

Oplegger Regiobeeld

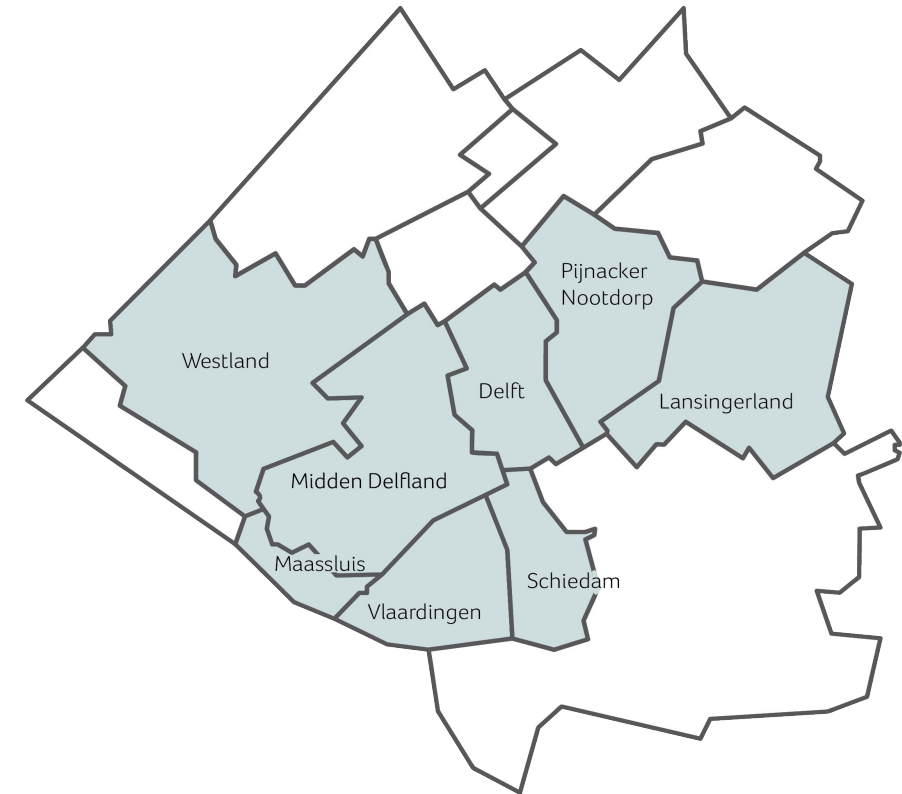
Samenvatting en belangrijkste conclusies

Westland Schieland Delfland

Versie 30-06-2023

Leeswijzer oplegger

- In deze oplegger geven we inzage in de belangrijkste conclusies van het regiobeeld en geven we inzage in hoe we in onze regio willen samenwerken aan de opgaven.
- De zorgkantorregio Westland Schieland Delfland (hierna: de regio) bestaat uit 8 gemeenten, verdeeld in twee subregio's: de subregio DWO (Delft, Westland Midden-Delfland, Lansingerland en Pijnacker-Nootdorp) en MVS (Maassluis, Vlaardingen, Schiedam). De regio heeft 545.120 inwoners (1-1-2023).
- Het IZA vraagt om een regiobeeld per 1 juli 2023. Dit is een basisbeeld waar het komende half jaar verder aan gewerkt zal worden. Deze oplegger geeft een eerste aanzet tot het samenbrengen van de conclusies in het regiobeeld en de ambitie van de regio. Op basis van 5 thema's zijn de eerste contouren van de aanpak inzichtelijk gemaakt. De komende tijd zal deze aanpak verder worden uitgewerkt in een regioplan.
- De doelstelling van de regio is om het regiobeeld door te ontwikkelen naar een regiomonitor dat ook inzage geeft in de effectiviteit van de transformatie die we in de regio willen doormaken. We verwachten op 1 januari 2024 een eerste versie van de monitor te kunnen presenteren.



A. Kenmerken van de regio

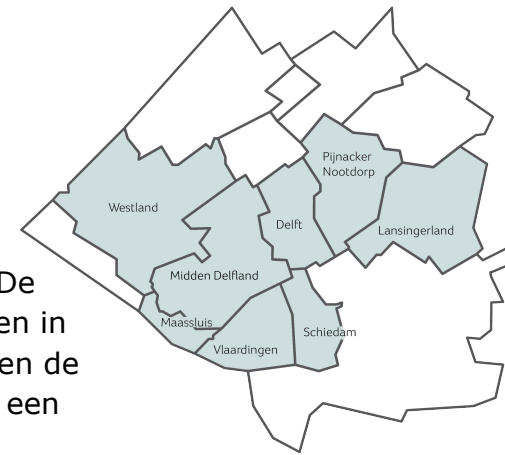
Demografische ontwikkelingen - De regio kenmerkt zich door een sterkere bevolkingsgroei dan het landelijk gemiddelde. De prognose is dat deze groei tot 2040 zal voortduren, deze is momenteel voornamelijk prominent in de MVS gemeenten, Delft en in het Westland. Ondanks de stijgende geboortecijfers in de regio is er toch sprake van een groeiende demografische druk. Binnen de regio zijn grote verschillen in demografische opbouw. De regio kent specifieke wijken met een hoog percentage inwoners met een migratieachtergrond, met name in de MVS-gemeenten en in Delft. De gezonde levensverwachting verschilt aanzienlijk tussen gemeenten in de regio.

Sociale en psychische gezondheid - Een lage SES-WOA laat een duidelijk correlerend verband zien met het zorggebruik. In wijken waar er een hoge mate van moeite met rondkomen bestaat, wordt ook een lage gezondheid ervaren. De eenzaamheid bij ouderen en jongeren is iets hoger dan het landelijk gemiddelde en er zijn sterke verschillen binnen de regio. De mentale gezondheid van meisjes is significant slechter dan die van jongens.

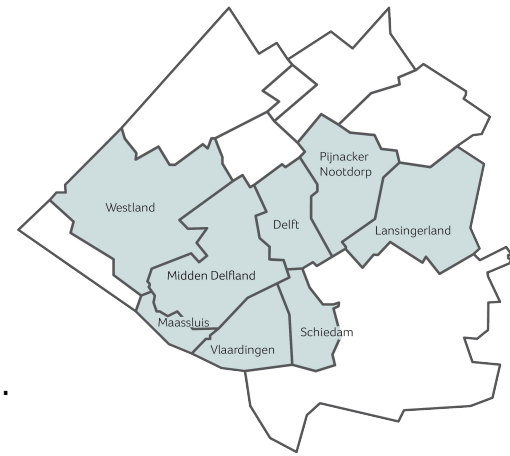
Ziektebeelden - In de WSD-regio heeft een hoger percentage van de bevolking minimaal één chronische aandoening ten opzichte van het landelijk gemiddelde. Dementie, coronaire hartziekten, COPD en beroerte zijn veel voorkomende en stijgende ziektebeelden. In het Westland ligt het aantal inwoners met plaveicelcarcinoom veel hoger dan het landelijk gemiddelde. In de MVS-gemeenten geldt dit voor inwoners met longkanker.. Het medicijngebruik ligt rond het landelijk gemiddelde.

Leefstijl - Het percentage van de bevolking dat rookt is de afgelopen jaren afgenomen en is nu stabiel. De prognose is dat het percentage de komende jaren weer zal gaan dalen. Hoewel overmatig alcoholgebruik in de regio ligt dan in de rest van het land, is er sprake van een stijgende trend. In de MVS-gemeenten wordt minder bewogen ten opzichte van de rest van de regio.

Leefomgeving - Er is sprake van een lagere leefbaarheid in de MVS-gemeenten en Delft ten opzichte van de rest van de regio. De relatie tussen de slechte luchtkwaliteit en de hoge incidentie van COPD en longkanker dient nader onderzocht te worden.



A. IZA-doelgroepen



A. Mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden

Het percentage laaggeletterden in de gemeente Schiedam (32%) ligt sterk boven het regionaal en landelijk gemiddelde. In specifieke wijken is er sprake van een lage SES-WOA.

B. Mensen met psychische klachten

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

C. Mensen met (risico op) kanker

De totale prevalentie van kanker in de zorgkantorregio 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).

D. Mensen met (risico op) hart- en vaatziekten

Het percentage mensen met (risico op) hart- en vaatziekten is het hoogst in Vlaardingen en Maassluis.

E. Ouderen met een kwetsbare gezondheid

Het percentage van ouderen met een broze gezondheid is het hoogst in de stedelijke gebieden (Schiedam, Vlaardingen, Maassluis, Delft).

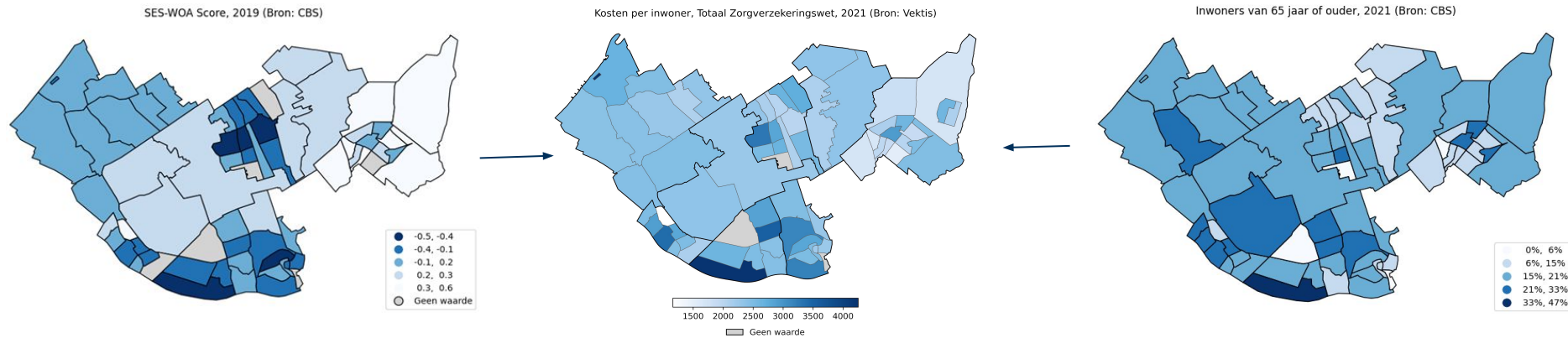
F. Zorgpersoneel

Het arbeidsmarkttekort in de zorg zal de komende 10 jaar verdriedubbelen bij ongewijzigd beleid.

Het aandeel 55+'ers bij het zorgpersoneel neemt sterk toe, wat een mogelijke extra druk kan leggen op de 55-'ers in de avond, nacht en weekenddiensten.

B. Zorgaanbod, zorgvraag en zorggebruik

De demografische en sociale kenmerken van een wijk hebben een sterk verband met de zorgvraag



Zorgvraag:

1. Er zijn grote verschillen per wijk in zorggebruik
2. De verschillen in zorggebruik zijn deels te duiden door:
 - a. De SES-WOA van de wijk
 - b. De leeftijdsopbouw in de wijk
3. De zorgvraag gaat de komende jaren stijgen

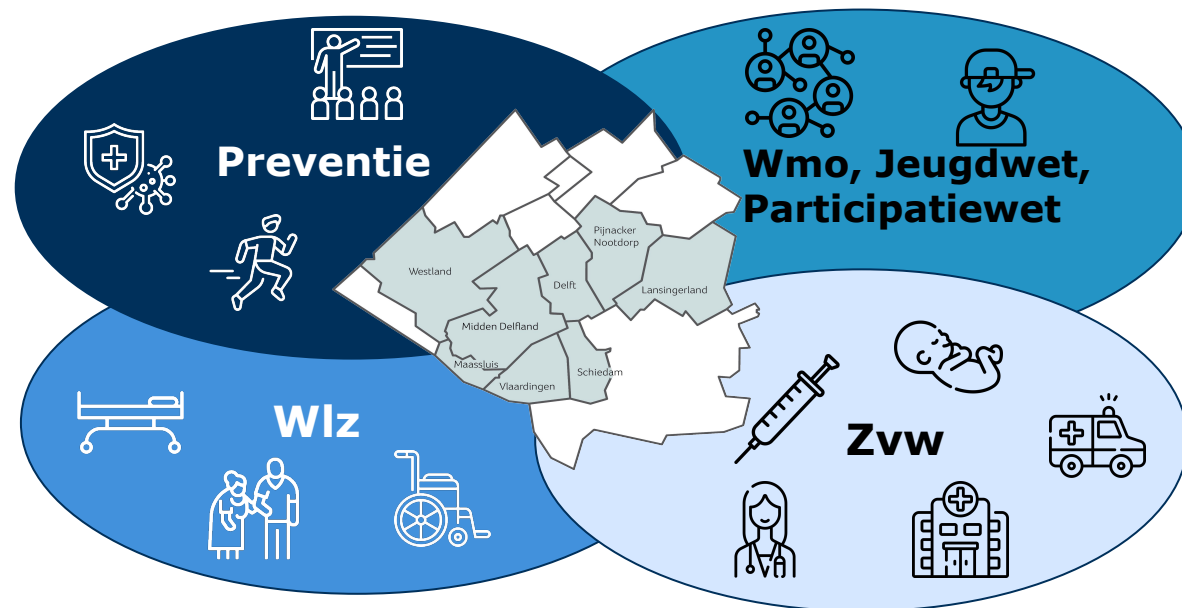
Zorgaanbod:

1. Het arbeidsmarkttekort in WSD-regio neemt in het komende decennia fors toe. Het grootste arbeidsmarkttekort in de regio bij verplegend en verzorgend personeel.
2. Het mantelzorgpotentieel neemt af in de regio

De opgave: de huidige en toekomstige zorgvraag opvangen met relatief minder personeel en ondersteuning

B. Zorgvraag en zorgaanbod in de regio

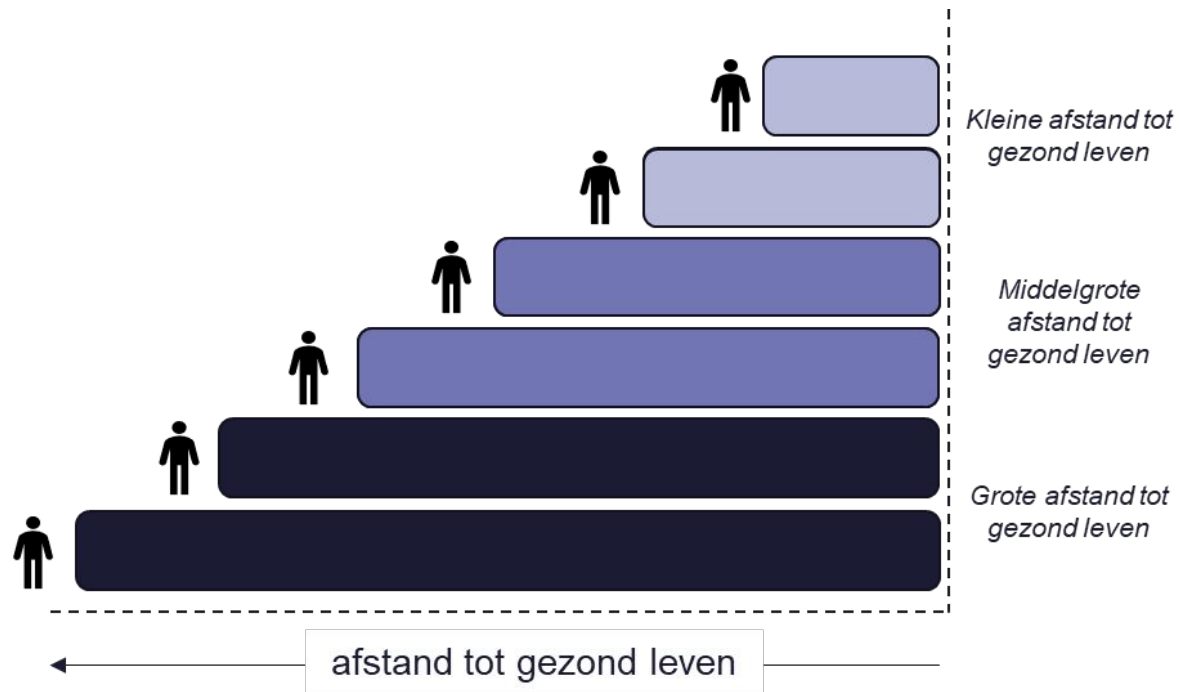
In de wijken waar meer sociale problematiek heerst en/of vergrijzing is, is meer vraag naar Zvw-zorg, Wlz-zorg en het sociale domein (Wmo, Jeugdwet, Participatiewet)



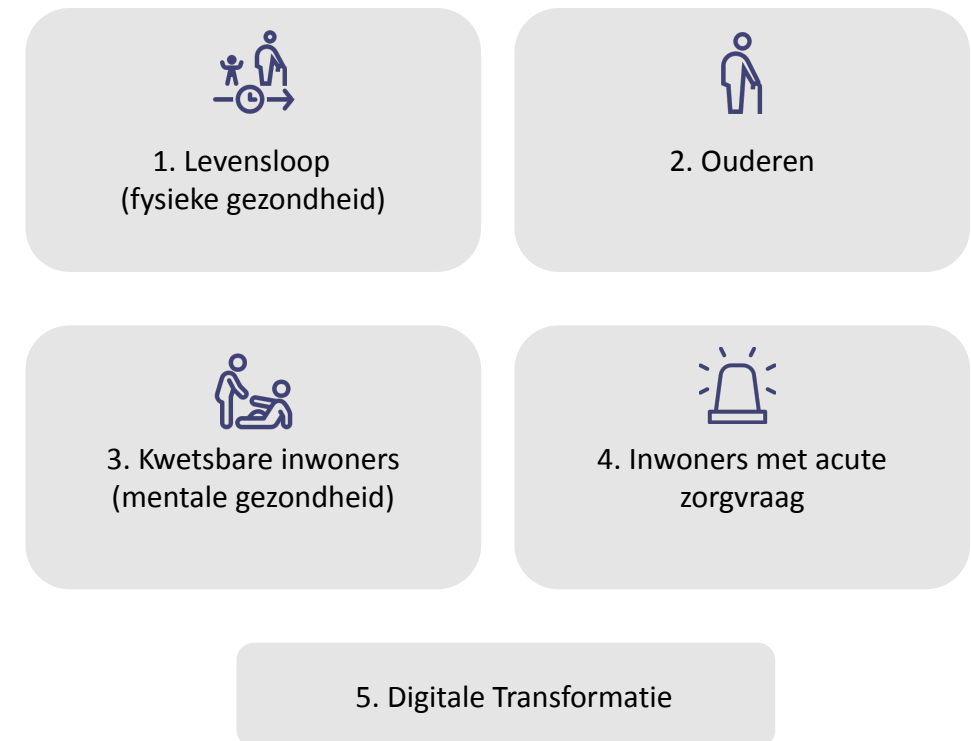
De opgave: de zorg en ondersteuning beter op elkaar te laten aansluiten om de belasting op de zorg relatief te verlagen (synergie).

B. Vijf thema's in de regio

We zien in de regio grote verschillen tussen wijken en steden en zien dat de afstand tot een gezond leven en levensstijl daarmee samenhangt. Dit is afhankelijk van verschillende factoren. We nemen niet langer ziekte als startpunt, maar kijken wat elke inwonergroep nodig heeft om gezond te kunnen leven.



Om de conclusies uit het regiobeeld te vertalen naar een concrete uitwerking is gekozen voor vier thema's. Deze hangen samen met de samenwerkingsstructuur die we in de regio gaan hanteren. Daarnaast denken we dat digitale transformatie van de gehele keten de druk op ons zorgsysteem kan verleggen. De uitwerking van dit vijfde thema zal later worden toegevoegd. Op sommige onderwerpen werd al samengewerkt. Het RIGA brengt alle onderwerpen samen onder één paraplu.



Thema 1: opgave Levensloop (fysieke gezondheid)

Grote verschillen in (on)gezonde leefstijl en gezondheidsvaardigheden in de WSD- regio; problemen met name bij inwoners MVS-gemeenten en Delft

- Inwoners van wijken in de MVS-gemeenten kenmerken zich door de minste beweging en het hoogste percentage overgewicht, hoger dan het landelijk gemiddelde
- Veel inwoners in de regio hebben lage gezondheidsvaardigheden en vinden het lastig om hun weg naar de juiste zorgverlener te vinden
- Binnen gemeenten in de regio zijn grote verschillen te zien in het percentage inwoners dat rookt, met name in wijken in de MVS-gemeenten en Delft
- In de regio wordt een hoog aantal contacten in eerstelijnszorg gelinkt aan met name leefstijl gerelateerde aandoeningen zoals diabetes en coronaire hartziekten

In verschillende fases van de levensloop van inwoners spelen (on)gezonde leefstijl en beperkte gezondheidsvaardigheden een rol

De belangrijkste subdoelgroepen zijn;

- Jonge kinderen van 2 - 4 jaar met een taal- en/of motorische achterstand
- Kinderen in de basisschoolleeftijd van 4 – 12 jaar, die te maken hebben met overgewicht
- Kinderen in de middelbare schoolleeftijd van 12 – 18 jaar met een slechte leefstijl, o.a. door te weinig bewegen, slechte voeding, roken, alcohol, drugs en gamen
- Jongeren van 18 – 25 jaar met relatief veel alcohol en/of drugsgebruik, roken en bijvoorbeeld een hoog ADHD medicatiegebruik
- Inwoners vanaf 25 jaar en ouder zoals AZC/statushouders en arbeidsmigranten met beperkte gezondheidsvaardigheden, die nauwelijks een sociaal vangnet hebben en weinig regie over hun eigen gezondheid hebben
- Inwoners met een kinderwens of (aanstaand) ouders met een ongezonde leefstijl en/of lage gezondheidsvaardigheden

Lagere leefbaarheid in grootstedelijke gebieden, zoals bijvoorbeeld in de MVS-gemeenten en Delft

- In wijken met grootstedelijke problematiek is de leefbaarheid minder goed dan in de landelijk gebieden. Er zijn o.a. minder voorzieningen, minder veiligheid, minder groene omgeving en slechtere luchtkwaliteit in de grootstedelijke gebieden
- In de wijken in de grootstedelijke WSD gebieden staan relatief veel huizen die in slechte staat verkeren, o.a. veel huurwoningen en huizen met lage energielabels
- In de WSD-regio wonen relatief meer inwoners in de vruchtbare leeftijd in een kwetsbare situatie, gekenmerkt door lage leefbaarheid, welke van invloed kan zijn op het (on)geboren kind tijdens de eerste 1000 dagen van het leven

Als zorg- en hulpverleners kunnen we elkaar beter leren kennen en vaker de behoefte van de inwoner voorop stellen

- Er zijn al veel initiatieven rondom gezond leven lopend in de regio, maar deze worden niet altijd goed gevonden door zorgprofessionals en inwoners
- Zorgprofessionals vanuit verschillende domeinen kennen elkaar onvoldoende en zijn daardoor niet op de hoogte van elkaars kennis en expertise
- Loslaten van denken in systemen en een te strikte opvolging van de regels; daarmee ook streven naar integrale aparte bekostiging van verschillende domeinen (waar nodig)
- Niet langer als zorg- of hulpverlener denken het beste te weten wat de ander (patiënt / cliënt) nodig heeft, maar vaker de vraag stellen 'wat heb je nodig?' (meer zorg op maat)

Bron: samenvatting van de themawerkgroepsessies (betreft eerste denkrichting die nog nader wordt uitgewerkt en getoetst)

Thema 1: visie Levensloop (fysieke gezondheid)

Visie
(Gewenste situatie over 5 jaar)

Betere gezondheid en kleinere gezondheidsverschillen in de WSD-regio door verbeterde bestaanszekerheid en kansengelijkheid voor inwoners in alle levensfasen (met de nadruk op de vroegere levensfasen)

Sub-doelgroepen	Inwoners met <u>goede</u> gezondheidsvaardigheden die zelf aan de slag willen en kunnen met gezondheid	Inwoners met <u>redelijke</u> gezondheidsvaardigheden die begeleiding nodig hebben om met gezondheid aan de slag te gaan	Inwoners met <u>beperkte</u> gezondheids-vaardigheden in 'achterstandswijken' die te maken hebben met multiproblematiek
Oplossings-richtingen	Ga-voor-gezond platform: Stimuleren van preventie en gezond leven passend bij de levensfase en leefstijlsituatie van de inwoner	Lokale leefstijl loketten: Begeleiding van inwoners naar gezonder leven, op bepalende momenten in het leven	Gezonde leefwereld gesprekken: dialoog aangaan over wat er nodig is om hen te ontzorgen / ondersteunen
Doelstelling (Beoogde resultaat)	<ul style="list-style-type: none"> • Informatie over gezondheid is (digitaal) vindbaar en toegankelijk, voor zowel inwoners als zorgprofessionals • Inwoners voeren zelf regie over het leiden van een gezond(er) leven 	<ul style="list-style-type: none"> • Inwoners weten waar ze met hun hulp- en/of zorgvraag terecht kunnen • Zorgprofessionals weten elkaar beter te vinden en zijn op de hoogte van elkaars kennis en expertise • Zorgprofessionals kunnen vanuit het lokale leefstijl loket de hulpvraag eerder signaleren en begeleiding geven richting een gezond(er) leven. 	<ul style="list-style-type: none"> • Inwoners voelen zich gehoord in hun behoefte omdat ze actief worden betrokken in de creatie van een gezonde leefwereld • Er wordt beter op de behoefte van de inwoners ingespeeld waardoor “zorg / hulp op maat” geleverd kan worden • Zorgprofessionals kunnen inhoudelijk en financieel buiten systemen werken en worden niet belemmerd door schotten
Benadering	<ul style="list-style-type: none"> • Koppelen van preventie met zorg • Kennis delen van elkaars kunde, vaardigheden en (on)mogelijkheden 	<ul style="list-style-type: none"> • Domein-overstijgend denken en holistisch werken • Gebruik maken van wat er al is en dat samen (opnieuw) inrichten 	<ul style="list-style-type: none"> • Vraaggerichte benadering: maatwerkafhankelijk van de levensfase • Gebruikmaken van competenties van de burger • Omdenken naar 'leefwereld' i.p.v. systeemwereld
Aanpak	<p>Eén regionaal platform voor preventie op gebied van leefstijl.</p> <p>Een overzicht van initiatieven/programma's in de WSD-regio waar inwoners zelf óf op advies van de zorgverlener mee kunnen starten. De initiatieven/programma's zijn per levensfase en per type gezondheidsthema vindbaar</p> <ul style="list-style-type: none"> • Het platform is een samenwerking tussen het sociaal domein en medisch domein • Het platform is zowel voor inwoners als voor zorgprofessionals (zorgprofessionals kunnen mensen hiernaar verwijzen) • Het platform biedt naast initiatieven ook keuzehulp aan, zowel op het gebied van gezondheid als welzijn 	<p>Inrichten van lokale leefstijlloketten voor triage en casemanagement.</p> <p>Inwoners kunnen in dit loket in gesprek met een leefstijlcoach om te bepalen welke handvatten iemand nodig heeft om de leefstijl te verbeteren (bijv. individuele/groepsgesprekken met een diëtist of een gesprek met een stoppen met roken consulent, etc.)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Professionals in het medisch en sociaal domein hebben signalerende functie en verwijzen mensen door naar het loket • In de leefstijlloketten worden krachten gebundeld van het bestaande aanbod op het gebied van leefstijl, aansluitend op de vijf ketenaanpakken: kansrijke start, valpreventie bij ouderen, aanpak overgewicht kinderen, GLI bij overgewicht en obesitas volwassenen, welzijn op recept • Gesprekken op basis van het leefstijlroer (met de pijlers: Voeding, Beweging, Verbinding, Ontspanning, Middelen en Slaap) 	<p>Op basis van gesprek met wijkbewoners in de belangrijkste behoeftes voorzien</p> <p>Bewoners in verschillende levensfasen en verschillende situaties ontzorgen door te vragen aan inwoners wat zij nodig hebben om gezonder te kunnen leven</p> <ul style="list-style-type: none"> • Wegnemen van belemmeringen: bijvoorbeeld samen organiseren van bekostiging, anticonceptie beschikbaar stellen • Versterkte samenwerking tussen sociaal domein en medisch domein, woningcorporaties en scholen • Ervaringen delen voor uitrollen van successen



Thema 2: opgave ouderen

Toegankelijk en beschikbaar houden van zorg voor ouderen vraagt om eigen benadering per gemeente / wijk

- In de gemeenten Lansingerland, Midden-Delfland en Pijnacker-Nootdorp stijgt het percentage inwoners 65+ sneller dan landelijk
- Uit onderzoek blijkt dat hoe hoger de leeftijd van een inwoner, hoe hoger het zorggebruik is. Vanwege de dubbele vergrijzing zal het totale zorggebruik van ouderen in de WSD-regio in de toekomst alleen maar toenemen.
- Hoogste gebruik van wijkverpleging, intramurale VVT in wijken in Schiedam en Vlaardingen

Ouderen zijn niet één maar meerdere doelgroepen; oudere kan zich eerder voorbereiden op ouder worden en kleiner wordend netwerk

De belangrijkste subdoelgroepen zijn;

- Kwetsbare, thuiswonende ouderen met een taalbarrière: kampen met bijvoorbeeld eenzaamheid en financiële problematiek
- Ouder wordende en thuiswonende (alleenstaande) burger: zijn te laat voorbereid op ouder worden en daardoor onvoldoende anticiperend op bijvoorbeeld kleiner wordend netwerk. Staat onvoldoende stil bij wat eigen toegevoegde waarde nog kan zijn in het leven
- 85+ met zorgbehoefte: heeft bijvoorbeeld te maken met minder mantelzorg in het informele netwerk om hem / haar heen
- Thuiswonende met sociale problematiek (o.a. met niet-Westerse achtergrond): kan te maken hebben met lage gezondheidsvaardigheden en andere verwachtingen van het zorgstelsel
- Ouderen met dementie/zonder vangnet: heeft te maken met afnemende gezondheids-vaardigheden en kan ook te maken krijgen met polyfarmacie

Bron: samenvatting van de themawerkgroepsessies (betreft eerste denkrichting die nog nader wordt uitgewerkt en getoetst)

In de WSD regio hebben we te maken met eenzaamheid, verlaagd bewustzijn en beperkte zelfredzaamheid onder ouderen

- Er is meer ernstige eenzaamheid in WSD-regio dan landelijk gemiddelde; met name in wijken Delft en MVS-gemeentes
- Weinig bewustzijn over zelfstandig oud worden en welke investering in en van het informele netwerk dit vraagt (interview)
- De zelfredzaamheid van oudere inwoners is soms beperkt, waarbij vaak sprake is van een "zorgreflex" vanuit zorg- en hulpverlening, voordat gekeken wordt naar wat iemand nog kan (interview)

Als zorg- en hulpverlening is er een andere benadering en houding nodig: er wordt bijvoorbeeld te veel gereageerd vanuit een zorgreflex

- Uit 'zorgreflex' komen en meer inzetten op preventie door oudere inwoners en zorg- en hulpverleners te activeren om het zelf/voor elkaar te doen (demedicalisering)
- Stoppen met versnippering van (thuiszorg) organisaties
- Minder denken vanuit eigen belang en interne focus: verder kijken dan je eigen taken als zorgverlener en denken vanuit de cliëntreis (eenvoudiger, eenduidiger, minder grenzen)
- Niet alles voor mensen willen oplossen en te veel medicaliseren; maar meer inzetten op preventie, o.a. kwetsbare, bevorderen eigen regie/kracht, valpreventie, ouderen losweken uit hun eenzaamheid, laagdrempelige voorzieningen in de wijk



Thema 2: Visie ouderen

Visie

(Gewenste situatie over 5 jaar)

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

Sub-doelgroepen	Thuiswonende, zelfstandige oudere (1e oudere levensfase)	Oudere met klein netwerk, die begeleiding, ondersteuning, zorg en/of hulpverlening nodig heeft om gezond te kunnen leven (2e oudere levensfase)	Thuiswonende oudere die afhankelijk is van zorg/ondersteuning (3e oudere levensfase)
Oplossings-richtingen	Vorbereid oud worden Meer bewustwording in de maatschappij over de oude dag en het belang van het hebben van een sociaal netwerk	Versterken informele zorg en ondersteuning Meer oplossen in de eigen omgeving en in het eigen netwerk van de oudere	Wijkgericht werken Meer autonomie en minder beperkingen voor zorg-/hulpverleners en meer aandacht voor de oudere
Doelstelling (Beoogde resultaat)	Regie van de oudere op eigen leven, bijv. om ook op de oude dag betekenisvol te kunnen leven	Kwaliteit van leven van ouderen verbeteren door zelfredzaamheid en creëren van sociale omgeving	Meer tijd en aandacht voor de (behoefte van de) oudere om de oudere langer verantwoord thuis te laten wonen
Benadering	Voorlichting en juiste gesprek met de oudere voeren om bewustwording te creëren: wat kan ikzelf nog voor de maatschappij doen, wat als mijn netwerk krimpt, etc.	Regionale, integrale samenwerking tussen formele en informele zorg en welzijnsdomein	Minder versnippering van organisaties en efficiënte samenwerking eerste lijn en sociaal domein (o.a. gegevensuitwisseling etc.)
Initiatieven	<ul style="list-style-type: none"> • Advanced Care Planning Plus (“droomplan”) • Samenhang in valpreventie initiatieven over de regio versterken (“op de been blijven”) 	<ul style="list-style-type: none"> • Patiënt / mantelzorgacademie: aanleren van nieuwe leefstijl vaardigheden* (“zelfredzaamheid voorop”) 	<ul style="list-style-type: none"> • Preferente verpleeg/thuiszorg aanbieders in de wijk

Overkoepelend

- Buurtschappen versterken (bijvoorbeeld in samenwerking met kerk/moskee/buurthuizen)
- Werkplaatsen inrichten om te weten van elkaar wie wat doet en leren van elkaar te laten plaatsvinden, de inzet van MDT's te verbreden en te intensiveren naar preventie, krachtige basiszorg en sociale pleinen, etc. Hierbij is ook aandacht voor onderlinge overdrachten en terugkoppeling over het netwerk
- Gegevensuitwisseling is nodig om de genoemde initiatieven waar te maken (bijvoorbeeld voor ACP)

* Sociaal makelaar komt terug bij de themawerkgroep kwetsbare inwoners



Thema 3: opgave kwetsbare inwoners

Kwetsbaarheid van inwoners in de WSD-regio wordt gekenmerkt door relatief grote financiële problematiek, eenzaamheid en laaggeletterdheid

- Concentratie van geestelijke gezondheidszorg gebruik in verschillende wijken in de regio; met name in MVS-gemeenten en Westland
- Veel kwetsbare inwoners met mentale problemen die langere tijd op een GGZ wachtlijst staan
- Hogere laaggeletterdheid in de gemeenten Westland, Maassluis en Vlaardingen dan het landelijk gemiddelde, met een negatieve uitschieter van ver boven het landelijk gemiddelde in de gemeente Schiedam
- Grootste armoede en financiële problematiek in wijken in de MVS-gemeenten en Delft; hoger dan het landelijk gemiddelde
- Meer ernstige eenzaamheid in de WSD-regio dan het landelijk gemiddelde; met name in wijken MVS-gemeenten en Delft

De kwetsbare inwoners bestaan uit zeer diverse doelgroepen met ieder eigen uitdagingen / problemen

De belangrijkste subdoelgroepen zijn;

- Inwoners die leven in bestaansonzekerheid (bijv. alleenstaande moeders, statushouders en arbeidsmigranten): hebben te maken met uitkeringsafhankelijkheid, woningnood en stress bij het vinden van een baan, terwijl zij ondertussen een onvoldoende sociaal netwerk hebben en mogelijk te maken hebben met gevoelens van schaamte
- Laaggeletterden: kunnen te maken hebben met financiële problematiek en lagere gezondheidsvaardigheden
- Inwoners met (een vermoeden van) licht verstandelijke beperking: hebben te maken met inkomens- en huisvestingsproblematiek en veroorzaken mogelijk overlast. Dreigen tussen “wal en schap” te vallen in de overgang naar andere zorgverleners, of bij uitstroom, bijvoorbeeld vanuit jeugdzorg
- Inwoners met een ernstige verstandelijke beperking: risico op grote belasting voor het gezin en verergering van problematiek

Veel huishoudens in de regio met samenhangende kwetsbare problematiek; met name in MVS-gemeenten en Delft

- Meer kinderen groeien op in bijstandsgezinnen in de WSD-regio t.o.v. landelijk, waarbij veel verschil tussen gemeentes. Opgroeien in financiële problematiek heeft later effect op de lichamelijke en mentale gezondheid van deze kinderen
- De sociaal economische status (SES-WOA) van de WSD-regio is nagenoeg gelijk aan de landelijke status, maar in MVS-gemeentes en Delft is de SES-WOA score lager. In deze gemeenten is het risico op angst en depressie bij inwoners relatief hoger dan in andere gemeenten van de WSD-regio
- Relatief minder huishoudens met meervoudige en complexe problemen in de WSD-regio dan landelijk; hoogste percentage in Delft, Schiedam en Vlaardingen

Als zorg- en hulpverleners meer vanuit de vraag van de inwoner werken, met handvatten om op deze vraag in te kunnen spelen

- Minder “verpamperen” van de zorg voor kwetsbare inwoners en hen meer in hun eigen kracht zetten, gericht op wat iemand wél kan
- Stoppen met belangen van eigen domein of organisatie voorop blijven stellen in plaats van domeinoverstijgend verbinding met elkaar zoeken
- Doorbreken van oneigenlijke focus op zelfredzaamheid en gedrag als de determinanten van de kwetsbaarheid van de inwoner uit de collectieve leefwereld van de inwoner komen
- Kijken naar wat er al elders (in de regio) wordt gedaan en niet telkens het wiel uit willen vinden



Thema 3: visie kwetsbare inwoners

Visie
(Gewenste situatie over 5 jaar)

Kwetsbare inwoners in de WSD-regio worden in hun kracht gezet, waarbij de focus ligt op eigen regie van de inwoner en wat iemand wél kan. Zorg- en hulpverleners werken domeinoverstijgend en in een netwerk om de kwetsbare inwoners, waarbij zij elkaar kennen, van elkaar leren en warme overdrachten plaatsvinden, waardoor de juiste hulp door de juiste zorg- of hulpverlener kan worden geboden.

Sub-doelgroepen	Kwetsbare inwoners met mentale problematiek die op GGZ wachtlijst staan	Kwetsbare inwoners met complexe multiproblematiek	Kwetsbare inwoners met een lichte verstandelijke beperking (LVB)
Oplossingsrichtingen	Een regionaal multidisciplinair loket , waarin intensievere samenwerking door GGZ, huisarts en sociaal domein plaatsvindt	Een wijk/kerngerichte preventieaanpak waarbij de top “probleemgroepen” in de wijk opgespoord en geholpen worden in een interventieteam en met maatwerk casemanagement	Een integrale aanpak gericht op vroegsignalering en versterking van het netwerk rondom de cliënt
Doelstelling (Beoogde resultaat)	Verergering van mentale problematiek wordt voorkomen door snelle toegankelijke, laagdrempelige en passende zorg/hulp	De kwetsbare inwoner krijgt de juiste hulp aangeboden vanuit de eigen behoefte bijv. omdat er afgestemde samenwerking plaatsvindt tussen instanties	Er is meer begrip voor kwetsbare inwoners met een LVB bij zorg- en hulpverlening en zij zijn sneller in beeld, zodat inwoners minder voor overlast zorgen en dit zelf ook minder zo ervaren
Benadering	<ul style="list-style-type: none"> • Regionaal beter aansluiten van vraag op aanbod • Stoppen met vanuit eigen denken en beleid de eigen rol binnen het systeem te benaderen • Voorkomen dat cliënten van wachtlijst naar wachtlijst gaan 	<ul style="list-style-type: none"> • Starten met actie-onderzoek: wat heeft wie in deze regio nodig? • Richten op 3-5 belangrijkste doelgroepen in 1 of 2 wijken 	<ul style="list-style-type: none"> • In beeld brengen van de LVB groep • Van aanbod- naar vraaggericht werken • Afgestemde onderlinge samenwerking • Bewustwording creëren bij zorgverleners: niet overnemen van de problematiek maar bijstaan
Aanpak (Concrete initiatieven)	<ul style="list-style-type: none"> • Verkenning van 1 loket voor regionale / multidimensionale triage • Fit op weg poli (mentale gez centra) • 1 casemanager die cliënt begeleidt door het gehele traject 	<ul style="list-style-type: none"> • Wijkpreventie-aanpak: domeinoverstijgend kijken wat er nodig is per wijk én hiervoor zorgen • Vindplaatsen creëren in de wijk • Sociale kaart in beeld brengen én gebruiken • Inzetten van iemand die inwoners verbindt met sociale en sportieve activiteiten, zoals een sociaal makelaar • Als samenleving beter opvangen van kwetsbare doelgroepen door netwerk rondom hen te versterken 	<ul style="list-style-type: none"> • Meer ruimte geven aan zorg/hulpverlener en ontschotten op financiën en taakafbakening • Toekomstplan vanaf 16 jaar opstellen i.s.m. jongeren



Thema 4: opgave acute zorg

In 2020 is er vanuit de WSD-regio een reactie op de houtskoolschets acute zorg gegeven. De uitgangspunten hierbij –geef ruimte aan de regio, behoud de kracht van WSD, laat innovatie lokaal ontstaan –worden nu nog steeds gesteund. O.a. daarom is ervoor gekozen het thema inwoners met een acute zorgvraag onderdeel te laten zijn van het RIGA en ook buiten ROAZ verband te bespreken.

Er zijn grote gezondheidsverschillen tussen wijken, ook binnen gemeenten

- De gezondheidskenmerken, zorgvraag en het zorggebruik van inwoners kunnen verschillen per wijk, terwijl deze relatief dicht bij elkaar liggen
- Gelet op verschillende gezondheidskenmerken is de algemene gezondheid van inwoners van wijken in de MVS-gemeenten en Delft het laagst
- Met name wijken in de gemeenten Schiedam en Westland kennen de hoogste gemiddelde zorggebruik per inwoner op de huisartsenpost

De acute zorg kent verschillende doelgroepen met ieder eigen uitdagingen

De belangrijkste subdoelgroepen zijn;

- Mondige en veeleisende groep: hun verwachtingen zijn anders dan de realiteit; er is sprake van een cultuur waarin zij vinden dat je altijd naar de huisarts/HAP moet kunnen
- (Psycho-)sociale problematiek: heeft de neiging om de zorg te mijden, waardoor iets sluimerend iets acuuts wordt. Bijvoorbeeld in de acute GGZ, waarbij een eendimensionale blik niet de oplossing is
- Ouders met jonge kinderen (0-4 jaar): kunnen ongerust zijn door onvoldoende kennis om zelf te kunnen beoordelen wat er aan de hand is
- 70+ en mantelzorgers (o.a. familie van ouderen): zijn soms niet aangesloten bij thuiszorg en/of niet geïnformeerd over welke zorgvraag bij welke partij gesteld moet worden of zijn dementerend waarbij soms In Bewaring Stelling nodig is in een acute situatie
- Niet op naam ingeschreven bij de huisarts (NONI): er is geen plek waar NONI's overdag met (niet) acute zorgvraag terecht kunnen

Suboptimaal proces van niet-acute zorgvragen die gesteld worden aan acute zorgverleners

- Inwoners weten niet goed waar ze met hun (acute) zorgvraag terecht moeten, waardoor nog te veel inwoners met een niet-acute zorgvraag bij de huisartsenpost komen
- In de acute zorg is men veel tijd kwijt aan het bellen van mensen die in het triageproces terecht zijn gekomen; ook de informatievoorziening binnen dit proces is nog niet optimaal (interview)
- Veel patiënten die met een acute zorgvraag in het ziekenhuis zijn binnengekomen liggen hier vaak lang en onterecht, terwijl ze elders in de zorg beter geholpen zijn (interview)
- Voor sommige acute zorgvragen is het niet nodig om een ambulance te laten uitrukken omdat behandeling ook in de thuissetting kan plaatsvinden (bijv. bij een losgeschoten katheter)
- Veel niet-acute zorgvragen komen van bezorgde ouders van kinderen 0-4 jaar of (naasten) van 80-plussers (interview)

Als zorg- en hulpverlening kunnen we onze houding en gedrag ook aanpassen

- Loslaten van het denken vanuit (eigen) zorginstelling en meer denken vanuit de patiëntreis; schotten tussen verschillende instellingen, naar elkaar wijzen i.p.v. oplossen en het gevoel dat patiënten over de schutting worden gegoid
- Financiering wordt vaak als beperking gezien, terwijl er zo veel meer mogelijk is binnen de huidige financiering
- Als zorg/hulp moeten we niet alles willen oplossen (vooral voor bijv. ouders met jonge kinderen en ouderen), maar vaker de focus op preventie en monitoring leggen



Thema 4: acute zorg

Visie (Gewenste situatie over 5 jaar)	Acute zorg is zowel overdag als in de ANW uren toegankelijk. Professionals in de acute zorg werken samen om inwoners op een passende manier te helpen bij een acute zorgvraag (ook digitaal). Kennis en kunde van zorgprofessionals wordt hierbij effectief en efficiënt benut en zorgprofessionals hebben plezier in het werk
---	---

Subdoelgroepen	Inwoners die een acute zorgvraag stellen, welke voorkomen hadden kunnen worden	Inwoners met een acute zorgvraag die direct zorg nodig hebben
Oplossingsrichtingen	Spoed=spoed Eenduidige informatie voor inwoners over wanneer en waar ze terecht kunnen met (acute) zorgvragen	Juiste acute zorg op de juiste plek Zorgen dat inwoner met acute zorgvraag op de juiste plek, door de juiste zorgverlener geholpen wordt
Doelstelling	<ul style="list-style-type: none"> • (Acute) zorgvragen in ANW uren verminderen en zo de acute zorg toegankelijk houden • Voorkomen van (onnodige) acute zorgvragen en vergroten van bereikbaarheid acute zorg overdag, zodat er minder overloop is naar ANW • Voor de zorgverlener: verlagen van werkdruk, meer met het vak bezig zijn, geen ‘gedoe gesprekken’ en daardoor vergroten van werkplezier • Voor de patiënt: korte wachttijden, direct de juiste en passende zorg, een soepel proces en gezondheidswinst 	<ul style="list-style-type: none"> • Optimaal inzetten van capaciteit en direct best passende zorg leveren aan de patiënt • Herinrichting triageproces en acute zorgvoorzieningen, met inzicht in capaciteitsgegevens en ondersteund door digitale gegevensuitwisseling • Voor de zorgverlener: lagere belasting, werk doen passend bij functie en bovendien een simpel, duidelijk en efficiënt proces • Voor de patiënt: inwoner krijgt direct de juiste zorg door de juiste zorgverlener met een simpel, duidelijk en efficiënt proces
Benadering	<ul style="list-style-type: none"> • Ondersteunen zelfmanagement met zelfstandige vroegsignalering en preventie • Gezamenlijk en regionaal dezelfde ‘lijn’ uitdragen met eenduidige communicatie/voorlichting naar inwoners 	<ul style="list-style-type: none"> • Samen de acute zorg-as inrichten en dit simpel houden voor de patiënt/cliënt; met op de achtergrond goed ingerichte samenwerking • Goede verbinding houden tussen de acute en niet-acute keten
Aanpak	<ul style="list-style-type: none"> • In beeld brengen van top-5 doelgroepen die “onnodig” beroep doen op acute zorg. Per doelgroep nader onderzoek doen en een gerichte aanpak ontwerpen om (onnodige) acute zorgvragen te voorkomen. In ieder geval: <ul style="list-style-type: none"> • Niet op naam ingeschreven inwoners (NONI’s): mogelijke bemiddeling van verzekeraar bij vinden van huisarts bij HAP bezoek • Ouders met jonge kinderen en ouderen: nader te bepalen 	<ul style="list-style-type: none"> • Optimalisatie van acute zorgverlening en op basis daarvan aan de slag met functiedifferentiatie: wie kan deze zorgvragers het beste helpen (HAP/SEH)
	<ul style="list-style-type: none"> • Gerichte aanpak per doelgroep door o.a. <ul style="list-style-type: none"> • Opzetten van een voorlichtingscampagne • Zorgen voor inschrijving bij de huisarts • Vergroten bereikbaarheid van de huisartsen en thuiszorg 	<ul style="list-style-type: none"> • Versnellen inrichting spoedplein (HAP/SEH) Franciscus met andere sectoren en uitrol spoedplein RdGG • MTO in hele regio (wellicht met aanvulling van een Geriatric Emergency Medicine GEM - team)
		<ul style="list-style-type: none"> • Inrichting van model zorgcoördinatie, in afstemming met de ROAZ-regio’s • 24/7 beoordelen van acute zorgvraag (bijv. bij In Bewaring Stelling (IBS) in de Wet zorg en dwang) • Regionaal kiezen voor één systeem voor digitale zelftriage

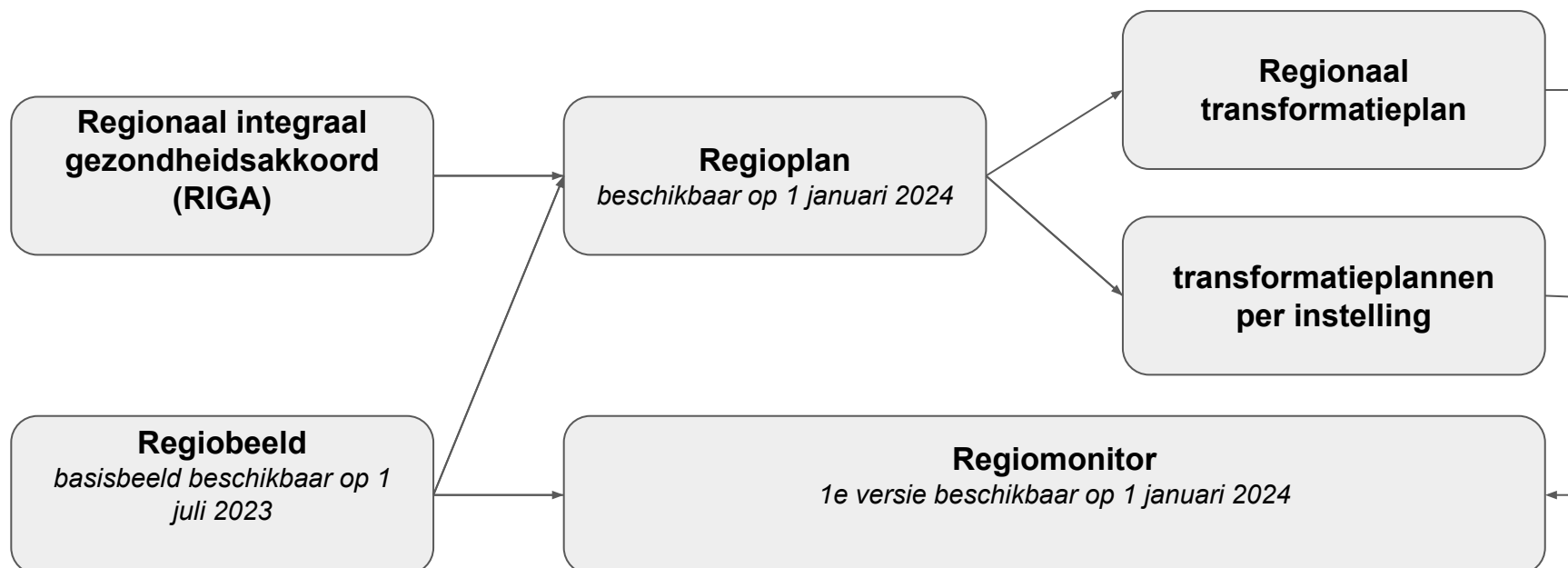
Digitale transformatie	Realiseren van digitale gegevensuitwisseling over het netwerk; in een systeem dat gekoppeld is aan de persoonlijke omgeving van de burger (PGO en/of portaal), zodat iedereen te allen tijde bij de goede informatie kan
-------------------------------	--

C. Samenwerking in de regio en vervolg

1. Van regiobeeld naar transformatieplan
2. Betrokken partijen
3. Ambitie regio
4. Samenwerkingsstructuur

C1. Samenwerking in de regio

- In februari 2023 heeft de regio zich verenigd in het RIGA: Regionaal Integraal Gezondheidsakkoord, waarbij alle betrokken partijen in de regio een gezamenlijke ambitie hebben gesteld: 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** is wanneer nodig.
- De volgende sheets geven inzage in de ambitie binnen het RIGA, de samenwerkingspartners en de samenwerkingsstructuur.
- De thema's waar we in de regio aan gaan werken, gebruiken we om de algemene conclusies van het regiobeeld te duiden.



C2. Betrokken Partijen



C3.1 Ambitie RIGA



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 is** wanneer nodig.

Naast het regiobeeld hebben we met de regio afspraken gemaakt over de ambitie die met elkaar willen realiseren:

Opgave

Het aantal 80 plussers in de regio zal de komende 20 jaar verdubbelen, wat leidt tot een toenemende zorgvraag, terwijl het mantelzorgpotentieel daalt en het aantal professionals in de zorg in het gunstigste geval gelijk zal blijven. Het aantal inwoners dat zich vrijwillig inzet neemt steeds verder af. In de afgelopen drie jaar is het aantal vacatures in de zorg verdubbeld (bron: CBS). Als we willen dat de zorg in de regio beschikbaar en bereikbaar is, moet de noodzaak van professionele zorgverlening en ondersteuning afnemen en moet deze slimmer georganiseerd worden.

Wat heeft de inwoner nodig?

Verandering in brede zin is nodig. We moeten de gemeenschap en de netwerken om mensen heen en tussen hen versterken. We zetten in op een gezonde leefstijl, juist bij die inwoners voor wie dit moeilijk is. Daarmee versterken we het welbevinden en de kwaliteit van leven van onze inwoners. Alle verschillende vormen van zorg en ondersteuning hangen met elkaar samen en vormen een keten. Wanneer bijvoorbeeld iemands bestaanszekerheid wegvalt, stapelen de zorgproblemen 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 ons actief in te zetten voor andere oplossingen dan symptoombestrijding. We vragen onszelf: wat heeft de inwoner nodig?

Samenwerken voor een duurzame transformatie

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 niet in méér overlegtafels, pilots en verantwoordingsystemen, 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 focussen op de eigen regio om zorg en ondersteuning dichtbij de inwoner te realiseren en de impact te vergroten. Middels dit akkoord bundelen we de krachten voor samenwerking rondom preventie, gezondheid, zorg en ondersteuning. Zo werken we aan een gezonde en vitale regio waar de zorg en ondersteuning die nodig is, ook beschikbaar is, nu en in de toekomst.

C3.2 Ambitie - uitgangspunten

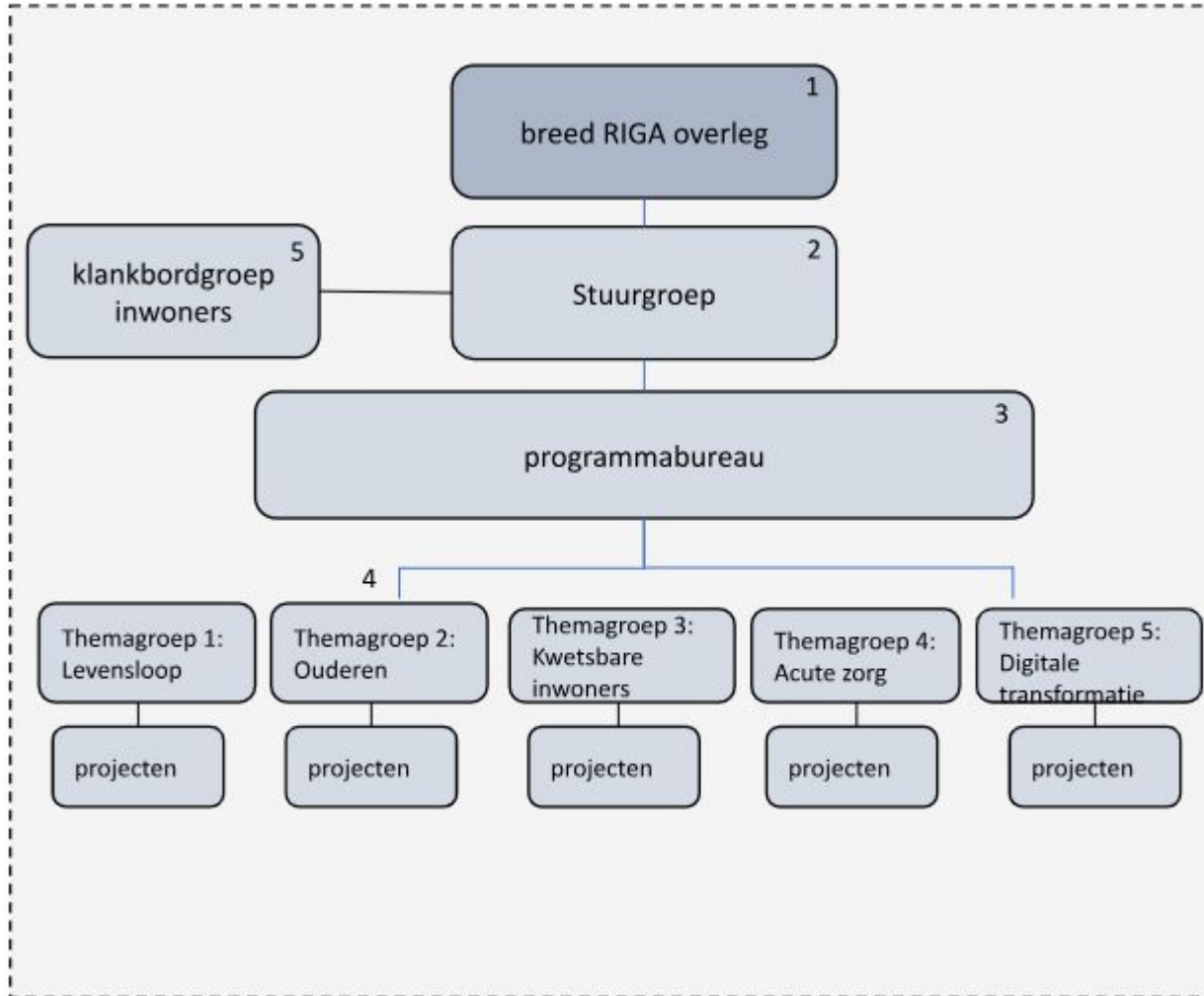
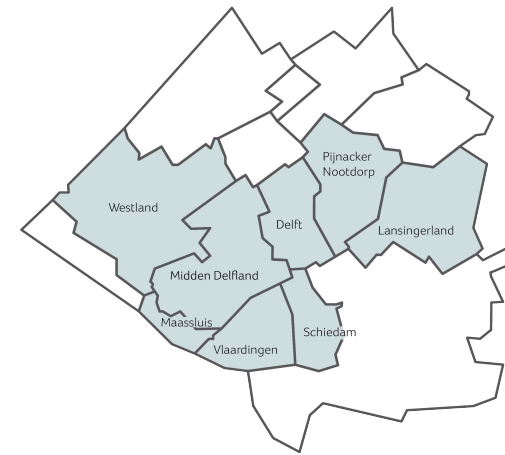


In de WSD regio realiseren we een omgeving waarin de **inwoner prettig en gezond kan leven**, waarin de verschillende domeinen elkaar versterken en waarin **zorg en ondersteuning toegankelijk en beschikbaar is** wanneer nodig.

Om dit te realiseren hanteren we de volgende uitgangspunten:

- We zetten kwaliteit van leven van de inwoner centraal;
- We zetten in op een gezonde leefstijl, bevorderen kansengelijkheid en vergroten de bestaanszekerheid van inwoners;
- We zetten in op een sterke gemeenschap en een sterk netwerk rond de inwoner. We organiseren collectief wat kan en individueel wat nodig is;
- We willen voorkomen dat hulpvragen zorgvragen worden en dragen bij aan een samenleving waarin gezond gedrag bereikbaar is voor iedereen;
- In onze regio blijft professionele zorg in nabijheid toegankelijk en beschikbaar. Hiertoe investeren we in oplossingen binnen en buiten zorg en welzijn en werken we aan ketenoplossingen;
- De betrokken partijen hebben vertrouwen in elkaar, claimen gezamenlijk eigenaarschap van gezamenlijke opgaven, stappen over eigen belang heen om de ambitie te bereiken en werken op basis van solidariteit;
- De betrokken partijen vertalen de ambitie naar concrete doelstellingen, opgaven en activiteiten die daaraan bijdragen, gebaseerd op analyses;
- Bij de uitvoering van deze opgaven en activiteiten laten we ons niet belemmeren door schotten in wetgeving en financiering;
- Transformatie vraagt om een langetermijnperspectief waarbij we ruimte nodig hebben om oude patronen en gedachten te veranderen. De urgentie is echter groot en vraagt om directe actie.

C4. RIGA - Samenwerkingsstructuur



- We gaan in de regio over naar een nieuwe samenwerkingsstructuur waarin we de huidige en nieuwe samenwerkingsverbanden in de regio versterken en verstevigen
- binnen het programmabureau zal het regiobeeld en later de regiomonitor verder worden ontwikkeld en zal data als basis dienen om tot uiteindelijke transformatieplannen te komen