



Samen langer gelukkig en gezond leven in de Achterhoek

Een gezamenlijke,
regionale visie op
zorg en gezondheid

Thematafel **De Gezondste Regio**



Inhoud

	Inleiding: Urgentie en noodzaak voor gezamenlijke richting	2
	Gezonde Achterhoek	3
	Urgentie	3
	Een gezamenlijke richting	3
	Wat verandert er dan: Sophia	4
1	Huidige trends en factoren	5
	Bevolking	5
	Arbeidsmarkt	6
	Technologie	6
	Data en informatie	7
	Financiën	7
	Samenwerking & governance	8
2	Grootste uitdagingen	9
	Wat verandert er dan: Gerrit	9
3	Wat is onze visie	10
	Positieve gezondheid	10
	Quadruple aim	10
	Samenhang tussen alle domeinen	10
	Wat verandert er dan: Andrea	11
	Wat verandert er dan: Mia	12
4	Waar werken we samen aan?	13
	Doelen: Wat willen we bereiken	14
	Wat verandert er dan: Sara	14
	Randvoorwaarden; Wat is daar voor nodig	14
	Wat verandert er dan: Omar	15
5	Hoe doen we dat?	18
	Wat verandert er dan: Hans	19
	Wat verandert er dan: John	20
6	Wie denken er mee?	21
7	Goede voorbeelden	22

Inleiding

De wereld om ons heen verandert snel. Digitalisering en technische vernieuwing brengen nieuwe oplossingen, ook binnen de zorg. Onderzoek laat zien dat meer aandacht voor preventie betekent dat we later minder zorg nodig hebben. En de coronaepidemie bewijst hoe kwetsbaar gezondheid is en hoe de zorgcapaciteit in een mum van tijd onder enorme druk kan komen te staan. Deze ontwikkelingen gaan de Achterhoek niet voorbij.

Gezonde Achterhoek in 2030

Inwoners, cliënten, vrijwilligers, mantelzorgers, zorgprofessionals of bestuurders; allemaal zijn we mensen en hebben we iets met gezondheid en zorg. Of we nu in een rolstoel zitten en een eigen bedrijf runnen of thuis voor de kinderen zorgen van wie er één meer structuur nodig heeft; of we nu directeur zijn van een groot internationaal bedrijf of juist kwetsbaar en volledig afhankelijk van anderen; of we nu werken in de verpleging of met pensioen zijn: allemaal komen we weleens bij de huisarts of andere zorgverlener, allemaal zijn we blij dat er goede zorg is op het moment dat we die nodig hebben.

Urgentie en noodzaak voor gezamenlijke richting

En allemaal weten we wel wat onze niet-gezonde gewoontes zijn; te veel alcohol drinken, roken, ongezond eten, onvoldoende bewegen, te hard werken of juist extreem veel sporten. Kortom, voor ons allemaal is af en toe stilstaan bij gezondheid en zorg belangrijk. Met deze visie willen we daarom vooruit kijken om de vraag te beantwoorden: Hoe willen we over tien jaar in de Achterhoek met gezondheid en zorg omgaan? Wat betekent dat voor nu? Wat moeten we dus anders gaan doen?

Urgentie

Ons zorgsysteem staat onder druk. Door vergrijzing en ontgroening is er steeds meer vraag naar zorg maar is er juist minder zorgpersoneel en informele zorg beschikbaar. Als we doorgaan op de oude voet, lopen we vast. We weten nu al dat we dan binnen afzienbare tijd niet meer aan de zorgvraag kunnen voldoen. Dit zou betekenen dat u, of uw buurman, of uw moeder of uw zoon niet meer de benodigde zorg ontvangt. Omdat er gewoon geen zorgpersoneel beschikbaar is en de budgetten niet toereikend zijn. Kortom: de beschikbaarheid van goede, tijdige en betaalbare zorg staat onder druk en komt steeds meer onder druk te staan. De urgentie is dus hoog. Als bestuurders

vinden we het onze plicht om hierop te anticiperen. De thematafel De Gezondste Regio, een van de bestuurlijke overlegtafels van de Achterhoek Board, heeft in februari 2019 haar visie als volgt omschreven: *“Als betrokken partijen nemen we de gezamenlijke verantwoordelijkheid en hebben de collectieve ambitie om ervoor te zorgen dat er een verschuiving plaats vindt van specialistische zorg naar meer slimmere zorg en voorkomen van ziekten. We zetten in op een nieuwe werkelijkheid waarbij we als partijen wellicht overbodig worden.”*

Een gezamenlijke richting

Waarom doen we dit gezamenlijk? We zien een grote samenhang tussen geluk van mensen, ontwikkelingen in de samenleving, sociale structuren en aanbod van welzijn en zorg. Dit betekent dat geen van de betrokken partijen alleen de uitdagingen aankan die op ons af komen. Alleen door samen te werken kunnen we structureel de goede dingen doen. Zodat de bevolking langer gezond en gelukkig is en ondersteuning en zorg op een goede manier worden ingezet.

Eind 2019 zijn we onder de noemer ‘Veranderend Zorglandschap’ begonnen met een uitwerking van hoe de zorg in

2030 er uit kan zien. We hebben de trends en bouwstenen die we terug willen zien in een gezamenlijke visie besproken en benoemd. Een visie, bedoeld om ons allen dezelfde richting te geven bij het inspelen op de veranderingen die hoe dan ook op ons afkomen. Een visie die ons ‘dwingt’ een gezamenlijke (beeld)taal te ontwikkelen van waaruit we allemaal aan de slag kunnen om samen dezelfde vernieuwingen tot stand te brengen. Uiteindelijk doel is dat in de Achterhoek ook op de lange termijn goede en toegankelijke zorg beschikbaar blijft voor wie dat nodig heeft. Als regionale partijen vanuit zorg, overheid en ondernemers bieden we u een eerste versie van de visie aan. Met daarbij de uitdrukkelijke wens dat we deze samen met u delen en uitbouwen, voor en door de hele Achterhoek.

Wat verandert er dan?

Sophia

Sophia is met pensioen en besteedt veel tijd aan haar hobby orchideeën kweken. Ze is mantelzorger voor een zelfstandig wonende tante met dementie. Sensoren in het huis van tante geven aan als er iets gek is: als ze stil op de grond ligt of op een ongebruikelijk tijdstip het huis uitgaat. Doordat tante een slimme armband om heeft is zij altijd op afstand te volgen.

Het PGO (Persoonlijke Gezondheids-omgeving) van tante kan Sophia ook inzien zodat ze snel en gemakkelijk kan communiceren en afstemmen met zorgverleners. Tante heeft baat bij een rustige en vertrouwde omgeving. Al lang voordat ze dementerend werd, heeft Sophia met haar nagedacht hoe ze zo lang mogelijk thuis kan blijven wonen door de garage te verbouwen tot slaapkamer en badkamer. Samen met de wijkverpleegkundige en trajectbegeleider dementie en in afstemming met de huisarts is er een plan om steeds op tijd de zorg en ondersteuning aan te passen aan de veranderende situatie van haar tante.

Op dit moment is Sophia op zoek naar een goede mentor om de financiële zaken te gaan behartigen want die zorg groeit haar boven het hoofd. Dit kan gelukkig digitaal en op afstand op het moment dat Sophia daar tijd voor heeft. Ook gaat ze samen met haar

tante nadenken over waar zij wil gaan wonen als het echt niet meer thuis kan. In het PGO van haar tante kan ze goed afstemmen met alle betrokken zorgverleners op het

moment dat het haar uitkomt en blijft ze als mantelzorger op de hoogte van alles wat er gebeurt.



1. Huidige trends en factoren

Bevolking

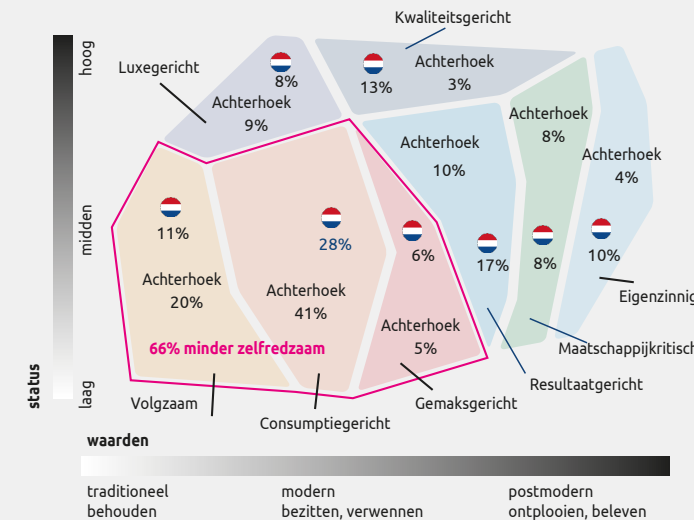
In de Achterhoek (gemeenten Aalten, Berkelland, Bronckhorst, Doetinchem, Montferland, Oude IJsselstreek, Oost Gelre en Winterswijk) wonen in 2030 naar verwachting 290.000 mensen (in 2020: ca 300.000). De vergrijzing is hier sterker dan in de rest van het land: 46% is 50-plus, terwijl dit in heel Nederland 40% is. Momenteel is in de Achterhoek

22% van de bevolking 65-plus; in 2030 is dit naar verwachting 29%. De toename van het aantal ouderen vertaalt zich in een toename van het aantal inwoners met dementie; in de Achterhoek is deze stijging in lijn met het gemiddelde in Nederland van bijna 50% in 2030 ten opzichte van 2017.

De Achterhoek kenmerkt zich verder door een gemiddeld lagere sociaaleconomische

status. Een lage SES geeft gezondheidsachterstand: mensen met lage SES (29%) leven 6 jaren korter en voelen zich 15 jaren langer ongezond dan mensen met een hoge SES (33%) (bron: www.pharos.nl). Het aantal mantelzorgers in de Achterhoek is relatief hoger en er wonen minder mensen met een migratieachtergrond dan in de rest van Nederland. De verwachting is dat het mantelzorgpotentieel hier de

De inwoners van de regio zijn vaak minder zelfredzaam¹ (66% t.o.v. 45% in NL)



Kenmerken

- **Huisarts** is gerespecteerd vertrouwenspersoon met autoriteit
- **Hulp** vertrouwd en dichtbij
- Sterke **familiebanden**
- Vaker **contacten** met directe omgeving

Aandachtspunten

- Niet altijd bewust van goede **voeding**
- **Genieten** staat voorop; soms ten koste van verantwoord leven
- Vaker moeite met veel **info**
- (Veel) tijd nodig voor technologische **ontwikkelingen**
- Moeite met geïndividualiseerde **samenleving**



- Korte, eenvoudige, eenduidige **info**
- **Persoonlijke** benadering en vast contactpersoon
- Kleine **stappen** en successen 'vieren'
- Begeleiding en duidelijk advies, beperkte **keuze**



- Te veel nadruk op **eigen verantwoordelijkheid**
- **Lat** te hoog leggen
- (te) **lange termijn** doelstelling

¹ **Zorgmentaliteit** is ontwikkeld door Motifaction en geeft inzicht in de beleavingswereld, behoeften en wensen van (potentiële) zorgcliënten ten aanzien van gezondheid, zorg en verzekeren.

komende jaren zakt van 15 naar 10 (Old Support Ratio: OOSR; dit is de verhouding tussen het aantal 85-plussers en het aantal personen tussen 50 en 75 jaar).

Achterhoekse inwoners zijn gemiddeld iets minder gezond maar ervaren wel een even goede gezondheid als gemiddeld in Nederland. De sterke vergrijzing in de Achterhoek komt tot uiting in het relatief grote aandeel inwoners met een chronische ziekte; de psychische, chronische ziekte 'stemmingsstoornis' komt minder vaak voor.

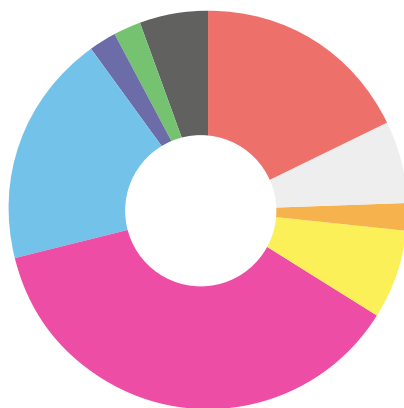
Het gezondheidsgedrag in de Achterhoek is vergelijkbaar met dat in Nederland; het aandeel inwoners met overgewicht is hoger (54%) dan gemiddeld (49%) in Nederland.

Door onderzoek met ZorgMentality ontstaat inzicht in de beleavingswereld, behoeften en wensen van (potentiële) zorgcliënten ten aanzien van gezondheid, zorg en verzekeren. Er zijn globaal drie typen cliënten: de minder zelfredzame, de pragmatische en de maatschappij-kritische. De Achterhoek kent relatief veel 'minder zelfredzame' inwoners (66% t.o.v. 45% in Nederland). In de figuur op pagina 5 is omschreven wat de kenmerken en aandachtspunten zijn voor deze groep 'minder zelfredzamen'.

Voor uitgebreide rapporten over de cijfers en trends m.b.t. bevolking in de Achterhoek zie: [Regiobeeld Achterhoek](#) en [Kompas Volksgezondheid Noord- en Oost-Gelderland](#)

Arbeidsmarkt

Ongeveer 27.000 mensen werken in de Achterhoek in de zorg. De meesten daarvan werken in de sectoren Verpleging, verzorging en thuiszorg, Gehandicaptenzorg en Ziekenhuiszorg (zie figuur hieronder).



- Ziekenhuizen, UMC's, overige medisch-specialistische zorg
- Geestelijke gezondheidszorg
- Huisartsen en gezondheidscentra
- Overige zorg en welzijn
- Verpleging, verzorging en thuiszorg
- Gehandicaptenzorg
- Jeugdzorg
- Sociaal werk
- Kinderopvang

De arbeidsmarkt in de Achterhoek kent uitdagingen: het aantal werknemers in de zorg zal bij gelijkblijvende omstandigheden in 2030 met bijna 3.000 zijn afgenomen tot ruim 24.000. Daarnaast is het aantal medewerkers in de zorg boven de 50 jaar hoger dan in de rest van Nederland (41% t.o.v. 25%).

Samen met de werkgeversvereniging (WVG) en onderwijs trekken zorgorganisaties al enkele jaren gezamenlijk op in de arbeidsmarktproblematiek. De instroom vanuit de opleidingen, de vroegtijdige uitstroom uit de zorg en de bij-, her- en omscholing van huidige werknemers hebben daarin volop aandacht, waarbij onder meer de transitie-instrumenten vanuit de overheid worden ingezet.

De krapte op de arbeidsmarkt in de Achterhoek uit zich onder meer in een tekort aan huisartsen en een tekort aan specialisten Ouderengeneeskunde. In 2023 wordt er bij ongewijzigd beleid al een huisartsentekort verwacht van tussen de 15 en 25%. Ook in de GGZ en de verpleging is een toenemend tekort.

Technologie

Door de digitale transformatie van de laatste decennia zijn er grote stappen gezet. De reiswereld, communicatie en handel zijn branches die er nu heel anders uitzien dan twintig jaar geleden. In de zorg en het onderwijs heeft de transformatie net de eerste stappen gezet. De coronacrisis zorgt er echter voor dat ook in deze branches de digitalisering versneld inzet. Dit gaat grote gevolgen hebben voor iedereen: gebruiker, zorgverlener, mantelzorger, specialist en ondersteunende diensten. Het zelfmanagement van gebruikers wordt hierdoor groter en veel mensen zullen minder afhankelijk worden van zorgverleners.

In de Achterhoek is echter tweederde van de bevolking 'minder zelfredzaam'. Dit betekent onder meer dat zelfmanagement

lastig is en dat men sterk leunt op zorgverleners. Dit is een potentieel knelpunt bij inzet en effectiviteit van digitalisering. En er blijft uiteraard een groep kwetsbaren (denk aan mensen met een zwaar verstandelijke beperking en ouderen in de laatste levensfase) voor wie dit zelfmanagement nauwelijks (meer) haalbaar is. Maar mantelzorgers om hen heen zullen wel meer regie gaan ervaren als de technologische ontwikkelingen verder doorzetten:

- Zorg op afstand (of beter gezegd Zorg Dichtbij) gaat doorzetten. De patiënt gaat niet meer naar de wachtkamer van de arts maar bepaalt zelf hoe en wanneer hij/zij de arts (of andere zorgverlener) wil spreken.
- 'Artificial intelligence-dokter': computers worden slimmer dan de beste artsen bij elkaar. De rol van arts zal steeds meer richting coach en gids veranderen, net als de rol van andere zorgverleners.
- Robots doen een deel van het werk; denk aan medische operaties (opereren op afstand) maar ook aan huishoudelijke taken (stofzuigerrobot) en sociale functies (Google Home).

In de Achterhoek zijn al veel projecten in ontwikkeling die het zelfmanagement stimuleren, en daarbij gebruik maken van vernieuwende technologie. Denk aan: InBeeld (voor o.a. chronische long- en hartpatiënten), DiaCare (voor diabetici), MiGuide (voor gezonde leefstijl bij diabetici), PGO (Persoonlijke Gezondheidsomgeving) en OZO Verbindzorg (communicatieplatform).

Data en informatie

Het gebruik van nieuwe technologie levert een grote hoeveelheid aan data op persoonsniveau, maar ook van bepaalde groepen (jeugd; chronische zieken) en de gehele bevolking. Deze data is afkomstig van vele bronnen; gebruikers zelf (bijvoorbeeld gegevens over hoe ze zich voelen), persoonlijke meetapparatuur (zoals de stappenteller), diagnostisch onderzoek (zoals bloedwaarden) en zorgverleners (zoals observaties). Al deze data bieden bepaalde informatie. Op persoonlijk niveau: de gebruiker krijgt signalen en advies aan de hand van indicatoren (vandaag heeft u uw 10.000 stappen behaald). Op patiëntengroep-niveau: data van medicijngebruik levert informatie (over bijvoorbeeld bijwerkingen). Op populatieniveau: data gecombineerd uit verschillende bronnen (persoonlijk, sociaal domein, zorg en Google) kunnen informatie geven. Meer bezoek aan de huisarts als gevolg van hooikoorts kan bijvoorbeeld voorspeld worden zodra Google de zoektermen branderige ogen en niezen ziet toenemen. Maar ook de effecten van werkloosheid kunnen aantoonbare gevolgen hebben voor zorggebruik in een bepaalde woonwijk. Bovendien kan door de toegenomen rekenkracht en het leervermogen van computers data steeds meer voorspellend worden. Dit kan ook weer op persoonlijk niveau (voorspellen van iemands overlevingskansen bij een bepaalde aandoening) tot en met populatieniveau (overgewicht bij jongeren zal leiden tot meer chronisch ziekten op

latere leeftijd).

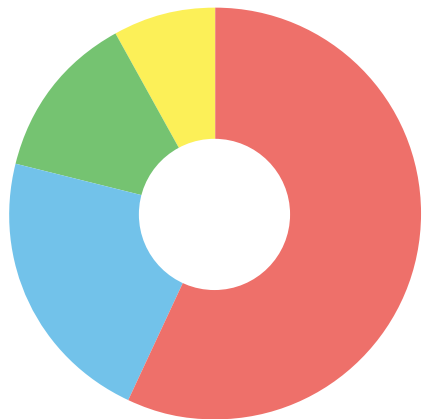
Belangrijke trends/acties hierbij zijn:

- Ontschotting van data: data tussen domeinen delen zodat er informatie ontstaat;
- Data levert steeds meer voorspellende informatie (nu vooral terugkijkende informatie);
- Toenemende wetgeving rondom bescherming van persoonsgegevens en privacy;
- Eindgebruiker heeft de regie over zijn eigen data; zoals in Persoonlijke Gezondheidsomgeving (PGO);
- Ontwikkeling van een gezondheidstoren waardoor een populatie op individueel niveau gevolgd kan worden onder regie van de deelnemer zelf. Ook kan de gezondheid van de hele populatie 'gemanaged' worden zodat integrale bekostiging mogelijk wordt.

Financiën

Er zijn drie partijen die zorg 'inkopen' voor inwoners: de gemeenten (Wet maatschappelijke ondersteuning en Jeugdwet), het zorgkantoor (Wet langdurige zorg) en de zorgverzekeraar (Zorgverzekeringswet). In 2018 waren de totale zorgkosten in de Achterhoek bijna 1,5 miljard euro, gemiddeld 4.900 euro per inwoner. Uit onderstaande figuur blijkt dat meer dan de helft van deze 1,5 miljard euro werd uitgegeven aan zorg vanuit de Zorgverzekeringswet. De kosten Zvw waren in de Achterhoek lager dan de benchmark. Ruim 50% van deze kosten werd gemaakt door de ziekenhuiszorg; dit is vergelijkbaar met andere regio's. In de Achterhoek waren de 6.000

gebruikers van Wlz zorg verantwoordelijk voor 322 miljoen euro aan Wlz kosten. Deze Wlz kosten per cliënt waren lager dan gemiddeld in Nederland. Hoe dit veroorzaakt wordt is nog niet bekend. De totale uitgaven voor Wmo en Jeugdwet in de Achterhoek waren 312 miljoen euro (2018). Het aantal inwoners dat Wmo-zorg ontvangt is in de Achterhoek hoger dan in Nederland, vooral bij 65-plussers. Het percentage jongeren met jeugdzorg is vergelijkbaar met gemiddeld in Nederland.



- Zorgverzekeringswet/ €835 mln./ 57%
- Wet langdurige zorg/ €322 mln./ 22%
- Wet maatschappelijke ondersteuning/ €196 mln./ 13%
- Jeugdwet €116 mln./ 8%

Bron: [Regiobeeld Achterhoek](#)

Achter al deze financieringsstromen zit wet- en regelgeving. Doordat deze afkomstig is van veel verschillende partijen (VWS, zorgkantoor, verschillende zorgverzekeraars, individuele gemeenten) moeten de zorgorganisaties die zorg leveren vanuit deze wetten zich verhouden tot al die wet- en regelgeving. Maar nog belangrijker: de mensen die zorg nodig hebben krijgen hier dus ook mee te maken en raken veelal verdwaald in het 'zorgoerwoud'. Momenteel is zorg vooral 'ziektegedreven'. Je krijgt pas een behandeling, een medicijn, een verblijf als een professional een etiket heeft geplakt. Pas dan gaat de financiering lopen. In de financiering van de zorg zitten perverse prikkels die medicalisering in de hand werken. En hoe individueler en specialistischer de zorg, hoe hoger de kosten. Dit principe geeft een ongelofelijk stuwende kracht waardoor de zorgkosten alleen maar toenemen en de maatschappij gefocust is op ziekte en beperkingen van het individu i.p.v. gezondheid en mogelijkheden.

Samenwerking & governance

Samenwerken zit in de cultuur van de Achterhoek. Door de geschiedenis zijn inwoners gewend om op elkaar te letten en voor elkaar te zorgen (naoberschap). Deze cultuur zie je ook terug bij ondernemers, organisaties en overheden in de Achterhoek. Al jarenlang weten organisaties elkaar te vinden; in de wijk, in de sector, maar ook in de regio. Niet voor niets is een van de meest vernieuwende triple helix samenwerkingen van Nederland in de Achterhoek te vinden: de

Achterhoek Board, - Raad en - Thematafels. Daar slaan bestuurders uit overheid, maatschappelijke organisaties, onderwijs en ondernemers de handen ineen om de Achterhoek samen verder te ontwikkelen. Dit past binnen de stimulering die het Rijk en ook VWS geeft aan regionale samenwerking. Regio's hebben vaak specifieke uitdagingen én oplossingen die zij het beste zelf kunnen ontwikkelen en uitwerken. In de Achterhoek wordt al veel samengewerkt op lokaal niveau in wijk en dorp: huisartsenzorg, wijkverpleging en sociaal domein weten elkaar steeds beter te vinden. Ook op regionaal niveau wordt er veel samengewerkt; denk aan huisartsenzorg, verpleegkundige nachtzorg maar ook aan ketenzorg voor geboortezorg, ouderenzorg en zorg voor chronische patiënten (COPD, diabetes, hartfalen). Doordat de thematafel De Gezondste Regio (in opdracht van de Achterhoek Board) steeds meer gaat functioneren als richtinggevend gremium kan deze beweging van samenwerking versterkt worden.

2. Grootste uitdagingen

Als belangrijkste trends en factoren in de Achterhoek zien wij:

- **Vergrijzing: steeds groter percentage inwoners boven de 70 jaar**
- **Afname aantal zorgmedewerkers**
- **Afname van informele hulp en nooberschap**
- **Groei van chronische aandoeningen veroorzaakt door leefstijl**
- **Achterblijven van digitale en leesvaardigheden van inwoners**

Vanuit alle trends en factoren zien wij als grootste uitdagingen voor de Achterhoek:

- **Van nazorg naar voorzorg: nog veel meer inzetten op preventie op alle niveaus**
- **Maximaal gebruik maken van de technologische mogelijkheden waardoor zelfregie en zelfmanagement toenemen**
- **Inrichting toekomstbestendig zorglandschap**
- **Inrichting fysieke omgeving: wonen en leefomgeving**

Wat verandert er dan?

Gerrit

Gerrit is boer en woont al zijn hele leven op de boerderij. Zijn oude moeder woont bij hem op het erf. Voor zijn werk gebruikt hij veel technologische snufjes en de zorg voor zijn koeien is volledig geautomatiseerd: voeren, melken, medicijnen zijn per koe afgestemd. Hij ziet via een signaal direct als een van zijn koeien minder melk geeft en krijgt ook al een mogelijke oplossing voorgesteld.

Met zijn moeder is hij in gesprek of ook zij niet gebruik wil maken van meer technologie zoals een slimme armband en technologie in huis. Maar moeder houdt niet van verandering en daarom is hij in gesprek met de buurman, die dominee is, of die niet eens met haar wil praten.

Onlangs heeft zijn huisarts hem uitgenodigd om met een aantal dorpsgenoten in gesprek te gaan over hoe om te gaan met de uitdagingen in deze fase van zijn leven. De driehoek in de wijk (huisarts, POH, sociaal wijkteam en wijkverpleegkundige) selecteert op basis van data risicogroepen en wil met hen preventief in gesprek om te onderzoeken waar ze behoefte aan hebben.

3. Wat is onze visie?

Voor deze visie gaan we uit van een drietal pijlers die op alle niveaus leidend zijn: positieve gezondheid, quadruple aim en samenhang tussen alle domeinen. Juist bij deze pijlers staat de mens centraal; zijn of haar behoeften zijn leidend en niet die van de organisaties of financier.

Positieve gezondheid

Ons uitgangspunt is dat gezondheid zoveel meer is dan lichamelijke en psychische gezondheid. Het gaat ook over meedoen en zingeving. En belangrijk: hoe iemand daar zelf naar kijkt. Machteld Huber heeft dit omschreven met de term Positieve Gezondheid: het vermogen van mensen zich aan te passen en regie te voeren in het licht van fysieke, emotionele en sociale uitdagingen van het leven (Huber 2012). Gezondheid uit zich op het gebied van lichaamsfuncties, mentaal welbevinden, zingeving, kwaliteit van leven, meedoen en dagelijks functioneren. Uitgaan van **positieve gezondheid** betekent voor inwoners dat zij zelf (meer) inspraak hebben; wat is voor hen belangrijk? Voor de zorgverlener betekent het: soms op iets anders inzetten dan voor de hand lijkt te liggen omdat de zorgvrager leidend is.

Quadruple aim

Quadruple aim draait om vier doelstellingen die gelijktijdig optimale uitkomsten nastreven. Ten eerste het verbeteren van

de ervaren kwaliteit van zorg. Als tweede het verbeteren van de gezondheid van een populatie. Het derde doel is het verlagen van de zorgkosten. En als laatste het verbeteren van het werkplezier van de zorgverlener.

Onze Visie

Wij willen dat Achterhoekers gezond zijn en daarover zelf de regie hebben. Gezondheid, preventie en leefstijl zijn leidend, niet ziekte en behandeling.

We spannen ons er samen maximaal voor in dat onze inwoners zich gezond en gelukkig voelen en minder zorg nodig hebben.

Bij al onze inspanningen betrekken we van af het begin inwoners en patiënten.

Samenhang tussen alle domeinen

De fysieke inrichting en omgeving van een wijk of dorp hebben invloed op de sociale structuur en daardoor ook op de benodigde zorg en ondersteuning. De nieuwe Omgevingswet (verwacht 2021) geeft hiervoor handvatten. Denk aan hoe wandel- en fietspaden in de buurten zijn aangelegd en met elkaar verbonden, zodat iedereen direct vanuit huis in beweging kan zijn.

Naast de fysieke inrichting is er het aanbod van zorg en ondersteuning: de inzet vanuit de nulde, eerste en tweede lijn. Ook hierin is sprake van wederkerigheid: een goed stelsel van zorgvoorzieningen maakt dat mensen goed kunnen functioneren in hun sociale omgeving, zich kunnen blijven inzetten als goede buur, werknemer, mantelzorger, vrijwilliger, etc.

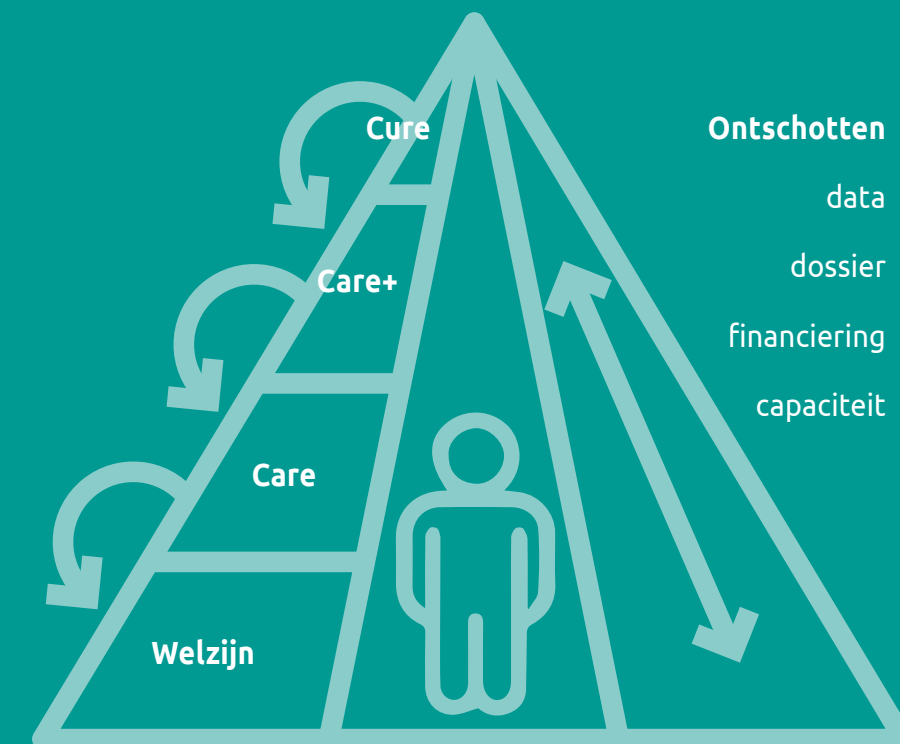
In de Achterhoek is de Gezondheidspiramide uit 2014 doorontwikkeld tot een model dat de samenhang tussen alle domeinen weergeeft maar ook wat er nodig is om het anders te gaan doen. Zodat de inwoner meer autonomie en regie gaat ervaren en we meer focussen op gezondheid. We willen de onderkant van de piramide versterken: het welzijn en geluk van de inwoners. Omdat we ervan overtuigd zijn dat we daarmee de-medicaliseren en normaliseren. En hierdoor kunnen we de schaarste aan zorgprofessionals opvangen en kosten voor de samenleving beperken.

Om de fundamentele behoefte van de inwoner beter te kunnen vervullen, is een verandering nodig van het systeem zoals we dat nu georganiseerd hebben in de zorg.

Deze verandering bestaat uit het ontschotten van domeinen op de thema's:

- data: combineren en delen van data geeft informatie;
- dossier: gebruiker (inwoner, cliënt, mantelzorger) is eigenaar en bepaalt met wie zijn dossier gedeeld wordt;
- financiering: eenheid in financiering maakt dat het gezamenlijk belang voorop komt te staan; gescheiden financieringsstromen ondermijnen dit en bevatten perverse prikkels;
- planning en capaciteit: gezamenlijke verantwoordelijkheid geeft in totaliteit een beter resultaat voor de klant.

Deze ontschotting is een beweging die continue om verandering vraagt; ook als het gaat om rollen van professionals.



Wat verandert er dan?

Andrea

Andrea heeft veel last van psychische klachten en ervaart daardoor problemen op andere levensgebieden: werken is nauwelijks haalbaar en haar sociale netwerk is beperkt. Sinds een jaar gebruikt ze een digitale coach die haar helpt om structuur in haar dag te brengen, maar ook om haar stil te laten staan bij hoe ze zich voelt. Daardoor signaleert ze eerder dat het niet goed met haar gaat en weet ze beter wat ze moet doen om dit te keren. Soms is een wandeling voldoende, soms een tijdelijke ophoging van haar medicijnen en soms een rustige dag. Daardoor leert ze steeds beter haar eigen symptomen kennen en beheersen. En ze weet dat als het echt niet goed gaat, ze snel hulp krijgt van haar persoonlijke coach, die ook verbonden is aan dit systeem. Op deze manier heeft ze een opname kunnen voorkomen.

Met een buurvrouw werkt ze nu af en toe in de tuin. Ze heeft haar duidelijk kunnen maken wat haar kan helpen en wat een situatie kan verergeren. Hierdoor weet de buurvrouw goed waar ze aan toe is. Dat doet hun beiden goed.

Wat verandert er dan?

Mia

Mia woont in een instelling, heeft de verstandelijke vermogens van een kind van twee jaar en forse lichamelijke beperkingen. Zij beleeft veel plezier aan 'snoozelen' waarbij haar moeder liedjes heeft ingezongen die zij liggend in een zachte omgeving beluistert. Ook geniet ze van het spelen met een bal. Uiteraard is de beweging die ze daarbij maakt (en die haar lenig houdt) nauw afgestemd met de fysiotherapie.

Haar huis staat in een normale woonwijk, waar ze met een aantal medebewoners woont. In de woning wordt technologie ingezet om de belastbaarheid van medewerkers bij ADL zorg te verminderen.

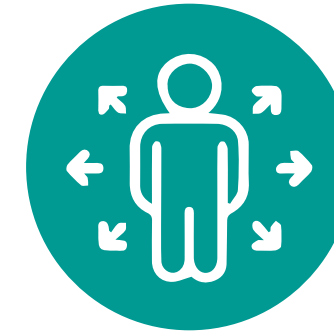
Omdat Mia houdt van rust, zorgt technologie voor een strak leefritme waarbij maar enkele vaste zorgverleners nabij komen. Mia kan niet goed communiceren hoe ze zich voelt, maar haar slimme armband kan dit wel.

Daardoor leren de zorgverleners en de digitale coach haar steeds beter kennen en begrijpen en kunnen zij beter inschatten wat op een bepaald moment een goede keuze is voor Mia. Dit verhoogt haar kwaliteit van leven en geeft rust aan haar verwanten en begeleiders.



4. Waar werken we samen aan?

Doelen: wat willen we bereiken?



Mens centraal

Bij alles waar we aan werken staat de behoefte van de mens in zijn dagelijks functioneren centraal. En mens betekent: inwoner, cliënt, bewoner, mantelzorger. Luisteren is daarom het eerste wat we altijd doen. Wat heeft iemand nodig om zo zelfstandig mogelijk te kunnen leven en mee te doen in de samenleving? Het antwoord op die vraag kan sterk variëren en vraagt dus om een persoonsgerichte aanpak, waarbij niet het aanbod van een organisatie leidend is. Extra aandacht hebben we voor mensen met de grootste gezondheidsachterstanden (zoals mensen met een laag inkomen of schulden) en mensen die nauwelijks zelf in staat zijn om eigen regie te voeren (zoals mensen met een ernstige verstandelijke beperking of kwetsbare ouderen met ernstige dementie).



Passend wonen

Goed wonen is een basisvoorwaarde voor mensen van iedere leeftijd om zich gelukkig en gezond te kunnen voelen. Door inzet van technologie is het mogelijk om woningen levensloopbestendig in te richten. Eigenaren van woningen, wooncorporaties, bewoners, mantelzorgers en zorgverleners nemen we mee in deze mogelijkheden zodat ze volop gebruikt gaan worden. Onze kijk op wonen en oud worden moet veranderen en niet meer uitgaan van de bestaande behoeften en het huidige aanbod. We willen werken vanuit een nieuwe visie op anders oud(er) worden en wonen en daarmee ook een andere kijk op de rol van het bestaande zorgaanbod. Zodat ook het huidige gat tussen thuis en verpleeghuis beter ingevuld gaat worden voor inwoners. Dit vraagt om een gezamenlijke aanpak van woonzorgcorporaties, vastgoedontwikkelaars, gemeenten en zorgpartijen. Ook de combinatie van wonen en zorg

blijft nodig voor mensen met een levenslange beperking. Er ligt een gezamenlijke opgave voor gemeenten, zorgaanbieders en woningbouwcoöperaties om ook voor die doelgroepen voldoende passende woonvormen te organiseren. Samen met de thematafel Wonen en Vastgoed pakken we de uitdagingen op om dit in goede banen te leiden.



Gezonde en sterke sociale structuren

Gezonde en sterke sociale structuren en weefsels, in de woonomgeving maar ook digitaal, zijn een voorwaarde voor geluk en gezondheid van inwoners. In de Achterhoek zijn deze nog altijd sterk verankerd in het noaberschap. We blijven investeren in het behoud en het versterken van sociale structuren zodat de Achterhoek een samenleving is waarin iedereen meedoet. Hierbij pakken zowel gemeenten, zorgorganisaties maar ook bijvoorbeeld wooncorporaties hun rol om

Wat verandert er dan?

Sara

Sara werkt enkele uren per week als post-bezorger en is grotendeels thuis, waar ze zorgt voor haar gezin met drie opgroeiende kinderen. Een van haar zoons heeft veel structuur nodig vanwege beperkingen; digitale coaching door middel van apps helpt haar daarbij. Ze heeft regelmatig social media-contact met andere moeders in dezelfde situatie. Dit helpt haar om haar gezin meer structuur te bieden; ze vindt het bovendien fijn om herkenning te vinden. Ook denkt ze na over hoe haar kinderen steeds meer op hun eigen benen kunnen staan en wat zij daarvoor moet doen (of juist niet). Hiervoor heeft ze onlangs ook een online training gevolgd, waarna ze in een digitale groep verdere ervaringen deelt. Op die schaarse momenten waarop ze het even niet weet en ook haar netwerk onvoldoende steunt biedt ze waar ze terecht voor kortdurende advies en steun zoals bij het wijkteam.

gezonde en sterke sociale structuren in wijken en dorpen te realiseren.

Als we zelfredzaamheid en samenredzaamheid versterken wordt niet alleen de samenleving in zijn geheel veerkrachtiger, maar ontwikkelen ook individuen meer veerkracht. Mensen hebben de behoefte om zich verbonden te voelen en te participeren; dat is wat we mogelijk willen maken. Zodat iedereen mee kan doen en zich kan blijven ontwikkelen, onafhankelijk van leeftijd. En dit alles in een omgeving die een gezonde leefstijl (zoals niet roken, matig alcohol gebruik en voldoende bewegen) volop ondersteunt. Zodat kinderen van jongs af aan het goede voorbeeld krijgen. En waarbij drempels om te kiezen voor een gezonde leefstijl verlaagd worden: schuldenaankpak en meedoen. Waardoor mensen met de grootste gezondheidsachterstand gelijke kansen hebben om een gezondere leefstijl te ontwikkelen. De ambities van gezonde en sterke sociale structuren zijn uitgewerkt in het Preventie Akkoord Achterhoek waaraan veel organisaties bijdragen. Achterhoek in Beweging speelt een grote rol om bewegen en sport als middel in te zetten voor gezonde en sterke sociale structuren.

Randvoorwaarden: wat is daarvoor nodig?



Digitalisering & technologie

Digitalisering en technologie zijn geen doel op zich. Maar volop inzetten op digitalisering vergroot de zelfredzaamheid van mensen en de gelijkwaardigheid in informatie tussen inwoners en professionals. En het gaat de inwoners en organisaties van de Achterhoek helpen om noodzakelijke zorg en ondersteuning beter te organiseren. Persoonlijk contact (fysiek dan wel op afstand) tussen zorgverlener en zorgvrager blijft een belangrijke voorwaarde voor zorg van goede kwaliteit. Waarbij de zorgprofessional steeds meer de rol van coach en gids aanneemt. Bij alle interventies die we doen vragen we ons steeds af of het nog slimmer kan door zoveel mogelijk gebruik te maken van innovaties, in huis bij de cliënt zelf, in het verpleeghuis, bij de zorgprofessional en bij het delen van data. Zodat zorgverleners meer tijd en aandacht kunnen besteden aan inwoners met complexe zorgvragen.

Belangrijke onderdelen:

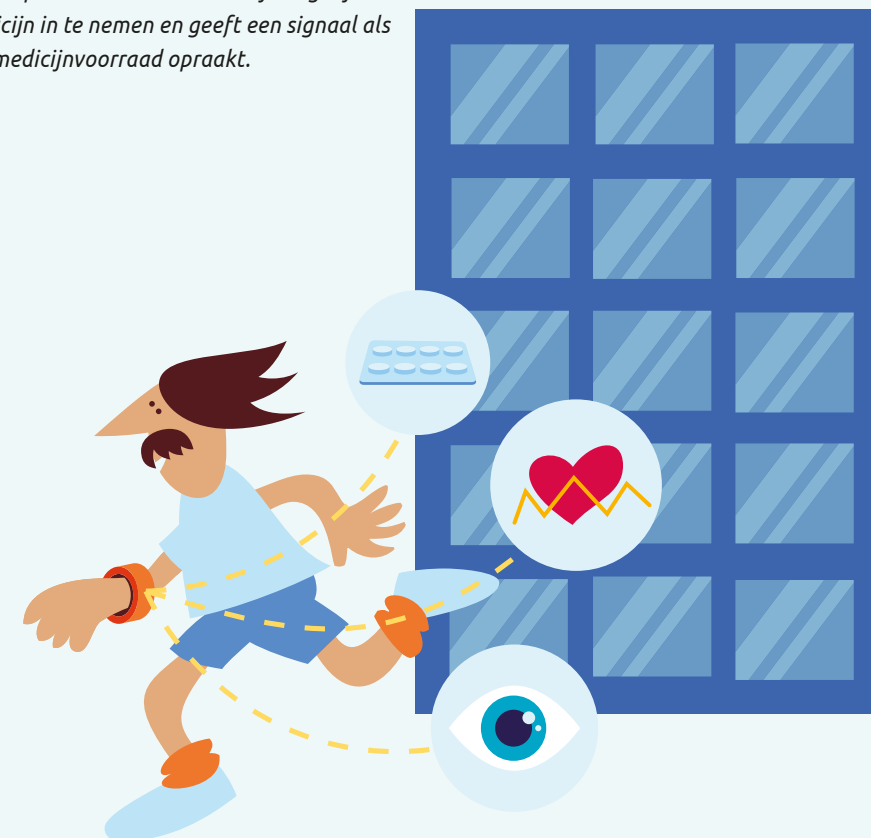
- Gebruik van zorgtechnologie op alle niveaus : in huis, aan het bed, in communicatie, bij medicatie, bij schulden, bij ondersteuning vanuit sociaal domein, bij zorg en bij medisch ingrijpen.
- Persoonlijke Gezondheidsomgeving (PGO) voor alle inwoners van de Achterhoek: de zorgvrager bepaalt wie toegang heeft tot zijn gezondheids- en zorggegevens, zodat communicatie en uitwisseling van gegevens snel en betrouwbaar kan plaatsvinden. Dit vergroot sterk het zelfmanagement voor gezondheid en zorg.
- Ontwikkeling van een 'gezondheidsstroom' waardoor alle data van inwoners vertaald worden naar informatie op persoonsniveau en populatieniveau. Dit maakt het mogelijk om op basis van geanonimiseerde gegevens pro-actief te handelen in het belang van het individu, wat bijdraagt aan de gezondheid van de totale populatie. Uiteraard blijft privacy van de inwoner een belangrijk aandachtspunt en bepaalt de inwoner altijd zelf welke gegevens gedeeld worden. Een eerste aanzet is gemaakt met de ontwikkeling van de Achterhoek Monitor De Gezondste Regio waar de populatie met indicatoren vanuit Quadruple Aim in kaart wordt gebracht. Hiermee krijgen we de gezondheid en het zorggebruik van de populatie steeds beter in beeld.

Wat verandert er dan?

Omar

Omar is directeur van een groot internationaal bedrijf en heeft sinds tien jaar een verhoogde bloeddruk. Door zijn slimme armband die o.a. zijn bloeddruk meet, krijgt hij steeds meer inzicht hoe hij deze laag kan houden. Hij heeft gemerkt dat twee keer per week een rondje hardlopen hem goed doet en ook zijn bloeddruk verlaagt. Een app helpt hem herinneren om zijn dagelijkse medicijn in te nemen en geeft een signaal als zijn medicijnvoorraad opraakt.

Indien hij wil kan hij de data van de slimme armband koppelen aan zijn PGO waardoor ook de praktijk ondersteuner van de huisarts op afstand kan meekijken. De laatste tijd ziet hij zijn bloeddruk langzaam aan lager worden en hij gaat met zijn arts bespreken of de medicatie niet wat omlaag kan.





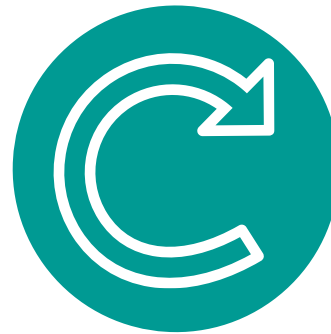
Samenwerking

In de Achterhoek werken we al heel lang op allerlei niveau's samen. De nieuwe samenwerkingsstructuur De Gezondste Regio ondersteunt deze samenwerking waardoor we elkaar steeds beter leren kennen en vertrouwen. We werken aan onderstaande punten:

- *Ontschot samenwerken*
Denken en werken vanuit het belang van de inwoner vraagt om ontschot werken over domeinen heen. Hoe kunnen we inwoners zo goed mogelijk helpen met zo min mogelijk bureaucratie én zorgen voor een betere kwaliteit van de ondersteuning en zorg? Dat vraagt een andere manier van samenwerken.
- *Samenwerkingsstructuur*
We gaan verkennen of een vergaande gezamenlijke samenwerkingsstructuur mogelijk is vanuit De Gezondste Regio. Waarbij verantwoordelijkheden, taken en bevoegdheden helder zijn zodat

het mogelijk wordt om methodieken zoals populatiebepoortiging in te zetten. Daarbij zijn we gezamenlijk verantwoordelijk voor het resultaat en de inzet.

- *Verschuiven van financiële middelen*
De totale financiering van zorg en welzijn in de Achterhoek zal niet groter worden. Er zal geschoven moeten worden met financiële middelen waardoor er minder geld wordt uitgegeven aan de bovenkant van de gezondheidspiraamde en meer geld onderin de piramide. Dus minder uitgaven aan specialistische zorg, meer aan collectief welzijn.
- *Contractafspraken*
We gaan als de belangrijkste regionale financiers - gemeenten en zorgverzekeraar - werken aan meerjarige en integrale afspraken. Waarbij de afspraken gebaseerd zijn op deze gezamenlijke visie.
- *Herkenbare en aanspreekbare wijkteams*
In iedere wijk en dorp stimuleren we intensieve samenwerking binnen de driehoek huisarts, wijkverpleging en sociaal domein. Zoals ook als verwoord in Oud en zelfstandig in 2030, van de commissie Toekomst zorg thuiswonende ouderen. Omdat we de overtuiging hebben dat dichtbij de inwoner de juiste persoonsgerichte aanpak gerealiseerd kan worden.

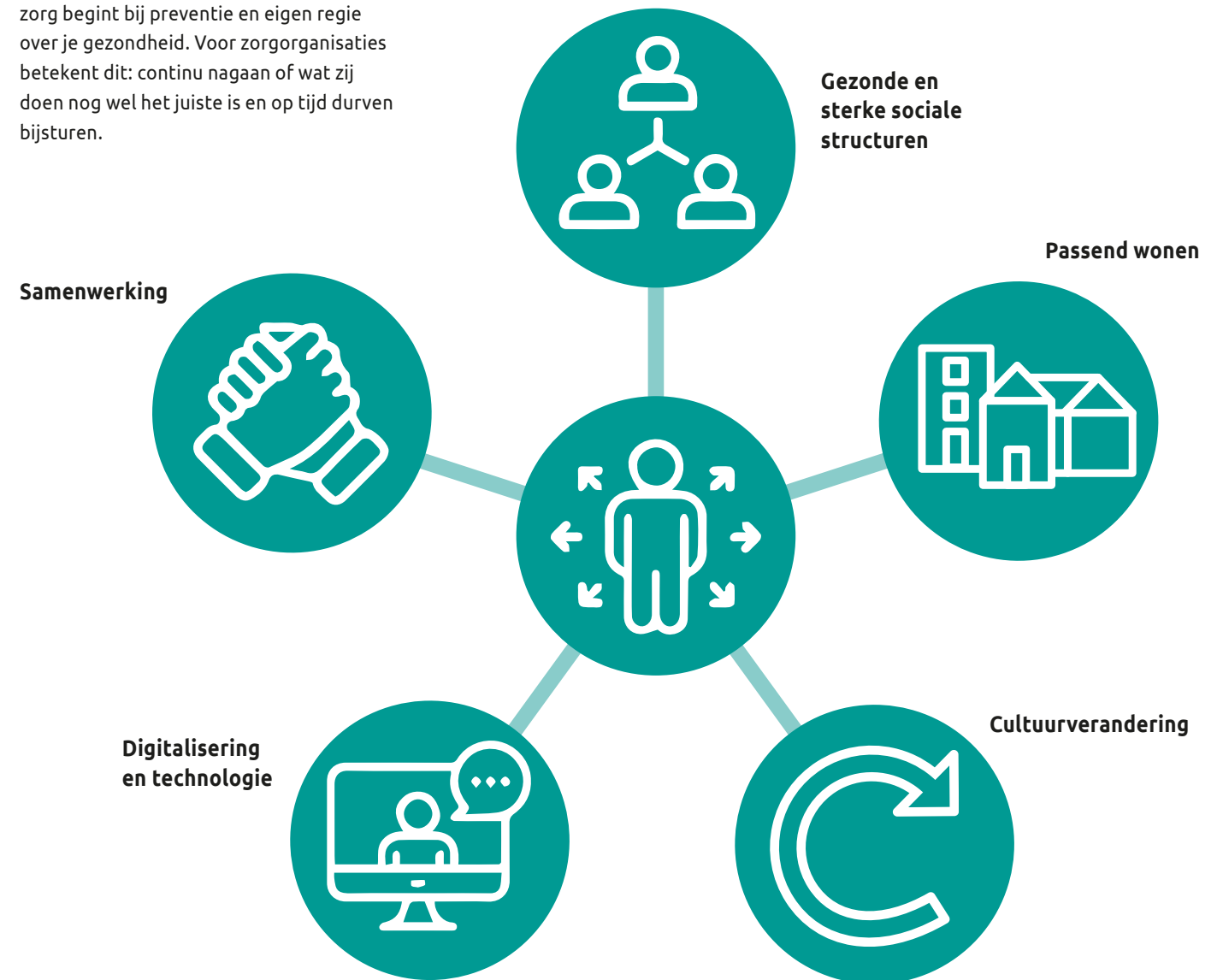


Cultuurverandering

Als we onze ambities werkelijk willen waarmaken, vraagt dat van iedereen een cultuuromslag. Een cultuuromslag in hoe we omgaan met denken over gezondheid, ziekte en afhankelijkheid. Dit is een langdurig proces waarbij voorbeeldgedrag van bestuurders heel bepalend is. Daarom is het goed dat zij uitspreken dat ze zo nodig hun eigen organisatie verkleinen of zelfs opheffen wanneer deze overbodig wordt. Als we de vraag van de inwoner leidend laten zijn, kan dit wel eens om een totaal andere inzet en oplossingen vragen. Ook zorgverleners zullen telkens moeten reflecteren en minder bij voorbaat de aanpak bepalen, maar goed blijven luisteren; en zelfmanagement van inwoners stimuleren en hen daarbij helpen door zich op te stellen als coach en gids. Voor gebruikers van zorg (wij allemaal) vraagt dit meer verantwoordelijkheid voor eigen gezondheid en het besef dat we met ons gedrag van vandaag onze gezondheid over twintig jaar bepalen; ook als het gaat

om ons functioneren in sociale verbanden en het loslaten van oude structuren in de zorg en ondersteuning. Voor financiers van de zorg betekent dit: veel meer investeren in preventie en eigen regie. Verbeteren van de gezondheid en voorkomen van zorg begint bij preventie en eigen regie over je gezondheid. Voor zorgorganisaties betekent dit: continu nagaan of wat zij doen nog wel het juiste is en op tijd durven bijsturen.

In onderstaande figuur is weergegeven welke doelen we willen bereiken in de Achterhoek en wat daarvoor nodig is.



5. Hoe doen we dat?

De hiervoor beschreven visie wordt vertaald door De Gezondste Regio in een uitvoeringsagenda die in samenhang met andere thematafels wordt gemaakt en indien nodig wordt bijgesteld. Vanuit de thematafel De Gezondste Regio spelen we in op deze visie met de programmalijnen die we in 2019 hebben geformuleerd:

- 1 Gezonde Jeugd : zorgen voor een kansrijke start voor alle kinderen en het gezond en veilig laten opgroeien van kinderen en jongeren
- 2 Vitale Collega: meer aandacht voor een gezonde leefstijl voor alle volwassenen in de Achterhoek via hun werk of dagbesteding
- 3 Eigen Regie: zelfmanagement voor kwetsbare volwassenen, chronisch zieken en ouderen zoveel mogelijk stimuleren

Ook hebben we binnen de Gezondste Regio afgesproken om te werken aan een Preventie Akkoord Achterhoek waarin zoveel mogelijk partners zich binden aan onze ambities op het gebied van preventie. Het Preventie Akkoord Achterhoek wordt in de zomer van 2020 ondertekend. Het Regionaal Beweeg- & Sportakkoord Achterhoek 2020-2030 dat in 2019 werd gesloten, is ook een belangrijk instrument om doelstellingen van De Gezondste Regio door bewegen en sport te bereiken. Ook zet De Gezondste Regio in op data- en

informatiemanagement door het opstellen van de Achterhoek Monitor De Gezondste Regio. In deze monitor zijn op basis van quadruple aim verschillende indicatoren in kaart gebracht die laten zien waar we staan als regio en hoe ver we zijn met onze ambities.

Ook de andere thematafels van 8RHK ambassadeurs dragen bij aan onze ambities voor een gezonde Achterhoek (bron: [Achterhoekvisie 2030](#)). Omdat werken aan een gezonde Achterhoek over alle domeinen heen gaat:

- De bestaande woningvoorraad is in 2030 duurzamer en meer levensloopbestendig. Hieraan werkt de thematafel Wonen & Vastgoed.
- De Achterhoek is een schone regio; kringlooplandbouw en energieneutraal zijn thema's waar de thematafel Circulaire economie & Energietransitie aan werkt.
- In de Achterhoek is ook het vervoer in 2030 energieneutraal en energie-neutraal reizen wordt gefaciliteerd. Hieraan werkt de thematafel Mobiliteit & Bereikbaarheid.
- Talenten op de arbeidsmarkt zijn benut om te voldoen aan de vervangings- en uitbreidingsvraag (aantrekken van ruim 27.000 werknemers), speciaal in de sectoren techniek en zorg.

Hieraan werkt de thematafel Onderwijs & Arbeidsmarkt.

- Er functioneert een inclusieve arbeidsmarkt, met oog voor de gehele beroepsbevolking. Hieraan werkt de thematafel Onderwijs & Arbeidsmarkt.
- Ook de thematafel Smart werken & Innovatie ondersteunt onze ambities door het open innovatiesysteem dat zij ontwikkelt voor de maakindustrie en agro-sector. Dit is ook in te zetten bij zorginnovaties zoals zorgtechnologie en informatiemanagement.

En natuurlijk dragen ook al die vele andere kleine en grote samenwerkingsstructuren in de Achterhoek bij aan onze ambities. Samen trekken we op, schouder aan schouder!

Wat verandert er dan?

Hans

Hans zit in een rolstoel en runt een eigen financieel adviesbedrijf. Op afstand is hij vrijwillig coach voor dorpsgenoten die het lastig vinden om met geld om te gaan. Zijn woning is zodanig aangepast, dat hij zich met zijn rolstoel goed kan voortbewegen en redden. De woning is zo ingericht dat ook bij achteruitgang, waardoor meer zorg nodig zal zijn, hiervoor ruimte is in de slaap- en badkamer. Hij kan door gebruik te maken van veel technologie geheel zelfstandig wonen en leven (denk aan robotstofzuiger, technologie voor in- en uit bed gaan). Hierdoor is hij in staat om zijn bedrijf te runnen, maar ook heeft hij een kring van familie en vrienden waarin naast gezelligheid ook steun voor elkaar is. Tijdens zijn revalidatieproces heeft Hans, naast de medische zorg, ook aan dit aspect aandacht besteed. Daar is hij achteraf erg blij mee.

Door het gebruik van het PGO (Persoonlijke Gezondheidsomgeving) op zijn telefoon kan hij snel en gemakkelijk communiceren met zorgverleners en artsen. Hierdoor kan snel en effectief geschakeld worden en kan een bezoek aan hulpverleners worden beperkt tot die situaties waarin dat echt noodzakelijk is. Dit is voor zowel Hans als voor de zorgverleners een win-win situatie.

Allerlei handige signaalfuncties helpen hem om zijn zithouding en medicijngebruik optimaal in te stellen en zo doorzitproblemen, pijn en inzet van de fysiotherapeut tot een minimum te beperken.



Wat verandert er dan?

John

John werkt in de wijkverpleging. Hij kent zijn wijk goed en weet wat er achter de voordeuren gebeurt. Het zet klanten vanaf de intake in hun kracht door zorg aan te bieden die ruimte laat voor maximale regie over hun eigen leven.

Hij is goed aangesloten op de digitale netwerken in de wijk waardoor hij veel hulpvragen van inwoners op die manier kan wegzetten. In deze netwerken zitten niet alleen zorgprofessionals vanuit de huisartsengroep en welzijn (alhoewel zij wel een soort vast kern vormen) maar ook allerlei organisaties van buurtbewoners en vrijwilligers, de kerk, enz. Ook is er een ontmoetingsplek in de wijk georganiseerd, die buurtbewoners zelf runnen, maar waarvoor de woningbouworganisatie en de gemeente de vaste kosten dragen. Extra activiteiten worden door buurtbewoners georganiseerd en de financiële middelen die daarvoor nodig zijn brengen ze zelf op (soms via een bijdrage van de gemeente om sociaal mee te kunnen doen en erbij te horen) of regelen dat via sponsoring.

John brengt bewoners continu met elkaar in verbinding, waarbij hij ziet dat het mensen goed doet als ze iets kunnen doen voor een ander. Alle patiënten worden digitaal op afstand gemonitord. Na een signaal op zijn

telefoon gaat hij direct kijken bij iemand met wie het niet goed lijkt te gaan. Met zijn werkgever heeft hij afgesproken dat

hij hiervoor soms ook beschikbaar is als hij niet werkt, omdat hij in de buurt woont. Als hij niet oproepbaar wil zijn, kan hij dat ook aangeven.



6. Wie denken er mee?

In de thematafel De Gezondste Regio zijn bestuurders vertegenwoordigd uit het sociaal domein, de jeugdzorg, de ouderenzorg, de GGZ, de zorg voor mensen met een beperking, de sport, de gezondheidsdienst, de huisartsen- en ziekenhuiszorg, cliënten- en inwonervertegenwoordiging en ondernemers. In meerdere gesprekken hebben zij deze visie geformuleerd en aangescherpt.

Nu deze eerste aanzet er ligt, is het tijd om hierover in gesprek te gaan met de samenleving. Met zorgverleners, mantelzorgers, klanten, inwoners, beleidsmedewerkers, ondernemers, maatschappelijke organisaties en vele anderen; hoe kijken zij aan tegen deze visie? Samen met hen willen we onze visie nog verder aanscherpen en uitbouwen. Want afgeleid van deze brede regiovisie zullen ook onderliggende visies voor bijvoorbeeld de jeugd, de ouderen, wonen, de ziekenhuiszorg of de specialistische zorg verder worden uitgewerkt.

Meedoen? [Meld je aan voor de nieuwsbrief van de Gezondste Regio](#) om op de hoogte te blijven. Uiteraard is het ook mogelijk om één van de partijen in het overzicht hiernaast te benaderen..



7. Goede voorbeelden

Gelukkig beginnen we niet bij nul en kunnen we voorbeelden noemen die passen binnen de verandering die we beogen. Deze voorbeelden zijn niet

alomvattend. Er zijn talloze, vaak lokale initiatieven die passen in de visie. Hier geven we speciaal voorbeelden met regionale impact. Per initiatief is te zien aan

welke drie belangrijkste veranderingen het bijdraagt.

	Mens centraal	Passend wonen	Sterke en gezonde sociale structuren	Digitalisering	Cultuurverandering	Samenwerking
Achterhoek in Beweging						
Slimmer en andere GLI's						
OZO Verbindzorg						
PGO ontwikkeling						
Achterhoek Rookvrij						
Leefsamen Achterhoek						
InBeeld						
Ambulant Team Ouderenzorg						
Naast (Zorg op afstand)						
Welzijn op Recept						
Preventie akkoord						
De Slingebeek (tijdelijke verpleegzorg)						

Raadhuisstraat 25
7001 EX Doetinchem
+31 314 32 12 00

info@8rhk.nl
www.8rhk.nl

Thematafel
De Gezondste Regio