteuning en advies t.b.v. individuele maatwerkoplossingen
- ondersteuning bij mantelzorg en informele zorg
- ondersteuning en advies bij maatschappelijke participatie, incl. arbeid en scholing

Advies, consultatie en eenvoudige begeleiding worden i.v.m. een zo laag mogelijke drempel bij voorkeur aangeboden als zelfstandige functie. Bestaande voorbeelden zijn consultatiebureaus voor zuigelingen en kinderen. En, in ontwikkeling, de Centra voor Jeugd en Gezin en consultatiebureaus voor ouderen.

Deze diensten kunnen worden aangeboden in zelfstandige voorzieningen / gebouwen, maar ook heel goed in centra voor basiszorg. Een deel van het aanbod kan ook worden gerealiseerd via internet.

Norm: afstand voor een klant max. 2000 mtr, of een bereik van 20 tot 30 duizend mensen.

#### **5. Ontmoeting, recreatie, dagopvang en dagbesteding**

In de nieuwe ordening zijn activiteiten op het gebied van ontmoeting, recreatie en dagbesteding veel meer dan voorheen zelfstandige voorzieningen. Zij zijn een essentieel bestanddeel van de nieuwe infrastructuur, onmisbaar voor het realiseren van kernwaarden als zelfstandigheid en participatie en voor het voorkomen van sociaal isolement.

We onderscheiden twee deelfuncties.

**A. Ondersteuning en voorzieningen ten behoeve van sociale participatie door ontmoeting en recreatie, accent vrijetijdsbesteding, incl. dagopvang.**

**B. Ondersteuning en voorzieningen ten behoeve van zinvolle dagbesteding en aangepaste arbeid.**

Het kan gaan om:

- Ondersteuning om gebruik te kunnen maken van algemene voorzieningen en mogelijkheden, zoals maatregelen gericht op toegankelijkheid, bevorderen inclusie van bijzondere groepen binnen algemene voorzieningen, vervoer.

- Specifieke voorzieningen voor ontmoeting, recreatie en dagopvang, gericht op doelgroepen.
- Specifieke voorzieningen voor zinvolle dagbesteding (werkwinkels, werkplaatsen, werkprojecten, dagcentra) en aangepaste arbeid, gericht op doelgroepen.

Eén norm voor afstand of beschikbaarheid is moeilijk te geven, als indicatie nemen we dat voorzieningen voor ontmoeting en recreatie beschikbaar moeten zijn binnen een maximale afstand van 2000 mtr.

Voor werkvoorzieningen en dagbesteding geldt het criterium van redelijke bereikbaarheid, rekening houdend met de mogelijkheden en beperkingen van de doelgroep.

## **6. Begeleiding en coaching**

Een aantal mensen heeft actieve begeleiding en coaching nodig om zelfstandig, buiten een beschermde omgeving, te leven en te wonen. Zonder die begeleiding en coaching kunnen zij zich niet zelfstandig handhaven, kan overlast ontstaan voor de samenleving, verwaarlozen deze mensen zich of kan sprake zijn van gevaar voor deze mensen zelf of voor derden. Het gaat bijvoorbeeld om mensen

- met een verstandelijke beperking en gedragsstoornissen
- met niet- aangeboren hersenaandoeningen of letsels, waaronder beginnende dementie
- met een psychiatrische stoornis

De begeleiding en coaching wordt actief, gevraagd en ongevraagd (outreaching, bemoeizorg) aangeboden. Voorbeelden zijn de ACT teams in de GGZ, waar de vermaatschappelijking al ver is doorgevoerd.

De begeleiding kan worden geboden binnen een voorziening in de wijk / stadsdeel (halen) of aan huis c.q. de plaats waar men verblijft (brengen).

Van belang is de herkenbaarheid en gebondenheid aan het gebied. Daarom hebben de uitvoerders bij voorkeur een locatie en werkplek / uitvalsbasis binnen een basisgebied. Er kan een koppeling zijn met een accommodatie voor andere functies in een gebied en met de basiszorg.

## **7. Basiszorg, zorg aan huis en dicht bij huis**

Een kernbestanddeel binnen het nieuwe stelsel vormt een eerste schil van zorg aan huis of dicht bij huis, de basiszorg.

Volgens de Programmabrief Langdurige Zorg van VWS gaat het om afstemming en samenwerking tussen de wijkverpleegkundige, de thuiszorg, de huisarts, mantelzorg, de apotheek, de gemeente (WMO), maar ook om het ziekenhuis en overige zorgverleners. We noemen ook eerstelijnsGGZ. De wijkverpleegkundige kan een schakel vormen tussen de cliënt, familie, mantelzorg en de verschillende professionals.

Belangrijke onderdelen:

- Verzorging, verpleging, behandeling en direct zorgvraaggerelateerde diensten aan huis
- Centra voor basiszorg: generalistische, eerstelijnszorg en gespecialiseerde verpleegkundige zorg

Gespecialiseerde verpleegkundige zorg (ook nurse practitioner, physician assistant) is een opkomende functie die onmisbaar is om te komen tot goede zorgketens en verschuiving van zorg van tweede naar eerste lijn.

Op het niveau van voorzieningen en accommodaties kan er een bundeling zijn met informatieloketten en inloop- of consultatiecentra. Of met onderdelen van specialistische en intramurale zorg.

Er is bij voorkeur een Centrum voor basiszorg per basisgebied (20.000 – 30.000 inw.)

#### **8. Centra en netwerken voor specialistische behandeling**

- concentratie en specialisatie (kwaliteit vraagt een bepaalde omvang)
- deconcentratie van een aantal poliklinische functies (satelliet locaties)
- vorming van zelfstandige behandelcentra (ZBC's), meestal gericht op bepaalde behandelingen en/of specialismen
- samenwerking academische en algemene ziekenhuizen in specialistische netwerken voor bepaalde aandoeningen
- samenwerking met eerstelijnszorg / thuiszorg en intramurale verpleging en verzorging in zorgketens, m.n. voor chronische aandoeningen, verschuiving van delen van de zorg naar de eerste lijn / basiszorg.

Deze ontwikkelingen bepalen en geven mede vorm aan de nieuwe zorginfrastructuur.

Er zullen regionaal minder en/of kleinere ziekenhuislocaties komen, als centra voor klinische specialistische zorg. Naast deze centra ontstaan er door deconcentratie satellietlocaties, bij voorkeur in combinatie met (centra voor) basiszorg.

#### **9. Centra voor intramurale verpleging en verzorging**

Een beperkt deel van de ouderen, chronisch zieken en mensen met een beperking, die complexe of intensieve zorg nodig hebben, zal een beroep moeten blijven doen op intramurale zorg. Deze zorg wordt bij voorkeur geboden in kleinschalige voorzieningen, meestal gericht op ouderen (somatisch op PG) of op specifieke doelgroepen.

Een deel van de betrokken mensen zal kiezen voor een voorziening in het gebied (wijk of streek) waar men altijd heeft gewoond, voor anderen is dat minder van belang.

Duidelijk is dat de wensen en behoeften ten aanzien van dergelijke voorzieningen verschillen. Mensen zullen ook bij langdurige intramurale zorg steeds meer hun individuele bestaan (gewoonten, keuzes) willen behouden.

De voorzieningen zullen naar verwachting differentiëren naar sociale groepen en categorieën met bepaalde kenmerken, zoals dat ook bij andere diensten en producten het geval is.

Voor kleinschalige intramurale zorg (en beschermd wonen) wordt vaak gerekend met 12 tot 16 plaatsen. Om voldoende draagvlak te hebben, financieel en personeel, verschuift dit steeds meer naar 24 tot 48 plaatsen. Uit een oogpunt van financiële exploitatie en (steeds schaarser wordend) personeel kan een bepaalde schaalgrootte noodzakelijk zijn.

Een voorwaarde voor kleinschalige intramurale zorg kan zijn dat voorzieningen als avond- nacht- en weekenddiensten en alarmopvolging op een grotere schaal zijn georganiseerd.

### **4.5.2. VOORZIENINGEN EN ACCOMMODATIES**

Het is voor de te stellen eisen en *voor de planning* relevant om een onderscheid te maken tussen diensten, behandeling en zorg die wel en die geen accommodatie vereisen.

### **Diensten, behandeling en zorg zonder accommodatie (levering thuis)**

De ontwikkeling van de omvang van het aanbod zonder accommodaties kan in principe de vraag volgen. In verband met de beschikbaarheid en de opleiding van voldoende personeel is het vooruitzien over een periode van 4 á 5 jaar noodzakelijk.

### **Diensten, behandeling en zorg met accommodatie**

Voor een wijkgezondheidscentrum, centrum voor dagactiviteiten of een kleinschalige intramurale voorziening, waar gebouwen voor nodig zijn, is een langere termijnplanning noodzakelijk om voldoende beschikbaarheid te garanderen.

*Wat betreft het realiseren van een nieuwe of vernieuwde zorg- en welzijnsinfrastructuur ligt de kern bij het realiseren van de benodigde voorzieningen, waar (vaak) accommodaties voor nodig zijn. De kristallisatiepunten zijn:*

1. *Informatie en advies*
2. *Accommodaties voor ontmoeting en dagbesteding*
3. *Centra voor basiszorg*
4. *Centra voor specialistische behandeling*
5. *Centra voor intramurale (langdurige) verzorging en verpleging*

Een niet onbelangrijk aandachtspunt is dat het realiseren van alle veranderingen in de zorg ook betekent dat ten minste een deel van het bestaande vastgoed in de zorg niet meer voldoet. Veel organisaties zitten met het bestaande vastgoed vast aan langlopende verplichtingen. Er zal sprake zijn van een ingrijpende herstructurering van het vastgoed., een belangrijke factor in de ontwikkelingen, die deze ontwikkelingen kan stimuleren maar ook afremmen. De VBZ wil dit onderwerp nadrukkelijk op de agenda plaatsen.

## Schema Contouren Infrastructuur

	FUNCTIE / DIENSTEN	VOORZIENINGEN	LEVERINGSVOORWAARDEN SCHAAL
1.	Informatie (VVV)	<b>Loket</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• fysiek</li> <li>• internet</li> </ul>	Halen Regio, stadsdeel (30 – 40 dzd)
2.	Hulpmiddelen / diensten bij zelfstandig wonen, bijv. - huishoudelijke diensten - services - domotica - alarmering, waakdiensten	<b>Transactiepunten</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• fysiek</li> <li>• internet</li> </ul>	Brengen (aan huis); Aanbieden en regelen (transactiepunten)  Respons binnen 10 minuten (?), 7 x 24 (relatie met acute keten)
3	Preventie, advies, consultatie en eenvoudige begeleiding bijv. opvoedwinkel, consultatiebureau	<b>Inloopcentrum</b>	Halen Afstand max. 2000 mtr Of bereik 20.000 – 30.000 mensen
4.	Dagbesteding, Ontmoeting, recreatie, accent vrije tijd	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Algemene voorzieningen</li> <li>• Specifieke voorzieningen (doelgroepen)</li> </ul>	Halen / vervoer Afstand tot 2000 meter  Diverse schaal, basisgebied, stad, regio
	Dagbesteding, accent arbeid en scholing	Specifieke voorzieningen	Diverse schaal regio
5.	Begeleiding en coaching	Inloopcentrum Werkplek in gebied	Halen, brengen Afstand max 2000 mtr
6.	Basiszorg	<b>Centrum Basiszorg</b> Wijkzorgcentrum, gezondheidscentrum (werkplek in gebied)	Halen, brengen Basisgebied 20 – 30 dzd inw. Afstand max 2000 mtr
7.	Behandeling, specialistisch (specialistisch netwerk)	<b>Poli, ziekenhuis/ satellieten</b>	Halen, 7 x 24 Regio, stad /stadsdeel 100 – 150 dzd / 30 – 40 dzd
8.	Begeleiding, verzorging en behandeling, intramuraal, chronische zorg, herstellzorg, nazorg, revalidatie	<b>Kleinschalige zorgcentra</b> , deels gebiedsgericht; <b>Gespecialiseerde centra</b>	Intramuraal. Diverse schaal Basisgebied, regio

## JAARVERSLAG / WERKPLAN 2011 / 2012

In dit jaarverslag / werkplan 2011 / 2012 treft u allereerst de onderwerpen en activiteiten die VBZ-breed (dus over de programma's heen) worden uitgevoerd. Daarna volgt er een beschrijving van de speerpunten en activiteiten per programma.

PROGRAMMA	WIJKGERICHT WERKEN, WONEN, WELZIJN EN ZORG	TRANSMURALE OF KETENZORG	ARBEIDSMARKT, HRM EN SCHOLING
SPEERPUNTEN	Verkenning en analyse wijkgericht werken, monitoren ontwikkelingen	Overzicht landelijk beleid en vertaling naar de regio	Strategisch arbeidsmarktbeleid, incl. onderzoek
	Relatie en samenwerking met gemeenten, welzijn, eerstelijns Raakvlakken WMO en zorg	Relatie en samenwerking met eerstelijns, zorgverzekeraars en gemeenten	Conditie en randvoorwaarden, externe relaties
	Basiszorg, inhoud, vorm, organisatie en beheer	Basiszorg – Specialistische zorg, ketenzorg, substitutie	Leren en werken Duurzame inzetbaarheid
	Slim samenwerken, spoedeisende zorg, domotica	ICT en keteninformatisering	@nders Werken
			Werven met beleid
	•	•	•

## 1. VBZ ALGEMEEN

De speerpunten die VBZ-breed of buiten de programma's worden opgepakt:

- **Analyse en onderzoek**
- **Positie en invloed van de klant**
- **Interne en externe communicatie**
- **Inkoopsamenwerking**

Hieronder volgt een korte beschrijving van deze speerpunten.

### 1.1. Analyse en onderzoek

De leden van de VBZ (en de VBZ als zodanig) willen - als basis voor beleid - kunnen beschikken over gegevens over demografische ontwikkelingen en de ontwikkeling van vraag en aanbod in de zorg. De informatie komt beschikbaar uit bronnen in de regio maar vaak uit landelijke bronnen en onderzoek.

In 2010 / 2011 zijn twee producten ontwikkeld en uitgewerkt:

- Een overzicht van relevante bronnen van gegevens
- Een regionaal trendrapport

#### Activiteiten

##### Overzicht van relevante bronnen van gegevens

De gegevens over de bevolkingsontwikkeling (breed en voor bepaalde groepen) kunnen ontleend worden aan verschillende bronnen (CBS, SCP, Primos, lokale overheden etc.). Afhankelijk van de bron zijn de gegevens en prognoses niet altijd gelijk.

De gegevens over vraag en aanbod in de zorg kunnen ook ontleend worden aan verschillende bronnen (CBS, SCP, lokale overheden, RIVM, Prismant, TNO, NIVEL etc.). Soms maken zij gebruik van elkaars gegevens, maar lang niet altijd. Per bron kunnen gegevens over eenzelfde onderwerp uiteenlopen, kunnen verschillende basisdefinities worden gehanteerd, of is anderszins een commentaar relevant. Ook is de informatie vaak landelijk en niet zomaar bruikbaar op de schaal van een regio of kleiner, en vergt dat nadere berekening en afweging. (Zo zijn niet alle gegevens nog geldig als de schaal te klein wordt).

Er zijn de laatste jaren steeds meer leveranciers van informatie bij gekomen, en ook meer informatie. Dat leidt tot een behoefte aan overzicht en bundeling. VWS (zorggegevens.nl) en RIVM (Nationaal Kompas en Nationale Atlas Volksgezondheid) hebben dit ook onderkend en hierin enkele initiatieven genomen. Dit helpt, maar is nog onvoldoende.

Het eerste product van de VBZ is het opstellen en bijhouden van een overzicht van de relevante bronnen, toegankelijk via internet. Tevens per informatiebron korte recensies met relevante commentaren, bijv. over herkomst van gegevens, definities, interpretatie van databestanden, achterliggende verklaringen en toepassing in de regio.

Presentatie via de website [www.vbz-kam.nl](http://www.vbz-kam.nl).

##### Regionaal Trendrapport.

In 2011 is (na eerder in 2005) een trendanalyse opgesteld. Het rapport, verschenen in juli 2011, bevat demografische gegevens, gegevens over leefstijl en over de ontwikkeling van een aantal belangrijke chronische aandoeningen. De inhoudopgave is vastgesteld door het bestuur. Het rapport is gebaseerd op veelal landelijk beschikbare gegevens die zijn vertaald en berekend naar de regio.

Bij de opstelling van dit trendrapport is gebleken dat er nog veel en verdergaande analyses en toepassing van gegevens op de regio mogelijk is. Vooral als het er om gaat een zo concreet mogelijk beeld te vormen van de ontwikkeling van de zorgvraag, naar inhoud en omvang. Een activiteit waar structureel aandacht voor moet zijn. Er is een belangrijke relatie met de arbeidsmarkt.

In 2011 is ook het belang gebleken van goede samenwerking met andere regionale partijen die beschikken over relevante gegevens, zoals gemeenten, zorgverzekeraars / zorgkantoren en GGD-en. Door samenwerking en overleg komt meer en breder informatie beschikbaar en is het ook mogelijk om relevante gegevens te combineren en vanuit een breder perspectief te interpreteren. Het is nuttig om dit voort te zetten.

De arbeidsmarktverkenningen worden als activiteit gecontinueerd binnen het programma Arbeidsmarkt.

#### **Planning en middelen**

Doorlopende activiteit, groeimodel.

Formatie 8 upw.

#### **Werkplan 2012**

a. Onderhouden en verder ontwikkelen van het overzicht. Bezien zal worden of een geautomatiseerde selectiefunctie kan worden toegevoegd, waarmee alle bronnen over een bepaald onderwerp of een bepaald soort gegevens automatisch kunnen worden geselecteerd.

b. Verder ontwikkelen en uitwerken van het Trendrapport, mede gericht op overige onderwerpen en een zo concreet mogelijk beeld van de ontwikkeling van de zorgvraag, naar inhoud en omvang.

## **1.2. Invloed van de klant**

#### **Activiteit**

De VBZ onderkent het belang van versterking van de positie van de klant in de zorg. In de zorgverlening zelf, maar ook in het beleid. De VBZ zoekt actief de permanente dialoog over het beleid en de ontwikkelingen in de regio met – bij voorkeur breed georiënteerde – klantorganisaties (countervailing power).

Met Zorgbelang NH bestaat sinds 2007 een gestructureerd overleg. Dit wordt voortgezet en verder ontwikkeld. In 2011 kwam het overleg tweemaal bijeen, in april en oktober. In 2012 worden ook twee bijeenkomsten gepland.

#### **Planning en middelen**

Doorlopende activiteit, onderdeel basispakket.

### 1.3. Interne en externe communicatie (Nieuwsbrief, website [www.vbz-kam.nl](http://www.vbz-kam.nl) )

#### Activiteit

Het is belangrijk dat de juiste medewerkers van de aangesloten organisaties en de externe relaties van de VBZ goed geïnformeerd zijn over beleid en activiteiten van de VBZ. In het kader van dit beleidsplan is zelfs het doel om de betrokkenheid onder de medewerkers te versterken en verbreden. Ook de relatie met andere partijen in de regio moet worden geïntensiveerd. Informatie speelt daarin een basisrol.

#### Nieuwsbrief VBZ.

Periodiek, ongeveer 3 á 4 maal per jaar, verschijnt de Nieuwsbrief VBZ. Hierin staat informatie over de activiteiten en de thema's van de VBZ. De Nieuwsbrief wordt breed verspreid onder de medewerkers van de aangesloten organisaties waarvoor de informatie relevant is en onder de belangrijke externe relaties.

Een belangrijke rol van de VBZ voor de leden is het beschikbaar stellen en/of toegankelijk maken van informatie en het bieden van mogelijkheden voor onderlinge informatie-uitwisseling. Voor informatie en communicatie biedt internet ook binnen de VBZ belangrijke en doelmatige mogelijkheden, in aanvulling op of als alternatief voor bestaande werkwijzen. Voor bijvoorbeeld de (kennis)netwerken die functioneren binnen de VBZ kan een website een doelmatig middel zijn.

#### Website VBZ.

In 2009 is een nieuwe website opgezet, [www.vbz-kam.nl](http://www.vbz-kam.nl), die hierin steeds meer moet gaan voorzien. De ontwikkeling van deze site, met deze functionaliteiten, maar ook het daadwerkelijk leren benutten daarvan binnen de VBZ en door de leden, vraagt tijd. In 2011 zijn weer een aantal goede stappen gezet.

De website is bovendien een middel om externe relaties te informeren over de VBZ, het beleid en de activiteiten.

Op de arbeidsmarkt heeft de VBZ met de website [www.infopuntzorg.nl](http://www.infopuntzorg.nl) een afzonderlijk medium.

#### Planning en middelen

Doorlopende activiteit.  
Formatie 8 upw

### 1.4. Inkoop samenwerking

#### Activiteit

#### Platform Samenwerking Inkoop (SAIN)

##### Doelstelling van het platform:

- Kwalitatieve verbetering van de functie inkoop door het delen van kennis aan de hand van "Best Deals en Worst Cases" en het samen verdiepen in nieuwe trends en ontwikkelingen.
- Uitgroeien tot een professionele inkooppartner.
- Het realiseren van een besparing op inkoop- of organisatiekosten door schaalvoordelen.

**Werkplan 2011**

In 2010 is vanuit de kring van de leden een voorstel naar voren gekomen over mogelijke samenwerking op het gebied van inkoop. Dat kan naar inhoud variëren van elkaar informeren en kennis delen tot concrete gezamenlijke inkoop van producten. Met een korte enquête is de belangstelling onder de leden gepeild. De voorlopige uitkomst is dat 14 organisaties in 2011 verder de mogelijkheden en wensen nagaan en bespreken en waar mogelijk samenwerking concreet vorm geven. De kosten komen voor rekening van deze 14 organisaties.

**Resultaten 2011**

Onder het motto: "Samenwerken door samen doen" zijn 14 leden van de VBZ in het Platform SAIN aan de slag op het terrein van inkoop.

Het platform heeft gestalte gekregen. De deelnemers zijn enthousiast en leveren actief hun bijdrage. Daardoor kan het platform de volgende resultaten laten zien:

- Het platform heeft een convenant opgesteld. Ondertekening door de bestuurders van de deelnemende organisaties staat voor dit najaar op de agenda.
- Er is een basisset aan standaarddocumenten ontwikkeld, waaronder een standaard offerte aanvraag, een Programma van Eisen en een raamovereenkomst. En ook een procesbeschrijving en besluitvormingsmatrix voor gezamenlijke inkooptrajecten. (Deze documenten liggen nu, net als het convenant, te wachten op een laatste juridische toets die gepland staat voor het najaar.)
- Er wordt goed gebruikgemaakt van elkaars kennis en leveranciersnetwerk. Uit onderzoek blijkt dat dit ook precies de functie is waarmee de meeste winst te behalen valt: kennisdelen.

**Deelnemers:**

De Hartekampgroep, Heliomare, Medial, Nieuw Unicum, OCK het Spalier, Raphaëlstichting, RIBW-KAM, Rode Kruis Ziekenhuis, SEIN, SIG, Sint Jacob, Triversum, ViVa! Zorggroep, Zorgbalans

**Planning en middelen**

Doorlopende activiteit

Formatie 4 upw

**Werkplan 2012**

- Voortzetting van de platformfunctie
- In 2012 zullen de eerste gezamenlijke grotere inkooptrajecten gaan draaien. Zorgvuldigheid is daarbij op zijn plaats om het risico te beperken. Daarom wordt gehandeld conform een vastgestelde procesbeschrijving en besluitvormingsmatrix (met afspraken over mandaat).



## 2. PROGRAMMA WIJKGERICHT WERKEN

In dit programma ontwikkelt de VBZ activiteiten op het domein wonen, welzijn en zorg, één van de twee hoofdlijnen in de ontwikkelingen in de zorg voor de komende jaren.

### 2.1. De speerpunten

Dit programma heeft tot en met 2011 vier speerpunten, deze zijn in 2009 vastgesteld.

1. Verkenning en analyse wijkgericht werken, kleinschaligheid, diversiteit.
2. Monitoren ontwikkeling vraag en aanbod in wijken.
3. Opbouwen en onderhouden relaties met andere relevante partijen.
4. Wijkgerichte voorzieningen, ontwikkeling en beheer.

Voor 2012 e.v. worden de speerpunten geherdefinieerd:

1. Verkenning en analyse wijkgericht werken, monitoren ontwikkelingen
2. Relatie / samenwerking met gemeenten, wonen, welzijn, eerstelijns
3. Basiszorg, inhoud, vorm, organisatie
4. Slim samenwerken, onplanbare zorg, domotica

### 2.2. Activiteiten programma Wijkgericht Werken

#### 2.2.1. Verkenning en analyse wijkgericht werken, monitoren ontwikkelingen

##### **Omschrijving**

De wijkgerichte uitwerking van wonen, welzijn en zorg is een belangrijke uitdaging voor de komende jaren. De VBZ wil hier in goede samenwerking met andere partijen aan bijdragen. De leden van de VBZ willen beschikken over goede informatie en een scherpe analyse als basis voor beleid. Zij willen ook actief de ontwikkelingen in de regio volgen.

Wat zijn de ontwikkelingen, welke eisen stellen deze, wat zijn de consequenties, wat is nodig, wat is mogelijk (kosten, middelen, kwaliteit) en wat zijn de noodzakelijke condities? Alles te benaderen vanuit het perspectief en het belang van de doelgroepen en van verantwoorde zorg. Maar ook vanuit het perspectief van goede en verantwoorde bedrijfsvoering en in een realistische verhouding tot beschikbare middelen en personeel.

De ontwikkeling naar wijkgerichtheid, kleinschaligheid en diversiteit heeft grote gevolgen op het gebied van personeel, arbeidsomstandigheden en competenties, hier ligt een belangrijke relatie met het programma arbeidsmarkt, HRM en scholing.

De zorgsector is voor het verzamelen van goede informatie en analyse van mogelijkheden en ontwikkelingen mede afhankelijk van de bijdrage van andere partijen en zal hierin dus moeten samenwerken, met name met gemeenten en woningcorporaties.

##### **Beoogd resultaat**

Een goed inzicht in en overzicht van de ontwikkelingen naar wijkgerichtheid, kleinschaligheid en diversiteit. Goede kennis van de consequenties, keuzes, dilemma's, eisen, mogelijkheden en grenzen.

Goede kennis van de benodigde condities en middelen inclusief de relatie met arbeidsmarkt en personeel. Mogelijkheden tot beïnvloeding en optimalisering van de condities. Basis voor presentatie naar derden van de ontwikkelingen en wat daarvoor nodig is vanuit het perspectief van de zorg.

### Taken

- Creëren van kennis en inzicht in de ontwikkeling naar wijkgerichtheid, kleinschaligheid en diversiteit.
- Creëren van kennis en inzicht in de consequenties, dilemma's, eisen, mogelijkheden en voorwaarden ten aanzien van wijkgerichtheid, kleinschaligheid en diversiteit.
- Ontwikkeling van gezamenlijke uitgangspunten en standpunten rondom relevante thema's met de cliënt als belangrijkste richtpunt.

### Planning en middelen

Doorlopende activiteit.

4 upw

### Werkplan 2011 en resultaten

Gerealiseerd in 2010:

- Inventarisatie van knelpunten bij de realisatie van vastgoed
- Quickscan wijkservicecentra
- Deskstudie woon/zorg wensen

De resultaten van de verkenningen die in 2010 zijn uitgevoerd, vormen de basis voor de activiteiten in 2011.

- *De wens van de cliënt moet blijvend in het vizier:* Er is meer kennis en inzicht nodig over de opvattingen, wensen en behoeften van de cliënt. Dit wordt in 2011 verder uitgewerkt en opgepakt in de vorm van een nog te ontwikkelen voorstel.

*Resultaat:*

*De toekomstvoorstelling is besproken in het overleg met Zorgbelang.*

*Op initiatief van Zorgbelang wordt samengewerkt aan het organiseren van een bijeenkomst van klantorganisaties en zorgorganisaties over de toekomst van de zorg. Klantorganisaties worden betrokken bij projecten.*

- *Versterken van de professional in de wijk:* In samenwerking met het lectoraat Maatschappelijke dienstverlening van de Hogeschool InHolland wordt in 2011 ingezet op het verder ontwikkelen en versterken van de competenties van de professionals (zorg en welzijn) in de wijk.

*Resultaat: Dit onderwerp is overgegaan naar het programma Arbeidsmarkt.*

- *Ontwikkeling gezamenlijke toekomstvoorstelling:* Het is van belang te anticiperen op de grote veranderingen en verschuivingen in de gezondheidszorg. Dit kan individueel, maar dan is er grote kans op gaten in het 'systeem' of ongewenste overlap. De leden van het programma Wijkgericht Werken investeren daarom in de ontwikkeling van een gezamenlijke toekomstvoorstelling met uitgangspunten en minimum eisen (te realiseren functies en voorzieningen). Dit initiatief wordt gecombineerd met de activiteiten in het kader van het Platform WWZ Zuid-Kennemerland. Daar wordt samen met corporaties en de gemeentes gewerkt aan een "Masterplan".

*Resultaat: Er is een toekomstvoorstelling ontwikkeld en besproken in de VBZ en met andere partijen in de regio. De geformuleerde visie is de basis voor het beleidsplan van de VBZ voor de komende jaren, zie Deel I.*

- *Organiseren bedrijfsbezoek(en):* Op verschillende plaatsen in het land zijn mooie samenwerkingsinitiatieven in het kader van wonen/welzijn/zorg. "Goed voorbeeld doet goed volgen", daarom worden in 2011 een of meerdere bedrijfsbezoeken georganiseerd.

*Resultaat: niet gerealiseerd.*

#### **Onderzoek**

*In 2011 is bovendien actief geparticipeerd in overleg met andere regionale partijen gericht op informatie en planning, zoals woonvisies, geschikte woningen, infrastructuur wonen, welzijn en zorg.*

*Via de VBZ zijn voor de leden rapporten beschikbaar over de ontwikkeling van ABf / Fortuna 2011 over de ontwikkeling van de vraag naar wonen met zorg tot 2040, voor ouderen, GGZ en gehandicapten.*

#### **Werkplan 2012**

- Voortzetting van de basisactiviteiten
- Voortzetting en verdere ontwikkeling van overleg en samenwerking met externe partijen, m.n. gemeenten en woningcorporaties, gericht op verzamelen en bundelen van gegevens. Het gaat om voortzetting van initiatieven zoals die in 2011 zijn ontstaan, bijv. o.a. in het kader van woonvisies en beleid in het kader van de WMO (zoals HOF 2.0. in Haarlem)

### **2.2.2. Relatie / samenwerking met gemeenten, wonen, welzijn, eerstelijns.**

#### **Omschrijving**

De VBZ streeft naar goede samenwerking in de regio met andere belangrijke partijen, in het bijzonder de gemeenten, de woningcorporaties, welzijnsorganisaties en de eerstelijns. De VBZ zoekt naar een pragmatische en werkbare keuze voor de schaal waarop dit kan plaatsvinden (regio, subregio).

Een kaderstellend gemeentelijk beleid op het gebied van wonen, welzijn, zorg, en een visie op het voorzieningenpakket en de infrastructuur voor wonen, welzijn en zorg zijn essentiële randvoorwaarden. De VBZ pleit hierbij sterk voor samenwerking en afstemming tussen de gemeenten in de regio. Dat is nodig voor de doelmatigheid en de kwaliteit. Ook het draagvlak voor benodigde voorzieningen en keuzemogelijkheden voor de klant vragen daarom.

Zorg en ondersteuning worden steeds meer geregeld in drie wettelijke kaders: WMO, AWBZ en ZVW.

Extramurale begeleiding wordt verschoven naar de WMO. Gemeenten krijgen met het onderbrengen van deze begeleiding in de WMO een belangrijke taak op het gebied van zorg en ondersteuning. Deze begeleiding blijft in veel gevallen een integraal onderdeel van een breder pakket van zorg en ondersteuning die mensen uit de betreffende doelgroepen nodig hebben. Dit betekent dat er in het belang van deze mensen een goede afstemming nodig is met vormen van zorg en ondersteuning die men ontvangt in het kader van de AWBZ of de ZVW (of nog andere domeinen).

In de nieuwe ordening ontstaan nieuwe scheidslijnen voor de mensen, tussen WMO en zorg, tussen AWBZ en ZVW, tussen gemeenten onderling. Het gevaar is groot dat mensen de weg niet meer weten en dat instanties en organisaties verantwoordelijkheden op elkaar afschuiven.

Dat mag niet gebeuren. Het moet de gezamenlijke verantwoordelijkheid zijn van alle betrokken partijen om te zorgen voor een helder, goed toegankelijk systeem dat door de klant als een samenhangend en afgestemd geheel wordt ervaren.

### **Beoogd resultaat**

Goede en gestructureerde relaties met andere relevante partijen, m.n. gemeenten, welzijn, woningcorporaties en de eerstelijns.

Extern doel 1: de gemeenten in de regio hebben een kaderstellend gemeentelijk beleid op het gebied van wonen, welzijn en zorg en een visie op de (fysieke) infrastructuur voor wonen, welzijn en zorg. De gemeenten werken daarbij regionaal samen.

Extern doel 2: Goede samenhang tussen de domeinen van WMO, AWBZ en ZVW.

### **Planning en middelen**

Doorlopende activiteit.

8 upw

### **Werkplan 2011 en resultaten**

- *Opbouwen van een netwerk van relevante stakeholders*

Zoals eerstelijns, corporaties, gemeenten, welzijnsorganisaties en landelijke kenniscentra. Aandacht voor subregio's.

#### *Resultaat*

*In 2011 is geïnvesteerd in het opbouwen van zowel een intern als een extern netwerk.*

*Opvallend blijft dat veel verschillende partijen zich buigen over dezelfde maatschappelijke vraagstukken, weliswaar elk vanuit de eigen rol en positie. Maar dit biedt verschillende kansen tot uitwisseling en gezamenlijk optrekken. Vanuit de stakeholders wordt positief en met interesse gereageerd op de activiteiten in het kader van het Programma Wijkgericht Werken.*

- *Gestructureerd overleg Wonen, Welzijn en Zorg Zuid-Kennemerland.*

De VBZ is partner in dit overleg, samen met gemeenten en woningcorporaties, en vertegenwoordigers van de eerste lijn. De VBZ participeert in de Stuurgroep, waarin elke partij met één vertegenwoordiger deelneemt, en het brede platform, dat tenminste eenmaal per jaar bijeenkomt. Het overleg heeft een eigen werkplan. Het overleg wordt ondersteund door Bureau Lindenhoek, kosten worden gedeeld (totaal 8 upw, bijdrage VBZ vanuit dit werkplan 2 upw). Prioriteiten voor 2010 / 2011 zijn:

1. realiseren van deelname van alle gemeenten in Zuid-Kennemerland aan de overlegstructuur;
2. opstellen van een Masterplan WWZ, gerelateerd aan de veranderingen in de zorg, een programma van eisen voor een nieuwe ordening (zie ook 2.2.1., toekomstvoorstelling)
3. Partnerschap woningcorporaties en zorgorganisaties.

#### *Resultaat:*

*Er is veel energie gestoken in het formuleren van een toekomstvoorstelling en Masterplan en het bespreken hiervan met regionale partners.*

*Er is tegelijkertijd de afgelopen twee jaar veel veranderd voor alle partijen, gemeenten, woningcorporaties en de zorg, door overheidsbeleid en de economische context. Belangrijke delen van de zorg (extramurale begeleiding, jeugdzorg) gaan naar de WMO, dus gemeenten, woningcorporaties kunnen en mogen minder, voor de zorg worden nieuwe uitgangspunten geformuleerd en komt er een andere bekostiging. Partijen moeten elkaar vandaaruit opnieuw vinden. Waar nodig heeft de VBZ het overleg hierover actief mede geïnitieerd. Zo is in oktober de samenwerking met de woningcorporaties besproken. De uitkomst is dat beide partijen de voortzetting van samenwerking belangrijk vinden en dat het gesprek over de gezamenlijke agenda voor de toekomst wordt voortgezet.*

*Samenwerking is in 2011 ook tussen gemeenten een actueel onderwerp geworden. De VBZ pleit sterk voor deze samenwerking. De ontwikkelingen leiden er ook toe dat de gemeenten meer de regierol nemen in het overleg tussen regionale partijen. De VBZ pleit hier ook voor. Het overleg WWZ in Zuid-Kennemerland is geëvalueerd. De uitkomst is dat het overleg wordt voortgezet maar dat in 2012 nader zal worden besproken of vorm en structuur van het overleg tussen partijen in de regio moet worden aangepast.*

- *Ontwikkeling van een Zorgakkoord met relevante regionale samenwerkingpartners.*

Doel van dit akkoord:

- \* Een nadere verkenning van de aangekondigde bezuinigingen, consequenties en koers
- \* In gesprek gaan met stakeholders en creëren van bestuurlijk commitment
- \* Symboolwerking / beeldvorming

Resultaat:

*De figuur van een zorgakkoord is in 2011 niet meer op tafel gekomen. De achterliggende gedachte echter wel. Alle gemeenten onderkennen de noodzaak van overleg en samenwerking, onderling en met regionale partijen zoals de zorg.*

### **Werkplan 2012**

- Sterke voortzetting van ontwikkeling en onderhoud van relaties met gemeenten en andere regionale partijen op het domein van wijkgericht werken, wonen, welzijn en zorg.
- Participatie als VBZ c.q. als sector in regionaal en subregionaal overleg.
- Blijven pleiten voor samenwerking en afstemming tussen gemeenten in de regio.
- Actief ondersteunen van en bijdragen aan een **kaderstellend gemeentelijk beleid voor wonen, welzijn en zorg**, inclusief de (fysieke) infrastructuur.
- Nadere verkenning regio / subregio, mogelijkheden, verhoudingen.
- Tot stand brengen van goede afspraken en een goede regeling, vanuit het perspectief van de klant, bij de overgang van **extramuraal begeleiding** uit de AWBZ naar gemeenten. De VBZ pleit ook hier voor regionale samenwerking tussen gemeenten. De VBZ pleit tevens voor een gedegen oriëntatie door gemeenten op de doelgroepen, de VBZ biedt expertise aan en de bereidheid om afspraken te maken ten behoeve van een zorgvuldige overgang.

### **2.2.3. Basiszorg, inhoud, vorm, organisatie en beheer**

#### **Omschrijving**

Het realiseren van een pakket van basiszorg, dat is zorg en diensten in de buurt, aan huis of dicht bij huis, is een kernpunt in de noodzakelijke ontwikkelingen.

Volgens de Programmabrief Langdurige Zorg van VWS gaat het om afstemming en samenwerking tussen de wijkverpleegkundige, de thuiszorg, de huisarts, mantelzorg, de apotheek, de gemeente (WMO), maar ook om het ziekenhuis en overige zorgverleners. We noemen ook eerstelijnsGGZ. De wijkverpleegkundige kan een schakel vormen tussen de cliënt, familie, mantelzorg en de verschillende professionals.

Belangrijke onderdelen:

- Verzorging, verpleging, behandeling en direct zorgvraaggerelateerde diensten aan huis
- Centra voor basiszorg: generalistische, eerstelijnszorg en gespecialiseerde verpleegkundige zorg
- Aanvullende voorzieningen, naast verblijf of wonen, die nodig zijn om de zelfstandigheid van de klant te behouden of mogelijk te maken en te ondersteunen. Dit omvat ook vormen

van begeleiding en dagbesteding.

Veel aspecten vragen om keuzes en beleid.

- Hoe wordt vorm gegeven aan de basiszorg?
- Wie onderneemt er, als het gaat om basiszorg en de fysieke infrastructuur?
- Waarvoor en in welke mate is fysieke aanwezigheid in een wijk nodig (een gebouw)?
- Wat kan met ICT en domotica?
- Wat kan voor de verschillende doelgroepen wel en wat niet samen?
- Op welke onderdelen en voorzieningen kan of moet, gezien schaarse menskracht en middelen, worden samengewerkt (bijv. ANW diensten)?

Deze onderwerpen vragen om overleg binnen de zorgsector, maar ook om afstemming met andere regionale partijen.

**Beoogd resultaat:**

Er is een visie op basiszorg naar inhoud, vorm, organisatie en beheer.

In alle deelregio's en met alle partners overleg realiseren dat in het betreffende gebied leidt tot heldere en verantwoorde keuzes en concrete resultaten. Afgestemd op de situatie en de mogelijkheden per deelregio.

**Planning en middelen**

Doorlopende activiteit.

8 upw

**Werkplan 2011**

In 2011 stond dit onderwerp in het werkplan als "Wijkgerichte voorzieningen, ontwikkeling, beheer en doelmatigheid". Dit kreeg een uitwerking in projecten Slim Samenwerken:

Dagbesteding, Domotica en Onplanbare zorg. Hierover wordt in dit jaarverslag /werkplan gerapporteerd onder 2.2.4.

**Werkplan 2012**

- Bespreking binnen de VBZ van de ontwikkeling van basiszorg en de daaraan gerelateerde vragen.
- Regionaal of per subregio mede op de agenda zetten van de ontwikkeling van basiszorg in overleg met andere regionale partijen (gemeenten, eerstelijns, verzekeraars, welzijn)

## 2.2.4. Slim Samenwerken, domotica

### Omschrijving

Een doelmatige inzet van schaarse middelen kan bij bepaalde functies of diensten heel goed bereikt worden door slim samen te werken.

De VBZ wil in ieder geval de mogelijkheden binnen de zorg verkennen en onderzoeken en waar nodig goede mogelijkheden tot ontwikkeling brengen. Waar nodig en mogelijk wordt ook met andere dan zorgpartijen in de regio samengewerkt.

### Beoogd resultaat:

Er is een open en pro-actieve opstelling ten aanzien van mogelijkheden tot slim samenwerken. Kansen worden verkend en waar mogelijk opgepakt en benut.

### Planning en middelen

Doorlopende activiteit. Uitwerking waar nodig in de vorm van projecten  
4 upw

### Werkplan 2011 en resultaten

In 2010 is een verkennend onderzoek uitgevoerd naar de terreinen waarop samenwerking kan leiden tot doelmatigheids- en/of kwaliteitswinst, met aanbevelingen voor het vervolg. Het onderzoek bestond uit een interviewronde onder bestuurders en managers van de leden van het VBZ Programma Wijkgericht werken.

De reacties tijdens de verkenningsronde waren enthousiast. Alle programmadeelnemers zijn overtuigd van de meerwaarde van samenwerking op de volgende (grof geclusterde) thema's:

1. Dagbesteding
2. Domotica
3. Onplanbare zorg
4. Inkoopsamenwerking / cliëntenvervoer

Onder de noemer "Slim samenwerken" zijn in 2011 een aantal projecten gestart.

#### • **Dagbesteding:**

Doel / beoogd resultaat: Door samen te werken op het gebied van dagbesteding kan voor de cliënt een rijker, gedifferentieerder aanbod gecreëerd worden tegen lagere kosten (door efficiency winst).

*Resultaat:*

*De rijksoverheid heeft besloten om extramurale begeleiding (incl dagbesteding) te verplaatsen uit de AWBZ naar de WMO, dus gemeenten. Dit heeft de aandacht en aanpak bij deze activiteit sterk beïnvloed. De verschuiving naar de WMO heeft grote gevolgen. Het uitgangspunt is anders (participatie, gemeenten kiezen een andere aanpak en mogelijk ook andere aanbieders, er moet worden bezuinigd. In 2011 is door de VBZ een Quickscan Extramurale Begeleiding opgesteld, i.s.m. ZORG-K. het rapport verscheen in juli. Hierin wordt een overzicht geboden van extramurale begeleiding in de regio, de activiteiten, de doelgroepen, de maatregelen van de overheid en de consequenties. Er is overleg en samenwerking gezocht met gemeenten in de regio en gepleit voor samenwerking tussen gemeenten.*

*De aandacht voor dit onderwerp verschuift naar 2.2.2. (overleg met gemeenten etc.) en 2.2.3. (begeleiding als onderdeel van basiszorg)*

- **Domotica, moderne technologie:**

Doel / beoogd resultaat: Lidmaatschap van het Vilans-kennisnetwerk-domotica en opzetten van een regionale vorm van kennisuitwisseling/afstemming.

*Resultaat:*

*Er is een collectief lidmaatschap voor de leden van de VBZ gerealiseerd van het Vilans Kennisnetwerk domotica. Leden hebben toegang tot de kenniscirkel domotica voor wonen en zorg (voorbeeldprojecten, evaluatieonderzoeken, functionele programma's van eisen, financieringsmogelijkheden etc.)*

*Er zijn twee bijeenkomsten georganiseerd in de regio (november en december) waar voorbeelden uit de regio en van elders zijn getoond en de mogelijkheden zijn verkend.*

*Toepassing van Domotica, zorg op afstand en moderne technologie zijn onder de titel @nders werken ook opgenomen in het programma Arbeidsmarkt.*

- **Onplanbare zorg:**

Doel / beoogd resultaat: Het creëren van efficiencyvoordeel en daarmee kostenbesparing voor de deelnemende organisaties (in een concurrerende markt). Waardoor voor de klant essentiële maar voor de zorgaanbieder onrendabele diensten in stand gehouden kunnen worden.

*Resultaat:*

*De mogelijkheden en wensen tot samenwerking in de onplanbare zorg zijn in 2011 nader verkend. De bevindingen zijn beschreven in het rapport "Onplanbare Zorg, van verkenning naar 2<sup>de</sup> fase". In bestuurlijk overleg is geconcludeerd dat dit nu geen vervolg krijgt in een regionaal samenwerkingsproject. Een aantal aanbieders profileert zich met een aanbod op het gebied van alarmopvolging op de markt.*

- **Cliëntenvervoer (als onderdeel van het project Inkoopsamenwerking):**

Doel / beoogd resultaat: De samenwerking op het gebied van cliëntenvervoer leidt tot een vermindering van de kosten voor de deelnemende organisaties, bij een gelijkblijvende of verbeterde kwaliteit van het cliëntenvervoer.

### **Werkplan 2012**

Voortzetting van de ingezette activiteiten, o.a.

- Regionaal kennisnetwerk domotica, zorg op afstand, social media, vanuit het perspectief van zelfstandig wonen
- Verdere oriëntatie op mogelijkheden van slim samenwerken.

### **3. PROGRAMMA TRANSMURAAL WERKEN**

In dit programma richt de VBZ zich vooral op het hervormen en herijken van de relatie tussen specialistische zorg en basiszorg.

#### **3.1. De speerpunten**

In 2009 zijn voor dit programma vier speerpunten vastgesteld:

1. Overzicht landelijke en regionale ontwikkelingen.
2. Conditie en randvoorwaarden voor ketenontwikkeling
3. Regionale afstemming, binnen de VBZ, met eerste lijn, keteninformatie en ICT
4. Ondersteunende en aanvullende activiteiten en diensten voor de leden

Voor 2012 en verder worden de speerpunten geherdefinieerd:

1. Overzicht en inzicht in landelijk beleid en uitwerking daarvan op regionale samenhang en samenwerking in zorgprocessen en zorgketens
2. Ketenzorg en substitutie van zorg
3. Relatie/ samenwerken met zorgverzekeraars en gemeenten
4. ICT en keteninformatisering

#### **3.2. Activiteiten programma Transmuraal werken**

##### **3.2.1. Overzicht landelijk beleid en uitvoering in de regio**

###### **Omschrijving**

De komende decennia zal er sprake zijn van meer chronisch zieken, meer comorbiditeit, meer mensen die voor de kwaliteit van hun leven afhankelijk worden van anderen. Om bij gelijktijdige beperking van de financiering goede zorg te kunnen blijven garanderen voor mensen die daarvan afhankelijk zijn, heeft de overheid een pakket aan maatregelen voorgesteld. Onderdelen van de AWBZ worden gedecentraliseerd naar gemeenten in de WMO, andere onderdelen naar de ZVW, zorgkantoren worden opgeheven en de uitvoering van de AWBZ wordt in handen gelegd van verzekeraars, de huidige financiering per handeling in de AWBZ verandert in financiering op resultaat en onderdelen van specialistische zorg onderdelen gaan naar basiszorg.

Vanuit het oogpunt van kwaliteit en doelmatigheid is ketenontwikkeling een belangrijke prioriteit. Dit heeft zijn weerslag op de wijze waarop kwaliteit inzichtelijk wordt gemaakt: er kan niet meer worden volstaan met een beschrijving van de kwaliteit binnen één sector, maar de zorg zal, inclusief het gebruik van genees- en hulpmiddelen, integraal moeten worden benaderd. Voor de kwaliteit van de zorg is goede afstemming tussen de verschillende zorgaanbieders in bijv. zorgketens noodzakelijk.

De VBZ wil hier in goede samenwerking met andere partijen aan bijdragen. De leden van de VBZ willen beschikken over goede informatie over samenwerkingsmogelijkheden, financieringssystemen/ inkoopvoorwaarden, best practices.

Wat is het overheidsbeleid, wat gebeurt er in de wet- en regelgeving, maar ook welke zorgketens en initiatieven zijn er in de regio, wat gebeurt er in andere regio's en in landelijke platforms, welke zorgstandaarden zijn reeds ontwikkeld. Welke vraag naar ketenzorg is er bij de patiënt en wat zijn voor de zorgaanbieders in de regio de mogelijkheden en kansen. Welke problemen zijn oplosbaar door samenwerking?

De ontwikkeling naar ketenzorg heeft grote gevolgen op het gebied van personeel en competenties van personeel. Hier ligt een belangrijke relatie met het programma arbeidsmarkt, HRM en scholing.

**Taken:**

- Ondersteunen en faciliteren op het gebied van wet- en regelgeving
- Signaleren van knelpunten in het levering van zorg
- Bespreking van interpretatie en uitvoering van landelijk beleid in de regio.

**Beoogd resultaat:**

Een goed inzicht in en overzicht van de zorgvraag en van de ontwikkelingen in beleid van de zorg en specifiek op het terrein van ketenzorg. Goede kennis van de consequenties, keuzes, dilemma's eisen, mogelijkheden en grenzen.

Goede kennis van de benodigde condities en middelen inclusief de relatie met arbeidsmarkt en personeel. Mogelijkheden tot beïnvloeding en optimalisering van de condities. Basis voor presentatie naar derden van de ontwikkelingen en wat daarvoor nodig is vanuit het perspectief van de zorg.

**Planning en middelen**

Doorlopende activiteit

10 upw

**Werkplan 2011 en resultaten****• Ondersteunen en faciliteren op het gebied van wet- en regelgeving**

Er is de afgelopen jaren veel veranderd in het beleid voor de zorg. Belangrijke delen van de zorg gaan naar de WMO, andere delen naar de ZVW. Dit leidt tot andere bekostiging van zorgonderdelen.

*Op diverse beleidsonderwerpen heeft de VBZ haar leden advies of informatie verstrekt.*

*Deze onderwerpen betroffen o.a. de pakketmaatregel van de overheid, specifieke onderdelen van het inkoopdocument van Achmea, medisch specialistische zorg, zorgwoningen.*

**• Creëren van kennis en inzicht in de ontwikkeling van noodzakelijke samenhang en samenwerking in de zorg**

*In een bestuurlijk overleg in april zijn regionale ontwikkelingen in samenhang en samenwerking in de zorg besproken.*

**• Signaleren van knelpunten in de levering van zorg**

*Met het zorgkantoor is gesproken over de grote wachtlijsten die er zijn voor intramurale psychogeriatrische zorg. Besproken is de mogelijkheid om crisisbedden in te mogen zetten voor mensen die reeds beschikken over een AWBZ indicatie. In haar inkoopbeleid heeft Achmea dit voorstel niet overgenomen. In de bilaterale productieafspraken kan het onderwerp opnieuw aan de orde worden gesteld.*

**• Bespreking van interpretatie en uitvoering van landelijk beleid in de regio.**

In het *Tactisch Overleg* vindt bespreking plaats van interpretatie en uitvoering van landelijk beleid in de regio. Aan het *Tactisch Overleg* nemen deel hoofden zorgbemiddelingsbureaus van de AWBZ zorgaanbieders Kennemerland, loket nazorg van het KG, SZ, het CIZ en Bureau Zorgtoewijzing van het zorgkantoor Achmea.

Op basis van de ervaringen in de uitvoering van beleid en signalering, worden concrete zaken besproken die aan de orde zijn in de beslisketen indicatie – zorgtoewijzing – opname / uitvoering.

Indien bestuurlijke besluitvorming nodig is, is het *Tactisch Overleg* voorbereidend voor een bestuurlijk overleg, of het bestuur VBZ.

**Resultaat:**

*Het tactisch Overleg heeft één keer per zes weken plaatsgevonden. De opkomst en motivatie van de deelnemers is hoog. In maart melde Achmea dat zij voornemens was zelf een tactisch overleg in eigen beheer te starten met de zorgbemiddelingsbureaus van de V&V instellingen intramurale zorg in de regio Midden- en Zuid Kennemerland en Zaanstreek/Waterland. Na protest van de VBZ leden heeft Achmea besloten om voor de regio Kennemerland een uitzondering te maken op hun landelijke beleid en het goed lopende tactisch overleg in deze regio te honoreren. Dit betekent dat Achmea structureel aanwezig is op het regionale tactisch overleg.*

**Werkplan 2012**

- Voorzetting van bestaande activiteiten.
- Bespreking binnen de VBZ van de ontwikkelingen in bekostiging van (keten-) zorg en daaraan gerelateerde vragen.
- De website van de VBZ zal als communicatiemiddel naar en tussen de leden verder worden ontwikkeld.
- Verder zal een actief relatiebeheer worden gevoerd naar de landelijke organisaties en netwerken in andere regio's. Het VBZ bureau is beschikbaar als gesprekspartner en / of vraagbaak t.b.v. zorgmanagers voor ketenzorgontwikkeling.

**3.2.2. Ketenontwikkeling en substitutie van zorg****Omschrijving**

De zorgsector krijgt te maken krijgt met grote en ingrijpende ontwikkelingen en veranderingen. Dubbele vergrijzing en toename van het aantal mensen met chronische aandoeningen leidt ertoe dat de zorgvraag stijgt. Het aantal mensen dat in de zorg kan werken neemt echter af. De zorgvraag verandert bovendien, vooral i.v.m. chronische aandoeningen en beperkingen. Goede zorg dicht bij huis, laagdrempelig, snel en efficiënt, ofwel geïntegreerde 1<sup>e</sup> en 2<sup>e</sup> lijnszorg past het beste bij deze ontwikkelingen. De zorgvrager wordt steeds meer een kritische klant, die wil kunnen kiezen en wil goede dienstverlening. Bij dit alles stuurt de overheid op het uitvoerbaar en (in het collectieve segment) betaalbaar houden van de zorg. De overheid streeft naar beperking van gebruik en kosten van de professionele zorg. Naar verschuiving van specialistische zorg naar zorg in de eerste lijn en preventie. De bezuinigingen op collectieve uitgaven ten gevolge van de kredietcrisis geven een extra druk.

De zorgaanbieders zullen meer dan in het verleden moeten gaan samenwerken, niet alleen in de 2<sup>e</sup> lijn, maar juist ook in samenwerking met de eerstelijns.

Centraal staan twee belangrijke te realiseren verschuivingen in de zorg:

- Substitutie van zorg: verschuiving van specialistische zorg en behandeling uit ziekenhuizen naar basiszorg, verschuiving van intramurale zorg naar zorg thuis en dicht bij huis (extramuralisering en vermaatschappelijking van de zorg)
- Ketenvorming: realiseren van samenhang in de zorg, met name bij chronische aandoeningen en acute zorg.

Voor deze ontwikkelingen is een forse versterking en concentratie nodig van de basiszorg, de zorg dicht bij huis en aan huis (wijk- of gebiedsgerichte zorg). Hier ligt een belangrijke relatie met het programma Wijkgericht Werken, basiszorg, inhoud, vorm en beheer.

**Taken**

- Op geleide van de vraag van de cliënt en vanuit een gezamenlijke verantwoordelijkheid voor de zorg in de regio komen tot regionale afstemming in de te realiseren versterking van

de basiszorg (zorg in de wijken) en de samenhang tussen deze basiszorg en specialistische zorg, incl. intramurale verpleging en verzorging.

- Formuleren en uitwerken van een regionale visie en aanpak.
- Monitoren en zo nodig stimuleren van deze ontwikkelingen in de zorg in de regio.
- Kennis verzamelen over alle ontwikkelingen die bijdragen aan de transitie van specialistische zorg / basiszorg.
- Bespreken en gezamenlijk aanpakken van knelpunten
- Monitoren van de vraag van de cliënt via patiëntenverenigingen en Zorgbelang.

#### **Beoogd resultaat**

Er is een doelgerichte en effectieve aanpak, in goede samenwerking met andere relevante partijen, gericht op het realiseren van de beoogde veranderingen.

#### **Planning en middelen**

Doorlopende activiteit

Uitwerking waar nodig en gewenst in projecten

10 upw

#### **Werkplan 2011 en resultaten**

*Regionaal Overleg Basiszorg- Specialistische zorg (RBS)*

Vanaf eind 2010 is geïnvesteerd in het opbouwen van een overlegtafel van vertegenwoordigers van de eerste en de tweede lijn in Zuid-Kennemerland (ZONH en VBZ). De centrale vraag in het overleg was of men meer en beter met elkaar moet samenwerken en zo ja, hoe gaan we dat doen?

#### *Resultaat*

*Maart 2011 zijn de eerste afspraken gemaakt voor een geregelde vorm van overleg. De VBZ en ZONH zijn de partners in dit overleg. Gekeken wordt wat de zorgverleners van elkaar nodig hebben en hoe ze elkaar kunnen vinden bij het zoeken van oplossingen voor problemen in de zorg. Het RBS draagt bij aan het optimaliseren van de randvoorwaarden en condities voor de gewenste ontwikkelingen.*

*Het RBS kent een lichte structuur: een strategisch bestuurlijk overleg en een kerngroep voor voorbereiding en operationeel. Een gezamenlijke visie en duidelijkheid over wat gezamenlijke regie moet en kan zijn, dat moet groeien. Kernbegrippen hierbij zijn: vertrouwen, afstemmen, delen van informatie (mede om versnippering te voorkomen), maar ook anderen gunnen.*

*Het RBS is zowel in bestuurlijk als in kerngroepverband enkele keren bijeen geweest. Aan de hand van "boodschappenlijstjes" zal de agenda bepaald worden.*

*Na een eerste aftasting en verkenning is er in de kerngroep een concreet gezamenlijk onderwerp opgepakt.*

*De partijen in het RBS willen het initiatief nemen en houden in de ontwikkeling van zorgketens. Het RBS wil de krachten bundelen om op regionale wijze gezamenlijke/ integrale zorgpakketten aan te bieden om de samenhang in de zorgketens te realiseren.*

#### **Werkplan 2012**

- Voortzetting ontwikkeling en ondersteuning van het RBS ZK in samenwerking met ZONH
- Verder onderzoeken van mogelijkheden en kansen van een RBS in de andere deelregio's, waar mogelijk initiatieven nemen
- Bevorderen van deelname van zorgverzekeraar(s) aan het RBS
- Nader bespreken van de gebiedsindeling van de regio, in relatie tot die van andere externe partijen (gemeenten, eerstelijns en zorgverzekeraars). Wat kan regionaal, wat moet subregionaal?

### 3.2.3. Relatie/ samenwerken met zorgverzekeraars en gemeenten

#### Omschrijving

Ketenontwikkeling is een vorm van innovatie. Daarom zijn er vaak fricties met bestaande wet- en regelgeving. De overheid stimuleert de ontwikkeling van ketenzorg, maar vaak levert de vertaling en interpretatie van het beleid en van de wet- en regelgeving door CVZ, NZa, zorgverzekeraars knelpunten in de ontwikkeling naar en uitvoering van ketenzorg.

Door ketenzorg ontstaan vaak nieuwe producten of functies die niet passen binnen de huidige financieringssystematiek. Daarnaast spelen de verschuivingen van AWBZ naar ZVW en WMO en de al dan niet integrale bekostiging van ketenzorg in keten DBC's. Met de invoering en uitbreiding van het domein van de WMO neemt de rol van gemeenten toe, met belangrijke raakvlakken met de zorg. Bij integrale zorgprocessen is een belangrijke taak voor de gemeenten weggelegd in vroegsignalering en preventie.

Er is een keur aan condities en randvoorwaarden. Zorgverzekeraars, maar ook de verschillende gemeenten, kunnen allemaal hun eigen beleid voeren, regelingen hanteren en keuzes maken als het gaat om zorgarrangementen die noodzakelijk zijn om de samenhang in de zorgketens te realiseren. Zorgaanbieders in de regio stellen voorop dat zij met elkaar en in de hele regio de optimale zorg willen leveren voor de klant. De VBZ streeft naar het bundelen van krachten om op regionale wijze gezamenlijke/ integrale zorgpakketten aan te bieden aan zorgverzekeraars en gemeenten, ook als straks meerdere zorgverzekeraars over de hele linie (ZVW en AWBZ) zorg gaan inkopen. De VBZ doet dit onder andere door met de diverse instanties en verzekeraars het gesprek aan te gaan over hun visie op ketenzorg, over de knelpunten die zich in de praktijk voordoen en de randvoorwaarden voor het ontwikkelen van ketenzorg in de regio.

#### Taken

1. Regionaal aanspreekpunt voor en onderhouden van relaties met gemeenten, zorgkantoren, zorgverzekeraars en (landelijke) instanties en organisaties.
2. Bespreekbaar maken en oplossen van knelpunten in ketenzorg. Behartigen van mogelijkheden tot noodzakelijke afstemming tussen AWBZ, ZVW en WMO en over de grenzen daarvan heen.

#### Beoogd resultaat

De VBZ heeft goede contacten en relaties met relevante overheden en instanties, kent de taal en weet de weg. Als regionale brancheorganisatie realiseert de VBZ een positie van waaruit kan worden bijgedragen aan het bevorderen van goede condities en randvoorwaarden voor ketenontwikkeling en het oplossen van fricties en knelpunten.

#### Planning en middelen

Doorlopende activiteit.

4 upw

#### Werkplan 2011 en resultaten

Verder ontwikkelen van een goede samenwerking en afstemming met Achmea en het Zorgkantoor, zodat Achmea en zorgkantoor participeren in regionale ontwikkelingen en goed bereikbaar zijn voor het oplossen van problemen en knelpunten.

*Resultaat*

*In 2011 heeft regelmatig overleg plaatsgevonden met diverse afdelingen binnen Achmea (zorginkoop, innovatie) over financiering van ontwikkelingen binnen ketenzorg. Achmea steunt de ontwikkelingen in de regio en innovaties in de zorg, als dit leidt tot goede of betere zorg, reductie van kosten en doelmatig qua inzet van personeel. Het contact met Achmea heeft nog niet geleid tot het gezochte resultaat. De wens om te komen tot bestuurlijk overleg en actieve participatie van Achmea in de regio is in september opnieuw aan de orde gesteld.*

*Tevens heeft met Zorg&Zekerheid een kennismaking plaatsgevonden over het beleid van Z&Z ten aanzien van ketenzorg.*

#### **Werkplan 2012**

- Sterke voortzetting van ontwikkeling en onderhoud van relaties met zorgverzekeraar(s) op het gebied van ketenontwikkeling
- Versterken van relaties met gemeenten voor het ontwikkelen van ketenzorg. Zoeken naar een pragmatische en werkbare keuze waarbij met gemeenten afspraken kunnen worden gemaakt.
- Het op de agenda zetten van de ontwikkeling van basiszorg, mede in relatie tot het VBZ programma Wijkgericht Werken.

### **3.2.4. ICT en keteninformatisering**

#### **Omschrijving**

Voor de kwaliteit en doelmatigheid van de zorg is het belangrijk dat iedere zorgverlener in alle fasen van het zorgproces snel kan beschikken over alle relevante informatie over een patiënt of cliënt. Dit vraagt om ontsluiting en beschikbaarheid van de informatie over een cliënt of patiënt in een integraal zorgdossier en een goede maar ook beveiligde toegang tot die informatie. Toepassing van ICT maakt dit mogelijk.

Door de sterke opkomst van integrale zorgketens of zorgpaden wordt de noodzaak van goede beschikbaarheid van integrale patiëntinformatie voor iedere zorgaanbieder binnen de keten versterkt. Met zorgketens ontstaat bovendien de noodzaak tot verzamelen van informatie over de wijze waarop een zorgketen functioneert en presteert.

De toepassing van ICT moet het realiseren van de noodzakelijk geachte communicatie en beschikbaarheid van informatie binnen zorgketens mogelijk gaan maken en ondersteunen:

- de uitwisseling van *patiëntinformatie* tussen zorgaanbieders en de beschikbaarheid en toegankelijkheid van die informatie
- de verzameling en registratie van informatie over het functioneren en de prestaties van zorgketens (keteninformatie)
- de wijze waarop de toepassing van ICT dit alles kan ondersteunen en faciliteren (ICT als middel)

#### **Beoogd resultaat**

Het onderwerp patiëntinformatie en ICT nadrukkelijk op de VBZ agenda plaatsen en te komen tot een regionale visie op patiëntinformatie en ICT.

#### **Planning en middelen**

- Doorlopende activiteit: geïntensiveerd
- Keteninformatisering: 2 upw

#### **Werkplan 2011 en resultaten**

*Voorzetting overleg SDSK*

Vanuit het bureau is steeds een goed contact onderhouden met het bureau van de Stichting Digitale Snelweg Kennemerland (SDSK). De SDSK kan een partner zijn voor de VBZ op het gebied van keteninformatisering met ICT. Het bureau heeft deelgenomen aan een viertal workshops van de SDSK over regionale mogelijkheden en wensen.

#### *Leeghwaterinitiatief van De Kring Noord- Holland Midden*

Doel van het Leeghwaterinitiatief is het vormgeven van een bestuurlijk kader van de ontwikkelingen en implementatie van ICT in de regio.

Met bemiddeling van het Spaarne Ziekenhuis (voorzitter SDSK) is contact gelegd met de betrokken beleidsfunctionarissen van De Kring. Er is in januari een gesprek geweest.

De VBZ (op bureau-niveau) wordt betrokken bij het initiatief.

#### *Themabijeenkomst ICT en keteninformatisering*

In september heeft een themabijeenkomst ICT en keteninformatisering plaatsgevonden. Het doel van de bijeenkomst was kennis en informatie met elkaar te delen over de huidige landelijke en regionale ontwikkelingen en te komen tot een regionale visie op ICT. Welke initiatieven zijn er, wat is de stand van zaken daarvan, wat missen we nog, hoe kunnen we verder en hoe kunnen we informatie blijven delen? Aan de hand van een presentatie van het Leeghwaterinitiatief en van de SDSK is besproken wat een initiatief van de VBZ kan toevoegen aan bestaande initiatieven. De aanwezigen pleitten voor een verbinding van de VBZ met bestaande initiatieven. Door het geringe aantal bestuurders aanwezig op de bijeenkomst was er gebrek aan bestuurskracht om een regionale visie te bespreken.

#### *Keteninformatisering*

In de regio worden zorgketens ontwikkeld, door verschillende partijen. Altijd komen bij het vormgeven van de keten een keteninformatiesysteem aan de orde. Het benodigde systeem kan verschillen afhankelijk van het model van de keten. Los van het ICT debat in de regio is het voor de ketenprojecten van belang dat er een oplossing gevonden wordt voor keteninformatisering, dit om de voortgang van de projecten te waarborgen.

Binnen de verschillende zorgketenprojecten is aandacht gevraagd voor keteninformatisering. Er zijn voor de verschillende projecten programma's van eisen opgesteld.

#### **Werkplan 2012**

- Via het bureau wordt deelname aan het overleg met en binnen SDSK over o.a. keteninformatisering voortgezet.
- Er wordt een voorbereidingsgroep van enkele bestuurders en deskundigen samengesteld die een voorstel en aanpak voorbereiden. Het voorstel zal uitgaan van gedragen definities.
- Verkennen van mogelijkheden voor keteninformatisering
- Zoeken naar best practices voor keteninformatisering

**Er is op het gebied van ICT binnen zorgketens aandacht nodig voor regie en afstemming. Er moeten knopen worden doorgemaakt en keuzes worden gemaakt die meerdere partijen betreffen. Er is behoefte aan coördinatie, ondersteuning en kennis.**

## 4. PROGRAMMA ARBEIDSMARKT, HRM EN SCHOLING

Voor dit programma wordt hieronder een nieuwe aanpak beschreven voor de komende vier jaar. Deze opzet wijkt af van voorgaande jaren. Daarom is ervoor gekozen de verantwoording voor het VBZ programma Arbeidsmarkt, HRM en Scholing 2011 separaat te doen.

Met oog op de toekomstige arbeidsmarkt in zorg en welzijn, is de volgende missie van de VBZ-KAM in het kader van het programma Arbeidsmarkt, HRM en scholing geformuleerd:

***Missie VBZ programma Arbeidsmarkt, HRM en Scholing.***

*In het belang van de kwaliteit en de beschikbaarheid van zorg en welzijn optimaliseren van de arbeidsmarkt voor zorg en welzijn in de regio Kennemerland, Amstelland en Meerlanden, zodat er voldoende personeel is, met de juiste bekwaamheid.*

Nederland vergrijst, de levensverwachting neemt toe en daarmee ook de zorgvraag. Er komen in de toekomst steeds meer ouderen met meervoudige aandoeningen en meer chronisch zieken. Terwijl er in 2025 niet of nauwelijks meer arbeidskrachten zijn dan in 2007, zijn er landelijk dan wel 470.000 extra werknemers voor de zorgsector nodig.

De ontwikkelingen in de zorg, zoals extramuralisering, vermaatschappelijking, zorg aan huis en kleinschaligheid hebben een grote invloed op de vraag naar personeel, naar omvang en kwaliteit. Daar moet tijdig op worden ingespeeld, dat is de eerste opdracht. Andersom zal bij het inzetten van inhoudelijke veranderingen in de zorg echter ook gekeken moeten worden naar de arbeidsmarkteffecten. Geclusterd zorg leveren is veel efficiënter dan zorg aan huis. Daarnaast is sprake van een kwalitatieve mismatch op de arbeidsmarkt voor de zorg. De vraag naar lager geschoolde functies neemt af, de vraag naar hoger geschoolde functies neemt toe, met het aanbod ligt het precies omgekeerd. De fricties op de arbeidsmarkt, en dus ook de gewenste oplossingen, verschillen per subregio.

Deze knelpunten op de arbeidsmarkt in de regio vragen om een actieve en strategische benadering.

De aanpak voor de komende vier jaar is conform het werkplan in 2011 uitgebreid besproken met de leden. Er is een Adviesteam HRM ingesteld. Portefeuillehouder, adviesteam en bureau hebben samen gewerkt aan de nieuwe aanpak. Daarnaast zijn in de periode februari tot juli 2011 werkbezoeken gebracht aan managers HRM en opleidingsmanagers in de regio.

Landelijk ervaren werkgevers knelpunten bij het aantrekken van (nieuw) personeel en op gebied van:

- de beheersing van de werkdruk;
- de beschikbaarheid van personeel;
- de vergrijzing onder het personeelsbestand;
- ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid;
- loonkosten (in mindere mate);
- inzetbaarheid en flexibiliteit
- de over- of onderkwalificatie van personeel.

Uit de inventariserende gespreksrondes in de regio met de leden en het adviesteam (maart tot met juni 2011) zijn de volgende inhoudelijke onderwerpen aan de orde gekomen:

- Toenemende tekorten op de arbeidsmarkt op de middel/lange termijn.
- Arbeidsbesparende innovaties in de zorg(slimmer werken met meer kwaliteit) m.b.v. o.a. Domotica.

- Toename flexibiliteit (o.a. ZZP) op de arbeidsmarkt; in het bijzonder de nieuwe medewerker.
- Toename technologische ontwikkelingen; uitdaging voor de (nieuwe) medewerker (wat is haalbaar in relatie met het huidige kennisniveau van zittend personeel).
- Leven Lang Leren (vorm en inhoud voor de toekomst).
- Vergrijzing van de huidige arbeidspopulatie (gezondheidsmanagement).
- Strategische HR/personeelsplanning 2-5 jaar.
- Diversiteitbeleid.
- Inhoudelijke zorgontwikkelingen en de invloed op het competentieprofiel (onderwijs). inclusief het in beeld brengen van de competentievoorraad van de regio.
- PR & Imago VBZ 2012-2016 (online marketing en beeldvorming & imago).

#### **Landelijk subsidie**

Stichting Regio Plus, het samenwerkingsverband van 15 regionale werkgeversorganisaties in de zorg waaraan ook de VBZ deelneemt, heeft bij VWS met succes gepleit voor een nieuwe subsidieregeling 'Op weg naar balans', voor de periode 2012-2015. Ook voor de VBZ betekent dit dat de komende vier jaar subsidie beschikbaar is voor regionaal arbeidsmarktbeleid.

In overleg met Regio Plus is gekozen voor een vernieuwde aanpak en daarmee samenhangend de introductie van vijf programmalijnen, die ook in dit werkplan worden aangehouden.

### **4.1. De Speerpunten**

In de afgelopen beleidsperiode (vier jaar) heeft de VBZ in het programma Arbeidsmarkt, HRM en Scholing gewerkt met vier speerpunten:

1. Onderzoek en analyse.
2. Condities en randvoorwaarden, externe relaties.
3. Beleid en activiteiten gericht op een goed werkende arbeidsmarkt.
4. Bieden van ondersteunende en aanvullende activiteiten en diensten voor de leden.

Voor de komende periode van vier jaar (2012 – 2016) is gekozen voor 5 programmalijnen



### **Activiteiten buiten de programmalijnen**

Naast de programmalijnen zijn in dit programma een aantal voorwaardenscheppende activiteiten opgenomen.

- Coördinatie van de activiteiten en projecten.
- Participatie in Regio Plus infrastructuur (participatie in expertgroep, klankbordgroep en Regionaal Managers Overleg).
- Stimuleren van regionale samenwerking met regionale en landelijke stakeholders (onderwijs, gemeenten, provincie, leveranciers, Calibris, Platform Arbeidsmarkt en Onderwijs, participatie Stuurgroepen, adviesraden).
- Namens de leden VBZ afsluiten, monitoren van mantelovereenkomsten (NS, Functiemediair, Mercuri Urval, Randstad, L & M sociale Zekerheid, EVC kenniscentrum).

## **4.2. Activiteiten programma Arbeidsmarkt, HRM en Scholing**

Om een invulling te geven aan het werkplan 2012 en verdere jaren zijn de bestaande activiteiten/projecten 2011 en nieuwe projecten geïntegreerd binnen de vijf programmalijnen. Hieronder een uitwerking. Vanuit het adviesteam HRM zijn de programmalijnen Strategisch Arbeidsmarktbeleid en @nders Werken als speerpunten aangewezen.

Het bureau van de VBZ (Bureau Lindenhoek) krijgt daarbij drie taken:

- het verrichten van onderzoek
- uitvoering geven aan en ondersteunen van projecten en initiatieven
- vervullen van de rol van expert en sparringpartner voor de leden van de VBZ.

### **4.2.1. Programmalijn Strategisch Arbeidsmarktbeleid (speerpunt 2012)**

#### **Omschrijving**

Zowel om aan de arbeidsvraag tegemoet te kunnen blijven komen, als te weten waar de bottlenecks zich bevinden in deze toekomstige vraag, is het van belang dat zorgorganisaties strategisch arbeidsmarktbeleid voeren. Het is duidelijk is dat hier een (groot) gedeelte van de oplossing ligt. Om deze reden krijgt dit onderwerp dan ook steeds meer aandacht en zal dit in de toekomst alleen maar verder toenemen. De VBZ stelt dat een belangrijke randvoorwaarde voor strategisch arbeidsmarktbeleid is te beschikken over betrouwbare arbeidsmarktgegevens van de regio. De individuele instellingen zijn daar mede voor verantwoordelijk

#### **Beoogd resultaat**

De VBZ stelt dat een belangrijke randvoorwaarde voor strategisch arbeidsmarktbeleid is te beschikken over betrouwbare arbeidsmarktgegevens van de regio. De individuele instellingen zijn daar mede voor verantwoordelijk.

#### **Planning en middelen**

Doorlopende activiteit, geïntensiveerd.  
32 uur per week.

#### **Werkplan 2012**

Bewustwording, draagvlak en informatie-uitwisseling

Netwerk HRM

#### Projecten/activiteiten

Het in samenwerking met de leden VBZ vergaren van data/informatie op instellingsniveau ten behoeve van regionale arbeidsmarktinformatie.

Het leveren van adequate en relevante (arbeidsmarkt)informatie in relatie met de ontwikkelingen in Zorg en Welzijn (koppeling met demografische ontwikkelingen op de lange termijn, Trendrapport VBZ)

Strategische Personeelsplanning (workshopreeks 2011/2012).

Onderzoek naar ondersteunende instrumenten Strategische Personeelsplanning.

### **4.2.2. Programmalijs Werven met Beleid**

#### **Omschrijving**

In het tegemoet komen aan de grote personeelsvraag, wordt vaak in eerste instantie gedacht aan instroom. Dit is echter maar een onderdeel van de oplossing. Voor een optimale instroom staat 'werven met beleid' centraal. Om aan de groeiende personeelsvraag te kunnen blijven voldoen, is een positief beeld en imago van (het werken in) de sector van groot belang. Zowel om de instroom te kunnen bevorderen, als om het behoud van zittend personeel te stimuleren.

Zorg- en welzijnsinstellingen doen zelf al veel op het gebied van profilering en werving. Soms zelfstandig, soms in samenwerking met andere organisaties. De VBZ-KAM ondersteunt hen daarin, in een initiërende en coördinerende rol (Infopunt Zorg), waardoor activiteiten slimmer kunnen worden georganiseerd. Er ligt een urgentie bij de leden van de VBZ en het bureau van de VBZ om snel in te kunnen inspelen op vernieuwingen met betrekking tot arbeidsmarktcommunicatie.

#### **Beoogd resultaat**

Zorg- en welzijnsinstellingen doen zelf al veel op het gebied van profilering en werving. Soms zelfstandig, soms in samenwerking met andere organisaties. De VBZ-KAM ondersteunt hen daarin, in een initiërende en coördinerende rol (Infopunt Zorg) waardoor activiteiten slimmer kunnen worden georganiseerd. Er ligt een urgentie bij de leden van de VBZ en het bureau van de VBZ om snel in te kunnen inspelen op vernieuwingen met betrekking tot arbeidsmarktcommunicatie waarbij elkaar versterken voorop staat.

#### **Planning en middelen**

Doorlopende activiteit.  
20 uur per week

#### **Werkplan 2012**

##### Bewustwording, draagvlak en informatie-uitwisseling

Netwerk Arbeidsmarktcommunicatie (snijvlak HRM en Communicatie)

##### Projecten/activiteiten (beoogd resultaat)

PR en Imagocampagne Infopunt Zorg (Stel je eens voor!). Deze activiteit wordt onderbouwd door een separaat Communicatieplan VBZ: PR en Imagoarbeidsmarkt 2012-2016). Onderdelen:

- Open Dag van de Zorg in samenwerking met Regio Plus.
- Regionale voorlichting aan diverse doelgroepen (inzet presentatieteam Infopunt Zorg)
- Infopunt Zorg, informatieloket (bereikbaar per mail/telefoon, vijf dagen per week)

- Website [www.infopuntzorg.nl](http://www.infopuntzorg.nl) inclusief vacaturebank. Extra stimulans werven met beleid middels Social Media (Twitter, Facebook, Hyves, LinkedIn) in samenwerking met de leden van de VBZ inclusief verbinden van individuele websites van leden VBZ met [www.infopuntzorg.nl](http://www.infopuntzorg.nl)
- Ondersteuning instroomprojecten in het kader van instroom van personeel (zorgconvenant Regio Plus en 12.000 banenplan) in samenwerking met UWV, Calibris, gemeenten, leden VBZ, Nova College.

### 4.2.3. Programmalijn Leren en Werken (kwalificeren voor de toekomst)

#### Omschrijving

De aansluiting van het onderwijs op de arbeidsmarkt blijft een noodzakelijk punt van aandacht. Om de noodzakelijke zorg te kunnen blijven leveren is het belangrijk dat er tijdig voldoende scholieren en studenten instromen in de verschillende zorgopleidingen. Er is nog steeds te veel sprake van een niet sluitende afstemming tussen de eisen vanuit de beroepspraktijk in de instellingen en de inhoud van de opleidingen zelf. Hoewel er op verschillende plaatsen aandacht wordt besteed aan het ontwikkelen van doorlopende leerlijnen, aan competentie-eisen vanuit het veld en vertaling naar de curricula, bestaat er een grote behoefte van zorginstellingen om invloed uit te oefenen op de manier waarop leerlingen worden afgeleverd. Meer gezamenlijke verantwoording, effectievere afstemming en regionale regievoering kunnen bijdragen aan betere en meer toekomstgerichte opleiding van benodigde zorg. Er bestaat bij de leden van de VBZ daarnaast sterk de wens om sneller te kunnen inspelen op trends en verwachtingen. Daarnaast dient deskundigheidsbevordering te worden bevorderd; dit om in de toekomst te beschikken over een adequate competentievoorraad in de regio.

#### Beoogd resultaat

Meer gezamenlijke verantwoording, effectievere afstemming en regionale regievoering kunnen bijdragen aan betere en meer toekomstgerichte opleiding van benodigde zorg. Er bestaat bij de leden van de VBZ daarnaast sterk de wens om sneller te kunnen inspelen op trends en verwachtingen. Daarnaast dient deskundigheidsbevordering te worden bevorderd; dit om in de toekomst te beschikken over een adequate competentievoorraad in de regio.

#### Planning en fasering

Doorlopende activiteit.  
20 uur per week.

#### Werkplan 2012

##### Bewustwording, draagvlak en informatie-uitwisseling

Stuurgroep Leren en Werken (VBZ, ROC en HBO).

- kwalitatieve en kwantitatieve afstemming stageplaatsen (BPV)
- afspraken kwantitatieve (volume) en kwalitatieve instroombehoefte korte en langere termijn (beheren van de competentievoorraad voor de toekomst)
- Rendement van opleiden
- Vergroten van doorstroommogelijkheden MBO>HBO>HBO+
- Voorbereiden op leven lang leren

##### Projecten/Activiteiten (taken)

Platform Opleiden (agenderen nieuwe thema's en ontwikkelingen)

Project Leerklimaat (kwaliteit BPV begeleiding)

#### 4.2.4. Programmalijn Duurzame Inzetbaarheid

##### **Omschrijving**

Met oog op een vergrijzende beroepsbevolking is de oplossing ook gedeeltelijk gelegen in het gezond, vitaal en gemotiveerd houden van de beroepsbevolking in zorg en welzijn. Om die reden wordt er een programmalijn ontwikkeld op gebied van duurzame inzetbaarheid, zowel met oog op de vergrijzende beroepsbevolking, als met oog op het stimuleren van behoud van zittend personeel. Hierbij staan onder andere thema's als (beperking van) de werkdruk, fysieke belasting en agressie op de regionale agenda. Bij de leden van de VBZ bestaat er een sterke behoefte in de toekomst meer samenwerking te realiseren op het gebied van mobiliteit. Dit is vooral de verantwoordelijkheid van de leden, in mindere mate van de VBZ. Verder wordt bij deze programmalijn de verbinding gezocht met Strategisch HRM beleid. Meer aandacht zal besteed worden aan de flexibilisering van de arbeid.

##### **Beoogd resultaat**

Bij de leden van de VBZ bestaat een sterke behoefte om in de toekomst meer samenwerking te realiseren op het gebied van mobiliteit. Dit is vooral de verantwoordelijkheid van de leden, in mindere mate van de VBZ. Er wordt bij de programmalijn Duurzame inzetbaarheid de verbinding gezocht met Strategisch HRM beleid. Meer aandacht zal besteed worden aan de flexibilisering van de arbeid.

##### **Planning en middelen**

Doorlopende activiteit.  
20 uur per week.

##### **Werkplan 2012**

###### Bewustwording, draagvlak en informatie-uitwisseling (beoogd resultaat)

Kenniskring duurzame inzetbaarheid (op tactisch en strategisch niveau)

- Werkgroep Arbeid en Gezondheid
- Werkgroep Reintegratie (verzuim)
- Werkgroep Gezond en Zeker (Fysieke belasting)
- Werkgroep Mobiliteit (loopbaanontwikkeling en flexibilisering van de arbeid)

###### Projecten/Activiteiten (taken)

Themabijeenkomsten Duurzame inzetbaarheid (Doel: bewustwording en draagvlak creëren op uitvoerend niveau vanuit vier invalshoeken (zie werkgroepen).

Projecten en initiatieven 2012.

#### 4.2.5. Programmalijn @nders Werken

##### **Omschrijving**

Ook in de meest recente Arbeidsmarktbrief VWS 2011 is aandacht besteed aan @nders werken. Zeker is dat de arbeidsmarkttekorten niet opgelost zullen worden door middel van het voortzetten van wat we reeds doen. Het is daarom essentieel dat vernieuwende zorgconcepten ontwikkeld worden en dat de sector en alle daarbij betrokken partijen (gestimuleerd worden te) blijven innoveren. Niet alleen is het hierdoor mogelijk om in de toekomst de kwaliteit van zorg beter te waarborgen (of zelfs te verbeteren), maar ook carrièremogelijkheden kunnen hierdoor toenemen, hetgeen de sector in z'n geheel

aantrekkelijker maakt en bijdraagt aan een positievere beeldvorming en imago. Voor de VBZ staat vast dat voor de toekomst de volgende ontwikkelingen een belangrijke rol gaan vervullen:

- Ontstaan van andere/nieuwe functies en beroepen door veranderingen in de zorg.
- Toename van de toepassing van functiedifferentiatie en taakherschikking.
- Toename van de toepassing van Robotica/Domotica
- Toename van gebruik van technologie in het zorgproces.
- Ontwikkeling van nieuwe zorgconcepten.
- Verbeteren efficiency, effectiviteit en bedrijfsvoering

#### **Beoogd resultaat**

De VBZ zal zich in 2012 concentreren op de ontwikkelingen van de gehele sector in relatie met @nders werken. Daarbij zal de blik naar buiten worden gericht (marktontwikkelingen en best practices). Verder wordt nadrukkelijk de link gelegd met de ontwikkelingen van de programmalijnen Wijkgericht Werken en Transmuraal Werken van de VBZ.

#### **Planning en middelen**

Doorlopende activiteit, geïntensiveerd.  
20 uur per week.

#### **Werkplan 2012**

Bewustwording, draagvlak en informatie-uitwisseling (beoogd resultaat)

Oprichten 'denktank @nders Werken' (inclusief extern deskundigen)

#### Projecten/activiteiten

Themabijeenkomsten @nders Werken in afstemming met programmalijnen Wijkgericht Werken en Transmuraal Werken VBZ

Projecten en initiatieven 2012.

## 5. OVERZICHT VAN FORMATIE-UREN

	2011	2012
	UREN	UREN
<b>BASISCONTRIBUTIE</b>	7	6
<b>ONDERZOEK EN TRENDANALYSE</b>	5	8
<b>COMMUNICATIE</b>		8
<b>PROGRAMMA WW</b>	20	24
<b>PROGRAMMA TW</b>	16	26
<b>PROGRAMMA AM</b>	28 + 102	24 + 116
<b>PROJECT SAIN</b>	4	4



BESCHRIJVING VAN ONTWIKKELINGEN IN DE ZORG, PER SECTOR

## **Beschrijving van ontwikkelingen in de zorgsector die zijn te verwachten of zich al voordoen, per sector.**

### **Specialistische zorg**

- Een grote beweging van herinrichting van het ziekenhuislandschap, mede gericht op kostenvermindering en efficiëntie.
- Verschuiving van klinische behandeling naar dagbehandeling (poliklinisch) en basiszorg.
- De aansluiting tussen ziekenhuiszorg en basiszorg (eerstelijns) is nog niet goed genoeg en moet beter.
- Concentratie complexe zorg, er komen minder algemene ziekenhuizen.
- Deconcentratie, er ontstaan op regionale schaal kleinere kernziekenhuizen voor specialistische klinische zorg met satellieten (m.n. poliklinische zorg).
- Specialisatie binnen vooral de planbare complexe zorg; ziekenhuizen leveren niet meer alle vormen van complexe zorg en gaan zich in verband met de te stellen kwaliteitseisen specialiseren in bepaalde aandoeningen en behandelingen (portfolioverdeling). Tot de kwaliteitsnormen behoren het minimum aantal keren dat een bepaalde behandeling per jaar wordt verricht, beschikbaarheid gespecialiseerde apparatuur en behandelteam.
- Gerelateerd aan de specialisatie ontstaan netwerken van ziekenhuizen met gespecialiseerde en academische centra.
- Ook deconcentratie van onderdelen van academische centra naar locaties van algemene ziekenhuizen.
- Verdere afname aantal ligdagen in ziekenhuizen, verdere verplaatsing van herstellende zorg en verpleging naar de basiszorg en voorzieningen voor verpleging en revalidatie, waarvoor de capaciteit dan wel gerealiseerd moet worden.
- Voortgaande ontwikkeling van zelfstandige behandelcentra voor bepaalde specialismen, behandelingen en aandoeningen. Hier vooral ook aanbod van zorg en behandeling buiten de collectieve middelen. Over het algemeen nemen ZBC's niet deel in zorgketens.
- Ordening van een belangrijk deel van ziekenhuiszorg in zorgketens, vooral op regionale schaal.
- Binnen zorgketens verplaatsing van vooral zorg en behandeling bij chronische aandoeningen naar de basiszorg en de care.
- Versterking van de kwaliteit en doelmatigheid van de acute en spoedeisende zorg in een acute zorgketen. De (hoog)complexe acute zorg is onderdeel van de specialistische zorg, de niet-complexe acute zorg behoort bij de basiszorg.
- In zorgketens meer aandacht voor preventie.

#### **Beleid Achmea:**

Selectieve inkoop, bepaalde prestaties alleen bij voldoende volume  
In toekomst kwaliteitsnormen voor alle ziekenhuisbehandelingen

Uit: Hoofdlijnenakkoord kostenontwikkeling ziekenhuiszorg, tussen VWS, NVZ (NFU en ZKN) en ZN d.d. 4-7-2011

- Zorgverzekeraars gaan de selectieve inkoop van zorg sterk uitbreiden. Er wordt gecontracteerd op basis van prijs, kwaliteit, doelmatigheid en gepast gebruik. Ongewenste praktijkvariatie wordt teruggedrongen.
- Waar dit uit oogpunt van kwaliteit, doelmatigheid en innovatie wenselijk is, zullen zorgaanbieders en zorgverzekeraars spreiding en specialisatie van ziekenhuisfuncties bewerkstelligen.

- Op basis van diezelfde criteria wordt zorg steeds zo dicht mogelijk bij de patiënt in de buurt geboden.
- Overbodig geworden (ziekenhuis)capaciteit wordt afgebouwd, zodat er daadwerkelijk kwaliteits- en doelmatigheidswinst wordt geboekt. Zorgverzekeraars nemen het initiatief tot een herstructureringsfonds, waaruit hiermee samenhangende versnelde afbouw kan worden gecompenseerd.
- Dure geneesmiddelen worden doelmatiger voorgeschreven. De overheid draagt zorg voor strenger toelatingsbeleid van dure geneesmiddelen.

### **Eerstelijnszorg / basiszorg**

- Ontstaan van een eerste brede multidisciplinaire ring van basiszorg, voor zorg en behandeling aan huis of dicht bij huis (gebiedsgericht, meervoudige, gevarieerde gebiedsomvang).
- Integratie van huidige eerstelijnszorg in de basiszorg.
- De huisarts wordt de medische generalist binnen de basiszorg.
- Verdergaande functiedifferentie en invoering van gespecialiseerde verpleegkundigen (o.a. specialisatie op chronische aandoeningen) in de basiszorg, die een groot deel van de zorg en behandeling kunnen overnemen en daartoe bevoegd zijn.
- Overname door de basiszorg van een groot deel van de zorg en behandeling bij chronische aandoeningen; aandacht voor multimorbiditeit.
- Een groot deel van de basiszorg wordt zorg voor ouderen. De specialist ouderengeneeskunde (SOG) wordt onderdeel van de basiszorg.
- Basiszorg van de toekomst voorziet ook in basisGGZ en medische zorg voor bijzondere doelgroepen, zoals verstandelijk gehandicapten, in een wijk of gebied.
- Er is een regionale zorgketen voor palliatieve zorg, inclusief expertise en consultatiefunctie, met het zwaartepunt in de basiszorg.
- De Basiszorg vereist een sterke organisatie die alle disciplines bundelt en krijgt vorm in centra voor basiszorg.
- Onderdeel van de basiszorg is de niet-complexe acute zorg.
- Centra voor basiszorg moeten voorzien in goede 7 x 24 uren bereikbaarheid.
- Alle systeemfuncties (poortwachter, verwijzing etc) zijn exclusief ondergebracht in de georganiseerde basiszorg; (huis)artsen buiten de georganiseerde basiszorg hebben geen systeemfuncties.

### **Care algemeen**

- Algemeen een verdere extramuralisering en scheiden wonen en zorg. Onder voorwaarde van voldoende compensatie door ondersteunende maatregelen, voldoende geschikte woningen en voorzieningen, en de realisatie van de basiszorg, (zorg aan huis en dicht bij huis).
- De functie begeleiding, individueel en in groepsverband, en daarmee dagbesteding en dagactiviteiten, gaat naar de WMO / gemeenten. Onduidelijk is nog of gemeenten die activiteiten in de huidige vorm zullen blijven afnemen en van de huidige aanbieders, of niet.

### **Beleid Achmea Zorginkoop AWBZ 2012**

Langetermijnvisie op de AWBZ

- ✓ **Cliënt (van Achmea) centraal**, cliënt maakt zelf keuzes, Achmea wil dit ondersteunen, gidsfunctie. Daarvoor kennis over ontwikkeling in vraag en aanbod nodig.

- ✓ Met selectief inkoopbeleid zorgaanbieders stimuleren tot hoogwaardig en doelmatig zorgaanbod dat aansluit bij de wensen van de cliënt.
- ✓ **Vermaatschappelijking van de zorg.** Stimuleren verschuiving van grootschalig intramuraal naar kleinschalig en meer variëteit aan woonvormen. Realiseren keuzemogelijkheden **Ondersteunen van behoud eigen regie en zelfstandig wonen**, daarom stimuleren extramuralisering van de zorg. Volledig Pakket Thuis (VPT) moet als alternatief bij intensieve zorgvragen een belangrijk onderdeel gaan worden in het zorgaanbod.
- ✓ **Slimmere organisatie en uitvoering van de zorg**, kostenbesparing. Steun voor innovaties met meerwaarde voor cliënten (kwaliteit) en meer doelmatigheid. En leveren **integrale en afgestemde zorg met care en cure**. Samenwerkingsverbanden van eerste- en tweedelijnszorg en gemeenten zijn nodig.
- ✓ Uitvoering AWBZ door verzekeraars per 1-1-2013, dan meer mogelijkheden om zorg rondom cliënt beter te organiseren.

### Doelstellingen 2012

Anticiperen op knelpunten tussen zorgvraag en zorgaanbod.

- ✓ **Snel beschikbare, kwalitatief goede en passende zorg.** Cliënten kunnen mede op basis van goede informatie kiezen uit de gecontracteerde zorg.
- ✓ **Transparantie zorgkwaliteit**, o.a. inzet kwaliteitsinstrument (sector VVT)
- ✓ **Invloed cliënten op de zorg**, individueel op zorgplan ook georganiseerd op het beleid van de zorgaanbieder. Invloed van cliëntenraden en beleid voor inzet mantelzorg en vrijwilligerswerk zijn tariefsbepalende criteria.
- ✓ **Verbeteren beschikbaarheid, kwaliteit en doelmatigheid**, door innovatieve projecten. Stimuleren van innovaties
  - gericht op kwaliteitsverbetering, garanderen beschikbaarheid en doelmatige zorglevering;
  - gericht op continu verbeteren van processen (Lean- methode)
  - met als doel een samenhangend en integraal zorgaanbod te realiseren, en ook een samenhangende zorginfrastructuur van wonen, welzijn en zorg.
- ✓ **Samenhangend en afgestemd zorgaanbod.** Waar mogelijk inkoop van integrale zorg, belonen zorgaanbieders die zorg leveren waarbij cliënten het zorgproces als aaneengesloten en afgestemd ervaren. Binnen de AWBZ, maar ook met domeinen van ZVW en/of WMO.
- ✓ **Beperken afhankelijkheid van intramurale zorg**, meer VPT.

### Ouderenzorg

- Ouderenzorg wordt vooral zorg aan huis en dicht bij huis. Een groot deel van de ouderen zorg wordt onderdeel van de basiszorg.
- Naast voorzieningen uit collectieve middelen ook private initiatieven en voorzieningen op het gebied van wonen en zorg.
- Afname van intramurale zorg. In de intramurale zorg ontstaat een concentratie van zorg en verpleging voor mensen met een zwaardere zorgbehoefte. Daarnaast zullen intramurale centra ontstaan met een specialisatie op bepaalde aandoeningen of doelgroepen
- Meer specialisatie in de intramurale zorg verhoogt de noodzaak tot het regelen van samenhang in zorgketens, voor het behoud van integrale zorg voor de klant.
- Kleinschaligheid en meer differentiatie, m.n. op het gebied van wonen met zorg in bijzondere woonvormen en niet gespecialiseerde ouderen zorg.
- Als scheiden van wonen en zorg doorzet, ook in bekostiging, verdere afname van het "intramurale" karakter van intramurale zorg. Dit wordt dan - behoudens een kleine kern van intensieve verpleging - ook meer wonen / verblijf met additioneel zorg. (Buurtzorg binnen intramurale zorg).

### **Beleid Achmea Zorginkoop AWBZ 2012**

- ✓ Er is een verschuiving van een aanbod- naar een vraaggerichte markt, met andere vragen. Langer zelfstandig wonen, drempel voor intramurale zorg wordt hoger, vraag extramurale zorg stijgt.
- ✓ Met inkoopbeleid bijdragen aan verbetering zorginfrastructuur per zorgkantorregio of stedelijk gebied, daarbij over schotten tussen ZVW, WMO en AWBZ heen kijken.
- ✓ Goede afstemming tussen zorgverleners bij organiseren van zorg aan huis.
- ✓ Innovatie, vooral gericht op ketenzorg dementie.

### **GGZ**

- GGZ maakt onderdeel uit van ZVW, AWBZ en WMO.
- Er komen nu al veel nieuwe aanbieders op de markt op het gebied van enkelvoudige psychiatrische aandoeningen.
- De psychiatrie wordt meer een gespecialiseerde zorgketen binnen de algemene zorgstructuur (onderdeel basiszorg en algemene ziekenhuiszorg), inclusief expertise en consultatiefunctie.
- In het onderdeel cure binnen de GGZ zal een verdergaande herverdeling plaatsvinden tussen GGZ in basiszorg en in specialistische zorg, waarbij meer GGZ naar basiszorg gaat.
- Eerstelijns GGZ wordt een onderdeel van de basiszorg, met gespecialiseerde verpleegkundigen, SPV-ers.
- Er zal een actief, outreachend aanbod zijn van ambulante GGZ, georganiseerd in gebiedsgerichte teams.
- Klinische psychiatrie wordt meer dan nu een onderdeel binnen de specialistische zorg gesitueerd bij algemene en academische ziekenhuizen.
- Voor de chronische psychiatrie zijn de ontwikkelingen van toepassing die gelden voor de chronische zorg (care) in het algemeen, naar verwachting zelfs in sterke mate: extramuralisering, scheiden wonen en zorg, zelfstandig wonen, bijzondere woonvormen en - zeer beperkt en alleen voor de meest complexe problematiek - intramurale zorgcentra.  
Het basis uitgangspunt is zelfstandig wonen. Daarvoor moeten voldoende geschikte woningen beschikbaar zijn. Dat is in de praktijk nu vaak nog een knelpunt.
- Er is beleid en regie nodig wat betreft de spreiding en de locaties waar de doelgroep woont, dat is ook van belang voor efficiëntie in de begeleiding en de beschikbaarheid en nabijheid van voorzieningen.
- Primair is het gebruik van algemene voorzieningen: algemeen waar het kan, bijzonder waar het moet. Wast betreft de voorzieningen moet er rekening mee worden gehouden dat de mobiliteit van de doelgroep in langdurige zorg beperkt is.
- De verplaatsing van de functie begeleiding kan grote gevolgen hebben voor het huidige aanbod in de chronische psychiatrie.

### **Beleid Achmea Zorginkoop AWBZ 2012**

- ✓ Binnen AWBZ gaat het vooral om langdurige begeleiding, met of zonder verblijf. Doelstellingen sluiten nauw aan bij zorginkoop GGZ in kader van ZVW
- ✓ Vermaatschappelijking en participatie, daarvoor is een samenhangend aanbod van zorg, werk en welzijn van groot belang. (eigen nota Visie op Vermaatschappelijking)
- ✓ Stimuleren zelfstandig wonen en passende zorg aan huis.
- ✓ Alleen voor een kleine groep intramurale zorg, bij voorkeur beschermd wonen.
- ✓ Geen nieuwe intramurale capaciteit meer, afhankelijk van situatie in regio streven naar vermindering bestaande capaciteit. Per zorgaanbieder een visie en plan van aanpak voor gebruik en afbouw intramurale capaciteit.

- ✓ Integrale zorg op alle levensgebieden; ketensamenwerking noodzakelijk, daartoe in kader van inkoop afstemming met gemeenten.

## **Gehandicaptenzorg**

- Voor de gehandicaptenzorg zijn de ontwikkelingen van toepassing die gelden voor de chronische zorg in het algemeen: extramuralisering, scheiden wonen en zorg, zelfstandig wonen, bijzondere woonvormen en - beperkt en alleen voor de meest complexe problematiek- intramurale zorgcentra.
- Ook in de verstandelijk gehandicaptenzorg is sprake van een scheiding tussen meer gespecialiseerde zorg en basiszorg.
- De trend voor de aanbieders is opschuiven naar specialistische zorg, dus concentratie op zwaardere, complexe en vaak meervoudige problematiek. De vraag naar eenvoudige zorg of alleen verblijf neemt sterk af.
- De functie begeleiding – individueel en groep – gaat naar de WMO en dus gemeenten. Er is nog veel onzekerheid over de gevolgen, maar het betreft een groot deel van de zorg die nu geboden wordt.
- Er is, in welk systeem dan ook, een samenhangend en goed geregisseerd ondersteunend netwerk nodig van wonen, werken / dagbesteding, welzijn en zorg voor zelfstandig of beschermd wonende (licht) verstandelijk gehandicapten.
- Ten gevolge van de extramuralisering en vermaatschappelijking zijn verstandelijk gehandicapten voor hun medische zorg ook gewoon aangewezen op de algemene basiszorg en specialistische zorg. Dit stelt echter wel specifieke eisen, ten aanzien van de omgang met deze doelgroep, specifieke medische problematiek, risico op onderdiagnostiek fysieke, medische en psychische problematiek. Daarom wordt deze zorg georganiseerd in een gespecialiseerde keten inclusief expertise en consultatiefunctie.
- Er zal binnen de care als geheel specifieke aandacht zijn voor de oudere verstandelijk gehandicapte en de (licht) verstandelijk gehandicapte met ernstige gedragsproblematiek en/of psychiatrische problematiek.
- De zorg voor lichamelijk gehandicapten is en wordt vooral gespecialiseerde intramurale zorg. Aanbieders specialiseren zich op specifieke doelgroepen, mensen met zware, complexe problematiek en intensieve zorgbehoefte (zoals MS, NAH, Korsakov, epilepsie, Huntington etc.)

### **Beleid Achmea Zorginkoop AWBZ 2012**

- ✓ Cliënten en verwanten zijn steeds kritischer; meer diversiteit in zorgvraag, meer onderscheid in doelgroepen met verschillen in zorgbehoefte en aanpak.
- ✓ Vermaatschappelijking (sociale inclusie), d.w.z. zelf kunnen kiezen, bijv. waar, in welke omgeving en hoe een cliënt wil wonen. Gericht op kwaliteit van het bestaan.
- ✓ Stimuleren empowerment, eigen regie, rol eigen netwerk van de cliënt, afspraken hierover in zorgplan.
- ✓ Integraal aanbod realiseren binnen ketens of regio's; stimuleren zorgaanbieders tot structurele samenwerking met samenwerkingspartners en stakeholders in de regio. Bijzondere doelgroepen zijn NAH, LVG en oudere gehandicapten.
- ✓ Vroegsignalering en preventie gericht op jongeren.

## **Jeugdzorg**

De ontwikkeling in de jeugdzorg wordt geheel gedomineerd door het beleid van de rijksoverheid. Besloten is dat de gehele jeugdzorg (provinciale jeugdzorg, jeugdbescherming,

jeugdreclassering, gesloten jeugdzorg, jeugd –GGZ (incl. begeleiding) en jeugd LVG wordt gedecentraliseerd naar gemeenten, uiterlijk 2016. De opdracht aan de gemeenten wordt geregeld in één nieuw wettelijk kader. Voor de jeugdbescherming en jeugdreclassering worden nog specifieke randvoorwaarden ontwikkeld, zoals leveringsplicht, kwaliteitseisen aan gemeenten en uitvoerders, regionale samenwerking toezicht en verantwoording.

De gevolgen voor de organisatie van het aanbod en de infrastructuur zijn nu nog nauwelijks te overzien.

Op grond van eerdere besluiten wordt in alle gemeenten al wel gewerkt aan de opzet en implementatie van centra voor jeugd en gezin, met een eigen, gebiedsgerichte infrastructuur, al dan niet in combinatie met andere voorzieningen.