

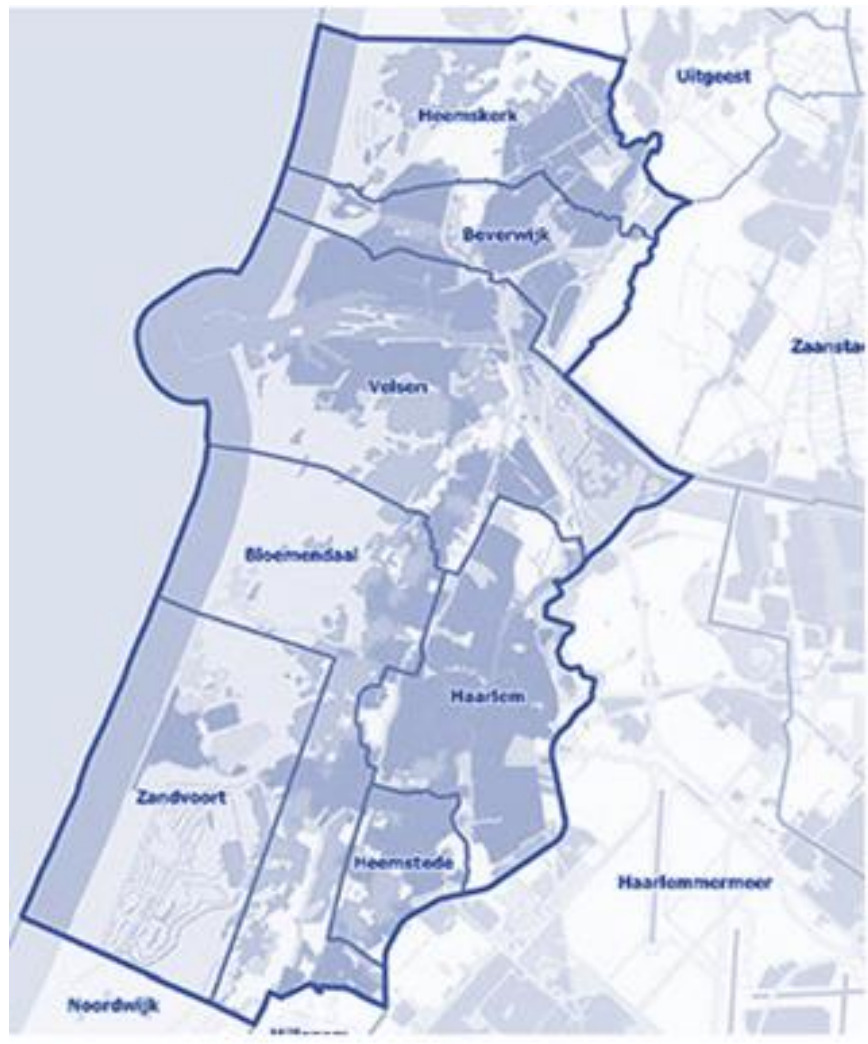
Regioplan Kennemerland

“Kennemerland in beweging”

21 december 2023

Ter vaststelling wordt dit regioplan in Q1 2024 voorgelegd aan het College van B&W van Haarlem

Contactpersonen



Regiegroep Regioplan Kennemerland

Mariët Christiaans (namens gemeenten)
mchristiaans@haarlem.nl

Floor Burgers (namens zorgverzekeraars/-kantoor)
floor.burgers@zilverenkruis.nl

Saskia Schalkwijk (namens welzijns- en zorgorganisaties)
sschalkwijk@siga.nl

Marlie Oosterik (programmamanager)
moosterik@siga.nl

Commitment stuurgroep aan het Regioplan Kennemerland



*“De bestaande oplossingen hebben ons gebracht naar waar we nu zijn,
en tegelijkertijd is waar we nu zijn niet genoeg.”*

Niet genoeg om de ondersteuning en zorg toegankelijk te houden.

De Nederlandse zorg staat onder druk. Steeds meer mensen maken meer gebruik van ondersteuning en zorg, terwijl er tegelijkertijd niet genoeg zorgverleners zijn. Er is een transformatie nodig om toegankelijke, goede en betaalbare zorg te blijven garanderen.

Wij zetten ons minimaal de komende drie jaar in om meer focus aan te brengen en keuzes te maken die een impactvolle transformatie mogelijk maken. Met dit regioplan als versneller en met waardering voor de initiatieven die al lopen.

Getekend,

De stuurgroep

Jan Welmers

namens welzijns- en zorgorganisaties

Leen Goemans

namens zorgverzekeraars

Diana van Loenen

namens gemeenten

Nanda Hagedoorn

Marie Thérèse Meijs

Frank Veltkamp

Ciska Scheidel

namens GGD

Samenvatting

Via de leidende principes

- Zelf als het kan
- Voorkomen waar mogelijk
- Passende (digitale) zorg en ondersteuning waar nodig
- Ongelijk investeren voor gelijke kansen

Mentale gezondheid:

Voor een laagdrempelige en integrale aanpak van mentale gezondheidsproblematiek, is meer samenwerking tussen verschillende domeinen nodig. Initiatieven richten zich op deze integrale benadering, zodat mensen passende zorg krijgen vanuit de juiste domeinen. Doel is het vergroten van mentale weerbaarheid bij volwassenen, jeugdigen en gezinnen. Vergeleken met Nederland als geheel is het GGZ-gebruik in onze regio iets bovengemiddeld. Met een preventieve insteek, zowel collectief als selectief, willen we een significante verandering bewerkstelligen. Een betere integrale verkenning van de vraag levert beter passende ondersteuning en/of behandeling op, waarbij specialistische GGZ alleen wordt ingezet wanneer dat echt nodig is. Zo zorgen we niet alleen voor de juiste zorg en ondersteuning op de juiste plek, maar ook dat de specialistische GGZ toegankelijk blijft.

Kwetsbare ouderen & multimorbide patiënten:

Zo gezond en comfortabel mogelijk ouder worden en waardig sterven dankzij passende zorg, ondersteuning en begeleiding door een krachtig samenspel tussen inwoners, sociaal en medisch domein. De belangrijkste opgaven voor de komende jaren zijn een beter afgestemde samenwerking binnen én tussen de domeinen, een groeiend bewustzijn van de grenzen aan zorg bij inwoners en professionals, en een grotere rol voor inwoners in zelf- en samenzorg.

Gezondheidsverschillen:

Gezondheidsachterstanden in wijken met een lage SES verkleinen, waarbij de behoeften van de inwoners centraal staan. Inwoners met gezondheidsachterstanden beter bereiken en de eigen regie hierover versterken.

Ambities en doelen per thema

Ondersteuning en zorg die echt nodig is, voor iedereen toegankelijk houden

Op basis van de grootste opgaven uit het Regiobeeld

- Vergrijzende populatie in combinatie met een krimpende arbeidsmarkt
- Toename wachttijden voor zorg
- Grote gezondheidsverschillen in de regio
- Alcohol- en drugsgebruik is meer dan gemiddeld in Nederland.

Arbeidsmarkt & onderwijs:

Voor het vergroten van instroom is het belangrijk om meer en anders op te leiden, vanuit het principe: bekwaam is bevoegd. Duurzame inzetbaarheid vraagt het vergroten van vitaliteit en weerbaarheid en goede gesprekken over werkdruk en werkplezier. Bij het herontwerp van het zorgproces moeten ondersteuning en zorg zo worden ingevuld dat minder personeel nodig is. Gezamenlijk investeren in sociale innovatie en adoptie van technologie is noodzakelijk.

Acute zorg:

Spoed = spoed. Niet noodzakelijke spoedvragen houden we echter buiten de spoedketen door verbeteren van de (digitale) samenwerking en worden op een andere manier opgevolgd. Zo houden we die keten toegankelijk en zijn wij er voor de patiënten met een zorgvraag die direct behandeling vraagt. Dit vraagt een cultuur waarbij vergaande integrale samenwerking de norm is. Integrale innovatie gaat verder dan ketenzorg. Het leidt ertoe dat huisartsen(posten), ambulancediensten, VVT-en GGZ-instellingen en ziekenhuizen als één team functioneren en continu nadenken wat de juiste plek voor de patiënt is. We zullen de eerste lijn moeten versterken, moeten vertrouwen op goede intenties van anderen, autonomie moeten loslaten en onzekerheid en ongemak moeten omarmen.

Digitalisering :

Om digitalisering van zorg en welzijn tot een succes te maken, is het nodig om in samenwerking techniek, behoeften en randvoorwaarden te verbinden. Inhoudelijk is er behoefte aan eigen regie van inwoners en aan meer efficiency en effectiviteit bij verlening van zorg en welzijn. Hiervoor moet technisch mogelijk worden dat relevante data beschikbaar komen, die nieuwe inzichten opleveren voor dienstverlener en inwoner waardoor capaciteit, coördinatie en kwaliteit van zorg en welzijn kunnen verbeteren. Een randvoorwaarde is dat we dit organiseren in combinatie met de bescherming van mens en milieu. Noodzakelijk is een gezamenlijke regionale governance, een architectuur en een portfolio van initiatieven en oplossingen, zodat samen leren, synergie en schaalbaarheid haalbaar worden. Zo werken we samen aan de toegankelijkheid, de betaalbaarheid en de kwaliteit van zorg.

Inhoudsopgave

1. [Doel & ambitie Regioplan Kennemerland](#)
2. [Leidende principes](#)
3. [Roadmap – waar komen we vandaan en waar gaan we naartoe](#)
4. [Samenwerkingsstructuur](#)
5. [Inwonerperspectief](#)
6. [Samenvatting conclusies regiobeeld](#)
 - 6.1 [Kwetsbare ouderen en multi morbide patiënten](#)
 - 6.2 [Mentale gezondheid](#)
 - 6.3 [Gezondheidsverschillen](#)
 - 6.4 [Acute zorg](#)
 - 6.5 [Arbeidsmarkt en onderwijs](#)
 - 6.6 [Digitalisering](#)
9. [Monitoring & evaluatie](#)
10. [Landelijke randvoorwaarden](#)
11. [Uitnodiging aan de lezer](#)
12. [Bijlagen](#)

Doel & ambitie Regioplan Kennemerland

“Kennemerland in beweging”

Samen lef hebben en keuzes maken om ondersteuning en zorg die echt nodig is, voor iedereen toegankelijk te houden

De Nederlandse zorg staat onder druk. Meer mensen maken meer gebruik van ondersteuning en zorg, terwijl er tegelijkertijd niet genoeg zorgverleners zijn. Er is een transformatie nodig om toegankelijke, goede en betaalbare zorg te blijven garanderen. In het Integraal Zorgakkoord (IZA) staan afspraken met als doel de zorg in Nederland te verbeteren en voor te bereiden op de toekomst. Dit regioplan is een eerste stap in de regionale uitwerking van het IZA. Een goede samenwerking tussen alle partijen (inwoners, welzijns- en zorgorganisaties, zorgverzekeraars/-kantoor, gemeenten) is daarbij cruciaal.

Wat de partners in de regio met dit regioplan willen bereiken:

1. Inzichtelijk maken welke opgaven prioriteit hebben en welke doelen we de komende vijf jaar nastreven;
2. Een structuur opzetten waarin welzijns- en zorgaanbieders, gemeenten en zorgverzekeraars samenwerken om de gestelde doelen te behalen;
3. Toetsen in hoeverre huidige samenwerkingsinitiatieven in lijn zijn met de opgaven en bijbehorende doelen waaraan prioriteit is gegeven;
4. Een belangrijke kader bieden voor de beoordeling van IZA-gelden transformatieplannen.

Het regioplan is een eerste stap en een **expliciete uitnodiging** aan alle partners om in verbinding met elkaar te blijven en de opgaven en doelen uit dit regioplan te realiseren. Dit regioplan is opgesteld met inbreng van gemeenten, zorgverzekeraar en welzijns- en zorgorganisaties. De komende jaren zetten we deze samenwerking samen met inwoners voort en versterken we deze. We starten hiermee door het organiseren van een maatschappelijk debat in 2024. Met deze samenwerking geven we uitvoering aan de doelen in dit regioplan. Hoe we dat precies doen volgt in Q1 2024. Dit betekent dat dit regioplan **een levend document** is.

Leidende principes

Van ziekte en zorg naar gezondheid en gedrag



Zelf als het kan

We gaan uit van wat de inwoner zelf nog kan. Hierbij nemen de inwoners zelf de regie en verantwoordelijkheid over hun gezondheid en welbevinden. Ze zijn in staat om voor zichzelf te zorgen met passende professionele ondersteuning en zorg. De wijk en het persoonlijke netwerk zijn erop toegerust om daarin te ondersteunen. We zetten in op sterke 'gemeenschappen' voor en door inwoners waardoor inwoners minder afhankelijk worden van externe ondersteuning en zorg. Zo wordt het beroep op de formele ondersteuning en zorg kleiner. Een sterke sociale basis is een voorwaarde om dit te bereiken.



Voorkomen waar mogelijk

We creëren inclusieve en vitale wijk- en leefomgevingen. Hierdoor bevorderen en beschermen we de gezondheid in de regio. Door de inzet van gerichte collectieve preventie voorkomen we ziekten en sporen mogelijke complicaties vroegtijdig op.



Passende (digitale) zorg en ondersteuning waar nodig

We bieden als regio een nabij en passend zorg- en ondersteuningsaanbod aan onze inwoners voor wanneer hun hulpvraag niet zelf of in het netwerk kan worden beantwoord. Dit aanbod is op elkaar afgestemd en toegankelijk voor de inwoner.



Ongelijk investeren voor gelijke kansen

Kwetsbare mensen hebben gelijke kansen op een goede gezondheid, toegang tot passende zorg en kunnen volwaardig meedoen. We richten de inzet van bestaande mensen en middelen op die wijken in de regio waar we de grootste impact kunnen hebben.

Roadmap – Waar komen we vandaan en waar gaan we naartoe?

Toegankelijke ondersteuning
en zorg

Regioplan
Kennemerland

Waar gaan we naartoe?

Met grote stappen naar toekomstbestendigheid. We realiseren de streefdoelen uit dit regioplan waarbij we continu gezamenlijk monitoren of doelen behaald worden en of we voldoende tempo maken.



2026

Welke stappen nemen we in 2024?

We starten met de uitvoering van het regioplan. In Q1 2024 geven we het inwonersperspectief structureel vorm. We richten de evaluatie en monitoring in, prioriteren doelen en samenwerkingsinitiatieven en denken gezamenlijk na over een toekomstbestendige samenwerkingsstructuur.



2024



Waar staan we nu?

In 2023 is het regiobeeld en het regioplan opgesteld. Er is meer samenwerking tussen gemeenten, zorgverzekeraars en welzijns- en zorgorganisaties. De aansluiting van het sociaal domein is versterkt.



2023

Waar komen we vandaan?

In de regio Kennemerland weten zorgorganisaties elkaar al goed te vinden, al dan niet in verbinding met het sociaal domein. Er bestaat goede afstemming tussen de segmenten. De mentaliteit in de regio laat zich kenmerken door: niet afwachten maar gewoon doen. Ambitueus, gedreven en gemotiveerd om tempo te maken.

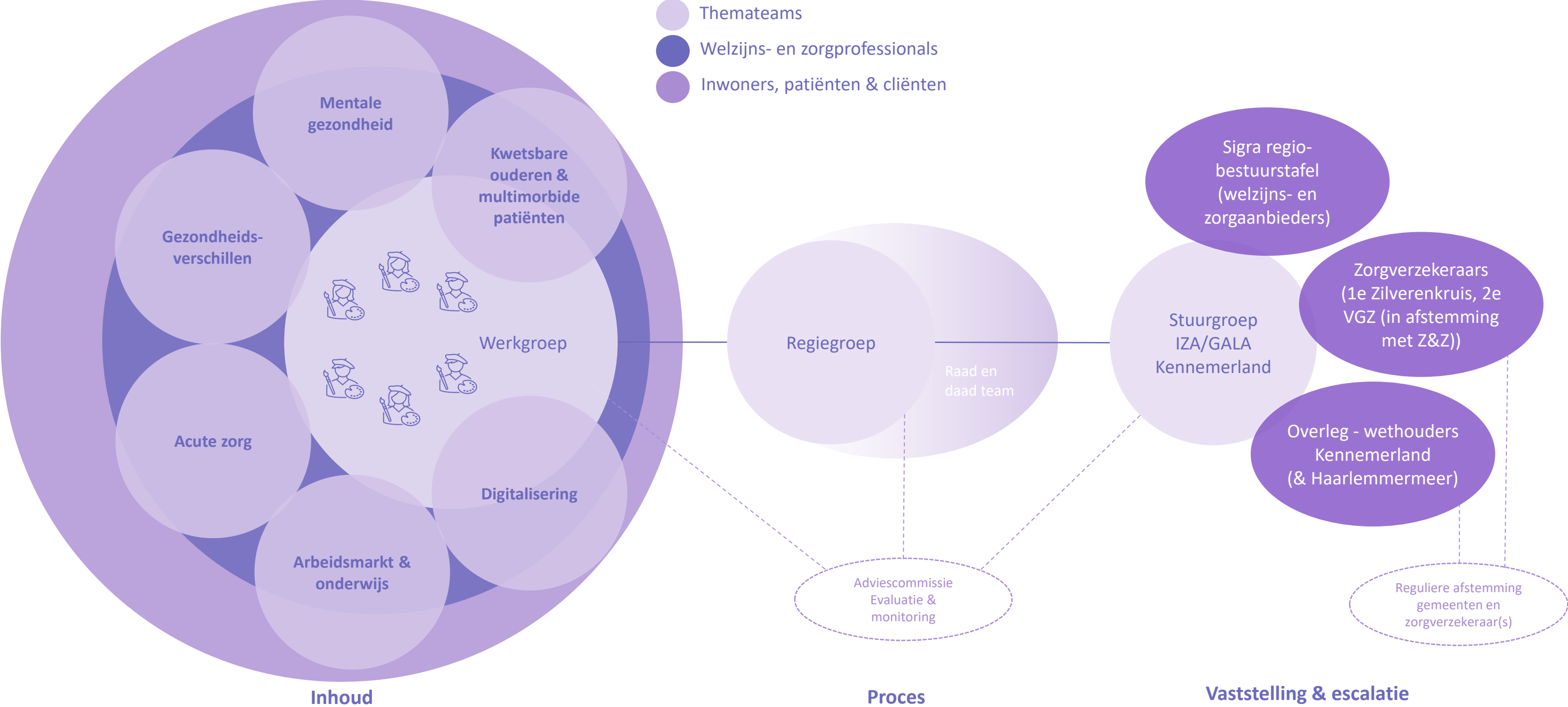


... - 2023

Samenwerkingsstructuur van regiobeeld naar regioplan Kennemerland

Samenwerkingsstructuur regioplan Kennemerland

- Themateams
- Welzijns- en zorgprofessionals
- Inwoners, patiënten & cliënten

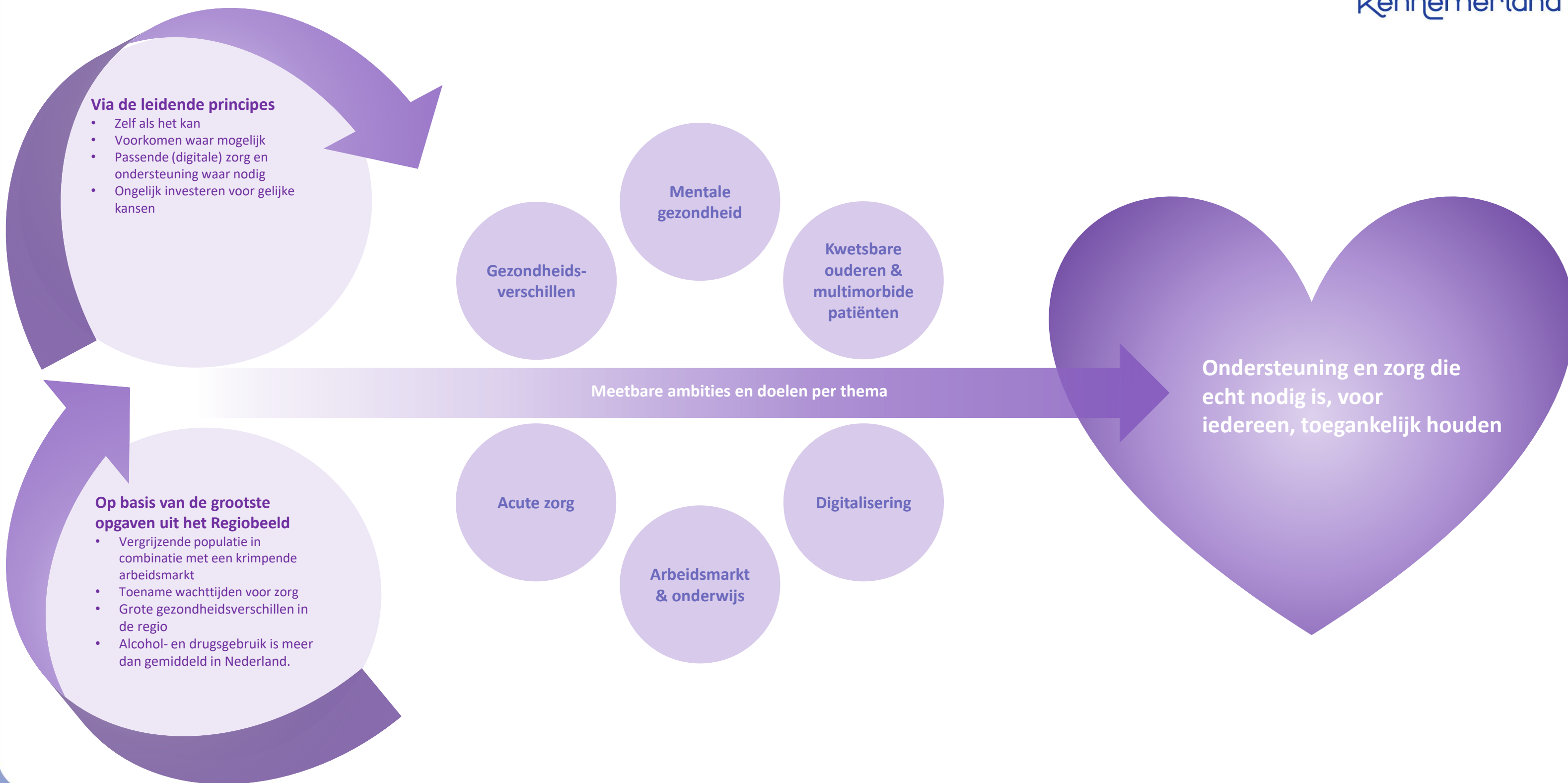


Hoe wij samenwerken om te komen van regiobeeld naar regioplan

Toelichting gremia

- **Themateams:** zijn verantwoordelijk voor het ophalen van de kennis binnen welzijns- en zorgorganisaties en bepalen op basis daarvan de inhoud van het thema. Daarnaast zorgen zij voor het bijbehorende proces om de eerste stappen te zetten richting de geformuleerde ambitie. In elk themateam zit een afgevaardigde namens welzijns- en zorgpartijen, namens gemeenten en namens Zilveren Kruis. Tevens heeft elk themateam twee bestuurlijke trekkers en een procesbegeleider.
- **Werkgroep:** is verantwoordelijk voor de uitwerking van de paragrafen en samenhang van het regioplan. De procesbegeleiders van de verschillende themateams en de programmamanager komen hierin samen.
- **Regiegroep:** is verantwoordelijk voor het proces om te komen tot het regioplan. Zij zijn de schakel tussen de stuurgroep en de werkgroep en sturen op het proces om te komen tot het regioplan.
- **Stuurgroep IZA/GALA:** stelt het regioplan vast nadat intern de afstemming is geweest (Sigra regiobestuurstafel, wethouders overleg en afstemming zorgverzekeraars) en dient daarnaast als escalatietafel wanneer themateams dat nodig hebben. De stuurgroep is een bestuurlijke afvaardiging van de drie domeinen.
- **Raad en daadteam:** ondersteunt de regiegroep op onderwerp (gevraagd en ongevraagd) en levert procesbegeleiders
- **Adviescommissie evaluatie & monitoring:** adviseren de themateams in het formuleren van meetbare resultaten om vervolgens te kunnen monitoren en evalueren.
- **Reguliere afstemming gemeenten en zorgverzekeraars:** stemmen inhoud en financiën met betrekking tot IZA/GALA gelden af.

Hoe de themateams bijdragen aan onze regio ambitie



Inwonerperspectief

Betrokkenheid inwoners bij uitvoeringsfase

Het betrekken van inwoners bij de transformatie in welzijn en zorg vraagt om aandacht. Aandacht voor de vraag hoe we **het eigenaarschap van de inwoner** een plek kunnen geven en kunnen versterken bij de totstandkoming en uitvoering van de plannen van de verschillende thema's.

In dit plan is ervoor gekozen om de inwoner niet te betrekken bij de strategiefase, maar bij de uitvoeringsfase van het plan en de initiatieven. Dit raakt de inwoners namelijk direct en draagt bij aan de acceptatie van de voorgestelde initiatieven en veranderingen.

Dit betekent niet dat het perspectief van de inwoner nergens ingang heeft gevonden. In de verschillende thema's werken we met verscheidene betrokkenen van welzijns- en zorgorganisaties, gemeenten en zorgverzekeraars. Zij nemen nu, of in de toekomst, via hun achterban het perspectief van de inwoner mee als het gaat om de inhoud en de uitvoering van de initiatieven. In Q1 2024 wordt per thema bekeken hoe een goede vertegenwoordiging structureel vormgegeven kan worden.

Tot slot wordt in 2024 **een maatschappelijk debat** georganiseerd voor de inwoners van de regio Kennemerland.

Geografische afbakening

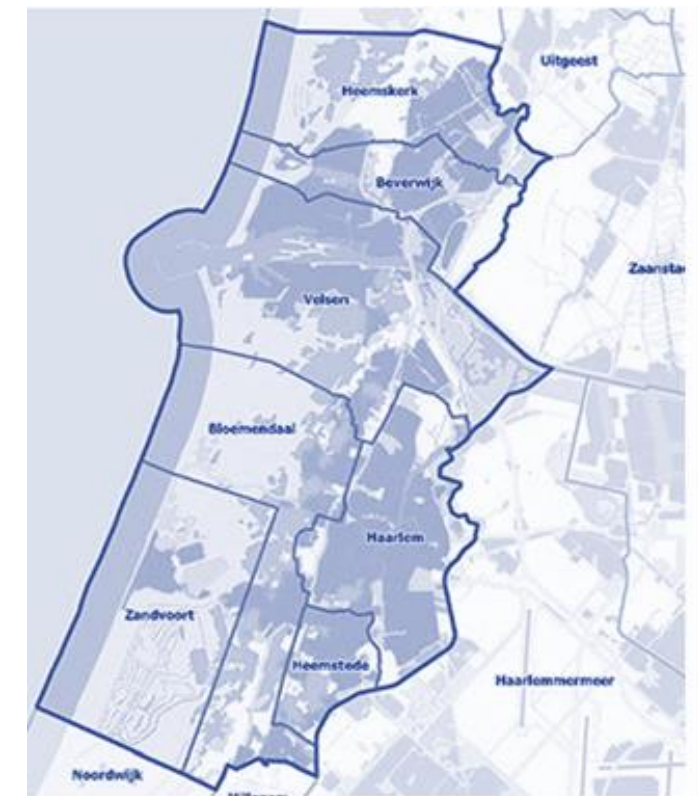
Toelichting

Dit regioplan beslaat Zuid-Kennemerland en IJmond en betreft de gemeenten Beverwijk, Heemskerk, Velsen, Bloemendaal, Haarlem, Heemstede en Zandvoort.

Grensgebieden zijn Castricum, Uitgeest en Haarlemmermeer. Castricum en Uitgeest zijn onderdeel van het regioplan Noord-Holland Noord. Kijkend vanuit het werkgebied van verschillende zorgorganisaties in Kennemerland worden deze twee gemeenten waar relevant ook meegenomen in de uitwerking van thema's van dit regioplan. Haarlemmermeer werkt nauw samen met de regio Zuid-Kennemerland. Daarom is er afstemming met Zorg & Zekerheid en met de gemeente Haarlemmermeer om te waarborgen dat de verschillende regioplannen op elkaar aansluiten.

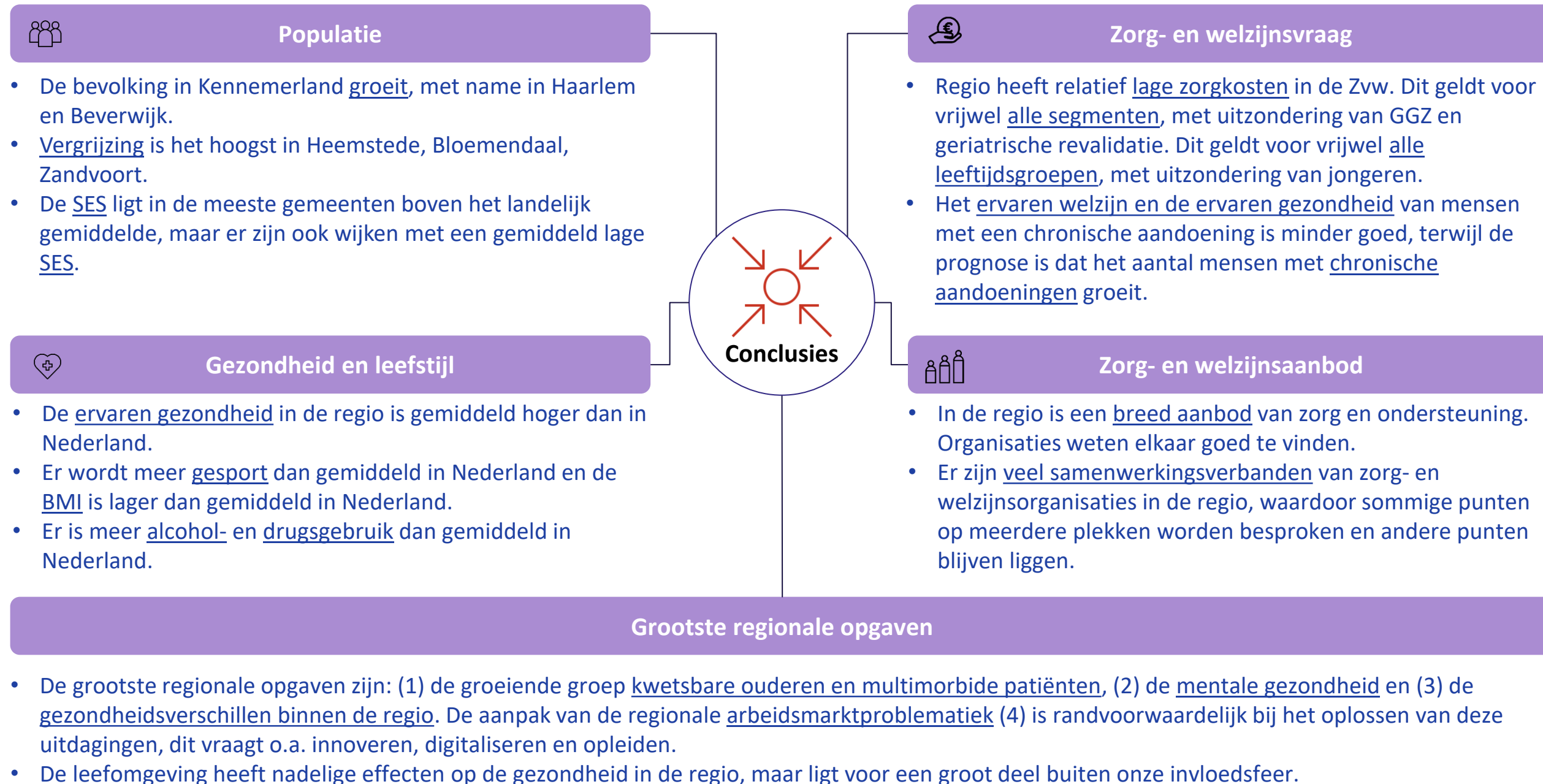
ROAZ-plan Kennemerland

Het plan van het Regionaal Overleg Acute Zorg (ROAZ) is onderdeel van het regioplan Kennemerland en heeft betrekking op de regio Midden- en Zuid-Kennemerland en Haarlemmermeer. Bij de totstandkoming van dit onderdeel van het regioplan zijn daarom ook de zorgaanbieders, voor zover zij onderdeel zijn van de acute keten, uit Haarlemmermeer, Castricum en Uitgeest betrokken.



Samenvatting conclusies regiobeeld

Regiobeeld - samenvatting



Regiobeeld – de grootste uitdagingen zijn: meer ouderen en multimorbide patiënten, de mentale gezondheid en de gezondheidsverschillen

De grootste uitdagingen in de regio Kennemerland

1

De groeïende groep kwetsbare ouderen en multimorbide patiënten. Zij vragen veel ondersteuning en zorg, terwijl het mantelzorgpotentieel afneemt. Hierdoor groeit de druk op zorg- en welzijnsorganisaties.

2

De mentale gezondheid. Een groot deel van de jongvolwassenen ervaart psychische klachten, het GGZ-gebruik in de regio is hoger dan gemiddeld in Nederland en veel mensen worden niet binnen de treeknormen geholpen.

3

De grote gezondheidsverschillen in de regio. Er is ongelijkheid tussen wijken in gezondheid en welzijn van inwoners. Het verkleinen van deze kloof vraagt een sociale aanpak en versterking van de eerstelijns in specifieke wijken.

4

Alle zorg- en welzijnsorganisaties in de regio hebben te maken met de grote en groeiende krapte op de arbeidsmarkt. Gezamenlijke aanpak van deze problematiek is randvoorwaardelijk bij het oplossen van bovenstaande uitdagingen, dit vraagt o.a. keuzes maken, innoveren, digitaliseren en opleiden.

Mismatch vraag en aanbod vraagt om gezamenlijke opgaven, doelen en inzet om de ondersteuning en zorg toegankelijk te houden

Toename van zorgvraag:

- **Vergrijzing** van de bevolking
- Stijging van **eenzaamheid** en individualisering
- Omgaan met **(onbegrepen) gedrag** van kinderen
- Toenemende **bestaansonzekerheid**
- Tendens van **labelen** en **medicaliseren**
- **Ongezonde** levenswijzen en **overconsumptie**
- Een hoog alcohol- en drugsgebruik en hoge mate van roken
- Trend van ouderen die **langer** zelfstandig thuis wonen

Ondersteuning en
zorg staan onder
druk

Krapte in aanbod

- Knellende **arbeidsmarkt** in ondersteuning en zorg
- Lange wachttijden voor zorg
- **Door- en uitstroom** van patiënten
- Halvering **mantelzorgpotentieel**
- Krapte op **de woningmarkt**

Thema's

Het regiobeeld vraagt om een gezamenlijke inzet op de thema's:

1. Kwetsbare ouderen & multimorbide patiënten
2. Mentale gezondheid
3. Gezondheidsverschillen
4. Acute zorg
integratie ROAZplan met Regioplan
5. Arbeidsmarkt en Onderwijs
6. Digitalisering

"Toegankelijke, goede en betaalbare zorg vraagt om actie."

Leeswijzer voor de thema's

Elk themateam doorloopt haar eigen proces, afgestemd op de behoeftes en planningen van de desbetreffende partners per thema. Op deze manier krijgt het samenwerkingsproces de aandacht die het nodig heeft. De indeling voor de verschillende thema's is hetzelfde, het abstractieniveau van de inhoud per themateam verschilt.

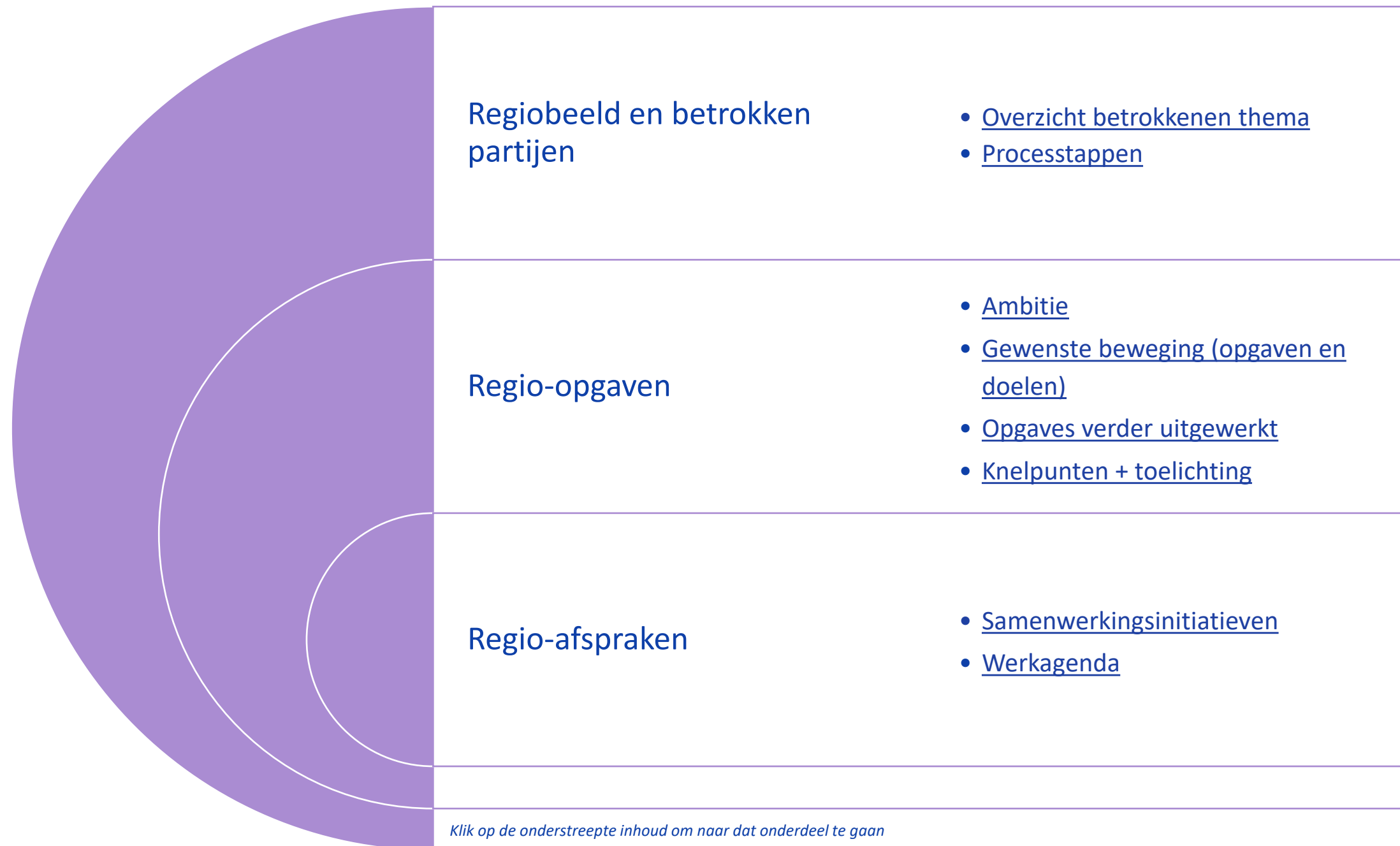
Op elk onderdeel in de leeswijzer kun je klikken, hierdoor kom je op de betreffende pagina.

Leeswijzer per themateam

Regiobeeld en betrokken partijen	<ul style="list-style-type: none">• Overzicht betrokkenen thema• Processtappen
Regio-opgaven	<ul style="list-style-type: none">• Ambitie• Gewenste beweging (opgaven en doelen)• Opgaves verder uitgewerkt
Regio-afspraken	<ul style="list-style-type: none">• Knelpunten + toelichting• Samenwerkingsinitiatieven• Werkagenda

Thema
Kwetsbare ouderen &
multimorbide patiënten

Leeswijzer Kwetsbare ouderen en multimorbide patiënten



Betrokkenen thema Kwetsbare ouderen & multimorbide patiënten

Dit deelplan is geschreven door het thmateam Kwetsbare ouderen & multimorbide patiënten.

Het team bestaat uit:

- Bestuurlijk trekkers: Tamara Pieterse (VVT) en Nout Waller (HA)
- Bestuurlijk afgevaardigden: Bouke Bijnsdorp (VVT), Nicole de Reuver (HA), Anneliet Giebels (HA)
- Gemeenten: Jessica Jacobs, Marlou Velzeboer en Annelijn de Ligt
- Zilveren Kruis: Esther van Hooren (inkoper WLZ) en Edmée van den Akker (inkoper eerste lijn)
- Netwerk Palliatieve Zorg Midden- & Zuid-Kennemerland en Amstelland & Meerlanden: Andrea van der Veen (Sigra)
- Procesbegeleiding: Rianne van den Brink (ZONH) en Eva de Vrieze (ZONH)

Vanuit onderstaande organisaties zijn professionals en bestuurders al geruime tijd bezig met inhoudelijke plannen voor onder andere IZA, GALA en WOZO

- VVT – Sint Jacob, Kennemerhart, Zorgbalans, Viva!Zorggroep, De Zorgspecialist, Reigershoeve, Cordaan, Amstelring
- Ziekenhuizen – Spaarne Gasthuis en Rode Kruis Ziekenhuis
- Huisartsen Midden- en Zuid-Kennemerland, Haarlemmermeer
- GGZ: InGeest, Parnassia
- Verslavingszorg: Brijder
- Welzijn: Buurts, Leger des Heils
- Alzheimer Nederland
- Hospice
- Wijkgerichte Zorg, Sociaal Buurtteams
- Gemeenten
- Zilveren Kruis Zorgkantoor, Zilveren Kruis Zorgverzekeraar
- Zorg & Zekerheid
- Netwerk dementie Midden-Kennemerland

In 2024 worden tevens actief betrokken

- Vertegenwoordiging van inwoners die kunnen meedenken op beleidsniveau (regiobreed en themaoverstijgend)
- Paramedici – PP-ZK en PCMK
- Apothekers - CAVH
- Verstandelijk Gehandicapten Zorg
- Welzijnsorganisaties
- Netwerken (sociale (wijk)teams)
- Landelijke patiëntenorganisaties

NB Deze opsomming is niet limitatief.

De processtappen

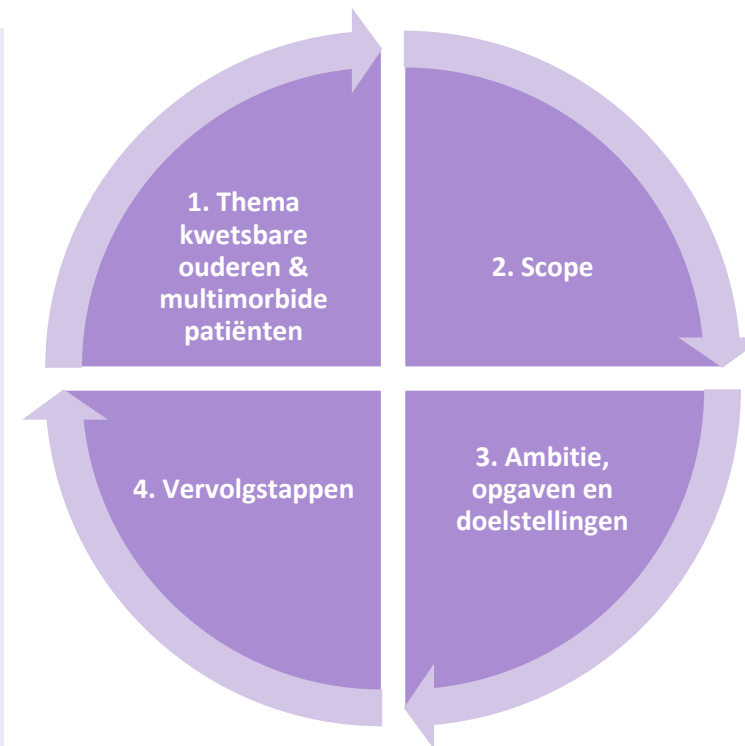
1. Thema Kwetsbare ouderen & multimorbide patiënten

Dit deelplan gaat over de groeiende groep kwetsbare ouderen en multimorbide patiënten. Zij vragen veel ondersteuning en zorg, terwijl het mantelzorgpotentieel afneemt en arbeidsmarktkrapte toeneemt. De druk op zorg- en welzijnsorganisaties groeit.

De regio is al langere tijd bezig om antwoorden te formuleren op vraagstukken rondom integrale oplossingen voor deze doelgroepen. Wat het regiobeeld laat zien is herkenbaar. Het IZA helpt om de grote stap te maken naar integraliteit en om gezamenlijk te kijken naar de maatschappelijke businesscase: doen we met elkaar de juiste dingen?

4. Vervolg stappen - werkagenda

Het regioplan is een ontwikkelplan en bevat nog ruimte voor nadere invulling en concretisering. Het themateam gaat door in 2024 en heeft een werkagenda opgesteld waarmee in Q1 wordt gestart.



3. Ambitie, opgaven en doelstellingen

In vervolg op het vaststellen van de scope is tijdens een aantal gezamenlijke sessies met het themateam gebrainstormd over ambitie, knelpunten, opgaven en doelen.

2. Scope

- Het themateam heeft eerst de scope van het thema vastgesteld.
- Vanwege haalbaarheid is er gekozen voor een smalle aanpak, die we later gaan uitbreiden en verbreden. Professionals en bestuurders zijn al geruime tijd bezig met inhoudelijke plannen, uitgebreide werksessies zijn dubbelop.
- Het themateam schrijft het regio-deelplan. Leden van het team sluiten zoveel mogelijk aan bij bestaande overlegtafels en creëren geen nieuwe overlegtafels. Er wordt betrokkenheid en zeggenschap georganiseerd voor partijen die geen zitting hebben in het themateam, zoals ziekenhuizen, apothekers, paramedici en inwoners.
- Er is een eerste inventarisatie gemaakt van nieuwe en lopende initiatieven, die gebruikt kan worden om witte vlekken te bepalen. Dit kunnen organisaties zijn die nog niet betrokken zijn of knelpunten/onderwerpen die onvoldoende geadresseerd worden. Er zullen procesafspraken gemaakt worden met partijen die ontbreken. Dit zal in Q1 2024 een vervolg krijgen.
- Het themateam heeft geen beslissende stem in welk initiatief wel of geen doorgang vindt. De thematafel heeft daarin wel een zeer belangrijke en bepalende adviesrol. Belangrijk is dat de regio bepaalt en vaststelt. De vorming van het regionale besluitvormingsproces is in ontwikkeling en de criteria voor het keuzeprocess moeten nog worden vastgesteld.

Ambitie Kwetsbare ouderen & multimorbide patiënten

Zo gezond en comfortabel mogelijk ouder worden en waardig sterven dankzij passende zorg, ondersteuning en begeleiding door een krachtig samenspel tussen inwoners*, sociaal en medisch domein.

Het sociaal en medisch domein vormen samen met de inwoners een daadkrachtig netwerk dat:

- vanuit een breed perspectief beter zicht heeft op de gezondheid van multimorbide patiënten en (toekomstige) ouderen.
- kan anticiperen met passende oplossingen; medische zorg alleen als het moet en waarbij in de wijken intensief wordt samengewerkt om onnodige (acute) zorg te voorkomen.
- inwoners ondersteunt bij het bewust en gezond leven en ouder worden en het nemen van regie over hun eigen leven en gezondheid met realiteitszin: 'ouderdom komt met gebreken'.

Om de benodigde beweging tot stand te brengen geven we prioriteit aan impactvolle transities en tonen we lef om de benodigde randvoorwaarden te realiseren.

** inwoners zijn: cliënten, patiënten, mantelzorgers en burgers*

Knelpunten die onze ambitie in de weg staan

- Onvoldoende samenwerking, zowel binnen als tussen de domeinen.
- Verschillende belangen: transformatie en verandering geeft energie en kansen, maar gaat tegelijkertijd over verlies en loslaten van autonomie. Dit speelt op alle fronten: inhoudelijk, financieel, enz.
- Stelsel van de financiering. We hebben te maken met schotten in financiering, financiële prikkels en overlap in financiering. Gevolgen zijn extra arbeid, complexe processen, inefficiënte bekostiging en geen passende zorg. Domeinoverstijgend of domeinonafhankelijk denken is nodig.
- Tekort aan passende huisvesting voor inwoners, professionals en voorzieningen voor inwoners.
- Te hoge verwachtingen: “zorg is een vanzelfsprekendheid”. Mensen zijn zich niet bewust van wat er op ons afkomt en dat de toekomst er anders uit gaat zien. Men denkt dat de zorg alles oplost en dat men er continu aanspraak op kan doen (zorg wordt gezien als een recht). Als we passende zorg, ondersteuning en begeleiding willen waarborgen voor de toekomst, vraagt dit om een andere houding van zowel professionals als inwoners.
- Gegevensuitwisseling (link thematafel Digitalisering) wordt nu onvoldoende technisch en inhoudelijk gefaciliteerd. Informatie is gefragmenteerd en de juiste informatie is niet altijd op de juiste plek.
- Arbeidsmarktkrapte (link thematafel Arbeidsmarkt en Onderwijs). Door de dubbele vergrijzing zal er sprake zijn van een grotere zorgvraag en een kleiner aantal professionals in zowel het medisch als sociaal domein.

Gewenste beweging Kwetsbare ouderen en multimorbide patiënten

Ambitie

Zo gezond en comfortabel mogelijk ouder worden en waardig sterven dankzij passende zorg, ondersteuning en begeleiding in een krachtig samenspel tussen inwoners, sociaal en medisch domein.

Opgaven

1. Beter afgestemde samenwerking binnen én tussen domeinen

1. Wederzijdse afspraken maken tussen professionals waarbij de verwachtingen voor professionals, cliënten en burgers helder zijn. A, B, C, G, F

2. Beter anticiperen met passende oplossingen; medische zorg alleen als het moet en waarbij in de wijken intensief wordt samengewerkt om onnodige (acute) zorg te voorkomen. (Verschuiving van medisch naar sociaal domein en informele netwerken). A, B, C, G, F

3. Eén aanspreekpunt voor zorg- en welzijnsaanbod (formeel en informeel) dichtbij de inwoner georganiseerd. A, B, G

4. Laagdrempeligere communicatie tussen zorg en welzijnsverleners onderling en met cliënten/ inwoners. A, B, C, G

5. Beter zicht op de gezondheid en het vangnet van multimorbide patiënten en (toekomstige) ouderen. A, G

6. Minder schotten: Domein overstijgende/domeinonafhankelijke financiering (randvoorwaarde) A, B, C, G, F

2. Inwoners en professionals zijn bewuster van grenzen aan zorg

7. Onnodige en ongewenste (acute) zorg voorkomen, o.a. door het maken van afspraken over passende zorg, ondersteuning en begeleiding. En (medische) gegevens vastleggen (zoals behandelwensen) F

8. Heldere voorlichting over (on)mogelijkheden van zorg- en welzijn A, C, G, F

9. Bevorderen deskundigheid (opleiden) om anders te werken. A, B, G

3. Inwoners nemen een actievere rol in zelf- en samen zorg en zelfmanagement

10. Inwoners kijken meer naar elkaar om en zorgen voor elkaar in de wijk. (ontlasten en ondersteunen van mantelzorgers) G

11. De inwoner heeft beter zicht op eigen gezondheid en vangnet G

12. Inwoners weten beter wanneer ze waar terecht kunnen voor "één aanspreekpunt" A, C, G

13. Meer inzet zorg-technologieën

4. Digitalisering (doelen 13, 14, 15)

14. Realisatie van optimale databeschikbaarheid en gegevensuitwisseling A, B, G, F

15. Laagdrempeligere communicatie tussen zorg- en welzijnsverleners onderling en met cliënten/burgers A, B, C, G

5. Arbeidsmarkt & onderwijs (doel 9)

Anders werken, anders opleiden en ontwikkelen

Geïdentificeerd / nader uit te werken

Domeinoverstijgende/ domeinonafhankelijke financiering

Voldoende passende huisvesting voor inwoners en professionals en voorzieningen voor de inwoner

16. Realiseren van geschikte woningen

17. Duurzame woon- en/of zorglocaties en respijtzorg

Doelen per opgave

Legenda bij opgaven:

A t/m H: Samenwerkings-initiatieven in ontwikkeling tot snelle toets

Prioritaire opgave met focus

Deze opgaven worden deels op deze tafel opgepakt

Op dit moment nog geen actie vanuit deze tafel

Opgave 1 - Beter afgestemde samenwerking binnen én tussen domeinen

We krijgen te maken met dubbele vergrijzing, de groep multimorbide patiënten groeit, ouderen moeten langer thuis blijven wonen, het mantelzorgpotentieel daalt en er is een arbeidsmarkttekort. Kortom, de zorgvraag neemt toe en we moeten meer doen met minder mensen. Efficiënte inzet van capaciteit, innovaties en digitale mogelijkheden is cruciaal. Ons doel is om passende zorg en ondersteuning te kunnen blijven bieden aan mensen die dat nodig hebben. Om hiertoe te komen is een beter afgestemde samenwerking binnen en tussen de domeinen* nodig.

Professionals en organisaties weten niet goed genoeg van elkaar wat ze doen en de inwoner ondervindt daar (al dan niet bewust) hinder van. Geboden ondersteuning en zorg is niet altijd passend en er zit overlap in werkzaamheden en daarmee financiering. Door goed afgestemde samenwerking gaan we beter om met mensen en (financiële) middelen. Er zijn duidelijke domeinoverstijgende samenwerkingsafspraken nodig over wie, wanneer, welk deel van de zorg en ondersteuning levert. Hierbij moet helder zijn wat er van professionals en inwoners wordt verwacht. We moeten beter zicht krijgen op de gezondheid en het vangnet van multimorbide patiënten en (toekomstige) ouderen en beter anticiperen met passende oplossingen; medische zorg alleen als het moet, waarbij in de wijken intensief wordt samengewerkt om onnodige (acute) zorg te voorkomen. Er zal een verschuiving gaan plaatsvinden van medisch naar sociaal domein en informele netwerken. Deze verschuiving vraagt daar meer middelen en mensen. Tegelijkertijd moeten we overbelasting van mantelzorgers en naasten voorkomen. Het behouden en versterken van informele zorg is cruciaal.

Een voorwaarde voor goede samenwerking is laagdrempeligere communicatie tussen zorg- en welzijnsverleners onderling en met inwoners en hun informele circuit. Eén aanspreekpunt voor zorg- en welzijnsaanbod (formeel en informeel), dichtbij de inwoner georganiseerd, gaat helpen voor een goede doorstroom in de regio naar passende zorg en ondersteuning. Ook is er behoefte aan betere regionale afspraken over GRZ thuis, ELV-WLZ, beschikbare ANW zorg, crisiszorg, respijtzorg en logeerszorg zodat doorstroommogelijkheden optimaal ingezet worden.

Om de benodigde samenwerking te laten slagen is het noodzakelijk dat individuele belangen en mogelijkheden in kaart worden gebracht en gemeenschappelijke doelen worden vastgesteld, waar alle betrokken partijen zich aan committeren. Het gemeenschappelijk belang moet prioriteit krijgen boven het organisatiebelang. Onderling vertrouwen en transparantie is noodzakelijk.

* Voorbeelden van domeinen: huisartsenzorg, VVT organisaties, paramedische zorg, farmaceutische zorg, ziekenhuizen, GGZ, hospices, welzijnsorganisaties, gemeenten, informele zorg (mantelzorg en vrijwilligerszorg).

Opgave 2 - Inwoners en professionals zijn bewuster van grenzen aan zorg

We willen dat iedereen die medische zorg nodig heeft hier toegang toe heeft. Nu de gezondheidszorg steeds meer onder druk komt te staan is het belangrijk dat we:

- bewustwording creëren bij zowel inwoners als professionals

Voorlichting is belangrijk naar inwoners en professionals toe. Inwoners moeten worden voorbereid op het ouder worden. Omdat niet alles met zorg is op te lossen, willen we dat inwoners een brede blik op gezondheid krijgen en leren om niet hun ziekte maar het leven centraal te stellen. Zo kunnen zij bewuster omgaan met wat voor hen belangrijk is. Voor professionals is er de uitdaging bewuster om te gaan met deze beweging en hun deskundigheid hierin te bevorderen.

- onnodige en ongewenste (acute) zorg voorkomen

We zetten in op (secundaire)preventie, reablement en proactieve zorgplanning om onnodige en ongewenste (acute) zorg zoveel mogelijk te voorkomen. Als mensen eerder goed nadenken over hun wensen in een breed perspectief en dat vastleggen, voorkomt dit onnodige/ongewenste behandelingen en zorgverlening. Dit sluit aan op de wensen en behoeften van mensen, zorgt voor de juiste zorg op de juiste plek en bespaart kosten.

- onderscheid leren maken tussen behoefte aan zorg, ondersteuning en begeleiding

Met heldere voorlichting wat in het sociaal domein en wat in het zorgdomein hoort, kloppen mensen aan bij het juiste loket. Dit voorkomt onnodige bezoeken aan de huisarts. De druk op huisartsenzorg is vergroot doordat daar vragen terechtkomen die daar niet horen. Als mensen zelf beter de weg weten, voorkomt het vertraging in het beantwoorden van ondersteuningsvragen en het zet mensen meteen in hun kracht. Op deze manier dragen we bij aan de juiste ondersteuning en zorg op de juiste plek.

We moeten mensen in staat stellen informele zorg (mantel- en vrijwillige zorg) te kunnen blijven geven. Juist nu er steeds meer beroep wordt gedaan op mantelzorg en het mantelzorgpotentieel afneemt is het belangrijk op tijd te kunnen beginnen met mantelzorgondersteuning. Dit doen we door het aanbieden van goede voorzieningen, zoals respijtzorg en aanbod van (vrijwilligers)cursussen: over ziektebeeld, het aanvragen van subsidie en hoe alles draaiende te kunnen houden.

De opgave om inwoners en professionals bewuster te maken van grenzen van zorg brengt uitdagingen met zich mee:

- het vraagt om een cultuurverandering van zorg naar gewoon leven. Dit heeft tijd nodig en moet goed uitgelegd worden met informatie op maat, gericht op inwoners met hun informele circuit eromheen en op professionals. Ook moeten professionals en patiënten/cliënten meer gezamenlijk in gesprek gaan over passende zorg en ondersteuning, waarbij de expertise van de professional en de wensen van de patiënten/cliënten bij elkaar komen.
- voor het kunnen vastleggen en inzichtelijk maken van de juiste informatie met betrekking behandelwensen en medische gegevens is digitalisering een onmisbare randvoorwaarde.

Opgave 3 - Inwoners nemen een actievere rol in zelf- en samenzorg en zelfmanagement

Inwoners zijn zich niet of onvoldoende bewust dat de zorg en ondersteuning in de toekomst er anders uit gaat zien dan we gewend zijn. Zorg ontwikkelt zich tot een maatschappelijk probleem. Om passende zorg, ondersteuning en begeleiding te waarborgen in de toekomst wordt een andere rol gevraagd van zowel inwoners als professionals. Zij moeten gezamenlijk een plan maken om mogelijkheden van andere manieren van zorg en ondersteuning te benutten en vorm te geven. Met als doel het dagelijks functioneren, kwaliteit van leven en welzijn te behouden of te verbeteren.

Wat kunnen inwoners en hun directe omgeving zelf doen en wat is daarvoor nodig, zodat het beroep op de zorg verkleind wordt? Inwoners zullen een actievere rol moeten nemen in zelf- en samenzorg en zelfmanagement. Om dit mogelijk te maken moeten ze ondersteund worden in het nemen van regie over hun eigen leven en gezondheid. Dit vraagt inzicht in eigen vangnet en gezondheid: wat kan ik wel, waar ligt mijn kracht? Op welke gebieden gaat het niet zo goed, wat wil ik nog of weer graag kunnen doen? En waar heb ik ondersteuning en hulp bij nodig en hoe moet die eruit zien?

Ook is een ontwikkeling nodig waarbij inwoners meer naar elkaar omkijken en zorgen voor elkaar in de wijk (community care). Binnen buurten en wijken is veel kennis en ondersteuning voorhanden. Niet alles hoeft professioneel opgepakt te worden. Elkaar helpen, voor elkaar klaarstaan, elkaar ontlasten en ondersteunen moet weer normaal worden. Voor inwoners moet helder zijn wanneer ze waar terecht kunnen voor wat. Eén aanspreekpunt met laagdrempelige toegang waar informatie en voorzieningen in de wijk bekend zijn kan hierbij helpen.

Inzet van (secundaire) preventie, reablement en zorgtechnologieën vergroten de zelfredzaamheid en verminderen de druk op de zorg. Om inwoners fit en gezond te houden moeten we een gezonde leefomgeving creëren, de sociale basis versterken, bewegen stimuleren, eenzaamheid voorkomen. Het gebruik van technologieën moet daar waar mogelijk standaard worden. Bijvoorbeeld standaard inzet van oogdruppelbril en meer gebruik van gezondheidsapps voor bijvoorbeeld monitoring van chronische aandoeningen.

Zelf-, samenzorg en zelfmanagement brengen uitdagingen met zich mee:

- het vraagt om een cultuurverandering waarin meer omzien naar elkaar weer normaal wordt.
- ondersteuning, voorlichting, goede informatievoorziening en coördinatie is onmisbaar, zowel in de wijk, regio als landelijk.
- zelfmanagement stimuleren vraagt een andere rol van professionals (zie opgave 2).
- wonen, veiligheid en leefomgeving zijn voorwaardenscheppend (wijkgerichte preventieve infrastructuur).
- de huidige financieringssystematiek is gericht op zorg bij ziekte en niet op (secundaire) preventie en gezondheid.

Samenwerkingsinitiatieven (1 van 2)

NB 1 In onze regio zijn veel bestaande initiatieven die (indirect) bijdragen aan de opgaven voor het thema Kwetsbare ouderen & Multimorbide patiënten. Daarom is gekozen om alleen een selectie van initiatieven op te nemen die uitgewerkt worden voor een snelle toets. De ketenaanpakken staan niet benoemd in onderstaand overzicht, maar zullen wel meegenomen worden bij de verdere uitwerking.

NB 2 Dit is een beknopte weergave van een excel met een uitgebreidere inventarisatie op de volgende onderdelen: regio, te betrekken partijen, status initiatief, contactpersoon, financiering, welk thema is in de lead, is het arbeidsmarktbesparend

Naam initiatief	Betrokken partijen	Doel / ambitie	Draagt bij aan doelen (cijfer)
A. Wijkgerichte benadering	HZK/HVMK, Huisartsen H'Meer, VVT (Kennemerhart, Zorgbalans, Jacob, Amsta), SG, gemeenten, Buurts, welzijn, apothekers	Continuïteit bieden van de juiste zorg en ondersteuning in de wijk, het vereenvoudigen van toegang en efficiënte inzet van schaarse middelen door het effectiever werken in vaste wijkteams.	Raakt doelen (dia 27): 1, 2, 3, 4, 5, 6, 8, 9, 12, 14, 15
B. Samenhangende inzet van expertise uit verschillende domeinen bij multiproblematiek	Namens het Netwerk Kwetsbare ouderen (NKO), de werkgroep crisishulp en specifieke doelgroepen, VVT (Kennemerhart, Zorgbalans, Sint Jacob), GGZ inGeest, (O) GGD Kennemerland, Spaarne Gasthuis (management en gerieters), huisartsen (HZK en HVMK), Verslavingszorg (Brijder). Andere domeinen/netwerkpartners worden ook uitgenodigd om te participeren: Buurts, Leger des Heils, Ontmoetingscentra, Tandem Mantelzorg, Gehandicaptenzorg	Verbeteren van zorg aan cliënten met Multi problematiek	Raakt doelen (dia 27): 1, 2, 3, 4, 6, 9, 14, 15
C. Passende steun voor kwetsbare ouderen met (een vermoeden van) dementie en hun omgeving	wordt besproken in het Netwerk Dementie Midden Kennemerland	Duurzame integrale zorg	Raakt doelen (dia 27): 1, 2, 4, 6, 8, 12, 15
D. Stretchen CAZHEM	Kennemerhart, Sint Jacob, Zorgbalans, Amstelring, Cordaan, SG, HZK, GZ H'meer, GGZ in Geest, GGD	Uitbreiding van coördinatiepunt CAZHEM t.a.v. doelgroep, type zorg en werkgebied om te komen tot efficiëntere inzet van mensen en middelen en toegang tot juiste zorg op juist plek. Draagt bij aan doorstroom in de keten.	Raakt doelen (dia 27): n.t.b.
E. Digitaal Gezondheids Centrum	RKZ, HV-MK, ViVa! Zorggroep		Raakt doelen (dia 27): n.t.b.

Samenwerkingsinitiatieven (2 van 2)

NB Dit is een weergave van een excel met een uitgebreidere inventarisatie op de volgende onderdelen: regio, te betrekken partijen, status initiatief, contactpersoon, financiering, welk thema is in de lead, is het arbeidsmarktbesparend

Naam initiatief	Betrokken Partijen	Doel / ambitie	Draagt bij aan doelen (cijfer)
F. Netwerk dashboard	MCC	Verbeteren van de doorstroom tussen huisarts, ziekenhuis en VVT d.m.v. actuele en historische inzage in capaciteits- en doorstroomgegevens. Belangrijk is hierbij de gezamenlijke verantwoordelijkheid voor cliënt/patiënt.	Raakt doelen (dia 27): 1, 2, 6, 7, 8, 14
G. Buurt als Ecosysteem – <i>beïnvloedingscampagne voor inwoners van de regio</i>	Zorgbalans, Buurtzorg, Buurts, alle (zorg)partijen in de buurt, participatie / vrijwilligers, enz. en beoogd meerdere partijen als huisartsen / gemeente etc.	Buurten als ecosystemen inrichten: zorgzame buurt, leerzame buurt, eerste lijn versterken, specialistische behandeling dicht bij thuis, GEM	Raakt doelen (dia 27): 1, 2, 3, 4, 5, 6, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15
H. Spoed Eisende Medische Dienst (SEMD)	RKZ, HVMK, ViVa!-zorggroep, GGD (RAV Kennemerland), Parnassia Groep, HAP Beverwijk	Eén loket voor acute basiszorg. Alle aangesloten aanbieders hebben vanuit één entiteit daarin een gezamenlijke verantwoordelijkheid om de in-, door- en uitstroom te optimaliseren. Dit leidt tot passende acute zorg die begrijpelijk en goed vindbaar is voor patiënten	Raakt doelen (dia 27): n.t.b.

Werkagenda Kwetsbare Ouderen en multimorbide patiënten

Doelen	Uit te voeren acties	2024	2025	2026
Verrijken van het deelplan KO & MP	<ul style="list-style-type: none"> Doelen onder de opgaven verder concretiseren Betrekken van ontbrekende partijen/ netwerken 'Levensreis' van de kwetsbare oudere en multimorbide patiënten in beeld Initiatieven: <ul style="list-style-type: none"> → geïnventariseerde initiatieven toetsen aan de doelen, prioriteren en witte vlekken in kaart brengen → aanvullen nieuwe initiatieven → Planning van initiatieven met duiding witte vlekken en hoe we daarmee omgaan. KPI's per opgave opstellen 			
Afbakening	<ul style="list-style-type: none"> Afbakening thematafel KO&MP t.o.v. andere tafels en beleggen welk initiatief bij welke thematafel ligt. Randvoorwaarden: agenderen, uitwerken, beleggen en afspraken maken hoe randvoorwaarden geen reden worden om iets niet te doen. <ul style="list-style-type: none"> → Domeinoverstijgende/ domeinonafhankelijke financiering → Passende huisvesting → Digitalisering → Vergroten maatschappelijk bewustzijn van wat het betekent om ouder te worden: landelijke maatschappelijke norm. 			
Betrokkenheid & regionale governance	<ul style="list-style-type: none"> Thema KO & MP: organiseren betrokkenheid en zeggenschap van welzijns-, zorgaanbieders en van inwoners Aansluiten bij te ontwikkelen regionale governance en besluitvorming en deze vaststellen. 			

Thema

Mentale gezondheid

Leeswijzer thema mentale gezondheid

Regiobeeld en betrokken partijen	<ul style="list-style-type: none">• Overzicht betrokkenen thema• Processtappen
Regio-opgaven	<ul style="list-style-type: none">• Ambitie• Gewenste beweging (opgaven en doelen)• Opgaves verder uitgewerkt• Knelpunten + toelichting
Regio-afspraken	<ul style="list-style-type: none">• Samenwerkingsinitiatieven• Werkagenda
<i>Klik op de onderstreepte inhoud om naar dat onderdeel te gaan</i>	

Betrokkenen thema Mentale gezondheid

Betrokken partijen in 2023 bij de totstandkoming van dit plan:

- **Bestuurlijk kartrekkers:** GGZ inGeest en Youz
- **Huisartsenzorg:** Huisartsen Coöperatie Zuid-Kennemerland (HCZK)
- **Geestelijke Gezondheidszorg:** Parnassia Groep (inclusief Indigo, I-Psy, PsyQ, Brijder), vrijgevestigden
- **Jeugd:** YOUZ, Platform Jeugd
- **Gemeente:** Regiogemeenten Zuid-Kennemerland en IJmond
- **GGD:** GGD Zuid-Kennemerland (VRK)
- **Sociaal domein:** Buurts
- **Zorgverzekeraar:** Zilveren Kruis

Te betrekken partijen in 2024*:

- Hartekamp Groep
- Herstelacademie Haarlem en Meer
- Het Huis Haarlem
- de Hoofdzaak
- Leger des Heils
- Mee & de Weering
- MET Heemskerk
- Ons Tweede Thuis (LVB)
- Pluryn
- RIBW
- SIG
- Terwille
- de Zorgcoach
- Unalzorg

Te betrekken jeugdpartijen in 2024*:

- CJG Centrum voor Jeugd en Gezin
- de Opvoedpoli, locatie Haarlem
- FamilySupporters
- Fibbe Studie Centrum voor Leerontwikkeling
- Jeugdgezondheidszorg (JGZ)
- Ons Tweede Thuis (LVB)
- Parlan
- Timon
- Terminal 18
- Zebrazorg

* Voor de nadere uitwerking van de opgaven in dit regioplan zijn nog veel andere partijen nodig vanuit de verschillende domeinen. De Thematafel Mentale gezondheid zorgt per opgave voor de juiste samenstelling van betrokken partijen.

De processtappen van Mentale gezondheid

Stap 1 | Start vanuit bestaande structuren

Op basis van het regiobeeld en de bijbehorende thema's die zijn vastgesteld, is door bestuurders de opdracht gegeven om zoveel mogelijk gebruik te maken van bestaande (regionale) gremia om tot de invulling en oplevering van het regioplan te komen. Het streven is daarbij geweest om optimaal gebruik te maken van alle kennis, ervaring en samenwerkingen die er al in de regio zijn, om van daaruit één samenhang te vinden in het organiseren van de mentale gezondheidszorg. Daarbij is aan de hand van kwalitatieve interviews geïnventariseerd welke thema's vanuit het regiobeeld al voldoende in kaart waren gebracht en waar nog aanvulling vereist was.

Belangrijke uitkomsten zijn geweest:

- De sporen "volwassen GGZ" en "jeugd" zijn in aanloop naar het regioplan afzonderlijk, maar parallel aan elkaar uitgevoerd;
- Er wordt gebruik gemaakt van één leidende regionale structuur. Het regionale project "Versneller Wachttijden" is voortvloeiend uit die ambitie geheel ondergebracht bij de thematafel mentale gezondheid van IZA/GALA Kennemerland en valt daarmee onder de governance structuur van IZA/ GALA Kennemerland;
- Qua samenstelling van de regionale structuur vindt begin 2024 aanscherping en uitbreiding plaats om te voorzien in voldoende afvaardiging vanuit sociaal domein, huisartsen en GGZ;
- Inhoudelijke doelen van het regionale project "Versneller Wachttijden" worden waar nodig herijkt met een bredere aanpak Mentale gezondheid en samenwerking van IZA/ GALA Kennemerland;



Stap 3 | Vervolgstappen

Het regioplan is bedoeld als kader voor het ontwikkelen van een robuuste strategie voor verandering, met als uiteindelijk doel een transformatie in de gezondheidszorg te realiseren. De Thematafel gaat in 2024 door met het uitwerken van de opgaven. Het vereist voortdurende aandacht en verdere uitwerking op basis van de meest recente inzichten. Ook wordt in 2024 gewerkt aan het organiseren van een structuur die aansluit bij de regionale inrichting, het betrekken van andere relevante partijen, het uitwerken van de burgerparticipatie en het uitwerken van specifieke zorgspecialismen.

Stap 2 | Van knelpunten naar ambitie en opgaven

Op basis van het tweesporenbeleid zijn voor zowel "volwassen GGZ" als "jeugd" lopende initiatieven geïnventariseerd en knelpunten nader verkend. Allereerst zijn met de bestuurlijke kartrekkers antwoorden verzameld op een elftal vragen, zoals het vertalen van de opgaves uit het regiobeeld naar een ambitie, de knelpunten en gewenste bewegingen, etc.

In het "volwassen"-spoor zijn er gedurende twee maanden voorbereidingen getroffen met alle thematafelleden om te komen tot de totstandkoming van de definitieve thematafel Mentale Gezondheid. Dit is voornamelijk aan de hand van kwalitatieve gesprekken geweest, waarbij vaste agendapunten zijn geweest: de inhoud en het proces. Zo zijn wensen en behoeften verzameld wat betreft een logische structuur in de regio en zijn op inhoud punten vanuit bestaande initiatieven gebundeld. Tijdens een inhoudelijke sessie met alle thematafelleden zijn vervolgens de ambitie en de prioritaire opgaven geformuleerd, waarbij enkele opgaven nog niet direct zijn vastgesteld omdat nadere uitwerking nodig was. Tijdens een tweede bijeenkomst en een schriftelijke feedbackronde zijn de definitieve opgaves vastgesteld en is akkoord gegeven op het regioplan.

In het spoor jeugd is gebruik gemaakt van de bestaande structuren om invulling te geven aan het regioplan.

Ambitie Mentale gezondheid

Onze ambitie is om de mentale weerbaarheid van onze inwoners te vergroten en hen bij mentale gezondheidsproblemen met de juiste zorg en/of ondersteuning te helpen. Dit doen we door het:

1. hanteren van een integrale benadering van de vraagstelling;
2. inzetten van laagdrempelige ondersteuning en preventie bij specifieke risicogroepen;
3. ontsluiten en verbinden van kennis, kunde en informatie van het brede aanbod in de regio om alleen daar waar nodig GGZ in te zetten;
4. verbeteren van de toegankelijkheid van de GGZ voor mensen die dat het hardst nodig hebben.

Dat vraagt van ons dat we ons inzetten voor het:

- beter invullen van een stijgende en complexere zorg- en ondersteuningsvraag door efficiënt en effectief zorggebruik;
- verbeteren van de in-, door- en uitstroom door in te zetten op de juiste zorg en ondersteuning op de juiste plek.

Wat betreft mentale gezondheid vertaalt zich dit door naar:

- verbeterde samenwerking tussen sociaal domein, huisartsenzorg en GGZ;
- minder medicaliseren en alleen wanneer nodig geïndiceerd zorg/behandeling leveren: van ziektebeeld naar eigen kracht;
- inzetten op het versterken van vroegtijdige en preventieve interventies.

De ambitie komt voort uit de volgende inzichten in het regiobeeld Kennemerland:

- Het aantal GGZ-gebruikers ligt iets bovengemiddeld in vergelijking tot Nederland;
- Er is een algemene stijging van gemiddeld 6% op gebied van geestelijke gezondheid onder zowel volwassenen, jeugd als ouderen;
- Middelengebruik is veel prevalenter in onze regio dan in de rest van Nederland, waardoor kans op mentale gezondheidsklachten (sterk) kan toenemen;
- Er is een aanzienlijk deel van de jeugd waarbij suïcidale klachten vaak tot heel vaak voorkomen (10%) en waarbij eenzaamheid enigszins tot sterk voorkomt (8%);
- De verwachting is (volgens prognosemodel Z&W) dat het aantal cliënten in de jeugdhulp van Kennemerland sterk zal toenemen, voornamelijk op jeugdhulp zonder verblijf;
- In 2022 werd ongeveer 35% buiten de treeknorm voor intake geholpen in ons zorgregiokantoor; waarbij de grootste groep voor langdurige GGZ 6 tot 12 maanden moest wachten;
- Er zijn weinig LVG, IFZO, WLZ GGZ W4 en W5 plekken in de regio.



Ambitie toegespitst op jeugd:

Vanaf 2024 ervaren jeugd en jongvolwassenen in Kennemerland minder mentale gezondheidsklachten in hun leven, doordat mentale gezondheidsvaardigheden worden gestimuleerd en de fysieke en sociale leefomgeving de mentale gezondheid bevordert.

Voor het IZA regioplan sluiten we waar nodig en mogelijk aan op deze drie pijlers voor regionaal en gemeentelijk beleid:

- a) Collectieve preventie gericht op het vergroten van weerbaarheid en veerkracht van jongeren;
- b) de ervaren druk onder scholieren helpen verlagen;
- c) selectieve preventie toepassen op hoog risicogroepen.

Daarnaast richten we ons op goede samenwerkingsafspraken voor die situaties waar jeugdhulp, huisartsen en GGZ-zorg voor volwassenen elkaar raken.

Gewenste beweging Mentale gezondheid

Vanuit een goede, toekomstbestendige samenwerking tussen Sociaal Domein, Huisartsenzorg en GGZ* - de mentale weerbaarheid van onze inwoners vergroten en hen bij mentale gezondheidsproblemen met de juiste zorg en/of ondersteuning te helpen.

Ambitie							
Opgaven	1. Preventie en vroegtijdige interventies	2. Efficiëntere samenwerking en passende zorg	3. De juiste zorg en ondersteuning op de juiste plek	4. Beschikbaarheid Cruciale zorg	5. Aansluiting Jeugdhulp en volwassenen GGZ*	6. Digitalisering en ontwikkeling**	Geïdentificeerd / nader uit te werken
Doelen per opgave	A. Creëren dekkend aanbod van laagdrempelige steunpunten die aansluiten bij zorg en ondersteuning in de regio, met name voor EPA B. Bevorderen 'GGZ-vriendelijke' wijken waar kennis en afstemming laagdrempelig beschikbaar is C. Inzetten op normaliseren i.p.v. diagnosticeren en/ of medicaliseren	A. Verbeteren van in-, door-, en uitstroom door betere samenwerking HA, GGZ en SD B. Verminderen van wachttijden door samenhang in zorg en ondersteuning te organiseren C. 24/7 bereikbaarheid van ggz voor cliënten met psychische problematiek D. Vormgeven crisisregeling voor kleinere / vrijgevestigde aanbieders t.b.v. behandeling complexe casuïstiek	A. Ontwikkelen mentale gezondheidsvoorziening met bijbehorende functies voor mensen met psychische klachten én met problemen op andere levensdomeinen B. Transfer-mechanisme voor optimale benutting capaciteit en besluitvorming conform landelijk escalatie-model	A. Identificeren van cruciaal zorgaanbod en lacunes en waar mogelijk planvorming B. Inbedden regionale, bovenregionale en landelijke afspraken over dekkende en volledige spreiding van aanbod	A. Verbeteren lokale Samenwerking (CJG, JGZ, huisartsen/POH GGZ en scholen) voor preventie, optimaliseren van de keteninrichting voor passende zorg waar nodig B. Verbeteren samenwerking Jeugdhulp, JGZ en volwassenen GGZ ter voorkoming van (multi probleem) gezinnen C. Verbeteren samenwerking Jeugd GGZ en volwassenen GGZ voor goede overgang 18-/18+	A. Data beschikbaarheid en informatie-uitwisseling B. Door-ontwikkelen en stimuleren van hybride zorg(paden) C. Verbeteren effectiviteit door betere samenwerking met digitale middelen, bijv. (Digitaal) matchen actuele zorgaanbod en - waar mogelijk - het ondersteuningsaanbod vanuit het sociaal domein.	Regionale innovaties, denk aan regionaal werkgeverschap en terugdringen administratieve lasten (thematafel arbeidsmarkt) Huidig bekostigingssysteem

Legenda bij opgaven:

Prioritaire opgave met focus	Deze opgaven worden deels op deze tafel opgepakt	Op dit moment nog geen actie vanuit deze tafel
------------------------------	--	--

* Jeugdhulp is in de aanloop naar het regioplan nog niet samengevoegd met de volwassen GGZ, in de nadere uitwerking vanaf 2024 wordt gekeken hoe verbinding gezocht kan worden

** Digitalisering en ontwikkeling gelden als randvoorwaardelijk, maar wordt uitgewerkt door de thematafel digitalisering. Heeft overlap met hun opgave "effectiviteit verbeteren".

Knelpunten Mentale Gezondheid

Het aantal mensen met psychische klachten stijgt de afgelopen jaren. Er is relatief veel GGZ-gebruik in onze regio. Deze groep kan een beroep doen op ondersteuning bij de huisartsenzorg, de GGZ en de gemeenten. Vaak melden mensen met mentale gezondheidsproblemen zich in eerste instantie bij de huisarts als eerste aanspreekpunt in hun zoektocht naar hulp. Tegelijkertijd neemt de druk bij huisartsen toe omdat zij door de lange wachttijden in de GGZ soms extra lang verantwoordelijk zijn voor mensen die een complexe GGZ-hulpvraag hebben. Als doorverwijzing plaatsvindt, blijkt soms tijdens de intake dat mentale gezondheidsklachten voortkomen uit problemen op andere levensgebieden. In dat geval hebben mensen onnodig lang op een wachtlijst gestaan, terwijl andere vormen van ondersteuning (bijvoorbeeld vanuit het sociaal domein) meer passend zijn. Door deze tendens zijn wachttijden erg hoog en wordt 35% van de mensen in onze regio buiten de treetnorm geholpen. Daarnaast ervaren professionals in het sociaal domein in toenemende mate een stijging van het aantal mensen met complexe problematiek dat geen of geen tijdige behandeling kan krijgen vanuit de GGZ. Ook ervaren zij dat problemen vanuit andere levensgebieden regelmatig toenemen bij bewoners (en hun gezinnen) tijdens het organiseren van de juiste ondersteuning.

Jeugd

Specifiek voor jeugd geldt dat met name sinds de coronatijd een forse stijging te zien is van kinderen en jongeren met mentale klachten en problemen. Ook zien we vanuit het regiobeeld een toename in middelengebruik en sociale afzondering. Net als bij de volwassen GGZ is de druk op wachtlijsten enorm bij zowel de specialistische jeugdhulp als bij de huisartsen en CJG's. Dit wordt mogelijk veroorzaakt door toenemende vraag naar diagnostisering.

Regionale kenmerken

De toenemende vraag in combinatie met een schaarste aan personeel zetten de voorzieningen onder hoge druk. Andere regionale kenmerken die meespelen zijn onder andere de inrichting van het aanbod. Er zijn slechts enkele grote aanbieders van GGZ en MOBW en relatief veel kleine partijen (organisaties en vrij gevestigden). Dit bemoeilijkt de organisatiegraad en heeft als gevolg dat er een versnipperd aanbod is en weinig zicht op de sociale kaart en het aanbod. In algemene zin resulteert dit in gebrekkige matching van vraag en aanbod.

Samenvatting knelpunten Mentale Gezondheid

Vanuit het regionale project 'Versneller Wachttijden' is in 2022 in de regio Kennemerland onder bestuurlijke aanvoering van GGZ inGeest een regionale samenwerking actief ingericht op het terugdringen van de wachtlijsten. In brede gremia is vanuit verschillende perspectieven (huisartsenzorg, GGZ en gemeenten) geïnventariseerd wat de knelpunten zijn. Er zijn meer dan 25 knelpunten genoemd. In totstandkoming van dit regioplan zijn die punten tot onderstaande knelpunten samengevat:

1. **Verwachtingen ten aanzien van de GGZ;** mensen zijn in de veronderstelling dat zorg maakbaar is wat betreft mentale gezondheidsproblemen.
2. **Onvoldoende samenwerking (en kennis) binnen en tussen domeinen;** door verkaveling van zorg is er een gebrek aan efficiënte passende zorg vanuit samenhang.
3. **Gebrek aan integrale vraagstelling;** aan de voorkant leidt onvoldoende vraagafweging tot een gebrek aan passende zorg.
4. **Beschikbaarheid cruciale zorg;** door schaarste staan toegankelijkheid, beschikbaarheid en kwaliteit onder druk.
5. **Gebrekkige samenhang jeugdigen en volwassenen;** Onder andere door het gebrek aan integrale financiering zijn samenwerkingsprocessen erg complex.
6. **Data-beschikbaarheid;** Informatie-uitwisseling en digitalisering zijn erg complex. Deze opgave wordt voornamelijk behandeld op de thematafel Digitalisering, maar geldt als randvoorwaardelijk bij deze thematafel.
7. **Schaarste aan:** er is een toenemende schaarste van personeel en tot 2030 loopt het arbeidstekort op tot 5%. Deze opgave wordt behandeld op de thematafel Arbeidsmarkt.

Samenwerkingsinitiatieven, een paar voorbeelden verder uitgewerkt*

NB Dit is een beknopte weergave van een excel met een uitgebreidere inventarisatie op de volgende onderdelen: regio, te betrekken partijen, status initiatief, contactpersoon, financiering, welk thema is in de lead, is het arbeidsmarktbesparend

Naam initiatief	Betrokken partijen	Doelstelling	Draagt bij aan opgave (cijfer)	Status
Versneller Wachttijden	GGZ inGeest, KPMG, PsyQ (Parnassia Groep), Zilveren Kruis, Gemeente Haarlem. Huisartsen Zuid Kennemerland, Herstelacademie Haarlem en Meer, Buurts	Aanpak verminderen wachttijden	1, 2, 3, 4	In uitvoering tot eind 2023, wordt samengevoegd en herijkt qua opgaven met Mentale Gezondheidstafel
Platform jeugd	Sigra GGZ, gehandicaptenzorg, revalidatie, ziekenhuizen, jeugd (13 partijen)	De zorg voor het kind of de jongere en hun gezin goed én steeds beter te organiseren	1, 2, 5	In uitvoering
Combikracht ZIJ	FamilySupporters, Het Huis Haarlem, Fibbe Studie Centrum voor Leerontwikkeling, De Zorgcoach, Leger des Heils W&G Noordwest, SIG, Zebra-Zorg, Unalzorg, Pluryn, Terwille, Timon, Terminal 18.	Het vergroten van eigen kracht en zelfredzaamheid	1, 2, 5	In uitvoering
Hyperionhelpt	Nuhoff Psychotherapie, Megakids en Yes We Can Clinics, Stichting 's Heerenloo Zorggroep, Dyslexiecollectief, William Schrikker Stichting Gezinsvormen, Carehouse/Léveocare/De opgroei praktijk, De Velse GGZ, Pedagogenpraktijk Ria Balm, Praktijk WIJS, Stichting Landzijde Youthcare, 1801 Onderwijsadvies	Opgroeien en opvoeden	1, 2, 5	In uitvoering
Planet Young	Ons Tweede Thuis, Levvel, ZIJN, Parlan, De Opvoedpoli (onderdeel van iHUB) en GGZ-Noord Holland	Jeugdigen en gezinnen laten groeien met inzet van hulp die zo thuis als mogelijk is.	1, 2, 5	In uitvoering

* Niet alle initiatieven zijn meegenomen in dit overzicht. Initiatieven worden de komende periode nog aangevuld. Daarnaast kan het zijn dat initiatieven vanuit andere thematafels zijn verzameld.

Samenwerkingsinitiatieven, een paar voorbeelden verder uitgewerkt*

NB Dit is een beknopte weergave van een excel met een uitgebreidere inventarisatie op de volgende onderdelen: regio, te betrekken partijen, status initiatief, contactpersoon, financiering, welk thema is in de lead, is het arbeidsmarktbesparend

Naam initiatief	Betrokken partijen	Doelstelling	Draagt bij aan opgave (cijfer) en doel (letter)	Status
Netwerk LVB	Buurts, huisartsen, VG instellingen, rode kruis	Aanpak overbelasting huisartsen en zorgstelsel voor deze zorgvorm	1, 2, 3, 4	In startfase
Huisartsenroute	HZK, gemeenten en CJG	Verbeteren samenwerking van jeugdzorg, huisartsenzorg en gemeenten	1, 2, 3, 4, 5	In uitvoering
Sparq	Kenter Jeugdhulp, Youz en de Hartekamp Groep	Jongeren en hun families tijdig de hulp bieden die zij nodig hebben, binnen – en in samenwerking met – hun vertrouwde omgeving.	1, 2, 5	In uitvoering
Wijs en Weerbaar	Brijder, Kikkid, GGD Kennemerland en gemeente Haarlem	Aanpak welbevinden en mentale gezondheidsklachten onder kinderen en jongvolwassenen op scholen	1, 2, 5	In uitvoering
Zerosuicide actieteam in samenwerking met 113	GGZ in Geest, Kenter en GGD Kennemerland	Suicide samen aanpakken in Kennemerland	1, 2, 5	In uitvoering

* Niet alle initiatieven zijn meegenomen in dit overzicht. Initiatieven worden de komende periode nog aangevuld. Daarnaast kan het zijn dat initiatieven vanuit andere thematafels zijn verzameld.

Werkagenda Mentale Gezondheid

Volwassenen GGZ	Uit te voeren acties	2024	2025	2026
1. Afstemming structuur en richting geven aan werkgroepen met juiste samenstelling	<ul style="list-style-type: none"> • Begin 2024 heldere afspraken tijdens thematafelbijeenkomsten (de thematafel komt iedere zes weken bij elkaar) • Eerste stappen zijn: afstemming over vertaling van de opgaven uit het RegioPlan naar opdrachten voor werkgroepen, incl. structuur en samenstelling 	Start — Eind		
2. Herijking van doelstellingen per werkgroep en concrete opdrachtformulering	<ul style="list-style-type: none"> • Organiseren inhoudelijke sessie/ bijeenkomst met bredere achterban (februari) • Opdrachtformulering, instellen stuur- en werkgroepen • Planvulling 	Start — Eind		
3. Uitwerking IZA opgave Mentale Gezondheidsvoorziening / Verkennend Gesprek / transfermechanisme	<ul style="list-style-type: none"> • Uitwerken en voorbereiding op mentale voorzieningen vanuit de thematafel Mentale Gezondheid. • Werkgroep vanuit het project “versneller wachttijden” geeft waarschijnlijk vervolg aan de uitvoering van deze opgave, wel wordt in Q1 gekeken naar herzieningen etc. • Evt. verkenning om tijdens uitwerking te starten met uitvoering in kleine verbanden, wordt meegenomen in deze opgave. 	Start — Eind		
5. Uitwerking IZA opgave Laagdrempelige Steunpunten	<ul style="list-style-type: none"> • Eind 2023/ begin 2024 heldere afspraken over de kwantitatieve invulling (= landelijke richtlijn) • Er moeten nog procesafspraken worden gemaakt over de aanpak en uitwerking van deze opgave. Dit zal plaats vinden in Q1. 	Start — Eind		
7. Uitwerking IZA opgave Cruciale Zorg	<ul style="list-style-type: none"> • Deze opgave wordt in 2024 nader uitgewerkt vanuit de thematafel Mentale Gezondheid 	Start — Eind		
Jeugd GGZ	Uit te voeren acties			
1. Samenvoegen jeugd in thematafel Mentale gezondheid	<ul style="list-style-type: none"> • Onderzoeken hoe vanuit IZA kan worden aangesloten op regionale beleidspijlers voor jeugdhulp • Onderzoeken hoe de IZA opgaven voor jeugd uitgewerkt kunnen worden • Uitwerken ambitie jeugd 	Start — Eind		
2. Vroegsignalering jongeren 13 – 23 jaar	<ul style="list-style-type: none"> • Een goede samenwerking opzetten tussen gemeenten, het onderwijs en jeugdhulp vanuit de daarin aanwezige zorgstructuur, bijv. vaste CJG-medewerkers per school aanstellen • Ontwikkeling van beleidsregels waarin jeugdhulp nadrukkelijker wordt afgebakend 	Start — Eind		

Thema Gezondheidsverschillen

Leeswijzer thema gezondheidsverschillen

Regiobeeld en betrokken partijen	<ul style="list-style-type: none">• Situatieschets / link naar regiobeeld• Overzicht betrokkenen thema• Processtappen
Regio-opgaven	<ul style="list-style-type: none">• Ambitie• Gewenste beweging (opgaven en doelen)• Opgaves verder uitgewerkt• Knelpunten + toelichting
Regio-afspraken	<ul style="list-style-type: none">• Samenwerkingsinitiatieven• Werkagenda
<p><i>Klik op de onderstreepte inhoud om naar dat onderdeel te gaan</i></p>	

De grote gezondheidsverschillen in de regio zetten druk op de zorg, een wijkgerichte sociale aanpak en versterking eerstelijns zijn nodig

Grote verschillen op wijkniveau in de regio Kennemerland plus

- Negen van de tien gemeentes in Kennemerland plus hebben een (ruim) hogere SES dan het Nederlandse gemiddelde en Beverwijk zit net onder het gemiddelde.
- Ingezoomd blijkt echter dat Heemskerk, Beverwijk, Velsen en Haarlem (Oost en Schalkwijk) een aantal wijken kennen waar de SES (ruim) onder het Nederlandse gemiddelde is.
- De tien wijken met de laagste SES hebben gemiddeld een slechtere gezondheid, ongezondere leefstijl (uitgezonderd alcohol) en lagere participatie.
- In Haarlemmermeer is verdere verdieping nodig, omdat binnen Hoofddorp, Zwanenburg en Rijsenhout specifieke buurten een lage SES hebben die wegvallen in de cijfers als alleen wordt gekeken naar het wijkniveau. Deze buurten hebben een slechtere gezondheid, ongezondere leefstijl en lagere participatie.
- *Verskil in SES, gezondheid leefstijl en participatie per wijk maakt dit een uitdaging op wijkniveau.*

Uit: Regiobeeld Kennemerland 2023

Uitdagingen deze context



Gezondheidsongelijkheid is een belangrijke oorzaak van zorggebruik in de volle breedte. De kloof moet gedicht om de druk op de zorg te verminderen. Aandachtspunten zijn:

1. Monitoren van gezondheid en zorggebruik op regionaal niveau is onvoldoende, dit verhult problematiek in specifieke wijken en buurten.
2. Een sociale aanpak is nodig om bestaanszekerheid te vergroten en stress over o.a. financiën en huisvesting te verminderen.
3. Een sterke eerstelijns is juist in deze wijken en buurten extra hard nodig om de poortwachtersrol goed te vervullen.

Scope gezondheidsverschillen

Het regiobeeld van Kennemerland laat zien dat de sociaal economische status (SES) in bepaalde wijken onder het landelijk gemiddelde ligt. Tegelijkertijd is te zien dat de inwoners van deze wijken met de laagste SES gemiddeld een slechtere gezondheid, een ongezondere leefstijl en een lagere participatie hebben. De thematafel gezondheidsverschillen richt zich op het verbeteren van de gezondheid, leefstijl en participatie van inwoners van wijken met een lage SES, en daarmee op het verkleinen van gezondheidsachterstanden in de regio Kennemerland. Dit vraagt om ongelijk investeren; onder andere door een wijkgerichte sociale aanpak en versterking van de eerstelijns in specifieke wijken.

Hierbij is aandacht voor:

- Behoeften van de inwoners
- Vergrijzing
- Krapte op de arbeidsmarkt
- Doelgroepen als benoemd in het IZA:
 - Mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden
 - Mensen met psychische klachten
 - Mensen met (risico op) kanker
 - Mensen met (risico op) hart- en vaatziekten
 - Ouderen met een kwetsbare gezondheid

De tien wijken met de laagste SES in Kennemerland zijn hierbij het focusgebied:

- In Haarlem: Meerwijk, Boerhaavewijk, Europawijk en Slachthuiswijk
- In Beverwijk: Oosterwijk en Zwaansmeer en Kuenenkwartier
- In Velsen: Velsen-Noord en Zee- en Duinwijk
- In Heemskerk: Poelenburg en Oosterzij en Hofland, Oosterwijk en Zuidbroek

Het is ook mogelijk dat initiatieven breder ingezet worden dan alleen in deze wijken. Wanneer het wenselijk is dat een initiatief verbreed wordt naar andere wijken met een lage SES, een hele gemeente of zelfs de regio zal deze mogelijkheid worden onderzocht.

Zorggebruik in relatie tot lage SES

“Ten opzichte van mensen met hoge SES hebben mensen met een lage SES een hogere kans op bijna alle risicofactoren voor gezondheidsproblemen, zoals overgewicht, roken en overmatig alcoholgebruik. Vooral alleenstaanden hebben een grotere kans op deze risicofactoren. Alleenstaanden hebben de hoogste kans om te roken, problematisch te drinken en drugs te gebruiken.

Personen met een lage SES gebruiken vaker medicijnen voor gezondheidsproblemen dan personen met een hoge SES. Grote verschillen zijn vooral waargenomen in het medicijngebruik voor depressies en een hoge bloeddruk. Binnen de groep met een lage SES gebruiken paren met kinderen over het algemeen het minst vaak medicijnen voor gezondheidsproblemen. Paren zonder kinderen gebruiken weer het vaakst medicijnen voor gezondheidsproblemen. Uitschieters zijn hier diabetes en een hoge bloeddruk. Het gaat hier overwegend om een groep ouderen (50-65 jaar), die vaker kampen met dit soort fysieke gezondheidsproblemen.

De profielen met een lage SES hebben aanzienlijk hogere maatschappelijke kosten dan de groep met een hoge SES. Dit scheelt gemiddeld ongeveer tussen de 9.000 en 16.000 euro per jaar. Het grootste verschil is waargenomen voor de groep alleenstaanden. Zowel de totale zorgkosten als de uitkeringslasten zijn voor deze groep hoger dan voor alle andere groepen.”

Betrokkenen thema Gezondheidsverschillen

Dit deelplan is geschreven door het thmateam Gezondheidsverschillen.

Het team bestaat uit:

Bestuurlijk trekkers: Jeannette Vader (Buurts) en Renate Beunder (HV-MK)

Gemeenten: Ted Bruijn en Mariët Christiaans

Zilveren Kruis: Freya Newton

GGD Kennemerland: Carli Verheijen

Procesbegeleider ZonH: Joyce van Tunen

Sigra: Joceline Kranenburg

De organisaties, netwerken en personen waarmee in 2023 wordt samengewerkt en/of zijn betrokken.

• **Online sessie 28 november 2023:**

Wij Heemstede, PP-ZK, FysiQ/FysioExpert, Welzijn Bloemendaal, Sport- en Bewegkliniek, ervaringsdeskundige, Coöperatie Leefstijlcoaching Midden- en Zuid-Kennemerland, Tandem, Pharos

• **Input gegeven:**

MET Heemskerk, IJmond Geboortezorg

De organisaties, netwerken en personen die in 2024 nog verder betrokken moeten worden

Woningcoöperaties, onderwijs, inwoners/patiënten, wijkteams/welzijnsorganisaties van alle gemeenten, JGZ Kennemerland, UWV, werkgevers, werk en inkomen partijen, betrokken afdelingen gemeente: schuldenaanpak, leefomgeving, sport- en bewegstimulering.

In Q1 2024 wordt bekeken welke partijen verder nog betrokken moeten worden om de doelen te behalen en worden deze partijen uitgenodigd.

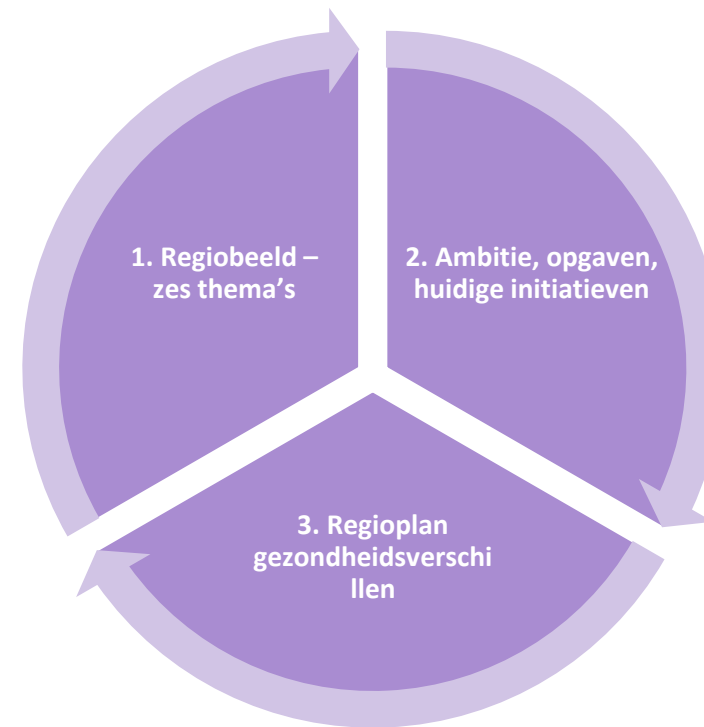
De processtappen

Stap 1 | Regiobeeld – zes thema's

Op basis van het regiobeeld zijn zes belangrijke thema's voor regio Kennemerland vastgesteld. Vervolgens is er per thema een themateam samengesteld. Dit team heeft de taak om in kaart te brengen waar de grootste opgaven liggen. Het themateam gezondheidsverschillen is één van deze teams.

Vervolg stappen

Het regioplan is niet in beton gegoten en vraagt om nadere invulling in Q1 2024. Naast de inhoudelijke invulling moet de governance en de monitoring ook verder uitgewerkt worden. Het thema Gezondheidsverschillen gaat dwars door andere IZA-thema's. Hoe dat in die thema's bewaakt en geborgd kan worden, vraagt nadere aandacht.



Stap 3 | Regioplan gezondheidsverschillen

Aan de hand van de input die tijdens en na de online sessie opgehaald is, heeft het themateam het regio-deelplan opgesteld.

Stap 2 | Ambitie, opgaven, huidige initiatieven

Het themateam gezondheidsverschillen heeft als eerste de scope van het thema vastgesteld. Vervolgens is tijdens een aantal gezamenlijke sessies gebrainstormd over de ambitie, knelpunten, opgaven en doelen. Dit heeft geleid tot een eerste concept.

Tijdens een online sessie is dit concept besproken met een bredere afvaardiging vanuit de regio. Na deze sessie is een aantal aanscherpingen doorgevoerd. Ook is tijdens de sessie een inventarisatie gedaan van samenwerkingsinitiatieven die bijdragen aan het behalen van de doelen.

Ambitie gezondheidsverschillen

De gezondheidsachterstanden in de regio Kennemerland worden kleiner.

Tien wijken met de laagste SES hebben gemiddeld een slechtere gezondheid, ongezondere leefstijl en lagere participatie. Landelijke cijfers laten zien dat mensen met een laag inkomen en een lage opleiding 15 jaar minder lang in goede gezondheid leven. Wij streven ernaar om de gezondheidsachterstanden van deze inwoners te verkleinen. Dit vraagt een brede sociale aanpak gericht op bestaanszekerheid, goede leefomgeving, gezondheid, participatie en leefstijl om de ambitie te realiseren.

(Regiobeeld Kennemerland 2023)

De gezondheidsachterstanden in de regio Kennemerland worden kleiner.

Ambitie

Opgaven

Doelen
per
opgave

1. Beter bereiken van inwoners met gezondheidsachterstanden

A. Meer persoonsgerichte aanpak

B. Betere samenwerking tussen 0e, 1e, 2e en 3e lijn en de domeinen

C. Meer deskundigheid professionals

D. Meer passend preventief aanbod in de wijk

E. Duidelijkere communicatie

2. Versterken van eigen regio inwoners

F. Gezondheidsvaardigheden inwoners

G. Beter/groter (informeel) netwerk rondom inwoner

H. Minder armoedestress bij inwoners

I. Gezondere leefomgeving

Samenhang met initiatieven

Belangrijkste deelopgaven

Doelen per opgave

1. Beter bereiken van inwoners met gezondheidsachterstanden

A. Meer persoonsgerichte aanpak


B. Betere samenwerking tussen 0^e, 1^e, 2^e en 3^e lijn en de domeinen



C. Meer deskundigheid professionals


D. Meer passend preventief aanbod in de wijk


E. Duidelijkere communicatie


2. Versterken van eigen regie inwoners

F. Gezondheidsvaardigheden inwoners


G. Beter/groter (informeel) netwerk rondom inwoner


H. Minder armoedestress bij inwoners


I. Gezondere leefomgeving


Samenhang met initiatieven

NB Dit is een beknopte weergave van een excel met een uitgebreidere inventarisatie op de volgende onderdelen: regio, te betrekken partijen, status initiatief, contactpersoon, financiering, welk thema is in de lead, is het arbeidsmarktbesparend

Naam initiatief	Betrokken partijen	Draagt bij aan opgave (cijfer) en doel (letter)	Status
Financiën in de spreekkamer	 Partijen moeten nog betrokken gaan worden.	1B: Betere samenwerking tussen 0 ^e , 1 ^e , 2 ^e en 3 ^e lijn en de domeinen 2H: Minder armoedestress bij inwoners	Bestaand - Wens vanuit gemeente Haarlem om te starten met kleine pilot in Schalkwijk
Trefpunt dementie voor inwoners met migratieachtergrond	 Vrijwilligersorganisatie Alzheimer Nederland, regio Zuid-Kennemerland, Sint Jacob, Spaarne Gasthuis (geriatrie/geheugenpoli), Tandem, gemeenten Zuid-Kennemerland	1A: Meer persoonsgerichte aanpak 1D: Meer passend preventief aanbod in de wijk 1E: Duidelijkere communicatie 2I: Gezondere leefomgeving	Bestaand – Eerste bijeenkomst is geweest
Krachtige basiszorg (incl. theatertour positieve gezondheid)	 HZK, gezondheidscentrum Schalkwijk, Leonard Springer, ZOED Schalkwijk, fysio Expert, MTC, Apotheker Schalkwijk, SWT gemeente Haarlem, Buurts	1A: Meer persoonsgerichte aanpak 1B: Betere samenwerking tussen 0 ^e , 1 ^e , 2 ^e en 3 ^e lijn en de domeinen	Bestaand
MDO zorg voor het kind	 Huisartsenpraktijk Puite, kinderartsen SG, JGZ, Veilig Thuis, Buurts, Verloskundigepraktijk De Ooievaar, paramedici, CJG en jeugdarts	1B: Betere samenwerking tussen 0 ^e , 1 ^e , 2 ^e en 3 ^e lijn en de domeinen	Bestaand
Minimapolis gemeenten	 Gemeenten, sociaal wijkteams, welzijnsorganisaties, zorgverzekeraar	1B: Betere samenwerking tussen 0 ^e , 1 ^e , 2 ^e en 3 ^e lijn en de domeinen 2H: Minder armoedestress bij inwoners	Bestaand
Geldzorgen en rondkomen	 Gemeente Haarlem, Buurts, eerstelijns	1C: Meer deskundigheid professionals 2H: Minder armoedestress bij inwoners	Bestaand – nieuw en waarschijnlijk binnenkort ook in Zandvoort
Coördinator sociale verloskunde	 IJmond Geboortezorg, gemeente Uitgeest, Beverwijk, Heemskerk en Velsen. Werkgroep Kansrijke Start (inclusief JGZ)	1A: Meer persoonsgerichte aanpak 1B: Betere samenwerking tussen 0 ^e , 1 ^e en 2 ^e lijn en de domeinen 1C: Meer deskundigheid professionals 1E: Duidelijkere communicatie 2G: Beter/groter (informeel) netwerk rondom inwoner 2H: Minder armoedestress bij inwoners 2I: Gezondere leefomgeving	Bestaand
Lokaal Netwerk	 Pluspunt Zandvoort, huisartsen, specialist ouderengeneeskunde, wijkverpleging, mantelzorg consulent, sociaal werkers, maatschappelijk werk, Team Sportservice, inwoner	1B: Betere samenwerking tussen 0 ^e , 1 ^e en 2 ^e lijn en de domeinen 1C: Meer deskundigheid professionals	Bestaand
Voel je goed!	 Welzijn Velsen, Gemeente Velsen, Taalhuis IJmond, Stichting Lezen en Schrijven	1D: Meer passend preventief aanbod in de wijk 1E: Duidelijkere communicatie 2F: Gezondheidsvaardigheden inwoners	Bestaand
De vijf preventieketens zoals omschreven in het GALA en IZA. Namelijk Valpreventie, Welzijn op Recept, GLI kinderen en jeugd, GLI volwassenen, en Kansrijke Start	 Verschilt per keten. Denk aan huisartsen, paramedici (fysio, dietisten), specialisten ouderengeneeskunde, de Jeugdgezondheidszorg, verloskundigen, welzijnspartijen, gehele sociale basis, sportverenigingen, scholen enzovoort	1B: Betere samenwerking tussen 0 ^e , 1 ^e en 2 ^e lijn en de domeinen 1D: Meer passend preventief aanbod in de wijk 2F: Gezondheidsvaardigheden inwoners 2G: Beter/groter (informeel) netwerk rondom inwoner	Bestaand en nog in oprichting*

*De preventieketens dragen ook bij aan bepaalde doelen van de andere thema's

Samenwerkingsinitiatieven - toelichting

Samenwerkingsinitiatieven

In onze regio zijn veel bestaande initiatieven die (indirect) bijdragen aan het verkleinen van gezondheidsachterstanden. Het is niet mogelijk om al deze initiatieven op te nemen in dit regioplan (zie vorige pagina voor een selectie).

Daarom is gekozen om alleen een selectie van initiatieven op te nemen die:

- zich in eerste instantie richten op het verkleinen van gezondheidsachterstanden
- bijdragen aan een van de negen doelen die passen bij de twee opgaven

Transformatieplannen (en snelle toetsen)

In het overzicht staan (nog) geen transformatieplannen en/of bijbehorende snelle toetsen benoemd, hoewel er wel degelijk plannen zijn die bijdragen aan het verkleinen van gezondheidsverschillen. Bij deze plannen is het verkleinen van gezondheidsachterstanden niet het hoofddoel, waardoor besloten is deze plannen te benoemen bij andere passende thema's. Je kunt hierbij bijvoorbeeld denken aan:

- Wijkgerichte aanpak
- Buurt als ECO-systeem

Een overzicht van initiatieven in de regio die gezondheidsverschillen verkleinen

Er zijn lokaal en regionaal veel samenwerkingsinitiatieven die bijdragen aan het verminderen van gezondheidsachterstanden. Vaak is dit niet het primaire doel van deze initiatieven, maar dragen de initiatieven (in meer of mindere mate) wel degelijk bij aan het verkleinen van gezondheidsachterstanden. Een inventarisatie heeft geresulteerd in een overzicht. Dit is samengevoegd met initiatieven van de andere themateams (zie Excel bestand; link invoegen). Hoewel dit overzicht niet volledig is, maakt dit wel inzichtelijk welke initiatieven bijdragen aan het behalen van de doelen. Het kan gebruikt worden ter inspiratie bij het ontwikkelen van plannen om de doelen te bereiken. Daarnaast is het een eerste stap richting het in kaart brengen van zogenoemde witte vlekken.

Samenvatting knelpunten Gezondheidsverschillen

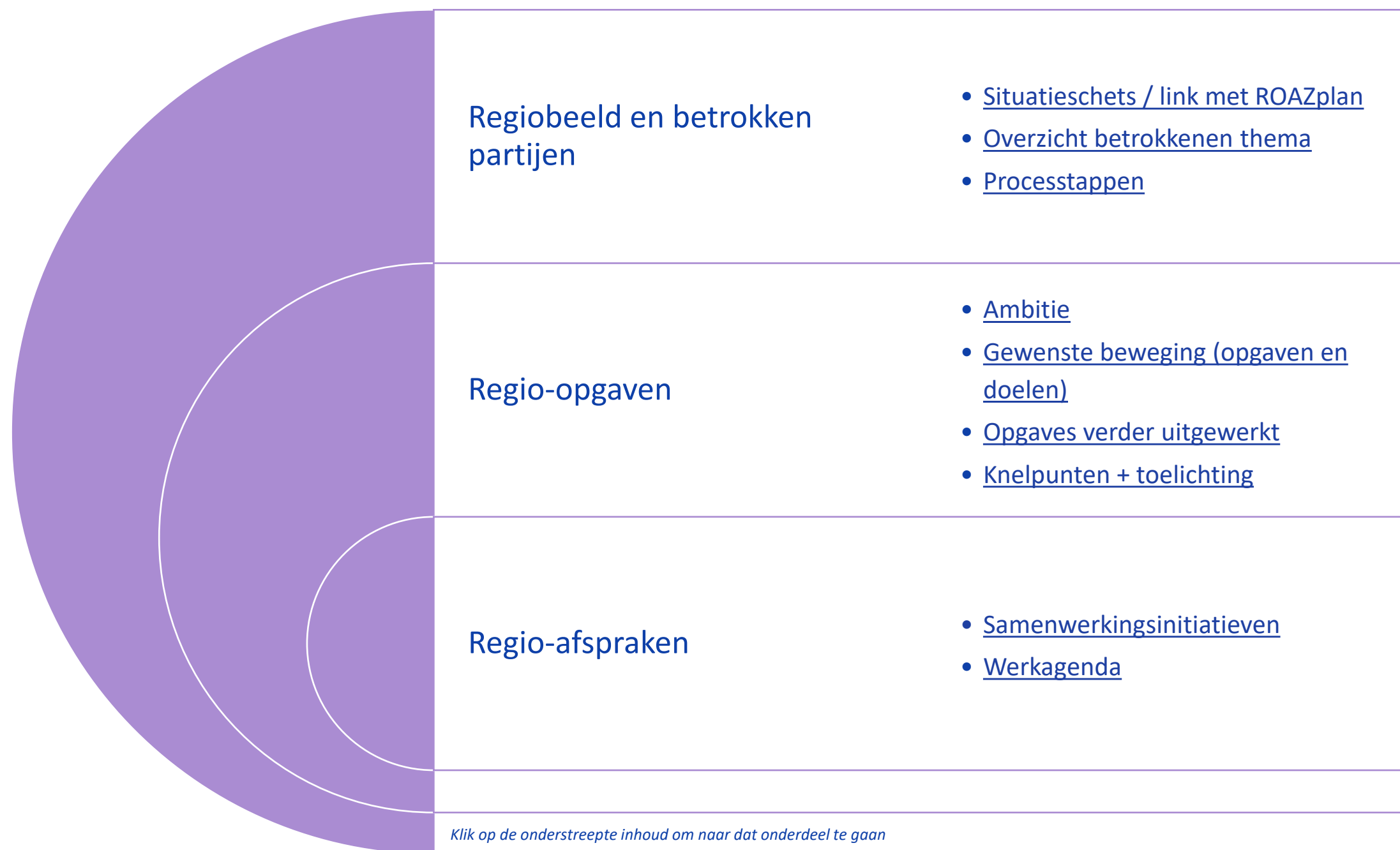
1. We hebben onvoldoende oog voor en inzicht in de vraag/behoefte van inwoners;
2. Bewustwording van inwoners over wat ze zelf kunnen doen. Denk aan type voeding, laagdrempelige coaching/luisterend oor voor bij mentale tegenvallers die bij het leven horen en mogelijkheden om te bewegen.
3. Versplinterd ondersteunings- en zorglandschap. Dit vraagt het bouwen van bruggen en een duidelijke visie op de sociale basis in de regio.
4. Betere digitale informatie en data uitwisseling tussen zorgaanbieders en welzijnspartijen. Denk aan wat nodig is bij bijv. Welzijn op Recept.
5. Aansluiten bij de leefwereld van de betreffende inwoners. Veelal laaggeletterd, wantrouwend richting de overheid en met een migratieachtergrond.
6. Gebrek aan vertrouwen bij inwoners in professionals (bijvoorbeeld angst voor uithuisplaatsing kinderen en terugvordering toeslagen) waardoor hulpvraag uit blijft;
7. Gebrek aan kennis en handelingsperspectieven bij professionals;
8. De doelgroep als collectief betrekken bij (door) te ontwikkelen aanbod, vraagt een intensieve inzet en dus voldoende capaciteit en kennis.

Werkagenda Gezondheidsverschillen

Planning	Doelen	uit te voeren acties	2024	2025	2026
<p>Het eerste kwartaal van 2024 wordt gebruikt om te onderzoeken waar inwoners behoeften aan hebben, zodat de daaropvolgende acties aansluiten bij deze behoeften. Daarnaast wordt er per doel gekeken welke partijen zich committeren aan het behalen van dit doel en hier dus actie op gaan ondernemen. Vervolgens vragen we deze partijen afspraken te maken. Ook kijken we hoe de regio optimaal gebruik kan maken van het landelijk expertisecentrum Pharos, dat bijdraagt aan het terugdringen van grote gezondheidsverschillen door nationale en internationale kennis te verzamelen, te verrijken en te delen.</p>	Randvoorwaardelijk - proces	<ul style="list-style-type: none"> vormgeven en vastleggen van blijvende governance, inclusief bijbehorende werkafspraken, ondersteuningsstructuur, noodzakelijke betrokken partijen en mandaten. deelplan verder uitwerken mbt bereiken van benodigde transformatie, oa prioriteiten en stappen. afbakening thematafel Gezondheidsverschillen t.o.v. andere tafels en beleggen welk initiatief bij welke thematafel ligt. hoe Pharos kan ondersteunen bij het gehele proces hoe we het verkleinen van gezondheidsachterstanden op de agenda's van de andere tafels krijgen en houden. Sessies op wijkniveau organiseren mbt hoe de grootste transformatie bereikt gaat worden (ism Pharos) Uitwerken van de monitoring van bestaande initiatieven en het integrale plan mbt de transformatie. Denk hierbij aan afname schuldenproblematiek, ervaren kwaliteit van leven, ervaren gezonde leefomgeving, afname chronische ziekten, afname huisartsenbezoek welke concrete hulpvragen we hebben op het gebied van digitalisering en arbeidsmarktproblematiek. per wijk (n=10); hoe we het beste aansluiting kunnen vinden bij de 10 aandachtswijken. per wijk (n=10); bewustwordingssessie voor professionals organiseren over gezondheidsverschillen. Wat werkt goed in de preventie infrastructuur per gemeente. Hoe sluiten we hier goed bij aan en versterken we deze. 			
	1A. Meer persoonsgerichte aanpak	<ul style="list-style-type: none"> waar de behoeften van de inwoners liggen op dit vlak. welke partijen zich committeren aan het behalen van dit doel. waar de behoeften van de inwoners liggen. waar de behoeften van de professionals liggen. hoe Pharos kan ondersteunen. welke partijen zich committeren aan het behalen van dit doel. 			
	1B. Betere samenwerking tussen 0e, 1e, 2e en 3e lijn en de domeinen	<ul style="list-style-type: none"> zie uit te voeren acties bij 1A Voor de implementatie van de vijf ketenaanpakken worden de landelijke richtlijnen en/of handreikingen als leidraad genomen. Daarmee wordt in 2024 gestart, inclusief de duurzame financiering hiervoor. Waar het kan, vindt regionale coördinatie plaats, zoals in 2023 al voor valpreventie. Lokaal maatwerk blijft daarbij mogelijk. 			
	1C. Meer deskundigheid professionals	<ul style="list-style-type: none"> Zie uit te voeren acties bij 1A 			
	1D. Meer passend preventief aanbod in de wijk	<ul style="list-style-type: none"> zie uit te voeren acties bij 1B 			
	1E. Duidelijkere communicatie	<ul style="list-style-type: none"> Zie uit te voeren acties bij 1A 			
	2F. Betere gezondheidsvaardigheden inwoners	<ul style="list-style-type: none"> Zie uit te voeren acties bij 1A 			
	2G. Beter (informeer) netwerk rondom inwoners	<ul style="list-style-type: none"> zie uit te voeren acties bij 1A 			
	2H. Minder armoedestress bij inwoners	<ul style="list-style-type: none"> zie uit te voeren acties bij 1A 			
	2I. Gezondere leefomgeving	<ul style="list-style-type: none"> zie uit te voeren acties bij 1A 			

Thema Acute zorg

Leeswijzer thema Acute zorg



ROAZ-plan als onderdeel van regioplan Kennemerland

Opdracht

Dit regio/ROAZ-plan is de tweede opdracht die voorkomt uit het Integraal Zorgakkoord (IZA). In werkagenda C van het IZA staat dat elke ROAZ-regio een ROAZ-beeld en – daaruit voortvloeiend – een ROAZ-plan opstelt. Voor de regio Kennemerland kwamen de thema's in het regiobeeld en ROAZ-beeld overeen en is door bestuurders de opdracht gegeven om zoveel mogelijk één document op te stellen waarbij de inhoud van regioplannen (niet-acute zorg) en ROAZ-plannen (acute zorg) wordt samengebracht. Daarmee wordt in samenhang naar de gezondheidszorg gekeken en wordt gebruik gemaakt van alle kennis, ervaring en bestaande samenwerkingen van de zorgaanbieders die samen het 'systeem' vormen in Kennemerland.

Regio afbakening

Voor de acute zorgketen is in het Sector ROAZ de afspraak gemaakt om te werken met sub regio's. Onder de sub regio Kennemerland wordt verstaan de Veiligheidsregio Kennemerland.

Scope

Het centrale thema dat hier wordt behandeld is acute zorg. Daarbij is het goed om te realiseren dat de zorgketen uit verschillende type zorgaanbieders bestaat en dat daarmee ook meerdere perspectieven van acute zorg naast elkaar bestaan: huisartsen(posten), ambulancediensten, v.v.t.- en ggz-instellingen, verloskundigenpraktijken en ziekenhuizen. Voor de opgeschaalde zorg is de GHOR betrokken.

Het gaat hier dus niet enkel om de ABCDE instabiele patiënten. Acute zorg gaat ook over kwetsbare ouderen die niet meer zelfstandig thuis kunnen wonen. Of mensen die lijden aan ernstige psychiatrische aandoeningen en met suïcidale gedachten rondlopen.

Acute zorg start op het moment dat iemand aanspraak doet op de acute keten. Preventie (voorkomen van instroom) is in scope bij andere thema's. Hetzelfde geldt voor doorstroomproblematiek, hierbij focussen we ons alleen op acute doorstroom en niet op doorstroomproblematiek die algemeen van aard is.

Betrokkenen thema Acute zorg

Dit deelplan is geschreven door het themateam Acute zorg:

- (Bestuurlijk) trekkers: **Ciska Scheidel** (GGD), **Judith Ferwerda** (RKZ) en **David Harten** (RAV)
- Gemeenten: **Roy van Loon**
- Zilveren Kruis: **Floor Burgers** (inkoper MSZ)
- Procesbegeleiding: **Jeroen van Dalen** (ROAZ) en **Jeroen Dokter** (ROAZ)

De organisaties, netwerken en personen waarmee in 2023 wordt samengewerkt en/of zijn betrokken (1/1)

Bestuurlijk trekker

- VAK / RAV Kennemerland / GGD Kennemerland
- ### Huisartsenzorg (HA)

- Huisartsencoöperatie Zuid-Kennemerland (HCZK)
- Huisartsenvereniging Midden-Kennemerland (HVMK)

St Gezondheidscentra Haarlemmermeer

Geestelijke gezondheidszorg (GGZ)

- GGZ InGeest
- Parnassia Groep

Regionale Ambulance Voorziening (RAV)

- GGD Kennemerland
- Witte Kruis
- Ambulance Amsterdam

Ziekenhuiszorg (ZH)

- Rode Kruis Ziekenhuis
- Spaarne Gasthuis

De organisaties, netwerken en personen waarmee in 2023 wordt samengewerkt en/of zijn betrokken (1 / 2)

Verpleeg- en Verzorgingshuizen en Thuiszorg (VVT)

- Amstelring
- Kennemerhart
- Sint Jacob
- ViVa! Zorggroep
- Zorgbalans

Veiligheidsregio (GGD/GHOR)

- GHOR Kennemerland

Gemeenten

- Gemeente Haarlem, namens de gemeenten in Kennemerland

Zorgverzekeraars (ZV)

- Zilveren Kruis
- Zorg & Zekerheid

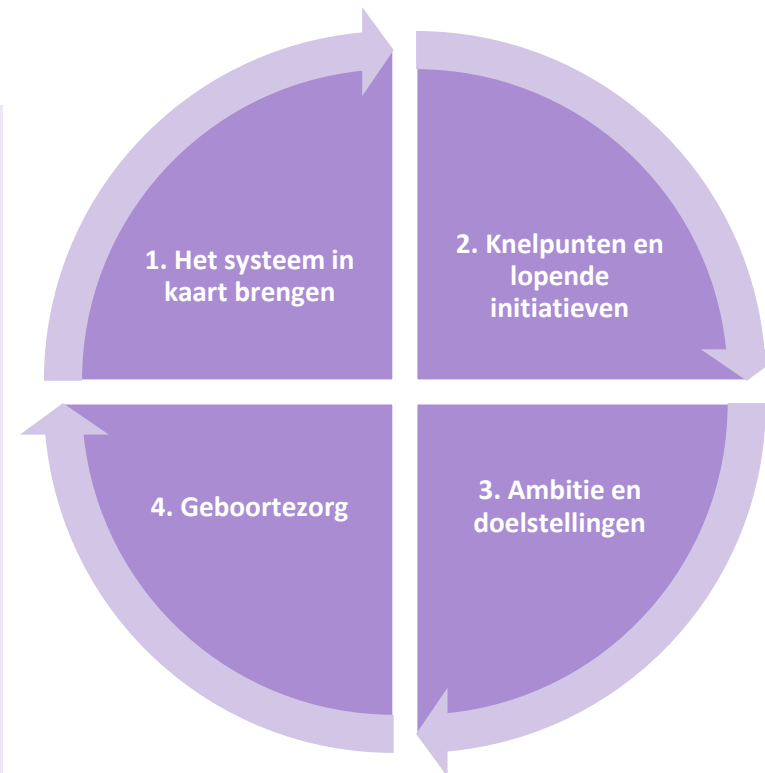
ROAZ-bureau

- Netwerk Acute Zorg Noord-Holland/Flevoland

De processtappen

Stap 1 | Denken in systemen

Op basis van het ROAZ-beeld zijn een aantal belangrijke thema's voor de acute zorg binnen Kennemerland vastgesteld. Bij de (bestuurlijke) vaststelling daarvan hebben we ook met elkaar geconstateerd dat de onderliggende grondoorzaken voor sommige knelpunten nog onvoldoende helder in kaart was gebracht. Om dat belangrijke onderdeel alsnog af te ronden is in de werksessie gebruik gemaakt van de methodiek van systeemdenken en de *5x waarom-vraag* stellen.



Stap 2 | Knelpunten en lopende initiatieven bij elkaar brengen

Op basis de uitkomsten van de eerste werksessie aangevuld met het huiswerk hadden wij overzicht van de knelpunten, de oorzaken van de knelpunten en de gevolgen voor de acute zorgketen als systeem. Daarmee is invulling gegeven aan de opdracht om de het ROAZ-beeld verder te concretiseren.

In de volgende stap is bekeken hoe de knelpunten zich verhouden tot de lopende projecten die er momenteel plaatsvinden in de regio Kennemerland. Hoe is dat gedaan? Voor alle knelpunten zijn de grondoorzaken in kaart gebracht. Voor de vier belangrijkste knelpunten is via een uitvraag op een kwalitatieve manier onderzocht in hoeverre de lopende projecten bijdragen in het wegnemen van deze grondoorzaken op een schaal van 0 (niet/n.v.t.) tot 3 (hoge mate). Let op! We hechten hier nadrukkelijk op te merken dat we geen oordeel geven, maar wel zaken willen constateren en benoemen. Dat sluit ook aan bij de uitspraak van de bestuurders in Kennemerland om lef te tonen en beslissingen te durven te nemen.

Stap 4 | Geboortezorg

Geboortezorg is betrokken door een interviewronde en digitale werksessies specifiek gericht op de situatie binnen Midden- en Zuid-kennemerland.

Stap 3 | Ambitie en doelstelling complementeren het ROAZ-plan

In de derde werksessie zijn het ROAZ-plan en de ambitie opgesteld. Tevens zijn de doelen geformuleerd. Met gemeenschapszin en de wil om samen de klus te klaren.

Vervolg stappen Q1 2024 | Governance en monitoring

Om de verwachtingen goed te managen: het plan is niet dichtgetimmerd en bevat nog ruimte voor nadere invulling. In Q1 2024 volgt een werksessie waarin we met betrokkenen de governance en monitoring gaan uitwerken.

Inzichten uit het ROAZ-beeld als inspiratie voor de ambitie

De ambitie komt voort uit de volgende inzichten in het ROAZ-beeld sub regio Kennemerland:

- De bevolking stijgt, waaronder ook het aantal ouderen (22% in 2030). En dat terwijl de beroepsbevolking relatief klein (57% t.o.v. 61% ROAZ) is.
- Kennemerland kent een hoog aantal HAP contacten (272) per 1000 inwoners in vergelijking met de totale ROAZ regio NH-FL (246). De verwachting is een stijging van 9,8% t/m 2030. En dat terwijl aan de norm voor telefonische bereikbaarheid op dit moment al niet kan worden voldaan.
- Het aantal ambulance ritten per 1000 inwoners ligt in Kennemerland hoger (73) in vergelijking met de totale ROAZ regio (65). Het aantal ritten per inwoner ligt hoger (232) bij de leeftijdsklasse 75+. De verwachting is dat het aantal ritten met 14% gaat stijgen t/m 2030. Met name de leeftijdsgroep 75+ stijgt sterker met 26% t/m 2030 en 49% t/m 2050.
- De regio heeft meer SEH-bezoekers per 1000 inwoners (121) in vergelijking met de totale ROAZ regio (108). Het aantal SEH bezoeken per inwoner is het grootst voor de leeftijdsklasse 75+ (286). En dat terwijl een ziekenhuisopname bij ouderen leidt tot een neerwaartse spiraal en een cascade aan zorgvraag. Eén op de vijf ouderen is binnen een maand na een ziekenhuisopname weer op de spoedeisende hulp (SEH). Eén derde van de ouderen gaat blijvend achteruit in functioneren en nog eens één derde is binnen een jaar na opname overleden.
- De norm om 90% van de multitrauma patiënten te behandelen in een level 1 traumacentrum wordt in de ROAZ-regio ruim niet gehaald. In Kennemerland zijn in 2022 43 multitraumapatiënten opgenomen (5% van totaal ROAZ).
- Het aantal geboortes laat een forse stijging van rond de 26% zien in 2030, na verdere verdieping lijkt dit percentage lager te zijn. Rond de 15%, dit is nog steeds fors en vraagt daarom prioriteit in het ROAZ/regio plan.

Ambitie Acute zorg

Spoed = Spoed

Niet noodzakelijke spoedvragen houden we door verbeteren van de (digitale) samenwerking buiten de spoedketen en worden op een andere passende manier opgevolgd. Zo houden we de spoedketen toegankelijk en zijn wij er nu en in de toekomst voor de patiënten met een zorgvraag die per direct behandeling vraagt.

Wat vraagt deze ambitie van de regionale samenwerking?

Dit vraagt een cultuur waarbij vergaande integrale samenwerking de norm is. Integrale innovatie gaat verder dan ketenzorg. Het leidt ertoe dat huisartsen(posten), ambulancediensten, vvt-, ggz-instellingen en ziekenhuizen als één team functioneren en continu nadenken wat de juiste plek voor de patiënt is. We zullen de eerste lijn moeten versterken, moeten vertrouwen op goede intenties van anderen, autonomie moeten loslaten en onzekerheid en ongemak moeten omarmen.

Gewenste beweging Acute zorg

Ambitie	<p align="center">Spoed = Spoed</p> <p>Niet noodzakelijke spoedvragen houden we door verbeteren van de (digitale) samenwerking buiten de spoedketen en worden op een andere passende manier opgevolgd. Zo houden we de spoedketen toegankelijk en zijn wij er nu en in de toekomst voor de patiënten met een zorgvraag die per direct behandeling vraagt.</p>						
Opgaven	<p align="center">Zorgcoördinatie</p>				5. Efficiëntere inzet beschikbaar personeel voor acute zorgvraag	6. Behalen minimum normen multitrauma	7. Toegankelijk houden geboortezorg bij toenemende zorgvraag en zorgzwaarte
Doelen per opgave	<p>1. Instream beheersen (ingang van de patiënt)</p> <p>1.1 HAP/HA:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Verlagen aantal HAP contacten per inwoner • Verbeteren telefonische bereikbaarheid U1-3 vragen • Verminderen U4-5 oproepen • Optimaliseren acute dagzorg <p>1.2 MKA:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Optimaliseren triage JZOJP • Verminderen aantal onterechte inkomende 112 oproepen <p>1.3 SEH:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Behouden laag aantal zelfverwijzers • Inzet valpreventie verstevigen <p>1.4 GGZ:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Wachlijsten ggz verkorten waardoor relatief lichte problematiek niet leidt tot acute zorgvragen* 	<p>2. Niet-noodzakelijke doorstroom (naar SEH, crisis GGZ, tijdelijk verblijf voorkomen)</p> <p>2.1 RAV:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Meer inzetten mobiel zorgconsult zonder vervoer • Beter inzicht in ACP vóór vervoer* <p>2.2 HAP:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Net als overdag kan de HA(P) in ANW uren diagnostiek aanvragen en wordt patiënt daarmee niet overgenomen door de SEH <p>2.3 SEH:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Verminderen aantal SEH bezoeken per inwoner • Inzicht in en handelen naar ACP verhogen* • Voorkomen SEH-bezoek door opschalen telemonitoring* • Verminderen aandeel ouderen op SEH (d.m.v. inzet GEM-team) <p>2.4 VVT:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bepalen of opschaling acute wijkteam of technisch achterwacht team niet noodzakelijke doorstroom kan verminderen • Zo min mogelijk 's nachts verplaatsen van huis naar tijdelijk verblijf 	<p>3. Noodzakelijke doorstroom van de eerste lijn naar passende vervolgzorg (SEH, Tijdelijk verblijf, crisis GGZ) versnellen</p> <p>3.1 VVT: Verbeteren inzicht in beschikbaarheid en verhogen inzet van tijdelijk verblijf vanuit HAP en RAV. Behoud van zeggenschap over opnames van de VVT blijft daarbij een uitgangspunt</p> <p>3.2 Crisis GGZ:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Verbeteren bereikbaarheid en beschikbaarheid * In het bijzonder aandacht voor crisis GGZ <p>3.3 RAV:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Optimaliseren planbare ambulance zorg om beschikbaarheid niet-planbare ambulance zorg te optimaliseren <p>3.4 Algemeen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Verbeteren bereikbaar voor ketenpartners (werkafspraken) 	<p>4. Uitstroom acute zorg versnellen</p> <p>4.1 Verbeteren begeleide overgang naar huis</p> <p>4.2 Verkennen initiatieven die uitstroom vanuit het ziekenhuis kunnen versnellen</p> <p>4.3 Verlagen 'verkeerde beddagen' in ziekenhuizen*</p>	<p>5.1 GGZ:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Grotere bijdrage behandelen acute zorg door kleine GGZ-aanbieders <p>5.2 Functiedifferentiatie toepassen</p> <p>5.3 Concentratie hoog complexe acute zorg / spreiding laag complexe acute zorg</p>	<p>6.1 Verminderen multitrauma zorg door beide ziekenhuizen</p> <p>6.2 Behalen van de normen tijdkritische aandoeningen 24/7 (bijv. EVAR)</p>	<p>7.1 Minimaliseren niet-medische contacten zonder vroeg-signalering uit het oog te verliezen</p> <p>7.2 Dubbel werk verminderen en verbetering kwaliteit en effectieve zorg door betere samenwerking tussen eerste en tweede lijn</p> <p>7.3 Beschikbaar personeel door middel van functiedifferentiatie (binnen eerste en tweede lijn) effectiever inzetten</p> <p>7.4 Digitalisering:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Meer op afstand doen wat op afstand kan • Verbeteren informatieoverdracht (tussen eerste en tweede lijn en tussen regio's) • Werken vanuit een gedeeld dossier <p>7.5 Verbeteren inzicht, communicatie (intern, tussen 1^{ste} en 2^{de} lijn en tussen regio's) en sturing op beschikbare capaciteit -> link met LPZ maken in verdieping</p> <p>7.6 Efficiënt inzetten (eerste en tweede lijn) in ANW-uren</p> <p>7.7 Verminderen capaciteitsproblematiek NEO</p>
Initiatieven	<p>Initiatieven opgave 1:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Spoed Eisende Medische Dienst (SEMD) • Spoedpost(en) Zuid-Kennemerland • Spoedpost Hoofddorp 	<p>Initiatieven opgave 2:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Spoed Eisende Medische Dienst (SEMD) • Doorontwikkeling en stretchen van CAZHEM/ATZA • Pilot Spoedpost Zuid Kennemerland/Zorgbalans • Digitale gegevens uitwisseling (Met Spoed Beschikbaar) 	<p>Initiatieven opgave 3:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Spoed Eisende Medische Dienst (SEMD) • Acute Zorg Coördinatie Coalitie (onderdeel van Coalitie Acute Zorg Haarlem en Meer) • Doorontwikkeling en stretchen van CAZHEM/ATZA • Digitale gegevens uitwisseling (Met Spoed Beschikbaar) • Concentratie IBS crisiszorg 	<p>Initiatieven opgave 4:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Spoed Eisende Medische Dienst (SEMD) • Doorontwikkeling en stretchen van CAZHEM/ATZA 	<p>Initiatieven opgave 5:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Concentratie hoog- risico acute zorg Spaarne Gasthuis • Samenwerking ANW – Wakker in de nacht 		

*doel is belegd bij ander themateam, zie slide 'Vragen aan andere themateams' voor details.

De uitgangspunten m.b.t. Zorgcoördinatie zijn belegd op Noord-Holland/ Flevoland niveau maar de subregionale doorontwikkeling die hierin van belang is, is in de subregio Kennemerland verder uitgewerkt in opgaven en onderliggende doelen.

Inventarisatie huidige samenwerkingsinitiatieven (1 van 2)

NB 1 Dit is een beknopte weergave van een excel met een uitgebreidere inventarisatie op de volgende onderdelen: regio, te betrekken partijen, status initiatief, contactpersoon, financiering, welk thema is in de lead, is het arbeidsmarktbesparend

NB 2 De volwassenheid van elk initiatief verschilt. Voor sommige initiatieven geldt dat er al sprake is van een effectieve werkwijze, waarbij het voorstel is deze activiteiten uit te breiden. Terwijl voor andere initiatieven nog een verkenning, intentieverklaring, plan en/of business case moet worden opgesteld. Het gaat om een inventarisatie binnen Midden en Zuid Kennemerland.

Naam initiatief	Betrokken partijen	Doel / ambitie
Spoed Eisende Medische Dienst (SEMD)	RKZ, HVMK, ViVa-zorggroep, ggz InGeest, GGD (RAV Kennemerland), Parnassia Groep, HAP Beverwijk,	1 loket voor acute zorg. Alle aangesloten aanbieders hebben daarin een gezamenlijke verantwoordelijkheid om de in-, door- en uitstroom te optimaliseren. Dit leidt tot passende acute zorg die begrijpelijk en goed vindbaar is voor patiënten.
Acute Zorg Coördinatie Coalitie (is onderdeel van Coalitie Acute Zorg Haarlem en Meer)	Trekkers: Spaarne Gasthuis, Huisartsen Zuid Kennemerland Participanten: RAV Kennemerland, CAZHEM, GGZ InGeest, Huisartsen Haarlemmermeer worden geïnformeerd en betrokken waar nodig	Stapsgewijze en incrementele verbetering van Zorgcoördinatie met de partners én elkaar beter leren kennen en korte lijnen creëren
Doorontwikkeling en stretchen CAZHEM (is onderdeel Coalitie Acute Zorg Haarlem-en-Meer)	Trekkers: Zorgbalans en Kennemerhart, St.Jacob (uitbereiding: Amstelring en Cordaan) Geïnformeerd en betrokken waar nodig: Huisartsen Zuid Kennemerland, Spaarne Gasthuis, GGZInGeest Voor het 1e punt worden contacten gelegd met de hospices in de regio.	<ul style="list-style-type: none"> Uitbreiding van de doelgroep: Bemiddeling vrijwillige inzet, particuliere inzet en andere innovaties in geval van uitval van de mantelzorg van de thuiswonende kwetsbare oudere. Uitbreiding type zorg: opvolging 24u acute thuiszorg optimaliseren. Als via CAZHEM acute thuiszorg is ingezet, wordt de cliënt gekoppeld aan het dichtstbijzijnde thuiszorgteam. Door de wijkverpleegkundige wordt beoordeeld of de cliënt vervolgzorg nodig heeft of dat de zorgorganisatie zich terug kan trekken. De inspanningen van de huisarts t.b.v. organiseren van de vervolgzorg na acute thuiszorg komt hiermee te vervallen (veelvuldige telefoontjes naar verschillende organisaties). Uitbreiding werkgebied: Verkennen of de inzet van de werkwijze van CAZHEM wel / niet van waarde is voor het werkgebied Haarlemmermeer. En hoe implementatie kan worden gerealiseerd.
Aanmeldportaal Tijdelijke Zorg Amstelland en Haarlemmermeer	Na integratie deel Haarlemmermeer met CAZHEM samenwerking met Sint Jacob, Zorgbalans, Kennemerhart, Cordaan en Amstelring (SEH/HAP/Huisartsen als gebruiker)	Koppelen Haarlemmermeer aan CAZHEM
Samenwerking ANW - Wakker in de nacht (Coalitie Acute Zorg Haarlem-en-Meer)	Spaarne Gasthuis en Zorgbalans Betrokken: alle partijen waar mensen wakker zijn in de nacht voor de acuterie; HCKZ, Huisartsen Haarlemmermeer, RAV, GGZInGeest, Kennemerhart	<p>“Zo weinig mogelijk mensen wakker in de nacht”; Bundelen van ANW functies</p> <ul style="list-style-type: none"> Low care spoedpost Samenwerking ANW uren VVT en huisartsen Optimalisatie inzet capaciteit nacht en weekend VVT en huisartsen

Inventarisatie huidige samenwerkingsinitiatieven (2 van 2)

NB 1 Dit is een beknopte weergave van een excel met een uitgebreidere inventarisatie op de volgende onderdelen: regio, te betrekken partijen, status initiatief, contactpersoon, financiering, welk thema is in de lead, is het arbeidsmarktbesparend

NB 2 De volwassenheid van elk initiatief verschilt. Voor sommige initiatieven geldt dat er al sprake is van een effectieve werkwijze, waarbij het voorstel is deze activiteiten uit te breiden. Terwijl voor andere initiatieven nog een verkenning, intentieverklaring, plan en/of business case moet worden opgesteld. Het gaat om een inventarisatie binnen Midden en Zuid Kennemerland.

Naam initiatief	Betrokken Partijen	Doel / ambitie
Pilot Spoedpost Zuid Kennemerland/Zorgbalans Acut wijkteam i.s.m. Spoedpost	Spaarne Gasthuis en Zorgbalans, Spoedpost ZK	Technisch Thuiszorg Acute Zorg Team + Team Alarmering van ZorgBalans kan technisch vpk handelingen verrichten na aanvraag vanuit Spoedpost ZK. Zodat HA niet hoeft te gaan.
Concentratie hoog- risico acute zorg Spaarne Gasthuis	Spaarne Gasthuis, met effect op: HAP en RAV	Toegankelijk houden van acute zorg door personeel efficiënt in te zetten middels centralisatie acute zorg
Met Spoed Beschikbaar (MSB)		Bij spoed data beschikbaar hebben (landelijke projectorganisatie stopt per maart 2024)
Spoedpost Zuid Kennemerland	HCK, Spaarne Gasthuis in nauw contact met RAV, GGZ, dienstapotheek, VVT-organisaties	In de ANW-uren vanuit dezelfde locatie en organisatie door één poule van triagisten JZOJP leveren voor patiënten die 1ste of 2de lijns acute zorg nodig hebben.
Spoedpost Haarlemmermeer	HA Haarlemmermeer, Spaarne Gasthuis in nauw contact met RAV, GGZ, dienstapotheek en VVT-zorgorganisaties.	In de ANW-uren vanuit dezelfde locatie en gezamenlijke werkafspraken JZOJP leveren voor patiënten die 1ste of 2de lijns acute zorg nodig hebben.
Concentratie IBS crisiszorg	Amstelring, Cordaan, GGZ inGeest en Zorgbalans	Met nieuwe samenwerkingsafspraken wordt ervoor gezorgd dat cliënten met een IBS crisiszorgvraag uit de regio Haarlemmermeer worden opgenomen bij Zorgbalans. De regio Haarlemmermeer sluit vanaf 1 januari 2024 aan bij de werkwijze van regio Kennemerland.

Knelpunten

Tijdens de werksessies zijn ca. veertig knelpunten naar voren gekomen. Deze zijn na analyse samengevat tot de onderstaande negen knelpunten. De grondoorzaken zijn door middel van een verdiepende analyse in kaart gebracht. Deze kwaliteitsslag is grotendeels uitgevoerd door de gezamenlijke partijen van het IZA-transformatie programma 'de eerste SpoedEisende Medische Dienst (SEMD)'. De knelpunten voor acute zorg in subregio Kennemerland zijn:

1. Vele schakels maken geen zorgketen
2. Meerdere (onduidelijke) ingangslotetten
3. Geen inzicht in en tekort aan capaciteit
4. Financiële prikkels en regeldruk beperken toegang
5. Tekort aan zorgprofessionals
6. Geen inzicht in patiëntgegevens
7. Te weinig aansluiting met sociaal domein & preventie
8. Verwachtingen van patiënt en steunsysteem
9. Stijgende en veranderende zorgvraag door veranderende populatie

Knelpunten 1 t/m 4 zijn als belangrijkste knelpunten voor de acute zorg gekwalificeerd. In de navolgende slides worden de knelpunten nader beschreven waarbij de grondoorzaken en de gevolgen worden toegelicht.

Knelpunt 1 - Vele schakels maken geen zorgketen

Toelichting:

De acute patiënt heeft behoefte aan gecoördineerde, snel opeenvolgende zorginspanningen vanuit verschillende domeinen en aanbieders (schakels). De gezamenlijke regie ontbreekt daarbij, waardoor zorginspanningen niet adequaat zijn geïntegreerd en gebundeld binnen de keten. Aandachtspunten hierbij zijn de niet-overlappende regio's van de diverse partijen en de beperkte mogelijkheid tot het delen van data.

Oorzaken:

- Verantwoordelijkheden en aansprakelijkheid zijn per schakel/sector georganiseerd;
- Bekostiging is per schakel/sector georganiseerd (geen prikkel) [zie punt 7];
- Onvoldoende samenwerking en kennis van elkaars organisatie (structuur, aansturing en processen) bemoeilijken samenwerking;
- Patiënt komt bij de verkeerde schakel terecht [zie punt 2] en kan de acute zorgketen niet adequaat doorlopen (ook tegen het verkeer in of parallel);
- Informatie kan niet of heel beperkt worden gedeeld [zie punt 5];
- De grootte en diversiteit van de regio Kennemerland;
- De vele tafels waar zaken rondom acute zorg worden besproken;
- Sectorale regelgeving beïnvloedt de keuze van patiënten/cliënten en zorgprofessionals om de juiste zorg op de juiste plek te krijgen/te geven;
- Onduidelijke (samenwerkings)afspraken omtrent overplaatsen van patiënt/cliënt naar andere zorgaanbieder in ander sector van de acute zorgketen.

Gevolgen:

- Langere wachttijden/doorlooptijden;
- Verkeerde poort/bed problematiek;
- Vertraging in informatieoverdracht en/of verlies van informatie;
- Ontbreken inzicht in elkaars (mogelijke) zorginspanningen en capaciteit;
- Onbekendheid met elkaars organisatie en werkprocessen, die kan leiden tot onbegrip en frustratie in samenwerking en vertrouwen.

Knelpunt 2 - Meerdere (onduidelijke) ingangskolletten

Toelichting:

De acute patiënt (of zijn steunsysteem) heeft op verschillende momenten van de dag verschillende ingangskolletten, kan zelf niet inschatten of acute zorg nodig is en/of bij welk loket de ingangsklachten het beste passen. De acute zorgketen bestaat daarnaast uit verschillende zorgaanbieders, die verschillende zorggerelateerde diagnoses stellen, aandachtsgebieden hebben en zorg bieden. Daarvoor bestaan er ook verschillende classificatiesystemen. Verschillende definities en regels bemoeilijken ketensamenwerking.

Oorzaken:

- Verantwoordelijkheden en aansprakelijkheid zijn per schakel/sector georganiseerd;
- Acute zorg is tijdens kantooruren en ANW-uren via verschillende gescheiden (sectorgerichte) kolletten georganiseerd of gebundeld;
- Ingangskolletten zijn onvoldoende verbonden met andere systemen en triage [zie punt 1];
- Eerste- en tweedelijnszorg heeft overlappende kolletten (je kunt tegelijkertijd naar de huisarts/HAP of SEH) die makkelijk bereikbaar zijn;
- Steeds frequentere combinaties van (somatische en mentale) ingangsklachten maken een eenduidige loketkeuze lastig;
- Patiënt, cliënt, familie of naasten kunnen urgentie niet inschatten en belasten het loket met laag-urgente zorgvraag;
- Patiënt, cliënt, familie of naasten maken onvoldoende gebruik van digitale zelfhulp/zelftriage;
- Wachttijden zijn soms lang waardoor patiënten, cliënten, familie of naasten meerdere ingangskolletten proberen;
- Bij doorverwijzing wordt de verantwoordelijkheid 'los'gelaten;
- Verschillende classificatiesystemen binnen de acute zorgketen, die (nog) niet naast elkaar (kunnen) worden gelegd c.q. ingezien.

Gevolgen:

- Langere wachttijden/doorlooptijden;
- Verkeerde-poort/bed problematiek;
- Vertraging in informatieoverdracht en/of verlies van informatie;
- Ontbreken inzicht in elkaars (mogelijke) zorginspanningen en capaciteit;
- Onbekendheid met elkaars organisatie en werkprocessen kan leiden tot onbegrip en frustratie in samenwerking en vertrouwen.

Knelpunt 3 – Geen inzicht en tekort aan capaciteit

Toelichting:

De acute patiënt kan schade of de behandeling vertraging oplopen door onvoldoende integraal inzicht in of onvoldoende beschikbaarheid van (vervolg)capaciteiten in de keten, zoals bedden, middelen of zorgprofessionals. Vanuit het perspectief van de GHOR is er niet altijd voldoende aandacht voor (de voorbereiding op) opgeschaalde (acute) zorg om patiënten te kunnen onderbrengen.

Oorzaken:

- Actuele capaciteitsinformatie wordt gezien als gevoelige informatie en wordt soms door partijen niet vrijgegeven of gedeeld (totdat er een verplichtend karakter is);
- Er zijn geen of onvoldoende concrete afspraken gemaakt in de regio over de uitwisseling van actuele capaciteitsgegevens en het centraal inzichtelijk maken van die gegevens;
- Er is een tekort aan bedden (Wlz, crisisdienst GGZ) en aan middelen binnen bijna alle domeinen in de acute keten.
- Er is een tekort aan personeel in bijna alle domeinen binnen de acute keten [zie punt 5].
- Er wordt beperkt gebruikgemaakt van het op dal- en piekmomenten regionaal (her)verdelen van werklast en of groeperen van capaciteiten.
- Er is een gebrek aan overbruggingsplekken en mogelijkheden voor cliënten om zelf aan te geven waar zij naartoe willen;
- Het ontbreekt aan een juist aanbod van vervolgzorg (grotere vraag dan aanbod).

Gevolgen:

- Coördinatie van in-, door-, en uitstroom verloopt stroef;
- De druk op personeel neemt toe omdat zorgprofessionals kostbare tijd kwijt zijn met het vinden van beschikbare capaciteit en omdat de zorgzwaarte toeneemt omdat men langer heeft moeten wachten;
- De toegankelijkheid van met name de thuiszorg, de geestelijke gezondheidszorg (GGZ, tekort aan Wlz W5 bedden) en de langdurige ouderenzorg staan onder druk, evenals de beschikbaarheid van thuiszorg in ANW-uren.

Knelpunt 4 – Financiële prikkels en regeldruk beperken toegang

Toelichting:

De zorg aan de acute patiënt kan vertraging oplopen (mogelijk leidend tot schade) doordat de financiers van zorg, regelgevers en de aanbieders van zorg niet allemaal gelijkgericht kunnen handelen, ofwel niet allemaal hetzelfde belang kunnen nastreven.

Oorzaken:

- In de acute keten is sprake van verschillende financiers, zoals zorgverzekeraars, zorgkantoren en gemeenten. Elk heeft een eigen belang, eigen regels en eigen voorwaarden;
- De huidige bekostiging bevat veelal een volumeprikkel, heeft in weinig gevallen een link met de kwaliteit van zorg, en biedt zorgaanbieders onvoldoende ruimte en flexibiliteit om zorgverlening en praktijkvoering gezamenlijk over de keten in te richten;
- De huidige bekostiging geeft een financiële prikkel tot het leveren van tweedelijnszorg. De populatiebekostiging (vast bedrag per verzekerde, per periode) werpt mogelijk een financiële drempel op voor het leveren van eerstelijnszorg. Tegelijk zijn er soms verschillende tarifieringen voor dezelfde prestatie in andere domeinen;
- Verschillende stelsels en wetgevende kaders zitten samenwerking vaak in de weg: tussen het medisch en het sociaal domein [zie punt 8], maar bijvoorbeeld ook tussen de huisartsenpost en de spoedpoli;
- De inkoop (ook per zorgverzekeraar) geschiedt gesegmenteerd, in het verlengde van strakke budgettaire kaders. Dit stuurt onvoldoende op samenhang en samenwerking in de regio;
- Er is geen prikkel om doelmatiger te werken en betere prestaties te leveren omdat efficiencywinst nergens wordt beloond. De doelmatigheidsprikkel wordt nog verder beperkt doordat veel budgetten op basis van nacalculatie worden verstrekt;
- De (dubbele) administratieve lastendruk;
- De bekostiging van acute zorg is nu op basis van geleverde zorg (marktwerking) en niet op basis van beschikbaarheid (bijvoorbeeld de bekostiging van D-ZEP en IBS, Wlz W5, is ontoereikend). Dat is niet meer passend bij de huidige actualiteit;
- Indicaties en bekostiging komen niet overeen en kortdurende constructies om deze verschillen te overbruggen zijn niet adequaat genoeg;
- Er wordt in bepaalde situaties onvoldoende rekening gehouden met bevolkingsdichtheid en vergrijzingsgraad, waardoor verschillende gebieden in Nederland op dezelfde manier worden bekostigd. (Lees: er wordt een onjuiste rekenmethode gehanteerd.)

Gevolgen:

- Suboptimale uitkomsten voor patiënten, onnodige zorguitgaven en beperkt werkplezier onder zorgverleners.
- Extra betalen doordat bijvoorbeeld eigen risico anders bij HAP dan bij SEH is geregeld
- Marktwerking heeft onder andere als negatief resultaat dat wachtlijsten niet zijn verdwenen, van keuzevrijheid komt weinig terecht en het verplicht eigen risico is omstreden.

Knelpunt 5 – Tekort aan zorgprofessionals

Toelichting:

De acute patiënt ervaart problemen of vertragingen door te weinig zorgmedewerkers aan het bed, in de buurt, op de weg of in de spreekkamer. Er zijn te weinig professionals om aan de zorgvraag te voldoen. De arbeidsomstandigheden staan in toenemende mate onder druk en het verloop en de uitstroom zijn hoog. Zorgorganisaties vissen in dezelfde vijver met betrekking tot personeel.

Oorzaken:

- Toenemende zorgvraag (demografisch) en afnemende beroepsbevolking (vergrijzing en pensionering);
- Hoge deeltijdfactor onder zorgpersoneel (het hoogste in Europa);
- Hoge uitval door bovengemiddeld ziekteverzuim als gevolg van suboptimale arbeidsomstandigheden (tekort aan collega's en gevolgen van corona, fysieke en mentale belasting);
- Hoog verloop: er is flinke competitie op de arbeidsmarkt. De vacaturedruk (het aantal vacatures per baanzoekende) is in VVT het hoogst en ook in de GGZ, onder triagisten of ziekenhuispersoneel is die druk én de keuze groot.
- De toename van het aantal zorgprofessionals in zzp-functies;
- Hoge uitstroom: de uitstroom uit de sector lijkt met name door arbeidsomstandigheden, maar ook door de loonkloof, toe te nemen. Met een vergelijkbaar opleidingsniveau blijft er een significante loonkloof met overheid en marktsectoren (bijvoorbeeld VVT -7%). Loopbaanperspectief, uitdaging in het werk en goed werkgeverschap zijn overigens belangrijkere vertrekredenen dan salaris.
- Zeggenschap en autonomie: zorgprofessionals ervaren te weinig tijd en ruimte om hun stem te laten horen en ervaren de hiërarchie in de zorgorganisatie als belemmering;
- Lage instroom en lage retentie: naast te weinig instroom zien we dat 43% van het nieuwe personeel (met name jongeren of zij-instromers) binnen twee jaar uitstroomt. Redenen zijn te hoge werkdruk, te veel administratieve taken, te weinig tijd voor professionele ontwikkeling en onvoldoende aandacht en erkenning vanuit leidinggevenden en management.
- Tekort praktijkhouders: voor huisartsen geldt dat er te weinig nieuwe praktijkhouders bijkomen terwijl 18,5% van de praktijkhouders 60+ is en de praktijk zal moeten overdragen. In de afgelopen tien jaar is het aantal huisartsen met 30% toegenomen (naar 13.000) maar het aantal praktijkhouders is met 21% gedaald.
- Praktijkvoering is nog te onaantrekkelijk, mede doordat er veel randzaken op de schouders van de individuele praktijkhouder terechtkomen. De praktijkhouder houdt zich liever bezig met zorgverlening aan de patiënt. Doordat er te weinig huisartsen zijn voor de dagzorg, stijgt het aantal patiënten per huisarts en dat heeft gevolgen voor het aantal diensten waar een huisarts contractueel voor verantwoordelijk is;
- Tekort gespecialiseerde verpleegkundigen (in Noord-Holland op iedere acht vacatures slechts één VP beschikbaar), triagisten en waarnemend huisartsen.

Gevolgen:

- Langere wachttijden en doorlooptijden;
- Verkeerde-poort/bed problematiek;
- Vertraging in informatieoverdracht en/of verlies van informatie;
- Inzicht in elkaars (mogelijke) zorginspanningen en capaciteit ontbreekt;
- Onbekendheid met elkaars organisatie en werkprocessen kan leiden tot onbegrip en frustratie in samenwerking en vertrouwen.

Knelpunt 6 – Geen inzicht in patiëntgegevens

Toelichting:

De acute patiënt kan schade of de behandeling vertraging oplopen doordat actuele en relevante medische informatie niet beschikbaar is vanuit verschillende domeinen. Of doordat die informatie niet kan worden gedeeld in een acute setting omdat systemen niet op elkaar aansluiten. Het niet direct hebben van de juiste informatie op de juiste plek vertraagt de (uiteindelijke) juiste zorg op de juiste plek.

Oorzaken:

- Geen real-time digitale gegevensuitwisseling gebaseerd op zorgstandaarden (HL-7 FHIR) en standaard koppelingen van dossiers;
- Versnippering door veel verschillende en verouderde systemen die niet altijd geschikt zijn voor informatieoverdracht;
- Een deel van de Nederlanders heeft geen toestemming gegeven om medische gegevens uit te wisselen;
- De toestemming voor de professionele samenvatting van de huisarts geldt nu alleen voor de huisartsenpost, nog niet voor ambulance en SEH.
- Er zijn meerdere bij de behandeling betrokken partijen vanwege multi-problematiek, maar er is geen aansluiting van de systemen;
- Er zijn veel wisselingen in (tijdelijk) personeel;
- Er is onbekendheid over het vervolgtraject en de informatie over de overdracht die de ketenpartner nodig heeft en de afspraken die daar al dan niet voor zijn gemaakt;
- Er is onbekendheid over het verschil tussen AVG en privacy en de uitwerking daarvan in regels en systemen;
- Investeren in ICT heeft geen prioriteit, waardoor systemen altijd achterblijven;
- Zorg-ICT-markten hebben inmiddels bepaalde kenmerken die maken dat deze niet goed werken en gevoelig zijn voor het ontstaan of versterken van marktmacht. (1)

Gevolgen:

- Onveilige, omslachtige en vertraagde uitwisseling van gegevens (via briefjes of telefoon);
- Onjuiste diagnose en onjuiste behandeling;
- Kritieke diagnose-behandelingsinformatie, medicijngebruik en/of behandelwensen worden niet meegenomen in de besluitvorming;
- Beschikbare capaciteit (ziekenhuizen, (acute) wijkverpleging, kortdurend verblijf, VVT-(crisis)bed) wordt niet benut;
- De patiënt krijgt een te licht of te zwaar behandeltraject;
- Onduidelijkheden en vertraging in informatie bij rampen en crises;
- De ambulance krijgt geen inzicht patiëntgegevens van huisarts;
- Overstappen naar een andere ICT-aanbieder blijkt duur en bovendien ingewikkeld te zijn voor zorginstellingen als er geen duidelijk afgesproken standaarden zijn.

(1) Kamerstuk II 2021-2022, 27529 nr. 282.

Knelpunt 7 – Te weinig aansluiting met sociaal domein en preventie

Toelichting:

De acute patiënt is gebaat bij een betere aansluiting van het medisch en het sociaal domein om acute zorg te verlichten, de patiënt te ondersteunen of middels preventie, zelfmanagement en educatie de oorzaak gedeeltelijk of soms geheel te voorkomen.

Oorzaken:

- Acute zorg is vaak een gevolg. De oorzaak is onvoldoende investeren in het sociaal domein, te weten: welzijn, gezondheid, vrijwilligerswerk, mantelzorg, onderwijs(-achterstanden), armoede, werk, inkomen en jeugd;
- In de praktijk sluit het regelen van (informele en formele) zorg en ondersteuning thuis niet aan bij de snelheid waarmee een patiënt het ziekenhuis of de acute VVT / GGZ zou kunnen verlaten. Afstemming hierin ontbreekt;
- Soms ligt er een sociaal-maatschappelijk probleem ten grondslag aan een acute zorgvraag en moet de oplossing ook daar gezocht worden. Snel schakelen tussen medische professionals en professionals in het sociale domein is dan cruciaal;
- Het sociaal domein is verantwoordelijk voor de versterking van vrijwilligerswerk, mantelzorg en andere vormen van informele zorg. De vraag hiernaar wordt met de vergrijzing alleen maar groter. Zonder de versterking van informele zorgvormen zal de vraag naar acute zorg toenemen en zal het aantal gedwongen opnamen flink toenemen;
- Hulpverleners in de eerste lijn betrekken de informele zorg vaak niet, of weten die niet te vinden;
- Aansluiting is vooral van belang bij instroom en uitstroom.

Gevolgen:

- Zorg is eerder nodig door te weinig of te late signalering;
- Er worden weinig preventieve maatregelen genomen;
- Er is onnodig of te frequent gebruik van zorg (bijvoorbeeld door 'veelgebruikers');
- De door- en uitstroom verloopt moeilijker door gebrek aan samenwerking.
- Er ontstaan er lange wachttijden bij de ondersteuning door een behandelaar vanuit diverse domeinen tegelijkertijd.

Knelpunt 8 – Verwachting van patiënt en steunsysteem

Toelichting:

In een 24/7-maatschappij verwachten mensen dat alle zorg en ondersteuning continu geleverd wordt of beschikbaar moet zijn. Die hogere verwachting van (acute) zorg bij patiënten en het steunsysteem is niet meer te verenigen met de realiteit van grote schaarste.

Oorzaken:

- Door digitalisering en de 24-uurs economie kunnen en willen mensen steeds meer zelf regelen op een moment dat hun het beste uitkomt. Mensen verwachten dit ook als het gaat om hun gezondheid;
- Iemand met klachten wil direct geholpen worden, ook al is daar soms geen medische noodzaak of urgentie voor;
- Patiënten hebben toegang tot hun eigen dossier en hebben meer en/of sneller kennis ter beschikking (Google, ChatGPT). Communicatie is sneller en keuzemogelijkheden zijn toegenomen;
- Patiënten zijn zekerder van hun recht op zorg en gedragen zich minder terughoudend in het aanspreken van dat recht;
- De regie verschuift naar de patiënt omdat de zorgverlener niet meer als deskundige bepaalt, maar als adviseur de patiënt informeert over de mogelijke keuzes;
- “Maakbaarheid van gezondheid”. Veel niet-acute zorgvragen komen onterecht in de acute zorgketen terecht, hierdoor treedt ‘vervuiling’ door niet-acute zorgvragen op .

Gevolgen:

- Spanning tussen zorgvrager en zorgverlener;
- Onnodig beroep op zorg (voor het gemak in de ANW naar HAP SEH in plaats van overdag naar huisarts);
- Onterechte verwijzingen naar zorg;
- Afnemend werkplezier bij zorgverleners.

Knelpunt 9 – Stijgende en veranderende zorgvraag door veranderende populatie

Toelichting:

De groep ouderen wordt groter en leeft langer. Er is een forse toename van kwetsbare mensen die te maken hebben met een opeenstapeling van fysieke en mentale klachten. De zorg voor deze groep is complexer door onder andere meerdere chronische aandoeningen, co-morbiditeit en polyfarmacie. Patiënten in deze groep doen vaak gelijktijdig een beroep op verschillende domeinen. Daarnaast zien we een toename van personen die een beroep moeten doen op (acute) geestelijke gezondheidszorg en een toename van leefstijl-gerelateerde zorg. Ook is er een instroom van patiënten die geen acute zorg nodig hebben.

Oorzaken:

- Het aantal kwetsbare ouderen (75+) neemt tot 2030 toe met 26%;
- Het aantal mensen dat bij de huisarts geregistreerd staat met één of meerdere chronische aandoeningen stijgt van 9,9 miljoen in 2018 naar 11,4 miljoen in 2040;
- De zorg voor kwetsbare ouderen is vaak complexer omdat er verschillende zorgverleners bij betrokken moeten worden;
- De toename van welvaart werkt leefstijlgerelateerde ziekten (ongezond eten, obesitas, diabetes, hart- en vaatziekten, etc.) in de hand;
- Mantelzorg is voor deze groepen niet meer vanzelfsprekend. Waar in 2018 tegenover elke oudere die mantelzorg ontvangt nog bijna vijf mantelzorgers stonden, zullen er in 2040 per ontvanger nog slechts drie mantelzorgers zijn;
- Een kwart (26%) van de volwassen Nederlanders (18-75 jaar) had de afgelopen twaalf maanden een psychische hulpvraag. Twaalf jaar geleden ging het om minder dan één op de vijf volwassenen (18%).

Gevolgen:

- De zorgvraag stijgt, terwijl bereikbaarheid en toegankelijkheid afnemen;
- De zorgvraag wordt complexer;
- Zonder transitie ontstaat een onhoudbaar zorgsysteem, waarin ook mantelzorg in toenemende mate onder grote druk komt te staan.

Werkagenda Acute zorg

Uit te voeren acties	2024	2025	2026
1. Vaststellen governance voor het uitvoeren van de subregionale opgaven, denk hierbij aan: <ul style="list-style-type: none"> - Convenant - Benodigde ondersteuning 			
2. Uitwerken van de monitoring op dit regio/ROAZ-plan om de te behalen doelen te kunnen bewaken, denk hierbij aan: <ul style="list-style-type: none"> - Aantal SEH stops - Aantal onnodige HAP triages, nu en doelstelling - Aantal zelfverwijzers op de HAP, nu en doelstelling - Aantal HAP visites, nu en doelstelling - Aantal (U4 en U5) SEH bezoeken in de ANW-uren, nu en doelstelling - Inzet wijkverpleging in de ANW-uren, nu en doelstelling - Minimum multitrauma normen - Bevallingen binnen/buiten de regio en uitgevoerd door 1ste / 2de lijn 			
3. Verdere uitwerking meerjarenplanning			
4. Op basis van gezamenlijke criteria keuzes maken in welke initiatieven wel/niet doorgang vinden			
5. Afstemming met andere themateams waar nodig verder uitwerken			
6. (door)ontwikkeling en uitvoering van de initiatieven			
7. Snelle toets en aanvraag transformatiegelden waar nodig			
8. Integraal in beeld brengen van de effecten van de diverse initiatieven op de keten			

Thema

Arbeidsmarkt en onderwijs

Leeswijzer thema Arbeidsmarkt en Onderwijs

Regiobeeld en betrokken partijen	<ul style="list-style-type: none">• Situatieschets / link naar regiobeeld• Overzicht betrokkenen thema• Processtappen
Regio-opgaven	<ul style="list-style-type: none">• Ambitie• Gewenste beweging (opgaven en doelen)• Opgaves verder uitgewerkt• Knelpunten + toelichting
Regio-afspraken	<ul style="list-style-type: none">• Samenwerkingsinitiatieven• Werkagenda
<p><i>Klik op de onderstreepte inhoud om naar dat onderdeel te gaan</i></p>	

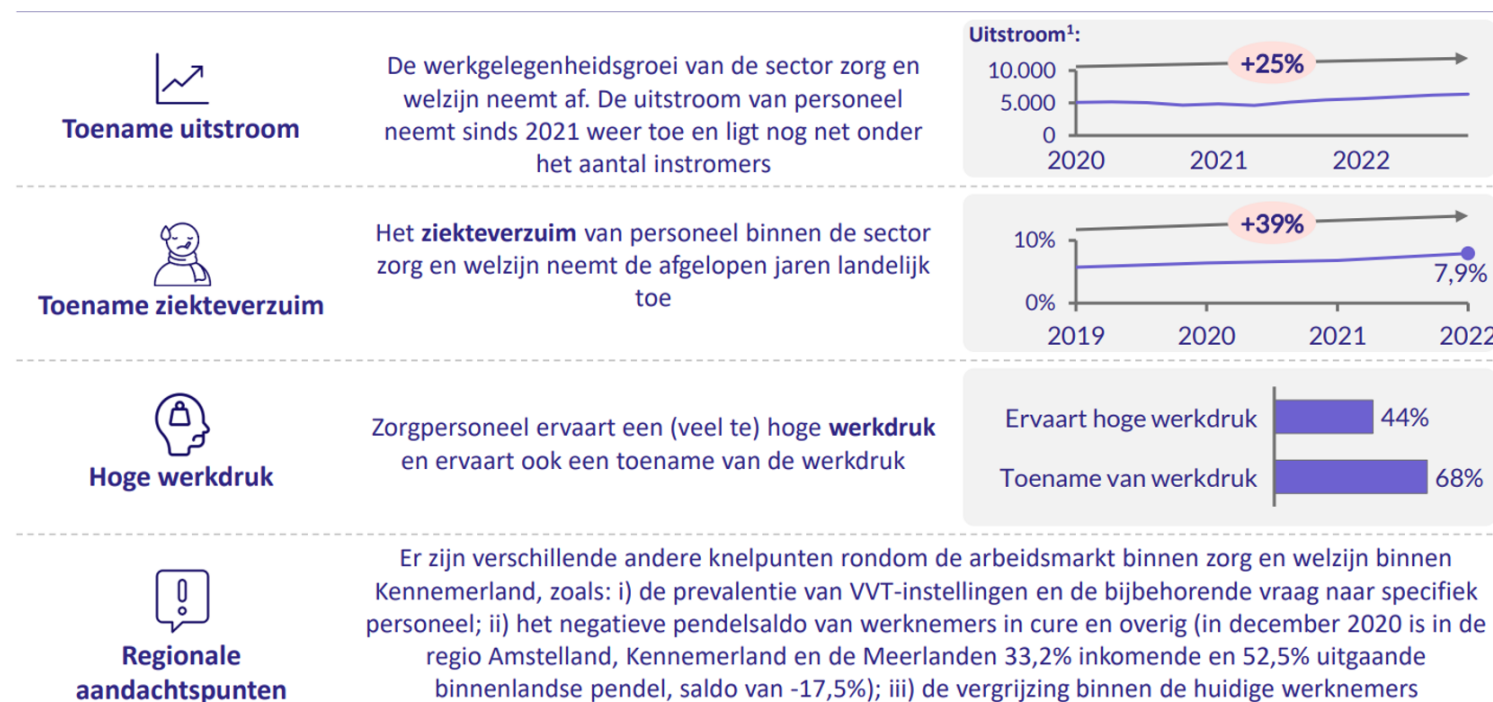
Situatieschets/link naar regiobeeld

Alle zorg- en welzijnsorganisaties in de regio hebben te maken met de grote en groeiende krapte op de arbeidsmarkt. Zij ervaren personeelstekorten en kennen moeilijk vervulbare posities. Er is sprake van verhoogde uitstroom door pensioen of doordat jongere generaties snel uitstromen. Het vraagt duidelijke keuzes om zorglandschap en arbeidsmarkt in balans te houden. Maar ook om lef om het anders te doen. Het vraagt om inzet op innoveren, digitaliseren en anders organiseren, werken en opleiden. Het behouden van medewerkers is van cruciaal belang, daarom is er een gezamenlijke verantwoordelijkheid voor goed werkgeverschap.

Om de opgaven uit dit regioplan Arbeidsmarkt en onderwijs waar te kunnen maken, zijn de volgende randvoorwaarden geformuleerd:

1. Transparantie en vertrouwen tussen zorg- en welzijnsorganisaties om regionale aanpak te waarborgen.
2. Samenwerken op alle niveaus (domeinoverstijgend).
3. Digitale gegevensuitwisseling/data-ondersteuning in zorg en welzijn (keten).
4. Maatschappelijk bewustzijn van en betrokkenheid bij veranderende zorgvraag en verwachtingen.
5. Aandacht voor behoeften van professionals met betrekking tot faciliteren van wonen, kinderopvang, collectieve ziektekostenverzekering, gezonde leefstijl en duurzaamheid.
6. Versterking rol gemeenten en zorgverzekeraar.

Knelpunten rondom arbeidsmarkt zorg en welzijn



De prioritaire opgaven binnen de regio zijn:

1. Vergroten van instroom: meer en anders opleiden, bekwaam is bevoegd, etc.
2. Duurzame inzetbaarheid: vergroten van vitaliteit en weerbaarheid, goede gesprek over werkdruk, werkplezier, etc.
3. Ondersteuning en zorg zo invullen dat minder personeel nodig is (herontwerp zorgproces)
4. Gezamenlijk investeren in sociale innovatie en adoptie van technologie

Betrokkenen thema Arbeidsmarkt en onderwijs

**Dit deelplan is geschreven door het themateam
Arbeidsmarkt en Onderwijs**

Het team bestaat uit:

- Bestuurlijk trekkers: Leon Aarts (ZKH) en Marja Sleuwenhoek (VVT)
- Gemeenten: Marion Fisser
- Zilveren Kruis: Floor Burgers (regiocoördinator KML)
- Procesbegeleiding: Mireille de Goede (Sigra)

Bestuurlijk trekkers

- Spaarne Gasthuis
- Viva! Zorggroep

Huisartsenzorg (HA)

- Huisartsencoöperatie Zuid-Kennemerland (HCZK)
- Huisartsenvereniging Midden-Kennemerland (HVMK)
- Stichting Amstelland Zorg

Geestelijke gezondheidszorg (GGZ)

- GGZ inGeest
- RIBW/KAM

Ziekenhuiszorg (ZH)

- Spaarne Gasthuis

Gehandicaptenzorg

- De Hartekamp Groep
- Heliomare
- Ons Tweede Thuis
- Stichting Nieuw Unicum
- Stichting Philadelphia Zorg
- Stichting SIG

Verpleeg- en Verzorgingshuizen en Thuiszorg (VVT)

- De Zorgspecialist
- Kennemerhart
- Raphaëlstichting
- Stichting Pro Senectute
- Stichting Sint Jacob
- Stichting Zorgbalans
- ViVa! Zorggroep

Onderwijs

- Hogeschool van Amsterdam/Alkmaar
- Hogeschool Inholland
- ROC Nova College

Overigen

- Atalmedial B.V.
- SEIN
- Spaarne werkt
- Stichting Kenter Jeugdhulp

Zorgverzekeraars (ZV)

- Zilveren Kruis

Gemeente

- Gemeente Haarlem
- UWW/Werkgever Service Punt

De processtappen

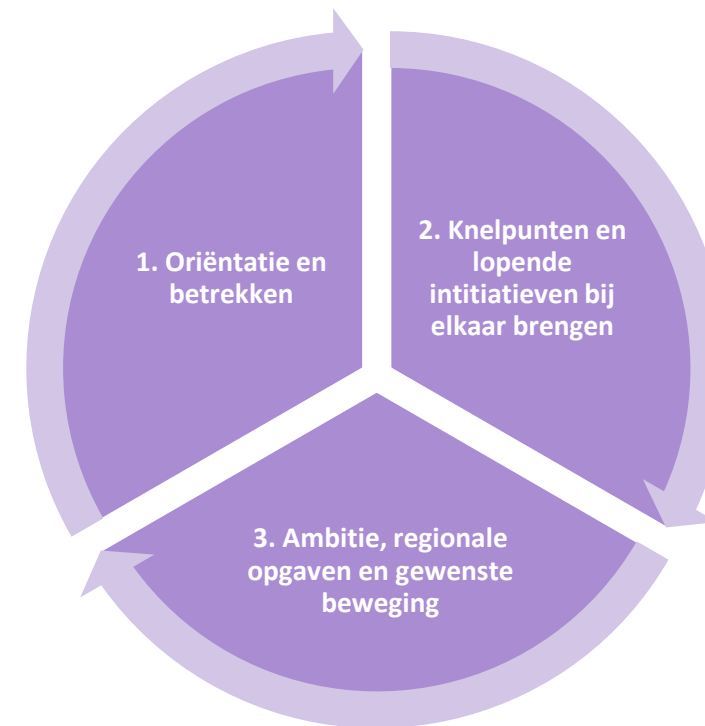
Stap 1 | Oriëntatie en betrekken

Op basis van het regiobeeld zijn een aantal belangrijke thema's voor arbeidsmarkt en onderwijs binnen Kennemerland vastgesteld.

In de eerste werksessie met verschillende zorg en welzijnsorganisaties, het onderwijs en de gemeente zijn de eerste stappen verkend om te komen tot een gezamenlijke ambitie, met bijbehorende opgaven en doelen voor het ontwikkelen van een regioplan Arbeidsmarkt en onderwijs Kennemerland. Daarbij zijn ook knelpunten en randvoorwaarden besproken.

Vervolg stappen | Governance en monitoring

Het regioplan is niet dichtgetimmerd en bevat ruimte voor nadere invulling. In Q1 2024 volgen er verschillende werksessies waarin we met betrokken partijen de werkagenda, de governance en de monitoring willen uitwerken.



Stap 2 | Knelpunten en lopende initiatieven bij elkaar brengen

Op basis van de uitkomsten van de eerste werksessie kregen wij overzicht van de regionale opgaven, doelen, knelpunten en randvoorwaarden. Vervolgens hebben wij de belangrijkste regionale opgaven en bijbehorende doelen geformuleerd om invulling te geven aan de opdracht om het regioplan Arbeidsmarkt en onderwijs verder te concretiseren.

In de volgende stap is bekeken welke samenwerkingsinitiatieven en lopende projecten er momenteel zijn in de regio Kennemerland. Ook is bekeken welke initiatieven wel of niet bijdragen aan de gewenste beweging en waar versnelling of innovatie aangebracht kan worden.

Stap 3 | Ambitie, regionale opgaven en gewenste beweging

In de tweede werksessie zijn de ambitie en de doelen voor het regioplan Arbeidsmarkt en onderwijs verder aangescherpt en zijn er drie tot vier initiatieven geselecteerd waarin in 2024 samengewerkt wordt om de gewenste beweging te realiseren.

Ambitie Arbeidsmarkt en onderwijs Kennemerland

Passende zorg voor iedereen, toekomstbehendig door wendbare professionals, met inzet van slimme innovaties en in samenwerking met inwoners, de sociale omgeving en zorg- en welzijnsaanbieders.

Wat vraagt deze ambitie van de regionale samenwerking?

- Nauwe regionale samenwerking voor het afstemmen van opleidingen.
- Strategieën voor duurzame inzetbaarheid.
- De inzet en adaptatie van technologische en sociale innovaties.
- De betrokkenheid van inwoners en gemeenschappen samen met zorginstellingen, onderwijs, lokale overheden en andere belanghebbenden.

De ambitie komt voort uit de volgende inzichten uit het regiobeeld Arbeidsmarkt en onderwijs:

Behalve het inzetten op arbeidsinnovatie, zal ook een groter beroep gedaan worden op de maatschappij. Het 'mantelzorgpotentieel' neemt echter af: de verhouding van de groep 50-64-jarigen ten opzichte van 85-plussers in Kennemerland ontwikkelt zich van 8,0 in 2022 naar 5,0 in 2032.

Naast de gepresenteerde kwantitatieve tekorten is er ook sprake van een kwalitatief veranderende vraag naar personeel. De inhoud van functies verandert door de gewenste verschuiving van zorg naar zoveel mogelijk zelfhulp, het liefst in de thuissituatie en digitaal.

Arbeidskrapte dwingt organisaties drempels te verlagen voor zij-instromers. Dit vraagt om denken vanuit competenties en vaardigheden, in plaats vanuit diploma's. Ook hierbij wordt er een beroep gedaan op het aanpassingsvermogen van huidige medewerkers.

Nieuwe technologie zal moeten aansluiten bij de werksituatie van professionals. Mensen in de zorg werken vanuit intrinsieke motivatie en professionaliteit. Hen betrekken bij beleid en verbeteren van de door hun ervaren autonomie is een belangrijke sleutel in het behoud van medewerkers.

Ambitie

Passende zorg voor iedereen; toekomstbehendig door wendbare professionals, met slimme inzet van innovaties en in samenwerking met inwoners, de sociale omgeving en zorg- en welzijnsaanbieders

Belangrijkste opgaven

1. Instroom vergroten

2. Anders werken, anders opleiden en ontwikkelen

3. Beter collectief goed werkgeverschap

Doelen per opgave

1.a. Zichtbaarheid en aantrekkelijkheid van zorg- en welzijn sector vergroten:

- Verbreden imago op zorg en welzijn (digitalisering en technologisering)
- Versterkte regionale samenwerking op instroom
- Gezamenlijk werven en rekruteren
- Zorgdragen voor regionale aansluiting en doorontwikkeling van Experience Center Zorg en Welzijn

1.b. Meer en beter betrekken mensen met afstand tot arbeidsmarkt:

- Specificeren van doelgroep 'onbenut arbeidspotentieel' en hoe aan te boren van nieuwe doelgroepen (zoals statushouders, buitenlandse krachten, asielzoekers, expats, mensen met een beperking)
- I.s.m. gemeenten/UWV creëren van 1-loket functie m.b.t. voorlichting en doorverwijzing

1.c. Samenwerking met onderwijs versterken

- Verkennen hoe samenwerking en afstemming tussen zorg en welzijn en onderwijs verbeterd kan worden
- Oriëntatie naar slimme en flexibele inzet

1.d. Informele zorg(regie) anders inrichten/formaliseren

- Oriëntatie naar meer betrekken van familie en verwanten, vrijwilligers
- Onderzoeken van het vergroten van het aantal mensen die zorg willen verlenen (ontlasten zorgprofessionals)
- Onderzoeken van het vergroten huidige en toekomstige inzet mantelzorgers

2.a. Samenwerking met onderwijs versterken

- Verkennen hoe samenwerking en afstemming tussen zorg en welzijn en onderwijs verbeterd kan worden
- Oriëntatie naar slimme en flexibele inzet

2.b. Meer gezamenlijk opleiden (toekomstbehendig)

- Versterken Anderstaligen schakeltraject i.s.m. onderwijs en zorg en welzijn
- Ontwikkelen van generiek Management Development programma

2.c. Meer modulair, meer digitale leermiddelen en meer praktijk en simulatie leren

- In gezamenlijkheid ontsluiten en ontwikkelen van Leermanagement platform/aanbod leerprogramma's
- Verkennen van inkoopvoordelen (LMS en shared services op HR)
- Onderzoek naar mogelijkheden tot meer inzet digitale leermiddelen en simulatie/praktijk leren
- Oriëntatie naar leerprogramma's ervaringsdeskundigen/vrijwilligers

2.d. Bekwaam is inzetbaar onderzoeken

- Onderzoeken van 'bekwaam is inzetbaar' t.b.v. optimaliseren van de effectiviteit en inzetbaarheid van zorgprofessionals

2.e. Functie-uitwisselbaarheid van en tussen zorgprofessionals versterken

- Vergroten wendbaarheid en efficiëntie van zorgprofessionals d.m.v. verkennen mogelijkheden functiedifferentiatie

2.f. Meer inzet van sociale en technologische innovatie versnellen (arbeidsbesparend)

- Samenwerking op sociale en technologische innovatie versnellen

3.a. Duurzaam meedoen

- Investeren in versterken van vitaliteit, gezondheid en weerbaarheid van zorgprofessionals door aanbod (leer)programma's

3.b. Aantrekkelijker regionaal werkgeverschap vormgeven

- Samenwerking naar oprichting gezamenlijke coöperatie voor ZZP'ers met doorontwikkeling naar regionale flexpool voor medewerkers en opleidings-/ontwikkelactiviteiten
- Vormgeven regionaal werkgeverschap t.a.v. gezamenlijk opleiden, goed werkgeverschap, doorstroom m.b.t. domein-overstijgende loopbaanpaden, talent management etc.
- Bestaanszekerheid van medewerkers vergroten (kinderopvang, levensfasebewust personeelsbeleid, collectieve ziektekostenverzekering, wonen en mobiliteit)
- Medewerkers meenemen en toerusten om gewenste transitie vorm te geven (toekomstbehendig)
- Opschalen actieprogramma Behoud (magneetdenken/onboarding)

3.c. Beter divers en inclusief werkgeverschap

- Bevorderen van diversiteit, (digitale) inclusie en sociale veiligheid
- Meer en beter betrekken van doelgroepen (onbenut arbeidspotentieel)

3.d. Samenwerking met onderwijs versterken

- Verkennen hoe samenwerking en afstemming tussen zorg en welzijn en onderwijs verbeterd kan worden
- Oriëntatie naar slimme en flexibele inzet

Inventarisatie huidige samenwerkingsinitiatieven, een paar voorbeelden

NB 1 Dit is een beknopte weergave van een excel met een uitgebreidere inventarisatie op de volgende onderdelen: regio, te betrekken partijen, status initiatief, contactpersoon, financiering, welk thema is in de lead, is het arbeidsmarktbesparend

Naam initiatief	Betrokken partijen	Doel / ambitie	Status
Actieprogramma Magneet	Magneet 1: Heliomare Magneet 2: IHUB, Leger des Heils, Levvel	Doel: Samen werken aan het aantrekken en behouden van talent door het creëren van aantrekkelijke werkomstandigheden (excellent werkgeverschap), het bevorderen van een positieve bedrijfscultuur en ontwikkelingsmogelijkheden voor zorgprofessionals (w.o. zeggenschap, beslissingsbevoegdheid). Resultaat: Verbeterd werkgeverschap en beter kunnen aantrekken en behouden van zorgprofessionals door het inbedden van magneetkrachten in de eigen organisatie en samen te werken in het actieleernetwerk magneet.	lopend
Actieprogramma Onboarding	Atalmedial, GGZ inGeest, IHUB, Leger des Heils, PerMens, RIBW/K/AM	Doel: Creëren van een dynamische en inspirerende omgeving waarin zorgprofessionals gezamenlijk leren, kennis delen en innovatieve strategieën ontwikkelen om effectieve onboardingprocessen te bevorderen, resulterend in beter behoud en succes van nieuwe medewerkers in de organisatie. Resultaat: Effectieve integratie van nieuwe zorgmedewerkers in de organisatie door een verbeterd en gestructureerd onboardingsproces, het verminderen van de uitstroom van nieuwe medewerkers binnen 2 jaar en verlagen van recruitmentkosten.	lopend
Regionale Aanpak Inzet ZZP Kennemerland	Kennemerhart, Zorgbalans, Viva!Zorggroep, St. Jacob, Spaarne Gasthuis, Huisartsencoöperatie Zuid-Kennemerland en Sibra	Doel: verbeteren van de inzet van ZZP-ers in de zorg en welzijn, met als doel het verminderen van de oplopende kosten en het waarborgen van de kwaliteit van de zorg. Resultaat: kostenbesparing, efficiënter personeelsbeheer, meer vertrouwde gezichten.	lopend

NB 2: De volwassenheid van elk initiatief verschilt. Voor sommige initiatieven geldt dat er al sprake is van een effectieve werkwijze, waarbij het voorstel is deze activiteiten uit te breiden. Terwijl voor andere initiatieven nog een verkenning, intentieverklaring, plan en/of business case moet worden opgesteld.

Knelpunten Arbeidsmarkt & onderwijs

1. Personeelstekort, hoge werkdruk en verloop

Het tekort aan gekwalificeerd personeel leidt tot een hoge werkdruk en verloop, wat de kwaliteit van zorg en welzijn kan beïnvloeden.

2. Mismatch tussen vraag en aanbod

Er bestaat mogelijk een discrepantie tussen de vraag naar zorg- en welzijnsdiensten en het beschikbare aanbod van gekwalificeerd personeel.

3. Onvoldoende samenwerking op alle niveaus

Gebrek aan effectieve samenwerking tussen verschillende niveaus van organisaties kan de coördinatie en afstemming van zorgactiviteiten belemmeren.

4. Juridische/ Financiële beperkingen

Deze beperkingen kunnen de flexibiliteit van zorgorganisaties beperken bij het aanpakken van personeelsuitdagingen en het implementeren van veranderingen.

5. Technologische en sociale adaptatie

Het implementeren van nieuwe technologieën en sociale innovaties kan moeizaam verlopen als gevolg van weerstand of onvoldoende adaptatie van zorgprofessionals.

6. Imago van de zorg en welzijnssector

Het imago van de zorg- en welzijnssector kan een uitdaging vormen bij het aantrekken van nieuw talent, waardoor het personeelstekort verder wordt versterkt.

7. Onvoldoende passende ontwikkelcapaciteit binnen de organisatie (kwalitatief/kwantitatief)

Gebrek aan geschikte ontwikkelcapaciteit, zowel in kwaliteit als kwantiteit, kan de groei en aanpassingsmogelijkheden van het personeel beperken.

8. Marktwerking in zorg en welzijn

Marktwerking kan leiden tot concurrentie en druk op efficiëntie, wat uitdagingen met zich meebrengt voor de kwaliteit van zorg en de arbeidsomstandigheden.

9. Betere afstemming binnen de organisatie

Onvoldoende interne afstemming binnen organisaties kan leiden tot inefficiënte processen en een gebrek aan samenhang in de dienstverlening.

10. Mismatch tussen opleiding en praktijk

Er bestaat mogelijk een kloof tussen de vaardigheden die worden aangeleerd tijdens opleidingen en de praktische behoeften van de zorg- en welzijnspraktijk.

Werkagenda Arbeidsmarkt en Onderwijs

Planning

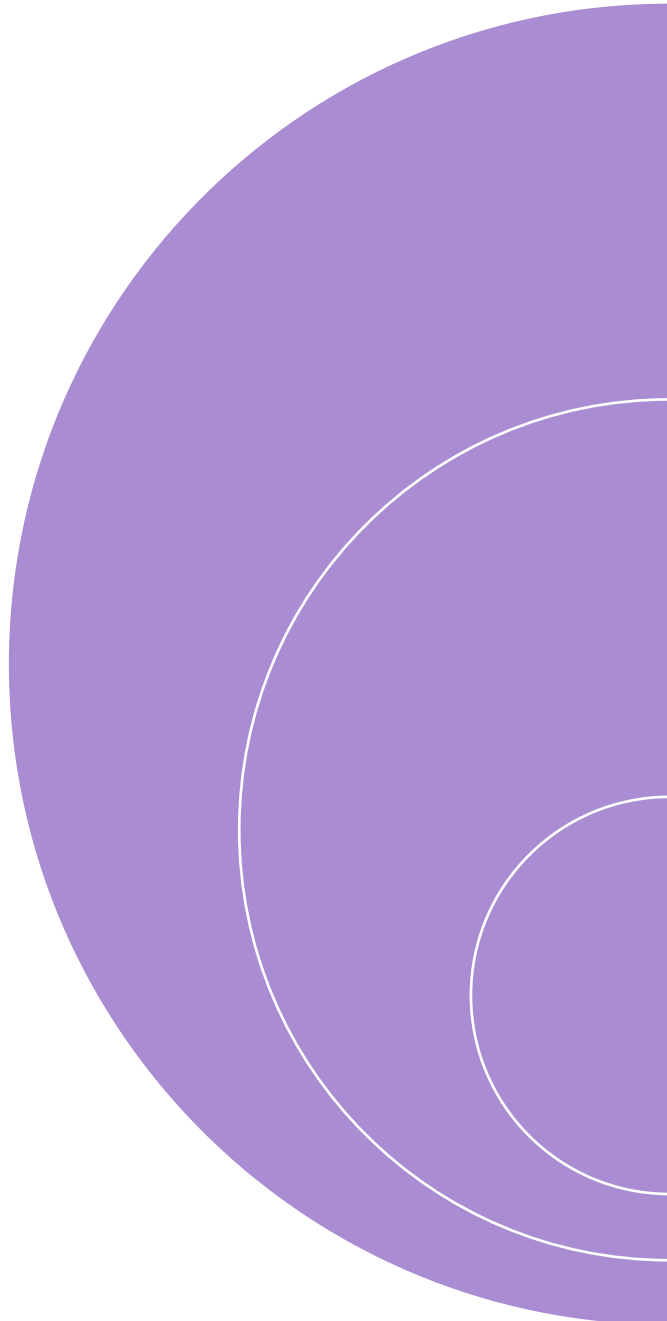
Het eerste kwartaal van 2024 wordt gebruikt om de vraag/behoefte achter het doel te onderzoeken, welke partijen zich willen committeren aan het behalen van dit doel en concretiseren welke acties wij hier op gaan ondernemen.

Vervolgens vragen we deze partijen (proces)afspraken te maken.

Doelen	Uit te voeren acties	2024	2025	2026
1.c. Samenwerking met het onderwijs versterken	<p>Verkennen hoe samenwerking en afstemming tussen zorg en welzijn en onderwijs verbeterd kan worden.</p> <p>Oriëntatie naar slimme en flexibele inzet (w.o. modulair opleiden, simulatie en praktijkleren)</p> <ul style="list-style-type: none"> • waar liggen de behoeften van zorg en welzijnsorganisaties en onderwijs op dit vlak • welke partijen willen betrokken worden en zich committeren aan het behalen van dit doel 	Start	Eind	
2.d. Bekwaam is inzetbaar onderzoeken	<p>Onderzoeken van 'bekwaam is inzetbaar' t.b.v. optimaliseren van de effectiviteit en inzetbaarheid van zorgprofessionals</p> <ul style="list-style-type: none"> • waar liggen de behoeften van de medewerkers en zorg en welzijnsorganisaties op dit vlak • welke partijen willen betrokken worden en zich committeren aan het behalen van dit doel 	Start	Eind	
3.b. Aantrekkelijker regionaal werkgeverschap vormgeven	<p>Vormgeven regionaal werkgeverschap t.a.v. gezamenlijk opleiden, goed werkgeverschap, doorstroom m.b.t. domein-overstijgende loopbaanpaden, talent management etc.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Onderzoeken van het in gezamenlijkheid ontsluiten en ontwikkelen van Leermanagement platform/aanbod leerprogramma's en diverse inkoopvoordelen • Medewerkers meenemen en toerusten om gewenste transitie vorm te geven (toekomstbehendig) • Ontwikkelen van generiek/regionaal Management Development programma voor leidinggevenden • Verkennen van de mogelijkheden tot het vergroten van de bestaanszekerheid van medewerkers in relatie tot betere mogelijkheden tot kinderopvang, wonen en mobiliteit en collectieve ziektekostenverzekering voor zorgprofessionals in de regio. • Ontwikkelen van een gezamenlijke visie op levensfasebewust personeelsbeleid <p>Onderzoeken en verkennen van de prioriteiten van bovengenoemde activiteiten</p> <ul style="list-style-type: none"> • waar liggen de behoeften van de medewerkers en zorg en welzijnsorganisaties op dit vlak • welke partijen willen betrokken worden en zich committeren aan het behalen van dit doel <p>Lopende initiatieven:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Samenwerking naar oprichting gezamenlijke coöperatie voor ZZP'ers met doorontwikkeling naar regionale flexpool voor medewerkers en opleidings-/ontwikkelactiviteiten • Opschalen actieprogramma Behoud (magneetdenken/onboarding) 	Start	Eind	

Thema Digitalisering

Leeswijzer thema digitalisering



Regio-beeld en betrokken partijen	<ul style="list-style-type: none">• Overzicht betrokkenen• Processtappen
Regio-opgaven	<ul style="list-style-type: none">• Ambitie• Gewenste beweging (opgaven en doelen)• Opgaves verder uitgewerkt• Knelpunten + toelichting
Regio-afspraken	<ul style="list-style-type: none">• Samenwerkingsinitiatieven• Werkagenda

Klik op de onderstreepte inhoud om naar dat onderdeel te gaan

Betrokkenen thema Digitalisering

Dit deelplan is geschreven door het themateam Arbeidsmarkt en Onderwijs

Het team bestaat uit:

- Bestuurlijk trekkers: Mark Wouters (Rode Kruis Ziekenhuis) en Jan Welmers (Heliomare)
- Gemeenten: Karen Bruijns en Dirk Hoevenaars (GGD)
- Zilveren Kruis: Arianne van Lavieren
- Zorg: Walter de Haan (Heliomare)
- Procesbegeleiding: Fredrik Knoeff (Connect4Care)

Betrokken organisaties

Huisartsenzorg

- HVMK
- HZK
- Huisartsen Haarlemmermeer
- Amstelland Zorg

Ziekenhuiszorg

- Rode Kruis Ziekenhuis
- Spaarne Gasthuis
- Amstelland Ziekenhuis

Laboratorium

- Atalmedial B.V.

Revalidatie

- Heliomare

Apotheek

- SAHZ

Bijzondere zorg

- SEIN

Verpleeg- en Verzorgingshuizen en Thuiszorg (VVT)

- ViVa! Zorggroep
- Amstelring
- Ons Tweede Thuis
- Kennemerhart
- Zorgbalans

Onderwijs

- Hogeschool van Amsterdam/Alkmaar
- Hogeschool Inholland
- ROC Nova College

Apotheek

- SAHZ

GGZ

- ZGGZ Ingeest

Welzijn

- Participe
- Meerwaarde

RSO

- Sigra

De processtappen

Stap 1 | Denken vanuit de landelijke beweging

De thematafel digitalisering start haar discussies vanuit landelijke programma's en opgaves. De belangrijkste is databeschikbaarheid. Dit is aangegeven in het regiobeeld Kennemerland en de nationale visie en strategie op het gezondheidsinformatiestelsel.



Stap 2 | Knelpunten en lopende initiatieven bij elkaar brengen

Op basis van ervaring en lopende initiatieven stelde de stuurgroep knelpunten op die in eerste instantie technisch georiënteerd waren. Later zijn daaraan toegevoegd de inhoudelijke opgaven vanuit de betrokken zorgorganisaties nadat ze uitgevraagd zijn over de belangrijkste initiatieven en strategische directie. Op deze wijze kreeg de technische insteek vanuit zorg en welzijn richting op functioneel niveau. Daaruit zijn 4 opgaven ontstaan samen die gecombineerd worden met bestaande of gewenste initiatieven. Het gaat hier niet om een uitputtende opsomming.

Vervolg stappen

Om de verwachtingen goed te managen: het plan is niet dichtgetimmerd en bevat nog ruimte voor nadere invulling.

Stap 3 | Ambitie en doelstellingen

In de vervolg sessies zijn ambitie, opgaven, doelen en initiatieven op logische wijze bij elkaar gebracht en verder uitgewerkt.

Ambitie Digitalisering

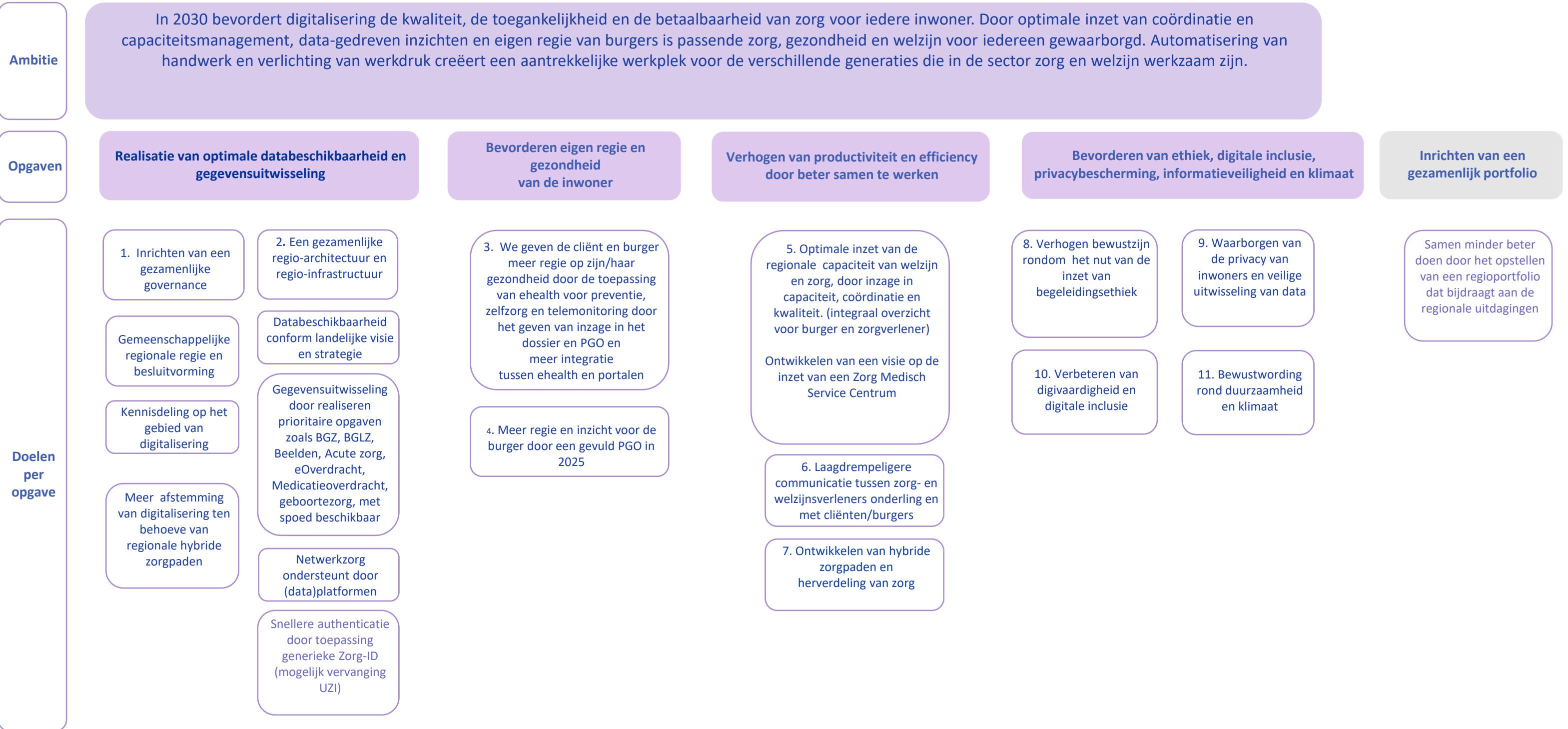
Ambitie Digitalisering:

In 2030 bevordert digitalisering de kwaliteit, de toegankelijkheid en de betaalbaarheid van zorg voor iedere inwoner. Door optimale inzet van coördinatie en capaciteitsmanagement, data-gedreven inzichten en eigen regie van burgers is passende zorg, gezondheid en welzijn voor iedereen gewaarborgd. Automatisering van handwerk en verlichting van werkdruk creëert een aantrekkelijke werkplek voor de verschillende generaties die in de sector zorg en welzijn werkzaam zijn.

Scope Digitalisering:

Digitalisering in dit plan bevordert passende zorg zoals opgenomen in het IZA. Meer specifiek wordt verwezen naar bijlage G. Het gaat om stimulering van zorg en gezondheid in een samenwerkingsverband gefaciliteerd door digitale technologie. Buiten scope is de digitalisering die organisaties intern, voor hun eigen organisatie alleen doorvoeren, zoals bijvoorbeeld de inzet van digitale hulpmiddelen of het verbeteren van de eigen systemen.

Gewenste beweging Digitalisering (1/1)



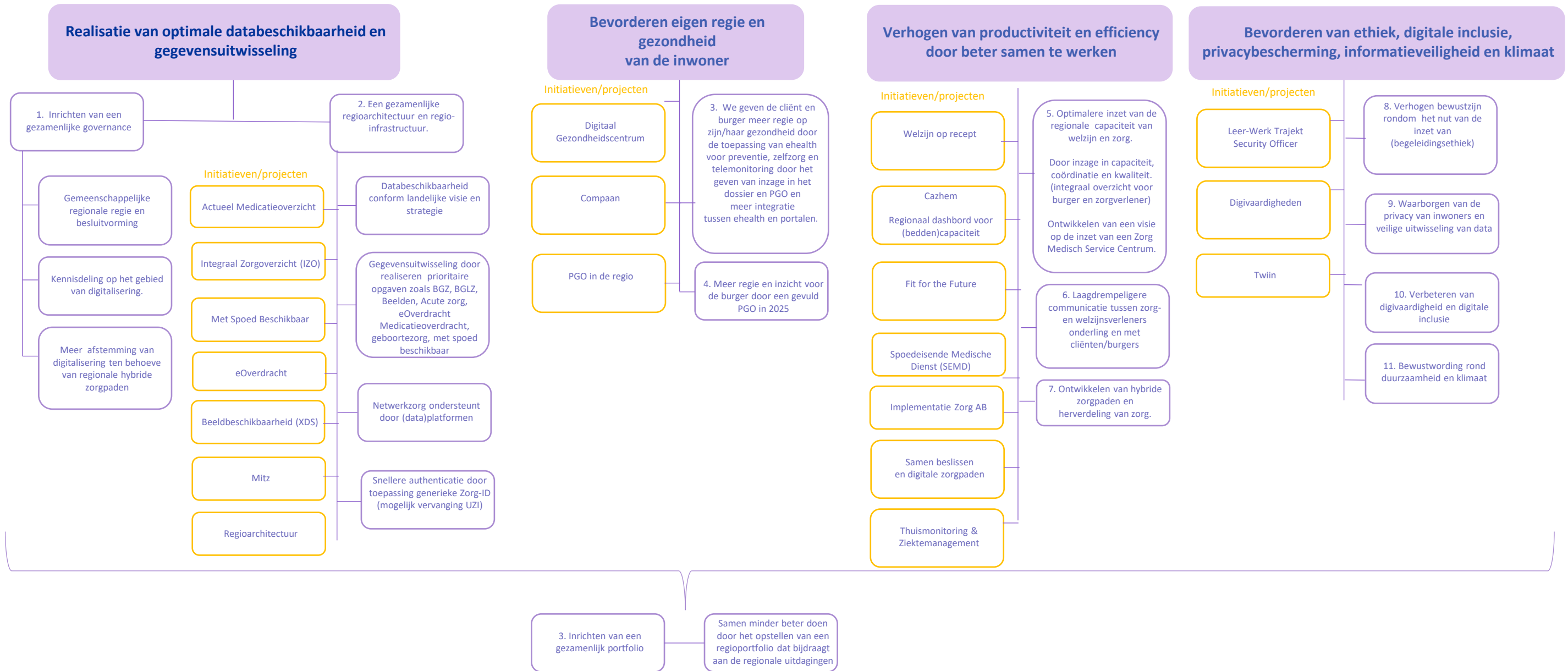
Gewenste beweging Digitalisering (1/2) – gekoppeld aan initiatieven

Ambitie

In 2030 bevordert digitalisering de kwaliteit, de toegankelijkheid en de betaalbaarheid van zorg voor iedere inwoner. Door optimale inzet van coördinatie en capaciteitsmanagement, data-gedreven inzichten en eigen regie van burgers is passende zorg, gezondheid en welzijn voor iedereen gewaarborgd. Automatisering van handwerk en verlichting van werkdruk creëert een aantrekkelijke werkplek voor de verschillende generaties die in de sector zorg en welzijn werkzaam zijn.

Opgaven

Doelen & initiatief en per opgave



Knelpunten Digitalisering

1. **Onduidelijke behoefte.** Zorgorganisaties en sociaal domein hebben (nog) geen duidelijke gezamenlijke inhoudelijke vraag of hebben daarover nog geen overeenstemming.
2. **Ontbreken van gedeelde basis** (architectuur en infrastructuur) op grond waarvan brede digitalisering mogelijk is. Concrete, inhoudelijke ambities en een verplichtend karakter ontbreken.
3. **Ontbreken van overkoepelende governance en portfolio.** De governance en organisatie is gedeeltelijk belegd bij de regionale samenwerkingsorganisaties (RSO). Maar niet alle zorg- en welzijnsorganisaties zijn aangesloten bij een RSO of zijn anders georganiseerd. Er is nog geen compleet portfolio van projecten met een bijbehorende prioritering. Daarnaast ontbreekt dekkend commitment aan de gekozen oplossing en richting.
4. **Ingewikkelde randvoorwaarden.** Digitalisering vraagt een kader dat mens en milieu bescherming geeft tegen misbruik. Deze kaders zijn vaak complex en vragen doorlopend inzet, aandacht en kennis

Samenwerkingsinitiatieven verder uitgewerkt (1 / 3)

NB Dit is een beknopte weergave van een excel met een uitgebreidere inventarisatie op de volgende onderdelen: regio, te betrekken partijen, status initiatief, contactpersoon, financiering, welk thema is in de lead, is het arbeidsmarktbesparend

Naam initiatief	Betrokken Partijen	Doel / ambitie	Draagt bij aan opgave (cijfer)
Actueel Medicatieoverzicht	Spaarne Gasthuis, CAVH, SAHZ, Openbare apothekers	Ontwikkeling van het medicatieoverzicht, mede in het kader van het landelijke programma	1. Databeschikbaarheid
Integraal Zorgoverzicht (IZO)	Spaarne Gasthuis, SAHZ Valt onder Programmaraad.	Multisectoraal platform voor databeschikbaarheid en gegevensuitwisseling, dat 360 graden view op de patiënt/client geeft.	1. Databeschikbaarheid
Met Spoed Beschikbaar	Spaarne Gasthuis, HZK, Huisartsen Haarlemmermeer, Huisartsenpost Haarlemmermeer, RAV.	Realisatie van landelijk programma. Verbeteren van acute zorg door gegevensuitwisseling.	1. Databeschikbaarheid
eOverdracht	Spaarne Gasthuis, Kennemerhart, Zorgbalans. Valt onder Programmaraad.	Realisatie van gestructureerde overdracht van ziekenhuis naar VVT.	1. Databeschikbaarheid
Beeldbeschikbaarheid (XDS)	Spaarne Gasthuis	Realisatie van beeldbeschikbaarheid, mede in navolging van afspraken in het ROAZ	1. Databeschikbaarheid
Mitz	Spaarne Gasthuis, Atal Medial, Streeklab, Huisartsen Haarlemmermeer, HZK. Valt onder Programmaraad.	Implementatie van landelijk toestemmingsvoorziening en migratie van regionale online toestemmingsvoorziening	1. Databeschikbaarheid
Regioarchitectuur	Valt onder Programmaraad.	Opstellen van een applicatielandschap, regioarchitectuur met bijbehorende governance. Mede bovenregionaal.	1. Databeschikbaarheid
Digitaal Gezondheidscentrum	Rode Kruis Ziekenhuis, HZK, Heliomare, Viva!		2. Eigen regie en gezondheid

Samenwerkingsinitiatieven verder uitgewerkt (2/3)

NB Dit is een beknopte weergave van een excel met een uitgebreidere inventarisatie op de volgende onderdelen: regio, te betrekken partijen, status initiatief, contactpersoon, financiering, welk thema is in de lead, is het arbeidsmarktbesparend

Naam initiatief	Betrokken Partijen	Doel / ambitie	Draagt bij aan opgave (cijfer)
Compaan Welzijn Thuis	In ontwikkeling	Uitbreiding van de toepassing Compaan En toepassing van digitale middelen om welzijn op afstand te kunnen leveren.	2. Eigen regie en gezondheid
PGO in de Regio	Valt onder Programmaraad	In ontwikkeling. Bewustwording en promotie van PGO in de regio.	2. Eigen regie en gezondheid
Thuismonitoring en Ziektemanagement			2. Eigen regie en gezondheid
Samen beslissen en digitale zorgpaden			2. Eigen regie en gezondheid
Welzijn op Recept	In ontwikkeling	Digitaal doorverwijzen door huisarts naar welzijnsorganisaties	3. Verhogen productiviteit
Cazhem	Kennemerhart, Sint Jacob, Zorgbalans, Amstelring	Faciliteren van huisartsen, artsen van de spoedpost, spoedeisende hulp en crisisdienst die op zoek zijn naar een overzicht van de beschikbare zorg voor kwetsbare ouderen in de regio Zuid Kennemerland.	3. Verhogen productiviteit
Regionaal dashboard voor bedden capaciteit	St Jacob, Zorgbalans, Kennemerhart, Cordaan, Amstelring, Huisartsen Zuid-Kennemerland, Huisartsen Haarlemmermeer, Spaarne Gasthuis, Zilveren Kruis en Zorg&Zekerheid	Het Netwerk dashboard toont de actuele (bedden) capaciteit in de regio én geeft de regio (retrospectief) inzage in de doorstroom van patiënten/cliënten in de gehele keten van Spaarne Gasthuis - huisarts - VVT.	3. Verhogen productiviteit

Samenwerkingsinitiatieven verder uitgewerkt (3/3)

NB Dit is een beknopte weergave van een excel met een uitgebreidere inventarisatie op de volgende onderdelen: regio, te betrekken partijen, status initiatief, contactpersoon, financiering, welk thema is in de lead, is het arbeidsmarktbesparend

Naam initiatief	Betrokken Partijen	Doel / ambitie	Draagt bij aan opgave (cijfer)
Spoeisende Medische Dienst	Zie acute zorg	Zie acute zorg.	3. Verhogen productiviteit
Implementatie Zorg AB		Implementatie van landelijke voorziening	3. Verhogen productiviteit
Leer-Werk Traject Security Officer		Opleiden van Security Officers als antwoord op een krappe arbeidsmarkt.	4. Bevorderen ethiek, inclusie etc
Digivaardigheden		Verbeteren van digitale kennis en kunde van patiënten en zorgverleners	4. Bevorderen ethiek, inclusie etc
Twijn	In ontwikkeling. Valt onder Programmaraad	Realisatie van landelijk afsprakenstelsel en vermindering van administratieve lasten.	4. Bevorderen ethiek, inclusie etc

Werkagenda Digitalisering

Doelen	Uit te voeren acties	2024	2025	2026
1. Inrichten van een gezamenlijke governance	Opdrachtformulering. Instellen stuur- en werkgroepen.	Start ————— Eind		
2. Een gezamenlijke regioarchitectuur en regio-infrastructuur.	Opdrachtformulering. Opstellen van documenten en structuur voor duurzame afstemming. Mede vallend onder de governance onder 1.		Start ————— Eind	
3. Inrichten van een gezamenlijk portfolio	Opstellen van lijst met veelbelovende oplossingen die de regio wil inzetten. Mede vallend onder de governance onder 1.		Start ————— Eind	
4. We geven de cliënt en burger meer regie op zijn/haar gezondheid door de toepassing van ehealth voor preventie, zelfzorg en telemonitoring door het geven van inzage in het dossier en PGO en meer integratie tussen ehealth en portalen.	Opschalen van initiatieven in overeenstemming met het portfolio en de regioarchitectuur.		Start ————— Eind	
5. Meer regie en inzicht voor de burger door een gevuld PGO in 2025	Gezamenlijk en gecoördineerd vullen van de PGO door de organisaties in de regio	Start ————— Eind		
6. Optimale inzet van de regionale capaciteit van welzijn en zorg. Door inzage in capaciteit, coördinatie en kwaliteit. (integraal overzicht voor burger en zorgverlener) Ontwikkelen van een visie op de inzet van een Zorg Medisch Service Centrum.	Verbreding van de inzet van Cazhem Vanuit governance opstellen visie Medisch Service Centrum. Opstellen van een projectplan indien gewenst.	Start ————— Eind		
7. Ontwikkelen van hybride zorgpaden en herverdeling van zorg	Nader te bepalen.		Start ————— Eind	
8. Laagdrempeligere communicatie tussen zorg- en welzijnsverleners onderling en met cliënten/burgers	Nader te bepalen		Start ————— Eind	
9. Verhogen bewustzijn rondom het nut van de inzet van begeleidingsethiek)	Bewustwording rondom nut en noodzaak van ethiek. Ethiek als vast onderdeel bij opschaling van digitale oplossingen. Opleiden van regionale mentoren.		Start ————— Eind	
10. Waarborgen van de privacy van inwoners en veilige uitwisseling van data (waaronder Twiin)	Ondersteuning bij invoeren NEN normering en implementatie van Twiin als ondersteunend afsprakenstelsel.	Start ————— Eind		
11. Verbeteren van digivaardigheid en digitale inclusie	Uitrol van programma's om kennis en kunde te verhogen, zodanig dat daar waar het kan digitale middelen in te zetten.		Start ————— Eind	
12. Bewustwording rond duurzaamheid en klimaat	Verkennen van noodzakelijke maatregelen om de negatieve invloed van digitalisering en het groeiend gebruik van data in de zorg, op het milieu te verkleinen.		Start ————— Eind	

Monitoring & evaluatie – Doel en aanpak

Start in Q1 2024



Concretiseren

- **Concretiseer** met relevante belanghebbenden de doelstellingen
- Definieer een beperkt aantal **meetbare KPI's**. Dit kunnen zowel (SMART-)doelstellingen zijn als onderliggende resultaat/inspannings-KPI's

Dataverzameling

- Bepaal de **methode** voor het verzamelen van gegevens die nodig zijn om de KPI's te meten, zoveel mogelijk o.b.v. bestaande databronnen
- Wijs **verantwoordelijkheden** aan voor dataverzameling, analyse en rapportage en bepaal beoogde tijdslijnen voor het monitoring en rapportage

Rapportage

- Ontwikkel een pragmatische manier van **rapporteren** van de resultaten op een begrijpelijke en toegankelijke manier
- **Communiceer** pragmatisch en frequent (bv. ieder kwartaal) over de voortgang en resultaten naar alle relevante belanghebbenden

Evaluatie

- Spreek concrete **vervolgacties** af op het moment dat een KPI niet gehaald wordt
- Plan momenten voor periodieke **evaluatie** (bijv. jaarlijks) om de gekozen KPI's en de monitoringaanpak te beoordelen. Pas de aanpak aan op basis van evaluatieresultaten

Hoe organiseren we dit in de regio?

Monitoring is een voorwaarde om de beoogde transformatie te faciliteren, de impact van de veranderingen te meten en het juiste gedrag aan te moedigen (en dus niet om partijen te controleren of af te rekenen). We werken met bestuurlijke trekkers en procesbegeleiders, zij hebben de taak om KPI's op te stellen, te meten, verslag uit te brengen en aan te passen. Ze staan dicht bij wat er echt gebeurt en kunnen de gewenste veranderingen en het gewenste gedrag vertalen naar meetbare doelen, rekening houdend met draagvlak en praktische toepassing.

In samenspraak met de GGD (gezien hun wettelijke taak) is de commissie Evaluatie & monitoring voor de regio Kennemerland in het leven geroepen. Dit is een adviescommissie waarin naast GGD ook vertegenwoordigers zitten van gemeenten en betrokken zorgpartijen. Zij kunnen adviseren aan de themateams. In Q1 2024 start deze commissie.

Landelijke randvoorwaarden

- Een eerlijk nationaal verhaal uitdragen, waarin duidelijk wordt wat transitie in welzijn en zorg voor de maatschappij betekent.
- Voldoende geoormerkt budget ter beschikking stellen om de beweging van ziekte en zorg naar gezondheid en gedrag te realiseren en te continueren
- De onderlinge uitwisseling van personeel vrijstellen van btw.
- Voorbeelden van perverse prikkels in de bekostiging van zorg die haaks staan op de transformatie met elkaar en met de NZa delen en gezamenlijk voorstellen voor oplossingen doen.
- Strak sturen op het standaardiseren en vereenvoudigen van gegevensuitwisseling en databeschikbaarheid. Aanpassen van wet- en regelgeving als dat nodig is. Toewerken naar een gedeeld informatiemodel.
- Tijdelijke en structurele financiering regelen voor zorgcoördinatiecentra, met duidelijke kaders vanuit VWS.
- Het maatschappelijk bewustzijn vergroten dat HAP, SEH en 112 alleen bedoeld zijn voor echt acute zorg.
- Voldoende passend en betaalbaar woningaanbod creëren (zie WOZO). De Normatieve Huisvestings Component van zorgfinanciëringstitels moet een reële weergave zijn van de exploitatie, inclusief inflatie en bouwkostenindex.
- Een transitie in gang zetten van een concurrentiemodel naar condities die regionale samenwerking stimuleren en versterken.
- Het harmoniseren van de eigen bijdragen Wlz en Zvw en het verminderen van de zorgval van Zvw-wijkverpleging naar Wlz.
- Wetgeving invoeren rondom de inzet van zzp'ers in de zorg, zoals een maximum stellen aan het aandeel PNIL.
- Het tegengaan van versnippering van het zorgaanbod.
- Structurele financiering regelen voor verkennend gesprek / mentale gezondheidscentra.
- Analyses over concentratie en spreiding laten uitvoeren door de NZa, omdat de NZa wel (en de zorgverzekeraars niet) over de volledige data beschikt. De regio levert hiertoe de onderzoeksvragen aan.
- Patiënten moeten kunnen rekenen op continuïteit van zorg, ook als die zorg nu valt onder experimenten volgens de Beleidsregel Innovatie. Continuïteit moet ook verzekerd zijn als de einddatum van dit experiment verstreken is én de evaluatie van het experiment positief, en alternatieve bekostiging (nog) niet beschikbaar. Het is aan NZa en zorgverzekeraars om structurele bekostiging te organiseren.

Uitnodiging aan de lezer

Dit regioplan geeft een richting aan en biedt nieuwe kansen om welzijn en zorg in de regio Kennemerland te verbeteren. Graag willen wij je vragen om in jouw organisatie de uitdaging aan te gaan en bij te dragen aan het doel van dit plan. Om het plan te verrijken zijn kritische vragen en constructieve feedback altijd welkom.

“Kennemerland in beweging”
Samen lef hebben en keuzes maken om ondersteuning en zorg die echt nodig is,
voor iedereen toegankelijk te houden

Bijlagen

Bijlage 1 – Mentale gezondheid

Opgave 1: Preventie en vroegtijdige interventies

Toelichting:

De ontwikkelingen in de samenleving maken dat mensen steeds sneller en meer zelf kunnen regelen op het moment dat het hen uitkomt (24/7). Mensen hebben de verwachting dat de GGZ de meest geschikte plek is voor zorg bij hun psychische problemen en verwachten soms een “quick fix”. Ook is het zorglandschap ingericht op diagnostisering, hospitalisering en ziekte in plaats van op gezondheid. Het af- of ombuigen van de zorgvraag is een belangrijke opgave om de toegankelijkheid van zorg in de toekomst te borgen. Dit vraagt verandering van denken bij zowel onze inwoners als zorgverleners. Door onze zorg laagdrempelig te organiseren stimuleren we een paradigmaverschuiving als het gaat om mentale gezondheid.

Doelen:

- 1a - Creëren dekkend aanbod van laagdrempelig steunpunten die aansluiten bij zorg- en ondersteuning in de regio, met name voor mensen met een ernstig psychiatrische aandoening (EPA);
- 1b - Bevorderen ‘GGZ-vriendelijke’ wijken waar kennis en afstemming laagdrempelig beschikbaar is;
- 1c - Inzetten op normaliseren i.p.v. diagnosticeren en / of medicaliseren

Wat zijn de belangrijkste knelpunten om het doel te behalen?

1. Verwachtingen ten aanzien van de GGZ;
2. Onvoldoende samenwerking (en kennis) binnen en tussen domeinen;
3. Gebrek aan integrale vraagstelling;
4. Beschikbaarheid cruciale zorg;
5. Gebrekkige samenhang jeugdigen en volwassenen;
6. Data beschikbaarheid

Wat doen we al, wat zijn bestaande samenwerkingsinitiatieven die bijdragen aan deze opgave?

- Er zijn al laagdrempelige voorzieningen in alle wijken, denk voorbeeld aan wijkcentra/huizen van de wijk (soms het dorps huis) waar allerlei voorzieningen en activiteiten worden georganiseerd;
- Er zijn diverse samenwerkingsinitiatieven

Wat doe je niet, maar is wel noodzakelijk? Waar zijn nog oplossingsrichtingen voor nodig?

- Deze opgave wordt opgenomen door de thematafel Mentale Gezondheid waarbij vanuit de juiste samenstelling/ werkgroep uitwerking volgt met specifieke opdrachtformulering, plan van aanpak, structuur etc.

Opgave 2: Efficiëntere samenwerking en passende zorg

Toelichting:

Mensen met mentale gezondheidsproblematiek hebben behoefte aan gecoördineerde opeenvolgende inspanningen vanuit verschillende domeinen en aanbieders om zo snel mogelijk de juiste hulp te krijgen. Door een hoeveelheid aan betrokken professionals en partijen ontbreekt regie, waardoor zorginspanningen niet altijd leiden tot samenhang in het bieden van passende zorg. Gevolg is dat de wachtlijstproblematiek toeneemt door onjuiste en/of “onterechte” verwijzingen. Het aantal wachtenden groeit en er is een toenemende kans op verergering van klachten. Dit leidt op zijn beurt tot verhoogde druk op huisartsen en professionals die vanuit het sociaal domein bij deze mensen betrokken zijn.

Doelen: Wanneer wij denken aan efficiënte samenwerking en het bieden van passende zorg, bedoelen we mensen die al enige vorm van zorg ontvangen.

- 2a - Verbeteren van in,- door,- en uitstroom door betere samenwerking HA, GGZ en SD;
- 2b - Verminderen van wachttijden door samenhang in zorg en ondersteuning te organiseren;
- 2c - 24/7 bereikbaarheid van GGZ voor cliënten met psychische problematiek;
- 2d - Vormgeven crisisregeling voor kleinere / vrijgevestigde aanbieders t.b.v. behandeling complexe casuïstiek .

Wat zijn de belangrijkste knelpunten om het doel te behalen?

1. Verwachtingen ten aanzien van de GGZ;
2. Onvoldoende samenwerking (en kennis) binnen en tussen domeinen;
3. Gebrek aan integrale vraagstelling;
4. Gebrekkige samenhang jeugdigen en volwassenen;
5. Data beschikbaarheid

Wat doen we al, wat zijn bestaande samenwerkingsinitiatieven die bijdragen aan deze opgave?

- Het project Versneller Wachttijden is in 2022 actief ingericht waarbij in een kleine groep met relevante partijen om te komen tot een eerste opzet van het initiatief. In de bijeenkomsten tot nu toe stonden onderwerpen als toegevoegde waarde, doelen, doelgroep, spelregels, uitgangspunten, deelnemers transfertafel en governance centraal.

Wat doe je niet, maar is wel noodzakelijk? Waar zijn nog oplossingsrichtingen voor nodig?

- urgentiebepaling en prioritering moeten nog volgen bij de uitwerking van de doelen.

Opgave 3: De juiste zorg en ondersteuning op de juiste plek

Toelichting:

Er is onvoldoende integrale benadering van vraagstelling wanneer mensen met mentale gezondheidsproblemen zich melden bij de huisarts, het sociaal domein en GGZ. Een groot deel van de mensen wordt naar GGZ verwezen waardoor de toegankelijkheid van de GGZ onder druk staat. Ook speelt mee dat in-, door-, en uitstroom niet altijd hand-in-hand gaan waardoor er onvoldoende beschikbaarheid en capaciteit is bij doorstroom. Hierdoor stagneert de zorgketen en neemt de druk op de keten toe. Door onvoldoende passende zorg te bieden aan onze inwoners neemt de kans op verergering van klachten toe. Ook ervaren zorgverleners meer werkdruk door toenemende complexiteit en niet-passende casuïstiek.

Doelen:

- 3a - Ontwikkelen mentale gezondheidsvoorziening met bijbehorende functies voor mensen met psychische klachten én met problemen op andere levensdomeinen;
- 3b - Transfermechanisme voor optimale benutting capaciteit en besluitvorming conform landelijk escalatie-model

Wat zijn de belangrijkste knelpunten om het doel te behalen?

1. Verwachtingen ten aanzien van GGZ;
2. Onvoldoende samenwerking (en kennis) binnen en tussen domeinen;
3. Gebrek aan integrale vraagstelling;

Wat doen we al, wat zijn bestaande samenwerkingsinitiatieven die bijdragen aan deze opgave?

- Het regionale project Versneller Wachttijden is in 2022 actief ingericht waarbij in een kleine groep met relevante partijen is gekomen tot een eerste opzet van het initiatief. In de bijeenkomsten tot nu toe stonden onderwerpen als toegevoegde waarde, doelen, doelgroep, spelregels, uitgangspunten, deelnemers transfertafel en governance centraal.

Wat doe je niet, maar is wel noodzakelijk? Waar zijn nog oplossingsrichtingen voor nodig?

- Er is spanning tussen de lokale/wijkgerichte benadering van het sociaal domein en de behoefte aan regionale afspraken vanuit de zorg, inclusief bijbehorende structurele financiering

Opgave 4: Beschikbaarheid Cruciale zorg

Toelichting:

De complexiteit van zorg- en ondersteuningsvragen neemt toe terwijl wachtlijsten oplopen en er continue druk staat op mensen en middelen. Er is daarmee een groeiende mismatch tussen vraag en aanbod in de regio en met name complexe cliënten dreigen het kind van de rekening worden. Er is groeiende behoefte om in tijden van schaarste de zorg in elk geval toegankelijk te houden voor hen die het dat hardst nodig hebben. Een groeiende kwetsbare groep dreigt steeds verder in de knel te komen. Dit resulteert enerzijds in hoge druk op de keten en verantwoordelijk verwijzers en behandelaars maar zorgt anderzijds ook voor grote risico's voor de groep zelf. Als cliënten niet tijdig in de juiste zorg terecht komen of als voorzieningen ontbreken, is er een groot risico op escalatie van problematiek. Dat kan tevens leiden tot toenemende overlast voor of incidenten in de samenleving.

Doelen:

- 4a - Identificeren van cruciaal zorgaanbod en lacunes en waar mogelijk planvorming;
- 4b - Inbedden regionale, bovenregionale en landelijke afspraken over dekkende en volledige spreiding van aanbod

Wat zijn de belangrijkste knelpunten om het doel te behalen?

1. Onvoldoende samenwerking (en kennis) binnen en tussen domeinen;
4. Beschikbaarheid cruciale zorg;
6. Data beschikbaarheid

Wat doen we al, wat zijn bestaande samenwerkingsinitiatieven die bijdragen aan deze opgave?

-

Wat doe je niet, maar is wel noodzakelijk? Waar zijn nog oplossingsrichtingen voor nodig?

- De inventarisatie van cruciale zorg wordt opgenomen als onderdeel van het regioplan. Er is met name discussie over volgorde van zaken in deze opgave. Dit gesprek zal verder gevoerd moeten worden.
- Belangrijk aandachtspunt is het creëren van een inspirerende werkomgeving voor professionals zodat de zorg beschikbaar blijft. Dit wordt als aandachtspunt meegenomen door de thematafel Arbeidsmarkt.

Opgave 5: Aansluiting Jeugdhulp en volwassenen GGZ*

Toelichting:

Eén van de opgaven die naar aanleiding van het regiobeeld duidelijk naar voren komt is het verbeteren van de mentale gezondheid van jeugd tussen de 13-23 jaar. Daarnaast is het middelengebruik onder jongvolwassenen een aandachtspunt. Hierbij willen we focus leggen op vroegsignalering van psychische kwetsbaarheid en het vinden van passende zorg. Door in te zetten op ondersteuning bij opvoeding binnen gezinnen en integrale zorg in wijken, buurten en scholen te organiseren willen we het zelf herstellend vermogen versterken van de jeugdige, zijn ouders en de personen die tot hun sociale omgeving behoren. Door lichte problematiek bijvoorbeeld te normaliseren en de focus te richten op gezondheid (dit geldt voor zowel professionals als inwoners) dragen we bij aan brede beweging dat GGZ hulp niet altijd nodig of passend is.

Doelen:

- 5a - Verbeteren lokale Samenwerking (CJG, JGZ, huisartsen/POH GGZ, eerstelijns paramedici en scholen) voor preventie en passende zorg waar nodig;
- 5b - Verbeteren samenwerking Jeugdhulp, JGZ en volwassenen GGZ ter voorkoming van (multi probleem) gezinnen;
- 5c - Verbeteren samenwerking Jeugd GGZ en volwassenen GGZ voor goede overgang 18-/18+

Wat zijn de belangrijkste knelpunten om het doel te behalen?

1. Onvoldoende samenwerking (en kennis) binnen en tussen domeinen;
3. Gebrek aan integrale vraagstelling;
4. Beschikbaarheid cruciale zorg;
5. Gebrekkige samenhang jeugdigen en volwassenen;
6. Data beschikbaarheid

Wat doen we al, wat zijn bestaande samenwerkingsinitiatieven die bijdragen aan deze opgave?

- De regio is al mee bezig om vanuit de 4 consortia de beweging te maken naar een integrale aanpak en in te zetten op laagdrempelige ondersteuning vanuit scholen en bijvoorbeeld de POH bij de huisartsen;
- Huisartsen, JGZ, CJG en gemeenten zetten zich gezamenlijk in om de samenwerking te verbeteren om passende hulp te kunnen bieden aan jeugdigen.

Wat doe je niet, maar is wel noodzakelijk? Waar zijn nog oplossingsrichtingen voor nodig?

- Integrale structurele financiering organiseren waardoor jeugdigen in overgang 18- naar 18+ niet tussen wal en schip belanden;
- Voldoende dekkende (zorg)voorzieningen, omdat jeugdigen nu soms onnodig lang in een jeugdzorgvoorziening of in een woonvorm die niet aansluit op de behoeften;
- Jongerenwerk en het onderwijs zouden aan moeten sluiten op de samenwerking met GGZ. Nu geldt bijv. soms dat het bereik vanuit sociaal domein nog onvoldoende is als het gaat over mentale weerbaarheid;
- Daarnaast vraagt de aanpak voor middelengebruikers en (multi- probleem) gezinnen specifieke aandacht

Opgave 6: Digitalisering en ontwikkeling

Toelichting:

Bevordering van zorg en gezondheid verloopt steeds meer via de digitale weg. Zowel IZA, als GALA en WOZO verlangen dat de zorg als het kan via digitale middelen wordt verleend. Hierbij kunnen we op gebied van mentale gezondheid denken aan Ehealth en ondersteunde technische/digitale tools. Tegelijkertijd is data-beschikbaarheid erg complex en verloopt dit niet soepel. Het deelplan digitalisering richt zich specifiek op deze uitdagingen. Wel zijn digitalisering en ontwikkeling randvoorwaardelijk om efficiëntie van mentale gezondheidszorg te verbeteren.

Doelen:

6a - Data beschikbaarheid en informatie-uitwisseling

6b - Door-ontwikkelen en stimuleren van hybride zorg(paden);

6c - Verbeteren effectiviteit door betere samenwerking met digitalisering, bijv. (Digitaal) matchen actuele zorgaanbod en - waar mogelijk - het ondersteunings-aanbod vanuit het sociaal domein

Wat zijn de belangrijkste knelpunten om het doel te behalen?

- Ontbreken van gedeelde basis: er is geen regionale architectuur en infrastructuur om brede digitalisering op in te richten;
- Toestemming: sommige mensen geven geen toestemming om gegevens uit te wisselen;
- Informatieoverdracht: er zijn veel verschillende systemen binnen en tussen domeinen waardoor onderlinge koppelingen lastig zijn in te richten;
- Veroudering van informatie: informatie wordt soms niet real-time geautomatiseerd en raakt verouderd;
- Gebrek aan overzicht: er is geen beschikbare data van regionale capaciteit en beschikbaarheid wat de coördinatie van zorg belemmert;
- Gebrek aan kennis en kunde: veel zorgverleners ontbreekt het aan affiniteit, expertise en kunde op gebied van digitalisering;

Wat doen we al, wat zijn bestaande samenwerkingsinitiatieven die bijdragen aan deze opgave?

- Er gebeurt al veel op gebied van digitalisering, zie hiervoor de lijst samenwerkingsinitiatieven

Wat doe je niet, maar is wel noodzakelijk? Waar zijn nog oplossingsrichtingen voor nodig?

- Er bestaat discussie over de haalbaarheid van een regionale infrastructuur en bijkomende (technische) keuzes

Bijlage 2 - Gezondheidsverschillen

Opgave 1. Beter bereiken van inwoners met gezondheidsachterstanden

Beschrijf kort wat we hiermee bedoelen.

Met het bestaande ondersteunings- en zorgaanbod bereiken we kwetsbare groepen minder goed dan andere inwoners. Het is daarom belangrijk dat we beter gaan aansluiten bij de vraag/behoefte van deze kwetsbare inwoners. Dit betekent dat we moeten investeren in het ophalen van deze vraag en in het vergroten van de kennis over deze doelgroepen bij professionals. Naast een meer vraaggericht aanbod moeten we ook zorgen dat het aanbod beter bereikbaar en toegankelijk is. Dit kan zowel door te investeren in duidelijkere communicatie als ook door bijvoorbeeld financiële en praktische drempels weg te halen of verkleinen.

Wat zijn de belangrijkste knelpunten om deze opgave te behalen?

- We hebben onvoldoende oog voor en inzicht in de vraag/behoefte van inwoners;
- Gebrek aan vertrouwen bij inwoners in professionals (bijvoorbeeld angst voor uithuisplaatsing kinderen en terugvordering toeslagen) waardoor hulpvraag uit blijft;
- Gebrek aan kennis en handelingsperspectieven bij professionals;
- De doelgroep als collectief betrekken bij (door) te ontwikkelen aanbod, vraagt een intensieve inzet en dus voldoende capaciteit en kennis.

Wat doen we al, wat zijn bestaande samenwerkingsinitiatieven die bijdragen aan deze opgave? (*zie werkbestand excel voor verdere uitwerking)

We voorzien in laagdrempelige ondersteuningsteams, zoals sociale wijkteams en zorgteams op scholen;

We hebben verschillende financiële regelingen waaronder een minimapolis (zorgverzekering) via de gemeenten en de meeste gemeenten zijn aangesloten bij het Jeugdfonds Sport en Cultuur;

Bijvoorbeeld de interventie Voel je Goed. Laagdrempelige activiteiten als wandelen met de huisarts, ontmoetingsactiviteiten voor diverse doelgroepen (LVB, alleenstaanden).

Wat doen we al, maar vraagt extra aandacht/versterking? (*zie werkbestand excel voor verdere uitwerking)

In gesprek met inwoners, dit vraagt vooral extra aandacht in genoemde wijken. Hierbij gebruik maken van sleutelpersonen/ervaringsdeskundigen.

Krachtige Basiszorg, werken vanuit gedachtegoed van Positieve Gezondheid.

Wat doe je niet, maar is wel noodzakelijk? Waar zijn nog oplossingsrichtingen voor nodig?

Samen met inwoners komen tot een passend aanbod aan preventieve activiteiten op wijkniveau.

Gezamenlijk (professionals sociaal en medisch domein) trainen op kennis en vaardigheden.

Actief inzetten op 'vindplekken' voor ontmoeting en communicatie (oudertafel, kringloop, voedselbank, kledingbank, Nederlandse taallessen op scholen).

Waar schuurt het/doet het pijn als we deze opgave gaan realiseren?

Het deels moeten loslaten van bestaande werkwijzen. Geen zaken 'bij je houden', maar erop vertrouwen dat andere partijen het ook of beter kunnen.

Het stoppen van interventies die onvoldoende effect hebben.

Ongelijk investeren, dit betekent dat in sommige gemeenten/wijken minder inzet gepleegd wordt dan voorheen, zodat er meer inzet gepleegd kan worden waar dit echt hard nodig is.

Opgave 1. Beter bereiken van inwoners met gezondheidsachterstanden

Doel A. Meer persoonsgerichte aanpak

Het bereiken van mensen met gezondheidsachterstanden vraagt om maatwerk in het achterhalen van de oorzaken. Financiële stress vraagt om een andere aanpak dan eenzaamheid/gebrek aan netwerk. Bij het motiveren van de bewoner om gezondere keuzes te maken, moet de bewoner zelf in regie zijn. Ook daarbij geldt dat alleen een persoonlijke aanpak ervoor kan zorgen dat iemand in beweging komt.

Doel B. Betere samenwerking tussen 0^e, 1^e, 2^e en 3^e lijn en de domeinen

Betere afstemming tussen zorgverleners uit de 0^e, 1^e, 2^e en 3^e lijn én de verschillende domeinen voorkomt problematisering en medicalisering van zorgvragen en draagt bij aan zorg en begeleiding op de juiste plaats door de juiste zorgverlener, in het belang van inwoners en van zorgverleners.

Doel C. Meer deskundigheid professionals

Eén op de vier Nederlanders heeft beperkte gezondheidsvaardigheden. Dat betekent dat zij moeite hebben met het vinden, begrijpen, beoordelen en gebruiken van informatie over gezondheid. Wanneer professionals zich niet bewust zijn van het feit dat zij regelmatig mensen tegenover zich hebben met beperkte gezondheidsvaardigheden zal de ondersteuning/zorg minder of zelfs onvoldoende effectief zijn. Naast het vergroten van bewustwording hebben professionals ook tools nodig om mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden effectief te kunnen ondersteunen. We bevorderen een 'brede uitvraag' door alle zorgverleners (op basis van het gedachtegoed van Positieve gezondheid).

Doel D. Meer passend preventief aanbod in de wijk

Het preventieve aanbod in de wijk sluit niet altijd aan op de behoeften van de doelgroep, waardoor zij niet deelnemen of niet het gewenste resultaat behalen. Passend preventief aanbod zorgt ervoor dat mensen weerbaar zijn en in hun kracht komen. En dat zij (wanneer nodig) laagdrempelig hulp kunnen zoeken tot het vertrouwen weer terug is. Denk hierbij onder andere aan het aanbod van welzijnsorganisaties. Waar mogelijk ijveren we voor 'peer support' en lotgenotencontact en we voorzien in een vraaggericht aanbod. De vijf preventieketens (o.a. Kansrijke Start en Welzijn op Recept) zijn domein overstijgende voorbeelden, met een bredere inzet dan specifiek wijken met gezondheidsachterstanden.

Doel E. Duidelijkere communicatie

Alle inwoners, cliënten en patiënten begrijpen het ondersteunings- en zorgaanbod wat er in hun omgeving beschikbaar is en weten dit ook eenvoudig te vinden. Inclusief inwoners met een niet-Nederlandse achtergrond en laaggeletterden. We onderzoeken welke mensen nu door deze drempel niet (preventief) terecht komen bij de juiste ondersteuning en stellen op basis daarvan doelen gericht op de organisaties en inwoners waar een positief verschil gemaakt kan worden met behulp van passende communicatie. Waar mogelijk die aansluiten bij reeds bestaande doelen als het gaat om participatie van inwoners.

Opgave 2. Versterken van eigen regie inwoners

Beschrijf kort wat we hiermee bedoelen.

Het verminderen van gezondheidsachterstanden vraagt meer dan alleen de inzet op gezondheid. Voor mensen met schulden, een laag inkomen, geen baan of zorgen over hun woning is het moeilijk om gezond te leven, te sporten, mee te doen en überhaupt voldoende te bewegen. Meestal hebben deze inwoners daar de mentale ruimte niet voor en ervaren ze gevoelens van stress en schaamte. Dit heeft weer effect op het algehele welbevinden van iemand. Ook gaat schaamte en stress vaak gepaard met vermindering van sociale contacten en minder ervaren sociale steun. Een brede integrale blik op de eigen regie van inwoners bij het versterken van eigen gezondheidspositie is daarom absoluut nodig. Het liefst om ervoor te zorgen dat inwoners al voor enige stress optreedt keuzes maken die hun kwaliteit van leven positief beïnvloedt. En anders door die regie en het bijbehorende vertrouwen weer terug te winnen met behulp van professionals en indien nodig met de nodige zorg. Oftewel, we willen dat mensen kunnen meedoen op die manier die bij hen past in de eigen woonomgeving, waardoor ze zich goed voelen, weerbaarheid opbouwen en problemen worden voorkomen. En dat bij problemen en ondersteuningsvragen een beroep kan worden gedaan op de medebewoners, welzijnspartijen en indien nodig de zorg. De mate waarin het versterken van de eigen regie mogelijk is kan per individu verschillen

Wat zijn de belangrijkste knelpunten om deze opgave te behalen?

- Bewustwording van inwoners over wat ze zelf kunnen doen. Denk aan type voeding, laagdrempelige coaching/luisterend oor voor bij mentale tegenvallers die bij het leven horen en mogelijkheden om te bewegen.
- Versplinterd ondersteunings- en zorglandschap. Dit vraagt het bouwen van bruggen en een duidelijke visie op de sociale basis in de regio.
- Betere digitale informatie en data uitwisseling tussen zorgaanbieders en welzijnspartijen. Denk aan wat nodig is bij bijv. Welzijn op Recept.
- Aansluiten bij de leefwereld van de betreffende inwoners. Veelal laaggeletterd, wantrouwend richting de overheid en met een migratieachtergrond.

Wat doen we al, wat zijn bestaande samenwerkingsinitiatieven die bijdragen aan deze opgave? (*zie werkbestand excel voor verdere uitwerking)

- De 5 preventieketens doen we deels en gaan we in de regio mee starten per 2024/2025 (GALA en IZA afspraken), waarbij (indien mogelijk) extra aandacht komt voor deze doelgroep.
- Gemeenten investeren in een gezonde leefomgeving als onderdeel van de Omgevingswet.
- Er bestaan veel verschillende initiatieven in de gemeenten in de regio. Partijen werken samen om schuldenproblematiek te signaleren, te verminderen én te voorkomen (voorbeeld armoedestress), spreekuur om digitale vaardigheden te vergroten (voorbeeld (gezondheids)vaardigheden) en activiteiten voor laaggeletterden in de bibliotheek (voorbeeld (gezondheids)vaardigheden).

Wat doen we al, maar vraagt extra aandacht/versterking? (*zie werkbestand excel voor verdere uitwerking)

Wat doe je niet, maar is wel noodzakelijk? Waar zijn nog oplossingsrichtingen voor nodig?

- Verder implementeren en uitwerken 5 preventieketens.
- Informatie en data uitwisseling (digitaal) tussen zorgaanbieders en sociaal domein.
- Bewustwordings 'campagne'.
- Inzet op chronische veelvoorkomende problematiek in deze wijken. Versterken keten daarvan, denk aan hartproblemen, diabetes en COPD.

Waar schuurt het/doet het pijn als we deze opgave gaan realiseren?

- Het vraagt wat van de sociale basis en integrale aanpak daarvan met o.a. leefomgeving die soms over gemeentegrenzen heen gaat.
- Prioritering. Wat gaat het grootste verschil maken voor deze wijken en inwoners?

Opgave 2. Versterken van eigen regie inwoners

Doel F. Beter gezondheidsvaardigheden inwoners

Eén op de vier Nederlanders heeft beperkte gezondheidsvaardigheden. Dat betekent dat zij moeite hebben met het vinden, begrijpen, beoordelen en gebruiken van informatie over gezondheid.

Drie typen vaardigheden spelen een rol:

1. Functioneel (zoals lezen en schrijven, rekenen, zoeken op internet);
2. Interactief of communicatief (zoals begrijpend lezen, abstract denken, hoofd- van bijzaken scheiden, reflecteren);
3. Kritisch (zoals toepassen van informatie, ordenen, vooruitdenken, prioriteiten stellen).

In het dagelijks leven hebben mensen die minder gezondheidsvaardig zijn onder andere moeite met: medicijnen op de juiste manier innemen, de weg vinden in het ziekenhuis, zoeken op het internet (digitale vaardigheden), (uitnodigings)brieven en mails begrijpen, folders, websites, formulieren, bijsluiters begrijpen, gesprekken met zorgverleners voeren, uitleg en adviezen begrijpen en in praktijk brengen. Het vergroten van deze vaardigheden zorgt ervoor dat ondersteuning en zorg effectiever wordt.

Doel G. Beter (informeel) netwerk rondom inwoner

Voor inwoners met lage gezondheidsvaardigheden en/of in een lage sociaaleconomische positie kan de stap naar een gezonde(re) leefstijl en naar (medische) zorg groot zijn. Een (informeel) netwerk draagt bij aan advies en aanmoediging op het gebied van een gezonde leefstijl en om (medische) hulp te zoeken. Een persoonlijk netwerk kan inwoners stimuleren en ondersteuning bieden bij terugval of in moeilijke tijden. Zorg- en welzijnspartijen kunnen bijdragen aan het opbouwen en in stand houden van een netwerk door advies, bemiddeling en betrekken van het netwerk bij advies en behandeling en door het organiseren van activiteiten op het gebied van 'peer support' en met gelijkgestemden.

Doel H. Minder armoedestress bij inwoners

35% van gezondheidsachterstanden worden veroorzaakt door zorgen over de bestaanszekerheid. Het is bekend dat financiële stress leidt tot het maken van minder goede keuzes (de intelligentie daalt) en leidt tot het maken van keuzes voor de (ultra)korte termijn. Men is erop gericht vandaag voldoende geld te hebben om vanavond het gezin een maaltijd voor te kunnen zetten ook al leidt dat tot hogere schulden op termijn. Dit geldt dus ook voor het maken van gezonde keuzes: wat tot betere gezondheid op termijn leidt wordt afgewogen tegen de goedkoopste/lekkerste optie vandaag. Ook is er bij financiële stress geen mentale ruimte om de kinderen op te voeden in het maken van gezonde keuzes.

Er is veel aandacht voor het zo vroeg mogelijk signaleren van betalingsachterstanden zodat bewoners zo snel mogelijk benaderd kunnen worden om te onderzoeken of men moeilijk kan rondkomen. Er zijn veel mogelijkheden om daarbij geholpen te worden (sociaal raadslieden, formulierenbrigade, schulddienstverlening, buurtplaatsen geld en ontmoeting, etc). Ook de minimapolis die veel gemeenten aanbieden helpt om stress over medische kosten te verminderen (door eigen risico mee te nemen in de maandpremie).

Doel I. Gezondere leefomgeving

Leefomgeving is een van de factoren die de gezondheid van inwoners beïnvloedt. In Nederland zijn aantoonbare verschillen in de kwaliteit van leefomgeving tussen welvarende en minder welvarende wijken (luchtkwaliteit, minder groen, meer verkeerslawaai en groter aanbod ongezond voedsel). Het investeren in een gezondere leefomgeving, in combinatie met andere maatregelen, juist in de kwetsbare wijken leidt tot gezondheidswinst. Een gezonde leefomgeving omvat niet alleen de openbare buitenruimte, maar ook de individuele leefomstandigheden, zoals een goed geventileerde woning. Een leefomgeving die uitnodigt tot bewegen en ontmoeten – door speel- en beweeggelegenheden, ontmoetingsplekken en veilige wandel- en fietspaden – draagt bij aan gezondheid en welbevinden.

Bijlage 3 – Acute zorg

N.B.: Bij het formuleren van de opgaven is het perspectief van de patiënt genomen wanneer het gaat om instroom, doorstroom en uitstroom. Dit om verwarring te voorkomen omdat de uitstroom van de ene zorgaanbieder de in- of doorstroom van een andere zorgaanbieder kan zijn.

1. Instroom beheersen (ingang van de patiënt)

Doelen:

Om ervoor te zorgen dat zorgaanbieders tijdig (snel en efficiënt) en voldoende patiënten kunnen helpen in het geval van acute zorg, zal de instroom van de toekomstige (maar nu ook al huidige) patiënten beter moeten worden beheerst. Een patiënt kan de acute zorgketen binnen komen via de huisartsen(posten) en de MKA/RAV. Voor de overige sectoren geldt dat er momenteel nog een verwijzing nodig is van een huisarts/specialist.

1.1 HAP/HA:

- Verlagen aantal HAP contacten per inwoner
- Verbeteren telefonische bereikbaarheid U1-3 vragen
- Verminderen U4-5 oproepen
- Optimaliseren acute dagzorg

1.2 MKA:

- Optimaliseren triage JZOJP
- Verminderen aantal onterechte inkomende 112 oproepen

1.3 SEH:

- Behouden laag aantal zelfverwijzers
- Inzet valpreventie verstevigen

1.4 GGZ:

- Wachlijsten ggz verkorten waardoor relatief lichte problematiek niet leidt tot acute zorgvragen*

Wat zijn de belangrijkste knelpunten die moeten worden opgelost om het doel te behalen? (zie voor nadere detaillering van de grondoorzaken de slides over knelpunten)

- Vele schakels maken geen zorgketen
- Meerdere (onduidelijke) ingangslotketten
- Verwachting van patiënt en steunsysteem
- Stijgende en veranderende zorgvraag door veranderende populatie
- Te weinig aansluiting met sociaal domein en preventie

Wat doen we al, maar vraagt extra aandacht/versterking? (*zie werkbestand excel voor verdere uitwerking)

- Spoed Eisende Medische Dienst (SEMD)
- Spoedpost(en) Zuid-Kennemerland
- Spoedpost Hoofddorp

Wat doe je niet, maar is wel noodzakelijk? Waar zijn nog oplossingsrichtingen voor nodig?

Nader onderzoeken telefoontjes naar 112 die geen spoed zijn (46% van totaal). Hoe daarmee om te gaan.

Gezamenlijke triage in Zuid Kennemerland. Nu wordt de doorstroom al wel gezamenlijk opgepakt via CAZHEM. Dit wordt verder uitgebreid qua gebied en segmenten. Hier is gezamenlijk triage echter geen onderdeel van zoals dat wel wordt opgepakt bij SEMD in midden Kennemerland.

Waar schuurt het/doet het pijn als we dit doel gaan realiseren?

De 24/7 cultuur maakt het lastig te zeggen dat zorg niet 'nu' nodig is.

2. Niet-noodzakelijke doorstroom (naar SEH, crisis ggz, tijdelijke verblijf) voorkomen

Doelen

2.1 RAV:

- Meer inzetten mobiel zorgconsult zonder vervoer
- Beter inzicht in ACP vóór vervoer*

2.2 HAP:

- Net als overdag kan de HA(P) in ANW uren diagnostiek aanvragen en wordt patiënt daarmee niet overgenomen door de SEH

2.3 SEH:

- Verminderen aantal SEH bezoeken per inwoner
- Inzicht in en handelen naar ACP verhogen*
- Voorkomen SEH-bezoek door opschalen tele-monitoring*
- Verminderen aandeel ouderen op SEH (dmv inzet GEM-team)

2.4 VVT:

- Bepalen of opschaling acute wijkteam of technisch achterwacht team niet noodzakelijke doorstroom kan verminderen
- Zo min mogelijk 's nachts verplaatsen van huis naar tijdelijk verblijf

Opmerking bij punt 2.4: Door te onderzoeken welke wijkzorg initiatieven met een acuut karakter bestaan (bijv. acuut wijkteam, of technisch achterwacht team). En te bepalen of daar wel/niet opschaling van nodig is. Belangrijk hierbij is om te onderzoeken wat er al gebeurt qua wijkzorg initiatieven, te bepalen hoe/wat dat al ondervangt qua acute zorg. Door niet alleen de focus te leggen op "we schalen acute wijkzorg op" voorkomen we dat er te weinig wordt gekeken naar wat de daadwerkelijke oorzaken zijn waarom dat nodig is. Hiermee wordt tevens voorkomen dat aanbod de vraag creëert. Daarnaast is het zorgen voor passende dekking nog een aandachtspunt aangezien momenteel acute wijkzorg niet in de hele subregio Kennemerland voorhanden is.

Wat zijn de belangrijkste knelpunten die moeten worden opgelost om het doel te behalen? (zie voor nadere detaillering van de grondoorzaken de slides over knelpunten)

- Geen inzicht in en tekort aan capaciteit
- Tekort aan zorgprofessionals
- Geen inzicht in patiëntgegevens

Daarnaast:

- Geen 24/7 opname capaciteit in VVT
- Geen 24/7 beschikbaarheid thuiszorg

Wat doen we al, maar vraagt extra aandacht/versterking? (*zie werkbestand excel voor verdere uitwerking)

- Spoed Eisende Medische Dienst (SEMD)
- Doorontwikkeling en stretchen van CAZHEM/ATZA
- Pilot Spoedpost Zuid Kennemerland/Zorgbalans
- Digitale gegevens uitwisseling (Met Spoed Beschikbaar)

Wat doe je niet, maar is wel noodzakelijk? Waar zijn nog oplossingsrichtingen voor nodig?

Nader te bepalen in Q1 2024.

Waar schuurt het/doet het pijn als we dit doel gaan realiseren?

Terugloop van de instroom op de SEH verlaagt de opbrengsten

Eerste Hulp Geen Vervoer levert veel minder op voor de RAV dan iemand naar de SEH brengen.

Toename zorgvraag VVT in een situatie van krapte (acute wijkverpleging en tijdelijk verblijf)

3. Noodzakelijke doorstroom van de 1e lijn naar passende vervolgzorg (SEH, tijdelijk verblijf, crisis ggz) versnellen

Doelen:

- 3.1 VVT: Verbeteren inzicht in beschikbaarheid en verhogen inzet van tijdelijk verblijf vanuit HAP en RAV
- 3.2 Crisis GGZ: Verbeteren bereikbaarheid en beschikbaarheid * In het bijzonder aandacht voor crisis GGZ
- 3.3 RAV: Optimaliseren planbare ambulance zorg om beschikbaarheid niet-planbare ambulance zorg te optimaliseren
- 3.4 Algemeen: Verbeteren bereikbaar voor ketenpartners (werkafspraken)

Wat zijn de belangrijkste knelpunten die moeten worden opgelost om het doel te behalen? (zie voor nadere detaillering van de grondoorzaken de slides over knelpunten)

- Vele schakels maken geen zorgketen
- Geen inzicht in en tekort aan capaciteit
- Tekort aan zorgprofessionals
- Geen inzicht in patiëntgegevens

Wat doen we al, maar vraagt extra aandacht/versterking? (*zie werkbestand excel voor verdere uitwerking)

- Spoed Eisende Medische Dienst (SEMD)
- Acute Zorg Coördinatie Coalitie (onderdeel van Coalitie Acute Zorg Haarlem en Meer)
- Doorontwikkeling en stretchen van CAZHEM/ATZA
- Digitale gegevens uitwisseling (Met Spoed Beschikbaar)
- Concentratie IBS crisiszorg

Wat doe je niet, maar is wel noodzakelijk? Waar zijn nog oplossingsrichtingen voor nodig?

Nader te bepalen.

Waar schuurt het/doet het pijn als we dit doel gaan realiseren?

Nader te bepalen.

4. Uitstroom acute zorg versnellen

Doelen:

De onderstaande doelen liggen buiten de directe invloedssfeer van de acute zorgketen. Deze zijn echter wel noodzakelijk om de uitstroom uit de acute zorgketen te bevorderen.

- 4.1 Verbeteren begeleide overgang naar huis
- 4.2 Verkennen initiatieven die uitstroom vanuit het ziekenhuis kunnen versnellen
- 4.3 Verlagen 'verkeerde beddagen' in ziekenhuizen*

Wat zijn de belangrijkste knelpunten die moeten worden opgelost om het doel te behalen? (zie voor nadere detaillering van de grondoorzaken de slides over knelpunten)

- Vele schakels maken geen zorgketen
- Geen inzicht in en tekort aan capaciteit
- Tekort aan zorgprofessionals
- Te weinig aansluiting met sociaal domein & preventie
- Verwachtingen van patiënt en steunsysteem
- Stijgende en veranderende zorgvraag door veranderende populatie
- Geen 24/7 verwijzing thuiszorg mogelijk

Wat doen we al, maar vraagt extra aandacht/versterking? (*zie werkbestand excel voor verdere uitwerking)

- Spoed Eisende Medische Dienst (SEMD)
- Doorontwikkeling en stretchen van CAZHEM/ATZA

Wat doe je niet, maar is wel noodzakelijk? Waar zijn nog oplossingsrichtingen voor nodig?

Nader te bepalen.

Waar schuurt het/doet het pijn als we dit doel gaan realiseren?

Hier geldt dat wijkverpleging meer ingezet wordt in ANW uren.

5. Verkleinen personeelstekort door versterken aanbodzijde van acute zorg

Doelen:

- 5.1 GGZ: Grotere bijdrage behandelen acute zorg door kleine ggz-aanbieders
- 5.2 Functiedifferentiatie toepassen
- 5.3 Concentratie hoog complexe acute zorg / spreiding laag complexe acute zorg

Wat zijn de belangrijkste knelpunten die moeten worden opgelost om het doel te behalen? (zie voor nadere detaillering van de grondoorzaken de slides over knelpunten)

- Tekort aan zorgprofessionals
- Te weinig aansluiting met sociaal domein & preventie
- Verwachtingen van patiënt en steunsysteem
- Stijgende en veranderende zorgvraag door veranderende populatie

Wat doen we al, maar vraagt extra aandacht/versterking? (*zie werkbestand excel voor verdere uitwerking)

- Concentratie hoog- risico acute zorg Spaarne Gasthuis
- Samenwerking ANW – Wakker in de nacht

Wat doe je niet, maar is wel noodzakelijk? Waar zijn nog oplossingsrichtingen voor nodig?

Overleggen met de kleine thuiszorg- en GGZ-organisaties en zorgverzekeraars ter verdeling lasten en contractering 24/7 inzet

Waar schuurt het/doet het pijn als we dit doel gaan realiseren?

Nader te bepalen

6. Behalen minimum multitrauma normen

Doelen:

Binnen elke ROAZ-regio zijn ziekenhuizen aangewezen die multitrauma patiënten mogen en kunnen behandelen en waar onder andere volume in het aantal per jaar behandelde accreditatie en visitatie een randvoorwaarden vormen.

6.1 Verminderen multitrauma zorg door beide ziekenhuizen

6.2 Behalen van de normen tijd kritische aandoeningen 24/7

Is op uw ziekenhuislocatie 24/7 de mogelijkheid voor het direct uitvoeren van een acute Endovasculair Aneurysma Repair (EVAR) procedure? (Spaarne Gasthuis = ja; RKZ = nee)

Wat zijn de belangrijkste knelpunten die moeten worden opgelost om het doel te behalen? (zie voor nadere detaillering van de grondoorzaken de slides over knelpunten)

- Tekort aan zorgprofessionals

Wat doen we al, maar vraagt extra aandacht/versterking? (*zie werkbestand excel voor verdere uitwerking)

Nader te bepalen

Wat doe je niet, maar is wel noodzakelijk? Waar zijn nog oplossingsrichtingen voor nodig?

Nader te bepalen

Waar schuurt het/doet het pijn als we dit doel gaan realiseren?

Nader te bepalen

7. Toegankelijk houden geboortezorg bij toenemende zorgvraag en zorgzwaarte (1/2)

Geboortezorg

Doelen:

Vanuit het ROAZ-beeld wordt in Kennemerland richting 2030 een aanzienlijke toename verwacht in het aantal levend geboren kinderen (ca. 15% toename). Deze groei zal bij ongewijzigd beleid leiden tot/vragen om een soortgelijke toename in zorggebruik (bevallingen, inleidingen, sectio's en NEO-opnames) en zorgaanbod (verloskamers, bedden, OK-capaciteit en bijbehorend tekort aan gespecialiseerd personeel). Rond het Verloskundig SamenwerkingsVerband (VSV) van het RKZ spelen er momenteel met name tekorten bij de 1e lijns verloskundigen. Rond het VSV van het SG spelen er momenteel met name tekorten bij gespecialiseerd verpleegkundigen in de 2e lijn. Om de geboortezorg bij toenemende zorgvraag en zorgzwaarte toegankelijk te houden zijn de volgende doelen gedefinieerd:

- 7.1 Minimaliseren niet medische contacten zonder vroeg signalering uit het oog te verliezen.
- 7.2 Dubbel werk verminderen verbetering kwaliteit en effectieve zorg door betere samenwerking tussen 1e en 2^e lijn
- 7.3 Beschikbaar personeel door middel van functiedifferentiatie (binnen 1e en 2e lijn) effectiever inzetten
- 7.4 Digitalisering:
Meer op afstand doen, wat op afstand kan
Verbeteren informatieoverdracht (tussen 1^e en 2^e lijn en tussen regio's)
Werken vanuit een gedeeld dossier
- 7.5 Verbeteren inzicht, communicatie (intern, tussen 1^{ste} en 2^{de} lijn en tussen regio's) en sturing op beschikbare capaciteit -> link met LPZ maken in verdieping
- 7.6 Efficiënt inzetten (1^e en 2^e lijn) in ANW-uren
- 7.7 Verminderen capaciteitsproblematiek NEO

Wat zijn de belangrijkste knelpunten die moeten worden opgelost om het doel te behalen?

- Vele schakels maken geen zorgketen
- Financiële prikkels en regeldruk beperken toegang
- Tekort aan zorgprofessionals
- Geen inzicht in patiëntgegevens
- Stijgende en veranderende zorgvraag door veranderende populatie
- Verwachting van patiënt en steunsysteem
- Stijgende en veranderende zorgvraag door veranderende populatie
- Onvoldoende inzicht in patiëntgegevens tussen zorgverleners

Wat doen we al, maar vraagt extra aandacht/versterking?

Preventie - Kentering pregnancy: groepsbijeenkomsten voor vragen zwangerschap
 Preventie - Interventies/tools voorlichting/werkwijze (bepaalde groepen) ter voorkomen zorg (1e lijn en tools/apps/websites/Telecoaching)
 Preventie - Interventies/tools beperken registratielast (brieven, geboorteplan, registraties)
 Preventie - (Preconceptie)consulten bij o.a. lichamelijke en psychosociale problemen (diëtiste, HA, maatschappelijk GGD, JGZ ed)
 Substitutie - Gezamenlijke midrisk zorgpaden 1e/2e lijn (zoals meconium, ballon, 40+zwanger, sectio in VG, indicaties 35-37 weken, CTG, echo's)
 Opleiden - Maximaal/bovenformatief opleiden van O&G+NEO vpl
 Opleiden - Opleiden en inzetten verpleegkundige moeder en pasgeborene voor laag-midden complexe zorg
 Personeel - Uitbreiding personeel (vpl, verloskundige, kraamzorg)
 Instroom - Triage spoedpoli en short-care verloskunde
 Doorstroom - Optimalisering anthesie en OK (24/7 epiduraal, naar afdeling, eigen OK)
 Doorstroom: Thuismonitoring van high-risk zwangeren (CTG + bloeddruk)

Substitutie - Geboortecentrum/huis ZKH/1e lijn
 Substitutie - Optimale poliklinische faciliteiten, m.n. pijnstilling en bevalbaden
 Personeel - Functiedifferentiatie met 24/7 schoonmaak
 Personeel - Functiedifferentiatie met kraamzorg (in loondienst)
 Personeel - Functiedifferentiatie door partusassistentie kraamzorg (poli)klinisch
 Personeel - Betere doorstroom door regie/coördinerend verpleegkundige
 Instroom - LPZ voor overloop en betere spreiding regio's

7. Toegankelijk houden geboortezorg bij toenemende zorgvraag en zorgzwaarte (2/2)

Geboortezorg

Wat doe je niet, maar is wel noodzakelijk? Waar zijn nog oplossingsrichtingen voor nodig?

Ontwikkeling en uitwisseling van IZT systemen. er wordt tegen financiële, wettelijke (AVG) en technische grenzen aangelopen

Waar schuurt het/doet het pijn als we dit doel gaan realiseren?

Doorbreken oude patronen, financiële onzekerheid
Efficiëntie van zorg versus kwaliteit van zorg.
Verskil van inzicht (1e en 2e lijn, intern, tussen zkh) in wat goede kwaliteit van zorg is (bijvoorbeeld bij pijnmedicatie en inleiden)
Verplichtingen van acute zorgvraag van buiten onze regio, terwijl we de capaciteit niet hebben.

Welke (financiële) randvoorwaarden zijn voorwaardelijk om dit te laten slagen?

Financiële zekerheid, voldoende schaalgrootte voor effectieve en flexibele inzet personeel en mogelijkheden voor functiedifferentiatie, scholing

Bijlage 4 – Arbeidsmarkt & onderwijs

Opgave 1: Instroom vergroten (5% binnen 5 jaar)

Sne

Doelen:

1.a. Zichtbaarheid van zorg- en welzijn sector vergroten

- Verbreden imago op zorg en welzijn (digitalisering en technologisering)
- Versterkte regionale samenwerking op instroom
- Gezamenlijk werven en rekruteren
- Zorgdragen voor regionale aansluiting en doorontwikkeling van Experience Center Zorg en Welzijn

1.b. Meer en beter betrekken mensen met afstand tot arbeidsmarkt:

- Specificeren van doelgroep 'onbenut arbeidspotentieel' en hoe aan te boren (zoals statushouders, asielzoekers, expats, mensen met een beperking)
- I.s.m. gemeenten/UWV creëren van 1-loket functie m.b.t. voorlichting, bundelen van voorzieningen en doorverwijzing

1.c. Samenwerking met onderwijs versterken

- Verkennen hoe samenwerking en afstemming tussen zorg en welzijn en onderwijs verbeterd kan worden
- Oriëntatie naar slimme en flexibele inzet (w.o. modulair opleiden)

1.d. Informele zorg(regie) anders inrichten/formaliseren

- Oriëntatie naar meer betrekken van familie en verwanten, vrijwilligers
- Onderzoeken van het vergroten van het aantal mensen die zorg willen verlenen (ontlasten zorgprofessionals)

Wat zijn de belangrijkste knelpunten die moeten worden opgelost om het doel te behalen?

- Personeelstekort en hoge werkdruk en verloop
- Mismatch tussen opleiding en praktijk
- Imago van de zorg en welzijn sector
- Onvoldoende samenwerking op alle niveaus

Wat doe je niet, maar is wel noodzakelijk? Waar zijn nog oplossingsrichtingen voor nodig?

Nader onderzoeken en aanvullen indien van toepassing

Wat doen we al, maar vraagt extra aandacht/versterking? (*zie bijlage werkbestand excel voor verdere uitwerking)

Zie samenwerkingsinitiatieven Instroom vergroten

Waar schuurt het/doet het pijn als we dit doel gaan realiseren?

Nader onderzoeken en aanvullen indien van toepassing

Opgave 2. Anders werken, anders opleiden en ontwikkelen

(uitstroom binnen 2 jaar < 5% en (zij-)instroom binnen 1 jaar > 2%)

Sne

Doelen:

2.a. Samenwerking met onderwijs versterken

- Verkennen hoe samenwerking en afstemming tussen zorg en welzijn en onderwijs verbeterd kan worden
- Oriëntatie naar slimme en flexibele inzet

2.b. Meer gezamenlijk opleiden (toekomstbehendig)

- Versterken Anderstaligen schakeltraject i.s.m. onderwijs (Nova College) en zorg en welzijn
- Ontwikkelen van generiek Management Development programma (in blokken: finance, governance, intervisie, visie leiderschap etc.)

2.c. Meer modulair, meer digitale leermiddelen en meer praktijk en simulatie leren

- In gezamenlijkheid ontsluiten en ontwikkelen van Leermanagement platform/aanbod leerprogramma's
- Verkennen van inkoopvoordelen (LMS en shared services op HR)
- Onderzoek naar mogelijkheden tot meer inzet digitale leermiddelen en simulatie/praktijk leren
- Oriëntatie naar leerprogramma's ervaringsdeskundigen/vrijwilligers

2.d. Bekwaam is inzetbaar onderzoeken

- Onderzoeken van 'bekwaam is inzetbaar' t.b.v. optimaliseren van de effectiviteit en inzetbaarheid van zorgprofessionals

2.e. Functie-uitwisselbaarheid van en tussen zorgprofessionals versterken

- Vergroten wendbaarheid en efficiëntie van zorgprofessionals d.m.v. verkennen mogelijkheden functiedifferentiatie

2.f. Meer inzet van sociale en technologische innovatie versnellen (arbeidsbesparend)

- Samenwerking op sociale en technologische innovatie versnellen

Wat zijn de belangrijkste knelpunten die moeten worden opgelost om het doel te behalen?

- Personeelstekort en hoge werkdruk en verloop
- Mismatch tussen opleiding en praktijk
- Onvoldoende samenwerking op alle niveaus
- Betere afstemming binnen de organisatie

Wat doe je niet, maar is wel noodzakelijk? Waar zijn nog oplossingsrichtingen voor nodig?

Nader onderzoeken en aanvullen indien van toepassing

Wat doen we al, maar vraagt extra aandacht/versterking? (*zie bijlage werkbestand excel voor verdere uitwerking)

Zie samenwerkingsinitiatieven Anders leren, anders opleiden

Waar schuurt het/doet het pijn als we dit doel gaan realiseren?

Nader onderzoeken en aanvullen indien van toepassing

3. Beter collectief goed werkgeverschap

Sne

Doelen:

3.a. Duurzaam meedoen

- Investeren in versterken van vitaliteit, gezondheid en weerbaarheid van zorg professionals door aanbod (leer)programma's

3.b. Aantrekkelijker regionaal werkgeverschap vormgeven

- Samenwerking naar oprichting gezamenlijke coöperatie voor ZZP'ers met doorontwikkeling naar regionale flexpool voor medewerkers en opleidings-/ontwikkelactiviteiten
- Vormgeven regionaal werkgeverschap t.a.v. gezamenlijk opleiden, goed werkgeverschap, doorstroom m.b.t. domein-overstijgende loopbaanpaden, talent management etc.
- Bestaanszekerheid van medewerkers vergroten (kinderopvang, levensfasebewust personeelsbeleid, collectieve ziektekostenverzekering, wonen en mobiliteit)
- Medewerkers meenemen en toerusten om gewenste transitie vorm te geven (toekomstbehendig)
- Opschalen actieprogramma Behoud (magneetdenken/onboarding)

3.c. Beter divers en inclusief werkgeverschap

- Bevorderen van diversiteit, (digitale) inclusie en sociale veiligheid
- Meer en beter betrekken van doelgroepen (arbeidspotentieel)

3.d. Samenwerking met onderwijs versterken

- Verkennen hoe samenwerking en afstemming tussen zorg en welzijn en onderwijs verbeterd kan worden
- Oriëntatie naar slimme en flexibele inzet

Wat zijn de belangrijkste knelpunten die moeten worden opgelost om het doel te behalen?

- Personeelstekort en hoge werkdruk en verloop
- Onvoldoende passende ontwikkelcapaciteit binnen de organisatie (kwalitatief/kwantitatief)
- Mismatch tussen vraag en aanbod
- Onvoldoende samenwerking op alle niveaus
- Beter afstemming binnen de organisatie
- Technologische en sociale adaptatie
- Juridische/Financiële beperkingen

Wat doe je niet, maar is wel noodzakelijk? Waar zijn nog oplossingsrichtingen voor nodig?

Nader onderzoeken en aanvullen indien van toepassing

Wat doen we al, maar vraagt extra aandacht/versterking? (*zie bijlage werkbestand excel voor verdere uitwerking)

Zie samenwerkingsinitiatieven collectief goed werkgeverschap

Waar schuurt het/doet het pijn als we dit doel gaan realiseren?

Nader onderzoeken en aanvullen indien van toepassing

Bijlage 5 – Digitalisering

Opgave 1: Realisatie van optimale databeschikbaarheid en gegevensuitwisseling: Inrichten van een gezamenlijke governance

Doel 1
Inrichten van een gezamenlijke governance.

Wat zijn de belangrijkste knelpunten om het doel te behalen?

Er is nog geen organisatie in Kennemerhart die op het gebied van digitalisering alle partijen samenbindt. Daarnaast zijn nog niet alle partijen aangesloten.

Wat doen we al, wat zijn bestaande samenwerkingsinitiatieven die bijdragen aan dit doel? (*zie werkbestand excel voor verdere uitwerking)

Connect4Care draagt als RSO in de regio al bij aan dit doel.

Wat doen we al, maar vraagt extra aandacht/versterking? (*zie werkbestand excel voor verdere uitwerking)

De inzet van de RSO vraagt extra versterking als zij in de regio opdracht krijgt het thema digitalisering te trekken.

Wat doe je niet, maar is wel noodzakelijk? Waar zijn nog oplossingsrichtingen voor nodig?

Waar schuurt het/doet het pijn als we dit doel gaan realiseren?

Het is de vraag wie de governance duurzaam financieel zal ondersteunen.

Opgave 1: Realisatie van optimale databeschikbaarheid en gegevensuitwisseling: Een gezamenlijke regioarchitectuur en regio-infrastructuur.

Doel 2

Een gezamenlijke regioarchitectuur en regio-infrastructuur..

Wat zijn de belangrijkste knelpunten om het doel te behalen?

Er is nog geen proces ingericht om tot een gezamenlijke regioarchitectuur te komen. Daarnaast bestaat er veel discussie over de technische keuzes.

Wat doen we al, wat zijn bestaande samenwerkingsinitiatieven die bijdragen aan dit doel? (*zie werkbestand excel voor verdere uitwerking)

Connect4Care heeft al een initiatief gestart om de regioarchitectuur van de grond te krijgen.
Zie ook de initiatieven en projecten bij deze opgave.

Wat doen we al, maar vraagt extra aandacht/versterking? (*zie werkbestand excel voor verdere uitwerking)

Zie hiervoor

Wat doe je niet, maar is wel noodzakelijk? Waar zijn nog oplossingsrichtingen voor nodig?

Waar schuurt het/doet het pijn als we dit doel gaan realiseren?

Een regioarchitectuur vraagt keuzes, wat kan betekenen dat er nieuwe investeringen moeten worden gedaan en bestaande niet prioritaire technische oplossingen moeten worden uitgefaseerd. Dit kan betekenen dat organisaties investeringen mogelijk versneld moeten afschrijven.

Opgave 2: Bevorderen eigen regie en gezondheid van de inwoner

Doel 3

We geven de cliënt en burger meer regie op zijn/haar gezondheid door de toepassing van ehealth voor preventie, zelfzorg en telemonitoring door het geven van inzage in het dossier en PGO en meer integratie tussen ehealth en portalen.

Wat zijn de belangrijkste knelpunten om het doel te behalen?

Voor het bevorderen van eigen regie en gezondheid zijn koppelingen en (data)platformen nodig. Nog niet alle ECD's/EPD's zijn daarop voorbereid. Landelijk zijn er nog veel bewegingen op dit punt.

Wat doen we al, wat zijn bestaande samenwerkingsinitiatieven die bijdragen aan dit doel? (*zie werkbestand excel voor verdere uitwerking)

Zie de initiatieven en projecten bij deze opgave.

Wat doen we al, maar vraagt extra aandacht/versterking? (*zie werkbestand excel voor verdere uitwerking)

Wat doe je niet, maar is wel noodzakelijk? Waar zijn nog oplossingsrichtingen voor nodig?

Waar schuurt het/doet het pijn als we dit doel gaan realiseren?

Opgave 2: Bevorderen eigen regie en gezondheid van de inwoner

Doel 4

Meer regie en inzicht voor de burger door een gevuld PGO in 2025.

Wat zijn de belangrijkste knelpunten om het doel te behalen?

De meeste ECD/EPD's hebben een koppeling naar PGO's. Maar dit is nog onvoldoende om de PGO's voldoende te vullen. Verder geven zorgorganisaties vooralsnog voorrang aan hun eigen portalen en zijn zorgmedewerkers nog onvoldoende bekend en bewust het nut van de PGO voor hun eigen praktijk

Wat doen we al, wat zijn bestaande samenwerkingsinitiatieven die bijdragen aan dit doel? (*zie werkbestand excel voor verdere uitwerking)

Connect4Care heeft een voorstel gedaan in de regio om de PGO meer bekendheid te geven onder zorgprofessionals.
Connect4Care werkt ook aan een dataplatform dat gegevens ontsluit voor de PGO over de muren van organisaties heen.

Wat doen we al, maar vraagt extra aandacht/versterking? (*zie werkbestand excel voor verdere uitwerking)

Wat doe je niet, maar is wel noodzakelijk? Waar zijn nog oplossingsrichtingen voor nodig?

Waar schuurt het/doet het pijn als we dit doel gaan realiseren?

Opgave 3: Verhogen van productiviteit en efficiency door beter samen te werken

Doel 5

Optimalere inzet van de regionale capaciteit van welzijn en zorg. Door inzage in capaciteit, coördinatie en kwaliteit. (integraal overzicht voor burger en zorgverlener)
Ontwikkelen van een visie op de inzet van een Zorg Medisch Service Centrum

Wat zijn de belangrijkste knelpunten om het doel te behalen?

Wat doen we al, wat zijn bestaande samenwerkingsinitiatieven die bijdragen aan dit doel? (*zie werkbestand excel voor verdere uitwerking)

Wat doen we al, maar vraagt extra aandacht/versterking? (*zie werkbestand excel voor verdere uitwerking)

Wat doe je niet, maar is wel noodzakelijk? Waar zijn nog oplossingsrichtingen voor nodig?

Waar schuurt het/doet het pijn als we dit doel gaan realiseren?

Opgave 3: Verhogen van productiviteit en efficiency door beter samen te werken

Doel 6
Laagdrempeligere communicatie tussen zorg- en welzijnsverleners onderling en met cliënten/burgers

Wat zijn de belangrijkste knelpunten om het doel te behalen?

Wat doen we al, wat zijn bestaande samenwerkingsinitiatieven die bijdragen aan dit doel? (*zie werkbestand excel voor verdere uitwerking)

Wat doen we al, maar vraagt extra aandacht/versterking? (*zie werkbestand excel voor verdere uitwerking)

Wat doe je niet, maar is wel noodzakelijk? Waar zijn nog oplossingsrichtingen voor nodig?

Waar schuurt het/doet het pijn als we dit doel gaan realiseren?

Opgave 4: Bevorderen van ethiek, digitale inclusie, privacybescherming, informatieveiligheid en klimaat

Doel 7
Verhogen bewustzijn rondom het nut van de inzet van (begeleidingsethiek)

Wat zijn de belangrijkste knelpunten om het doel te behalen?

Digitalisering heeft maatschappelijke implicaties en ethische dilemma's. Het ontbreekt aan bewustzijn, opleiding en implementatie kracht.

Wat doen we al, wat zijn bestaande samenwerkingsinitiatieven die bijdragen aan dit doel? (*zie werkbestand excel voor verdere uitwerking)

VVT's in de regio zijn doende begeleidingsethiek een plaats te geven bij de uitrol van digitale oplossingen.
Connect4Care neemt samen met andere (ook landelijke organisaties) deel aan een samenwerkingsplatform op dit gebied.

Wat doen we al, maar vraagt extra aandacht/versterking? (*zie werkbestand excel voor verdere uitwerking)

Wat doe je niet, maar is wel noodzakelijk? Waar zijn nog oplossingsrichtingen voor nodig?

Waar schuurt het/doet het pijn als we dit doel gaan realiseren?

Opgave 4: Bevorderen van ethiek, digitale inclusie, privacybescherming, informatieveiligheid en klimaat

Doel 8
Waarborgen van de privacy van inwoners en veilige uitwisseling van data

Wat zijn de belangrijkste knelpunten om het doel te behalen?

Het inrichten van organisaties conform NEN normen kost veel tijd en aandacht. Het ontbreekt aan expertise en kundige mensen.

Wat doen we al, wat zijn bestaande samenwerkingsinitiatieven die bijdragen aan dit doel? (*zie werkbestand excel voor verdere uitwerking)

Connect4Care biedt een leer-werktraject aan dat Security Officers opleidt.

Wat doen we al, maar vraagt extra aandacht/versterking? (*zie werkbestand excel voor verdere uitwerking)

Zorg- en welzijnsorganisaties hebben meer ondersteuning en financiële middelen nodig om de privacy en informatieveiligheid op professionele wijze te kunnen waarborgen,.

Wat doe je niet, maar is wel noodzakelijk? Waar zijn nog oplossingsrichtingen voor nodig?

Waar schuurt het/doet het pijn als we dit doel gaan realiseren?

Financiële middelen en mankracht.

Opgave 4: Bevorderen van ethiek, digitale inclusie, privacybescherming, informatieveiligheid en klimaat

Doel 9
Verbeteren van digivaardigheid en digitale inclusie

Wat zijn de belangrijkste knelpunten om het doel te behalen?

Wat doen we al, wat zijn bestaande samenwerkingsinitiatieven die bijdragen aan dit doel? (*zie werkbestand excel voor verdere uitwerking)

Wat doen we al, maar vraagt extra aandacht/versterking? (*zie werkbestand excel voor verdere uitwerking)

Wat doe je niet, maar is wel noodzakelijk? Waar zijn nog oplossingsrichtingen voor nodig?

Waar schuurt het/doet het pijn als we dit doel gaan realiseren?

Opgave 4: Bevorderen van ethiek, digitale inclusie, privacybescherming, informatieveiligheid en klimaat

Doel 10
Bewustwording rond duurzaamheid en klimaat

Wat zijn de belangrijkste knelpunten om het doel te behalen?

Digitalisering van zorg en welzijn zorgt voor belasting op milieu en klimaat. Er is onvoldoende kennis en bewustzijn om deze negatieve gevolgen aan te pakken.

Wat doen we al, wat zijn bestaande samenwerkingsinitiatieven die bijdragen aan dit doel? (*zie werkbestand excel voor verdere uitwerking)

Nog geen initiatieven

Wat doen we al, maar vraagt extra aandacht/versterking? (*zie werkbestand excel voor verdere uitwerking)

Wat doe je niet, maar is wel noodzakelijk? Waar zijn nog oplossingsrichtingen voor nodig?

Waar schuurt het/doet het pijn als we dit doel gaan realiseren?

Kennemerland is in beweging!

Vragen en opmerkingen: moosterik@sigra.nl