

An aerial photograph of Groningen, Netherlands, featuring a large orange hot air balloon with a white 'G' logo and the text 'ER GAAT NIETS BOVEN GRONINGEN' floating in the sky. The city's architecture, including the St. Martin's Church spire, is visible in the background.

Regionale werkagenda

Menzis en Groninger gemeenten

GEMEENTE
Stadskanaal

gemeente
Het Hogeland

Pekela

gemeente Veendam

Gemeente
Groningen

GEMEENTE
LOPPERSUM

gemeente
Midden-Groningen

Gemeente
Appingedam

Gemeente
Westerkwartier

gemeente
Oldambt

GEMEENTE
WESTERWOLDE

Gemeente
Delfzijl

menzis

Inhoud

1. Vooraf: over het proces	3
2. Aanleiding	4
3. Wat is nodig?	7
4. Inhoudelijke uitgangspunten	9
5. Speerpunten: wat gaan we doen?	10
1. Zorg dichtbij voor psychisch kwetsbare mensen	10
2. Gemeentepolis en schuldenproblematiek	12
3. Interventies gericht op samenwerking van medisch en sociaal domein	13
4. Zwangerschap en geboorte	14
5. Passende zorg voor ouderen	14
6. Preventie en leefstijlinterventies	15
7. Jeugdzorg met een veilige overgang van 18min naar 18plus	17
6. Financiële kaders	18
7. Monitoring en evaluatie	20
8. Overzicht ambities uit de regionale werkagenda	21

1. Vooraf: over het proces

In het Harenoverleg zijn eerder aanzetten gedaan om tot een regionale werkagenda voor Menzis en de Groninger gemeenten te komen. Toen werd al aangegeven op welke gebieden samenwerking kansrijk is en op basis van welke principes en uitgangspunten die samenwerking verder vorm zou kunnen krijgen. Die voorlopige vulling van de regionale werkagenda voor Menzis en gemeenten is het vertrekpunt geweest voor de gesprekken die elke Groninger gemeente gevoerd heeft met Menzis over een lokale werkagenda, die specifiek ingaat op de lokale situatie: wat speelt er onder inwoners op het gebied van gezondheid(sproblematiek) en wat is lokaal nodig op het gebied van preventie en zorg.

De opbrengst van de gesprekken die de afgelopen maanden gevoerd zijn tussen gemeenten en Menzis zijn, vastgelegd in een lokaal document. De onderwerpen die genoemd worden in deze lokale werkagenda's zijn geïnterpreteerd en zijn aanleiding om tot een bundeling en prioritering in deze regionale werkagenda te komen.

Het proces om te komen tot deze regionale werkagenda past bij de afspraken die VNG, ministerie van VWS en Zorgverzekeraars Nederland hebben gemaakt over landsdekkende en niet-vrijblijvende regionale samenwerking. Dit vraagt om een robuustere samenwerking op regionale schaal dan waar tot nu toe tussen Groninger gemeenten en Menzis sprake van is geweest. Om de samenwerking, lokaal en regionaal, niet vrijblijvend te laten zijn is ook bestuurlijk commitment, zowel aan de kant van de zorgverzekeraars als bij gemeenten noodzakelijk. Als re-

giotafel zullen we deze regionale werkagenda aanbieden voor bestuurlijke besluitvorming in het bestuurlijk OOGO. Vervolgens worden de afspraken bekrachtigd in een bestuurlijk overleg tussen Menzis en (een vertegenwoordiging van) de gemeentebesturen.

Vervolgens zullen we ook de regionale samenwerking die nodig is om de werkagenda uit te voeren verder in moeten richten. Het zwaartepunt ligt bij de lokale uitvoeringspraktijk, waar de samenwerking tussen Menzis, zorgverleners, andere stakeholders en gemeenten in de lokale samenleving, samen met inwoners, vorm moet krijgen. Bovenlokaal is vooral een samenwerkingsvorm nodig die zorgt dat de kennis die lokaal is ontwikkeld op de schaal van de hele regio kan worden toegepast en dat producten die bewezen effectief zijn voor de hele regio kunnen worden gecontracteerd. Zo krijgt de regionale werkagenda waarde als instrument voor de samenwerking tussen zorgverzekeraars, gemeenten en zorgverleners op lokaal niveau. De regiotafel kunnen we gebruiken om kennis en ervaringen uit te wisselen en zo van elkaar te leren.



2. Aanleiding

Menzis is in de provincie Groningen historisch gezien de zorgverzekeraar met het grootste aantal verzekerden vanuit de zorgverzekeringswet. Daarnaast voert Menzis voor alle verzekerden in de provincie Groningen de WLZ uit als Zorgkantoor. Menzis is daarom de zorgverzekeraar die in de provincie Groningen de samenwerking tussen gemeenten en zorgverzekeraars vormgeeft. Menzis doet dit namens alle zorgverzekeraars, op basis van afspraken tussen VNG en Zorgverzekeraars Nederland.

Vanuit de samenwerking tussen gemeenten en zorgverzekeraar zijn in vrijwel alle Groninger gemeenten in de afgelopen jaren diverse pilots en projecten tot stand gekomen. Op veel gebieden: geïntegreerde ouderenzorg, preventie, geestelijke gezondheidszorg, samenwerking tussen medisch en sociaal domein. Veel van deze projecten vinden hun oorsprong aan de regiotafel, waar gemeenten (ambtelijk) en Menzis periodiek met elkaar overleggen.

Vanuit het landelijk programma JZJP, juiste zorg op de juiste plek en als een uitvloeisel van de verschillende hoofdlijnenakkoorden hebben het ministerie van VWS, de VNG namens de gemeenten en ZN namens de zorgverzekeraars afgesproken om de regionale samenwerking tussen gemeenten en zorgverzekeraars een meer structureel karakter te geven en er voor te zorgen dat deze landsdekkend en niet-vrijblijvend wordt. Op dat punt heeft Groningen een relatieve voorsprong: de regio-indeling is eenduidig, want die beslaat de hele provincie en Menzis is de zorgverzekeraar met op afstand het grootste marktaandeel in de provincie



en uitvoerder van de WLZ. Menzis is daarom de aangewezen (gespreks) partner voor gemeenten, ook namens de andere zorgverzekeraars. De projecten en pilots die in de afgelopen jaren tot stand zijn gekomen door de samenwerking tussen Menzis en Groninger gemeenten hebben een stevige basis gelegd waar we verder op kunnen bouwen.

Zowel gemeenten als Menzis zijn zich bewust van de grote maatschappelijke opgave die er ligt in de provincie Groningen: er zijn te veel inwoners waar het qua gezondheid minder goed mee gaat, vaak in samenhang met een lage sociaaleconomische status. Dit leidt tot een hogere

zorgconsumptie (meer mensen hebben zorg nodig en per inwoner is die zorg duurder) dan gemiddeld in Nederland.¹ Dit betekent echter niet dat Groningers ongelukkiger zouden zijn. In de gemeenten die aan de burgerpeiling van Waarstaatjegemeente mee hebben gedaan is het percentage gelukkige inwoners 1,4 % lager dan gemiddeld in Nederland. Mensen van 75 jaar en ouder zijn zelfs significant tevredener over hun leven dan elders in Nederland. De kwaliteit van leven in het Noorden (rust, ruimte, veiligheid, omgevingskwaliteit) maakt blijkbaar veel goed.

Een complicerende factor is dat de bevolkingskrimp, vooral in het Noorden en Oosten van de provincie het niet gemakkelijk maakt het voorzieningenniveau, ook van de gezondheidszorg op peil te houden. Als gevolg van de vergrijzing neemt de zorgvraag juist toe en zal dat in de komende jaren blijven doen, omdat het aandeel ouderen in de bevolking toeneemt en zij hun gemiddelde leeftijd stijgt. Hierbij moeten we voldoende oog hebben voor (sub)regionale verschillen, de situatie in de stad Groningen is heel anders dan in de Ommelanden.

De afgelopen jaren heeft het begrip gezondheid een andere invulling gekregen. Het begrip positieve gezondheid is een leidend principe geworden in het denken over gezondheid en ziekte en kwam in de plaats van de klassieke definitie van de WHO met de totale afwezigheid van ziekte en gebrek als na te streven, maar onbereikbaar ideaal.

Met een andere visie zijn ook rollen en verantwoordelijkheden veranderd. Gezondheid gaat veel meer over hoe iemand zich verhoudt tot zijn sociale omgeving, daarin zelfstandig en zelfredzaam kan functioneren en het effect dat dit heeft op iemand lichamelijk en geestelijke welbevinden. Menzis ziet het daarom als missie om te werken aan het versterken van de leefkracht van ieder mens. Leefkracht gaat over de positieve kracht van

gezond leven, zodat je de dingen kunt doen die voor jou belangrijk zijn. Een gezonde leefstijl is dan van essentieel belang. Het doel is om mensen te helpen zo lang mogelijk gezond te blijven. En mensen met een (risico op) ziekte te ondersteunen om beter te worden, of erger te voorkomen.

In de gezondheidszorg streeft men naar een verschuiving van curatief naar preventieve zorg, van behandelen van ziekteverschijnselen naar het voorkomen ervan en de zorgverleners in het medisch en in het sociaal domein werken steeds nauwer samen, omdat steeds meer belang wordt gehecht aan iemands sociaal en maatschappelijk functioneren. In iemands leven is zingeving en het hebben van betekenisvolle contacten net zo belangrijk als de afwezigheid van ziekte. Geluk (ook wel welbevinden genoemd) wordt steeds meer gezien als een voorwaarde voor iemands lichamelijke en geestelijke gezondheid.²

Met de nieuwe taken die gemeenten in 2015 kregen in het sociaal domein, ontstaat ook de noodzaak tot nauwe samenwerking tussen de zorgverleners in het sociaal domein en de gezondheidszorg. Gemeenten en zorgverzekeraars bepalen als grote financiers vanuit de Wet maatschappelijke ondersteuning, de Jeugdwet, de Zorgverzekeringswet en de Wet Langdurige Zorg in belangrijke mate welke zorg aan hun inwoners/verzekerden wordt geboden. Een gedeelde visie, een gezamenlijke strategie en nauwe samenwerking in de inkoop en in de uitvoering maakt echt verschil in gezondheidswinst en in de kwaliteit en beschikbaarheid van zorg die inwoners kunnen krijgen. Daarom is het goed als de samenwerking tussen de Groninger gemeenten en zorgverzekeraars een meer structureel karakter krijgt. Deze werkagenda beschrijft niet alleen de ambities en de plannen. Als we die plannen willen realiseren, moeten we ook afspraken maken over gedeelde verantwoordelijkheden, elkaar aanspreken. We spreken af op welke aspecten we evalueren

en hoe we vanuit zicht op prestaties en resultaten tot bijstelling van de werkagenda kunnen komen.

In alle Groningse gemeenten is het gesprek gevoerd met Menzis om in beeld te brengen wat de lokale speerpunten moeten zijn op het gebied van gezondheid, preventie en zorg. Daarin verschillen gemeenten van elkaar. In elke gemeente is de bevolking anders samengesteld en in elke gemeente kan ook de visie op de rol van inwoners, maatschappelijke organisaties en de overheid op onderdelen verschillen. Toch is het vanwege de schaal waarop de gezondheidszorg is georganiseerd, de schaal waarop voorzieningen in het kader van Wmo en Jeugdwet worden ingekocht en de schaal waarop zorgverzekeraars opereren in hun kerngebied wenselijk en nodig de samenwerking ook op een grotere, regionale schaal tot stand te brengen.

Te vaak hebben we gezien dat lokaal succesvolle pilots en projecten na afloop van de tijdelijke financiering als project, pilot of experiment niet voortgezet konden worden omdat er geen structurele financiering voor was. Van opschalen van een succesvolle pilot naar de schaal van de regio komt het dan al helemaal niet. Zo wordt wat van een pilot is geleerd niet in de regio geïmplementeerd. Dat is jammer van de energie en middelen die in een pilot zijn gestopt. Het provinciaal overleg kunnen we gebruiken als leerkring, waarin we aan elkaar pilots, projecten en best practices presenteren, vertellen wat goed en minder goed ging en daar van leren.



3. Wat is nodig?

Het is nodig dat de regionale samenwerking minder vrijblijvend wordt dan het tot nu toe is geweest. Daarom willen we de regionale samenwerking bestuurlijk beter borgen dan voorheen. Omdat de regiotafel in Haren alleen een ambtelijk overleg was, ontbrak het in feite aan een bestuurlijke tafel waar de samenwerking tussen zorgverzekeraars en Groninger gemeenten ook bestuurlijk geborgd wordt (Ook al hebben we als dat nodig was altijd een vorm gevonden om het bestuurlijk commitment te borgen).

Een bijkomend effect is dat we vanuit een stevige bestuurlijke samenwerking op het gebied van gezondheid, zorg en sociaal domein ook effectiever de belangen van onze inwoners kunnen behartigen op landelijk niveau, via VNG, ZN, G40 en rechtstreeks bij het ministerie. Dat is hard nodig, omdat de problematiek in onze regio niet hetzelfde



is als in de rest van het land. Er zijn hier meer mensen met een lage SES, de gezondheid en de levensverwachting van de Groninger ligt lager dan gemiddeld in Nederland. Om dat te veranderen is een extra inspanning nodig en vaak wordt in Den Haag niet voldoende gezien dat daar ook specifiek beleid en vooral voldoende financiële middelen voor nodig zijn.

Het moet onze ambitie zijn om van de regionale werkagenda voor Groninger gemeenten en Menzis meer te maken dan alleen de optelsom of grootste gemene deler van de lokale werkagenda's voor Menzis en gemeente. Als we kijken naar de lokale werkagenda's, dan zien we een gedeelde visie, concrete voorstellen voor initiatieven en projecten en vooral genoeg energie en ambitie om aan de slag te gaan. Wat is dan de



meerwaarde van een regionale werkagenda? Gelet op de kennis die we tot nu toe in de samenwerking hebben opgedaan is er meer nodig op de volgende drie gebieden:

1. Bestuurlijk commitment, adequate governance, heldere besturing van de samenwerking zodat wat we met elkaar afspreken, zowel ambtelijk als bestuurlijk, ook daadwerkelijk gerealiseerd wordt.
2. Heldere afspraken over de vormgeving van projecten, programma's, de evaluatie, de structurele financiering en implementatie van succesvolle innovaties in de hele regio. Daarmee moet geborgd zijn dat investeringen die partijen doen ook maatschappelijk gaan renderen.
3. Heldere financiële afspraken: waar is elke partij financieel verantwoordelijk voor. Hoe worden de kosten en de opbrengsten verdeeld, ook of juist als ze niet precies naar de verschillende partijen toe te rekenen zijn? Hoe zorgen we dat we niet tot op de euro moeten controleren of een uitgave onder een bepaalde wet of regeling valt, dat er speelruimte is om in de praktijk te kunnen doen wat nodig is. In elke wet of regeling zit wel ruimte voor interpretatie, jurisprudentie leidt niet per se tot eenduidige interpretaties. Die interpretatieruimte kun je op twee manieren gebruiken. Negatief om te beargumenteren dat de rekening in dit geval bij de andere partij hoort te liggen. Positief om te beargumenteren dat het in het voordeel van de inwoner/verzekerde is om iets juist wel mogelijk te maken, dat de geïnvesteerde euro's voldoende maatschappelijk rendement genereren en daarom doelmatig besteed worden. (Dit is het principe van omgekeerd toetsen: hoe kunnen we de regels zo toepassen dat we datgene mogelijk maken wat het beste is voor de inwoner en voor de samenleving).

4. Inhoudelijke uitgangspunten

Vanuit een gedeelde verantwoordelijkheid voor de gezondheid en het geluk van de inwoners van Groningen willen de Groninger gemeenten en Menzis aan de slag met deze regionale werkagenda. Behalve een gedeelde visie zijn ook gedeelde uitgangspunten voor de manier waarop we gaan samenwerken van belang om tot resultaten en successen te komen. Daarom werken we vanuit de volgende principes:

- 1 Streven is de juiste zorg op de juiste plek, integraal, een leven lang, op alle aspecten van het leven en op de juiste tijd
- 2 Het perspectief van de cliënt en de naasten staat voorop
- 3 Zoveel mogelijk volgens de triple aim doelen: verbeteren van de gezondheid, verbeteren van de ervaren kwaliteit van zorg, verlagen van de kosten
- 4 Acties en resources inzetten waar dat het meest nodig is en rendeert
- 5 Werken vanuit een gezamenlijk gevoelde verantwoordelijkheid en vanuit de trias: gedeeld probleem, gedeeld belang en zicht op gedeelde oplossing
- 6 Zoveel mogelijk aansluiten bij dingen die al gebeuren en die goed werken
- 7 Niet groot maken wat klein kan
- 8 Moet leiden tot structurele borging in beleid en/of inkoop



5. Speerpunten: wat gaan we doen?

In het bijgevoegde overzicht van de plannen en projecten waar elke gemeente in de samenwerking met Menzis prioriteit aan wil geven, kunnen we zien welke speerpunten op de schaal van de regio het meest kansrijk zijn en waar de meeste synergie zit. Dit zijn de volgende onderwerpen:

1. Zorg dichtbij voor psychisch kwetsbare mensen
2. Gemeentepolis en schuldenproblematiek
3. Initiatieven die de verbinding maken tussen het medische en het sociaal domein
4. Zwangerschap en geboorte
5. Passende zorg voor ouderen
6. Preventie en leefstijlinterventies
7. Veilige overgang van zorg van 18min naar 18plus

Om een indruk te geven van het type projecten en activiteiten dat onder de gekozen thema's hoort, beschrijven we voor elk punt hoe Menzis en gemeenten met dit thema aan de slag willen, wat er al gebeurt en wat nog verder ontwikkeld moet worden.

1. Zorg dichtbij voor psychisch kwetsbare mensen

De samenwerking op dit gebied krijgt vooral vorm in het Meerjarenprogramma GGZ/ mensen met psychische kwetsbaarheid en psychische handicap. De strategische uitgangspunten zijn:

'Gedeeld probleem, gedeeld belang en een gezamenlijke verantwoor-

delijkheid voor een gedeelde oplossing met burgers / patiënten, organisaties en financiers van zorg en ondersteuning = effectiever' bepaalt de samenwerking binnen dit programma. Samen werken houdt ook in dat er meer gelijktijdig wordt gewerkt en afgestemd, en niet per se na elkaar. We sluiten aan op de leefwereld van de personen met psychische kwetsbaarheid en daarmee zijn we verantwoordelijk voor de juiste zorg op de juiste plek, door de professional met de juiste kennis, die aansluit bij het perspectief van de burger. De professional werkt aan het verbeteren van de gezondheid, de ervaren kwaliteit en daardoor ook aan het verlagen van de kosten. De professional denkt na over de acties en hulpbronnen die het meest nodig zijn en renderen en is dienstbaar aan de sociale structuren van de betreffende burgers. De problemen worden niet groter gemaakt dan ze zijn en worden benaderd vanuit een gedeeld probleem, gedeeld belang en een gedeelde oplossing. Er wordt zoveel mogelijk aangesloten op activiteiten die al gebeuren en die goed werken.

We moeten vroegtijdig weten van betrokken burgers en hun leefomgeving, uitvoerende werkers, managers, onderzoekers en planners en uitvoerende organisaties welke knelpunten er zijn en wat er juist goed werkt zodat beleidsmakers en financiers (Menzis en gemeenten) hun verantwoordelijkheid in beleid en inkoop kunnen nemen.

De ambitie van dit programma is:

Iedereen streeft naar maximale gezondheid, namelijk kan zich binnen zijn eigen mogelijkheden aanpassen en regie voeren, in het licht van fysieke, emotionele en sociale uitdagingen van het leven. Voor mensen

met een psychische kwetsbaarheid is soms zorg en/of ondersteuning nodig om dit te realiseren. Zorg vanuit de geestelijke gezondheidszorg, ondersteuning vanuit het sociaal domein en vanuit de eigen omgeving. Daarnaast wordt specialistische kennis op de vakgebieden van GGZ en verslavingszorg aangeboden wat een heel systeem op zich is geworden. Het meerjarenprogramma is bedoeld om de organisaties en het systeem effectiever te benutten als middel om mensen te helpen positief gezond te worden. Het is daarom van belang dat we constant helder hebben dat een systeem behoefte geen directe behoefte van burgers en hun leefomgeving of van uitvoerende werkers hoeft te zijn. Een aanpassing aan het systeem moet vanzelfsprekend altijd dienend zijn aan het optimaliseren ervan opdat mensen hun eigen doelen kunnen nastreven. We willen binnen dit MJP onze doelen baseren op de leefwereld van mensen. Doelen zijn immers niet van de systeemwereld, maar van levende mensen.

Wanneer is het programma succesvol:

1. Als we er in slagen psychische problemen te voorkomen of kunnen zorgen dat ze niet erger worden. Als er minder sprake is van exclusie en er meer inclusie is, als mensen ondanks psychische kwetsbaarheid of ingrijpende gebeurtenissen, zaken die in alle kringen van de samenleving voorkomen, gewoon mee kunnen doen en niet in hoeven te leveren op de kwaliteit van leven.
2. Als we er in slagen om recidive te voorkomen: als zich psychische problemen voordoen, zetten we in op herstel en participatie en op het verminderen van de kans op herhaling.

De samenwerking vanuit de zorgverzekeringswet en de WMO is belangrijk omdat we willen dat verschillende perspectieven (zorg, ondersteuning en veiligheid) meer in samenhang gebracht worden. We beogen



zorg en ondersteuning op elkaar aan te laten sluiten en domeinoverstijgend te laten zijn (inclusief de 24/7 bereikbaarheid en beschikbaarheid). Daarvoor moeten we onze samenwerking verbeteren en de juiste ondersteuning en zorg op de juiste plek laten plaatsvinden.

Een goed voorbeeld is ook 'Weg van de wachtlijst Groningen'. Sinds twee jaar is er een regionale taskforce wachttijden actief. Zowel GGZ zorgaanbieders, huisartsen, sociale wijkteams en Menzis doen hieraan mee. Zie ook www.wegvande wachtlijst.nl.

Wat is het probleem? Een prisoners dilemma: Samenwerking, financiering en verantwoordelijkheid. Wanneer cliënten met beperkingen kampen door een psychische aandoening, gaat dat vaak gepaard met psychosociale druk en materiele stress. Ook zonder wachtlijst is het

vaak weinig zinvol een therapie te starten als die dagelijkse spanning de 'geestkracht van de dag' bepaalt. Medewerkers van gemeentelijke wijkteams willen graag aan de slag, maar hebben daar de expertise en de veiligheid/ achtervang van de GGZ bij nodig. Deze cliënt is dan echter nog niet in behandeling bij de GGZ. Medewerkers van de GGZ instelling zijn – na een intake- direct behandelverantwoordelijk voor de cliënt. Een GGZ regiebehandelaar (waar een structureel tekort van is door arbeidskrapte) die direct in beeld komt bij/na de intake bij de GGZ, dient betrokkene eerste face to face gesproken te hebben voordat de financiering van de GGZ geregeld is. Psychiaters-(GZ) psychologen-verpleegkundig specialisten- van de GGZ worden na de intake geconfronteerd met psychosociale en materiele problemen. Dat is niet hun vak en ook niet hun rol. Zo is er onnodig veel tijd verloren gegaan, met bovendien het risico op escalaties. Ben je depressief/ suïcidaal omdat je het niet meer op kan brengen om naar je werk te gaan, je geen grip op je financiën hebt? Of staan de schuldeisers op de stoep omdat je depressief bent en het niet op kan brengen of de vaardigheid mist om je financiën goed te regelen of het contact met je werkgever te onderhouden?

Wat is de oplossing: actief 'wachten' op GGZ kan stress verlagen, de kwaliteit en doelmatigheid verhogen.

- Geef – direct nadat de huisarts of POH GGZ betrokkene heeft aangemeld bij de GGZ- medewerkers van het gemeentelijk wijkteam de ondersteuning van de GGZ zodat zo spoedig mogelijk de materiële en psychosociale stressoren kunnen worden aangepakt. Maak gebruik van specialisten en ervaringsdeskundigen van de GGZ die op dat moment nodig zijn: Juiste zorg op de juiste plek op het juiste moment door de juiste professionals. Financier dat op een andere manier. Zo kan veel zwaardere zorg worden voorkomen en wordt de wachttijd een kwaliteitsimpuls.

- Zorg ervoor dat de samenwerking tussen specialisten en generalisten blijvend wordt bewaakt, met een Persoonlijke Gezondheids Omgeving als platform voor regie en informatieborging. Zorg ervoor dat er geïntegreerd wordt samengewerkt, dus ook gelijktijdig in plaats van na elkaar.
- Beloon huisartsen/ POH-ers GGZ om standaard gebruik te maken van digitale screening en eHealth zodat de hulpverleners weten welke afwegingen de huisarts heeft gemaakt bij de verwijzing en patiënten en zij direct meer gebruik maken van eHealth en borging van opgedane kennis (overdracht).

2. Gemeentepolis en schuldenproblematiek

Voor inwoners met een laag inkomen kunnen de kosten die ze zelf moeten dragen een reden zijn om geen gebruik te maken van gezondheidszorg, terwijl die zorg wel noodzakelijk is om zwaardere aandoeningen te voorkomen. Daarom is het van groot belang dat er voor hen een gemeentepolis is, met een betaalbaar aanvullend pakket en de mogelijkheid om het eigen risico mee te verzekeren. Als mensen schulden en betalingsachterstanden hebben, zijn er vaak ook achterstanden in het betalen van de zorgpremie. Het oplossen van financiële problemen leidt vaak tot een betere mentale en lichamelijke gezondheid. Ook voor inwoners die betalingsproblemen hebben of hebben gehad is het van belang dat zij gebruik kunnen maken van de gemeentepolis, omdat dat kan voorkomen dat ze in de toekomst door onvoorzijne uitgaven voor zorgkosten opnieuw in de financiële problemen komen.

Vanaf 2020 willen we in de Groningse gemeenten het volgende realiseren:

1. De gemeentepolis (bij Menzis de GarantVerzorgd Polis) is in alle Groninger gemeenten beschikbaar voor inwoners met een laag inkomen; overstappen voor lage inkomens met hoge zorgkosten wordt gestimuleerd. Daarbij zijn de gemeenten en Menzis met elkaar verantwoordelijk voor een goede voorlichting over deze polis aan de doelgroep.

2. De RUB, Regeling Uitstroom Bijstandsgerechtigden en/of vroegsignalering wordt in alle gemeenten gehanteerd. Te beginnen bij mensen in de bijstand, later eventueel uit te breiden naar andere groepen die hiervoor in aanmerking kunnen komen.
3. Optionele doelstellingen: aanpakken laaggeletterdheid vanwege de relatie met schulden en opzetten van een Gronings Schulden Lab als integrale innovatieve aanpak.

De ambitie is:

1. Het percentage inwoners uit de doelgroep dat kiest voor de gemeentepolis stijgt.



2. Het aantal inwoners waarbij beslag op het inkomen is gelegd vanwege achterstand in de betaling van de zorgpremie daalt en is in elk geval lager dan het landelijk gemiddelde
3. Er komen geen nieuwe gevallen van bronheffing meer bij van inwoners waar beslag op het inkomen wordt gelegd door een achterstand in de betaling van de zorgpremies.
4. Gemeenten en Menzis maken afspraken over kwijtschelding van schulden na een bepaalde termijn (3 jaar) of voor een bepaalde doelgroep (gezinnen met kinderen). Dit ter voorkoming van gezondheidsschade door zorgmijding vanwege financiële belemmeringen.
5. Menzis houdt de incasso van schulden in eigen hand of maakt hierover afspraken met gemeenten. Vorderingen worden niet overgedragen aan derde partijen zoals incassobureaus en deurwaarders, om extra kosten te voorkomen.

3. Interventies gericht op samenwerking van medisch en sociaal domein

Welzijn op recept, dorpsondersteuners, welzijnscoaches zijn succesvolle interventies om medische zorg en het aanbod op het gebied van welzijn met elkaar te verbinden. Huisartsen besteden relatief veel tijd aan patiënten met psychosociale klachten. Vaak zijn dat terugkerende klachten die met medicatie of een medische behandeling niet verdwijnen. Een verwijzing naar een welzijnscoach binnen het gezondheidscentrum of de huisartsenpraktijk of inzet van een dorpsondersteuner kan mensen helpen om op een andere manier te werken aan hun mentale en lichamelijke gezondheid. In gemeenten waar dit wordt aangeboden, vaak slechts op 1 of enkele plekken, bestaat een sterke behoefte om deze voorziening in de hele gemeente aan te kunnen bieden en dit structureel te organiseren en te financieren.

Vanaf 2020 willen we in de Groningse gemeenten het volgende realiseren:

1. Welzijn op recept of soortgelijke interventies die de verbindingen maken tussen het sociaal en medisch domein worden in de Groningse gemeenten door zo veel mogelijk huisartsenpraktijken/gezondheidscentra aangeboden.
2. Dit soort interventies zijn ingebed in een structurele vorm van overleg en samenwerking tussen eerstelijns gezondheidszorg en lokaal welzijnswerk.

4. Zwangerschap en geboorte

Vaak is gezondheidsproblematiek op latere leeftijd te herleiden naar iemands eerste 1000 levensdagen. Daarom is het belangrijk kinderen, al tijdens de zwangerschap en in hun eerste jaren een goede start te geven. Daar ligt een belangrijke taak voor de Jeugdgezondheidszorg, kraamzorg en verloskundigen. Er is het landelijk programma Kansrijke Start. In de provincie Groningen lopen al meerdere programma's zoals Goede Start, Coalitie Kansrijke Start en Nu niet zwanger.

Vanaf 2020 willen we in zo veel mogelijk Groningse gemeenten het volgende realiseren:

1. Vormen van regionale en lokale coalities die deze missie en visie van Kansrijke start onderschrijven en verder verspreiden
2. Uitvoeren van de 3 actielijnen 'Kansrijke Start' (voor, tijdens en na zwangerschap)
3. (Materiële) belemmeringen wegnemen waardoor moeder en kind geen optimale geboortezorg krijgen
4. Realiseren van een verbinding tussen de geboortezorg en het sociale domein, in het gemeentelijk beleid en in het beleid van de relevante ketenpartners
5. Implementeren en continueren van lopende projecten



6. Kennis verbreden met goede voorbeelden uit het land
7. Monitoren en uitdragen van eigen resultaten

5. Passende zorg voor ouders

Al eerder is besloten dat de Groninger gemeenten allemaal aan de slag gaan met de mogelijke uitwerkingen zoals beschreven in Uitwerking Effectief Ontschotten van Menzis. Effectief ontschotten in de zorg voor ouders gaat om:

- Vormen van lokale netwerken rond (de zorg voor) ouders.

- Afwentelingsrisico, waaronder problematiek bij de maaltijdvoorziening, waar dit nog een knelpunt is.
- Eerstelijns verblijf (ELV) en respijtzorg; doorontwikkeling van het ELV coördinatiepunt en vaststelling van 1 regionaal afbakeningskader waarbij er voldoende respijtzorg beschikbaar moet zijn.
- Toegang WLZ en afstemming met het CIZ na ZVW/Wmo zorgverlening.
- Zorg van wijkverpleegkundigen die goed aangesloten is op het netwerk van medische en welzijnsvoorzieningen in de wijk; de wijkverpleegkundige is op cliëntniveau de lokale schakel tussen het medische en het sociale domein. De module sociale infrastructuur helpt mee om deze verbinding te kunnen maken.
- Actieplan als uitwerking van het hoofdlijnenakkoord wijkverpleging.



Daarnaast zijn de ontwikkelingen in de huisartsenzorg van belang, zoals de rol van de praktijkondersteuners in de samenwerking met het sociaal domein.

Vanaf 2020 willen we in de Groningse gemeenten het volgende realiseren:

1. Wmo-voorzieningen worden zo ingezet dat ze een bijdrage leveren aan het netwerk rond de kwetsbare ouderen en de samenwerking tussen sociaal domein, wijkverpleging en huisartsen wordt geoptimaliseerd.
2. De integrale zorg voor ouderen wordt geborgd door inzet van de Module Sociale Infrastructuur.
3. In elke gemeente is een lokaal netwerk ouderenzorg waarin ook de aanpak van dementie wordt afgestemd. De ambitie is dat alle Groninger gemeenten een dementievriendelijke gemeente zijn.
4. Er is eerstelijns verblijf en respijtzorg beschikbaar als de gezondheidssituatie en de (on)mogelijkheden in de eigen woonomgeving dat tijdelijk nodig maakt
5. Het doel is om ouderen te helpen om zo lang mogelijk prettig thuis te kunnen laten wonen. Hierbij kunnen zorginnovaties worden ingezet. Zorginnovatie waaronder de inzet van nieuwe zorgtechnologie kan ouderen helpen om langer prettig thuis te kunnen wonen. Hierbij willen we leren van opgedane ervaringen.
6. Er is voldoende palliatieve zorg beschikbaar zodat iedereen zo veel mogelijk de keus heeft om te sterven op de plek die iemands voorkeur heeft, of dat nu thuis of elders is.

6. Preventie en leefstijlinterventies

Ziektepreventie is een breed begrip. Preventieve activiteiten die zich richten op een betere gezondheid van de totale populatie van provincie, gemeente, stad, dorp, wijk of buurt vallen vooral onder publieke ge-



zondheid. Gemeenten zijn daarin actief met lokaal gezondheidsbeleid en het is een belangrijke taak voor de GGD, die deze taak voor gemeenten uitvoert op basis van dienstverleningsovereenkomsten. Het regionaal gezondheidsakkoord verbindt naast gemeenten ook de zorgverzekeraars en andere partijen aan een gezamenlijke ambitie om, met name door preventie, te werken aan meer gezonde jaren voor alle Groningers.

In deze werkgenda richten we ons daarom vooral op het aanbieden van preventieve interventies op individueel niveau, waarmee iemand zijn leefstijl zo kan beïnvloeden dat de gezondheid toeneemt, het risico op chronische ziekten kleiner wordt of iemand minder nadelige gevolgen onder-

vindt van een chronische aandoening, waardoor hij of zij hier beter mee om kan gaan en de kwaliteit van leven verbetert. Naast het aanbieden van de GLI, de gecombineerde leefstijlinterventie, is het vooral voor inwoners met een lage SES van belang om het veranderde leefpatroon ook duurzaam vast te kunnen houden. Ook een welzijnscoach of dorpsondersteuner kan lokaal bijdragen aan de gezondheid. Als iemand diep in de schulden zit en ook overgewicht heeft, zal eerst de schuldenproblematiek opgelost moeten worden voor iemand in staat is en er voor open staat om ook aan zijn overgewicht te werken. Om er voor te zorgen dat mensen daadwerkelijk gaan en blijven bewegen, als onderdeel van hun leefpatroon, is het van belang financiële en eventuele andere belemmeringen weg te nemen die mensen beletten om meer te bewegen en gezonder te leven. In het kader van minimabeleid, armoedebeleid en participatiebevordering kunnen gemeenten bijdragen in de kosten van sportvereniging, sportschool, sportkleding en dergelijke. Ook op het gebied van gezonde en toch betaalbare voeding kunnen gemeenten in het kader van het armoedebeleid veel doen, ook gericht op kinderen en jongeren.

Vanaf 2020 willen we in alle Groningse gemeenten het volgende realiseren:

1. Kennis van het begrip positieve gezondheid breed verspreiden en gebruiken als kader voor interventies op het gebied van gezondheid en welbevinden
2. Vanuit de basisverzekering is de Gecombineerde Leefstijl Interventie (GLI) beschikbaar voor de doelgroep: mensen met een Body Mass Index (BMI) boven de 30 of een BMI boven de 25 met verhoogd risico op chronische aandoeningen. De huisarts of medisch specialist stelt dit vast. Voor de verzekerden met een laag inkomen worden de kosten voor het beweegaanbod (grotendeels) vergoed door de gemeenten en is de GLI ook toegankelijk bij een BMI boven de 25 zonder ver-

hoogd gezondheidsrisico. Voor deze groep ondersteunt de gemeente in het sport- en beweegaanbod, waarbij maatwerk (per gemeente en per inwoner) het uitgangspunt is. Zo nemen we materiële of financiële belemmeringen weg die die het duurzaam resultaat van een GLI in de weg kunnen staan.

3. We doen een extra inspanning om mensen te bereiken voor wie de gezondheidssituatie een belemmering is om toe te treden tot de arbeidsmarkt.³
4. Komende jaren willen we dat de Groninger gemeenten een cursus valpreventie gaan aanbieden door lokale partijen op het gebied van ouderen, welzijn en bewegen waarbij de toegang laagdrempelig is (actief verwijzen). De mate waarin dit mogelijk is, hangt af van de beschikbare capaciteit.

7. Jeugdzorg met een veilige overgang van 18min naar 18plus

De harde grens in de Jeugdwet bij het bereiken van de 18jarige leeftijd past niet bij de ontwikkeling van veel jongeren die feitelijk dan nog lang niet volwassen zijn, zeker als het om kwetsbare jongeren gaat, in mentaal opzicht of vanwege de problematische situatie waarin ze zijn opgegroeid. Daarnaast hebben jongeren van 18 niet recht op dezelfde materiële voorzieningen als volwassenen, terwijl ze ook niet meer als vanzelfsprekend op hun ouders terug kunnen vallen. Beide factoren maken dat de zorg die jongeren krijgen niet abrupt kan stoppen. In het steeds grotere aantal zwervjongeren wordt zichtbaar dat jongeren op het moment dat ze 18 worden vaak niet meer de hulp en begeleiding krijgen die ze nog steeds nodig hebben. Er is al veel inzet op een goede overgang van jeugdhulp naar Wmo-voorzieningen, maar nog steeds verloopt die overgang lang niet altijd rimpelloos.

Naast de overgangsproblematiek is er in veel gemeenten behoeften aan betere afstemming tussen de huisarts als verwijzer naar jeugdhulp en de sociale wijkteams/CJG's. De inzet van Ondersteuners Jeugd en Gezin (OJG) voorziet hier in. De waarde van de pilots OJG is samen te vatten in de volgende subdoelen:

1. Goede zorg dichtbij de cliënt, juiste zorg op de juiste plek
2. Versterken verbinding tussen huisartsen en basisteams gemeenten
3. Het terugdringen van het aantal verwijzingen naar de specialistische jeugdhulp
4. Vermindering van de kosten van de specialistische jeugdhulp.

In 2020 willen we in alle Groningse gemeenten het volgende realiseren:

1. In zo veel mogelijk huisartsenpraktijken en eerstelijns gezondheidscentra is een Ondersteuner Jeugd en Gezin (praktijkondersteuner jeugd) die de huisarts ondersteunt in de zorg voor jeugdigen en ook zelf lichte en kortdurende hulp aan jeugdigen verleent.
2. Voor jeugdigen (12-23 jaar) met zwaardere psychische problematiek zijn er drie teams FACT Jeugd, zodat deze intensieve vorm van ambulante behandeling overal in de provincie beschikbaar is. De gemeenten zetten extra formatie in, gericht op maatschappelijk herstel. Hiermee wordt ook de verbinding met de lokale sociale teams versterkt.

6. Financiële kaders

Het is lang niet altijd zo dat iets nieuws ook om nieuw budget, om extra geld vraagt. Een andere manier van werken mogelijk te maken, kan vaak ook door bestaande budgetten anders in te zetten, zodat het beschikbare geld uiteindelijk beter rendeert, voor de cliënt en voor de samenleving. Het kan niet de bedoeling zijn dat we de budgetten die voor de uitvoering, voor het leveren van zorg aan cliënten zijn bedoeld, steeds meer afromen en zo budget verschuiven naar indirecte taken. Voor nieuwe werkzaamheden is ook lang niet altijd extra formatie nodig. De tijd en de inzet van medewerkers die er al zijn, kan gebruikt worden om iets nieuws te gaan doen, dat in de plaats komt van wat zij eerst deden. Door overbodige regels te schrappen of te versimpelen, komt tijd vrij die aan vernieuwing en betere zorg besteed kan worden.

Tegelijkertijd signaleren we ook dat het vaak een lange zoektocht is om extra budget te vinden waarmee een pilot of experiment kan starten. Om budget voor een experiment toegekend te krijgen, bij voorbeeld door ZonMw, is vaak veel inzet nodig, zowel voor de aanvraag als voor de verantwoording. Vaak staat het extra budget en de kans dat een aanvraag wordt gehonoreerd niet in verhouding tot wat gemeenten en zorgverleners daarvoor moeten doen. Dat is soms een reden om überhaupt geen aanvraag in te dienen. Ook het vinden van de vaak gevraagde cofinanciering is vaak problematisch, zeker nu alle Groninger gemeenten te maken



hebben met grote en niet gedekte budgetoverschrijdingen in het sociaal domein. Partijen moeten samen alle zeilen bijzetten om toch de genoemde ambities waar te kunnen maken. We kunnen overwegen om, als er bij gemeenten en Menzis onvoldoende capaciteit of deskundigheid beschikbaar is, gebruik te maken van een fondsenwerver op basis van no cure no pay, die niet alleen ondersteunt bij de aanvraag maar ook de even belangrijke verantwoording achteraf.

Een van de financieringsmogelijkheden die partijen nog verder moeten onderzoeken, zou zijn het opzetten van een revolverend fonds waar interventies in de aanloop uit kunnen worden bekostigd. Op het moment dat er voldoende opbrengsten zijn, als door het experiment de zorgkosten lager worden, kan het geïnvesteerde geld ook weer terugvloeien naar dit fonds. Als de basis voor financiering van een project of experiment al bij voorbaat beschikbaar is, kan dat andere partijen gemakkelijker verleiden tot cofinanciering, in geld of in inzet die bijdraagt aan het slagen van het project. Als er bij Menzis en gemeenten voldoende steun is voor dit idee, kunnen we afspreken hoe dit fonds wordt gevuld, wat de procedure is om een bijdrage toe te kennen aan een project en hoe

het revolverend karakter wordt gewaarborgd doordat de baten die geslaagde projecten opleveren weer terugstromen naar dit fonds. Voor de initiële vulling van dit fonds onderzoeken we wat de subsidiemogelijkheden (voor de gehele werkagenda of voor specifieke onderdelen) zijn voor preventiecoalities, in het kader van JZOJP, vanuit provinciaal beleid op het gebied van gezondheid of leefbaarheid of vanuit de zogenaamde Eurobudgetten als de besteding daarvan nog niet is vastgelegd. We kunnen afspreken dat de Eurobudgetten worden ingezet om de ambities van deze werkagenda waar te maken, tenzij er afspraken zijn gemaakt over lopende activiteiten zijn die in de komende periode hiermee worden gefinancierd.



7. Monitoring en evaluatie

Als alle partijen zich in gaan zetten om deze ambities waar te maken is het van belang om in beeld te hebben of deze inzet ook loont omdat deze zich vertaalt in een betere gezondheid en meer geluk voor de inwoners van Groningen. De monitoring van de realisatie van deze werkagenda kent verschillende invalshoeken:

1. De projecten die voortkomen uit deze werkagenda vragen om een planning in tijd. Niet alles kan overal tegelijkertijd. We zetten de activiteiten op een tijdbalk die aangeeft wanneer we met de uitvoering van activiteiten en projecten beginnen en wanneer de resultaten van die inspanning verwacht worden. Zo kunnen we monitoren in welke mate de ambities ook in de uitvoering zichtbaar worden en of we de verwachte resultaten halen voor de inwoners.
2. Onderzoeken van het Sociaal Planbureau Groningen en landelijke onderzoeksbureaus zoals het SCP laten zien hoe het niveau van gezondheid en geluk van de Groningers zich in de tijd ontwikkelt en wat de verschillen zijn op lokaal en sublokaal niveau. Deels objectief (hoeveel inwoners gebruiken hoeveel zorg en wat kost die zorg) en deels subjectief (ervaren kwaliteit van leven en ervaren kwaliteit van ontvangen zorg).
3. Er zijn gegevens beschikbaar over de uitgaven voor zorg vanuit ZVW en WLZ op regionaal, lokaal en sublokaal niveau. Wat is de historische trend en wat zijn regionale, lokale en sublokale verschillen in uitgaven voor zorg en wijken die af van de rest van Nederland
4. In het overleg tussen gemeenten en Menzis evalueren we de verschillende projecten. Wat kunnen we daar uit leren en hoe kunnen we die

kennis op andere plekken en voor andere interventies gebruiken. Zo ontstaat een lerende praktijk op regionaal niveau.

Deze informatie zullen we gebruiken om deze regionale werkagenda periodiek te evalueren en bij te stellen, zodat het een levend document is met dynamische en uitdagende doelen.



8. Overzicht ambities uit de regionale werkagenda

Hierbij een overzicht van de gezamenlijke doelstellingen per speerpunt conform de regionale werkagenda:

1. Zorg dichtbij voor psychisch kwetsbare mensen

- Uitwerking van dit speerpunt vindt plaats in het meerjarenplan Psychisch kwetsbaren.

2. Gemeentepolis en schuldenproblematiek

1. De gemeentepolis (bij Menzis de GarantVerzorgd Polis) is in alle Groninger gemeenten beschikbaar voor inwoners met een laag inkomen; overstappen voor lage inkomens met hoge zorgkosten wordt gestimuleerd. Daarbij zijn de gemeenten en Menzis met elkaar verantwoordelijk voor een goede voorlichting over deze polis aan de doelgroep.
2. De RUB, Regeling Uitstroom Bijstandsgerechtigden en/of vroegsignalering wordt in alle gemeenten gehanteerd. Te beginnen bij mensen in de bijstand, later eventueel uit te breiden naar andere groepen die hiervoor in aanmerking kunnen komen.
3. Optionele doelstellingen: aanpakken laaggeletterdheid vanwege de relatie met schulden en opzetten van een Gronings Schulden Lab als integrale innovatieve aanpak.

3. Initiatieven die de verbinding maken tussen het medische en het sociaal domein

1. Welzijn op recept of soortgelijke interventies die de verbindingen maken tussen het sociaal en medisch domein worden in de Groningse gemeenten door zo veel mogelijk huisartsenpraktijken/gezondheidscentra aangeboden.
2. Dit soort interventies zijn ingebed in een structurele vorm van overleg en samenwerking tussen eerstelijns gezondheidszorg en lokaal welzijnswerk.

4. Zwangerschap en geboorte

1. Vormen van regionale en lokale coalities die deze missie en visie van Kansrijke start onderschrijven en verder verspreiden
2. Uitvoeren van de 3 actielijnen 'Kansrijke Start' (voor, tijdens en na zwangerschap)
3. (Materiële) belemmeringen wegnemen waardoor moeder en kind geen optimale geboortezorg krijgen
4. Realiseren van een verbinding tussen de geboortezorg en het sociale domein, in het gemeentelijk beleid en in het beleid van de relevante ketenpartners
5. Implementeren en continueren van lopende projecten
6. Kennis verbreden met goede voorbeelden uit het land
7. Monitoren en uitdragen van eigen resultaten

5. Passende zorg voor ouderen, langer prettig thuis, dementievriendelijke gemeente

1. Wmo-voorzieningen worden zo ingezet dat ze een bijdrage leveren aan het netwerk rond de kwetsbare ouderen
2. Integrale zorg voor ouderen door inzet van de Module Sociale Infrastructuur
3. In elke gemeente is een lokaal netwerk ouderenzorg waarin ook de aanpak van dementie wordt afgestemd. De ambitie is dementievriendelijke gemeenten
4. Eerstelijns verblijf en respijtzorg is beschikbaar als de gezondheidssituatie en de (on)mogelijkheden in de eigen woonomgeving dat tijdelijk nodig maakt
5. Zorginnovatie waaronder de inzet van nieuwe zorgtechnologie kan ouderen helpen om langer prettig thuis te kunnen wonen. Hierbij willen we leren van opgedane ervaringen.
6. Palliatieve zorg is beschikbaar zodat iedereen zo veel mogelijk de keus heeft om te sterven op de plek die iemands voorkeur heeft, of dat nu thuis of elders is.

6. Preventie en leefstijlinterventies

1. Kennis van het begrip positieve gezondheid breed verspreiden en gebruiken als kader voor interventies op het gebied van gezondheid en welbevinden
2. Vanuit de basisverzekering is de Gecombineerde Leefstijl Interventie (GLI) beschikbaar voor de doelgroep: mensen met een Body Mass Index (BMI) boven de 30 of een BMI boven de 25 met verhoogd risico op chronische aandoeningen. De huisarts of medisch specialist stelt dit vast. Voor de verzekerden met een laag inkomen worden de kosten voor het beweegaanbod (grotendeels) vergoed door de gemeenten en is de GLI ook toegankelijk bij een BMI boven de 25 zonder verhoogd gezondheidsrisico. Voor deze groep ondersteunt de gemeente in het sport- en beweegaanbod, waarbij maatwerk (per gemeente en per inwoner) het uitgangspunt is. Zo nemen we materiële of financiële belemmeringen weg die die het duurzaam resultaat van een GLI in de weg kunnen staan.
3. We doen een extra inspanning om mensen te bereiken voor wie de gezondheidssituatie een belemmering is om toe te treden tot de arbeidsmarkt
4. Komende jaren willen we dat de Groninger gemeenten een cursus valpreventie gaan aanbieden door lokale partijen op het gebied van ouderen, welzijn en bewegen waarbij de toegang laagdrempelig is (actief verwijzen). De mate waarin dit mogelijk is, hangt af van de beschikbare capaciteit.

7. Veilige overgang van zorg van 18min naar 18plus

1. In zo veel mogelijk huisartsenpraktijken en eerstelijns gezondheidscentra is een Ondersteuner Jeugd en Gezin (praktijkondersteuner jeugd) die de huisarts ondersteunt in de zorg voor jeugdigen en ook zelf lichte en kortduurende hulp aan jeugdigen verleent.
2. Voor jeugdigen (12-23 jaar) met zwaardere psychische problematiek zijn er drie teams FACT Jeugd, zodat deze intensieve vorm van ambulante behandeling overal in de provincie beschikbaar is. De gemeenten zetten extra formatie in, gericht op maatschappelijk herstel. Hiermee wordt ook de verbinding met de lokale sociale teams versterkt.
3. Gebruik maken van de Menzis checklist 18- 18+, zodat voor jongeren die zorg nodig hebben tijdig in beeld is welke ondersteuning vanaf 18 jaar nodig blijft en deze tijdig inzetten.

Noten

- 1 Regiobeeld Menzis: Er bestaat een sterk onderscheid tussen de subregio Stad (gemeente Groningen, Westerkwartier, Tynaarlo en Noorderveld) en de subregio Ommelanden. Ommelanden kenmerkt zich door sterke vergrijzing, lage SES, lagere gezondheid en een ongezondere leefstijl. De zorgkosten in Noord zijn ruim hoger dan verwacht (+5,6%). De bevolking in Ommelanden gaat krimpen tot 2030 (-4%), het aantal inwoners van de gemeente Groningen groeit (+3,6%). Het aantal zorgverleners gaat tot 2030 in Ommelanden naar verwachting met 12% en in Stad met 1% afnemen. De grootste uitdagingen liggen in de zorg voor kwetsbare ouderen (instroom-doorstroom-uitstroom), preventie van leefstijl gerelateerde chronische ziekten en de beschikbaarheid van voldoende zorg en personeel.
- 2 Geluk zoals de wetenschap definieert: "voldoening met het leven als geheel".
Waarom zou je voor geluk kiezen als doel?
 - Het is de ultieme eindmaat van je impact.
 - Het is makkelijk te meten
 - Veel andere indicatoren zijn middelen tot geluk
 - Het geeft focus
 - Het is een doel dat inwoners begrijpen en zelf nastreven
 - Mensen die geluk ervaren:
 - zijn gezonder/ minder vatbaar voor ziekte en minder vaak ziek (inclusief burn-outs)
 - leven langer
 - zijn productiever (zowel actiever als creatiever)
 - zijn betere partners & betere ouders
 - houden zich beter aan wetten & regels ("bravere"burgers) incl. belasting betalen
 - zijn meer bereid in zichzelf te investeren, in hun eigen ontwikkeling (meer oog voor de lan- gere termijn)
 - verdienen meer
 - zijn meer bereid mee te doen en samen te werken (burgerparticipatie)
 - zijn meer bereid om anderen te helpen (mantelzorg, pro-sociaal gedrag, sociale cohesie)
- 3 Helaas is het hebben van een psychische aandoening een uitsluitingsgrond voor de GLI in het basispakket van de ZVW. In 2020 wil Menzis samen met ketenpartners de leefstijlinterventies ook voor deze doelgroep in de regio beschikbaar maken.