

Samenwerkingsagenda 2021-2023

Gemeenten Zuid-Kennemerland/IJmond en Zilveren Kruis



Bloemendaal

gemeente**beverwijk**



Heemstede



Gemeente
Haarlem



Zilveren
Kruis



GEMEENTE
VELSEN



gemeente Heemskerk

Gemeente Zandvoort



Inhoud

1. Inleiding	2
2. Over de regio	4
3. Samenwerking rond het thema: ouderen	6
4. Samenwerking rond het thema: GGZ	12
5. Samenwerking rond het thema: Preventie	17
6. Governance	20

1. Inleiding

Door de introductie van de Zorgverzekeringswet (Zvw, 2006), de hervorming van de langdurige zorg (Wlz, 2015) en de decentralisaties in het gemeentelijk domein (WMO en Jeugdwet, 2015) is in de regio's een nieuw speelveld ontstaan tussen zorgverzekeraars, zorgkantoren en gemeenten. Er is veel samenhang in de ondersteuning en zorg aan inwoners waarvoor zowel gemeenten als de zorgverzekeraars verantwoordelijk zijn, zoals ouderen, chronisch zieken en kwetsbare GGZ-cliënten. Samenwerken kan veel betekenen voor inwoners en verzekerden. Een goede samenwerking is echter niet vanzelfsprekend. Het is essentieel dat waar de reguliere zorg (Zvw/WLZ/JW) en reguliere ondersteuning (Wmo) elkaar raken en nodig hebben, de zorgaanbieders samen kunnen optrekken en adequaat kunnen op- en afschalen tussen verschillende soorten dienstverlening, zonder dat inwoners, cliënten en patiënten daar iets van merken.

De basis voor goede samenwerking is wederzijdse kennis, begrip, vertrouwen en commitment. Door te werken aan gezamenlijke doelen zoals vastgelegd in deze samenwerkingsagenda willen we samen werken aan goede zorg en ondersteuning dichtbij en daarin ook een gezamenlijke ontwikkeling doormaken.

De introductie door VNG en ZN van een regionale werkstructuur voor het hele land voelen Zilveren Kruis en gemeenten als een steun in de rug om te komen tot gezamenlijke regionale afspraken. We streven ernaar de samenwerking stapsgewijs verder te ontwikkelen en samen concrete resultaten te boeken voor de inwoners/verzekerden in de komende periode.

Reikwijdte van de samenwerkingsagenda

De samenwerking richt zich in 2021 - 2023 in elk geval op de volgende thema's:

- Ouderen
- GGZ
- Preventie

Verder kunnen zich gedurende de periode 2021-2023 nieuwe onderwerpen of ontwikkelingen voordoen waarop samenwerking gewenst is. Op dat moment bekijken we gezamenlijk of en zo ja hoe dat gestalte krijgt. Mocht het nodig zijn dan gaan we ook in gesprek over aanpassing van de samenwerkingsagenda in die lijn.

COVID-19

Sinds maart 2020 zijn er verregaande maatregelen ingesteld om de verspreiding van het COVID-19 virus te beperken. Deze maatregelen hebben een ontwrichtende werking op de samenleving, ook in onze regio. De tijd zal leren hoe het virus, de verspreiding en vaccins of geneesmiddelen zich ontwikkelen en hoe de samenleving daarop zal reageren. De verwachting is in ieder geval dat deze en mogelijk nog komende maatregelen tegen het COVID-19 virus nog lang impact zullen hebben op de maatschappij. We zullen de (uitvoering van) deze samenwerkingsagenda aanpassen aan nieuwe ontwikkelingen met betrekking tot het virus.

Randvoorwaarden en werkwijzen

Om de samenwerking te laten slagen zijn de volgende randvoorwaarden en afspraken van belang:

- deze Samenwerkingsagenda wordt vastgesteld voor de **periode 2021-2023**; in de eerste helft van 2023 worden de afspraken herijkt. Indien eerder een herijking gewenst is, gaan gemeenten en Zilveren Kruis hierover met elkaar in gesprek;
- de in hoofdstuk 6 beschreven **overlegstructuur** functioneert goed qua frequentie, deelname en onderlinge communicatie en uitwisseling;
- om **afgestemde inkoop** te realiseren wisselen we ieders inkoopstrategie en -beleid uit en daar waar wenselijk en mogelijk verbinden we het met elkaar;
- we hebben **respect voor elkaars rollen en mogelijkheden**; samen zoeken we naar oplossingen en als het niet te veranderen is door het systeem dan doen we wat wel binnen de mogelijkheden ligt; dan kijken we ook of we over die systeem-belemmeringen informatie willen doorgeven naar het landelijke niveau (VNG en ZN, Rijk);
- we **prioriteren** en maken keuzes waarbinnen we zo concreet mogelijke stappen zetten;
- gemeenten en Zilveren Kruis leveren desgevraagd een bijdrage aan het uitwisselen van kennis en ervaringen met andere gemeenten en zorgverzekeraars/zorgkantoren;
- we zorgen voor **gezamenlijk afgestemde communicatie** over de projecten vanuit deze Samenwerkingsagenda. Onder andere door een afgestemde communicatieboodschap (gezamenlijke tekst) en naamsvermelding over en weer; daarbij worden er zo nodig afspraken gemaakt over communicatieprocessen (bijvoorbeeld bij persaandacht) en wederzijdse verantwoordelijkheden.

2. Over de regio

De zorgkantoorregio Kennemerland omvat negen gemeenten en omvat de Wmo-regio's: Zuid-Kennemerland en Midden-Kennemerland/IJmond. Het Noordzeekanaal is een belangrijke geografische scheiding in het gebied. De regio sluit in het noorden aan op de VGZ zorgkantoorregio Alkmaar/Noord-Kennemerland. Omdat de gemeenten Uitgeest en Castricum meer samenwerking met Alkmaar hebben, is besloten dat zij aansluiten bij de samenwerking met VGZ.

Daarnaast werken gemeenten samen op het niveau van de Veiligheidsregio (GGD) en het centrumgemeentegebied (maatschappelijke opvang en beschermd wonen). Dit betreft de bovengenoemde negen gemeenten minus Castricum (en voor het centrumgemeentegebied minus Uitgeest) en plus Haarlemmermeer. Haarlemmermeer vormt daarbij een eigen Wmo-regio en heeft Zorg en Zekerheid als zorgkantoor/zorgverzekeraar.

Waar nodig of wenselijk zal samenwerking gezocht worden met genoemde andere gemeenten en zorgverzekeraars, maar de kern van het samenwerkingsverband wordt gevormd door de gemeenten in Zuid-Kennemerland (Haarlem, Heemstede, Bloemendaal en Zandvoort) en IJmond (Velsen, Heemskerk en Beverwijk) en zorgverzekeraar Zilveren Kruis (tevens vertegenwoordiger van het zorgkantoor).

Regiobeeld

Binnen de samenwerkingsagenda wordt specifiek aandacht gegeven aan en inzet gepleegd op de (cijfermatige) analyse van de regio rond de drie thema's. Hiervoor worden allereerst op basis van de activiteiten en ambities per thema een aantal kengetallen geformuleerd die de stand van zaken aan het begin van de samenwerkingsagenda zullen weergeven. Vervolgens zullen deze kengetallen en daarmee de effecten van de samenwerkingsagenda gemonitord worden. Bij het opstellen van deze analyse zal mogelijk gebruik gemaakt worden van de Vektis Gemeentezorgspiegel. Onderstaand is een eerste, beperkt beeld van de regio geschetst.

Met 3.791 inwoners per km² is de bevolkingsdichtheid in de regio hoog. Haarlem behoort, met 5.357 inwoners per km² zelfs tot de 3 dichtstbevolkte steden van Nederland. De verhouding man/vrouw is normaal verdeeld, met iets meer vrouwen dan mannen. De regio telt ca 375.000 inwoners (CBS, januari 2019), waarvan in 2018 circa 6% 80 jaar of ouder is. Per gemeente is een grote variëteit. Zo hebben Heemstede en Bloemendaal het hoogste percentage ouderen (8%) en Haarlem met 4,3% het laagste aandeel.

De sociaal economische status is hoger dan gemiddeld in Nederland, echter in de regio is een aantal wijken in Haarlem en Velsen die een beduidend lagere ses status hebben. Van de bevolking heeft ca 13% een niet westerse migratie achtergrond, dat gelijk is aan gemiddeld in Nederland. Per gemeente varieert het percentage wel. In Haarlem wonen procentueel meer mensen met niet westerse migratie achtergrond (16%) en in Bloemendaal (5%) het minste.

Er zijn meer mensen die alleenwonend zijn dan gemiddeld in Nederland.

Zorgaanbieders

De regio Zuid Kennemerland kenmerkt zich als een regio waarin zorgaanbieders met elkaar gewend zijn om samen te werken. Via het RBS-overleg en het netwerk VBZ/KAM hebben de aanbieders uit zorg en welzijn zich in een netwerkverband georganiseerd.

3. Samenwerking rond het thema: ouderen

Het aantal ouderen in de regio gaat toenemen. Per gemeente verschilt de impact, ook als het gaat om zaken als mantelzorgondersteuning en vrijwilligersinzet. Op dit moment is opvallend in de regio dat veel ouderen acuut opgenomen worden. Vanuit onderzoek (Fluent) is bekend dat een deel van deze acute opnames te voorkomen zijn door een betere samenhang tussen medisch en sociaal domein en binnen het medisch domein tussen huisartsen en specialisten. Goede ouderenzorg vraagt om een integrale aanpak over de diverse domeinen heen van preventie, zorg en ondersteuning tot aan wonen. Zowel gemeenten als de zorgverzekeraar en zorgkantoor hebben de uitdaging om de opgaves rondom ouderen aan te pakken vanuit zowel inhoud als ook doelmatigheid en betaalbaarheid en beschikbaarheid. In de regio zijn er al samenwerkingen tussen medisch en sociaal domein. Denk hierbij aan het wijkgericht werken en sinds 2019 de Krachtige Basiszorg.

Opgaven:

1. Zorg en ondersteuning:
 - a. verstevigen van medisch en sociaal domein;
 - b. kortdurend verblijf vanuit alle domeinen tijdig en op de juiste plek ingezet.
2. Wonen en Zorg: regionale woonzorgagenda met zorgaanbieders en wooncorporaties realiseren.

Opgave 1: Zorg en ondersteuning

a. verbinding medisch en sociaal domein verstevigen

Voor ouderen is het belangrijk dat de ondersteuning en zorg niet alleen goed op elkaar aansluiten, maar ook passen bij hun behoefte van dat moment. Er zijn verschillende maatschappelijke problemen te benoemen:

- inwoners weten niet altijd waar ze terecht kunnen en stappen snel naar de zorg;
- inwoners blijven te lang lopen met hun probleem; deels ook door de onbekendheid met zorg- en welzijnsaanbod;
- hulpverleners houden "hun" client (te) lang bij zich; dit is niet bewust, maar wordt veroorzaakt door een tekort aan kennis over het bestaande Wmo- en welzijnsaanbod;
- de inwoners ervaren schotten tussen zorg en ondersteuning geleverd door de gemeente of door de zorgverzekeraar; door het weghalen van deze schotten en meer in te zetten op preventie wordt spoedzorg voorkomen.

Te bereiken resultaten :

We willen dat:

- oudere inwoners de juiste zorg krijgen en zo lang (en verantwoord) mogelijk uit het medische circuit blijven (licht waar het kan, zwaar als het moet);
- zorg en welzijn elkaar goed weten te vinden en op- en afschalen waar mogelijk en nodig;
- vroegsignalering goed is ingeregeld zodat (zware) zorg zoveel mogelijk uitgesteld of voorkomen kan worden;
- preventie een belangrijk onderdeel van de welzijn/zorg-keten is;
- huisartsen en POH's op de hoogte zijn van alle mogelijkheden die Wmo en welzijn bieden;
- we korte lijnen organiseren tussen gemeenten en zorgverzekeraar om problemen en ontwikkelingen snel te kunnen bespreken;

- | |
|--|
| - we tevreden over de samenwerking zijn. |
|--|

Welke aanpak/werkwijze wordt gevolgd om dat resultaat te bereiken?

Stap 1

- Inventarisatie van wie wat weet (en moet weten) over de mogelijkheden van Wmo en welzijn.
- Inventariseren wat en hoe gecommuniceerd moet worden hierover.
- Inventariseren waar tegen aan gelopen wordt in het streven naar ontschotting.
- Bij welke samenwerkingen moet worden aangesloten of welke moeten worden opgezet om zorg en welzijn dicht bij elkaar te brengen?
- Welke onderwerpen hierbinnen verdienen extra aandacht?
- Welke verschillen bestaan er per gemeente in wat nodig is?

Stap 2

Met het Netwerk Kwetsbare Ouderen en/of andere samenwerkingsverbanden bespreken welk thema /onderwerp om de verbinding medisch en sociaal binnen alle gemeenten te verstevigen in gezamenlijke afstemming prioriteit heeft.

Wat is de fasering/planning van de aanpak?

- Q2 de inventarisatie
- Q4 en Q1 2022 bespreken met NKO en andere samenwerkingsverbanden

Eerste resultaten stap 1

Uit een eerste inventarisatie blijkt dat de meeste betrokkenen (casemanagers, huisartsen, zorgmedewerkers, zorgverzekeraar) goed op de hoogte zijn van de mogelijkheden binnen de Wmo en welzijn. Van belang is wel om hierover te blijven communiceren zodat de betrokkenen alert blijven op de mogelijkheden en ook nieuwe medewerkers hiervan op de hoogte zijn. Maar ook om iedereen op de hoogte te brengen van veranderingen.

Vervolgstappen

Ondanks dat de meeste medewerkers goed op de hoogte zijn, wordt er toch een aantal schotten ervaren :

- Snelheid van indiceren bij maaltijdvoorziening Wmo
 - In Q3 korte werkprocedures opstellen zodat voor iedereen duidelijk is wat het proces is en wie wanneer verantwoordelijk is.
 - In Q4 bespreken met zorgveld (wijkverpleging/huishoudelijk hulp/wmo); ophalen eventuele knelpunten.
 - In 2022 wordt er gewerkt door wijkverpleging/wmo conform de werkprocedure.
- Afstemming bij in kaart brengen van lichamelijke en sociale kwetsbaarheid
 - In Q3 te bespreken met KCOETZ en wijkteam hoe de aanpak in de gemeenten op elkaar aangesloten kan worden.
- Overgang van Wmo geïndiceerde zorg naar WLZ / Zvw, waarbij mensen niet van aanbieder willen veranderen, de eigen bijdrage te hoog vinden en/of zorguren veranderen.
 - In Q4 organiseren we een uitwisseling tussen Wmo-consultanten en het zorgkantoor om zo kennis en informatie uit te wisselen. We stimuleren de

consultanten om met casuïstiek te komen zodat we ook concreet kunnen bespreken waar oplossingen liggen of nog op te pakken punten.

- Onduidelijkheid over verantwoordelijkheid voor valpreventie. Ouderen zijn vaak ook niet geïnteresseerd in deelname. Zilveren Kruis ontwikkelt in Amsterdam samen met de gemeente/GGD en aanbieders een integrale aanpak valpreventie met als doel duurzame borging bij zorgprofessionals, de ouderen en binnen het sociaal domein, om daarmee valincidenten te voorkomen. Deze aanpak wil Zilveren Kruis graag ook realiseren in andere regio's.
 - Q4 2021 verkennen we met gemeenten en GGD de integrale aanpak en wat er nodig is om hier gezamenlijk in op te trekken. Daarna besluiten we hoe verder.

Binnen de regio zijn er meerdere samenwerkingsverbanden waarbij aangesloten kan worden om bovenstaande uitdagingen te lijf te gaan:

1. Netwerk Kwetsbare Ouderen waarin de ouderzorg is vertegenwoordigd, Alzheimer Nederland, welzijn, de gemeenten en de huisartsen.
2. KCOETZ – Wijkgerichte Zorg: VVT instellingen, GGZ, huisartsen en Alzheimer Nederland. Samenwerking met de gemeenten in vormgeving van het programma en met de ziekenhuizen voor afstemming met verwijzers van 2e en 3e lijn.
3. Krachtige basiszorg – welzijn, huisartsen, gezondheidscentra, ziekenhuizen, Sociaal Wijkteam, gemeenten.
4. Netwerk preventie gezondheid (zie preventie).
5. Connect4Care: Ziekenhuizen, VVT, gehandicaptenzorg, GGZ, spoedposten, huisartsen, laboratoria, apotheken en specialistische zorgorganisaties. Gericht op samenwerking in de zorgketen op het gebied van communicatie en gegevensuitwisseling, inclusief bescherming van privacy van cliënten.

b. Kortdurend verblijf, respijt en logeertzorg en de grensvlakken

Er zijn diverse vormen van tijdelijk/kortdurend verblijf in ZVW, WLZ en WMO. Niet altijd is duidelijk wanneer iemand voor het een of het ander in aanmerking komt en of het juiste verblijf ook tijdig beschikbaar is.

Op dit moment hebben de gemeenten Kortdurend Verblijf (Wmo) ingekocht, om mantelzorgers te ondersteunen. Hulpbehoevende inwoners kunnen gedurende een korte, vooraf bepaalde periode, gebruik maken van respijtzorg in de vorm van kortdurend verblijf om zo hun mantelzorger te ontlasten. De Zvw kent ook een vorm van kortdurend verblijf; dit kan ingezet worden wanneer dit medisch noodzakelijk is (bijvoorbeeld om ziekenhuisopname te voorkomen of na verblijf in het ziekenhuis). Voor mensen met een WLZ thuis indicatie is logeeropvang ook gewenst ter ontlasting van de mantelzorgers. In Zuid Kennemerland en Midden Kennemerland zijn coördinatiepunten actief die de bemiddeling binnen de ZVW en WLZ organiseren (vraag en aanbod komt hier bij elkaar).

Te bereiken resultaten :

Door een gezamenlijke aanpak kunnen we er voor zorgdragen dat als er behoefte is aan tijdelijk verblijf (of dit nu medisch of sociaal is) dit tijdig en op de juiste plek wordt ingezet. Tijdige inzet van respijt- of logeertzorg kan bijdragen aan het voorkomen van crisisopnames en het langer volhouden van de zorg door de mantelzorger.

Welke aanpak/werkwijze wordt gevolgd om dat resultaat te bereiken?

We nemen de volgende stappen (gebaseerd op het rapport *Aanjager respijtzorg*¹):

1. Definitievorming: welke vormen van respijtzorg/logeeropvang worden geboden door gemeente, zorgverzekeraars en zorgkantoren en zijn er verschillen in de invulling?
2. Inzicht in behoefte van mantelzorgers door bijvoorbeeld overleg met Tandem Mantelzorg en het Netwerk Kwetsbare Ouderen.
3. Inventarisatie onder gemeenten, zorgverzekeraars en zorgaanbieders hoe respijtzorg/kortdurend verblijf nu wordt ingekocht, hoe dit wordt ingezet en waar knelpunten liggen.
4. Onderzoeken of het wenselijk is om kortdurend verblijf Wmo aan te sluiten op coördinatiepunt en/of werkafspraken te maken voor een juiste toeleiding.
5. In kaart brengen wat de mogelijkheden zijn voor (door)ontwikkeling van respijtzorg en logeertzorg (aanbod, toeleiding, communicatie).
6. Conclusies en vervolgacties vaststellen.

Wat is de fasering/planning van de aanpak?

Q3-Q4: eerste inventarisatie

2022: onderzoeken nadere invulling

2023: start nieuwe inkoop KV vanuit de Wmo

Inventarisatie grensvlakken Wmo - ZVW op het gebied van logeer- en respijtzorg

De gemeenten in de regio hebben een inventarisatie gedaan onder casemanagers om boven tafel te krijgen waar men tegenaan loopt op het grensvlak tussen Wmo en ZVW bij logeer- en respijtzorg. Ook bij Zilveren Kruis is hierover navraag gedaan. Dit heeft de volgende punten opgeleverd die in de vervolgacties aandacht moeten krijgen om kortdurend verblijf goed en efficiënt in te zetten voor inwoners die dit nodig hebben:

- Er is niet altijd een passende plek beschikbaar, bijvoorbeeld door “concurrentie” met acute ZVW/WLZ bedden.
- Mensen willen niet altijd (hun partner laten) logeren in een verpleeghuissetting.
- Bij mensen die in een Wmo voorziening logeren komt soms naar voren dat de problematiek ernstiger is en er een WLZ aanvraag moet worden gedaan.
- Niet altijd duidelijk of het een Eerstelijnsverblijf (ELV) (Zvw) of respijtzorg moet worden in de aanvraag.
- Als snelle Wmo respijtzorg nodig is, duurt indicatiestelling soms te lang. Vaak wordt dan alsnog ELV ingezet.
- Noodzaak voor respijtzorg (na ziekenhuisopname) is soms anders dan reden van opname.

In de volgende fase zullen de ervaren knelpunten worden uitgediept en omgezet in acties om te komen tot een goed functionerende samenwerking tussen alle partijen op het gebied van logeer- en respijtzorg, waardoor de inwoners die dit nodig hebben snel en goed bediend worden. Hierin worden tevens meegenomen de leerpunten uit een landelijke conferentie over dit onderwerp en de mogelijkheden die het wetsvoorstel “Domein Overstijgende Samenwerking” biedt.

¹ <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2020/01/31/rapport-aanjager-respijtzorg>

Opgave 2: Langer zelfstandig thuis wonen: welzijn, wonen en zorg met elkaar verbinden

Het aantal senioren in de regio groeit en zij zullen zo lang mogelijk zelfstandig (willen en moeten) blijven wonen. Voldoende en geschikte huisvesting is onmisbaar, of ouderen nu zorg krijgen in een verpleeghuis of in een zelfstandige woning in de wijk. Ouderen kunnen, ook als zij hulpbehoevend raken, nog zelfstandig blijven wonen, op voorwaarde dat hun woning en de omgeving dit toelaten. Soms vraagt dit om tijdige aanpassingen in huis, in andere gevallen om een verhuizing. Dit is alleen mogelijk als er voldoende mogelijkheden zijn om de eigen woning aan te passen of er voldoende aanbod is van geschikte woningen en nieuwe, eventueel geclusterde woonzorgvormen voor ouderen. Dit vraagt om een gezamenlijke visie en aanpak op Wonen en Zorg.

De regio Zuid Kennemerland/IJmond heeft een Regionaal Woonakkoord 2021-2025 opgesteld met als missie: *we willen een aantrekkelijke en gevarieerde woonregio blijven, waar voor alle doelgroepen plek is en die toekomstbestendig is.* Gemeenten maken hierover prestatieafspraken met woningcorporaties.

Zilveren Kruis Zorgkantoor heeft een zorgplicht en is dus verantwoordelijk voor een passend zorgaanbod voor ouderen met een 24/7 zorgvraag. Dit kan zowel intramuraal als extramuraal zijn. De verwachte groei is niet intramuraal op te vangen (mede ook door het beperkte arbeidspotentieel, maar ook vanwege de kosten). Het zorgkantoor maakt over uitbreiding van de capaciteit voor passend aanbod thuis afspraken met zorgaanbieders. Om zorg thuis 24/7 toegankelijk en betaalbaar te kunnen houden is vernieuwing in wonen voor ouderen noodzakelijk. Daarom heeft Zilveren Kruis samen met de VVT zorgaanbieders een verdiepende analyse opgesteld rondom de huisvestingsopgave voor ouderen tot 2040.

Te bereiken resultaten:

De opgave op de ouderenhuisvesting vraagt om een samenwerking tussen gemeenten, woningcorporaties, Zilveren Kruis zorgkantoor en de VVT zorgaanbieders.

We willen daarom toe werken naar een gezamenlijke woonzorg uitvoeringsagenda met hierin de opgave, ambities en gezamenlijk doelstellingen.

Welke aanpak/werkwijze wordt gevolgd om dat resultaat te bereiken?

We willen bestaande activiteiten beter verbinden met elkaar: de activiteiten vanuit het Regionaal Woonakkoord van de gemeenten en de analyse en aanpak vanuit de zorgaanbieders/Zorgkantoor. Hiervoor is het nodig dat er nadere afspraken worden gemaakt over de samenwerking tussen gemeenten en Zilveren Kruis zorgkantoor op dit dossier.

Ondertussen starten we met een verkenning om elkaars werelden beter te leren kennen:

- Tussen gemeenten en Zorgkantoor
- Bestuurlijke bijeenkomst met de zorgaanbieders en woningcorporaties om te verkennen hoe we tot een concrete regionale agenda kunnen komen

Wat is de fasering/planning van de aanpak?

Q3 gebruiken we om de verkenning te doen en een voorstel opstellen op welke wijze een regionale woonzorg(uitvoerings)agenda vorm kan krijgen

Q4 maken van een regionale woonzorgagenda

Q1/Q2 ondertekening van een regionale woonzorg agenda

Wat zijn de kosten van de aanpak en hoe worden die gedekt?

Het gaat om inzet van mensen en samenbrengen van wat al loopt. Voor Q3 geen extra kosten.

Daar waar nodig gaan we gebruik maken van de ondersteuning vanuit de Taskforce Wonen en Zorg.

Voor het vervolg kan wel sprake zijn van extra kosten doordat er een onafhankelijk projectleider nodig is.

4. Samenwerking rond het thema: GGZ

Afstemmen van huidig beleid, elkaar leren kennen, samen nadenken

Zowel de gemeenten als Zilveren Kruis hebben een belangrijke rol in de organisatie, de financiering en de inzet van verschillende onderdelen van GGZ-zorg en ondersteuning. Wanneer Zilveren Kruis en de gemeenten goed met elkaar samenwerken is dat voor inwoners van grote meerwaarde. Een soepele samenwerking draagt er aan bij dat aanbieders in het veld vragen van inwoners integraal en over de verschillende wetten en domeinen heen op kunnen pakken. In deze samenwerkingsagenda GGZ zijn de hoofdlijnen geschetst waarop we met elkaar willen investeren en samenwerken. Op hoofdlijnen gaat het om de volgende opgaven:

1. Complexe casuïstiek en ernstige psychiatrische aandoeningen (EPA)
2. Aansluiting behandeling en begeleiding
3. Instroom, doorstroom en uitstroom

In eerste aanleg is de samenwerkingsagenda GGZ met name gericht op het versterken van de onderlinge samenwerking. In een later stadium bestaat de wens om op bepaalde thema's ook belangrijke ketenpartners te betrekken zoals GGZ-instellingen en aanbieders van Beschermd Wonen Wmo en/of WLZ en ambulante begeleiding.

Opgave 1: Complexe casuïstiek en EPA

De afbouw van bedden in de GGZ, de ambulantisering en wetswijzigingen zoals de Wet Verplichte GGZ en de Wet Woonoverlast leiden tot een grotere rol voor gemeenten ten aanzien van mensen met EPA of complexe casuïstiek. Het gaat daarbij niet alleen om het bieden van passende zorg, maar ook om het maken van afspraken rondom de veiligheid van cliënten en betrokkenen. Op het gebied van zorg en veiligheid heeft dit de afgelopen jaren geleid tot een nauwe samenwerking tussen het sociaal domein en het veiligheidsdomein. Daarnaast wordt onderzocht of het voor bepaalde zorg- en veiligheidsthema's van meerwaarde kan zijn op regionaal niveau beter samen te werken met gemeenten en ketenpartners, bijvoorbeeld voor vraagstukken zoals de ketenveldnorm levensloopfunctie of de aanpak personen met verward gedrag.

Er zijn verschillende initiatieven die inspelen op de uitdagingen die complexe casuïstiek met zich meebrengt. Hierbij valt te denken aan bijvoorbeeld de Crisiskaart, waarbij crisisgevoelige cliënten samen met een ervaringsdeskundige een traject doorlopen rondom crisispreventie. Uit onderzoek blijkt dat door middel van inzet van de crisiskaart (gedwongen) opname voorkomen kan worden. Het Zilveren Kruis en de gemeenten willen gezamenlijk onderzoeken of de inzet van dergelijke instrumenten bij kan dragen aan preventie en het voorkomen van escalatie en (duurdere) zorg.

Voorbeeld uit de praktijk Bij de gemeente komt een melding binnen. Een inwoner heeft op het station iemand op een bankje zien slapen en maakt zich zorgen. De gemeente schakelt de GGD in. De GGD gaat ter plaatse en constateert medische en psychiatrische problematiek. De man op het bankje heeft langere tijd door het land gezworven. Hij heeft geen inschrijfadres, geen zorgverzekering en geen huisarts. De GGD wijst direct een casemanager aan om de man te helpen. Er is op korte termijn zorg nodig vanuit de gemeente (WMO) en een zorgverzekering om medische en psychische zorg te kunnen regelen.

Zowel de gemeente als het Zilveren Kruis krijgt regelmatig te maken met cliënten met complexe casuïstiek en EPA. Op het gebied van complexe casuïstiek en EPA vinden gemeenten en Zilveren Kruis het zodoende van groot belang om elkaar beter te leren kennen en gezamenlijk te onderzoeken op welke wijze de samenwerking rondom complexe casuïstiek en EPA verbeterd kan worden. Hiertoe is een aantal concrete acties geformuleerd om gezamenlijk mee aan de slag te gaan.

Te bereiken resultaten:

Door een gezamenlijke aanpak kunnen we er voor zorgdragen dat mensen met EPA of complexe casuïstiek passende zorg wordt geboden en er afspraken rondom de veiligheid van cliënten en betrokkenen worden gemaakt.

Welke aanpak/werkwijze wordt gevolgd om dat resultaat te bereiken?

Stap 1

- Bespreken hoe gemeenten en Zilveren Kruis kunnen samenwerken rondom de invoering van de ketenveldnorm levensloopfunctie; het maken van concrete samenwerkingsafspraken rondom de ketenveldnorm levensloopfunctie. Q3 2021
- Inventariseren van mogelijkheden rondom gezamenlijke financiering van de Crisiskaart ter preventie van crisis; Q3 2021
- Het concreet bespreken van complexe casuïstiek, bijvoorbeeld door afstemming met de gemeente over de overlegtafels die worden georganiseerd ten aanzien van complexe GGZ-casuïstiek; Q1 2022
- Het maken van afspraken rondom onverzekerde dak- en thuislozen en de onverzekerdenregeling in samenwerking met de GGD; Q2 2022

Wat is de fasering/planning van de aanpak?

- 2021 Q3 Start samenwerking ten aanzien van ketenveldnorm
- 2021 Q3 nadere inventarisatie en prioritering
- 2021 Q3 Bespreken mogelijkheden crisiskaart
- 2022 Q1 Complexe casuïstiek
- 2022 Q2 Onverzekerdenregeling

Opgave 2: Betere afstemming tussen ambulante begeleiding en behandeling

De bekostiging van de behandeling van psychische of psychiatrische klachten valt onder de verantwoordelijkheid van de zorgverzekering. Begeleiding, ondersteuning en preventie komen voornamelijk voor rekening van de gemeente, evenals behandeling en diagnose van geneeskundige GGZ voor kinderen tot 18 jaar. Tevens is in 2021 de WLZ opengesteld voor GGZ-cliënten die naar verwachting blijvend 24 uur per dag toezicht of zorg nodig hebben. De toegang tot de WLZ verloopt via het CIZ en wordt bekostigd door het zorgkantoor.

In de praktijk geldt dat mensen met GGZ-problematiek te maken kunnen hebben met zowel behandeling als begeleiding als ondersteuning vanuit de sociale basis, bijvoorbeeld wanneer iemand na een opname terug gaat naar de eigen woning. Het gaat om verschillende vormen van ondersteuning die op verschillende manieren gefinancierd worden. Het is belangrijk voor inwoners dat er bij de begeleiding en behandeling samen wordt opgetrokken om ondersteuning te bieden op maat op de verschillende leefgebieden. Als voorbeeld geldt bijvoorbeeld het combineren van

behandeling (zorgverzekering) met deelname aan een maatjesproject (Wmo), maar ook een gezamenlijke aanpak rond de inzet van de POH GGZ voor jeugd.

Voorbeeld uit de praktijk Een cliënte keert na een periode van opname in een GGZ instelling terug naar haar eigen woning. Er is vanuit de GGZ instelling ambulante GGZ-zorg geregeld. De vrouw voelt zich eenzaam en zou graag in contact komen met mensen in de buurt. De ambulante begeleider zoekt contact met het sociaal wijkteam om te bespreken wat er mogelijk is.

Het is in de ondersteuning van mensen met GGZ problematiek essentieel dat voor alle samenwerkende partijen inzichtelijk is welke ondersteuning vanuit de sociale basis, begeleiding en behandeling geboden kan worden. Zo kunnen de verschillende vormen van zorg en ondersteuning gebruik maken van elkaars expertise en elkaar versterken. Ook een gedeelde visie op GGZ-ondersteuning draagt bij aan goede samenwerking gericht op herstel en passende GGZ-zorg voor inwoners in de wijk.

Te bereiken resultaten:

Door een gezamenlijke aanpak kunnen we er voor zorgdragen dat er bij behandeling en begeleiding gezamenlijk wordt opgetrokken om ondersteuning op maat te bieden op de verschillende leefgebieden.

Welke aanpak/werkwijze wordt gevolgd om dat resultaat te bereiken?

Stap 1

- Inventariseren en inzichtelijk maken welke ondersteuning vanuit de sociale basis, begeleiding en behandeling geboden kan worden; 2022 Q3
- Stimuleren van samenwerking tussen de partijen uit de sociale basis, wijkteams en de behandeling; afspraken maken die een goede samenwerking stimuleren tussen aanbieders die behandeling, begeleiding en welzijn bieden, zodat behandeling, begeleiding en welzijn goed op elkaar aansluiten; indien nodig wordt het aantal partners uitgebreid met het lokale jeugdteam (CJG) wanneer er sprake is van jeugdigen en jongeren tot 23 jaar; 2022 Q4
- Een gezamenlijke visie formuleren over GGZ in de wijk, het op- en afschalen van zorg en ondersteuning, een zachte landing in de wijk na (specialistische) intramurale zorg en GGZ-vriendelijke wijken met laagdrempelige zorg; 2022 Q4
- Afspraken maken over een soepele overgang van bemoeizorg naar (specialistische) behandeling door middel van het bespreken van casuïstiek met relevante bemoeizorgpartners; 2022 Q1

Wat is de fasering/planning van de aanpak?

- 2021 Q3 Inventarisatie en prioritering
- 2022 Q1 Afspraken overgang bemoeizorg en behandeling
- 2022 Q3 Inventarisatie ondersteuning vanuit sociale basis, begeleiding en behandeling
- 2022 Q4 Afspraken maken over het stimuleren van samenwerking tussen aanbieders behandeling, begeleiding en welzijn

Opgave 3 Betere in-, door- en uitstroom

Het realiseren van voorspoedige instroom, doorstroom en uitstroom zorgt voor tijdige, passende zorg op de juiste plaats en tijd. Voor verschillende voorzieningen die de gemeenten en Zilveren Kruis

inkopen geldt dat er sprake is van wachtlijsten en/of toegangscriteria. Dit geldt vooral voor de meer specialistische vormen van behandeling, beschermd wonen, huisvesting of WLZ plekken. Daardoor sluiten deze vormen van zorg niet altijd soepel op elkaar aan.

Voorbeeld uit de praktijk Een cliënt in de maatschappelijke opvang kampt met meervoudige problematiek, waaronder een verslaving. Zijn behandelaar adviseert een kortdurende opname. Voor deze opname is een wachtlijst van drie maanden. Idealiter kan cliënt vanuit opname doorstromen naar eigen woonruimte, zodat hij na afkicken niet terug hoeft te keren naar de maatschappelijke opvang. Er is nauwe samenwerking nodig tussen de gemeente en zorgaanbieder om dit te kunnen realiseren.

Het gezamenlijk onderzoeken en afstemmen van de toegangscriteria en wachtlijsten draagt bij aan een soepele aansluiting van zorg en ondersteuning en voorkomt (onnodige) escalatie van problematiek. Daarnaast is bij de overgang van een deel van de cliënten beschermd wonen naar de WLZ van groot belang dat er een goede samenwerking is rondom de instroom, doorstroom en uitstroom van deze en andere cliënten. Ook rondom nieuw te realiseren locaties voor beschermd wonen, zoals Domus Plus en Skaeve Huse, draagt samen optrekken, en eventueel zelfs samen inkopen, bij aan het realiseren van tijdige en passende zorg. Ook de continuïteit van zorg en ondersteuning rond het 18^e levensjaar is punt van aandacht (overgang van Jeugdwet naar Wlz/Zvw/Wmo). Onderwerpen om dat kader verder te verkennen zijn:

- Samenwerking inzet crisisbedden (als er geen JW crisisbedden beschikbaar zijn).
- Onderzoeken van alternatieven voor een eigen bijdrage bij jongeren. In specifieke gevallen leidt dit tot ongewenste zorgmijding en uitval, wat kan leiden tot minder zelfredzaamheid in de maatschappij op meerdere levensgebieden en meer kosten op langere termijn. Samenhang inkoopbeleid: één gezin één plan staat onder druk wanneer de ouder(s) GGZ hulp ontvangen. Niet alle verzekeraars hebben contracten met bepaalde organisaties en praktijken waar ouderen en kinderen/jongeren al in behandeling waren of waar hun voorkeur naar uitgaat.

In de regio zijn afspraken rondom uitstroom uit een intramurale voorziening naar zelfstandige woonruimte vastgelegd in diverse uitstroomregelingen. Op dit moment worden deze afspraken geëvalueerd en verbeterd middels het Pact voor Uitstroom. Met de openstelling van de WLZ voor cliënten met GGZ-problematiek is het voor Zilveren Kruis van belang om goed op de hoogte te zijn van de mogelijkheden en afspraken rondom uitstroom voor cliënten die uitstromen uit WLZ-voorzieningen of GGZ-instellingen.

Te bereiken resultaten:

Door een gezamenlijke aanpak kunnen we er voor zorgdragen dat er een soepele aansluiting van zorg en ondersteuning komt, (onnodige) escalatie van problematiek wordt voorkomen; en een soepele overgang van een deel van de cliënten beschermd wonen naar de WLZ komt.

Welke aanpak/werkwijze wordt gevolgd om dat resultaat te bereiken?

Stap 1

- Gemeenten informeren Zilveren Kruis over de uitstroomregelingen en het Pact voor Uitstroom; 2021 Q3

- Afspraken maken over een soepele overgang van de Wmo (Beschermd Wonen) naar de WLZ; 2021 Q3
- Afspraken maken over een soepele overgang van de Jeugdwet naar Wlz/Zvw/Wmo; PM
- Samenwerken en samen inkopen van nieuwe locaties voor beschermd wonen gefinancierd vanuit de WLZ of de Wmo, zoals Domus Plus en Skaeve Huse. 2021 Q4
- Gezamenlijk onderzoeken welke wachtlijsten er zijn, hoe we daarmee kunnen omgaan en wat we kunnen doen om de wachtlijsten te verkorten (wachtlijstbeheer); 2022 Q4

Wat is de fasering/planning van de aanpak?

- 2021 Q3 Inventarisatie en prioritering
- 2021 Q3 Informeren Zilveren Kruis over uitstroomregelingen en Pact voor uitstroom
- 2021 Q3 Afspraken maken over soepele overgang WMO naar WLZ
- 2021 Q4 Samenwerking rondom inkoop en locaties
- 2022 Q4 Wachtlijstbeheer
- pm: Afspraken maken over soepele overgang van de Jeugdwet naar Wlz/Zvw/Wmo

5. Samenwerking rond het thema: Preventie

In Kennemerland gaat het grotendeels goed met de volksgezondheid. We worden gemiddeld 81,5 jaar oud. In Kennemerland zijn grote gezondheidsverschillen zichtbaar tussen mensen met een hoge en een lage opleiding. Laag opgeleiden leven gemiddeld ruim 6 jaar korter en 15 jaar minder in goed ervaren gezondheid dan hoog opgeleiden. Een lagere opleiding kan leiden tot een slechtere gezondheid door minder gunstige werk- en woonomstandigheden en een ongezondere leefstijl. Door de gezondheid en leefstijl van laag opgeleide inwoners te verbeteren beoogt Kennemerland de gezondheidsverschillen tussen laag- en hoog opgeleide inwoners in haar regio terug te dringen.

Gemeenten zijn verantwoordelijk voor het opstellen en uitvoeren van gezondheidsbeleid. De Regionale nota Gezondheidsbeleid 2021-2028 biedt hiervoor een stevig kader. De uitvoering kan per gemeente verschillend zijn, afhankelijk van de problematiek. De nota en de uitgangspunten van het landelijke preventie akkoord zijn hierbij de basis. Iedere gemeente is voornemens om een lokaal preventie akkoord met stakeholders te sluiten. Daarnaast zijn er onderzoeksrapporten van de GGD en het RIVM over gezondheidsthema's, waaronder leefstijl, kankerincidentie en luchtkwaliteit, die input leveren voor beleid en uitvoering op het gebied van preventie. De GGD heeft samen met de regiogemeenten het regionale gezondheidsbeleid opgesteld en speelt een rol in de uitvoering en de ondersteuning van gemeenten, afhankelijk van de afspraken die de gemeente met de GGD heeft gemaakt. Daarnaast heeft de GGD een grote rol op het gebied van (preventieve) gezondheid door de uitvoering van haar wettelijke taken zoals opgenomen in de Wet Publieke Gezondheid (WPG). Hieronder vallen onder andere: jeugdgezondheidszorg, medische milieukunde, infectieziektebestrijding, bevolkingsonderzoeken en gezondheidsvoorlichting.

In 2021 is de ZonMW aanvraag Rookvrij Kennemerland goed gekeurd. De doelstelling is om met bewoners, professionals en organisaties een lokale aanpak om het stoppen-met-roken in drie ontwikkelwijken succesvol en duurzaam te implementeren voor mensen met een lagere SES. En zo te zorgen voor meer succesvolle stoppogingen en dus een daling van het aantal rokers binnen deze doelgroep te realiseren. Zilveren Kruis is mede ondertekenaar van deze aanvraag. Zilveren Kruis is als zorgverzekeraar verantwoordelijk voor het inkopen van preventieve zorg die in het basispakket is opgenomen en stimuleert aanbieders zoals huisartsen, medisch specialisten, paramedici, en wijkverpleging om preventie te organiseren in samenhang, en om aan vroegsignalering te doen. Zilveren Kruis stimuleert ook haar verzekerden om aan gezondheid te werken en biedt via de aanvullende verzekeringen of via (werkgevers) collectiviteiten extra vergoeding. Zilveren Kruis is ook actief in de vroegsignalering als het gaat om betalingsachterstanden en het voorkomen van schulden. Voor mensen met een laag inkomen kunnen gemeenten een collectieve zorgverzekering organiseren. Ook in deze pakketten kunnen afspraken gemaakt zijn over preventieve vergoedingen. Binnen de regio zijn er met verschillende verzekeraars afspraken, zoals Zorg en Zekerheid, Zilveren Kruis (Heemskerk, Heemstede en Bloemendaal) en VGZ.

Wat is de gewenste situatie? Wat moet het resultaat zijn van de aanpak?

We kiezen er voor om eerst vanuit de ambities van het gezondheidsbeleid 2021-2028 de samenwerking op te pakken. De opgave op gezondheid is breder is dan alleen de zorg en ondersteuning. Armoede, schulden, eenzaamheid, werkloosheid, opleiding, huisvesting en leefomgeving hebben ook grote invloed op gezondheid. Gezondheid is dus meer dan niet ziek zijn.

Het vraagt een integrale benadering waarbij de verschillende domeinen samenwerken. We nemen daarbij de zes succesfactoren voor effectief gezondheidsbeleid in acht uit de nota gezondheidsbeleid. Om echte gezondheidseffecten te realiseren is een lange adem nodig, waarbij het ook gaat om het leerproces op welke manier het effectiefst samengewerkt kan worden. Daarnaast kunnen de opgaven per gemeente of doelgroep verschillen. We bepalen wat regionaal is en wat lokaal. Afhankelijk van de gemeente doen we dit wijk-, buurt- of doelgroepgericht.

Gewenst resultaat

Samen dragen we bij aan het behalen van de landelijk geformuleerde ambities die opgenomen zijn in het gezondheidsbeleid regio Kennemerland 2021-2028:

- Vanaf 2022 neemt de levensverwachting van inwoners in Kennemerland met een lage SES toe en in 2028 is het aantal jaren in goed ervaren gezondheid voor mensen met een lage én een hoge SES toegenomen.
- Vanaf 2022 ervaren jeugd en jongvolwassenen in Kennemerland minder prestatiedruk en stress in hun leven, doordat mentale gezondheidsvaardigheden worden gestimuleerd en de fysieke en sociale leefomgeving mentale gezondheid bevordert.
- Meer ouderen in Kennemerland voelen zich vitaal zodat zij (naar vermogen) kunnen blijven participeren in de samenleving
- Vanaf 2022 neemt het risico op spoedeisende hulp na een val bij ouderen in Kennemerland af.
- We hebben forse stappen gezet zodat in 2040:
 - maximaal 38% van de volwassenen en 9,1% van de kinderen te zwaar is;
 - maximaal 5% van de volwassenen overmatig/zwaar alcohol gebruikt; jongeren onder de 18 drinken niet;
 - jongeren en zwangeren niet roken en minder dan 5% van de volwassenen rookt.

In 2021- 2022 willen we bereiken dat:

- We inzicht hebben in de regionale en lokale gezondheidsopgaven. Hiervoor gebruiken we onder andere de uitkomsten van de gezondheidsmonitor 2020.
- We zicht hebben op wat wordt gedaan binnen de gemeenten op deze opgaven en wie daarbij betrokken zijn. Waar onderlinge samenhang is en waar we samenwerkingsafspraken over moeten maken.
- Welzijnsvraagstukken in de huisartsenpraktijk op de juiste plek bij het sociaal domein komen. Vaak uiten welzijnsvragen zich in fysieke klachten, maar ligt de oplossing niet in een pilletje of vervolgonderzoek in het ziekenhuis. Hierop willen we een doorbraak creëren en bestaande inzet als welzijn op recept optimaliseren.
- Dat het zorg- en welzijnsaanbod onderling beter bekend is en dat dit ook beter aansluit op de behoefte van mensen met lagere gezondheidsvaardigheden. We leggen hierbij de focus op:
 - Stoppen met roken (Rookvrij Kennemerland) en de doelstelling het % rokers onder de lage ses doelgroep in drie wijken te verlagen door het implementeren van een duurzame lokale aanpak (zowel organisatorisch als financieel).

- Overgewicht bij volwassenen, waarbij we realiseren dat in iedere gemeente inwoners toegang hebben tot de GLI en dat er een goede samenwerking is met het sport- en beweegaanbod en het sociaal domein.
- Voor de aanpak kinderen op gezond gewicht hebben we in beeld wat nodig is om een duurzame ketensamenwerking neer te zetten ter voorbereiding op de landelijke inkoop van de centrale zorgverlener en GLI bij kinderen in waarschijnlijk 2023.
- Haarlem Oost/Schalkwijk: duurzame samenwerkingsstructuur tussen sociaal- en medisch domein realiseren en borgen (krachtige basiszorg/lokaal akkoord).
- Dat mensen met betalingsachterstanden vroegtijdig worden gesignaleerd en ondersteund, waarmee ernstige schulden en armoedeproblematiek vermindert.

Welke aanpak/werkwijze wordt gevolgd om dat resultaat te bereiken?

Het AO Gezondheid is het ambtelijk overleg waar de voortgang op de lokale gezondheid gevolgd wordt. We gaan dit overleg gebruiken om de regionale en lokale opgave scherp te hebben met elkaar en de voortgang op de lokale aanpak te volgen, inclusief de specifieke focusonderwerpen met Zilveren Kruis. Dit betekent dat Zilveren Kruis 2x per jaar deelneemt aan dit overleg.

Voor het stoppen met roken is een aparte organisatiestructuur. Zilveren Kruis gaat deelnemen in de stuurgroep.

Rondom Haarlem Oost/Schalkwijk speelt een bredere aanpak. Hier stellen we nog vast hoe we gezamenlijk hierin het best kunnen optrekken.

Stap 1:

- A) Kennisdeling tussen gemeenten en Zilveren Kruis over ieders beleid en aanpak die het thema gezondheid raakt. Zilveren Kruis kan toelichten hoe de afspraken met huisartsen gemaakt worden rondom bijvoorbeeld organisatie en infrastructuur, krachtige basiszorg, de zorg rondom mensen met chronische ziekten, gecombineerde leefstijl en stoppen met roken. De gemeenten kunnen toelichting geven op hoe wijkteam/welzijn georganiseerd zijn, welk aanbod er is en op welke wijze de inkoop loopt.
- B) Verkenning armoede en schuldenaanpak. Wat doet iedere gemeente hierop; is vroegsignalering samen met de verzekeraars geregeld? Welke andere mogelijk effectieve aanpakken zijn er?

Stap 2:

Met veldpartijen zoals de huisartsenorganisaties, welzijn en fysiotherapeuten/verloskundigen verkennen op (sub)regionaal niveau wat nodig is om de integrale samenwerking rondom gezondheid te verbeteren.

Stap 3:

Uitvoeringsplan opstellen voor 2022-2023

Deze stappen zijn Q1 2022 gereed.

6. Governance

In deze samenwerkingsagenda leggen we afspraken vast over de overlegstructuur die we licht en functioneel houden.

We spreken het volgende af:

- er is een vaste contactpersoon vanuit Zilveren Kruis en een vaste ambtelijk contactpersoon vanuit de gemeenten;
- zij hebben ten minste maandelijks contact over de stand van zaken en de voortgang van de agenda en nieuwe ontwikkelingen die zich voordoen lokaal, regionaal of landelijk.
- daarnaast is er overleg per deel-onderwerp tussen de betrokken medewerkers van beide partijen;
- ten minste eenmaal per jaar is er overleg op bestuurlijk niveau.