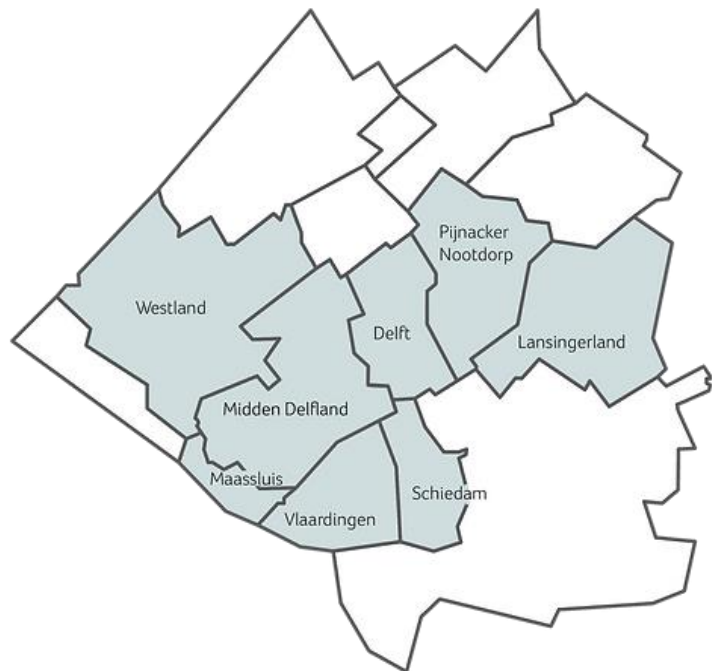


Regioplan

Westland Schieland Delfland



Contactpersonen

Regionale samenwerkingsstructuur:

Naam: Soesja Boode - Functie: Programmamanager

Mailadres: soesjaboode@dsw.nl - Telefoonnummer: 010 2466 466

Coördinerende zorgverzekeraar:

Naam: Joerie Mulder - Functie: Manager Zorg

Mailadres: joeriemulder@dsw.nl - Telefoonnummer: 010 246 6466

Coördinerende gemeente:

Naam: José van Dijk - Functie: Senior adviseur strategie gemeente Delft

Mailadres: jovdijk@delft.nl - Telefoonnummer: 06 527 39 168

Versie 21-12-2023



Inhoudsopgave

1. Inleiding	2
1.1 Ambitie Regionaal Integraal Gezondheidsakkoord (RIGA)	2
1.2 Afbakening RIGA	3
2. Regio-opgaven	5
2.1 Regiobeeld	5
2.2. Hoofddoelstellingen.....	6
2.3. Doelgroepen en Opgaven.....	6
2.4. Prioritering in 5 programmalijn	10
3. Regio-afspraken	12
3.1 Werkwijze	12
3.2 Inwonersparticipatie	13
3.3 Governance.....	13
3.4 Financiering.....	14
4. Werkagenda's	16
4.1 Werkagenda programmalijn Gezond leven.....	16
4.2 Werkagenda programmalijn Inwoners in een kwetsbare situatie	20
4.3 Werkagenda programmalijn Ouderen	25
4.4 Werkagenda programmalijn Acute zorg.....	29
4.5 Werkagenda programmalijn Digitale transformatie.....	33
4.6 Overzicht invulling van de programmalijnen	36
5. Landelijke randvoorwaarden	38
6. Monitoring	39
Bijlage 1: Deelnemende organisaties	42
Bijlage 2: Advies inwonersparticipatie.....	43
Bijlage 3: Regiobeeld in zicht.....	50



1. Inleiding

In het regioplan stellen de regionale zorgpartijen vast wat de belangrijkste prioritaire opgaven zijn op basis van de analyse in het regiobeeld en staan de afspraken hoe deze gezamenlijk worden aangepakt. Daarbij is de urgentie van de regionale knelpunten op het gebied van toegankelijkheid en kwaliteit leidend.

Het regioplan bestaat uit twee delen:

- Regio-opgaven: Dit betreft de belangrijkste regionale opgaven die met prioriteit gezamenlijk worden opgepakt.
- Regio-afspraken: Dit zijn afspraken over de wijze waarop partijen de regio-opgaven gecommitteerd gaan oppakken en wie daarbij betrokken zijn. De afspraken worden vertaald in een werkagenda met meetbare resultaatafspraken inclusief meerjarenplanning.

Het regioplan is gebaseerd op het regiobeeld van de zorgkantorregio van DSW, regio Westland, Schieland, Delfland. Dit regiobeeld is te vinden op www.dejuistezorgopdejuisteplek.nl/regiobeelden. In de WSD-regio wordt invulling gegeven aan het regioplan op basis van het Regionaal Integraal Gezondheidsakkoord (RIGA). 40 partijen hebben het RIGA ondertekend en hun ambitie uitgesproken over wat er op het gebied van gezondheid, zorg en ondersteuning wenselijk wordt geacht voor de inwoners van deze regio.

In deze introductie zal eerst de gezamenlijke ambitie worden beschreven. Daarna wordt ingegaan op wat de regio behelst qua omvang. In de hoofdstukken die volgen leggen we de data van het regiobeeld naast deze ambitie om tot een plan van uitvoering te komen.

1.1 Ambitie Regionaal Integraal Gezondheidsakkoord (RIGA)

De gezamenlijke ambitie in de WSD-regio is als volgt:

In de WSD regio realiseren we een omgeving waarin de inwoner prettig en gezond kan leven, waarin de verschillende domeinen elkaar versterken en waarin zorg en ondersteuning toegankelijk en beschikbaar zijn wanneer nodig.

Elke dag werken duizenden professionals, vrijwilligers en mantelzorgers hard voor de zorg en ondersteuning van de inwoners in onze regio. Toch zien we op steeds meer plekken dat de zorg en ondersteuning van inwoners dreigt vast te lopen. De zorgvraag stijgt verder en de komende jaren neemt deze alleen maar toe. Het aantal 80 plussers in de regio verdubbelt de komende 20 jaar, terwijl het mantelzorgpotentieel daalt en het aantal professionals in de zorg in het gunstigste geval gelijk blijft. Het aantal inwoners dat zich vrijwillig inzet neemt steeds verder af. In de afgelopen drie jaar is het aantal vacatures in de zorg verdubbeld. Als we willen dat de zorg en ondersteuning in de regio beschikbaar en bereikbaar blijft, zal de noodzaak van professionele zorgverlening moeten afnemen en/of slimmer georganiseerd worden.



Verandering in brede zin is nodig. Niet alleen in de gezondheidszorg of in het sociaal domein, maar vooral in de samenwerking tussen verschillende domeinen én door samen in te zetten op een sterke, sociale basis. De gemeenschap en de netwerken om mensen heen zullen versterkt moeten worden. Juist bij inwoners met een grote gezondheidsachterstand, wordt extra ingezet op gezondheid en een prettige leefomgeving. Daarmee versterken we het welbevinden en de kwaliteit van leven van al onze inwoners. We beseffen dat de zorg en ondersteuning tussen de verschillende domeinen sterk met elkaar samenhangt en een keten vormen. Wanneer bijvoorbeeld iemands bestaanszekerheid wegvalt, stapelen de problemen zich achter de voordeur vanzelf op. Is er geen plek in het verpleeghuis, dan raken mantelzorgers automatisch overbelast. Een last die niet alleen onhoudbaar en onbetaalbaar wordt voor de samenleving, maar die ook laat zien dat verandering in de zorg niet alleen vanuit de zorg zelf kan komen. Een te groot beroep op zorg veranderen we niet door minder zorg te leveren. We zijn ons ervan bewust dat het tijd is om in te zetten op andere oplossingen dan symptoombestrijding en te concentreren op de oorzaken van de stijgende zorgvraag. Oorzaken zitten deels in het medisch domein vanwege de vergrijzing en de daarmee toenemende chronische ziekten, maar bijvoorbeeld ook in bestaansonzekerheid, eenzaamheid en de toenemende druk op de maatschappij.

De opgave waar we de komende jaren in de zorg en het sociaal domein voor staan, kan niet ieder voor zich oplossen. Om tot een echte verandering te komen is ruimte nodig voor organisaties, zorg- en welzijnsprofessionals, mantelzorgers, vrijwilligers en gemeenschappen om buiten de huidige kaders te kunnen opereren. We zoeken die oplossingen daarom niet in méér overlegtafels, pilots en verantwoordingssystemen, maar in duurzame transformatie waarbij we onderzoeken en ontdekken hoe het echt anders kan, waar nodig buiten huidige structuren en door ontschotting van financiering en sturing. We zetten in op onze regio om zo zorg en ondersteuning dichtbij de inwoner te kunnen realiseren en de impact te kunnen vergroten. Middels dit akkoord bundelen we de krachten om een stevig fundament te leggen voor de samenwerking rondom preventie, gezondheid, zorg en ondersteuning. Als volgende stap wordt deze samenwerking concreet met elkaar ingevuld in het programmaplan. De samenwerking maakt de regio sterker waardoor ook de individuele partijen meer in hun kracht staan. Dit leidt tot een gezonde en vitale regio waar de zorg en ondersteuning die nodig is, ook beschikbaar is.

1.2 Afbakening RIGA

Het RIGA behelst de regio Westland, Schieland, Delfland en is een integraal programma waarin bestaande samenwerkingen een plek krijgen. Er zijn nu 40 organisaties aangesloten bij deze beweging. Iedere organisatie die de ambitie onderschrijft en de komende jaren een bijdrage wil leveren aan de transformatieopgaven en betrokken is in de WSD regio, kan deelnemen aan het RIGA. In bijlage 1 is een overzicht te vinden van de huidige partners. Daarnaast hebben inwoners een prominente plek in de samenwerking. Binnen het RIGA wordt ook onderzocht wat de regionale invulling is van de landelijke akkoorden IZA, GALA en WOZO.

Landelijke akkoorden en wet- en regelgeving

De regio werkt al jaren intensief samen op verschillende vlakken. Binnen de regio zijn de afgelopen jaren verschillende initiatieven ingezet om de samenwerking te intensiveren, zoals: 'Gezond en Wel



Ouder worden' en 'Digitale Transformatie'. De verschillende organisaties voelden echter al langer de noodzaak om de samenwerking te intensiveren op ook andere vraagstukken op het snijvlak van ondersteuning en zorg. De wens lag in een integraal programma waar al bestaande samenwerkingen ook een plek krijgen. Hoewel de landelijke akkoorden Integraal Zorgakkoord (IZA), Gezond en Actief Leven Akkoord (GALA) en Wonen, Ondersteuning en Zorg voor Ouderen (WOZO) niet aanleiding waren om de samenwerking verder vorm te geven, onderschrijven we de opgaven en de samenhang tussen de akkoorden en onderzoeken we in dit RIGA programmaplan wat onze regionale invulling is van deze akkoorden. Dit plan moet aan de ene kant voldoen aan de landelijke kaders vanuit het IZA regioplan en geeft tegelijkertijd breder invulling aan de reeds bestaande beweging in de WSD-regio. Dit betekent dat het plan voldoet aan de doelstellingen van het IZA waarop ook gemeentelijke inzet zit; mandaathouders en zorgverzekeraars fungeren als opdrachtgevers.

Het RIGA heeft niet de ambitie om de zorg en ondersteuning binnen de bestaande wet- en regelgeving (Wpg, Jeugdwet, Wmo, Zvw en Wlz) te optimaliseren, maar om tot domeinoverstijgende oplossingen te komen waarin de verschillende domeinen beter op elkaar aansluiten.

Geografische afbakening

Dit RIGA programmaplan richt zich op de WSD regio, bestaande uit de gemeenten Maassluis, Vlaardingen, Schiedam, Delft, Midden-Delfland, Westland, Lansingerland en Pijnacker-Nootdorp. De regio heeft 545.120 inwoners in 2022. We zijn ons ervan bewust dat de zorg in deze regio zich niet altijd op deze manier laat afbakenen, sommige deelnemende organisaties zijn ook buiten de regio actief en sommige zorgvragen, zoals hoogcomplex acute zorg, zijn niet binnen de regio op te lossen. Hiervoor zal afstemming nodig zijn buiten de regio.



2. Regio-opgaven

Op verzoek van VWS is er een regiobeeld over de gezondheid van inwoners en de zorg en ondersteuning in de WSD regio opgesteld. Hier zijn verschillende aandachtspunten uitgekomen. Samen met alle betrokken partijen hebben we in verschillende sessies besproken tot welke opgaven deze aandachtspunten leiden en welke opgaven met prioriteit, gezamenlijk moeten worden opgepakt. Dit hoofdstuk beschrijft eerst de aandachtspunten uit het regiobeeld. Daarna worden de hoofddoelstellingen uit de RIGA-ambitie toegelicht. In 2.3 worden de doelgroepen waar we in de regio mee te maken hebben en de opgaven die voortkomen uit het regiobeeld benoemd. Vervolgens beschrijven we de vijf programmalijnen waarin we uitvoering gaan geven aan de RIGA-ambitie en opgave voor de regio.

2.1 Regiobeeld

Op 1 juli is het regiobeeld van de WSD regio gepubliceerd op www.dejuistezorgopdejuisteplek.nl/regiobeelden. Deze regio kenmerkt zich als een regio met twee gezichten, met landelijke componenten in een grootstedelijk gebied, ingeklemd tussen de grote steden. Daarbij zien we enerzijds gemeenten als Lansingerland, Pijnacker-Nootdorp en Midden-Delfland (en Maassluis) met een meer dopslandelijk karakter. De gemeenten kenmerken zich als welvarende gemeenten, met een gemiddeld hoge SES, en met name in Westland (en ook wel Midden-Delfland) een sterke vergrijzing. En anderzijds hebben de gemeenten Delft, Vlaardingen en Schiedam (en Maassluis) te maken met grootstedelijke problematiek. Waarbij vraagstukken over bestaanszekerheid spelen, grote verschillen tussen wijken zichtbaar zijn, met een gemiddeld lage SES.

Belangrijke aandachtspunten uit het regiobeeld (zie bijlage 3 voor een uitgebreider regiobeeld per doelgroep/ opgave):

- **Dubbele vergrijzing**
Er is in de regio sprake van dubbele vergrijzing. Er komen meer ouderen bij (bijna een verdubbeling) en de inwoners worden ook ouder. Door de dubbele vergrijzing stijgt de prevalentie van dementie het hardst.
- **Hoge druk op mantelzorg**
Door de dubbele vergrijzing, een groeiende demografische druk en een toename van geboortes, neemt de druk op het mantelzorgpotentieel exponentieel toe.
- **Leefstijl**
Conform het landelijk beeld, wordt ook in deze regio een sterke toename van personen met overgewicht verwacht. Het risico op bepaalde aandoeningen en ziekten neemt daardoor toe. De gevolgen zijn extra groot als men al vanaf jonge leeftijd kampt met overgewicht. In de regio wordt een groot aantal contactmomenten over leefstijlgerelateerde aandoeningen in de huisartsenzorg geregistreerd.
- **Grote verschillen tussen wijken**
De verschillen tussen wijken en steden zijn groot. Wat in de ene wijk een groot probleem is, speelt nauwelijks in een andere wijk. Iedere wijk vraagt om een andere aanpak.
- **Arbeidsmarkttekort zal verdrievoudigen**



Bij ongewijzigd beleid zal het arbeidsmarkttekort in de zorg de komende 10 jaar verdrievoudigen.

- **Leefomgeving**

De leefbaarheid van de regio staat onder druk. We zien een lagere luchtkwaliteit dan wenselijk en een lagere leefbaarheid in meerdere wijken. De regio scoort onder het landelijk gemiddelde op het gebied van beweegvriendelijke omgeving.

- **>50% inwoners heeft minimaal 1 chronische aandoening**

Steeds meer inwoners hebben een chronische aandoening. De relatieve stijging is in de WSD-regio groter dan het gemiddelde in Nederland.

- **Complexe multiproblematiek**

Een opstapeling van problemen (financieel, sociaal en mentaal) maakt mensen kwetsbaarder en katalyseert de vermindering van de bestaanszekerheid omdat problemen elkaar versterken.

- **Mensen met psychische klachten**

Het percentage meisjes met psychische klachten ligt veel hoger (40,2%) dan het percentage jongens met psychische klachten (18,3%). Het percentage mensen met een risico op een angststoornis of depressie groeit.

2.2. Hoofddoelstellingen

De RIGA ambitie luidt: "In de WSD regio realiseren we een omgeving waarin de inwoner prettig en gezond kan leven, waarin de verschillende domeinen elkaar versterken en waarin zorg en ondersteuning toegankelijk en beschikbaar zijn wanneer nodig"

Vanuit de RIGA-ambitie zijn drie hoofddoelstellingen af te leiden:

- De inwoner leeft prettig en gezond
- Domeinen versterken elkaar
- Zorg en ondersteuning zijn toegankelijk en beschikbaar

2.3. Doelgroepen en Opgaven

Doelgroepen

Op basis van de RIGA-ambitie, de drie hoofddoelen die daaruit voortvloeien en de aandachtspunten vanuit het regiobeeld, is de vertaling naar verschillende doelgroepen voor deze regio gemaakt (hier is ook rekening gehouden met de IZA doelgroepen). Er is bewust gekozen voor vier brede en overkoepelende doelgroepen, om zo ook de integratie tussen gezonde leefomgeving, sociaal domein en zorg te kunnen versterken¹. De keuze voor deze vier doelgroepen betekent niet dat er geen

¹ De IZA-doelgroepen komen hierin terug (mogelijk met een iets andere benaming), waarbij de IZA-doelgroepen 'mensen met lage gezondheidsvaardigheden' en 'zorgpersoneel' terugkomen bij regionale opgaven.



problemen zijn bij inwoners die niet binnen deze doelgroepen vallen. We focussen echter op deze vier, omdat hier de grootste uitdagingen zitten, gezien het regiobeeld.

- **Ouderen**

Bij ouderen richten we ons op alle inwoners met een leeftijd boven de 65 jaar. Dit gaat dus om zowel gezonde ouderen als de meest kwetsbare ouderen en iedereen daartussen. Het regiobeeld laat zien dat er een dubbele vergrijzing aankomt. De stijging van het aantal 65+-inwoners is het hoogst in Lansingerland, Midden-Delfland en Pijnacker-Nootdorp. Dit heeft gevolgen voor de zorgvraag van de toekomst. Ondanks dat er minder vergrijzing is in Nederland, is er wel vergrijzing in deze regio, met een toename van ouderdom gerelateerde aandoeningen. De prevalentie van dementie stijgt het hardst. Het hoogste gebruik van wijkverpleging en intramurale VVT is in wijken in Schiedam en Vlaardingen. Door de verwachte stijging in zorggebruik is inzet op de volledige doelgroep van belang.

- **Jeugd en gezin**

De RIGA partijen onderschrijven het belang van inzet op een nieuwe generatie en het voorkomen van zowel psychische als lichamelijke klachten bij deze doelgroep. Inzetten op een goede start kan veel positieve effecten op de lange termijn hebben. Bij jeugd en gezin gaat het om kinderen en jeugdigen tot 27 jaar en hun gezin. In de gemeenten Schiedam, Vlaardingen, Delft en Maassluis is het percentage kinderen dat in armoede leeft boven het landelijk gemiddelde. Volgens het Nederlands Jeugdinstituut leefden in 2022 circa 165 duizend minderjarige kinderen in een huishouden met een laag inkomen. Dat is 5,2 procent van alle minderjarige kinderen. Er is iets meer dan gemiddeld in Nederland sprake van eenzaamheid en psychische klachten in de WSD-regio bij jeugd en jongeren.

- **Inwoners met een chronische aandoening**

Een chronische aandoening wordt gedefinieerd als een aandoening waarbij over het algemeen geen zicht op volledig herstel is (waaronder de IZA-doelgroepen: mensen met hart- en vaatziekten en mensen met kanker). In de regio heeft meer dan 50% van de inwoners minimaal één chronische aandoening, dit is een hoger percentage dan landelijk gemiddeld.

- **Inwoners in een kwetsbare situatie**

Inwoners in een kwetsbare situatie hebben meerdere potentiële problemen tegelijk en weinig hulpbronnen. Dit zijn bijvoorbeeld inwoners met psychische klachten of inwoners die te maken hebben met hulp vanuit verschillende domeinen (door een combinatie van problematiek) die niet goed op elkaar is afgestemd. In de WSD-regio is in 2022 het percentage inwoners met een hoog risico op een angststoornis of depressie hoger dan in 2020. Per wijk zijn (grote) verschillen te zien in het percentage met een hoog risico op angststoornis of depressie.



Opgaven

Naast deze vier doelgroepen zijn er zes regionale opgaven. Deze zes opgaven beschrijven een uitdaging in de zorg en/of een uitdaging voor de gezondheid van de inwoners in de regio, die onafhankelijk is van een specifieke doelgroep.

De vraag en complexiteit van de vraag naar acute zorg neemt toe

De vraag en complexiteit van de vraag naar acute zorg zal naar verwachting toenemen. Dit komt in de regio bijvoorbeeld tot uiting in lange wachttijden of tijdelijke 'stops' op de spoedeisende hulp (SEH). Verandering is nodig om de toegankelijkheid van de acute zorg te borgen en de acute zorg toekomstbestendig te houden zodat inwoners in een acute situatie binnen gepaste tijd, goede en veilige zorg kunnen ontvangen en (verergering van) gezondheidsschade wordt voorkomen. De opgave waar we in de regio voor staan is als volgt geformuleerd: "Het realiseren van spoed = spoed en acute zorg op het juiste moment op de juiste plek".

In sommige wijken en buurten zijn er inwoners met een afstand tot een gezond leven

Gezond Leven richt zich met name op het eerste doel van de RIGA-ambitie, namelijk: De inwoner leeft prettig en gezond. Niet alleen het stimuleren van een gezonde leefstijl draagt hieraan bij, maar ook een gezonde fysieke omgeving en een sociale omgeving waarin dit gestimuleerd wordt. De nadruk ligt op inwoners, wijken en buurten waarin de afstand tot een gezonde leefstijl het grootst is. Bij deze inwoners en in deze wijken valt immers de grootste gezondheidswinst te behalen. De opgave beschrijven we als volgt: Een betere ervaren gezondheid en het verkleinen van gezondheidsverschillen in de WSD-regio door de inzet van preventieve interventies voor een gezond leven.

Niet alle inwoners zijn bestaanszeker, weerbaar en vaardig genoeg om deel te kunnen nemen aan de maatschappij

Bestaanszeker, weerbaar en vaardig gaat - net als Gezond leven en preventie - met name over het eerste doel van de RIGA-ambitie, namelijk: De inwoner leeft prettig en gezond. Zowel uit de cijfers in het regiobeeld als in de gesprekken met betrokken organisaties komt sterk naar voren dat bestaanszekerheid (een voldoende zeker inkomen om van te leven), weerbaar zijn en over voldoende vaardigheden beschikken om deel te kunnen nemen aan de maatschappij, belangrijke randvoorwaarden voor een gezond en prettig leven.

De toegang tot voorzieningen waarbij wonen, welzijn en zorg gecombineerd is, staat onder druk.

Een fijne plek om te wonen waarbij zorg beschikbaar is, is met name voor een aantal doelgroepen van belang. Daarbij gaat het om ouderen, mensen met ggz-problematiek en mensen met een beperking. De toegang tot voorzieningen waarbij wonen, welzijn en zorg gecombineerd is, staat onder druk. Bij alle drie de doelgroepen wordt gesproken over 'extramuralisering' ofwel de verschuiving van het wonen binnen een instelling (intramuraal verblijf) naar wonen in de wijk, maar dit kan niet zonder een goede afstemming en samenwerking tussen de domeinen wonen, welzijn en zorg. De komende jaren zetten we daar dan ook extra op in.



Zonder digitale transformatie wordt de zorg beperkt toegankelijk en beschikbaar

Digitale transformatie van de zorg en ondersteuning is noodzakelijk om de zorg en ondersteuning toegankelijk en beschikbaar te houden. Het is de opgave om met de inzet van digitalisering het werk efficiënter uit te voeren, waardoor aan meer patiënten zorg verleend kan worden met dezelfde capaciteit.

De vragen rondom arbeidsmarkt en organisatie zijn complex

De omvang en complexiteit van de problematiek op de arbeidsmarkt vraagt mogelijk om meer. In de toekomst dient de regio het beschikbare personeel efficiënter in te zetten en te behouden, onder andere door versteviging van de onderlinge samenwerking.

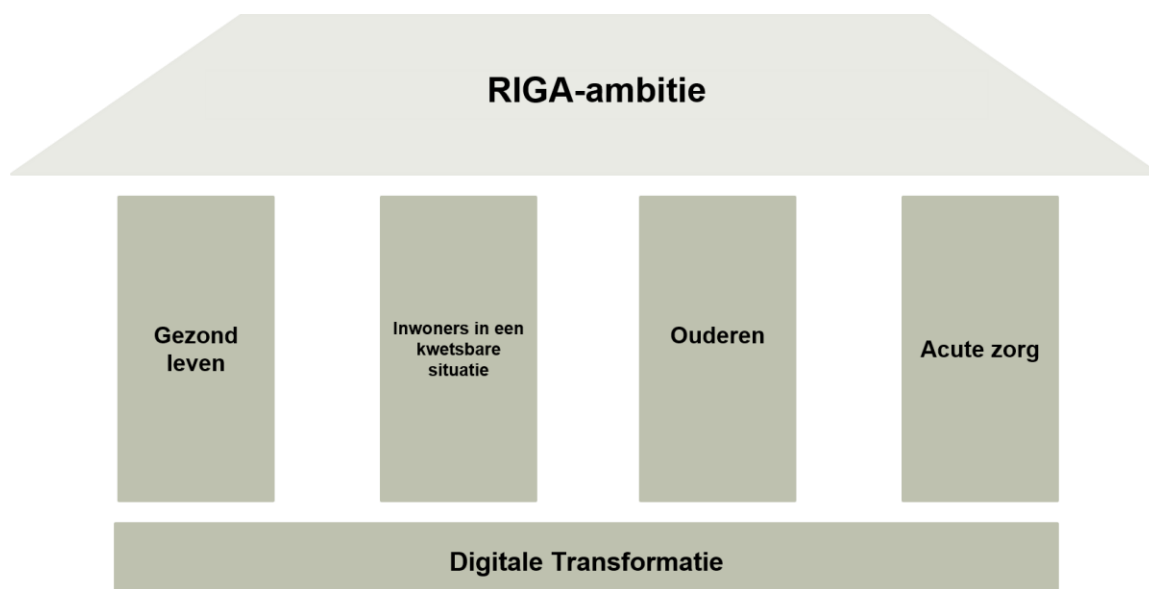
Onderstaande afbeelding laat zien hoe de zes opgaven zich verhouden tot de vier genoemde doelgroepen.

	Ouderen	Jeugd & gezin	Inwoners met chronische aandoening	Inwoners in een kwetsbare situatie
Acute zorg				
Gezond leven				
Bestaanszeker, weerbaar en vaardig				
Wonen met zorg				
Digitale transformatie				
Arbeidsmarkt & organisatie				



2.4. Prioritering in 5 programmalijn

Om uiteindelijk tot uitvoering te komen, is gekeken welke doelgroepen/opgaven als prioriteit worden gezien. Onderstaande afbeelding bestaat uit vijf programmalijnen. Deze programmalijnen worden daaronder verder toegelicht.



1. Ouderen

Voor de doelgroep ouderen loopt sinds eind 2021 het programma Regionale Aanpak Ouderenzorg. Dit programma sluit voor een groot deel aan bij de opgave die we voor ouderen in de regio zien in het regiobeeld. Er is breed draagvlak om dit in de werkagenda van het regioplan als zelfstandige programmalijn op te nemen. De opgave Wonen met Zorg heeft een zwaartepunt op het gebied van ouderen. De opgave Wonen met Zorg wordt daarom opgenomen in de programmalijn Ouderen.

2. Acute zorg

De opgave Acute Zorg is een tweede thema. Het beleidsonderwerp acute zorg kent al verschillende overlegtafels. De natuurlijke samenwerkingsverbanden in de WSD-regio zorgen voor maatwerk, waardoor de inwoners die acute zorg nodig hebben deze naar behoefte kunnen ontvangen. Ondanks dat we grote toegevoegde waarde zien voor het Regionaal Overleg Acute Zorgketen (ROAZ)² om op specifieke beleidsterreinen het voortouw te nemen, is het logisch om de korte lijnen tussen de acute ketenpartners in de WSD-regio niet verloren te laten gaan door schaalvergroting en centrale regie. Daarom wordt het opzetten van een programmalijn Acute Zorg binnen het RIGA als van belang gezien. Uiteraard vindt er nu en in de toekomst afstemming plaats met de twee ROAZ-regio's omtrent de ROAZ-plannen en de relatie met het regioplan van de WSD-regio, om maximale verbinding te realiseren.

² De WSD-regio valt binnen twee ROAZ regio's: West en Zuidwest-Nederland



3. Inwoners in een kwetsbare situatie

De doelgroep Inwoners in een Kwetsbare Situatie wordt als programmalijn opgepakt. Al langer is er samenwerking tussen GGZ partijen binnen het regionale wachttijden overleg. Om daadwerkelijk verschil te maken is echter een brede blik nodig, in samenwerking met andere partijen en de gemeente. De opgave Bestaanszeker, Weerbaar en Waardig krijgt een belangrijke plek binnen de programmalijn Inwoners in een Kwetsbare Situatie.

4. Gezond Leven

De programmalijn Gezond leven en preventie richt zich op het verbeteren van de ervaren gezondheid van inwoners in de WSD-regio. Deze programmalijn richt zich in de uitwerking voornamelijk op de doelgroepen Jeugd en Gezin en Inwoners met een Chronische Aandoening, omdat Gezond Leven voor de doelgroepen Ouderen en Inwoners in een Kwetsbare Situatie grotendeels binnen het eigen thema al worden opgepakt.

5. Digitale transformatie

De opgave Digitale Transformatie heeft een eigen programmalijn. Voor een succesvolle digitale transformatie is een regionale aanpak, overkoepelend voor alle doelgroepen, noodzakelijk.

Arbeidsmarkt en organisatie

Als regio zien we op het gebied van arbeidsmarkt en organisatie -mede op basis van het regiobeeld- een enorme opgave. Er zijn regionale werkgeversorganisaties die hier reeds mee bezig zijn, zoals ZWConnect en deRotterdamseZorg. Ook zijn alle individuele organisaties aan zet om het onderwerp in hun eigen strategie te verankeren. Daarnaast wordt het onderwerp binnen de overige programmalijnen meegenomen in de doelstellingen. Om die reden wordt het niet als aparte programmalijn opgepakt.



3. Regio-afspraken

Om tot een werkagenda te komen, zijn afspraken gemaakt in de regio over de wijze waarop partijen de in hoofdstuk 2 geformuleerde regio-opgaven gaan oppakken. Onderstaand worden deze overkoepelende afspraken op proces en organisatie omschreven. Hierbij gaat het om afspraken over hoe we werken binnen het RIGA, inwonersparticipatie, de governance van het RIGA en de financiering.

3.1 Werkwijze

De WSD-regio werkt al jaren intensief samen op verschillende vlakken. Hieruit is een kenmerkende WSD aanpak ontstaan. Toekomstige projecten en initiatieven die worden geïnitieerd binnen de regio zullen opnieuw getoetst worden om na te gaan of deze passen binnen het RIGA.

Kenmerkende WSD aanpak

1. We werken domeinoverstijgend samen en voorbij de grenzen van de eigen organisatie. Dit is mogelijk door de reeds bestaande, intensieve samenwerking in de regio.

De regio heeft een lange historie van intensief en laagdrempelig samenwerken. Om de ambities van het RIGA te behalen, is domeinoverstijgende samenwerking noodzakelijk. Dit betekent ook samenwerking tussen het medische en sociaal domein. We werken gezamenlijk aan de problematiek rondom zorg en ondersteuning en streven ernaar de schotten tussen de organisaties en domeinen zo veel mogelijk te beperken.

2. We focussen op inwoners met een grote afstand tot gezond leven; we investeren ongelijk voor gelijke kansen.

Juist bij inwoners met een grote gezondheidsachterstand, wordt extra ingezet op gezondheid en een prettige leefomgeving. Daarmee versterken we het welbevinden en de kwaliteit van leven van al onze inwoners.

3. We werken zowel groot als klein

Klein: we hanteren een wijk- en buurtgerichte aanpak. Uit het regiobeeld blijkt dat er grote verschillen zijn tussen wijken, buurten en soms zelfs straten. Dat betekent dat interventies soms lokaal toegepast moeten worden. We hebben oog voor deze verschillen op buurtniveau en werken met de buurt samen om tot goede interventies te komen.

Groot: We pakken grote regionale knelpunten op regionaal niveau op: knelpunten in (digitale) systemen, domeinoverstijgende financiering of de organisatie van zorg en ondersteuning.

4. We werken zowel bottom-up als top-down

De werkagenda voor het RIGA kan niet van tevoren volledig uitgekristalliseerd worden. Gedurende de looptijd van het RIGA zullen prioriteiten veranderen, verschuiven, komen er initiatieven bij en vallen initiatieven af. We hanteren voor het ophalen van nieuwe initiatieven zowel een bottom-up (goede ideeën vanaf de werkvloer, vanuit de wijk, vanuit inwoners) als een top-down (goede ideeën vanuit programmaleiding, best practices andere regio's) aanpak.



Uitgangspunten

Gezien de brede RIGA-ambitie is het van belang om continu te toetsen of een project of initiatief past binnen het RIGA, en zo scope van het RIGA te borgen. Daarbij hanteren we een aantal uitgangspunten. Deze zijn richtinggevend en kan waar nodig van afgeweken worden. Het project of initiatief dat opgepakt wordt in RIGA-verband, draagt bij aan:

- De ambitie van het RIGA;
- De gestelde doelstellingen van één of meerdere thema's (zoals uitgewerkt in hoofdstuk 4);
- Het toegankelijk en beschikbaar te houden van de zorg en ondersteuning in de regio;
- Oplossingen die om domeinoverstijgende samenwerking vragen of om verschuiving van taken tussen de domeinen;
- Het borgen van de wensen en behoefte van de inwoners.

RIGA-ambitie verankeren binnen organisaties

Het RIGA-programmaplan biedt een kapstok om de RIGA-ambitie te realiseren. Echter, niet alle inzet die nodig is om de RIGA-ambitie te realiseren, valt binnen het RIGA-programma. Ook de regionale partners zijn aan zet. Aan alle organisaties in de regio wordt gevraagd om de ambitie van het RIGA te omarmen en te borgen in de eigen visie, strategie en jaarplannen.

3.2 Inwonersparticipatie

De inwoners staan centraal in de ambitie van de regio en hun participatie hierbij is van belang om het RIGA ook te laten slagen. In de regio is afgesproken om voor inwonersparticipatie externe inzet te organiseren. ZorgBelang is hierin zowel verantwoordelijk voor het ophalen van de input van inwoners op dit RIGA-programmaplan, als voor het geven van advies over de inbedding van inwonersparticipatie in brede zin. Naar aanleiding van dit advies (zie voor volledige advies bijlage 2), maken we in de regio de volgende afspraken:

1. We zetten in op 'formele participatie' in het RIGA in de vorm van een klankbordgroep op programmaniveau;
2. We zetten in op laagdrempelige ontmoetingen op projectniveau en voegen per werkgenda een participatiematrix (zie bijlage 2) toe waarin beschreven is welke rol de inwoner in het project heeft.

3.3 Governance

Om de doelen binnen het RIGA te kunnen verwezenlijken, is het nodig om een passende samenwerkingsstructuur op te zetten. Hierin moet rekening gehouden worden met de al lopende, regionale projecten. Daarnaast worden er binnen het RIGA een aantal nieuwe thema's geïntroduceerd. In de governance leggen we vast uit, uit welke programmalijnen het RIGA bestaat en hoe er aan deze thema's wordt gewerkt. Daarnaast staat hierin opgenomen hoe besluiten worden genomen, hoe er sturing plaatsvindt, hoe de voortgang wordt gemonitord en hoe geborgd wordt dat deelnemende partijen en inwoners voldoende zeggenschap hebben.



We hanteren een aantal uitgangspunten:

Algemeen

- De governance draagt bij aan versnelling
- Mensen en middelen zijn snel beschikbaar
- We zoeken een pragmatische samenwerking
- We voorkomen overlappende overlegtafels

Uitvoering

- De programmalijnen worden ondersteund door een regionaal programmabureau, waarin programmamanagement en projectleiders capaciteit gebundeld is. Hier is ook de capaciteit voor communicatie en monitoring geborgd.

Sturing

- In een breed RIGA-overleg zijn alle bestuurders van regionale zorg- en ondersteuningspartijen vertegenwoordigd
- Het breed RIGA-overleg zal worden voorgezeten door een onafhankelijk voorzitter.
- Er is veel autonomie binnen de programmalijnen om besluiten te nemen en te prioriteren

Voor de concrete invulling van de governance, wordt een separaat proces doorlopen, waarin een voorstel zal worden gedaan omtrent de besluitvorming, dagelijkse sturing, taken en verantwoordelijkheden, overlegstructuur, ondersteunende infrastructuur, informatiedelingen hoe we borgen dat de deelnemers en inwoners voldoende medezeggenschap hebben.

3.4 Financiering

Voor het inhoudelijk uitvoeren van de RIGA ambitie, is financiering noodzakelijk. Het RIGA heeft een lange termijnvisie. Die ambitie is niet gekoppeld aan tijdelijke gelden. Het streven is om, ongeacht de landelijke financieringsmiddelen, het RIGA uit te willen voeren. Voor de periode na 2026 worden vervolgpunten gemaakt hoe het RIGA structureel wordt geborgd in de regionale samenwerking. De financiering wordt hierin meegenomen.

Er zijn tot minimaal 2026 landelijke middelen waar we gebruik van kunnen maken. Met deze middelen zullen we regionale domeinoverstijgende samenwerking verbreden en versnellen, maar ook op de lange termijn transformaties structureel borgen.

Landelijke financiering

Tot 2026 is er landelijke financiering beschikbaar waaruit geput kan worden. Het gaat om de volgende middelen:

- Transformatiemiddelen (beschikbaar via zorgverzekeraar)
- Transformatiemiddelen beschikbaar via de zorgaanbieders (plannen worden ingediend)
- SPUK-IZA middelen (beschikbaar via gemeenten)
- Mogelijke SPUK-transformatie middelen (mogelijk in de toekomst beschikbaar via gemeenten. De definitieve status van deze middelen is nog onduidelijk)



We maken middelen gebundeld beschikbaar, waarbij we van de middelen die de gemeenten (SPUK-IZA) en zorgverzekeraar (Transformatiemiddelen) van de overheid krijgen, een substantieel deel reserveren voor het RIGA.

Betrokken partijen investeren financieel

Alle partijen investeren (het percentage ten opzichte van de beschikbare gelden wordt nader bepaald).

Toezegging voor financiering is pas bindend, wanneer de eigen aanvraag voor de SPUK en/of transformatiegelden is toegekend.

Voor de concrete invulling van de begroting en financiering, wordt een separaat proces doorlopen.



4. Werkagenda's

Hieronder zal per gekozen thema, zoals beschreven in hoofdstuk 2, een eerste schets gegeven worden van de werkagenda per thema. De komende tijd zal deze verder uitgewerkt moeten worden en gekeken moeten worden welke partijen zich committeren aan de specifieke werkagenda's en wie daarbij betrokken zijn. De afspraken worden vertaald in meetbare resultaatafspraken inclusief meerjarenplanning.

4.1 Werkagenda programmaliijn Gezond leven

In deze werkagenda zal worden ingegaan op de hoofd- en subdoelstellingen van dit thema. Voor deze doelstellingen uiteengezet zullen worden, zal kort geschetst worden hoe we de ketenaanpakken binnen het RIGA positioneren.

Ketenaanpakken

Binnen de programmaliijn 'Gezond Leven' vallen de in het GALA en IZA benoemde ketenaanpakken; Kansrijke Start, valpreventie bij ouderen, Aanpak voor kinderen met overgewicht en obesitas, de gecombineerde leefstijlinterventie bij overgewicht van volwassenen en welzijn op recept. Vanuit deze programmaliijn worden de ketenaanpakken ingericht.

Voor de implementatie van de vijf ketenaanpakken worden de landelijke richtlijnen en/of handreikingen als leidraad genomen. Gemeenten en zorgverzekeraar stemmen de beleidsvorming op elkaar af, zorgen voor een gezamenlijk gedragen plan van aanpak met betrekking tot de implementatie, stemmen hierbij goed af met relevante maatschappelijke stakeholders zoals de GGD, en zijn samen verantwoordelijk voor de uitvoering. De voortgang wordt gemonitord binnen het RIGA. Bij de inrichting, implementatie en uitvoering van de ketenaanpakken zal een (sub)regionale coördinatiefunctie van belang zijn. Naar de invulling van deze rol zal nog gekeken worden.

Lokaal versus regionaal

Voor veel onderwerpen die gaan over Gezond Leven staan gemeenten ook nu al lokaal aan de lat. Bij de onderwerpen die in deze programmaliijn benoemen onder Gezond Leven wordt de meerwaarde gezien van een regionale aanpak. Soms is dit aanvullend op een lokale aanpak, zoals bij de ketenaanpakken, en soms is het specifiek een regionale opgave, zoals bij het verbinden van formele en informele zorg.

Hoofd- en subdoelstellingen

Het hoofddoel van de programmaliijn Gezond Leven is: Een betere ervaren gezondheid en het verkleinen van gezondheidsverschillen in de WSD-regio door de inzet van preventieve interventies voor een gezond leven.



Subdoelstellingen

1. Het versterken van (de verbinding met) de sociale basis;
2. Een gezonde (fysieke) leefomgeving die uitnodigt tot bewegen, gezonde keuzes en ontmoeten;
3. Het stimuleren van een gezonde leefstijl en gewoonten.

Het versterken van (de verbinding met) de sociale basis

De sociale basis zien we als de vrij toegankelijke formele en informele activiteiten en voorzieningen gericht op het elkaar ontmoeten en ondersteunen, ontplooiën en ontspannen die zorgen dat mensen kunnen samenleven en meedoen. Het versterken van de sociale basis gaat over het omzien naar elkaar in de wijken, buurten en dorpen. Maar ook over het autonoom kunnen leiden van het leven met eigen regie en een netwerk vanuit die basis. In een omgeving met een sterke sociale basis worden zorg, gezondheid- en ondersteuningsvragen van mensen op tijd gezien, dichtbij opgelost en liefst voorkomen. De sociale basis in de regio bestaat vanzelfsprekend niet. Deze is afhankelijk van wijk, buurt en kerngerichte factoren. We onderzoeken wat nodig is voor het opzetten van een regionale preventie infrastructuur.

We onderzoeken regionaal in welke wijken, buurten en kernen de sociale basis de meeste aandacht nodig hebben en ontwikkelen een passende versnelling voor de betreffende wijk, buurt of kern. Dit kan door bijvoorbeeld meer nadruk te leggen op de ketenaanpak 'Welzijn op Recept' of de inzet van een buurtcoördinator als betaalde kracht. Hij/zij beheert het wijkcentrum, kent inwoners, houdt rekening met cultuurverschillen, betrokken bij beleidsvorming.

Daarnaast zal er specifiek extra aandacht zijn voor de wijken die zijn opgenomen in het Nationaal Programma Leefbaarheid en Veiligheid. Inwoners hebben hier te maken met een stapeling van problemen rondom onderwijs, armoede, gezondheid, wonen en veiligheid. In de regio zijn dat de wijken: Schiedam Oost en Nieuwland, Vlaardingen Westwijk en Delft West (Voorhof, Buitenhof en Tanthof-West). Per wijk zal in goede afstemming met de nationale programma's onderzocht worden op welk (sub)doel specifiek in die wijk extra ingezet kan worden, waarbij ingezet kan worden op het snijvlak van verschillende domeinen.

Leefomgeving: Een gezonde (fysieke) leefomgeving die uitnodigt tot bewegen, gezonde keuzes en ontmoeten

Een gezonde (fysieke) leefomgeving zien we als een omgeving die als prettig wordt ervaren, die uitnodigt tot bewegen, gezonde keuzes en ontmoeten. Een gezonde (fysieke) leefomgeving kan daarmee een positieve invloed hebben op de gezondheid. Zo nodigt een gezonde voedingsomgeving uit tot het maken van gezondere keuzes en kan een groenere en fysiek activerende omgeving zorgen voor meer, intensiever en langer bewegen³. Een fysieke omgeving die uitnodigt om eropuit te gaan draagt verder bij aan ontmoeting.

³ <https://www.gezondeleefomgeving.nl/publicaties/towards-environmentally-sustainable-human-behaviour-targeting-non-conscious-and>Pitt, Gallegos, Comans, Cameron, Thornton, Exploring the influence of local food environments on food behaviours: a systematic review of qualitative literature;



Vanuit het Regioplan werken we daarom aan de volgende doelstellingen:

- We zorgen voor een leefomgeving die inwoners en specifiek kinderen stimuleert tot meer bewegen en ontmoeten.
- We streven naar een voedselomgeving die is ingericht op het maken van gezonde keuzes. In het straat- en wijkbeeld is gezonde voeding de norm en zichtbaar in de buitenruimte. Maar ook in winkels, scholen, bedrijfskantines, sportkantines en zorgcentra stimuleren we dat de gezonde keuze de aantrekkelijkste, makkelijkste, betaalbaarste en meest sociaal wenselijke keuze is.
- We werken actief om te voorkomen dat in wijken waar in verhouding veel mensen met een lage opleiding en inkomen wonen de voedselomgeving een negatieve invloed heeft op de voedselconsumptie in deze wijken en zo gezondheidsverschillen versterkt.
- De buurtinrichting is stimulerend voor zelfstandig wonen. Wijken, buurten en kernen met een oudere demografie zijn dusdanig ingericht dat ouderen langer zelfstandig kunnen blijven. In samenspraak met ouderen wordt de fysieke leefomgeving gebruikt voor een gezonde en stimulerende leefomgeving.

We onderschrijven dat we bovenstaande doelstellingen alleen kunnen realiseren met een samenwerking die breder gaat dan het RIGA en waarin het fysieke domein betrokken is. De betrokken partners bij het RIGA (o.a. gemeenten, verzekeraar en GGD) zetten zich hier actief voor in. Gemeenten zetten zich, in navolging van het Rijk, in voor health in all policies.

Het stimuleren van een gezonde leefstijl

In de WSD-regio zien wij op het gebied van gezondheid en een gezonde leefstijl een aantal zorgwekkende cijfers. Zo is in de gehele regio een stijging te zien van het aantal volwassenen met een of meer chronische aandoeningen, het overgrote deel van de jongeren voldoet niet aan de beweegrichtlijn, in Vlaardingen en Schiedam hebben relatief veel kinderen overgewicht en in Schiedam, Vlaardingen en Delft ligt het tandartsbezoek van de jeugd onder het landelijk gemiddelde. Ten slotte is de verwachting dat er een sterke toename zal komen in het percentage inwoners met (ernstig) overgewicht. Deze cijfers dragen voor een groot deel bij aan een hoog zorggebruik. Door hierop in te zetten binnen het RIGA hebben we de mogelijkheid om vanuit verschillende domeinen bij te dragen in het voorkomen van de toekomstige zorgvraag.

Met lokale vertalingen van het Nationaal Preventieakkoord, het Sportakkoord en de Gezondheidsnota wordt lokaal reeds preventief ingezet op deze problematiek en wordt een gezonde leefstijl gestimuleerd. Als regio zien wij echter de meerwaarde van een regionale en overkoepelende inzet op het stimuleren van een gezonde leefstijl van inwoners vanuit het RIGA en specifiek te zoeken naar samenwerking tussen medisch en sociaal domein. Nu zien we nog te vaak dat deze domeinen elkaar slecht weten te vinden, waardoor zorg en ondersteuning of de route naar een gezonde leefstijl niet als vanzelfsprekend samenwerkt. Door deze verbinding te versterken, kunnen bestaande aanpakken versneld en/of versterkt worden, maar ook tot nieuwe initiatieven komen.

Natuur en gezonde leefstijl (De wetenschappelijke onderbouwing van van de relatie tussen natuur en gezondheid), J. Maas en P.A. Postma (2020).



We zien verschillende mogelijkheden om een gezonde leefstijl door de hele keten heen meer te stimuleren. De komende tijd zal onderzocht worden welke van onderstaande punten het meest kansrijk is binnen het RIGA en vraagt om verdere uitwerking:

- Inzetten op het verhogen van sport- en beweegparticipatie in de regio
- Preventief inzetten op een gezonde leefstijl voor leefstijlgerelateerde chronische aandoeningen
- Laagdrempelig aanbod op het gebied van het verbeteren van de mentale gezondheid, zoals het inrichten van steunpunten
- Middelengebruik (roken, alcohol, drugs, vaperen, snus) verminderen en vroegsignaleren. Daarbij kunnen we aansluiten bij programma's als "Opgroeien in een kansrijke omgeving" (Het IJslands model).
- Het ondergebruik van basiszorg, die een *preventieve* functie heeft, tegengaan. Een voorbeeld hiervan is de tandarts voor kinderen.
- We zetten breed in op de integrale benadering van positieve gezondheid. Een bredere kijk op gezondheid vanuit zes dimensies: kwaliteit van leven, zingeving, mentaal welbevinden, lichaamsfuncties, dagelijks functioneren en meedoen.
- Inwoners met een chronische aandoening bieden we leefstijladviezen op maat aan (o.a. passend bij de aandoening, cultuursensitief en inclusief), om kennis en begrip te vergroten, zodat het leven volgens deze adviezen het nieuwe normaal wordt
- Inrichten en implementeren van de ketenaanpakken: voor kinderen met overgewicht en obesitas, de gecombineerde leefstijlinterventie van volwassenen, valpreventie, kansrijke start en welzijn op recept.



4.2 Werkagenda programmalijs Inwoners in een kwetsbare situatie

In dit thema gaat het om het bereiken van de inwoners met de grootste afstand tot een gezond leven. Inwoners waarbij soms zorg verleend wordt zonder naar de onderliggende problemen te kijken. “Inwoners in een kwetsbare situatie hebben meerdere potentiële problemen tegelijk en weinig hulpbronnen. Bij problemen gaat het bijvoorbeeld om schulden of niet zelfstandig het huishouden kunnen doen. Met hulpbronnen bedoelen we zaken die mensen helpen, zoals een opleiding of veerkrachtige houding (SCP, 2022)”. We onderschrijven in dit thema het belang om inwoners in een kwetsbare situatie te zien in het huishouden waar zij deel van uitmaken, omdat een integrale aanpak voor het huishouden of gezin vaak het meest effectief blijkt.

Landelijk verkeert ongeveer 1 op de 10 volwassenen in een kwetsbare situatie⁴. Binnen de WSD-regio zien we in het regiobeeld een enorme diversiteit per wijk wanneer het gaat om de determinanten voor een kwetsbare situatie. In de kwetsbaarheidsindex⁵ zien we dit terug waarbij met name de wijken uit het Nationaal Programma Leefbaarheid en Veiligheid (zie ook programmalijs Gezond Leven) hoog scoren.

In de huidige samenleving heerst, met name bij mentale problemen, een neiging naar het oplossen van de medische symptomen of problemen. Deze ‘medische’ route is vaak relatief eenvoudig te begrijpen en te ‘bewandelen’, terwijl de achterliggende vraag hiermee onvoldoende wordt aangepakt. Iemand geeft aan zich gedeprimeerd te voelen, terwijl de achterliggende oorzaak schulden zijn. Iets dat niet altijd snel naar voren komt. Dit kan leiden tot onnodige medicalisering en verwachtingen van therapie die niet waargemaakt kunnen worden. Gezien de huidige wachtlijsten voor GGZ-behandeling worden deze verwachtingen gedurende langere tijd in stand gehouden, totdat blijkt dat de behandeling deze verwachtingen helemaal niet waar kan maken. De inwoner is in dat geval niet geholpen met therapie of een pil, maar met het oplossen van de achterliggende problemen. Bijkomend nadeel is dat de inwoner hierbij een beschikbare plek voor GGZ-behandeling heeft bezet gehouden, waardoor andere inwoners langer moeten wachten.

Daarnaast is de problematiek van inwoners in een kwetsbare situatie vaak meervoudig, waardoor de noodzakelijke hulp niet op één plek kan worden geboden, maar zij deze op meerdere plekken en via meerdere loketten moeten zien te krijgen. Zij zijn daar vaak, juist door de hoeveelheid van problemen, niet (meer) toe in staat. Te vaak laten deze inwoners de hulp dan maar achterwege, waardoor de kans groot is dat de problematiek alleen maar erger wordt.

Zowel preventie als promotie (inzetten op beschermende factoren waardoor een kwetsbare situatie niet ontstaat) loont in het huidige financieringssysteem niet. De ‘opbrengsten’ komen vaak niet terecht bij de partij die erin investeert, terwijl beide wel kosteneffectief zijn voor de maatschappij als geheel. Door de ‘verkokering’ van de zorg en ondersteuning en het binnen de kokers steeds maar verder sturen op doelmatigheid en effectiviteit is er geen regie meer op wat een inwoner nu echt nodig heeft. Binnen het geneeskundige domein ligt het gevaar dat niet de inwoner maar alleen zijn stoornis wordt gezien en binnen het sociaal maatschappelijk domein loert het gevaar dat mensen

⁴ SCP (2023) [Zicht op zorgen](#)

⁵ Erasmus MC en Bernard van Leer Foundation [Atlas Kwetsbaarheid](#)



met een psychische stoornis niet geholpen kunnen worden doordat zij een specifieke aanpak nodig hebben. Het is deze verkokering met diepgaande specialisatie die ervoor zorgt dat de integrale probleemanalyse aan de voorkant onder druk staat en een meer herstelgerichte aanpak aan de achterkant bemoeilijkt wordt.

De partners in de WSD-regio zien het als hun opgave om inwoners in een kwetsbare situatie beter en effectiever te helpen. Hiervoor is noodzakelijk dat de partners over de grenzen van de eigen organisatie heen kunnen kijken om zo te kunnen zien wat de inwoner daadwerkelijk nodig heeft. Dit kan betekenen dat domeinoverstijgende samenwerking noodzakelijk is om zo eerder in te grijpen en onnodige medicalisering vroegtijdig te voorkomen. We zien dat specifiek de samenwerking tussen het medische domein en jeugdhulp hierbij om aandacht vraagt. Afspraken om domeinoverstijgend te financieren kunnen hierbij behulpzaam zijn.

Passende zorg en ondersteuning voor inwoners in een kwetsbare situatie is niet vanzelfsprekend. Hiervoor is het essentieel om naar het individu te kunnen kijken, naast de inwoner te gaan staan, en op die manier te bepalen wat nodig is. Van een professional vraagt dit:

- Tijd en ruimte van zijn/haar organisatie om daadwerkelijk naast de inwoner te kunnen gaan staan;
- Inzicht in wat er op welke plek mogelijk is en;
- Domeinoverstijgende samenwerking in de wijk, buurt of kern, zodat er door de inwoner zo min mogelijk 'schotten' voor de passende hulpverlening worden ervaren.

De inventarisatie van de cruciale GGZ in de WSD regio is te vinden in bijlage 3.

Doelstelling

“Zorg en ondersteuning in de WSD-regio is door partijen gezamenlijk zodanig ingericht dat inwoners en huishoudens in een kwetsbare situatie niet tussen wal en schip vallen en daadwerkelijk worden bereikt en passende hulp kan worden geboden”

Binnen de programmalijn knippen we de doelstelling in twee subdoelstellingen op, namelijk:

- A. Voor inwoners in een kwetsbare situatie is hulp bereikbaar en makkelijk toegankelijk, met als doel om zo vroeg als mogelijk de juiste hulp te bieden en zo complexe multiproblematiek te voorkomen;
- B. In het geval van complexe multiproblematiek bij de inwoner is de hulp en ondersteuning die wordt geboden passend bij wat de inwoner nodig heeft.

Voor inwoners in een kwetsbare situatie is meer nodig dan uitgaan van (digitale)vaardigheden en zelfredzaamheid om zelf (op tijd) de juiste zorg en ondersteuning te vinden. Juist voor deze groep is het van belang dat iedere plek waar hulp en ondersteuning wordt gezocht als 'een integrale voordeur' werkt. Dit kunnen verschillende 'voordeuren' zijn die op een zoveel mogelijk vergelijkbare manier werken. Wanneer de huisarts en wijkteams/buurteams/sociaal teams voor deze doelgroep in een netwerkverband als één voordeur kunnen werken kan dit ervoor zorgen dat psychosociale en milde psychische problematiek én eventuele effecten daarvan op kinderen binnen het gezin, effectief in samenwerking met de basis GGZ, in het sociaal domein wordt opgepakt. De GGZ kan zich



– in netwerkverband en met meer kwaliteit en inzet - richten op ernstige en complexe psychische problematiek.

Wanneer de hulp bereikbaar en toegankelijk is, betekent dit nog niet dat deze ook passend is voor de inwoner in een kwetsbare situatie. In de huidige realiteit wordt meestal vanuit het bestaande en bekende aanbod van zorg naar de hulpvraag gekeken. Dit versterkt dan ook de wens om een medisch (GGZ) etiket te geven, terwijl dit niet altijd is wat de inwoner nodig heeft. Het ontbreken van kennis van de mogelijkheden buiten het medische domein, maar ook het gebrek aan expertise om daadwerkelijk de juiste hulpvraag te bepalen, bemoeilijkt het inzetten van passende hulp. Zoals bijvoorbeeld bij het niet (tijdig) herkennen van een licht verstandelijke beperking (LVB). Oplossingsrichtingen kunnen worden gezocht in samenwerking tussen zorg en ondersteuning -zowel formeel als informeel- in de wijk en een op de wijk en bewoners afgestemd hulp- en ondersteuningsaanbod, in plaats van een op financiering afgestemd aanbod.

Oplossingsrichtingen

Het beter bereiken van inwoners in een kwetsbare situatie, waardoor de hulp bereikbaar en toegankelijk is, kan door allerlei initiatieven te stimuleren. Daarmee wordt in veel gevallen echter onvoldoende recht gedaan aan de huidige (en voor deze doelgroep) tegenwerkende systeem- en financieringscomplexiteit. Integraliteit en generalisme is voor deze doelgroep van belang, doordat de problematiek divers kan zijn. Daarnaast is er sprake van een infrastructuur van zorg- en ondersteuning waar niet zomaar aan voorbij kan worden gegaan. Daarom wordt gekozen voor het versterken van het bestaande door een integrale en generalistische blik te faciliteren, bijvoorbeeld in de vorm van domeinoverstijgende triage, wanneer blijkt dat er vervolgens systeem- en financieringsproblematiek is die de noodzakelijke oplossingen tegenwerken kan daar op worden ingezet.

Bereikbaarheid en toegankelijkheid

Wanneer het gaat om de bereikbaarheid en toegankelijkheid van zorg en ondersteuning voor inwoners in een kwetsbare situatie zetten we in op: het integraal laten werken van meerdere bestaande voordeuren op de plekken waar de inwoner in een kwetsbare situatie in contact komt met (professionele) hulp. We gaan hierbij ook uit van een aanpak voor zowel zorg aan ouders als zorg aan kind. De inwoner hoeft op deze plek 1 keer zijn of haar verhaal te doen. De professional krijgt voldoende ruimte en tijd om te bepalen wat de hulpvraag/behoefte is en weet het lijntje op de juiste plek uit te zetten binnen de netwerkzorg door domein overstijgende samenwerking.

Met deze oplossingsrichting wordt niet ingezet op één uniforme voordeur. Er worden vergelijkbare uitgangspunten geformuleerd voor de bestaande ‘toegangswegen’ tot zorg en ondersteuning voor inwoners in een kwetsbare situatie. Dit gaat in ieder geval om de volgende plekken:

- Huisarts
- Wijkteam/sociaal team/jeugdteam
- Welzijnsorganisaties
- Participatie (organisaties die mensen naar werk helpen)
- Schuldhulpverlening
- Medisch specialistische zorg



- GGZ

Uitgangspunten op het gebied van **werkwijze** voor het integraal laten werken van bestaande 'voordeuren':

- Alle aspecten die voor de inwoner van belang zijn worden in acht genomen, zodat er een breed beeld kan worden gevormd van wat de inwoner kan helpen; Het huishouden waarin de inwoner zich bevindt is hierin een belangrijk onderdeel.
- Initiatieven op het gebied van vroegsignalering voor deze doelgroep worden gestimuleerd, bijvoorbeeld door 'de vinger aan de pols' te houden rondom life-events;
- De professional krijgt de ruimte om te luisteren naar de inwoner, wat kan bijdragen aan het creëren van vertrouwen;
- Er is ruimte om situationeel te handelen. Professionals kunnen inspelen op de situatie van de inwoner en het gezin waar deze inwoner deel van uitmaakt;
- Eenduidigheid en consistentie in de aanpak van alle betrokken partijen in de hulp en ondersteuning aan de inwoner;

Uitgangspunten op het gebied van **randvoorwaarden** voor het integraal laten werken van bestaande 'voordeuren':

- Stabiliteit creëren voor partijen en professionals in de wijk door duurzame financiering en eenduidige contracten vanuit verschillende wetten;
- Data-uitwisselingsmogelijkheden tussen betrokken partijen (inwoner kan invloed uitoefenen op hetgeen onderling gedeeld wordt);

Mogelijk initiatief: consultatiefunctie GGZ

Er zal onderzocht worden hoe een consultatiefunctie van de GGZ vormgegeven kan worden, vanuit zowel de lokale, inhoudelijke, juridische als financiële context.

Multidisciplinaire ondersteuning voor mensen in een kwetsbare situatie

De beschikbare hulp en ondersteuning voor inwoners in een kwetsbare situatie is in het huidige systeem zeer afhankelijk van de mogelijkheden voor de inwoner om binnen een bestaande 'koker' te passen. Het doel is om voor elkaar te krijgen dat professionals kunnen doen wat nodig is, ongeacht de problematiek. Hiervoor is het nodig om beschikbare hulp en ondersteuning in de wijk af te stemmen op de behoefte van de inwoners en niet op de bestaande financieringsstromen. Dit vraagt professionals en organisaties om over de domeinen heen te kijken. Zij moeten de mogelijkheid krijgen om als (casus)regisseur naast de inwoner te gaan staan indien andere (specialistische) ondersteuning noodzakelijk is. Dit is bijvoorbeeld noodzakelijk wanneer het gaat om GGZ in gezinnen en de begeleiding na 18 jaar, waarbij zorg overgaat naar andere domeinen, maar kwetsbare jongeren veelal nog niet zelfredzaam zijn.

Bij de ondersteuning van een gezin is het van belang dat lokale teams en volwassen GGZ samenwerken om de meest passende hulp te realiseren.

De belangrijkste plekken waar hulp en ondersteuning voor deze doelgroep worden geboden zijn:

- Huisarts (POH)



- Wijkteam/sociaal team/jeugdteam (binnen iedere gemeente anders georganiseerd)
- Werkbedrijven (binnen iedere gemeente anders georganiseerd)
- GGZ (zowel behandeling als (ambulante) begeleiding)
- Inloopspreekuur Welzijn binnen ziekenhuizen

Uitgangspunten voor hulp en ondersteuning op deze plekken die op de inwoner in een kwetsbare situatie is afgestemd:

- ‘Oplossingen’ worden -zo min mogelijk- beperkt door wettelijke kokers;
- Passende hulp wordt zo laagdrempelig mogelijk verleend voor mensen die op wachtlijsten staan. Denk hierbij aan in praktijk bewezen effectieve aanpakken, zoals zorghulpmaatjes;
- POH GGZ, Wijkteams, GGZ en jeugdhulp worden versterkt, dan wel beter aan elkaar verbonden om passende hulp aan deze doelgroep in de wijk te bieden;
- Professionals ‘accepteren’ elkaars expertise, waardoor nodeloos opnieuw ‘uitvragen’ wordt voorkomen;
- Mogelijkheden om informatie te delen worden versterkt en gefaciliteerd;
- Bij complexe casuïstiek heeft regiovoerder doorzettingsmacht;
- Doorbraakmethode wordt breder ingezet en geaccepteerd door de partijen;
- Data-uitwisselingsmogelijkheden tussen betrokken partijen (inwoner kan invloed uiten op hetgeen wat onderling gedeeld wordt);
- Financiering is -indien nodig- over de domeinen heen.

Mogelijk initiatief: trajecten voor toeleiding naar zorg bij volwassenen met ernstige psychiatrische problemen

Voor volwassenen met een Ernstig Psychiatrische Problematiek (EPA) is de inzet van bemoeizorg mogelijk vanuit de WMO. Volwassenen (ouders) die geen EPA problematiek hebben kunnen echter wel ernstige psychische problemen hebben die hun ouderschapsrol bemoeilijkt en waar kinderen risico lopen zelf psychische problemen door te ontwikkelen of die verergeren. Denk aan ouders met persoonlijkheidsstoornissen of depressie. Deze ouders zijn niet altijd gemakkelijk tot zorg te verleiden. Samenwerking tussen WMO en GGZ is hierbij wenselijk. .



4.3 Werkagenda programmalijn Ouderen

Deze werkagenda geeft inzage in de integratie met huidige programma regionale aanpak ouderenzorg en zet uiteen welke doelstellingen de komende jaren bereikt moeten gaan worden in de regio.

Programma regionale aanpak ouderenzorg

Gemeenten, zorgaanbieders, DSW Zorgverzekeraar en DSW Zorgkantoor hebben voor deze doelgroep de samenwerking geïntensiveerd (onder Gezond en Wel), zodat de stijgende zorgvraag naar ouderenzorg kan worden ‘opgevangen’ en we voor alle ouderen in onze regio de zorg kwalitatief goed, toegankelijk en betaalbaar kunnen houden.

Het thema ouderen binnen het RIGA bouwt inhoudelijk voort op het programma Regionale Aanpak Ouderen: ‘Gezond en Wel Ouder Worden’ en geeft de bestaande projecten hierin een plek. De nadruk ligt op de oudere zo lang mogelijk prettig, zelfstandig, thuis te laten wonen. Wanneer noodzakelijk zijn passende woonvoorzieningen beschikbaar. Hiermee zal het programma opgaan in het RIGA.

Visie, doelstelling en subdoelstellingen

De overkoepelende visie voor dit thema formuleren we dan ook als volgt:

“Ouderen in de WSD-regio voelen zich onderdeel van de maatschappij, wonen langer veilig en niet-eenzaam thuis en ervaren zelfredzaam en onafhankelijk te zijn totdat het echt niet meer gaat”

Op basis van de visie is het de vraag waar we de komende 5 tot 10 jaar daadwerkelijk op in gaan zetten. De doelstelling hiervoor formuleren we als volgt:

“De ouderenzorg in de WSD-regio blijft kwalitatief goed, toegankelijk en betaalbaar ondanks de toenemende vraag naar ouderenzorg, waaronder de toenemende chronische zorgvraag en vraag naar verpleeghuiszorg”

De visie en doelstelling maken we hanteerbaar door deze onder te verdelen in subdoelstellingen.

Twee subdoelstellingen richten zich heel expliciet op het mogelijk maken van het langer thuis wonen in de wijk. Hiervoor ligt de focus op:

- A. Effectieve, wijkgerichte organisatie van zorg en ondersteuning waarin continuïteit van zorg en ondersteuning de basis is en personeel wijkgericht wordt ingezet
- B. Wijk faciliteert langer thuis wonen door passende woningen, een passend voorzieningenniveau en sociale structuren in de wijk.

De andere twee subdoelstellingen richten zich op het voorkomen/uitstellen van een steeds grotere zorgbehoefte bij ouderen. Hiervoor ligt de focus op:

- C. Voorbereid ouder worden met een focus op gezond leven en zelf- en samenredzaamheid waardoor zorgvraag wordt uitgesteld of voorkomen en ouderen voorbereid zijn op de toekomst.
- D. Voorkomen van intensivering professionele zorgbehoefte



hieronder zullen de verschillende subdoelstellingen verder uiteengezet worden aan de hand van de eerste oplossingen die er binnen de doelstelling zijn en zullen de projecten uit Gezond en Wel thuis een plek krijgen.

Wijkgerichte organisatie van zorg en ondersteuning

Inzetten op een effectieve (wijkgerichte) organisatie van ouderenzorg en ondersteuning kan alleen door versplintering (toename van aantal aanbieders in een wijk) tegen te gaan. In het regioplan zetten we hiervoor een proces op hoofdlijnen in die we de komende jaren in de regio steeds concreter gaan invullen.

1. We maken afspraken over 'preferent aanbiederschap' binnen zowel de Wlz, Zvw als Wmo voor iedere wijk, buurt, of kern. Afhankelijk van de huidige situatie wordt het juiste schaalniveau gekozen. Het doel is om in te zetten op één of enkele aanbieders van ouderenzorg per wijk, buurt of kern. Afhankelijk van de huidige situatie kan er door intensivering van samenwerking en coördinatie in een gebied ook een (beperkt) team van aanbieders de zorg en ondersteuning bieden.
2. Op termijn kan door beperking van het aantal aanbieders in contractering en inkoop hier een vervolgstap op worden gezet. Op deze wijze ontstaan er (systeem)aanbieders die in een wijk, buurt of kern de ouderenzorg organiseren en een breed aanbod van zorg en ondersteuning vanuit diverse financieringsstromen (Wmo, wijkverpleging (Zvw), VPT/MPT (Wlz) aanbieden.
3. Als derde zou op termijn ook ingezet kunnen worden op het buurtgericht organiseren van hoog complexe en subacute zorgvragen voor ouderen, door de inzet van wijk klinieken en lokale gezondheidscentra waar zorgprofessionals als de huisarts, SOG en geriater samenwerken.

Wijk faciliteert langer thuis

Huidige, te continueren aanpak

- Met elke gemeente zijn afspraken gemaakt over de ontwikkeling van nieuwe capaciteit op het gebied van ouderenzorg (zowel intramurale capaciteit als nieuwe woonoplossingen);
- De pilot 'gezond en wel thuis', waarbij we op 21 plekken aan de slag gaan met de combinatie van wonen, zorg en welzijn.

Extra inzet

De beschikbare 'woonoplossingen' (denk aan o.a. Gezond en Wel locaties, kangoeroewoningen) en het voorzieningenniveau in de wijk (o.a. buurtcentra, dagbesteding, wijkverpleegkundige/casemanagement spreekuren etc.) in de wijk sluiten aan bij wat de inwoners nodig hebben en stimuleren het onderhouden en versterken van sociale structuren en vroegsignalering in de wijk.

Om dit te doen is een benadering noodzakelijk waarbij per wijk, buurt of kern (afhankelijk van de lokale situatie) in kaart wordt gebracht:

1. Wat er vanuit het 'beeld' van de wijk (o.a. demografie, zorgvraagontwikkeling en sociaaleconomische status) en de inwoners nodig is aan (woon)voorzieningen;



2. Wat er al is aan (woon)voorzieningen en wat er al wordt ontwikkeld;
3. Wat er met welke prioritering in de wijk, buurt of kern opgepakt kan worden.

Vorbereid ouder worden

We stimuleren en stellen ouderen in staat om gezond te leven en zelf- en samenredzaam te blijven, maar ook om na te denken over de toekomst waarin zij steeds ouder worden. Dit kan door middel van voorlichting en wijkgerichte discussies/gesprekken. Op individueel niveau kan de rol van de seniorenmakelaar worden versterkt om meer bewustzijn te creëren over ouder worden en de zorg en ondersteuning die mogelijk nodig zal zijn in de toekomst. Daarnaast kan meer ingezet worden op actieve maatschappelijke participatie, zoals langer doorwerken, vrijwilligerswerk bij verenigingen en sporten/bewegen om vitaal te blijven.

Voorkomen van (intensivering) professionele zorgbehoefte

De pilots Sociaal Vitaal, Sociale benadering dementie en het multidisciplinair team ouderen zullen verder worden voortgezet en naar aanleiding van evaluatie verder worden uitgerold.

Om intensivering van professionele zorgbehoefte te voorkomen, kan extra worden ingezet op onderstaande lijnen:

- 1) Reablement
Om intensivering van professionele zorgbehoefte te voorkomen kan bijvoorbeeld worden ingezet op reablement. Ouderen die normaliter wijkverpleging zouden krijgen voor het aantrekken van hun steunkousen, kunnen bijvoorbeeld door middel van fysiotherapie of een hulpmiddel leren om dit weer zelf te kunnen doen. Reablement draagt op die manier bij aan de zelfredzaamheid en onafhankelijkheid van ouderen, maar verlaagt ook de noodzaak voor langdurige professionele hulp.
- 2) Positieve gezondheid en het demedicaliseren van hulpvragen
Naast reablement is het ook van belang om anders naar zorgvragen te gaan kijken. Termen als positieve gezondheid of demedicaliseren worden hier vaak voor gebruikt. Wat zou iemand graag weer zelfstandig willen kunnen om een verhoogde kwaliteit van leven te ervaren? Of welke medicatie geeft meer negatieve symptomen dan dat het nog wat oplevert in levensjaren? Het gesprek hierover voeren kan een intensivering van professionele zorgbehoefte voorkomen. Een voorbeeld hiervan is proactieve zorgplanning. Binnen de regio is het Reinier de Graaf daarmee een inspirerend initiatief gestart.
- 3) Eerder ingrijpen door betere samenwerking rondom een oudere tussen zorgverleners
Als derde is een betere samenwerking tussen zorgverleners een wijze om intensivering van zorgbehoefte te voorkomen. Als een huisarts, de wijkverpleegkundige en de apotheek beter samenwerken en de zorg gezamenlijk afstemmen en rondom de patiënt organiseren, kunnen bijvoorbeeld medicatiefouten die leiden tot ziekenhuisopnamen voorkomen worden.
- 4) Meer inzet van (en betere samenwerking met) het informele netwerk en mantelzorg.
Tot slot is een betere samenwerking tussen zorgverleners en het informeel netwerk van belang. Wat is zorg die echt door de zorg professioneel moet worden gedaan en wat zijn taken die ook door het informele netwerk gedaan zouden kunnen worden? Een mooi voorbeeld hiervan is de sociale benadering dementie. Een voorwaarde voor het inzetten van



mantelzorgers, is dat zij in staat worden gesteld deze zorg te dragen. Mantelzorg zou niet ten koste mogen gaan van de eigen gezondheid van de mantelzorger. Mantelzorgvriendelijk werkgeverschap zou bijvoorbeeld moeten worden gestimuleerd.



4.4 Werkagenda programmalijn Acute zorg

Binnen de programmalijn acute zorg wordt enerzijds de focus gelegd op het beperken van de instroom en anderzijds op het inrichten van het acute zorglandschap op een zo efficiënt mogelijke wijze. Op basis van de te ontwikkelen patiëntreizen zal bepaald worden welke type acute zorgvraag binnen de scope van het RIGA valt en welk type zorgvraag in breder (ROAZ of landelijk) verband zal worden opgepakt.

Er zijn twee doelstellingen binnen acute zorg.

Doelstelling 1: Spoed = Spoed

De acute zorg is bereikbaar en toegankelijk voor inwoners met een zorgvraag die onmiddellijk opgelost dient te worden. Wanneer een vraag niet acuut is, zorgen we dat de inwoner op de juiste plek wordt geholpen.

Er zijn drie subdoelstellingen, die hierna verder worden toegelicht

- A. Het is voor inwoners met een acute klacht duidelijk waar hij of zij het beste terecht kan
- B. Acute zorgvragen worden voorkomen door tijdige signalering van dreigende situaties
- C. Het triageproces tijdens avond-, nacht- en weekenduren (ANW-uren) wordt heringericht

Het is voor inwoners met een acute klacht duidelijk waar hij of zij het beste terecht kan

Specifiek wordt de aandacht gericht op: groepen met lage gezondheidsvaardigheden, inwoners zonder eigen huisarts, inwoners die onbekend zijn met het Nederlandse zorgsysteem en/of een taalbarrière hebben, inwoners die de toegankelijkheid van zorgverlening voor niet-acute zorgvragen overschatten

Voor een inwoner met een niet-levensbedreigende acute klacht blijkt het in praktijk niet altijd duidelijk waar en wanneer hij of zij het best terecht kan. De onduidelijkheid over de vele 'voordeuren' waar een inwoner naar toe kan gaan, zoals de huisartsenpost (HAP), crisisdienst van de GGZ, crisisdienst van de Wmo, en de SEH, zorgt voor verwarring.

Onvoldoende kennis om zelf te beoordelen in hoeverre zorgvragen acuut zijn, onbekendheid met het Nederlandse zorgsysteem, onrealistische verwachtingen over continue toegang tot acute zorg, een taalbarrière onder inwoners met een migratieachtergrond, het niet ingeschreven staan bij een eigen huisarts (de WSD-regie kent relatief veel inwoners die "niet op naam ingeschreven" staan) of het ontbreken of wegvallen van een sociaal netwerk, vergroten bovendien de kans op een oneigenlijke zorgvraag op een van de acute zorglocaties. In sommige gevallen leidt dit tot een onnodig beroep op de acute zorg, of presentatie op de verkeerde plek; in andere gevallen kan het leiden tot zorgmijding, wat kan resulteren in verergering van klachten, waardoor juist een acute vraag ontstaat.



Een opgave die binnen dit subdoel opgepakt dient te worden is de beperkte bereikbaarheid van de eerste lijn overdag. Dit resulteert in een onnodig beroep op of doorloop naar de HAP of SEH tijdens ANW-uren. Er moet nader bepaald worden wat precies nodig is voor het optimaliseren van de bereikbaarheid.

Mogelijke oplossingsrichting: Betere informatievoorziening

Informatievoorziening passend bij de situatie van de inwoner en oorzaak van het ontstaan van de zorgvraag is nodig. Op deze manier nemen inwoners beter geïnformeerde beslissingen over hun gezondheid en wordt acute zorg ingezet daar waar het nodig is.

Acute zorgvragen worden voorkomen door tijdige signalering van dreigende situaties

Een deel van de acute zorgvragen kan voorkomen worden als zorg- en/of hulpverleners tijdig signaleren dat er een dreigende acute situatie kan ontstaan op korte termijn. Het voorkomen is prettig voor de inwoner en zorgt voor minder belasting op de acute zorg in de regio.

Mogelijke oplossingsrichting: Inzet Multidisciplinair Team

Het multidisciplinair team ouderen (MTO) is een goed voorbeeld van domein overstijgende eerstelijnsamenwerking met als doel het voorkomen van de acute zorgvraag. Binnen dit initiatief wordt complexe problematiek onder ouderen geïnventariseerd door onder andere diagnostiek aan huis, vervolgens wordt tijdens het MTO door overleg met meerdere disciplines het behandelplan opgesteld. Door tijdig ingrijpen en de multidisciplinaire visie wordt escalatie en het ontstaan van crisissituaties voorkomen.

Het triageproces tijdens avond, nacht- en weekenduren (ANW-uren) wordt heringericht

De instroom van acute zorg begint in de meeste gevallen met triage, waarbij onderscheid wordt gemaakt tussen acute en niet-acute zorgvragen. Dit is een effectieve manier om ervoor te zorgen dat acute zorg toegankelijk blijft voor inwoners met echt acute zorgvragen en ook doelmatig ingezet wordt. In de regio blijkt het vaak voor te komen dat inwoners met een niet-acute zorgvraag tijdens ANW-uren op de HAP of SEH terechtkomen, terwijl het aantal zorgprofessionals dat beschikbaar is tijdens deze uren lager ligt dan overdag op doordeweekse dagen. Voor het waarborgen van de beschikbaarheid van de acute zorg tijdens de ANW-uren wordt ingezet op herinrichting van het triageproces.

Mogelijke oplossingsrichting: Meer inzet van regie-artsen

Specifiek zouden in de regio meer regie-artsen ingezet kunnen worden om triagisten bij te staan bij het bepalen welke vragen wel of niet acuut zijn. Ook zou door centralisatie van telefonische triage door triagisten en regie-artsen efficiëntie behouden worden.

Doelstelling 2: Juiste acute zorg op de juiste plek

De acute zorg is passend voor inwoners met een zorgvraag die onmiddellijk opgelost dient te worden, door deze door de juiste professional op het juiste moment uit te laten voeren.



Er zijn twee subdoelstellingen, die hierna verder worden toegelicht

1. Er wordt in keten nauw samengewerkt om de acute zorg beter te coördineren
2. Er is (live) inzicht in beschikbare capaciteit van acute ketenpartners

Er wordt in de keten nauw samengewerkt om de acute zorg beter te coördineren

Wanneer hulp en zorg bereikbaar en toegankelijk is, betekent dit niet automatisch dat het ook passend is. Voor zorgprofessionals is het soms lastig te bepalen waar een inwoner met een klacht het beste geholpen kan worden, omdat de onderliggende oorzaak van de klacht bijvoorbeeld soms moeilijk in te schatten is. Toch weten de professionals binnen de regio elkaar door natuurlijke samenwerkingsverbanden en onderling vertrouwen gemakkelijk te vinden, waardoor de inwoner de juiste acute zorg op de juiste plek kan ontvangen.

Mogelijke oplossingsrichting: Opzetten spoedplein

Een voorbeeld hiervan is de opzet van een samenwerking tussen huisartsenposten en SEH's in de vorm van een spoedplein (zoals opgezet tussen de HAP Schievliet en SEH Franciscus Gasthuis) waar patiënten zich bij één balie kunnen melden en de mogelijkheid bestaat tot meekijken door specialisten met de huisarts, waardoor sneller passend vervolgbeleid kan worden bepaald, ook voor complexe casuïstiek. Een integrale benadering in de vorm van spoedpleinen kan de kwaliteit van zorg en doelmatigheid ten goede komen, echter moet onderzocht worden of dit passend is voor de WSD-regio.

Mogelijke oplossingsrichting: WSD-coördinatiepunt uitbreiden

Binnen de WSD-regio is een coördinatiepunt actief⁶ dat zich richt op beschikbaarheid van urgente bedden en wijkverpleging. Momenteel valt dit onder het programma Regionale Aanpak Ouderen. Als een urgent probleem ontstaat bij een thuiswonende kwetsbare oudere, waar directe inzet van zorg en/of ondersteuning thuis, of een (tijdelijke) opname nodig is, dan kan het coördinatiepunt, na doorlopen van de reguliere route, benaderd worden om zicht te geven op de capaciteit. Op deze manier wordt de huisarts ontlast. De samenwerkende partijen zijn gezamenlijk verantwoordelijk voor de organisatie van een bed. Het coördinatiepunt is een goede start en kan binnen het RIGA verder uitgebreid worden. Waar lokaal de coördinatie opgepakt kan worden binnen de regio worden de huidige lijnen gevolgd of wordt het WSD coördinatiepunt ingezet. De rol van het ROAZ omtrent zorgcoördinatie zit met name in de opschaling bij crisissituaties of problematiek die een bovenregionale impact hebben, zodat de toegankelijkheid van zorg ook in die situaties geborgd blijft. Hier werkt de WSD-regio aan mee. Er zal worden onderzocht welke doelgroepen nog meer ondergebracht kunnen worden in het WSD-coördinatiepunt, uitgaande van de eerste schets die hiervoor is gemaakt. Daarnaast zal ingezet worden op eenduidige organisatie en triage. De huidige beweging wordt voortgezet en geïntensiveerd.

Er is (live) inzicht in beschikbare capaciteit van acute ketenpartners

In de regio komt het voor dat zorgverleners kostbare tijd kwijt zijn aan het zoeken van een beschikbare vervolg(zorg)plek voor een inwoner in een urgente situatie. Er bestaat behoefte aan

⁶ Het coördinatiepunt is een samenwerking tussen Argos Zorggroep, Careyn, Franciscus Gasthuis & Vlietland, Frankelandgroep, Pieter van Foreest, Reinier de Graaf Gasthuis, Zonnehuisgroep Vlaardingen, ZEL, DSW Zorgverzekeraar en Zorgkantoor DSW.



inzicht in capaciteitsgegevens, zowel over de vrije beschikbare plekken op doorstroomlocaties, als professionals; door deze gegevens gemakkelijk beschikbaar te hebben wordt kostbare tijd van zorgverleners of worden onnodige ambulanceritten bespaard.

Mogelijke oplossingsrichting: dashboards en rapportages

Deze oplossingsrichting wordt meegenomen binnen de programmalijn Digitale Transformatie.



4.5 Werkagenda programmalijn Digitale transformatie

Doelstelling Digitale Transformatie

Digitale transformatie is een middel en geen doel. Digitale transformatie is ondersteunend aan de bovenstaande vier programmalijnen en faciliteert het realiseren van hun doelstellingen.

Tegelijkertijd zijn er ook overkoepelende onderwerpen waaraan gewerkt kan worden vanuit de programmalijn Digitale Transformatie.

De drie hoofddoelen van het RIGA, vertalen als volgt naar de doelstellingen van Digitale Transformatie

1. Het verhogen en ondersteunen van zelfregie van de inwoner door de inzet van digitalisering. Om dit te realiseren moet er aandacht gegeven worden aan digitale vaardigheden en het willen werken aan (digitale) zelfregie/zelfmanagement/preventie. Ook moet er aandacht zijn voor het inwonersperspectief: vanuit het perspectief van de inwoner gaat de digitalisering vlekkeloos, wat betekent dat systemen naadloos op elkaar aansluiten en dat er 1 digitale voordeur is.
2. Het faciliteren van moeiteloze, domeinoverstijgende samenwerking door inzet van keteninformatisering.
3. Het efficiënt inzetten van middelen en optimaal inzetten van capaciteit door gebruik te maken van digitalisering

Uitgangspunten en randvoorwaarden Digitale Transformatie

Voor het realiseren van doelstellingen hanteren we de volgende uitgangspunten voor digitalisering:

- Digitale transformatie ondersteunt een brede doelgroep: zowel inwoners, patiënten, zorgprofessionals als organisaties.
- Datagedreven werken is een randvoorwaarde om tot goede digitalisering te komen. Een goede regionale datahuishouding ligt aan de basis van de drie doelstellingen zoals benoemd. Eenmalig registreren, meervoudig gebruik is daarbij een basisprincipe dat gehanteerd wordt. Correcte en eenduidige registratie aan de bron is randvoorwaardelijk om datagedreven te kunnen werken. Dit is randvoorwaardelijk van het opschalen (op een later moment) van bijvoorbeeld AI-toepassingen.
- Juiste informatie en data op de juiste plek beschikbaar: Inzicht in en uitwisseling van gegevens is cruciaal. Vastlegging van data vindt plaats bij de bron, waarbij data en informatie eenvoudig toegankelijk/inzichtig is voor alle betrokkenen. Voor uitwisseling gebruiken we landelijke standaarden en afsprakenstelsels
- Digitaal, tenzij: Zorg wordt digitaal verleend waar dat kan en fysiek als het nodig is. Daarbij hebben we altijd aandacht voor inwoners met mindere digitale vaardigheden.
- We streven naar uniformering en harmonisering van digitale oplossingen. We schalen bewezen initiatieven op en voorkomen vele puntoplossingen
- Vliegwielen: we halen ook innovaties van buiten naar binnen en bieden een regionaal platform voor het opschalen van goede initiatieven



- Digitale transformatie is niet alleen een regionaal thema, maar is ook verankerd binnen de individuele organisaties. Alleen wanneer aan de randvoorwaarden binnen de organisaties voldaan wordt (denk aan digivaardigheden medewerkers, eenduidige dataregistratie aan de bron, conformeren aan uitwisselingsstandaarden), kan regionale digitale transformatie gaan vliegen.

Om deze doelen te realiseren, zetten we binnen Digitale Transformatie in op de volgende thema's. Deze thema's kunnen gedurende het programma worden bijgeschaafd.

Inzet van technologie voor coördinatie in de keten

We verbeteren de coördinatie van zorg en ondersteuning door de inzet van digitale toepassingen. Door de verbeterde coördinatie, kan capaciteit efficiënter en effectiever ingezet worden.

Oplossingsrichtingen, o.a.

- We faciliteren databeschikbaarheid voor alle regionale partijen (onder andere door (Dossier)gegevensuitwisseling)
- We zetten in op digitale toepassingen t.b.v. inzage en verbeteren van inzet (regionale) capaciteit. Denk hierbij aan het inzetten van (regionale) dashboards of een regionaal zorgcoördinatieplatform
- Door de inzet van een regionaal communicatieplatform, kunnen verschillende partijen informatie beschikbaar hebben over een inwoner/patiënt. We hebben hiervoor aandacht voor de samenwerking met aanpalende regio's.
- Ter ondersteuning van zorg en ondersteuning, geven we, waar mogelijk, inzicht in alle partijen die reeds betrokken zijn bij een patiënt
- We maken een regionale sociale kaart: alle aanbieders op een rijtje, met een digitaal toegangskloket
- Door gebruik te maken van data, maken we modellen die de zorg voorspelbaarder maken en de mogelijkheid geven personeelsplanning optimaal in te richten
- We onderzoeken mogelijkheden tot slimme digitale triage

(Digitaal) Ondersteunen van hybride zorgpaden

We reduceren het aantal live contactmomenten tussen inwoners en organisaties en faciliteren zelfregie, coaching en (leefstijl)monitoring voor inwoners door het breder inzetten van hybride zorgpaden. We zetten hierbij in op regionale standaardisering van tools en optimaal op elkaar afstemmen van zorgprocessen.

Door de inzet op monitoring en coaching in de hybride zorgpaden, daalt het aantal acute zorgvragen en verbetert de gezondheidservaring voor inwoners. De live contactmomenten worden efficiënter ingezet voor patiënten die deze écht nodig hebben.

Tegelijkertijd is het gebruik maken van digitale zorg een keuze, waarover gezamenlijk met de patiënt besloten kan worden.



Oplossingsrichtingen, o.a.

- We zetten in op regionale, domeinoverstijgende hybride zorgpaden
- We verkennen van mogelijkheden tot regionaal zorg coördinatiecentrum, waarin monitoring en coördinatie gecentreerd wordt in de regio
- We zetten in op 'samen beslissen over digitale zorg'
- We verkennen de inzet van spraakgestuurd rapporteren

Inzet van technologie voor langer thuis wonen

Inwoners (voornamelijk ouderen) wonen langer thuis. Om het langer thuis wonen optimaal te faciliteren, kan digitalisering een bijdrage bieden. We zetten technologie, waar mogelijk, regionaal in om langer thuis wonen te faciliteren.

Door deze inzet kunnen inwoners langer zelfstandig thuis wonen en worden zorgverleners optimaal gefaciliteerd in het leveren van zorg bij inwoners thuis.

Oplossingsrichtingen, o.a.

- We zetten in op domotica, robotica, monitoring op afstand, slimme hulpsystemen voor in huis, uniforme toegangssystemen tot huizen voor zorgverleners, met als concreet voor de medicijndispenser.
- De inzet van leefstijlmonitoring ondersteunt bij het creëren van inzicht in leefpatroon bij alleenstaande mensen met b.v. dementie.

(Digitaal) Ondersteunen van zelfregie

We zetten in op het vergroten van de digivaardigheden (digi fitheid) van inwoners, patiënten en zorgmedewerkers, met als gevolg dat de zelfregie en zelfmanagement en het gebruik van digitale hulpmiddelen vergroot wordt. Hierdoor zijn inwoners beter in staat zelf regie te voeren op hun eigen gezondheid, en wordt de zorg- en ondersteuningsketen ontlast. Ook voor zorgmedewerkers zijn digivaardigheden in sommige gevallen een belemmerende factor. Ook hier vragen we organisaties aandacht voor te hebben.

Oplossingsrichtingen, o.a.

- Voorlichting en training i.s.m. onder andere de bibliotheken ten behoeve van het aanleren van basisvaardigheden voor zowel inwoners, patiënten als mantelzorgers.
- Vergroten inzagemoogelijkheden in eigen gegevens en behandeling (bijvoorbeeld door inzet op portalen en versnellen gebruik PGO in de regio).



4.6 Overzicht invulling van de programmalijnen

In de WSD regio realiseren we een omgeving waarin **de inwoner prettig en gezond kan leven**, waarin de verschillende **domeinen elkaar versterken** en waarin **zorg en ondersteuning toegankelijk en beschikbaar zijn** wanneer nodig

	Gezond leven	Inwoners in een kwetsbare situatie	Ouderen	Acute zorg
Doelstelling	Een betere ervaren gezondheid en het verkleinen van gezondheidsverschillen in de WSD-regio door de inzet van preventieve interventies voor een gezond leven.	Zorg en ondersteuning wordt door partijen zo ingericht dat inwoners in een kwetsbare situatie niet tussen wal en schip vallen, daadwerkelijk worden bereikt en er passende hulp kan worden geboden.	Ouderen zo lang mogelijk prettig, zelfstandig, thuis te laten wonen. Wanneer noodzakelijk zijn passende woonvoorzieningen beschikbaar.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Spoed = spoed. De acute zorg is bereikbaar en toegankelijk voor inwoners met een zorgvraag die onmiddellijk opgelost dient te worden. 2. Het realiseren van de juiste acute zorg op de juiste plek, waarbij het belang van zorgcoördinatie binnen de WSD-regio als middel om dit te bereiken, wordt onderstreept
Digitale transformatie				
Digitale transformatie is ondersteunend om de doelstellingen van de andere programmalijnen te kunnen realiseren. Daarnaast zijn er ook eigen, regionale doelstellingen gedefinieerd.				
<ol style="list-style-type: none"> 1. Het verhogen en ondersteunen van zelfregie van de inwoner door de inzet van digitalisering. 2. Het faciliteren van moeiteloze, domeinoverstijgende samenwerking door inzet van keteninformatisering. 3. Het efficiënt inzetten van middelen en optimaal inzetten van capaciteit door gebruik te maken van digitalisering. 				
Subdoelstellingen	<ol style="list-style-type: none"> a. Het versterken van (de verbinding met) de sociale basis; b. Een gezonde (fysieke) leefomgeving die uitnodigt tot bewegen, gezonde keuzes en ontmoeten; c. Het stimuleren van een gezonde leefstijl en gewoonten. 	<ol style="list-style-type: none"> a. Zo vroeg mogelijk de juiste hulp en ondersteuning bieden, zodat de situatie niet verergert b. Hulp en ondersteuning sluit aan bij behoefte van inwoners met complexe multiproblematiek 	<ol style="list-style-type: none"> a. Effectieve, wijkgerichte organisatie van zorg en ondersteuning waarin continuïteit van zorg en ondersteuning de basis is en personeel wijkgericht wordt ingezet. b. Wijk faciliteert langer thuis wonen door passende woningen, een passend voorzieningenniveau en sociale structuren in de wijk. c. Voorbereid ouder worden met een focus op gezond leven en zelf- en samenredzaamheid. d. Voorkomen van intensivering professionele zorgbehoefte. 	<ol style="list-style-type: none"> 1a. Het is voor inwoners met een acute klacht duidelijk waar hij of zij het beste terecht kan 1b. Acute zorgvragen worden voorkomen door tijdige signalering van dreigende situaties 1c. Het triageproces tijdens avond-, nacht- en weekenduren (ANW-uren) wordt heringericht 2a. Er wordt in keten nauw samengewerkt om de acute zorg beter te coördineren 2b. Er is (live) inzicht in beschikbare capaciteit van acute ketenpartners



In de WSD regio realiseren we een omgeving waarin **de inwoner prettig en gezond kan leven**, waarin de verschillende **domeinen elkaar versterken** en waarin **zorg en ondersteuning toegankelijk en beschikbaar zijn** wanneer nodig

	Gezond leven	Inwoners in een kwetsbare situatie	Ouderen	Acute zorg
Mogelijke Oplossingsrichtingen	<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Regionale preventie infrastructuur<input type="checkbox"/> Ketenaanpakken (bijvoorbeeld gecombineerde leefstijlinterventie)<input type="checkbox"/> Inzet van buurtcoördinator als betaalde kracht<input type="checkbox"/> Inrichten steunpunten voor mentale gezondheid<input type="checkbox"/> Aansluiten bij programma's als "Opgroeien in een kansrijke omgeving"<input type="checkbox"/> Leefstijladviezen op maat	<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Een integrale 'voor deur' aanpak<input type="checkbox"/> Domeinoverstijgende triage	<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Preferent aanbiederschap<input type="checkbox"/> Contractering tussen domeinen<input type="checkbox"/> Inzet van integrale wijk klinieken en lokale gezondheidscentra<input type="checkbox"/> Woonoplossingen (zoals Gezond en Wel locaties)<input type="checkbox"/> Rol seniorenmakelaar versterken<input type="checkbox"/> Reablement<input type="checkbox"/> Proactieve zorgplanning	<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Centralisatie triage en meer inzet regieartsen<input type="checkbox"/> Informatie aan inwoners over acute zorglocaties verbeteren<input type="checkbox"/> Inzet multidisciplinaire teams<input type="checkbox"/> Multidisciplinaire spoedpleinen opzetten en opschalen<input type="checkbox"/> Realtime inzicht plekken<input type="checkbox"/> WSD-coördinatiepunt uitbreiden
	Digitale transformatie			
	<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> (Dossier)gegevensuitwisseling<input type="checkbox"/> Capaciteit Inzicht Platform<input type="checkbox"/> Regionaal communicatie platform<input type="checkbox"/> Arbeidsbesparende technologieën<input type="checkbox"/> Regionale thuismonitoring<input type="checkbox"/> Vergroten inzagemogelijkheden in eigen gegevens		<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Digitaal toegangslotet<input type="checkbox"/> Slimme digitale triage<input type="checkbox"/> Hybride zorgpaden<input type="checkbox"/> Inzetten op 'samen beslissen over digitale zorg'<input type="checkbox"/> Verkennen inzet spraakgestuurd rapporteren<input type="checkbox"/> Voorlichting en trainingen aanleren basis digivaardigheden	



5. Landelijke randvoorwaarden

Hieronder wordt beschreven wat de regio aan landelijke randvoorwaarden nodig heeft om de afspraken in het regioplan effectief uit te kunnen voeren.

Landelijke randvoorwaarden volgens partners zijn:

- Financiering zit niet in de weg om preventief te kunnen werken en over schotten heen te kunnen bewegen, maar draagt juist bij. Dit vraagt om financieringsruimte binnen de Zvw en zekerheid van financiering na 2026, en geen bezuiniging op het gemeentefonds ("financieel ravijn").
- Wijze van financieren van de transformatie tussen de verschillende domeinen moet uniform.
- Gelijke financieringskaders binnen ketenaanpakken voor zorgverleners.
- Professionals hebben de kennis en ruimte om vanuit een breed perspectief te signaleren én te handelen
- Een goede woningvoorraad is noodzakelijk om langer thuis te kunnen wonen
- Niet werken op basis van concurrentie maar op basis van samenwerking
- WSD-regio als schaal om zorg op te organiseren
- Toestemmingsregistratie voor informatie-uitwisseling
- Terugdringen van de grote toename van administratieve lasten die de akkoorden met zich meebrengen.
- Onduidelijke kaders binnen de akkoorden moeten opgelost worden, met daarbij ook oog voor het opgelegde tijdspad.



6. Monitoring

In het regioplan formuleren we als WSD-regio met elkaar de ambities voor een prettig en gezond leven waarin zorg en ondersteuning toegankelijk en beschikbaar zijn. We zetten een toekomstbeeld neer aan de hand van scherpe doelen en thema's. Ambities en doelen die relevant zijn voor een gezamenlijke, domeinoverstijgende aanpak in de WSD-regio. We gaan uit van een lerende aanpak waarbij monitoring en evaluatie een centrale en verbindende rol heeft.

Het doel van monitoring is:

- Richting geven aan de agenda van de (bestuurlijke) overleggen zodat daar kan worden bijgestuurd op gewenste doelen.
- Bepalen of de middelen die zijn ingezet het gewenste effect sorteren en daarover kunnen verantwoorden naar alle stakeholders (waaronder inwoners en professionals).
- Bepalen of de middelen die zijn ingezet bijdragen aan:
 - betere ervaren gezondheid in de regio;
 - toenemende kwaliteit van leven onder de inwoners;
 - afnemende zorgvraag, door in een eerder stadium in te grijpen in problematiek;
 - behoud van personeel en efficiëntere inzet van personeel.

Visie en aanpak monitoring en evaluatie

Centraal staat het ontwikkelen en uitvoeren van effectieve vernieuwingen met een positieve impact voor de inwoners van de WSD-regio. Door middel van resultaten en inzichten uit de monitoring worden de vernieuwingen continu aangescherpt en verbeterd. Dat doen we door wetenschappelijke kennis, beschikbare data over de regionale gezondheid en zorggebruik, ervaringen van bewoners en professionele kennis optimaal te benutten en te combineren met de resultaten en inzichten van de diverse initiatieven binnen het RIGA.

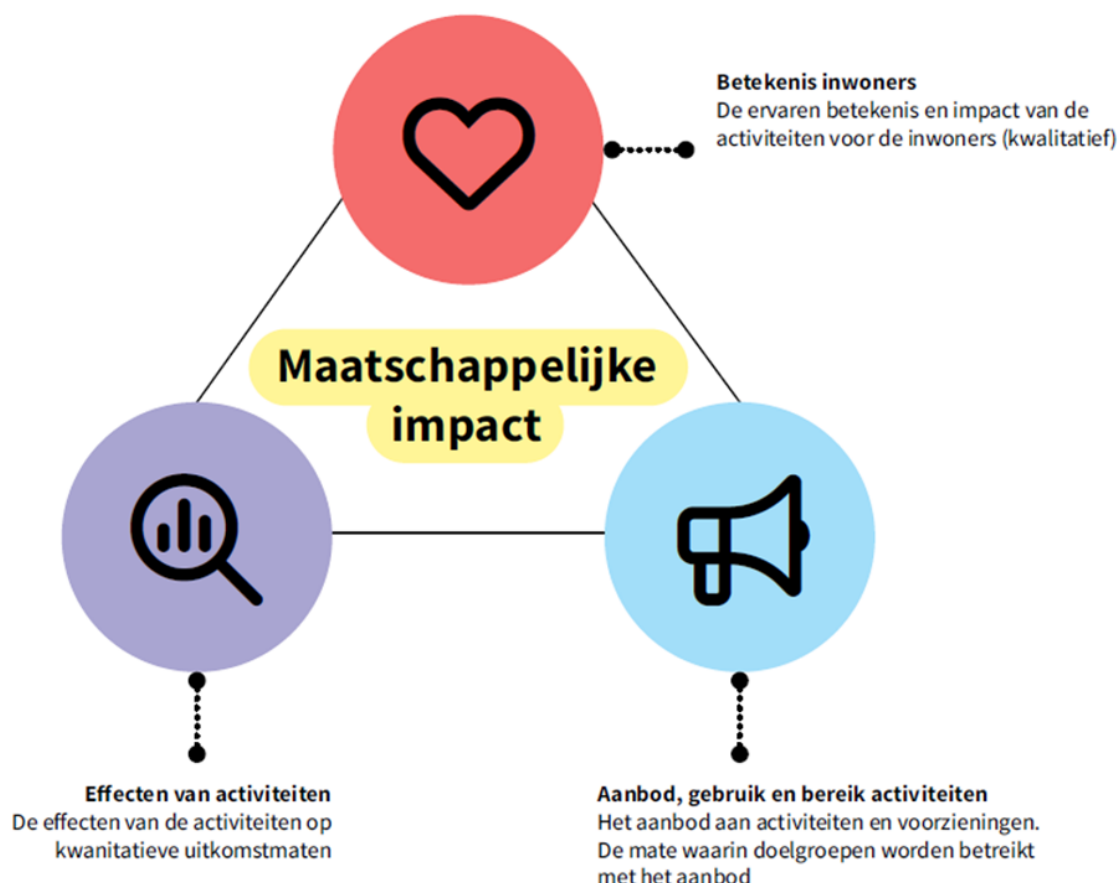
Op basis van de oplossingsrichtingen en initiatieven binnen de programmalijnen van het RIGA formuleren we onze verwachtingen voor resultaten en doen we aannames over wat gaat helpen om de doelen te bereiken.. Monitoring en evaluatie helpt ons om te volgen in welke mate we op weg zijn om de doelen te halen en om te bepalen welke impact de vernieuwingen op de WSD-regio en haar bewoners heeft.

Regiobeeld en bestaande monitors als basis

Voor de monitoring en evaluatie gebruiken we zoveel als mogelijk bestaande data en inzichten, zoals het regiobeeld, de bestaande regionale en lokale monitors, bestaande kwantitatieve inzichten en kwalitatieve informatie en praktijkervaringen in de regio. Hiermee formeren we een set van Kernindicatoren die de basis vormen voor de structurele effectevaluatie en de jaarlijkse voortgangsrapportage (het referentiekader). Daarbij zorgen we zo veel mogelijk voor een balans in indicatoren die inzicht bieden in de ervaring en betekenis van de bewoners, de uitwerking en



effecten van de oplossingsrichtingen en initiatieven en het gebruik en aanbod in de regio/gemeenten (zie figuur hieronder). Zodoende creëren we een beeld vanuit verschillende perspectieven en bevorderen we dat het verhaal achter cijfers centraal staat.



De monitoring en evaluatie zijn een gezamenlijke inspanning van de RIGA partners. Gezamenlijk verzamelen we informatie en zetten deze om in kennis. Op deze manier dragen de monitoring en informatievoorziening ook bij aan de verbinding tussen de diverse initiatieven, verschillende partners, uitvoerders en de inwoners. We werken immers aan dezelfde doelen met de intentie om de uitvoering en effecten van het RIGA voortdurend te verbeteren en te vergroten.

Door aan te sluiten bij bestaande monitors en zo veel mogelijk gebruik te maken van bestaande registraties en datastromen van de partners houden we de registratielast voor de monitoring zo laag mogelijk. Waar nodig voeren we gerichte onderzoeken uit in de WSD-regio. Hierbij trekken we samen op met regionale kennis- en onderzoeksinstituten (bijvoorbeeld TU Delft) en gebruiken we kennis die aanwezig is binnen de RIGA partners, zoals de GGD. Om te kunnen monitoren (en te evalueren) is het van belang om relevante inzichten te kunnen ontsluiten en op consistente wijze toegang te behouden. Consistente toegang tot data is echter wel een uitdaging waar rekening mee moet worden gehouden. Dit wordt meegenomen in de opmaat projectvoorstellen met bijbehorende evaluatieplannen.



Monitoring en evaluatie heeft voor het RIGA verschillende functies:

1. Monitoren van de voortgang (proces)

De monitoring van de voortgang op basis van de uitwerking van het RIGA programmaplan. Dit bevat een concretisering van de hoofdoelen, subdoelen en een uitwerking van de aanpak die binnen een thema uitgevoerd wordt. Door dit, zoveel als mogelijk, uniform te doen geeft dit handvatten om op het niveau van het totale programma bij te sturen wanneer we onvoldoende in staat blijken om voortgang te bereiken op de doelen die bijdragen aan de ambitie.

2. Evalueren, verbeteren en bijsturen van de veranderaanpakken (activiteiten)

Monitoring en evaluatie van de aanpak voor het opzetten en uitvoeren van activiteiten om te leren wat wel en wat niet werkt.

3. Leren, delen en verbinden (output)

Het duiden en delen van de resultaten en geleerde lessen van de activiteiten en veranderaanpak. Langs de programmalijnen en bijbehorende governance wordt ontmoeting tussen organisaties, professionals en bewoners structureel vormgegeven in de vorm van lerende netwerken. In deze lerende netwerken wordt gezamenlijk informatie verzameld, gedeeld en omgezet naar kennis. Deze kennis wordt ingezet om vernieuwingen en initiatieven steeds beter vorm te geven.

4. Bepalen van de impact van het RIGA programma (outcome)

Monitoren in welke mate het totale programma en de thema's bijdragen aan de maatschappelijke doelen van RIGA, ook in het licht van andere regionale ontwikkelingen en programma's. Deze impact monitoren we onder andere op de volgende (IZA-)doelgroepen:

- a. Mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden (thema: 'Gezond Leven')
- b. Mensen met psychische klachten (thema: 'Inwoners in een kwetsbare situatie')
- c. Mensen met (risico op) kanker (thema's: 'Gezond Leven' en 'Acute Zorg')
- d. Mensen met (risico op) hart- en vaatziekten (thema's: 'Gezond Leven' en 'Acute Zorg')
- e. Ouderen met een kwetsbare gezondheid (thema's: 'Ouderen' en 'Acute Zorg')

Daarnaast stellen we als doel om de impact te ordenen naar drie niveaus:

- I. Gebiedsniveau (hele WSD regio, of het specifieke gebied waarin een interventie plaatsvindt)
- II. Populatie niveau (de populatie waarop de interventie zich specifiek richt)
- III. Interventieniveau (de impact op de inwoner die daadwerkelijk onderdeel is van de interventie)

5. Evalueren en ontwikkelen van de samenwerking

Monitoren van de manier waarop tussen (partner)organisaties wordt samengewerkt en wat de kwaliteit van de samenwerking is, zodat er inzicht ontstaat in de meerwaarde van (de versteviging van) de samenwerking.



Bijlage 1: Deelnemende organisaties

Argos Zorggroep	regionale paramedische zorggroepen
Asvz	Reinier Graaf Groep
Basalt	ROGPlus
Careyn	Seniorenwelzijn/STOED
Delft voor Elkaar	SFVG
DSW zorgkantoor	SFVG
DSW zorgverzekeraar	Verve
Forta Volwassenen	Vitis Welzijn
Frankelandgroep	ZELA
Gemeente Delft	Zonnehuisgroep
Gemeente Lansingerland	Zorgbelang
Gemeente Maassluis	Zorgorganisatie Eerste Lijn
Gemeente Midden Delfland	HAP Schievliet
Gemeente Pijnacker - Nootdorp	HAP Westland
Gemeente Schiedam	
Gemeente Vlaardingen	
Gemeente Westland	
GGD Haaglanden	
GGD Rijnmond	
GGZ Delfland	
Het Westerhok ('s Heeren-Loo)	
Huisartsencoöperatie WSD	
Iipse de Bruggen	
JGZ Zuid holland west	
Mentaal Beter/HSK	
Pameijer	
Parnassagroep	
Perspektief	
Pieter van Foreest	



Bijlage 2: Advies inwonersparticipatie

Advies voor Riga Regioplan WSD regio m.b.t. inwonersparticipatie

Stephanie Vallianatos – Zorgbelang Inclusief

7 november 2023

1. Inleiding

De gezamenlijke ambitie Regionaal Integraal Gezondheidsakkoord in de WSD regio is het realiseren van een omgeving waarin de inwoner prettig en gezond kan leven, waarin de verschillende domeinen elkaar versterken en waarin zorg en ondersteuning toegankelijk en beschikbaar zijn wanneer nodig.

De inwoners staan hierin centraal en hun participatie hierbij is van belang om hen een gelijkwaardige rol in besluitvorming te geven hoe de zorg in de regio geregeld en ingebed wordt (in het regioplan en in de uitvoering).

DSW heeft Zorgbelang Inclusief gevraagd om de structurele inwonersparticipatie in de regio WSD te ontwikkelen, organiseren, uitvoeren en adviseren.

In de eerste fase (sept-nov 2023) is het doel om input te geven voor het Riga Regioplan:

1. Input vanuit inwoners op belangrijke inhoudelijke thema's over gezondheid vanuit hun perspectief.
2. Plan van aanpak voor de structurele samenwerking met inwoners voor de uitvoering van het plan
3. Start van netwerkvorming met betrokken inwoners.

Dit document voorziet in een advies op de 3 doelen. Vanuit de expertise van Zorgbelang is de basis voor het advies opgesteld en verrijkt met input vanuit inwoners. Deze input is opgehaald in een aantal bijeenkomsten met inwoners vanuit verschillende doelgroepen, te weten: ouderen (65jr tm 79jr en 80jr en ouder), kwetsbare inwoners (mentale gezondheid) en jongeren.

Het advies geeft een handvat voor verdere ontwikkeling, organiseren en uitvoeren.

Leeswijzer:

In deel 2 wordt algemeen ingegaan op het vormgeven van participatie van inwoners bij de uitvoering van het regioplan WSD. Deel 3 beschrijft de input vanuit de inwoners die in de afgelopen periode zijn gesproken. Deel 4 sluit af met een advies over het vervolg en netwerkvorming.

2. Vormgeven van inwonersparticipatie

Super dat er in de Riga regioplannen de participatie van 'de mensen om wie het gaat' centraal staan. De meerwaarde van ervaringen van deze mensen is meermaals in diverse onderzoeken vastgesteld en landelijk zien we dat er een steeds grotere rol voor inwoners, cliënten en patiënten in projecten en onderzoeken wordt bepaald. Maar, hoe doe je dat nou, werken met inwoners, cliënten en patiënten? En, welke taken/verantwoordelijkheden kun je deze mensen geven? Binnen de thema's en projecten, hangt veel af van de flexibiliteit van de projectleiders. Werken met inwoners, cliënten en patiënten neemt namelijk over het algemeen meer tijd in beslag dan een project uitvoeren voor deze mensen. Hoe gaan we dit inrichten waarin de inwoners, cliënten en patiënten vrijheid en vertrouwen moet geven (uiteraard



binnen de gestelde kaders van het plan) om inhoud en vorm te geven aan dat project/onderzoek. Initiatieven die door inwoners, cliënten en patiënten worden genomen kunnen immers onverwachte ideeën opleveren en (soms ver) buiten de reguliere paden/processen worden genomen. Een voorbeeld hiervan is [Participatie in Perspectief](#), waarin jongeren met cerebrale parese verantwoordelijk zijn geweest voor de totstandkoming van diverse producten gericht op een bredere kennis en participatie, zoals posters, een website, presentaties op internationale congressen e.d. Resultaat was bovendien dat deze jongeren verder actief betrokken zijn geraakt bij verschillende andere onderzoeksprojecten en implementatietrajecten, presentaties e.d. zodat de spin-off voor deze jongeren en de doelgroep die zij representeerden ook na het project nog een paar jaar heeft voortgeduurd.

Inwoners, cliënten en patiënten zijn mensen die vanuit hun eigen situatie expert zijn op een bepaald terrein omdat het over hen zelf en hun omgeving gaat en door wat ze zelf hebben meegemaakt. Toch

Een toelichting op de vijf onderscheiden rollen kunt u vinden op de achterzijde van dit blad. Leest u u.u.b. voor gebruik van de Participatiematrix ook de handleiding (4 pagina's).

PARTICIPATIE MATRIX		ROL IN PROJECT/ONDERZOEK				
		Toehoorder <i>Wordt geïnformeerd</i>	Meedenker <i>Wordt gevraagd mening te geven</i>	Adviseur <i>Geeft (on)gevraagd advies</i>	Partner <i>Werkt gelijkwaardig samen</i>	Regisseur <i>Neemt initiatief, (eind)beslissing</i>
FASE VAN PROJECT/ONDERZOEK	Voorbereiding					
	Uitvoering					
	Implementatie					

krijgen zij vaak weinig te zeggen in projecten gericht op verbetering van de zorg en ondersteuning. Projecten gaan dan óver hen en hun stem wordt nauwelijks goed gehoord in het hele proces. Zeggenschap van inwoners, cliënten en patiënten in projecten is niet vanzelfsprekend en daarom is er samen met hen een hulpmiddel ontwikkeld waarmee hun samenwerking in projecten kan worden bevorderd: de Participatiematrix, voorstel is om deze

binnen de Riga samenwerking te gebruiken. Kern van de Participatiematrix zijn de rollen (horizontale, gelijkwaardige benadering) in een project en de fasen van een project.

Horizontaal staan verschillende participatierollen. Verticaal staan verschillende projectfasen.

Door de rollen en fasen met elkaar te combineren ontstaat er een 'matrix' met meerdere cellen.

Inwoners, cliënten en patiënten kunnen in verschillende fasen immers verschillende rollen willen vervullen.

- Toehoorder is een minder actieve rol maar zeker niet minder belangrijk is in een project
- Meedenker kan ook gaan om vragen stellen en feedback geven, naast meningen geven
- Adviseur vereist terugkoppeling van projectleiders aan ervaringsdeskundigen over wel/niet volgen van advies
- Partner is niet alleen bij de start van een project waardevol maar ook in de tussen- en eindfase
- Regisseur vraagt om een houding van 'loslaten' bij projectleiders

Mooi van de Riga plannen is dat de focus verschuift van 'ziekte en zorg' naar 'gezondheid en gedrag'. Gezondheid is meer dan alleen de afwezigheid van (lichamelijke) ziekten. Gezondheid gaat over welbevinden, bestaanszekerheid, verbondenheid en veiligheid. Het gaat over meedoen in de samenleving



en van betekenis zijn. Over zingeving. Vanuit deze focus is het veel logischer om met inwoners in gesprek te gaan. Het gaat over hun leven en hoe ze dat zo kunnen inrichten om prettig en gezond te leven.

Vanuit Zorgbelang hebben we een aantal stappen uitgewerkt die inwoners, cliënten en patiënten om meedenken en meedoen vorm te geven.

- 1) Een mens is meer dan zij/haar (zorg/wel-zijns) probleem, belangrijk om hen niet te zien als een lijdzaam object van instellingen en instanties, maar iemand met talenten en vaardigheden die eigen keuzes kan maken, en soms, bij ziekte of tegenslag – tijdelijk ondersteuning of zorg nodig heeft.,
- 2) Door de focus op preventie en positieve gezondheid licht het voor de hand om het versterken van vaardigheden van inwoners voorop te zetten zodat zij zich sterker en mondiger voelen om hun eigen leven vorm te geven.
- 3) Vanuit de ambitie om een omgeving te realiseren waarin inwoners prettig en gezond kunnen leven volgt een brede reikwijdte voor het regioplan die niet alleen over zorg en ondersteuning gaat maar juist ook over het vergroten van bestaanszekerheid. B.v. armoede en de daaruit voortkomende stress, veroorzaken gezondheidsproblemen. Door een preventieve aanpak om armoede te bestrijden is vaak zinvoller dan specialistische zorg.
- 4) De integrale focus van de Riga ambitie maakt ook dat aanpalende beleidsterreinen van de gemeente zoals goede woningen, onderwijs en kunnen meedoen aan de samenleving, van belang zijn. Juist bij deze integrale blik is de participatie van inwoners om hun perspectief en behoeften te betrekken van belang.
- 5) Participatie van inwoners helpt om vanuit hun perspectief te denken en doen en keuzes te maken over samenhangende zorg en ondersteuning.
- 6) Wat betekenen veranderingen voor het dagelijkse leven van inwoners. Hoe kunnen inwoners daarop inspelen: van belang is dat zij zelf kunnen aangeven wat ze daarbij nodig hebben, bv het opdoen van vaardigheden of vormen van netwerk.
- 7) Inwoners als gelijkwaardige gesprekspartners in gesprekken en discussies met ambtenaren en professionals vraagt om voldoende achtergrondinformatie en eventueel training van vaardigheden.
- 8) Voor de uitvoering van het regioplan is het actief betrekken van inwoners van belang. Bijvoorbeeld in een klankbordgroep, dialoogsessies en meedoen aan lokale initiatieven.
- 9) Inwoners willen zo vroeg mogelijk en op allerlei manieren meedoen aan het regioplan. Zij kunnen aangeven wat logische plekken zijn en laagdrempelige vormen van participatie die passend zijn bij de verschillende doelgroepen. Denk hierbij o.a. aan buurthuizen, bibliotheken, moskeeën, sportverenigingen, burgerinitiatieven.
- 10) Het gaat niet alleen over meepraten en aangeven wat nodig is, maar hoe kunnen inwoners daaraan zelf bijdragen. Door hierover in gesprek te gaan kunnen out of de box mogelijkheden naar boven komen.
- 11) Inwoners willen vooral op wijk en lokaal niveau een actieve rol spelen en minder op regionaal niveau, dat wordt als 'te groot' ervaren en geven aan geen goed beeld te hebben van het regioniveau. Dit vraagt van de gemeenten en organisaties extra inspanning om de thema's die als 'te groot' worden ervaren, dichterbij inwoners te brengen. Het organiseren een netwerk van inwoners als aanspreekpunt voor regionale participatie is een basis om aansluiting te houden. Vanuit hier verder bouwen aan een breed netwerk om steeds een passende groep inwoners te betrekken bij de verschillende thema's, regionaal en lokaal, en van elkaar te leren. Zie ook voorstel in deel 3 vanuit de jongerenraad Westland met voorstel verbinding van verschillende jongerenraden in de regio.

Deze stappen geven een handvat om inwonersparticipatie gezamenlijk vorm te geven.



3. Input van inwoners

Een aanpak voor inwonersparticipatie kan niet zonder de inbreng van de inwoners zelf. Met dank aan de contacten bij de mandaatgemeenten WSD is het gelukt om bij een aantal doelgroepen input op te halen die in dit advies zijn verwerkt. Dit is slechts een aanzet bij een kleine groep uit een deel van de regio, is zeker nog niet volledig, maar biedt wel een waardevol begin om verder te werken aan een breed netwerk van betrokken inwoners en hun inbreng voor een gelijkwaardige samenwerking. Het waren mooie gesprekken met inwoners die nu al betrokken zijn en ook bij de uitvoering van het regioplan verder betrokken willen blijven. De input vanuit de gesprekken zijn geordend naar inhoudelijke thema's en vormgeving van de samenwerking.

Brainstorm met Adviesraad Sociaal Domein Delft

Inhoudelijke thema's:

- Denk vanuit het concept van positieve gezondheid -> Cafe positieve gezondheid, loopt al geruime tijd, komen wisselend bij elkaar, steeds met een thema. Spreekt zowel ouderen aan als kwetsbare inwoners (mentale gezondheid), afhankelijk van thema. Succesfactoren: inwoners betrokken, vrije inloop, aanwezigheid van verschillende hulpverleners, dus zowel 'geven als nemen', werkt stimulerend.
- Inwoners aan het stuur: samenwerken aan versterken van inwoners en aanleren van vaardigheden.
- Lotgenotencontact, die mensen tegen komen die je anders niet tegenkomt.
- Van belang om relatie naar sociaal domein te leggen.
- Zorg niet versnipperd over allerlei zorgaanbieder.
- Rol van huisartsen, meer preventief gericht, financiële barrières opheffen -> inspiratie uit artikel: <https://www.groene.nl/artikel/verdwaald-in-het-woud-van-preventieprojecten>.
- Aandacht voor mantelzorg -> ook onderwerp GALA, Gezond en Actief Leven Akkoord.
- Mensen in schulden is een dagtaak, levert veel stress en ongezondheid op -> vergroten van bestaanszekerheid.
- Betrek bij integrale aanpak ook woningcorporaties.
- Aandacht voor gedrag en communicatie

Advies vormgeving samenwerking met inwoners:

- Hoge ambitie, zorg nu voor een plan op hoofdlijnen, verder uitwerken met inwoners.
- Er loopt al veel vanuit de gemeenten, hierbij aansluiten, verder uitbouwen, integraal oppakken. Oa ASD Delft nu bezig met 'stadsgesprekken'.
- Voor inwonersparticipatie aansluiten bij bestaande structuren. Denk aan OGGZ-klankbordgroep, jongeren informatiepunt, Cafe positieve gezondheid.
- Per wijk goed kijken wat daar passend is, waar komen mensen al bij elkaar. Maak gebruik van de goede ontmoetingsplekken die er al zijn, daarop aan sluiten met de betrokken inwoners daar. Vanuit daar verder achterban mobiliseren.
- Aanjagers nodig.
- Belangrijk om bekendheid te genereren. Kan ook met een medium als een wijkkrantje waarin leuke en noemenswaardige onderwerpen in staan.
- Wat gebeurt er al heel goed, staan inwoners erachter, kunnen we dat elders ook doen.
- Wat vooral niet doen:



- nieuwe klankbordgroep oprichten,
- geen pilotcarroussel opzetten

Brainstorm met Jongerenraad Westland o.l.v. een jongere

Inhoudelijke thema's:

- Mentale gezondheid vormt een groeiend probleem onder jongeren van 15 tot 22 jaar. Dit omvat diverse klachten, waarbij vaak depressieve gevoelens opkomen. Ook benoemen jongeren vaak problemen zoals anorexia en eenzaamheid. Eén van de jongeren geeft aan dat hij veel jongeren om zich heen ziet die instorten, veel stress ervaren en hun zaken niet op orde hebben. Zo heeft hij een vriend zonder huis die niet weet hoe hij dit moet oplossen, en een vriendin die diep treurt om haar overleden opa.
De jongeren geven aan dat ze het moeilijk vinden om met deze situaties om te gaan en elkaar effectief te helpen. Ze willen er zijn voor hun vrienden, een luisterend oor bieden, vragen stellen en troost bieden, maar merken dat het soms lastig is. Er ontstaan momenten waarop ze zich overweldigd voelen. Ze willen er wel voor hun vrienden zijn maar weten niet altijd hoe ze moeten helpen. Sommigen verwijzen naar andere vrienden of houden de situatie voor zichzelf. Een van hen zegt: "Het wordt me wel eens te veel, ik ben geen therapeut, ik weet niet goed hoe ik ze moet helpen".
- Ook bij ernstigere problemen, zoals een vriendin met zelfmoordgedachten, geven jongeren aan dat ze niet weten hoe ze kunnen helpen. In sommige gevallen escaleert de situatie zelfs tot een zelfmoordpoging, waarna pas professionele hulpverlening wordt ingeschakeld. De jongeren geven aan dat ze liever iets hadden willen doen om dit te voorkomen. Ze willen weten hoe ze hun vrienden hadden kunnen helpen of naar passende hulp hadden kunnen verwijzen.
- Wat betreft de fysieke gezondheid kampt men met het probleem van overmatig roken, vaperen en drinken onder jongeren. Dit gedrag vertoont zich met name op informele locaties zoals hokken, schuren en achtertuinen. De mate van problematisch rook- en drinkgedrag is sterk verbonden met de sociale omgeving waarin de jongeren zich bevinden.

Advies voorgeving samenwerking met jongeren:

- Voor 'formele participatie' is het van belang om aan te sluiten bij jongerenraden. Op landelijk niveau is er momenteel een initiatief vanuit de NJR (Nationale Jongeren Raad) om een dag te organiseren voor alle jongerenraden. Het doel hiervan is het creëren van een platform waarop onder andere inspirerende voorbeelden gedeeld kunnen worden, waar jongeren van elkaar kunnen leren en waar beginnende jongerenraden ondersteuning kunnen vinden. Op regionaal niveau is er momenteel nog geen concrete samenwerking tussen verschillende jongerenraden. In het kader van het uitvoeren van het regioplan zou dit een goede gelegenheid zijn om hier verandering in te brengen en dergelijke samenwerking te organiseren.
- Jongeren zien samenwerking vooral als het gezamenlijk oppakken van activiteiten. Het is van belang dat de samenwerking en acties vanuit de jongeren zelf komen, en niet vanuit de gemeente, omdat dat een te grote drempel vormt. Succesfactoren zijn laagdrempeligheid, informele aanpak en initiatieven die vanuit jongeren zelf komen. Het is essentieel om jongeren vanaf het begin te betrekken, te laten meewerken, ontwikkelen en uitvoeren. Het starten van acties onder de naam van de jongeren geeft vertrouwen.
- Jongerenraden hebben een eigen netwerk van organisaties waar jongeren betrokken zijn. Vanuit dit project willen wij een brede, diverse groep jongeren bereiken die voor de jongerenraden soms



moeilijk te bereiken zijn. In de brainstorm kwamen de VMBO scholieren en MBO studenten naar voren als voorbeeld.

- Hier zijn enkele ideeën voor acties in het kader van het bereiken van meer jongeren en het bevorderen van een gezonde levensstijl. Deze zijn afkomstig van een kleine groep jongeren en geven een beeld van waar jongeren aan denken. Het vraagt nog nadere verkenning en uitwerking:
 - Campagne om brede groep jongeren te bereiken, deze parallel uitvoeren aan de andere activiteiten met de jongerenraad.
 - Bewustwording over mentale gezondheid: genereren van een brede groep jongeren, bijvoorbeeld door het stellen van vragen zoals "Hoe gelukkig voel je je op een schaal van 1 tot 10, en waarom?" Dit kan plaatsvinden op straat, via social media, video's, etc. Het is belangrijk om te onderzoeken wat haalbaar en passend is, bijvoorbeeld via gevestigde groepen.
 - Het trainen van een groep jongeren om om te gaan met leeftijdsgenoten met mentale problemen. Deze jongeren kunnen aanspreekpunten zijn en weten waar het over gaat. Een laagdrempelige, vertrouwde, informele benadering, in plaats van verwijzen naar een psycholoog of een oudere persoon, wat als een hoge drempel wordt ervaren.
 - Vertrouwenspersonen op informele plekken waar jongeren samenkomen, zoals sportverenigingen. Dit geldt zowel voor jongeren die zelf kampen met mentale problemen als voor jongeren die signalen opvangen bij hun vrienden en niet weten hoe ze hiermee om moeten gaan.

Twee focusgroepen met ouderen voor groep 65 t/m 79 jaar en voor groep 80 jaar en ouder. Vinden in november plaats, de input zal in de uitwerking van het regioplan meegenomen worden.

4. Tot slot

Samenvattend kunnen we concluderen dat voor aanpak inwonersparticipatie bij de uitvoering van het regioplan WSD een aantal doelen zijn na te streven:

1. Zorgen dat inwoners een gelijkwaardige gesprekspartner zijn bij het opstellen van plannen en activiteiten, zodat dat beleid en uitvoering van zorg in de regio aansluit bij het perspectief en behoeften van inwoners.
2. Bewustwording creëren bij inwoners over de uitdagingen binnen de zorg, welzijn en gezondheid en hen actief betrekken bij de veranderingen hierbij.

Uitgangspunt is dat inwoners bij alle fasen betrokken zijn. De Participatiematrix kans hierbij behulpzaam om steeds fase en rol af te stemmen aansluitend op behoefte en mogelijkheden van de inwoners.

Vanuit Zorgbelang Inclusief kunnen we op de volgende manier invulling geven aan de doelen.

Spoor 1. Hoe kunnen we de 'formele participatie' in het regioplan vormgeven, waarbij inwoners meedenken en zorgbeleid- en plannen in de regio, het beste kan worden georganiseerd. Inwoners zijn al op verschillende manieren georganiseerd en betrokken bij hun leefomgeving. Denk aan officiële organen als adviesraden sociaal domein, ouderen- en jongerenraden en cliëntenraden. Maar ook via sociale initiatieven (in de wijk) en in buurthuizen zijn inwoners actief met de leefbaarheid in hun omgeving.

De wijze waarop we inwoners betrekken bij de uitvoering van het regioplan moet aansluiten op manier waarop zij georganiseerd zijn en behoefte aan hebben. Op die manier vergroten we de bereidheid om mee te denken en worden niet onnodig nieuwe structuren opgetuigd, waar mensen tijd voor moeten



vrijmaken. Om dit goed vorm te geven, verkennen we met inwoners in de bestaande structuren hoe participatie per doelgroep in de regioplannen het beste vorm kan krijgen. Tijdens de input voor het regioplan is hier al een start meegemaakt, hierop bouwen we voort.

Spoor 2. Aansluiten bij laagdrempelige ontmoetingen

Naast het verkennen van de wijze voor participatie, sluiten we aan bij diverse soorten ontmoetingen van initiatieven en organisaties waar inwoners komen die zich bezighouden met de zorg, gezondheid, welzijn en 'zorgen voor elkaar' of gezamenlijk activiteiten uitvoeren. Denk ook hier aan buurthuizen, bibliotheken, sportverenigingen, moskeeën en burgerinitiatieven.

We benaderen ontmoetingsplekken om aan te sluiten bij bestaande bijeenkomsten, waar we contact kunnen maken met de deelnemers en kunnen praten hun ideeën over zorg en ondersteuning, wat wordt als belangrijk ervaren. Onze gesprekstechnieken en methoden passen we aan op de aard van de bijeenkomst en de doelgroep. Dit kan variëren van informele gesprekken tijdens de lunch met ouderen in een buurthuis, tot deelname aan een wijkwandeling, chillen met jongeren en het bijwonen van inloopsprekuren, of het organiseren van groepsgesprekken. Onze eerdere contacten in de aanloop naar het regioplan betrekken we hierbij om gezamenlijk te bepalen waar te beginnen.

Vooruitblik netwerkvorming

Bij het uitvoeren van beide sporen werken we ondertussen ook aan het creëren van warme contacten, van mensen en organisaties, die namens hun achterban in de toekomst kunnen meedenken en adviseren over zorgbeleid en de plannen. Hoe meer instanties en inwoners met elkaar samenwerken en elkaar leren kennen, hoe eenvoudiger dat de formele participatie in de toekomst eenvoudiger maakt.



Bijlage 3: Regiobeeld in zicht

Inwoners met chronische aandoening



Acute zorg

- In de regio heeft een hoger percentage (**50,8%**) van de bevolking minimaal één chronische aandoening ten opzichte van het landelijk gemiddelde.
 - Stijging aantal **volwassenen met een of meerdere chronische aandoeningen** (dementie, COPD, hart- en vaatziekten, beroerte)
 - Stijgende **wachtlijsten** door stijging vraag en minder capaciteit in zorg (professioneel en mantelzorg)
 - **Toegankelijkheid** van acute zorg staat onder druk door personeelstekort, tekort aan huisartsen en grote (ervaren) druk bij huisartsenposten
 - De totale **prevalentie van kanker** in de regio is niet sterk afwijkend van het landelijk gemiddelde. In het Westland ligt het aantal inwoners met plaveicelcarcinoom veel hoger dan het landelijk gemiddelde. In de MVS-gemeenten geldt dit voor inwoners met mesothelioom (vorm van longkanker).
- Mogelijke **doelgroepen**: Inwoners met **migratieachtergrond** en chronische aandoening

Gezond leven

- Stijging aantal volwassenen met een of meerdere chronische aandoeningen
- **Prognose**: sterke toename % inwoners met (ernstig) overgewicht
- **Mogelijke doelgroepen**:
 - o Inwoners met chronische aandoening en overgewicht
 - o Inwoners met migratie-achtergrond en chronische aandoening
 - o Inwoners met lage SES / in armoede met chronische aandoening (gezonde leefstijl minder toegankelijk)

Bestaanszekerheid, weerbaar en vaardig

- Toename aantal inwoners met chronische aandoening met verminderde bestaanszekerheid, weerbaarheid en/of vaardigheid
- Grotere druk op mantelzorg, huisartsenzorg en ondersteuning thuis
- **Mogelijke doelgroepen**:
 - o Inwoners met migratie-achtergrond (hogere kans op chronische aandoening en op verminderde bestaanszekerheid, en op afstand tot zorg)
 - o Laaggeletterde inwoners (vooral Schiedam)
 - o Inwoner met lage SES / laaginkomen (hogere kans op chronische aandoening en op verminderde bestaanszekerheid, en op afstand tot zorg)

Wonen met zorg

- Stijging aantal thuiswonende volwassenen met **een chronische aandoening**
- Vraag naar zorg en **ondersteuning thuis** wordt **complex** (vaker stapeling)
- Vraag naar medische **specialistische zorg** stijgt fors, verwacht personeelstekort en toename wachttijden
- Krapte op woningmarkt: Lastiger om **passende woning** te vinden / **woning aan te passen**
- De **lucht kwaliteit, geluidshinder, beweegvriendelijk** is ondermaats in de regio
- Verwacht tekort aan huisartsen en Personeelstekort hulp en ondersteuning thuis
- Druk op mantelzorg / afname mantelzorgpotentieel
- **Mogelijke doelgroepen**:
 - o Inwoners met chronische aandoening en lage SES / laag inkomen (gebruik hulpmiddelen / woning aanpassingen)
 - o Mantelzorgers

Jeugd en gezin



Acute zorg

- Geboortecijfer stijgend en structureel hoger dan NL – sterke **bevolkingsgroei** in de regio.
- Het aandeel jongeren in de gemeenten dat **jeugdhulp krijgt is laag** vergeleken met Nederland, muv Delft.
- Relatief veel **Jeugdhulp met verblijf en Jeugdbescherming**
- **Flinke stijging kosten jeugdhulp**
- Verwachting: **sterkere stijging jeugdhulp** in de regio dan in NL
- Het aantal huishoudens met **een voorziening in het sociaal domein** is in de regio rondom het landelijk gemiddelde. In de gemeenten Maassluis, Vlaardingen en Schiedam is dit relatief hoger.

Gezond leven

- **Gezonde levensverwachting** bij geboorte
- Het overgrote deel van de jongeren voldoet niet aan de **beweegrichtlijn** (vergelijkbaar met NL)
- In Vlaardingen en Schiedam hebben relatief veel **kinderen overgewicht**
- Schiedam, Vlaardingen en Delft ligt **het tandartsbezoek** van de jeugd onder het landelijk gemiddelde

Bestaanszeker, weerbaar en vaardig

- In de gemeenten Schiedam, Vlaardingen, Delft en Maassluis is het percentage kinderen dat in **armoede** leeft boven het landelijk gemiddelde
- In gemeente Delft heeft hoger % dan NL **jongvolwassenen moeite om rond te komen** in de andere gemeenten is % lager.
- Gem iets **meer eenzaamheid onder kinderen/jongeren**, Schiedam meeste eenzaamheid
- **Laaggeletterdheid hoog in Schiedam**, overige gemeentes laag
- Meer jongeren met **psychische klachten** in de regio vergeleken met NL. **meisjes** hebben vaker last van psychische klachten.
- **Hoger % migratieachtergrond**; mogelijk taalbarrières, taalachterstanden

Wonen met zorg

- Combinatie **bevolkingsgroei** en krappe **woningmarkt**
- Leefbaarheid lager in **stedelijke gebieden** (oa veiligheid, groen, luchtkwaliteit)



Ouderen (65+)

Acute zorg

- Nu: minder vergrijsd dan rest NL, toekomst: **stijging % 65+ inwoners** sneller dan NL in Lansingerland, Midden-Delfland en Pijnacker-Nootdorp
- **Dubbele vergrijzing** (meer ouderen+hoger gem leeftijd)= hoger zorggebruik
- **Wijkverpleging en intramurale VVT** hoogst in Schiedam en Vlaardingen
- Zorgreflex vanuit zorg- en hulpverlening
- In de regio maakt een kleiner percentage van de bevolking gebruik van een **Wmo maatwerkvoorziening**. In Maassluis, Vlaardingen, Schiedam en Delft is dit percentage het hoogst.
- De **stijgende trend** in de regio voor WMO is groter dan de gemiddelde trend in Nederland.

Gezond leven

- Ouderen **broze gezondheid** is het hoogst in de stedelijke gebieden (Schiedam, Vlaardingen, Maassluis, Delft).

Bestaanszeker, weerbaar en vaardig

- Meer **ernstige eenzaamheid** in de regio; met name in wijken Delft en MVS-gemeentes
- **Weinig bewustzijn** over zelfstandig oud worden
- Thuiswonende ouderen met taalbarrière
- Thuiswonende ouderen met sociale problematiek

Wonen met zorg

- Versnippering (thuiszorg)organisaties
- Ouderen blijven langer thuiswonen
- Het aantal **65+ ers met risico op vallen** is het hoogst in Delft en Westland
- 85+ met zorgbehoefte
- Ouderen met dementie/zonder vangnet
- Stijging aantal volwassenen met een of meerdere **chronische aandoeningen** (dementie, COPD, hart- en vaatziekten, beroerte (vooral ouderdomgerelateerd))
- Meer en **complexere vraag Wmo / stapeling** sociaal domein (langer thuis wonen met zorg)
- Leefbaarheid lager in **stedelijke gebieden** (oa veiligheid, groen, luchtkwaliteit)

Inwoners in een kwetsbare situatie



Acute zorg

- Het aantal GGZ patiënten (2018-2021) is afgenomen, oa ivm Covid. Er zijn relatief veel patiënten in Delft en Vlaardingen.
- Het aantal patiënten in de langdurige GGZ is gedaald door een overheveling naar de WLZ.
- Stijging aantal inwoners met **verhoogde kans op psychosociale problematiek / crisis** (deze groep heeft de neiging om de zorg te mijden)
- Mogelijke doelgroep: Volwassen inwoners met hoog **risico angststoornis, depressie, crisis** (neem toe)

Gezond leven

- **De ervaren gezondheid** van de inwoners van de gemeenten Maassluis, Schiedam en Vlaardingen is het laagst. – betrekking op zowel fysiek als psychische gezondheid
- **Medicijngebruik voor psychische aandoeningen** in de regio ligt lager of rondom het Nederlandse gemiddelde.
- Het percentage **overmatig alcohol gebruik** ligt onder het landelijk gemiddelde. – overmatig alcoholgebruik heeft consequenties voor zowel fysieke als psychische gezondheid

Bestaanszeker, weerbaar en vaardig

- Het percentage inwoners met een hoog risico op angststoornis of depressie stijgt de laatste jaren
- Meer **ernstige eenzaamheid** in de regio; zowel onder jongeren als 18+. Met name in wijken Delft en MVS-gemeentes; Stijging **eenzaamheid onder ouderen**
- De percentage **meisjes met psychische klachten** ligt veel hoger (40,2%) dan het percentage jongens (18,3%).
- Het percentage huishoudens dat moeite heeft met **rondkomen** stijgt - na een daling in coronatijd- weer – sterke associatie met (psychische) gezondheid

Wonen met zorg

- In de regio ligt het aantal wachtenden voor **urgent en actief plaatsen** voor langdurige GGZ rond het landelijk gemiddelde
- Het aantal wachtenden in de GGZ met **voorkeur is hoger** dan het landelijk gemiddelde.
- Het aandeel wachtenden met een wachttijd tussen **3 tot 6 maanden** op langdurige GGZ is groter ten opzichte van het gemiddelde in Nederland.



Bijlage 4: Cruciale GGZ in de regio

Zorgvorm	Aanbod	Westland Schieland Delfland
Acute zorg	HIC	ja
<i>Betreft (vanuit de ggz) de zorg van de Crisisdiensten, acute dagbehandeling en acute thuisbehandeling. Dit moet aanwezig zijn in de regio vanwege het acute karakter van de hulpvraag en de complexiteit van de infrastructuur. De aard en ernst van de zorgvraag maken acuut handelen noodzakelijk.</i>	IHT	ja
	24/7 crisisdienst	ja
Beveiligde zorg	KIB	
<i>Betreft beveiligde (opname)faciliteiten. Dit is cruciale zorg vanwege het beveiligingsaspect en de complexe, langdurige zorgvraag. Zodra aanspraak wordt gemaakt op beveiligde ggz is sprake van een gevaarscriterium waarbij risicogedrag van de patiënt leidt tot grote kans op schade aan zichzelf of de omgeving.</i>	LIZ	
	Beveiligd bed GGZ-kliniek (niveau 2 / 3)	
	Beveiligd bed MPU	
	Beveiligd bed PUK	
Klinische capaciteit	Klinische behandeling reguliere GGZ-kliniek	ja
<i>Betreft de zorg van de MPU en de ggz klinieken. Het betreft complexe zorgvragen met veel wisselingen in intensiteit. Het vraagt veel capaciteit en verschillende disciplines/expertises om de zorg te leveren vanuit een klinische (fysieke) infrastructuur. Klinische zorg wordt alleen ingezet als er geen (ambulante) alternatief meer beschikbaar is en client een gevaar vormt voor zichzelf of zijn omgeving waarvoor constante nabijheid of toezicht is geboden</i>	Klinische behandeling MPU	ja
	Klinische behandeling PUK	
	Klinische behandeling expertisecentrum	
Outreachinge zorg	FACT	ja
<i>Deze zorgvorm (voor de EPA-doelgroep) is cruciaal, omdat het complexe zorg betreft die veel samenwerking vergt in het lokale netwerk. Er is vaak per regio maar één ggz-aanbieder aanwezig die deze zorg biedt. De EPA doelgroep heeft een lange periode behandeling en ondersteuning nodig, vanwege een voortdurende kwetsbare zelfregulatie. Herstel vindt plaats maar bij het wegvallen van de zorg en ondersteuning gaat het met de gezondheid van de cliënt snel slechter.</i>	VIP/DEPT	ja
Hoogspecialistisch vanuit ggz	Hoogspecialistisch aanbod ADHD	
<i>Dit is cruciale zorg vanwege de noodzakelijkheid tot een dekkend aanbod aan hoogspecialistische voorzieningen met een bovenregionale/landelijke functie. De complexiteit van de hulpvraag en daarbij behorende expertise kan niet als losstaand aanbod vorm krijgen, maar past bij het aanbod van de instellingen. Gaat om patiënten met complexe ernstige, en/of zeldzame psychische aandoeningen voor wie een reguliere ggz behandeling onvoldoende resultaat heeft geboden of naar verwachting zal bieden. Vaak is er sprake van complexe comorbiditeit van psychische aandoeningen waarbij voorliggende behandelingen geen uitkomst hebben geboden.</i>	Hoogspecialistisch aanbod Angststoornissen	
	Hoogspecialistisch aanbod Autisme	
	Hoogspecialistisch aanbod Bipolair	
	Hoogspecialistisch aanbod Depressie	
	Hoogspecialistisch aanbod Eetstoornissen	
	Hoogspecialistisch aanbod LVB & Verslaving	
	Hoogspecialistisch aanbod Neuropsychiatrie	ja
	Hoogspecialistisch aanbod Ouderen	
	Hoogspecialistisch aanbod Persoonlijkheidsstoornissen	ja



	Hoogspecialistisch aanbod Psychosen	
	Hoogspecialistisch aanbod Psychosomatiek	
	Hoogspecialistisch aanbod Psychotrauma	
	Hoogspecialistisch aanbod Verslaving/Detox	
	Hoogspecialistisch aanbod Geweld in afhankelijkheidsrelaties	
	Hoogspecialistisch aanbod Transculturele Psychiatrie	
Hoogspecialistisch vanuit ziekenhuizen	Hoogspecialistisch aanbod PUK	
<i>Ziekenhuizen vervullen vaak een bovenregionale functie vanuit hoogcomplexere zorg. De complexiteit van de hulpvraag en daarbij behorende expertise kan niet als losstaand aanbod vorm krijgen, maar past bij het integrale aanbod van de ziekenhuizen. Het gaat om cliënten met complexe ernstige, en/of zeldzame psychische aandoeningen voor wie een reguliere ggz behandeling onvoldoende resultaat heeft geboden of naar verwachting zal bieden. Vaak is er sprake van complexe comorbiditeit van psychische aandoeningen of een combinatie met een somatische aandoening waarbij voorliggende behandelingen geen uitkomst hebben geboden.</i>	Hoogspecialistisch aanbod MPU	
Overig	poliklinische multidisciplinaire behandeling voor cliënten met complexe comorbiditeit (psychiatrie met LVB en/of verslaving en/of neuropsychiatrie)	ja