

**Regiobeeld
Kennemerland plus
Haarlemmermeer
definitieve versie
17 juli 2023**

Regiobeeld

Kennemerland plus

gemeente

Haarlemmermeer

2023

Contactpersonen

Regionale samenwerkingsstructuur, Sigra:

Naam: Saskia Schalkwijk

Functie: Directeur-bestuurder, Sigra

Mailadres: SSchalkwijk@sigra.nl

Coördinerende zorgverzekeraar, Zilveren Kruis:

Naam: Floor Burgers

Functie: Zilveren kruis

Mailadres: Floor.Burgers@zilverenkruis.nl

Coördinerende gemeente, Gemeente Haarlem:

Naam: Jan Willem Duker

Functie: Strategisch adviseur, gemeente Haarlem

Mailadres: jwduker@haarlem.nl



Doel van het regiobeeld

Dit regiobeeld geeft inzicht in:

1. Prognoses van en ontwikkelingen in de zorgbehoefte en andere relevante informatie over de bevolking van de regio; en
2. De capaciteit en prestaties van zorg, sociaal domein en ondersteuning in de regio.

Het regiobeeld vormt de basis voor het regioplan.

In het regioplan stellen de regionale zorg- en welzijnspartijen met de gemeenten en zorgverzekeraar vast wat de belangrijkste prioritaire opgaven zijn en staan de afspraken hoe deze gezamenlijk worden aangepakt.

Zie voor meer informatie, verdiepende data en vergelijking met andere regio's: www.regiobeeld.nl

Leeswijzer van het Regiobeeld Kennemerland plus Haarlemmermeer

Leeswijzer

- Dit document is opgesteld naar aanleiding van het **Integraal Zorgakkoord**, waarin is afgesproken dat elke zorgkantorregio een regiobeeld opstelt.
- Dit regiobeeld bevat enerzijds de elementen zoals opgesteld in het **basisbeeld** vanuit het IZA, **verrijkt** met een interpretatie voor de regio Kennemerland. Naast de criteria zoals opgesteld in het basisbeeld, zijn **verschillende elementen toegevoegd**.
- Volgend op dit regiobeeld wordt een **regioplan** opgesteld waarin specifieke transformatieopgaven en -plannen geconcretiseerd worden. Daarnaast wordt het beeld rondom de acute zorg in de regio uitgewerkt in het **ROAZ-beeld**. Beide documenten staan los van dit regiobeeld.
- In principe zijn de getoonde inzichten opgebouwd uit **Zorgkantorregio Kennemerland plus gemeente Haarlemmermeer**. Niet alle inzichten zijn beschikbaar op dit niveau. Per dia wordt aangegeven wat de precieze regio is waarvoor de inzichten getoond worden. Conclusies worden zoveel als mogelijk op het juiste detailniveau getrokken.

Betrokken partijen

Bij het opstellen van dit regiobeeld zijn de volgende partijen betrokken (alfabetische volgorde):

- AEF
- Amstelring
- Atalmedial B.V.
- Buurts
- CJG Centrum voor Jeugd en Gezin
- Connect4Care
- Coöperatie Paramedisch Platform Zuid-Kennemerland U.A.
- Coöperatie verloskundigen Haarlem en Haarlemmermeer
- Coöperatieve Apothekersvereniging Haarlem e.o.
- Cordaan
- De Hartekamp Groep
- De Opvoedpoli, locatie Haarlem
- De Waerden
- De Zorgspecialist
- Gemeentes Beverwijk, Bloemendaal, Haarlem, Haarlemmermeer, Heemskerk, Heemstede, Uitgeest, Velsen, Zandvoort
- GGD Kennemerland (VRK)
- GGZ inGeest
- GGZ NHN
- Gupta Strategists B.V.
- HCZK Huisartsen Coöperatie Zuid Kennemerland
- Heliomare
- Huisartsen Zuid Kennemerland
- Huisartsenvereniging Haarlemmermeer
- HV ML
- HVMK Huisartsen Vereniging Midden Kennemerland
- HVO-Querido
- iHUB Zorg B.V.
- IJmond Geboortezorg
- Kennemerhart
- Klein Maatjes
- KNGF
- Leefstijl Coaching Kennemerland
- Leger des Heils
- MEE & de Wering
- MET Heemskerk
- Ons Tweede Thuis
- Parlan
- Parnassiagroep
- perMens
- Pluspunt
- Praktijk Wijckerborgh
- Raphaëlstichting
- RIBW K/AM
- Roads
- Rode Kruis Ziekenhuis
- SEIN
- SGC Haarlemmermeer
- Sigra
- Spaarne Gasthuis
- Spaarne Werk
- Sport- en Beweegkliniek
- Stichting de Baan
- Stichting Kenter Jeugdhulp Centraal Bureau
- Stichting Levvel
- Stichting Nieuw Unicum
- Stichting Philadelphia Zorg
- Stichting Pro Senectute
- Stichting SIG
- Stichting Sint Jacob
- Stichting Welzijn Bloemendaal
- VGZ
- ViVa! Zorggroep
- VRK
- WelschapSocius
- Welzijn Beverwijk
- Welzijn Velsen
- WIJ Heemstede
- ZILVEREN KRUIS
- ZOHN
- Zorg en Zekerheid
- Zorggroep Haarlemmermeer

Inhoudsopgave

Samenvatting en conclusies

A. Kenmerken van de regio:

1. Demografie
2. Sociale factoren
3. Gezondheid en leefstijl
4. IZA-doelgroepen
5. Fysieke omgeving
6. Arbeidsmarkt

B. Zorg in de regio (per sector):

7. Huisartsenzorg
8. Medisch specialistische zorg
9. Paramedische zorg
10. Geboortezorg
11. Geestelijke gezondheidszorg
12. Verpleeg- en verzorgingshuizen en thuiszorg
13. Gehandicaptenzorg
14. Jeugdwet en Wmo
15. Preventie

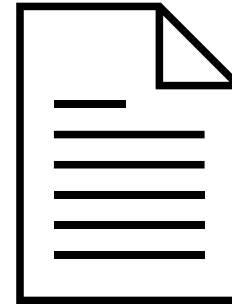
C. Regionale samenwerking

Agenda

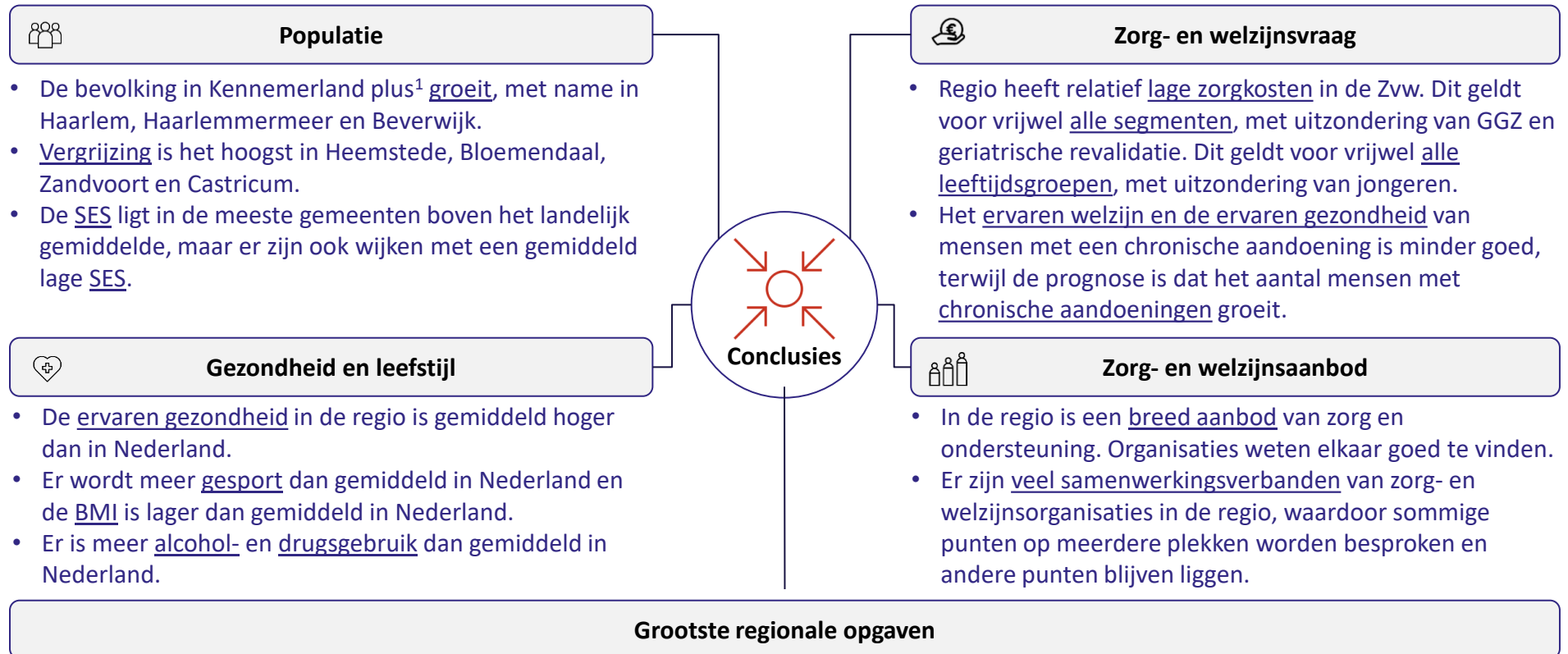
Samenvatting en conclusies

- A. Kenmerken van de regio
 - B. Zorg in de regio (per sector)
 - C. Regionale samenwerking
- Bijlagen

Samenvatting en conclusies



Grootste opgaven voor Kennemerland plus zijn geïdentificeerd o.b.v. populatie, gezondheid, en vraag en aanbod van zorg en ondersteuning







- De grootste regionale opgaven zijn: (1) de groeiende groep kwetsbare ouderen en multimorbide patiënten, (2) de mentale gezondheid en (3) de gezondheidsverschillen binnen de regio. De aanpak van de regionale arbeidsmarktproblematiek (4) is randvoorwaardelijk bij het oplossen van deze uitdagingen, dit vraagt o.a. innoveren, digitaliseren en opleiden.
- De leefomgeving heeft nadelige effecten op de gezondheid in de regio, maar ligt voor een groot deel buiten onze invloedssfeer.

Grootste uitdagingen in de regio zijn: meer ouderen en multimorbide patiënten, de mentale gezondheid en de gezondheidsverschillen

De grootste uitdagingen en bijbehorend schaalniveau in de regio Kennemerland plus¹

Legenda schaalniveau²:  regio Kennemerland plus;  subregio's MKL ZKL plus³;  gemeentes;  wijken;

| | | |
|--|---|---|
| <p>1</p>  <p>De <u>groeïende groep kwetsbare ouderen en multimorbide patiënten</u>. Zij vragen veel ondersteuning en zorg, terwijl het mantelzorgpotentieel afneemt. Hierdoor groeit de druk op zorg- en welzijnsorganisaties.</p> | <p>2</p>  <p>De <u>mentale gezondheid</u>. Een groot deel van de jongvolwassenen ervaart psychische klachten, het GGZ-gebruik in de regio is hoger dan gemiddeld in Nederland en veel mensen worden niet binnen de treeknormen geholpen.</p> | <p>3</p>  <p>De <u>grote gezondheidsverschillen</u> in de regio. Er is ongelijkheid tussen wijken in gezondheid en welzijn van inwoners. Het verkleinen van deze kloof vraagt een sociale aanpak en versterking van de eerstelijns in specifieke wijken.</p> |
| <p>4</p>  <p>Alle zorg- en welzijnsorganisaties in de regio hebben te maken met de <u>grote en groeiende krapte op de arbeidsmarkt</u>. Gezamenlijke aanpak van deze problematiek is randvoorwaardelijk bij het oplossen van bovenstaande uitdagingen, dit vraagt o.a. keuzes maken, innoveren, digitaliseren en opleiden.</p> | | |

De leefomgeving is van invloed op de gezondheid: de luchthaven (Schiphol), de industrie (Tata Steel IJmuiden) en veel zon aan de kust hebben een negatief effect op de gezondheid in de regio.⁴

1) Voor de uitdagingen uit het ROAZ-beeld, zie [slide](#)

2) Schaalniveau betreft de agendavorming, uitvoering en planning kan weer afwijken per subregio of gemeente, zie [slide](#) voor regionale indeling

3) MKL en ZKL plus = Midden Kennemerland en Zuid Kennemerland plus

4) De leefomgeving is specifiek niet geselecteerd als grootste groeiende uitdaging en ligt voor een groot deel buiten onze invloedssfeer. Wel zien we een verband tussen industrieën in onze regio en de zorgvraag in deze omgeving. Daarom nemen we ook leefomgeving op als aandachtspunt voor het toegankelijk en betaalbaar houden van de gezondheidszorg

De groeiende vraag naar ondersteuning en zorg vanuit kwetsbare ouderen en multimorbide patiënten legt steeds meer druk op de zorg

Ouderen en mensen met meerdere (chronische) ziekten in de regio¹ [onderstreepte woorden linken naar onderbouwing van deze inzichten]

- Er is een aantal vergrijsde gemeenten in de regio en komende jaren slaat vergrijzing ook toe in de groeigemeenten. Het aantal ouderen groeit en het mantelzorgpotentieel is relatief laag en daalt verder.
- De groep multimorbide patiënten in de regio groeit door toename in behandel mogelijkheden én vergrijzing, omdat ouderen vaker meerdere aandoeningen hebben.
- In Kennemerland plus is relatief veel gebruik van GRZ, maar juist relatief weinig wijkverpleging en ELV vergeleken met Nederland. In de regio wel meer ELV hoog complex-gebruik dan in ROAZ-regio Noord-Holland/Flevoland.
- Er zijn arbeidsmarkttekorten in de curatieve en langdurende zorg en deze tekorten nemen toe richting 2030.
- De wachlijsten voor intramurale verpleging en verzorging zijn vaak boven de treeknorm, al zijn ze korter dan landelijk. De zorglocaties bevinden zich in relatief jonge gemeentes. Dit ouderenzorgvastgoed is verouderd: 50% van de verpleeghuiscapaciteit is na 1995 niet meer gerenoveerd.²
- *Verskil in vergrijzing per gemeente maakt dit een uitdaging op gemeenteniveau.*

Uitdagingen in deze context



De situatie dwingt tot keuzes in de wijze waarop ondersteuning en zorg zijn ingericht. Aandachtspunten zijn:

1. Voeren we het goede gesprek over behandelwensen en leggen we de uitkomsten daarvan vast?³
2. Is de ondersteuning en zorg zo ingericht dat minder personeel nodig is? (herontwerp zorgproces).
3. Zijn afspraken gemaakt over welke vraag bij welke professionals ligt en wat er (straks) niet meer kan?
4. Is de zorg zo ingericht dat capaciteit in de hele keten zo efficiënt mogelijk benut wordt? (optimale doorstroom in keten).

1) Zie slide voor regionale indeling

2) In 1995 werden voor het eerst substantiële isolatie-eisen opgenomen in het bouwbesluit i.h.k.v. energieprestatienormen, vrijwel al het vastgoed van voor die datum is slecht geïsoleerd en heeft een hoog energieverbruik. Bekostiging van verduurzaming en (ver)nieuwbouw is complex door dalende NHC en hoge bouwkosten.

3) Bijvoorbeeld in een behandelbesluitplan voor mensen met een verwachte levensduur van minder dan 6-12 maanden.

De mentale gezondheid in de regio staat onder druk; GGZ-gebruik is relatief hoog en er veel jongvolwassenen ervaren klachten

Mentale gezondheid in de regio Kennemerland plus¹

[onderstreepte woorden linken naar onderbouwing van deze inzichten]

- Veel jongvolwassenen hebben psychische klachten: 40% van de mannen en 60% van de vrouwen. Suïcidale gedachten, eenzaamheid en stress komen ook veel voor bij deze groep.
- Er is relatief veel middelengebruik (drugs en alcohol) in de regio.
- Door wachlijsten wordt 35% van de GGZ-patiënten buiten de treeknorm geholpen, zij wachten langer dan wenselijk is op zorg en ondersteuning.
- Er is relatief veel GGZ-gebruik in de regio. In bijna alle andere Zvw-segmenten is het zorggebruik in de regio juist lager dan gemiddeld in Nederland.²
- Het GGZ-gebruik van 75-plussers in Midden Kennemerland is opvallend hoog.
- De regio heeft relatief weinig aanbod voor LVB-cliënten en 30% van de intramurale cliënten binnen het LVB-netwerk (GGZ en GZ) heeft te maken met LVB/GGZ-problematiek.
- Er zijn relatief veel kleinere praktijken in de regio, waardoor de cruciale zorg zwaar drukt op enkele grote aanbieders.
- Er zijn al arbeidstekorten in de GGZ, dit loopt op tot 5% in 2030.
- *Verskil in GGZ-gebruik per subregio maakt dit een uitdaging op subregionaal niveau, dit sluit ook aan bij de werkgebieden van de integrale GGZ-aanbieders.*

Uitdagingen in deze context



De situatie dwingt tot keuzes in de wijze waarop ondersteuning en zorg zijn ingericht. Aandachtspunten zijn:

1. Hoe vergroten we de mentale weerbaarheid van mensen, in bijzonder jongvolwassenen? (preventie).
2. Is de ondersteuning en zorg zo ingericht dat minder personeel nodig is? (herontwerp zorgproces).
3. Is de zorg zo ingericht dat capaciteit in de hele keten zo efficiënt mogelijk benut wordt? (optimale doorstroom in keten, ondanks schotten financiering).

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

Grote verschillen op wijkniveau in de regio Kennemerland plus¹

[onderstreepte woorden linken naar onderbouwing van deze inzichten]

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

Uitdagingen deze context



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

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

De arbeidsmarktkrapte is groot en groeiend, een gezamenlijke aanpak is randvoorwaardelijk bij het oplossen van de andere uitdagingen

Uitdagingen in het kader van arbeidsmarktkrapte

[onderstreepte woorden linken naar onderbouwing van deze inzichten]

- Kennemerland plus is een van de gebieden in Nederland met de hoogste demografische druk. De populatie niet-werkenden (0-19jr en +65jr) stijgt sneller dan de populatie werkenden (20-64jr). Het aantal 20-69 jarigen per 70-plusser in de regio daalt van 4,1 naar 3,1 in 2050.
- Het mantelzorgpotentieel in Kennemerland is lager dan gemiddeld in Nederland en neemt de komende jaren af.
- De vraag naar zorg en ondersteuning stijgt harder dan de hoeveelheid beschikbaar personeel. Het gevolg is een tekort van circa 4.200 zorgverleners in alle zorg- en welzijnssectoren in de zorgkantorregio in 2032. De grootste arbeidsmarktspanning wordt verwacht voor verpleegkundigen.
- De zorg- en welzijnsprofessionals zijn relatief oud, vergeleken met gemiddeld in Nederland.
- Landelijke ontwikkelingen zoals de toename van werkdruk, ziekteverzuim en uitstroom van zorgpersoneel spelen ook in deze regio.
- De regio kent een negatief pendelsaldo in de *cure* en *care*, dat wil zeggen dat veel zorgprofessionals die in de regio wonen buiten de regio werken.
- *De gezamenlijke aanpak maakt dit een uitdaging op regionaal niveau.*

Uitdagingen deze context



De situatie is zo nijpend dat een gezamenlijke aanpak noodzakelijk is. Aandachtspunten zijn:

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

De luchthaven Schiphol, de aanwezigheid van industrie en het kustgebied kenmerken de fysieke leefomgeving in Kennemerland plus

Aandachtspunten in de fysieke leefomgeving van Kennemerland plus

[onderstreepte woorden linken naar onderbouwing van deze inzichten]



- De leefomgeving is specifiek niet geselecteerd als grootste groeiende uitdaging en ligt voor een groot deel buiten onze invloedssfeer. Wel zien we een verband tussen industrieën in onze regio en de zorgvraag in deze omgeving. Daarom nemen we ook leefomgeving op als aandachtspunt voor het toegankelijk en betaalbaar houden van de gezondheidszorg.
- De luchthaven Schiphol ligt in de regio en heeft negatieve effecten op de gezondheid en het welzijn (met name geluidshinder).
- Er is zware industrie aanwezig in de regio, dit heeft negatieve effecten op gezondheid en welzijn. Luchtkwaliteit is een belangrijk thema.
- Tenslotte is de regio een kustgebied, de zon heeft invloed op de prevalentie van bepaalde kankersoorten in de regio.

De invloeden op de fysieke leefomgeving van de verschillende subregio's maken dit een aandachtspunt op subregionaal niveau is.

Er zijn zes thema's opgenomen in het ROAZ-beeld (1/2)

Thema's ROAZ-beeld¹

A. Toename kwetsbare ouderen en stijging geboortezorg

Aan de twee uitersten van het begrip demografie zijn er twee groepen die de aandacht op zich vestigen. Het aantal kwetsbare ouderen (75+) neemt in 2030 toe met 26%. Deze ouderen hebben vaak meerdere chronische aandoeningen tegelijk en hebben meer zorg nodig. Bovendien is de zorg vaak complexer omdat er verschillende zorgverleners bij betrokken zijn. Dit heeft als effect dat deze groep meer tijd kost en impact heeft op de (acute) zorgketen. Aan de andere kant van dit spectrum zien we een groei in de vraag naar geboortezorg. Met een tekort aan personeel en de situatie in Amsterdam, is het belangrijk om de komende periode te kijken wat er nodig is om pasgeborene en hun ouders een goede start te kunnen laten maken.

B. Personeelstekorten bij alle ketenpartners

Hoewel specifieke gegevens ontbreken bevestigen alle ketenpartners dat zij bekend zijn met personeelstekorten. Organisaties kennen soms moeilijk vervulbare posities, verhoogde uitstroom door pensioen of omdat jongere generaties na slechts enkele jaren uitstromen. Onderzoek heeft eerder uitgewezen dat de redenen voor uitstroom van personeel onder andere te maken hebben met: het ontbreken van goede begeleiding, kansen voor ontwikkeling, werkdruk (en hoog ziekteverzuim) en de combinatie dat werk/privé niet in balans is.

C. Aandacht voor bestaande problemen binnen de GGZ

Cijfers over het aantal jongeren onder de 18 jaar die gebruik maken van de (acute) ggz zijn niet uitgevraagd, maar wel genoemd als belangrijk aandachtspunt. Professionals binnen de ggz geven aan dat kinderen en jeugdigen nu geen gebruik kunnen maken van de kracht van het netwerk acute zorg. Dit heeft kort gezegd als gevolg suboptimale organisatie en kwaliteit van ggz zorg. In het algemeen geldt dat de wachtlijsten in de gzz veel langer zijn dan iedereen wil en dat in de tussentijd het risico op verergering toeneemt en dat patiënten (jong en oud) zelfs in crisis kan belanden. Het thema wordt daarbij compleet met het borgen van voldoende personele capaciteit en middelen waarbij gekeken wordt naar mogelijkheden in de regio die zich niet beperken tot aanbieders die nu verantwoordelijk zijn voor de regio op deze cruciale zorg.

Er zijn zes thema's opgenomen in het ROAZ-beeld (2/2)

Thema's ROAZ-beeld¹

D. Stokkende instroom, doorstroom en uitstroom binnen de gehele (acute) zorgketen

De zorgvraag is groter dan het aanbod, waardoor capaciteitsproblemen ontstaan. Deze toenemende zorgvraag uit zich niet alleen in toenemende aantallen, maar ook in de langere duur van contactmomenten. De zorgvraag is ook complexer geworden (meer chronische zieken en co-morbiditeit), waarbij er voor bepaalde patiënten/cliënten niet altijd een gericht aanbod is. Verder kunnen bepaalde kaders vanuit de zorgstelselwetten (inclusief prestatiebeschrijvingen en tarieven) een stagnerend effect hebben op de doorstroom. Dit onderwerp straalt niet alleen af op het somatische deel van de zorg, maar ook op de geestelijke gezondheidszorg. Er zijn nog verbeteringen nodig in de doorstroom van patiënten tussen de HAP en de GGZ.

E. Digitalisering en gegevensuitwisseling

Doel is om data-uitwisseling digitaal, gestandaardiseerd en simpel te laten verlopen (zonder tussenliggende systemen en schakels), specifiek in de spoedketen. Ambitie: informatie niet opnieuw hoeven uitvragen en simpel en snel in de spoedketen delen zodat de patiënt niet opnieuw uitgevraagd hoeft te worden of er tijd verloren gaat, of onderzoek dubbel gedaan moet worden omdat informatie wel bekend is bij de collega nog niet door is gegeven aan de volgende 'zorgverlener' die de patiënt met spoed behandelt.

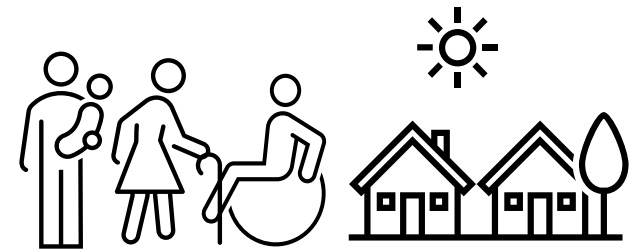
F. Opdracht tot inbedding van zorgcoördinatie in de (sub-)regio

In 2025 moet er in elke acute zorgregio een zorgcoördinatiecentrum zijn ingericht. Conform opdracht² Ministerie van VWS.

1) Voor verdieping per thema, zie [bijlage C](#). De thema's zijn weergegeven op willekeurige volgorde

2) Zie <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2023/05/12/kamerbrief-over-inrichting-van-zorgcoördinatie>
Bron: ROAZ-beeld (definitieve versie, juni 2023)

A. Kenmerken van de regio



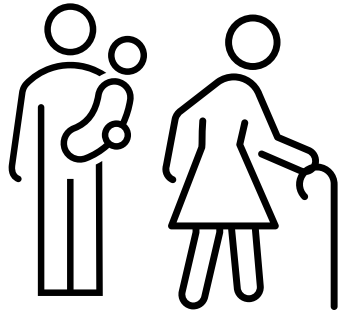
Agenda

Samenvatting en conclusies

A. Kenmerken van de regio

1. Demografie
 2. Sociale factoren
 3. Gezondheid en leefstijl
 4. IZA-doelgroepen
 5. Fysieke omgeving
 6. Arbeidsmarkt
- B. Zorg in de regio (per sector)
- C. Regionale samenwerking

Bijlagen



1. Demografie

Agenda

Samenvatting en conclusies

A. Kenmerken van de regio

1. Demografie

2. Sociale factoren

3. Gezondheid en leefstijl

4. IZA-doelgroepen

5. Fysieke omgeving

6. Arbeidsmarkt

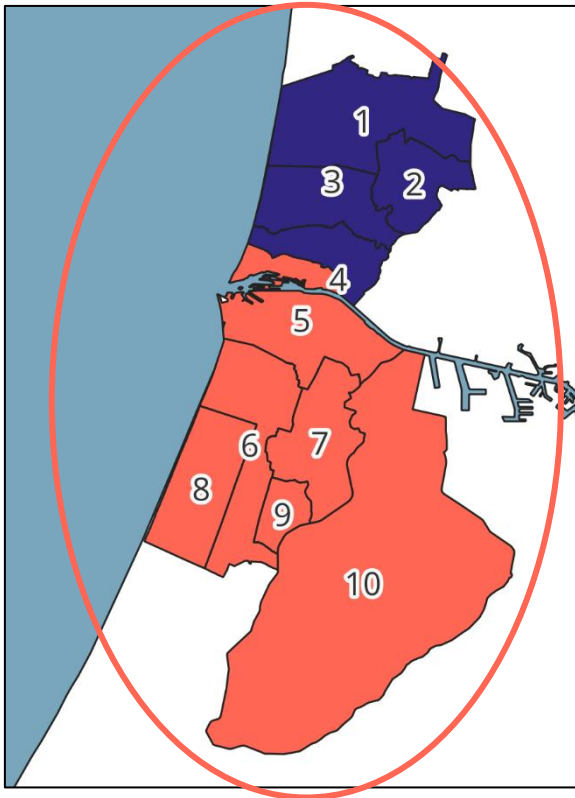
B. Zorg in de regio (per sector)

C. Regionale samenwerking

Bijlagen

Dit regiobeeld beschrijft regio zorgkantoor Kennemerland plus gemeente Haarlemmermeer

Geografische afbakening regio Kennemerland plus¹



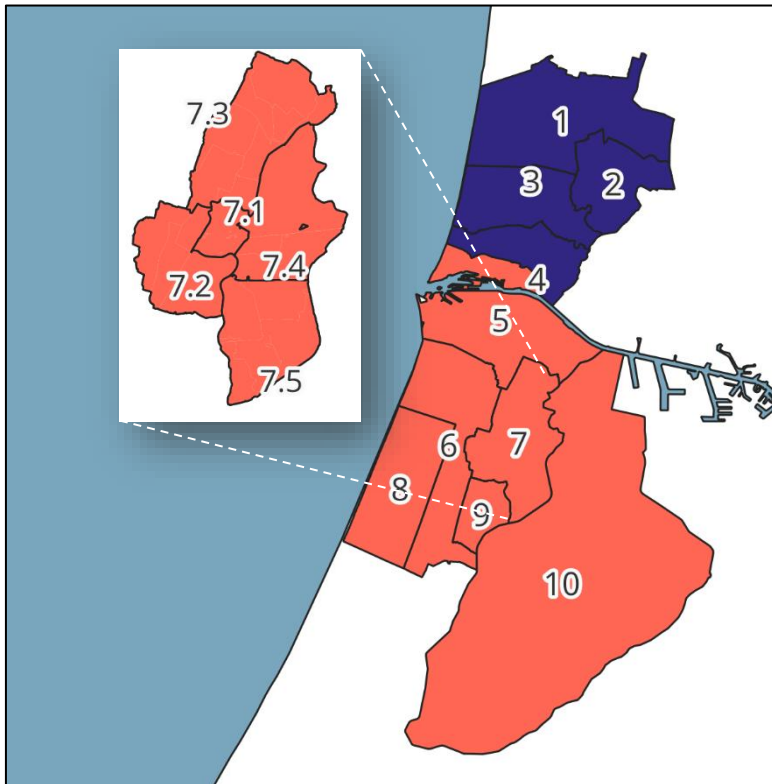
Geografische niveaus regiobeeld Kennemerland plus

- 1  **Kennemerland plus** (KL plus) zorgkantoorregio Kennemerland & Haarlemmermeer
- 2 **Subregio's**,  **Midden Kennemerland** (MKL) - bestaat uit gemeentes Beverwijk, Castricum, Heemskerk, Uitgeest.
 **Zuid Kennemerland plus** (ZKL plus) - bestaat uit gemeentes Velsen, Bloemendaal, Haarlem, Heemstede, Haarlemmermeer en Zandvoort
- 3 **Gemeenteniveau** (1 Castricum 2 Uitgeest 3 Heemskerk 4 Beverwijk 5 Velsen 6 Bloemendaal 7 Haarlem 8 Zandvoort 9 Heemstede 10 Haarlemmermeer)
- 4 **Stadsdelen Haarlem** (Centrum, Noord, Zuidwest, Oost & Schalkwijk, zie volgende pagina)

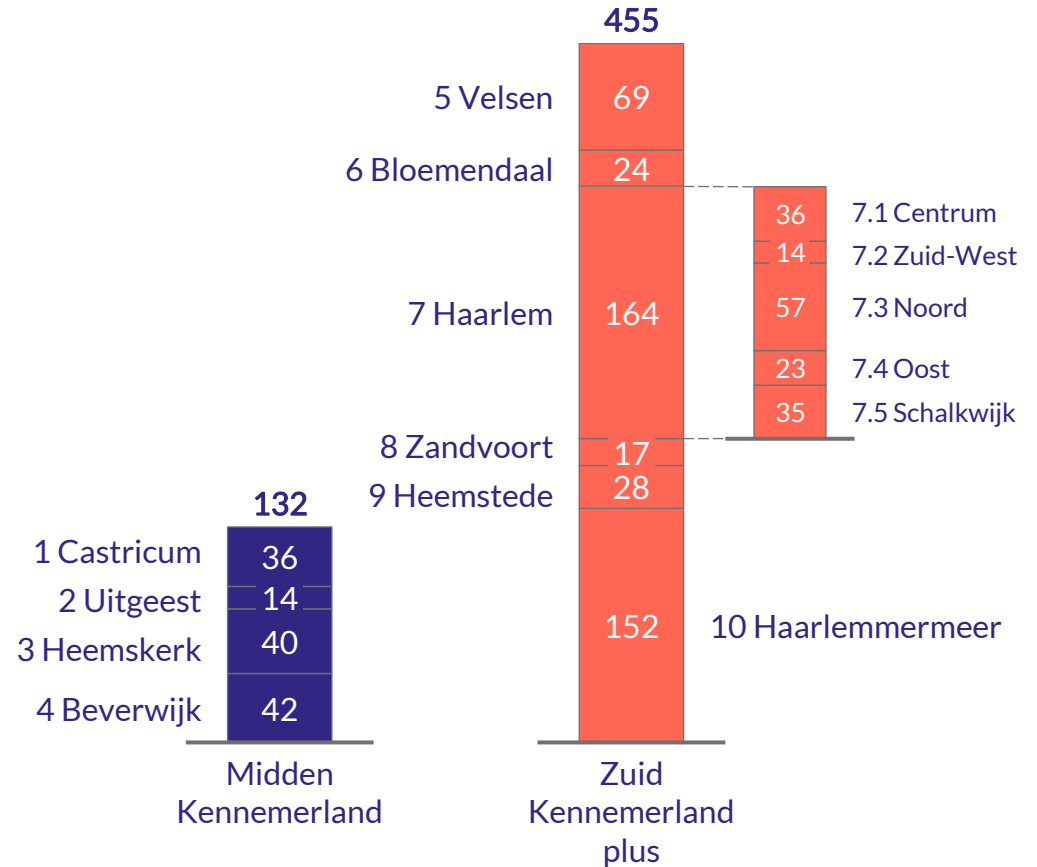
Mogelijkheden geografisch niveau is afhankelijk van dataset, op de slides is aangegeven welke indeling is gehanteerd

Zuid Kennemerland plus is qua inwoners het grootste gebied, met name door Haarlem en Haarlemmermeer

Kennemerland plus en stadsdelen Haarlem

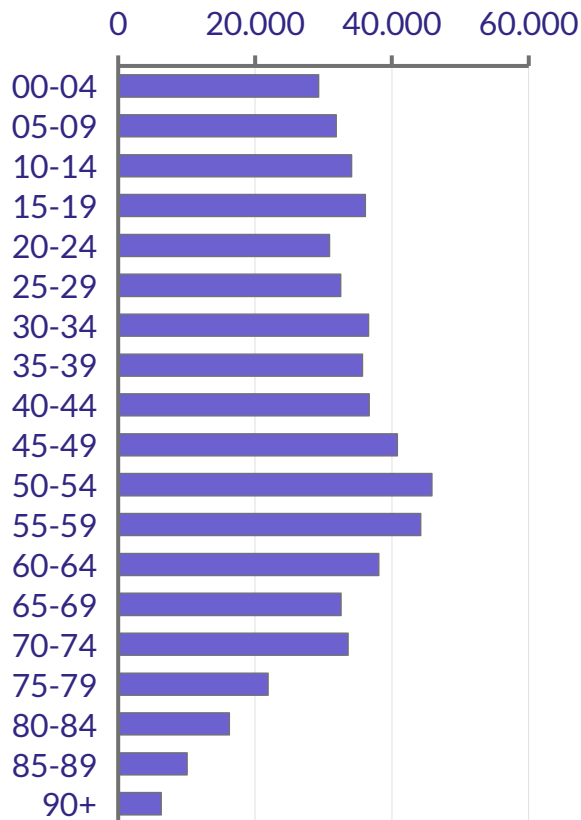


Inwoneraantallen per gemeente in Kennemerland plus [2020, aantal inwoners x 1.000]



Kennemerland plus kent een oververtegenwoordiging jeugd en middelbare leeftijd en ondervertegenwoordiging van (jong)volwassenen

Bevolkingsopbouw [2020, Kennemerland plus]



Bevolkingsopbouw KL plus bij verhouding Nederland [2020]



Verskil KL plus werkelijk vs. Nederland gemiddeld [2020]



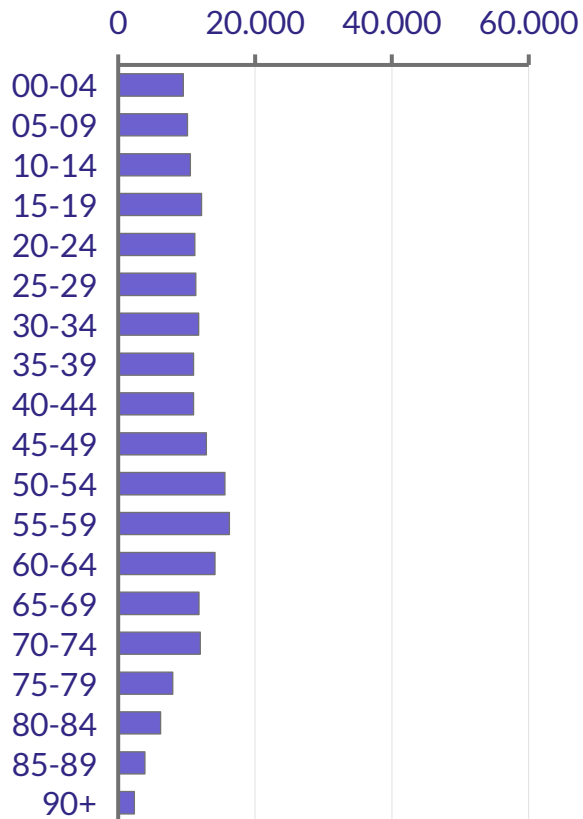
Mogelijke oorzaken voor ondervertegenwoordiging (jong)volwassenen^{1,2}

Samenstelling wijst op veel jonge gezinnen met kinderen

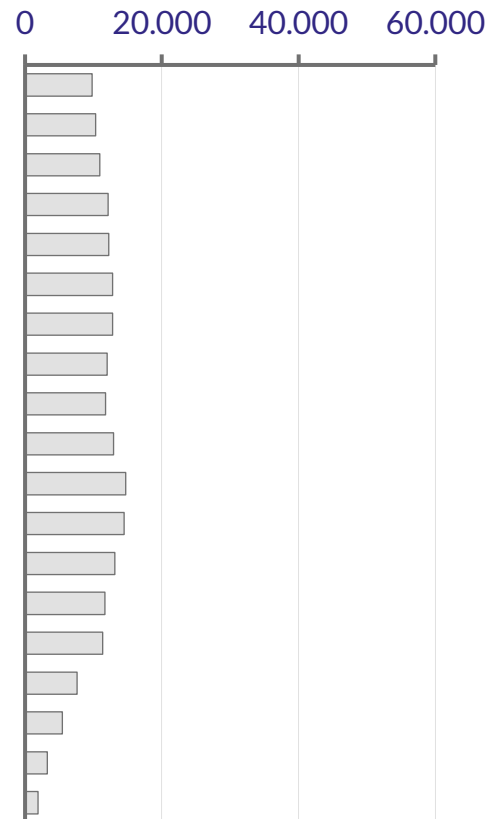
1) In de regio Kennemerland plus zijn geen universiteiten en slechts twee HBO's (Hogeschool Inholland (Haarlem) en hogeschool Dirksen (Hoofddorp))
 2) De gemiddelde verkoopprijs van koopwoningen in Nederland in het eerste kwartaal van 2023 is 394k EUR; in IJmond is dit 392k EUR en in agglomeratie Haarlem 516k EUR (<https://www.volkskrant.nl/kijkverder/v/2021/huizenmarkt~v437600/>)
 Bron: Vektis Open Data, analyse Gupta Strategists, Volkskrant

Midden Kennemerland heeft een relatief oude bevolking

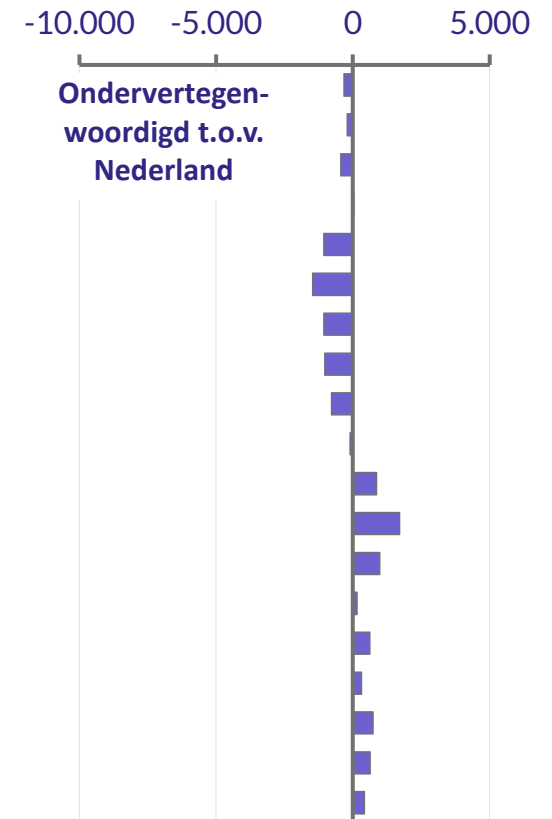
Bevolkingsopbouw MKL
[2020, zorgkantoorregio]



**Bevolkingsopbouw MKL bij
verhouding Nederland [2020]**

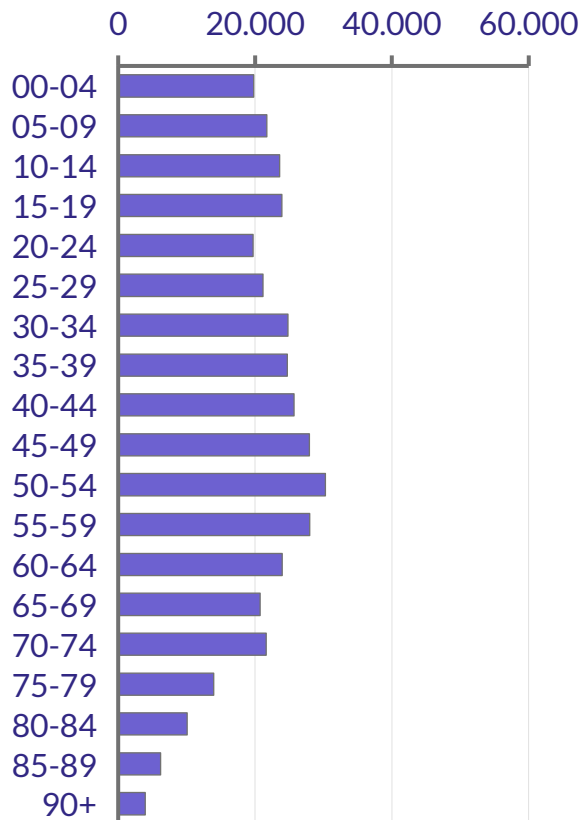


**Vershil MKL werkelijk vs. Nederland
gemiddeld [2020]**



Zuid KL plus kent een oververtegenwoordiging jeugd en middelbare leeftijd en ondervertegenwoordiging van (jong)volwassenen

Bevolkingsopbouw ZKL plus
[2020, zorgkantoorregio]



Bevolkingsopbouw ZKL plus
bij verhouding Nederland [2020]



Vershil ZKL plus werkelijk vs. Nederland gemiddeld [2020]



Mogelijke oorzaken voor ondervertegenwoordiging (jong)volwassenen^{1,2}

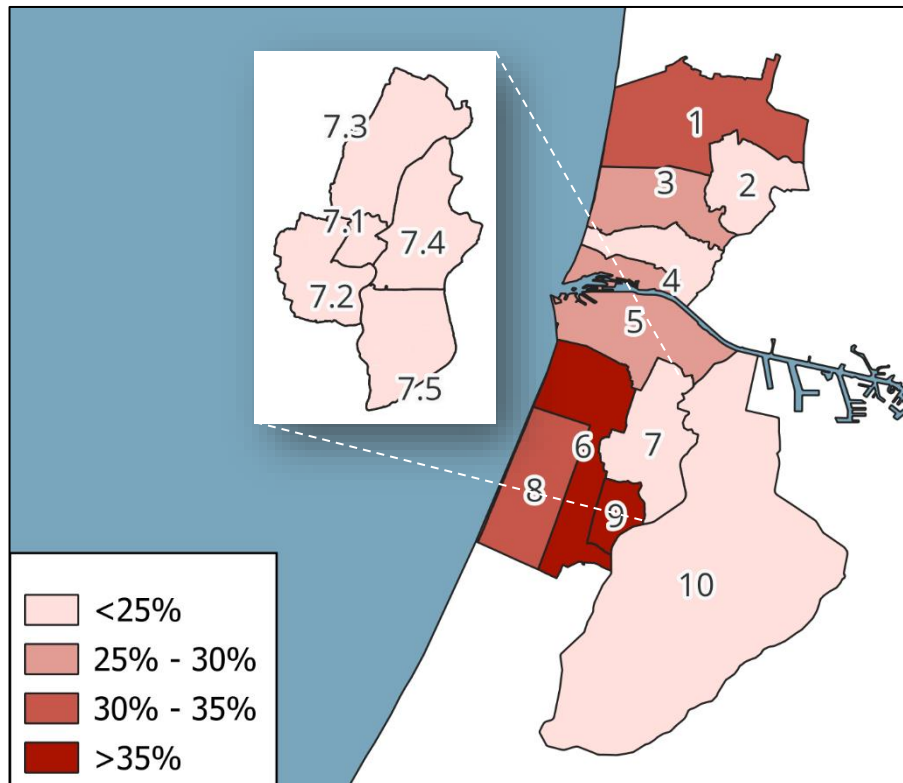
Samenstelling wijst op veel jonge gezinnen met kinderen

1) In de regio Kennemerland plus zijn geen universiteiten en slechts twee HBO's (Hogeschool Inholland (Haarlem) en hogeschool Dirksen (Hoofddorp))
 2) De gemiddelde verkoopprijs van koopwoningen in Nederland in het eerste kwartaal van 2023 is 394k EUR; in IJmond is dit 392k EUR en in agglomeratie Haarlem 516k EUR (<https://www.volkskrant.nl/kijkverder/v/2021/huizenmarkt~v437600/>)
 Bron: Vektis Open Data, analyse Gupta Strategists

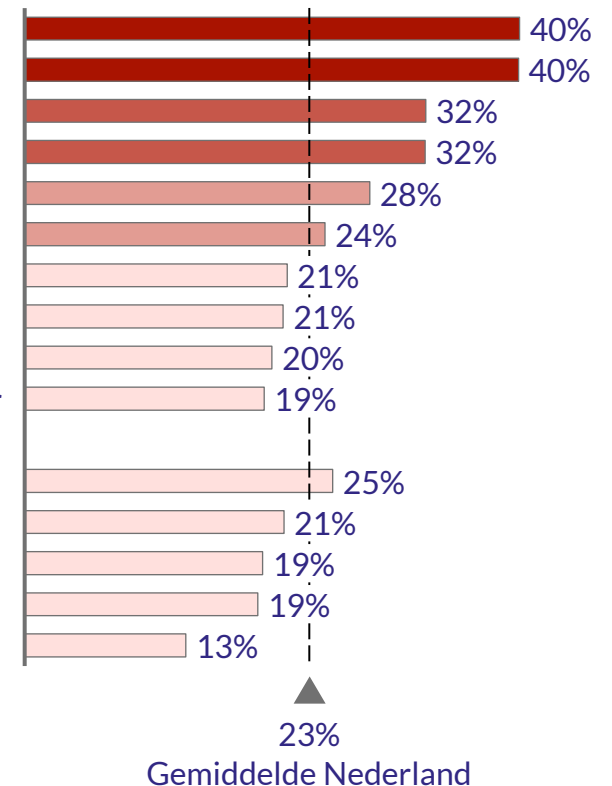
De vergrijzing is het hoogst in Heemstede, Bloemendaal, Zandvoort en Castricum - Haarlem en Haarlemmermeer opvallend laag

Huidige vergrijzing gemeentes Kennemerland plus en stadsdelen Haarlem

[Percentage 70-plussers/20-69-jarigen, 2020, Kennemerland plus]

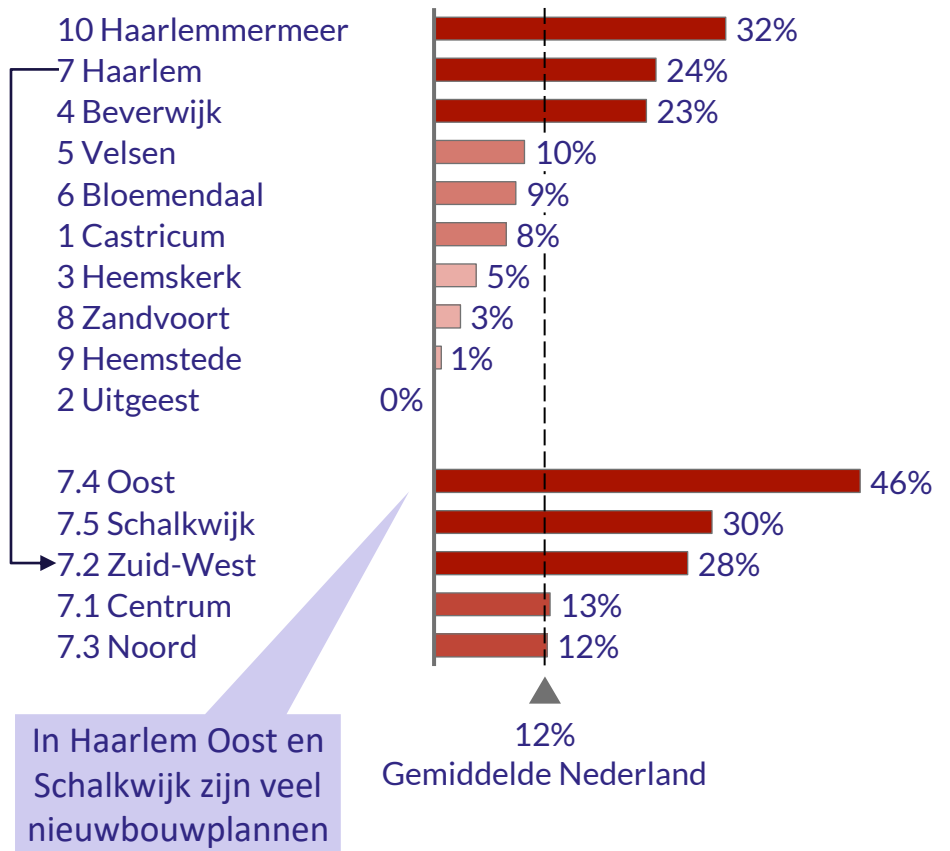
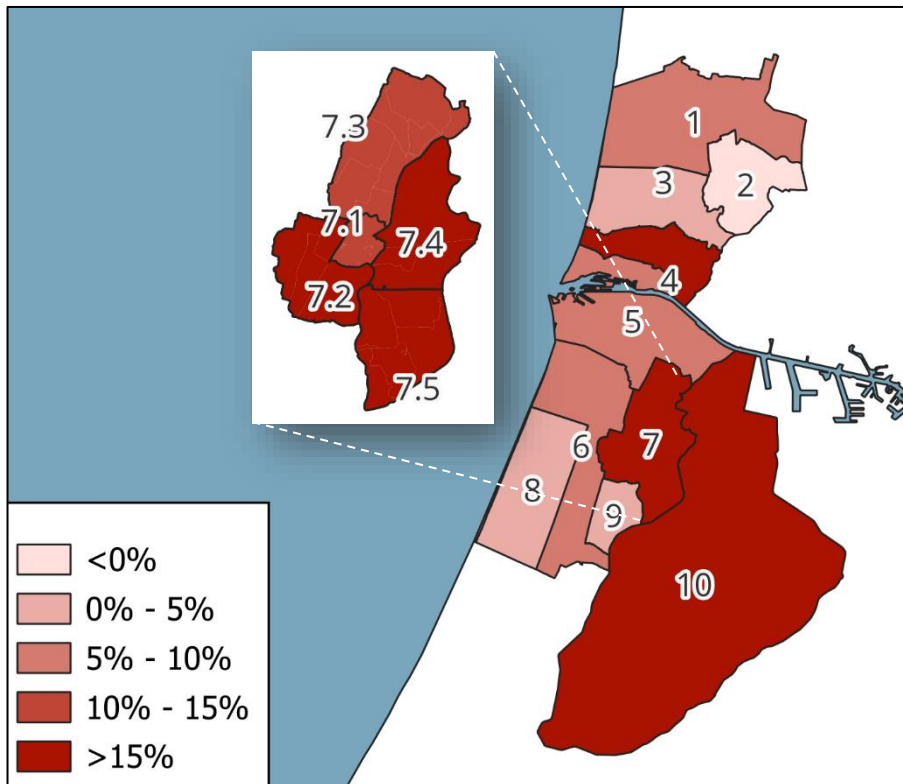


- 6 Bloemendaal
- 9 Heemstede
- 8 Zandvoort
- 1 Castricum
- 3 Heemskerk
- 5 Velsen
- 4 Beverwijk
- 2 Uitgeest
- 7 Haarlem
- 10 Haarlemmermeer
- 7.5 Schalkwijk
- 7.2 Zuid-West
- 7.4 Oost
- 7.3 Noord
- 7.1 Centrum



De bevolkingsgroei is in Haarlemmermeer, Haarlem (met name Oost, Schalkwijk en Zuid-West) en Beverwijk het grootst

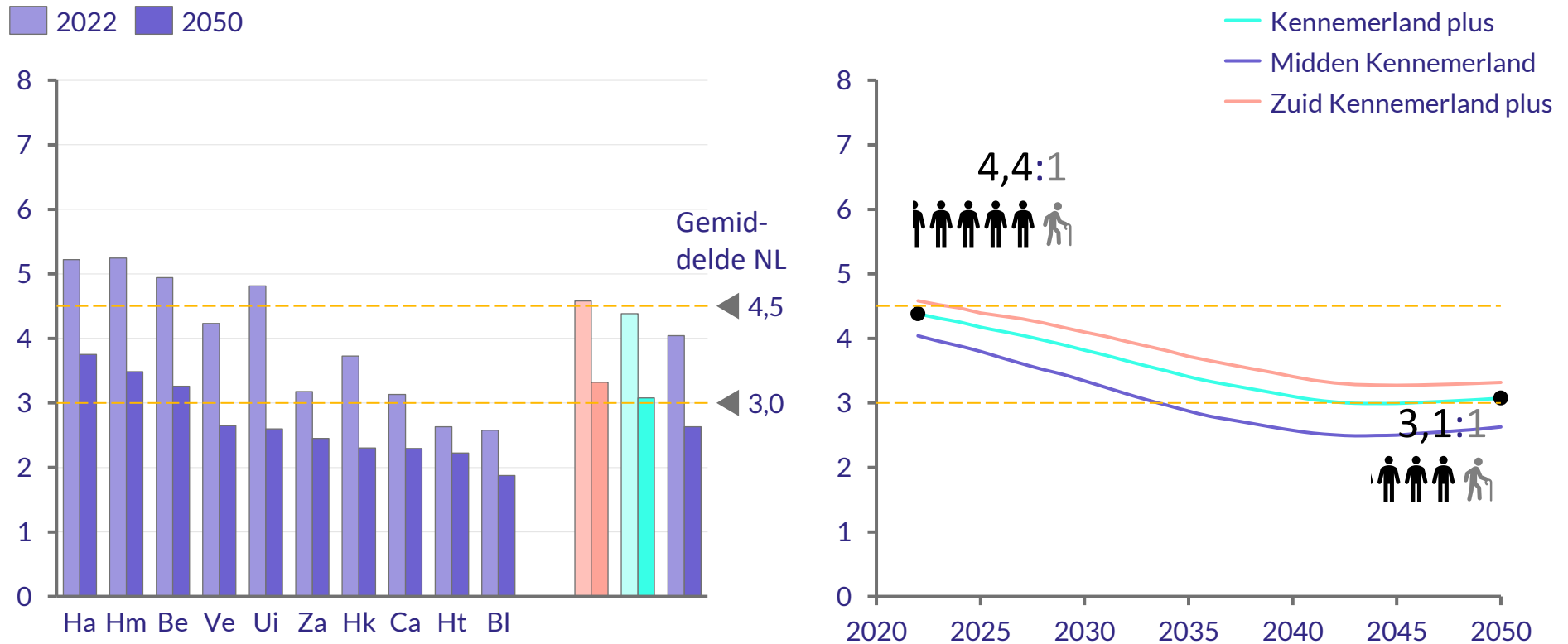
Bevolkingsgroei gemeentes Kennemerland plus en stadsdelen Haarlem¹
 [Relatieve groei, 2022-2050, Kennemerland plus]



Vergrijzing neemt in alle gemeenten toe en gaat rond 2040 stabiliseren, Midden is meer vergrijsd dan Zuid Kennemerland plus

Vergrijzing in MKL en ZKL plus

[Verhouding 20-69-jarigen en 70-plussers, 2022-2050, (sub-)regio's en gemeentes Kennemerland plus]



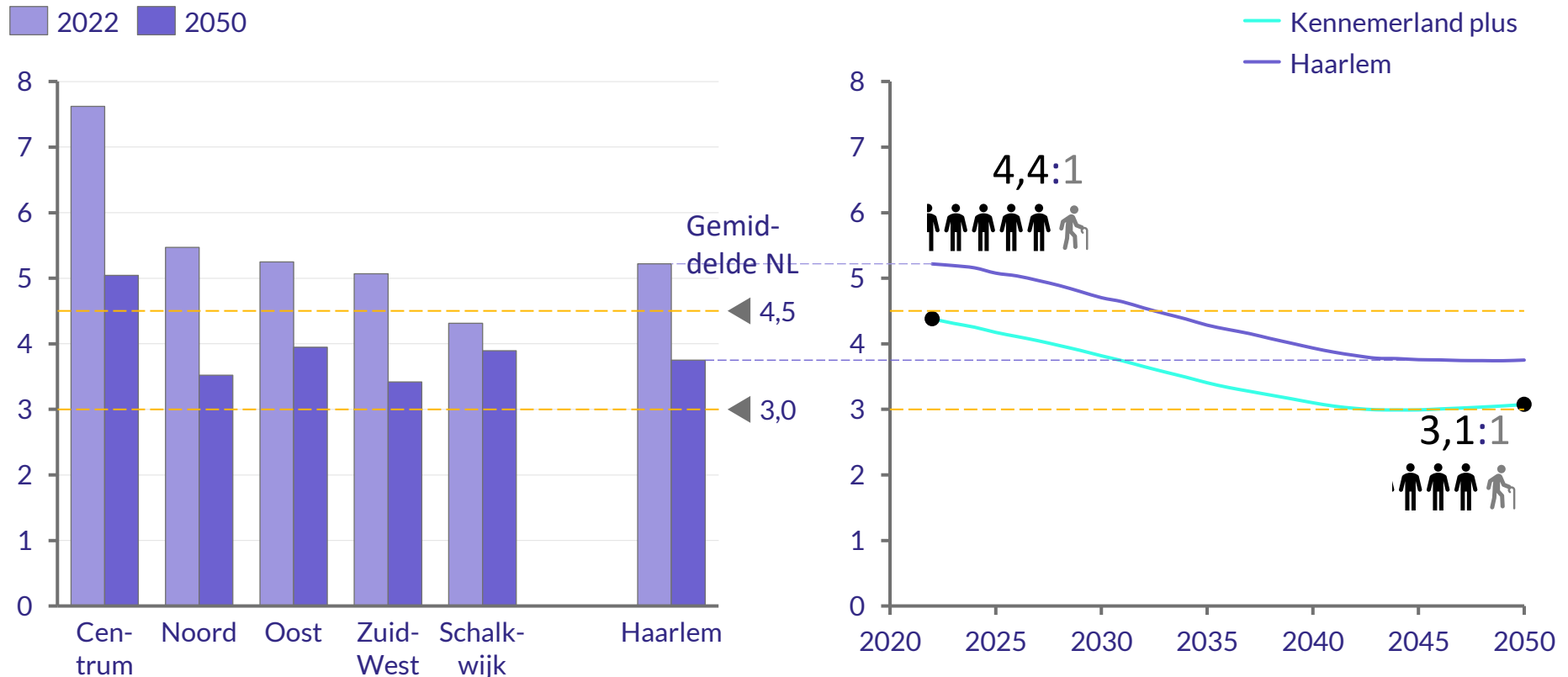
Ondanks de bevolkingsgroei zal de vergrijzing ook in Haarlem, Haarlemmermeer en Beverwijk toenemen - zie voetnoot¹ voor afkortingen

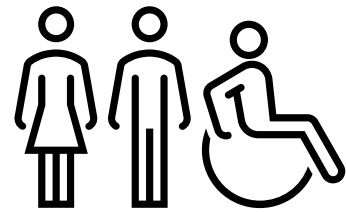
1) Ha = Haarlem, Hm = Haarlemmermeer, Be = Beverwijk, Ve = Velsen, Ui = Uitgeest, Za = Zandvoort, Hk = Heemskerk, Ca = Castricum, Ht = Heemstede, Bl = Bloemendaal
Bron: Primos bevolkingsprognose, analyse Gupta Strategists

Haarlem Centrum is en blijft weinig vergrijsd, Schalkwijk toont opvallend weinig vergrijzing naar de toekomst toe

Vergrijzing in MKL en ZKL plus

[Verhouding 20-69-jarigen en 70-plussers, 2022-2050, stadsdelen Haarlem]





2. Sociale determinanten

Agenda

Samenvatting en conclusies

A. Kenmerken van de regio

1. Demografie

2. Sociale factoren

3. Gezondheid en leefstijl

4. IZA-doelgroepen

5. Fysieke omgeving

6. Arbeidsmarkt

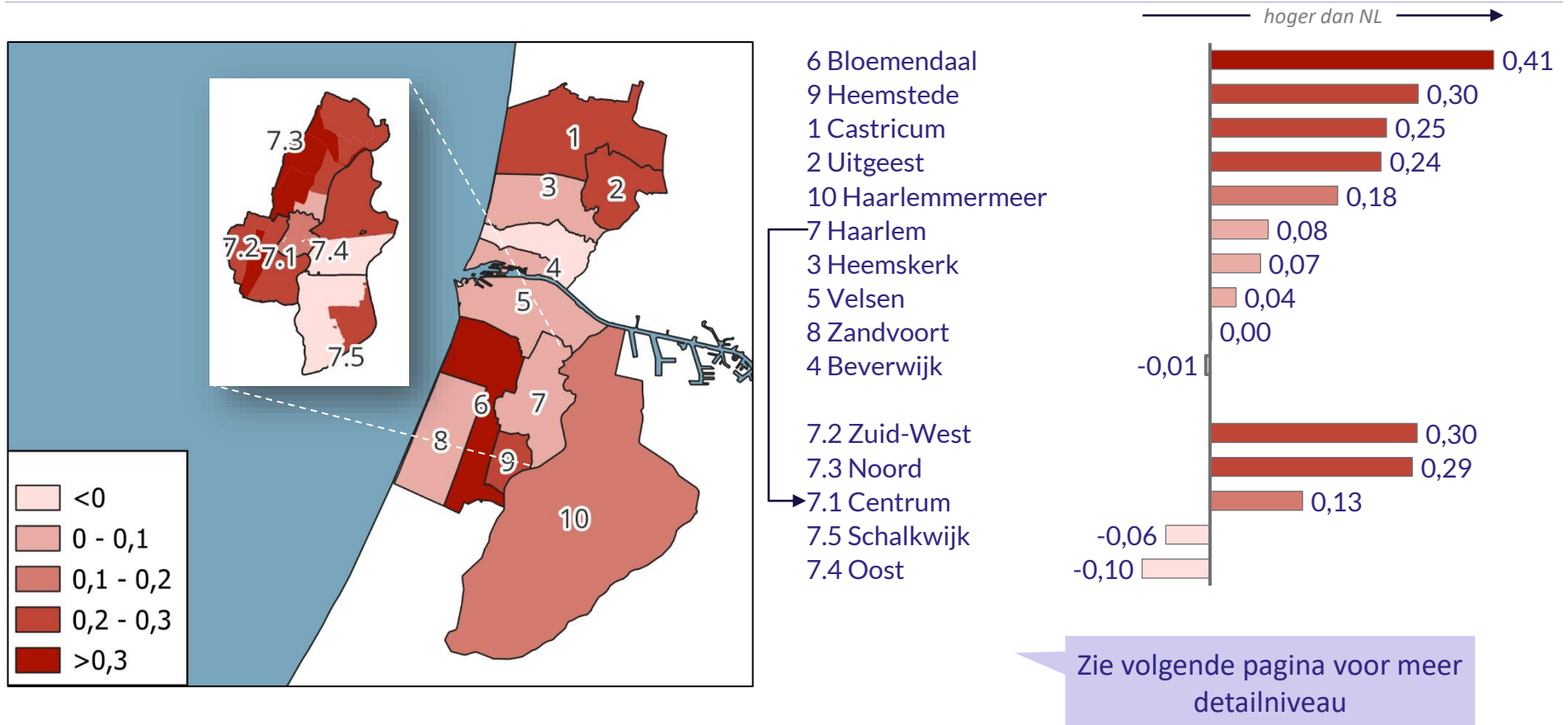
B. Zorg in de regio (per sector)

C. Regionale samenwerking

Bijlagen

De SES-WOA score ligt voor alle gemeentes behalve Beverwijk boven het landelijk gemiddelde, binnen Haarlem verschillen per stadsdeel

Sociaaleconomische status gemeentes Kennemerland plus t.o.v. Nederland
[SES-WOA-score^{1,2}, 2019]



Zie volgende pagina voor meer detailniveau

1) Het gemiddelde per stadsdeel is gewogen met de aantallen verzekerde jaren

2) De SES-WOA score wordt bepaald op basis van gegevens over financiële welvaart (W), opleidingsniveau (O) en recent arbeidsverleden (A) van de huishoudens in de betreffende regio

Bron: CBS (2019)

De regio kent grote spreiding in SES-WOA-scores

Sociaaleconomische status wijken Kennemerland plus t.o.v. Nederland
[SES-WOA-score¹, 2019]

Tien wijken met hoogste en laagste SES zijn opgenomen in de grafiek



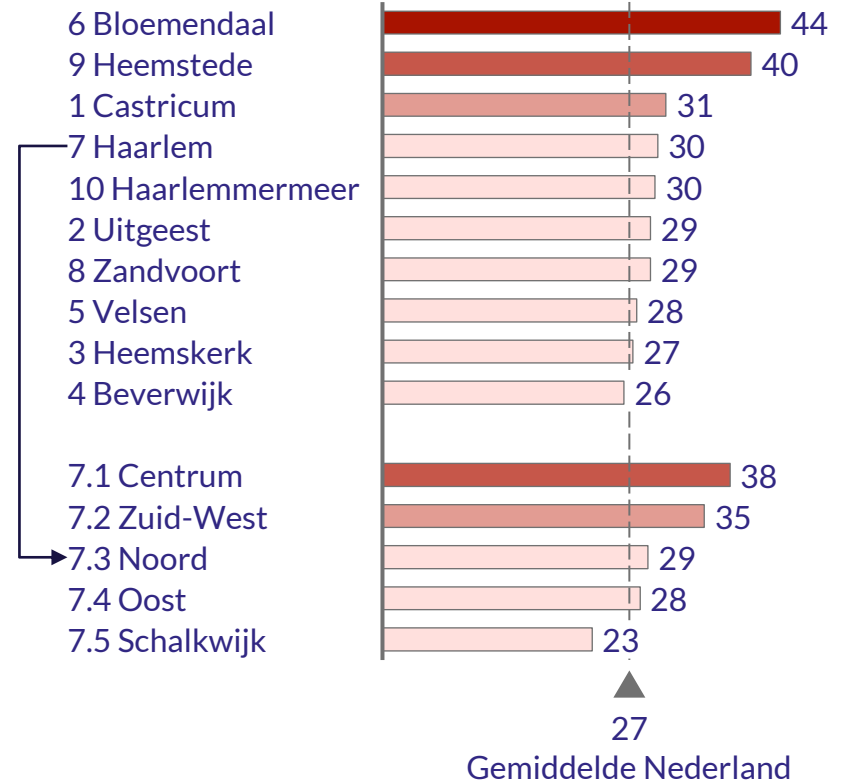
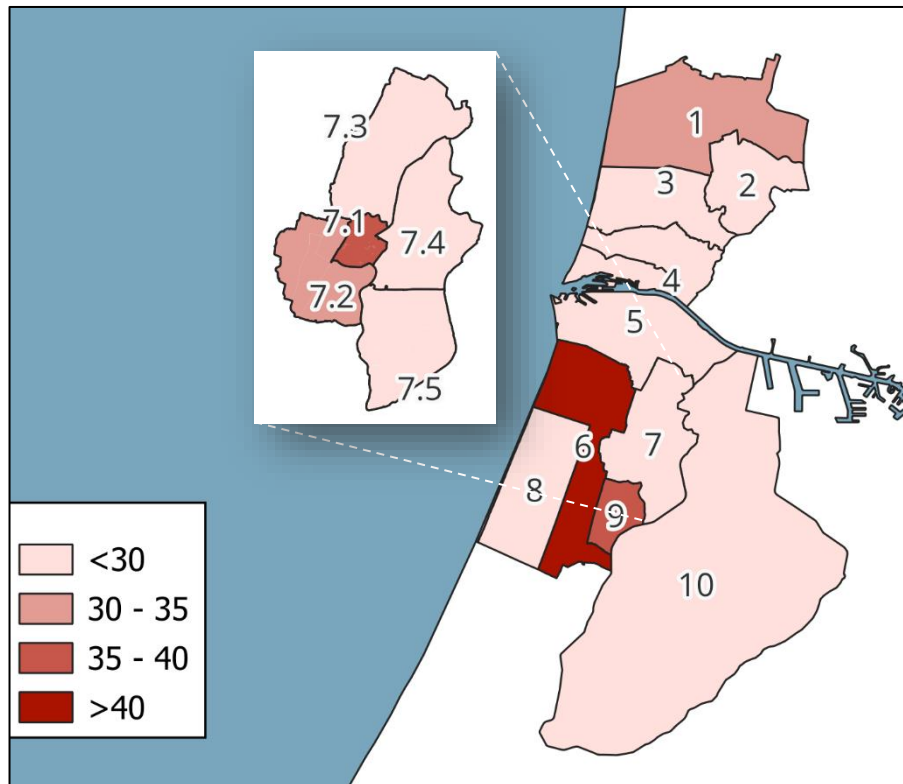
1) De SES-WOA score wordt bepaald op basis van gegevens over financiële welvaart (W), opleidingsniveau (O) en recent arbeidsverleden (A) van de huishoudens in de betreffende regio

2) Analyse op buurtniveau in Haarlemmermeer geeft het gewenste detailniveau, Hoofddorp is bijvoorbeeld één wijk terwijl fijnmaziger detailniveau gewenst is. De drie buurten met de laagste SES-WOA-score in Haarlemmermeer zijn opgenomen in de grafiek

Bron: CBS (2019) via waarstaatjegemeente.nl

De huishoudens in Kennemerland plus zijn relatief welvarend, Schalkwijk kent lagere inkomens

Gemiddeld persoonlijk inkomen per inwoner particulier huishouden¹
 [EUR x1.000, 2019, gemeentes Kennemerland plus en stadsdelen Haarlem]

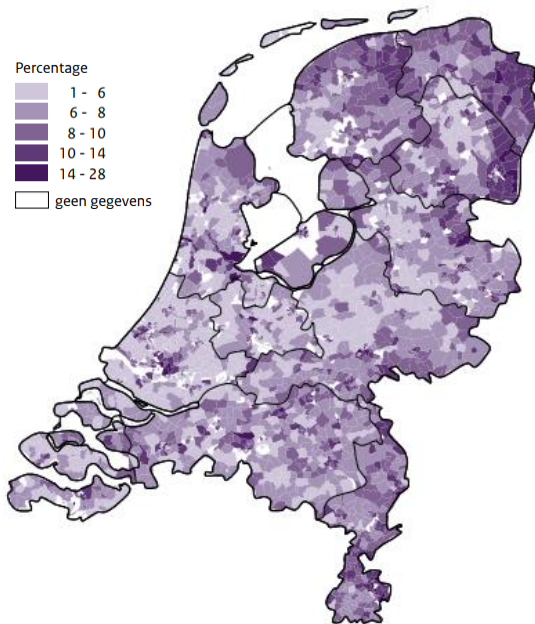


Er is overlap tussen wijken waarin veel ongezonde leefstijl voorkomt en wijken waarin veel sociale problematiek voorkomt

Overlap tussen wijken met sociale problematiek en ongezonde leefstijl

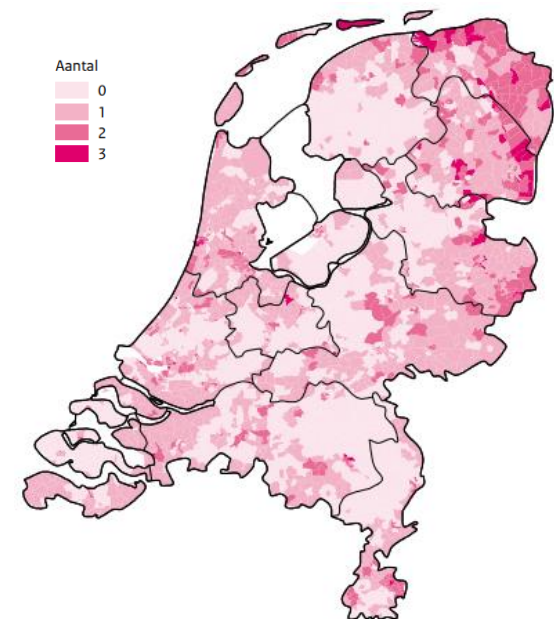
[links: percentage inwoners met sociale regeling, rechts: bovengemiddeld voorkomen van ongezonde leefstijl¹]

Sociale regelingen



Er is een duidelijke overlap van wijken met **sociale problematiek** en wijken waarin veel **ongezonde leefstijl** voorkomt

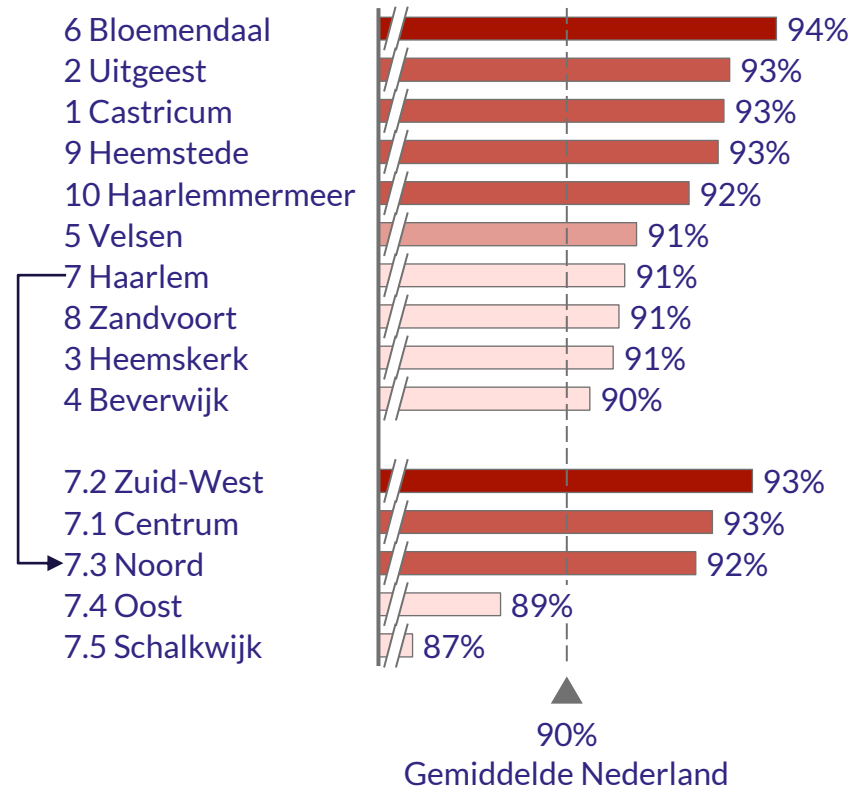
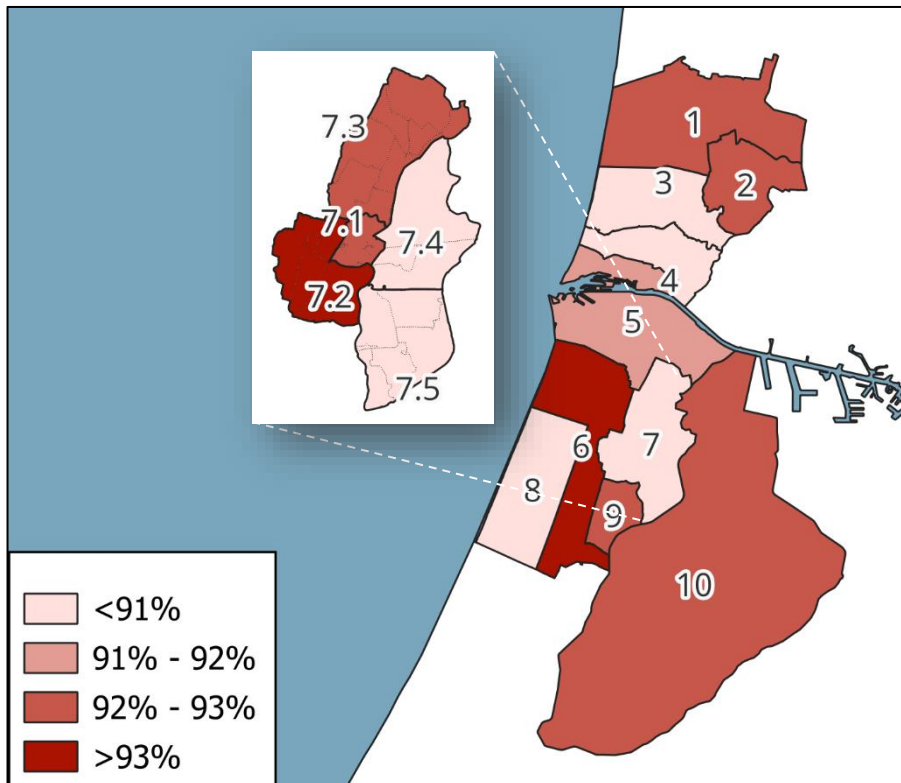
Opeenstapeling ongezonde leefstijl¹



Gezondheid kan niet los worden gezien van **sociale omstandigheden**

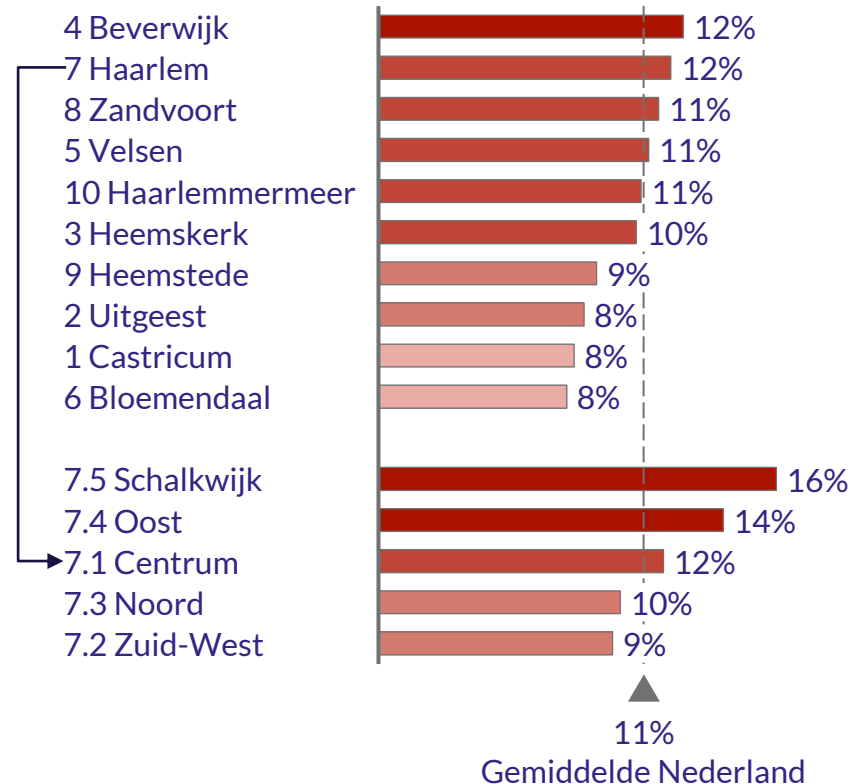
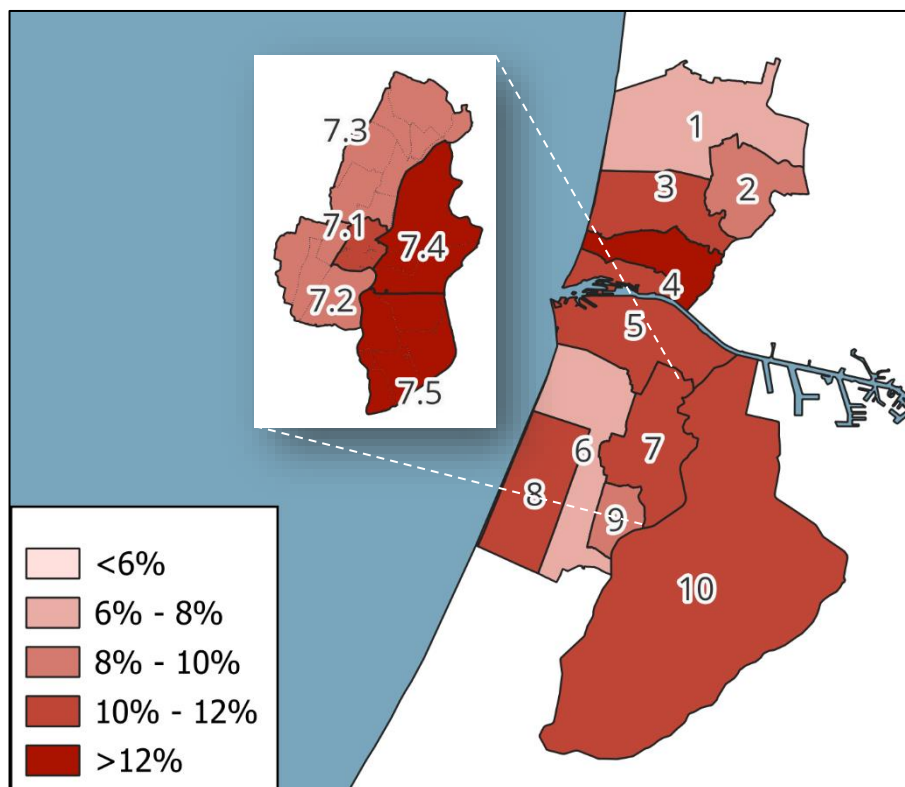
De regio Kennemerland plus heeft meer regie over het eigen leven in vergelijking met de rest van Nederland, Schalkwijk scoort lager

Personen van 18 jaar en ouder met matig/veel regie over eigen leven^{1,2}
 [%, 2020, Kennemerland plus]



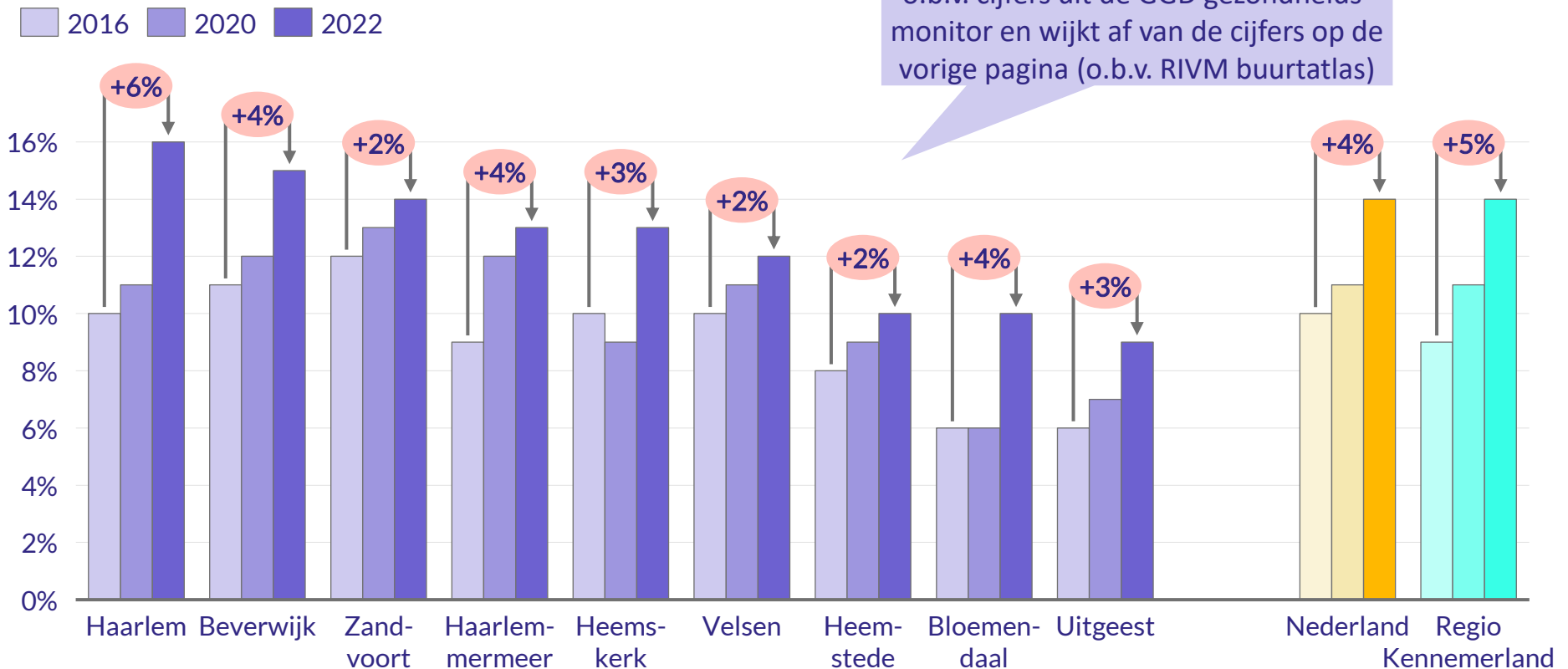
Heemstede, Uitgeest, Castricum en Bloemendaal vertonen minder ernstige vereenzaming dan gemiddeld in Nederland

Ernstig eenzame inwoners^{1,2} in Kennemerland plus t.o.v. NL
 [% , 2020, Kennemerland plus]



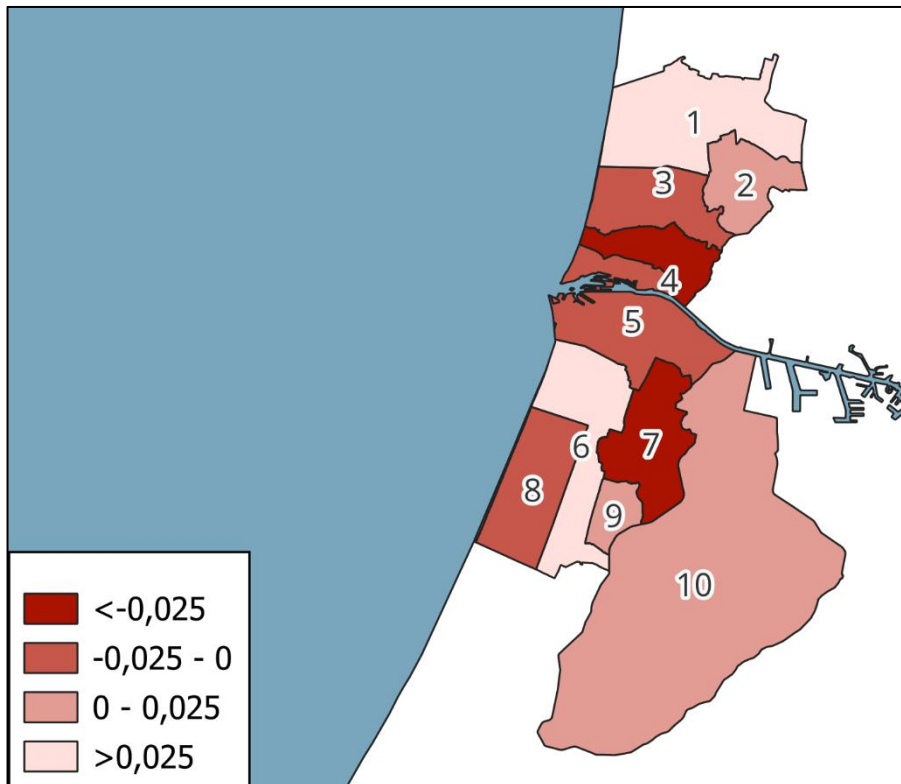
De ernstige vereenzaming in Kennemerland plus en Nederland is de afgelopen jaren gestegen

Ernstig eenzame inwoners¹ in Kennemerland plus en NL [% , 2016-2022, GGD-regio Kennemerland²]

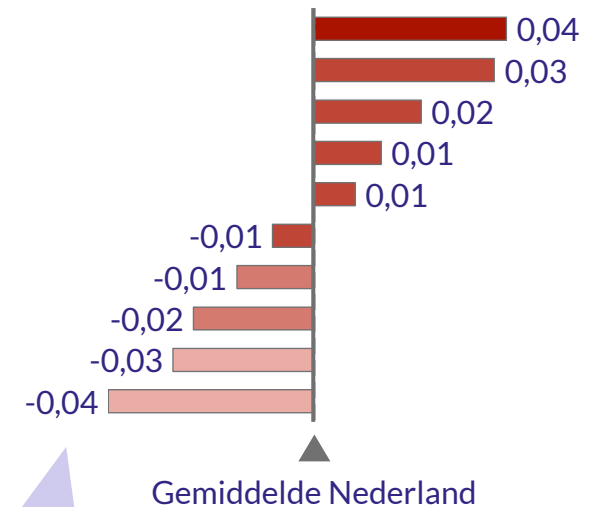


De sociale samenhang is in Heemskerk, Zandvoort, Velsen, Beverwijk en Haarlem lager dan gemiddeld in Nederland

Sociale samenhang¹ per gemeente²
[Afwijking van gemiddelde, 2020]



6 Bloemendaal
1 Castricum
2 Uitgeest
9 Heemstede
10 Haarlemmermeer
3 Heemskerk
8 Zandvoort
5 Velsen
4 Beverwijk
7 Haarlem



Schaal geeft een relatieve score
weer ten opzichte van de
gemiddelde score in Nederland,
lopend van circa +0,1 tot -0,1



3. Gezondheid en leefstijl

Agenda

Samenvatting en conclusies

A. Kenmerken van de regio

1. Demografie
2. Sociale factoren

3. Gezondheid en leefstijl

4. IZA-doelgroepen
 5. Fysieke omgeving
 6. Arbeidsmarkt
- B. Zorg in de regio (per sector)
- C. Regionale samenwerking

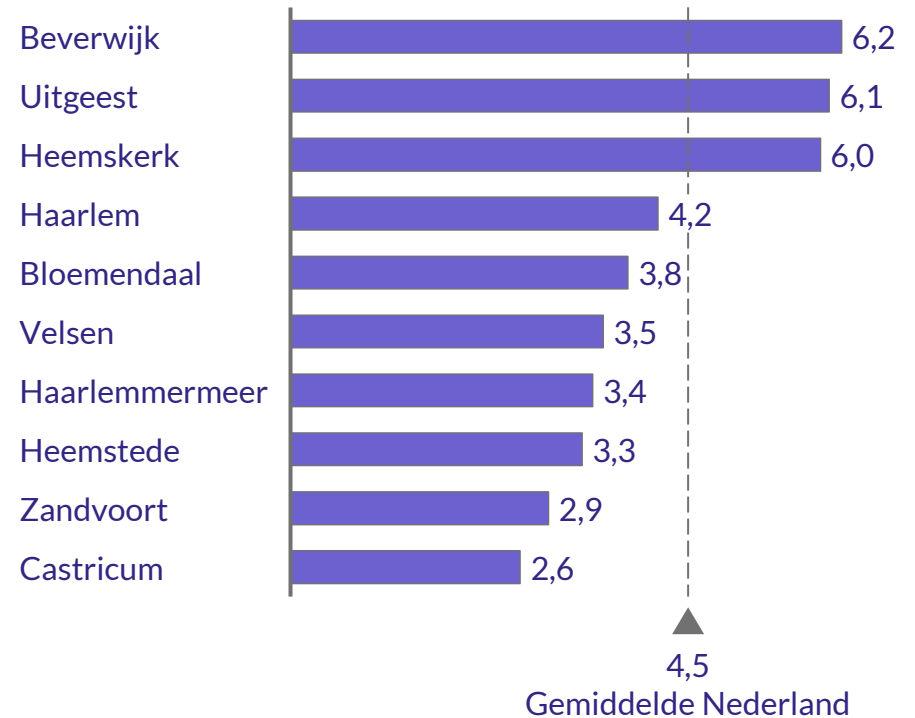
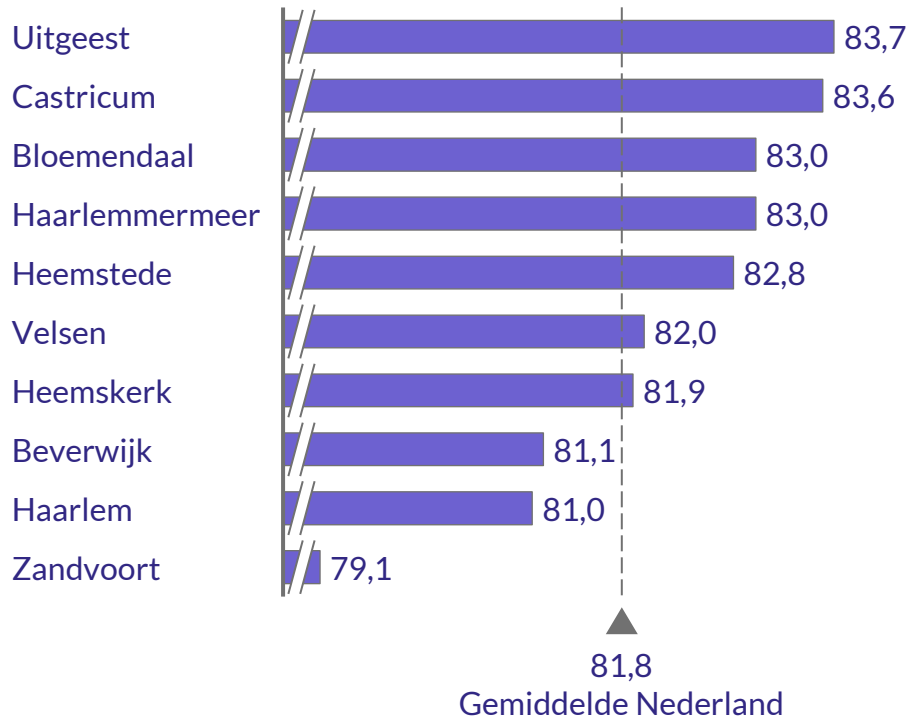
Bijlagen

De levensverwachting in Zandvoort is opvallend laag, de geboortesterfte in Beverwijk, Uitgeest en Heemskerk is opvallend hoog

Levensverwachting bij geboorte, Kennemerland plus
[Jaren, vierjaarsgemiddelde 2016-2019, gemeentes]

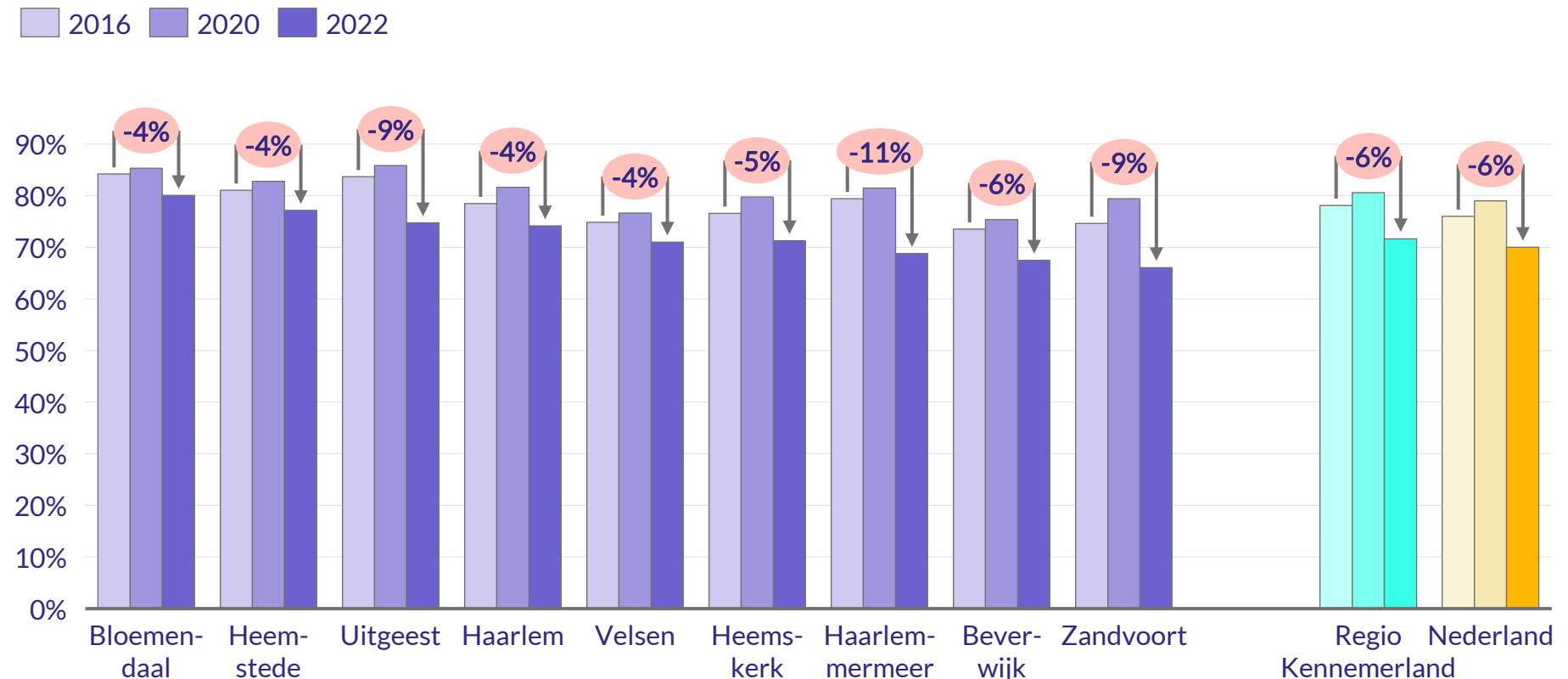
Sterftes rond de geboorte vanaf 24 weken, Kennemerland plus
[Aantal per 1.000 geboortes, 2017-2021¹, gemeentes]

Zorgaanbieders MKL herkennen de verhoging en zijn inmiddels bezig met een plan van aanpak



De (zeer) goed ervaren gezondheid onder 18-plussers was aan het stijgen tussen 2016 en 2020, in 2022 forse daling

(Zeer) goed ervaren gezondheid in Kennemerland plus en NL
[% 18-plussers, 2016-2022, GGD-regio Kennemerland¹]

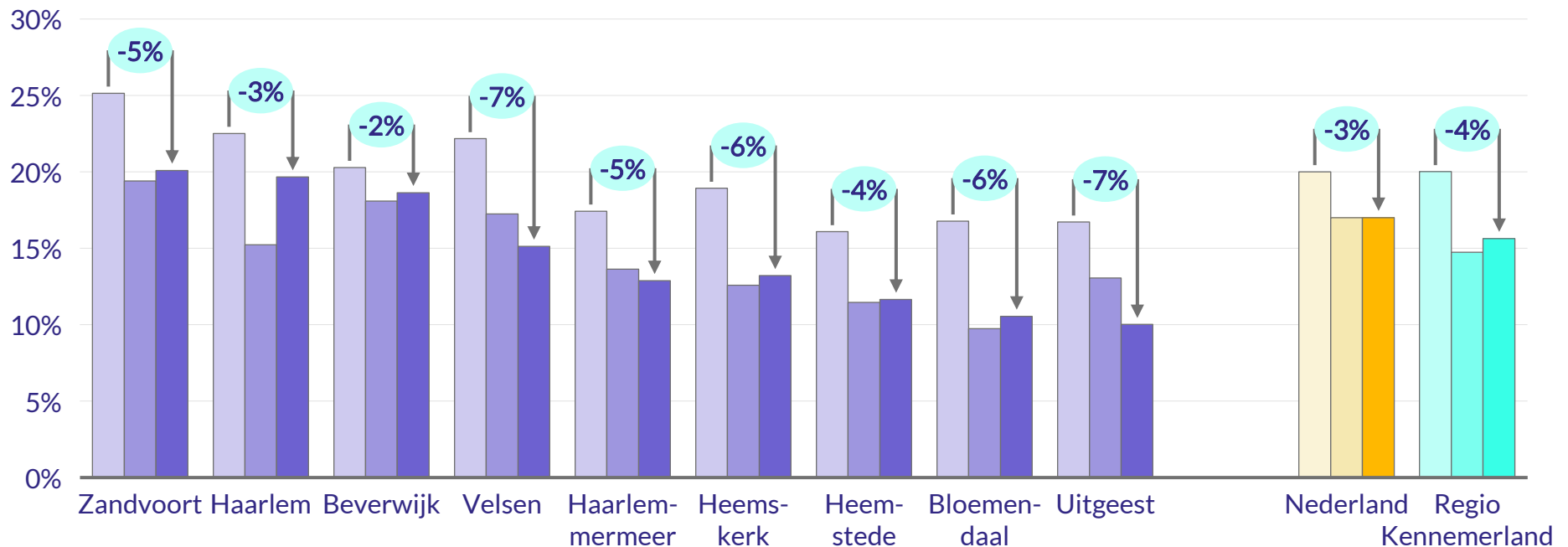


Het percentage rokende 18-plussers is afgenomen, Zandvoort en Haarlem blijven de gemeentes met het hoogste percentage

Rokers in Kennemerland plus en NL

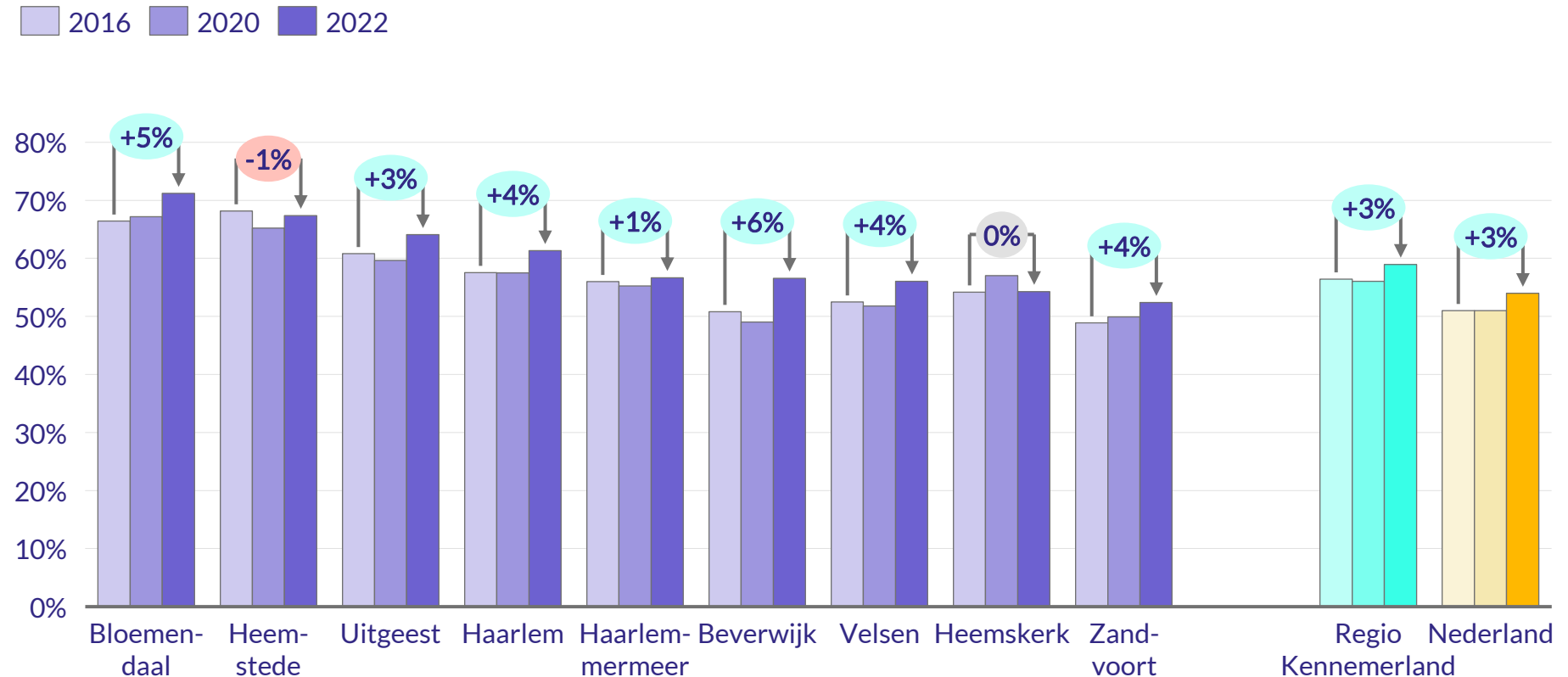
[% 18-plussers, 2016-2022, GGD-regio Kennemerland¹]

2016 2020 2022



Het aantal wekelijkse sporters in de regio is hoog, alleen Zandvoort heeft een lager percentage dan landelijk gemiddeld

Matig of ernstig overgewicht (BMI van 25 of hoger) in Kennemerland plus en NL¹
[% 18-plussers, 2016-2022, GGD-regio Kennemerland²]



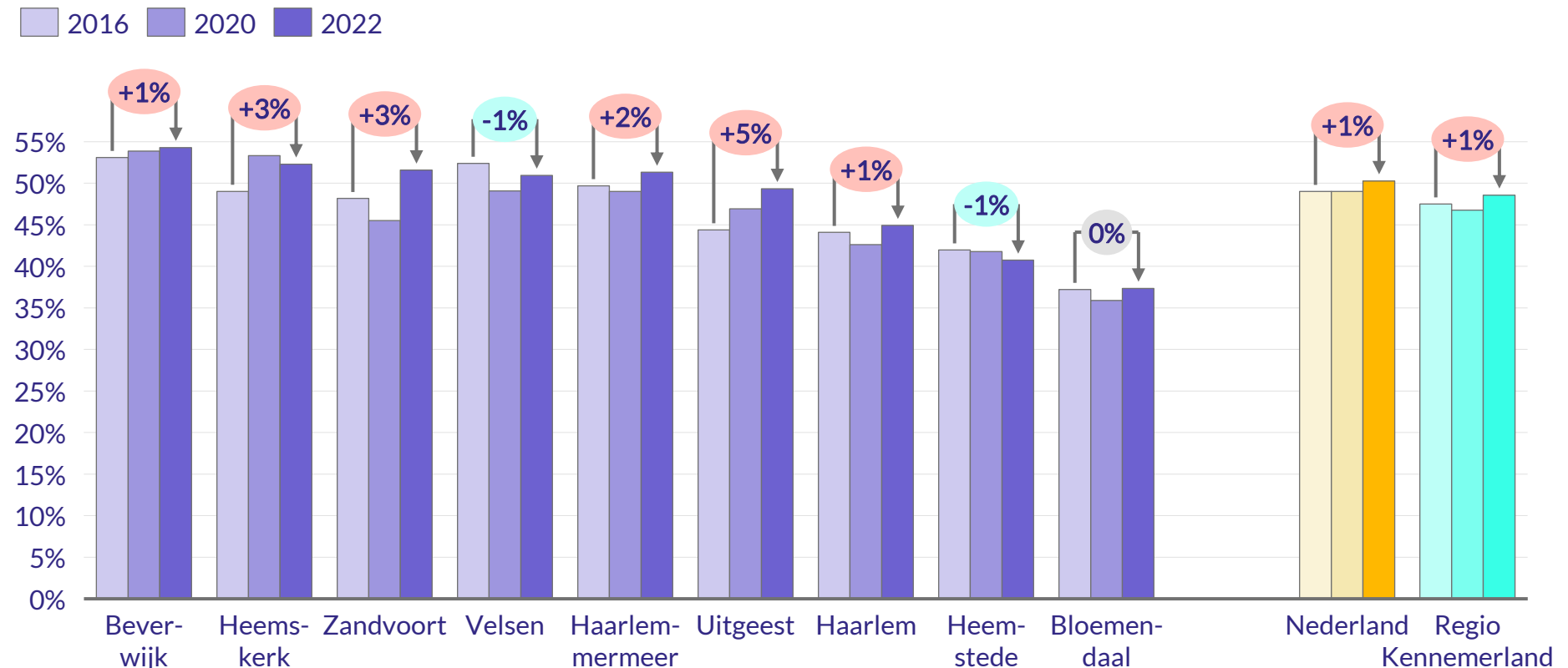
1) Op basis van zelf-gerapporteerde lengte en gewicht

2) Let op, exclusief Castricum

Bron: GGD gezondheidsmonitors Volwassen en Ouderen (2016, 2020 en 2022), CBS en RIVM, 2020

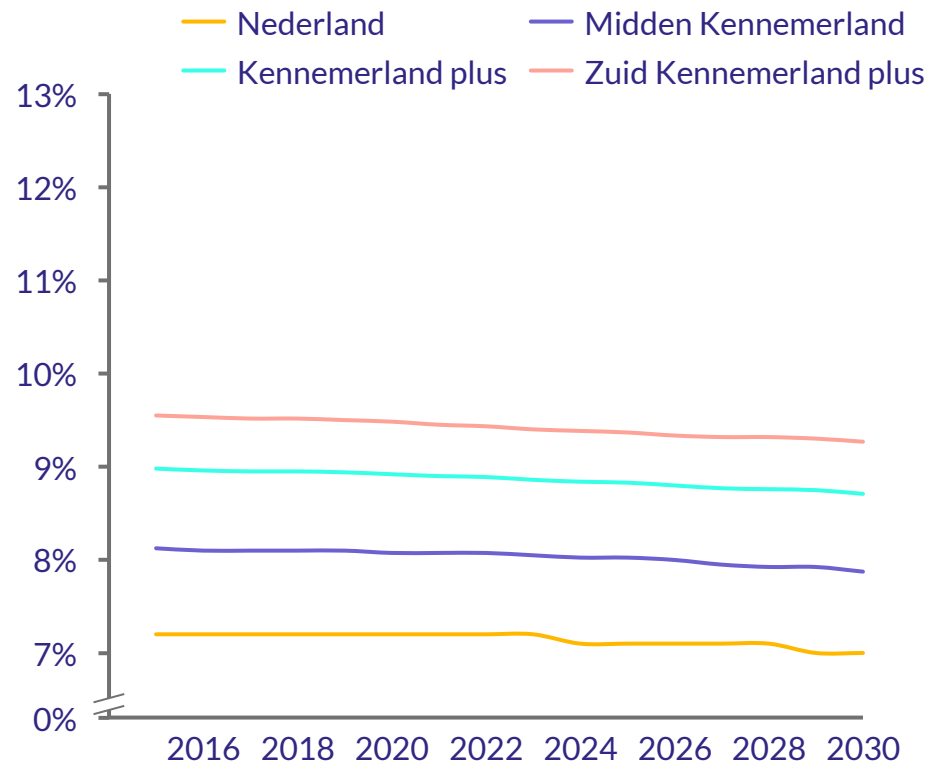
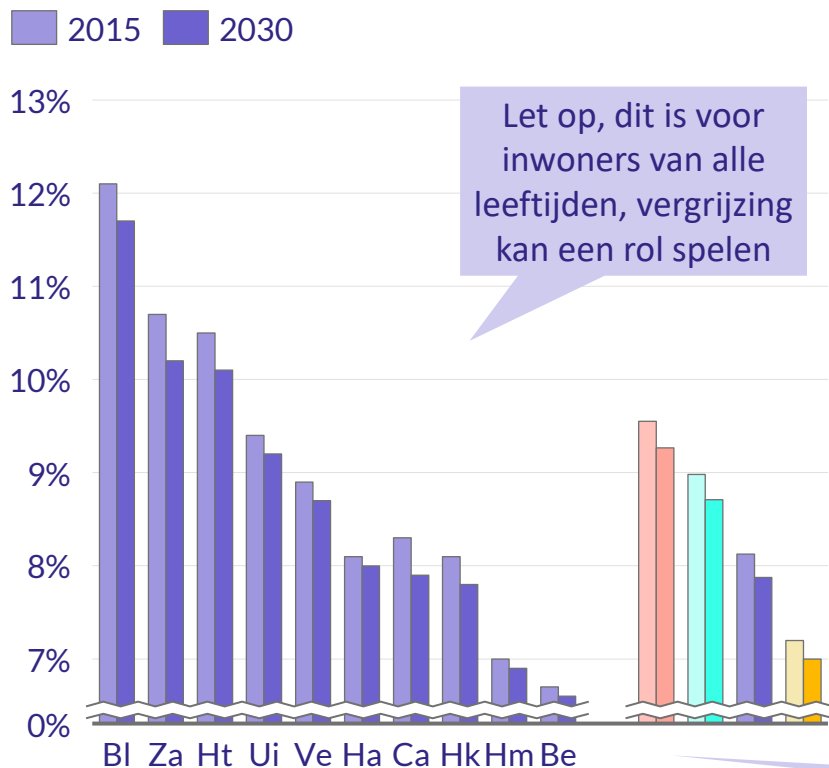
Het overgewicht in de regio is rond het landelijk gemiddelde, Haarlem, Heemstede en Bloemendaal zijn positieve afwijkingen

Sporters (minimaal één keer per week) in Kennemerland plus en NL
[% 18-plussers, 2016-2022, GGD-regio Kennemerland¹]



Overmatig alcoholgebruik is veel prevalenter in de regio dan in de rest van Nederland, vooral Bloemendaal valt op

Overmatig alcoholgebruik in Kennemerland plus¹ [% personen, 2015-2030, beleidsarme prognose]



Afkortingen, zie voetnoot²

Het overmatige alcoholgebruik maakt samenwerking met de verslavingszorginstelling (*outreaching* werk) een aandachtspunt

1) Waardes van regio Kennemerland plus en subregio's Midden Kennemerland en Zuid Kennemerland plus o.b.v. ongewogen gemiddelde van de gemeentes

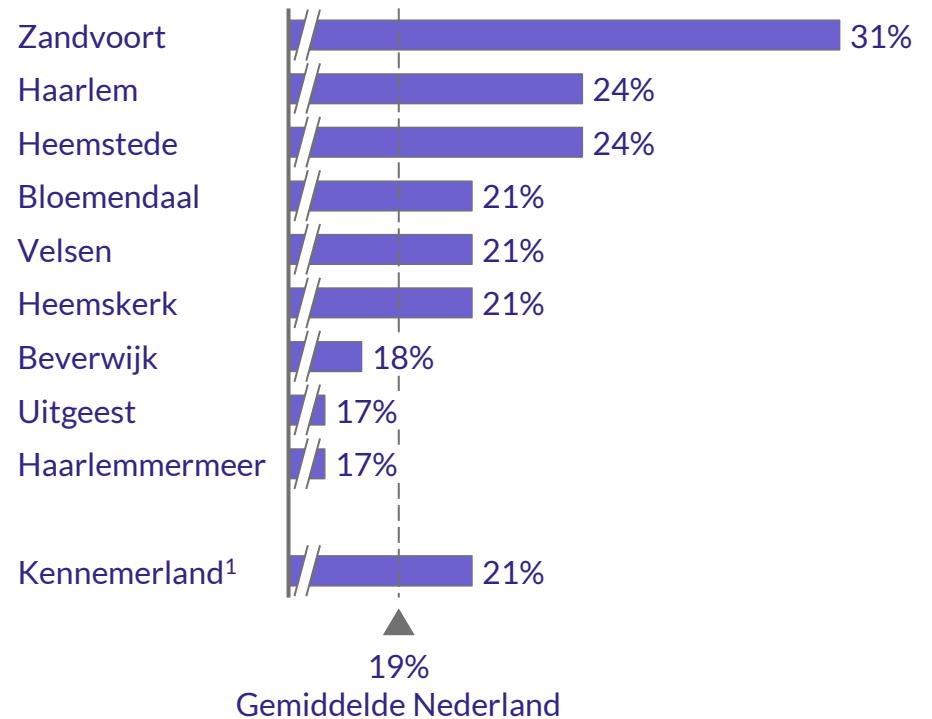
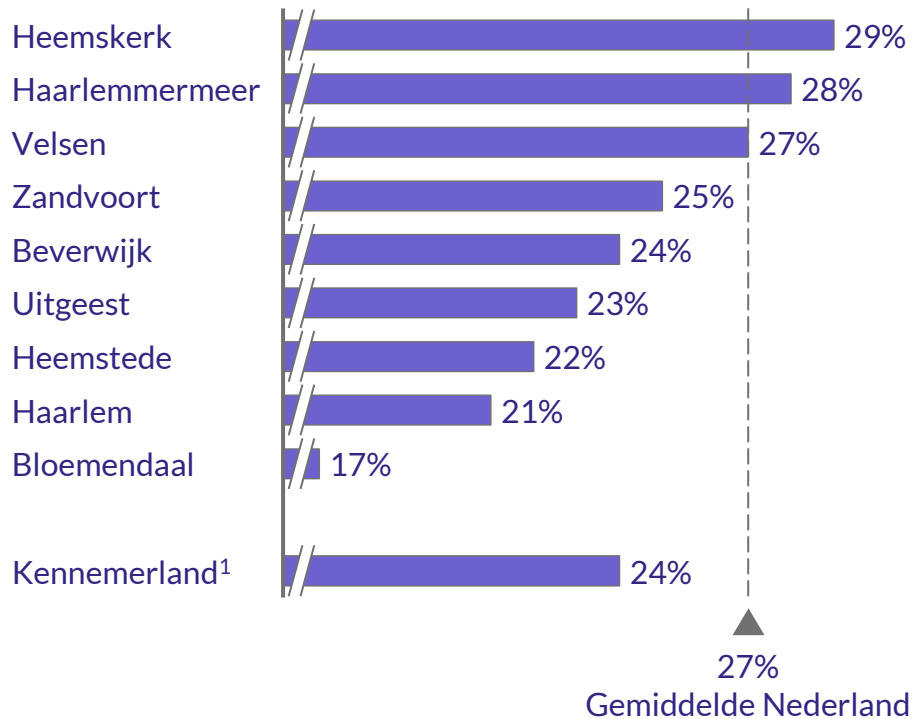
2) Bl = Bloemendaal, Za = Zandvoort, Ht = Heemstede, Ui = Uitgeest, Ve = Velsen, Ha = Haarlem, Ca = Castricum, Hk = Heemskerk, Hm = Haarlemmermeer, Be = Beverwijk

Bronnen: RIVM Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2018, via regiobeeld.nl

In Bloemendaal hebben weinig jongvolwassenen overgewicht, in Zandvoort wordt opvallend veel gerookt door jongvolwassenen

Overgewicht bij jongvolwassenen (16-25 jaar)
[% , GGD-regio Kennemerland¹, 2022]

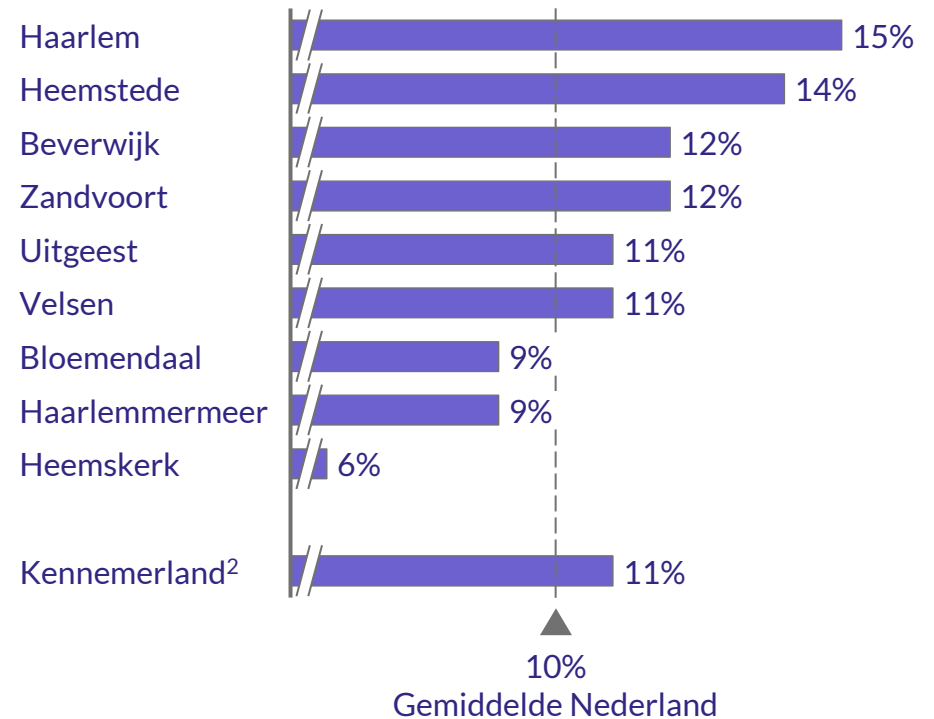
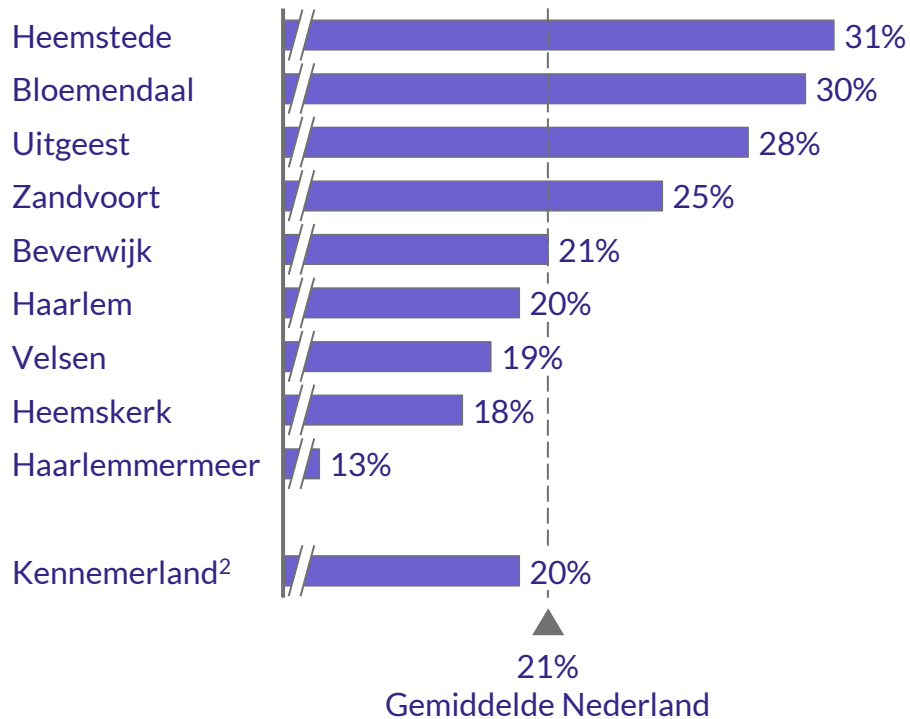
Roekt wekelijks tabak, jongvolwassenen (16-25 jaar)
[% , GGD-regio Kennemerland¹, 2022]



Het middelengebruik in GGD-regio Kennemerland onder jongvolwassenen is vooral in Heemstede bovengemiddeld hoog

Zware drinkers, jongvolwassenen (16-25 jaar)¹
 [%, GGD-regio Kennemerland², 2022]

Laatste vier weken harddrugs gebruikt, jongvolwassenen (16-25 jaar) [%, GGD-regio Kennemerland², 2022]

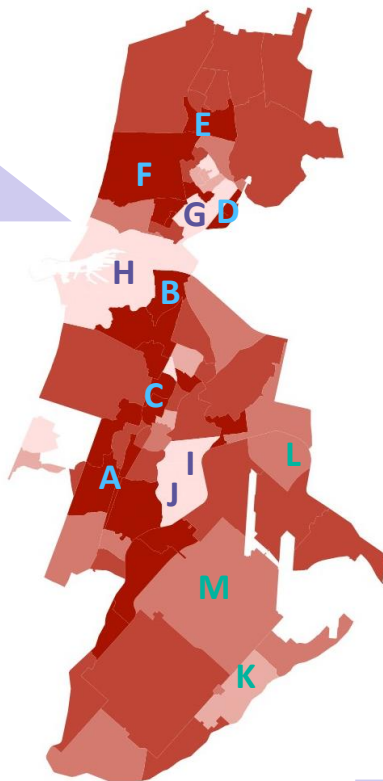


De regio kent grote spreiding in SES-WOA-scores

Sociaaleconomische status wijken Kennemerland plus t.o.v. Nederland
[SES-WOA-score¹, 2019]

Tien wijken met hoogste en laagste SES zijn opgenomen in de grafiek

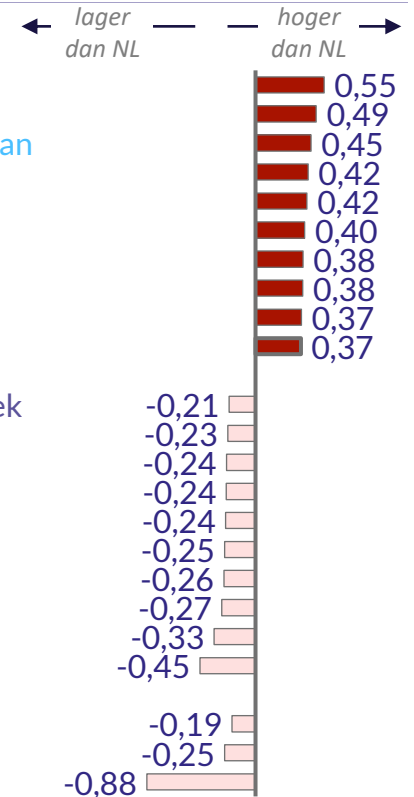
Letter voor de wijk verwijst naar locatie in Kennemerland plus



- A - Bloemendaal: Wijk 02 Aerdenhout
- A - Bloemendaal: Wijk 01 Overveen
- A - Heemstede: Wijk 02 Heemstede west van de spoorbaan
- B - Velsen: Wijk 00 Velsen-Zuid en Driehuis
- C - Haarlem: Ter Kleefkwartier
- D - Beverwijk: Broekpolder
- E - Castricum: Wijk 03 Castricum-Zuid
- F - Heemskerk: Wijk 04 Heemskerkerduin en Noorddorp
- F - Beverwijk: Noordwestelijk tuinbouwgebied
- F - Beverwijk: Warande

- G - Heemskerk: Wijk 03 Hofland, Oosterwijk en Zuidbroek
- G - Beverwijk: Kuenenkwartier
- H - Velsen: Wijk 04 Zee- en Duinwijk
- I - Haarlem: Slachthuiswijk
- J - Haarlem: Europawijk
- G - Heemskerk: Wijk 05 Poelenburg en Oosterzij
- J - Haarlem: Boerhaavewijk
- H - Velsen: Wijk 05 Velsen-Noord
- G - Beverwijk: Oosterwijk en Zwaansmeer
- J - Haarlem: Meerwijk

- K - Rijsenhout Dorp
- L - Zwanenburg Zuidwest
- M - Hoofddorp Graan voor Visch Zuid



In Haarlemmermeer zijn de buurten geanalyseerd in plaats van de wijken²

1) De SES-WOA score wordt bepaald op basis van gegevens over financiële welvaart (W), opleidingsniveau (O) en recent arbeidsverleden (A) van de huishoudens in de betreffende regio

2) Analyse op buurtniveau in Haarlemmermeer geeft het gewenste detailniveau, Hoofddorp is bijvoorbeeld één wijk terwijl fijnmaziger detailniveau gewenst is. De drie buurten met de laagste SES-WOA-score in Haarlemmermeer zijn opgenomen in de grafiek

Bron: CBS (2019) via waarstaatjegemeente.nl

De tien wijken met de laagste SES hebben slechtere gezondheid, ongezondere leefstijl (uitgezonderd alcohol) en lagere participatie

SES, gezondheid, leefstijl en participatie in de tien wijken in Kennemerland en drie buurten in Haarlemmermeer met laagste SES¹ [% , kleurschaal ten opzichte van Nederlands gemiddelde, 2019, 2020]

Voor geografische indeling, zie vorige pagina

| Wijken ² | SES | Gezondheid | Aandoeningen | Overgewicht | Rokers | Drinkers | Sporters | Eenzaam | Regie |
|----------------------------|-------|------------|--------------|-------------|--------|----------|----------|---------|-------|
| G – Heemskerk 1 | -0,21 | 71,6% | 37,2% | 57,0% | 20,2% | 6,2% | 43,8% | 14,3% | 88,1% |
| G - Beverwijk 1 | -0,23 | 72,1% | 37,0% | 56,6% | 23,2% | 7,2% | 44,3% | 14,6% | 88,5% |
| H - Velsen 1 | -0,24 | 72,5% | 37,8% | 56,5% | 19,9% | 7,3% | 40,4% | 13,9% | 89,0% |
| I - Haarlem 1 | -0,24 | 73,1% | 36,1% | 51,7% | 22,7% | 7,1% | 46,8% | 15,5% | 87,3% |
| J - Haarlem 2 | -0,24 | 72,8% | 35,9% | 52,9% | 21,0% | 5,9% | 45,1% | 16,3% | 87,1% |
| G - Heemskerk 2 | -0,25 | 72,0% | 37,2% | 55,7% | 20,6% | 6,5% | 44,4% | 14,6% | 87,5% |
| J - Haarlem 3 | -0,26 | 75,0% | 32,2% | 52,5% | 20,6% | 4,6% | 47,3% | 16,1% | 88,0% |
| H - Velsen 2 | -0,27 | 73,1% | 35,7% | 57,0% | 23,3% | 6,4% | 45,0% | 15,5% | 88,3% |
| G - Beverwijk 2 | -0,33 | 70,6% | 37,1% | 59,0% | 23,8% | 5,8% | 41,1% | 15,8% | 87,3% |
| J - Haarlem 4 | -0,45 | 69,2% | 37,9% | 56,8% | 21,3% | 5,1% | 39,4% | 18,1% | 85,2% |
| K - Rijsenhout | -0,19 | 74,1% | 36,4% | 57,3% | 18,9% | 7,1% | 42,8% | 12,1% | 89,2% |
| L - Zwanenburg | -0,25 | 73,6% | 36,2% | 55,1% | 20,5% | 6,5% | 44,7% | 14,6% | 88,0% |
| M – Hoofddorp ³ | -0,88 | 80,7% | 20,9% | 35,4% | 27,5% | 5,2% | 60,0% | 18,7% | 91,0% |
| Nederland | 0 | 78,4% | 32,5% | 50,8% | 17,9% | 6,3% | 48,9% | 11,2% | 90,1% |

1) Percentages goed ervaren gezondheid, langdurige aandoeningen, overgewicht (BMI > 25), rokers ('rookt u weleens?' – 'ja'), overmatige drinkers (>21 g p/w (m), >14 (v)), sporters (wekelijks), ernstig eenzaam en regie over eigen leven; 2) Afkortingen wijken: Heemskerk: 1 – Wijk 03 Hofland, Oosterwijk en Zuidbroek; 2- Wijk 05 Poelenburg en Oosterzij; Beverwijk: 1 – Kuenenkwartier; 2 – Oosterwijk en Zwaansmeer; Velsen: 1 – Wijk 04 Zee- en Duinwijk; 2 – Wijk 05 Velsen-Noord; Haarlem: 1 – Slachthuiswijk; 2 – Europawijk; 3 – Boerhaavewijk; 4 – Meerwijk; Rijsenhout: Dorp; Zwanenburg: Zuidwest; Hoofddorp: Graan voor Visch Zuid; 3) Combinatie van lage SES en hoge gezondheid in deze buurt is opvallend; Bronnen: Buurtatlas: gezondheid per buurt, wijk en gemeente (2020) en CBS (2019) via waarstaatjegemeente.nl



4. IZA-doelgroepen

Agenda

Samenvatting en conclusies

A. Kenmerken van de regio

1. Demografie
2. Sociale factoren
3. Gezondheid en leefstijl

4. IZA-doelgroepen

A. Mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden

- B. Mensen met psychische klachten
- C. Mensen met (risico op) kanker
- D. Mensen met (risico op) hart- en vaatziekten
- E. Ouderen met een kwetsbare gezondheid
- F. (Zorgprofessionals)

5. Fysieke omgeving

6. Arbeidsmarkt

B. Zorg in de regio (per sector)

C. Regionale samenwerking

Bijlagen

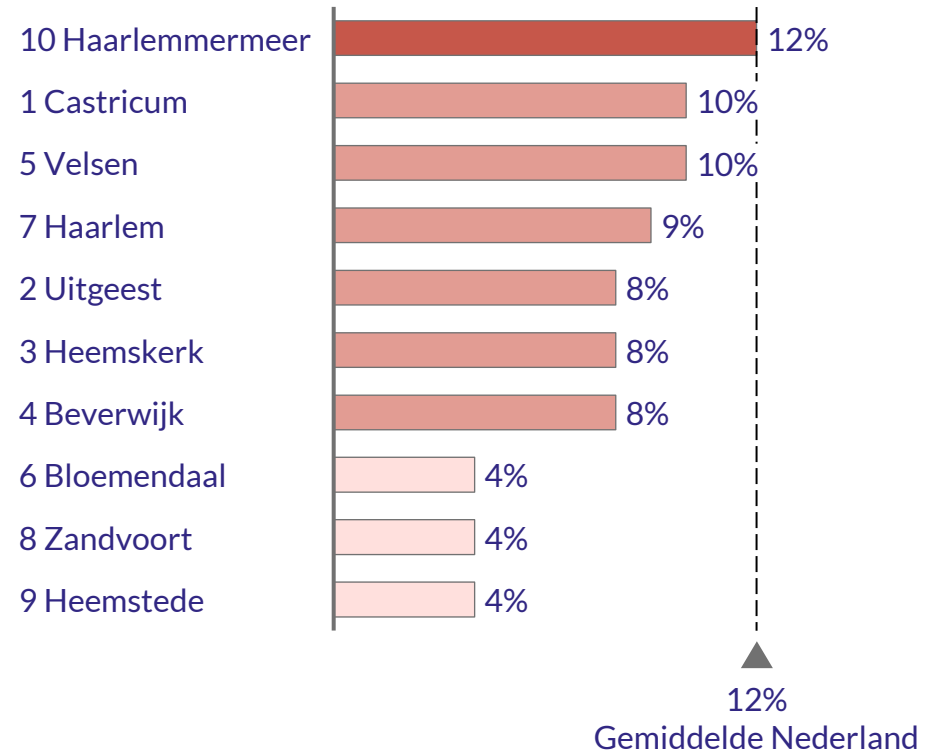
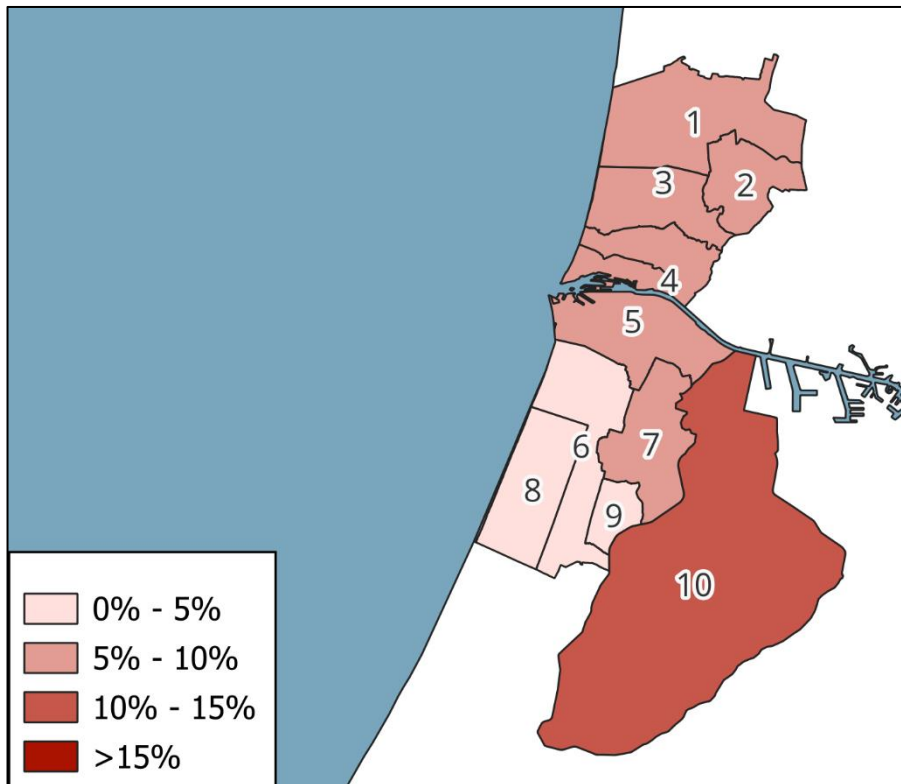
Laaggeletterden, ouderen, lager opgeleiden en mensen met een migratieachtergrond hebben vaker beperkte gezondheidsvaardigheden

Ongeveer **één op de vier Nederlanders heeft beperkte gezondheidsvaardigheden**¹. Mensen die **laaggeletterd** zijn, **ouderen**, mensen met een **lage opleiding** en mensen met een **migratieachtergrond** zijn vaker minder gezondheidsvaardig. Beperkte gezondheidsvaardigheden hangen deels af van opleidingsniveau, maar ook hoger opgeleiden kunnen moeite hebben om medische informatie te begrijpen.



Laaggeletterdheid is het hoogst in Haarlemmermeer, in overige gemeentes zijn minder laaggeletterden dan landelijk gemiddeld

Laaggeletterdheid in gemeenten Kennemerland plus
[Percentage laaggeletterd, 2021/2022, Kennemerland plus]

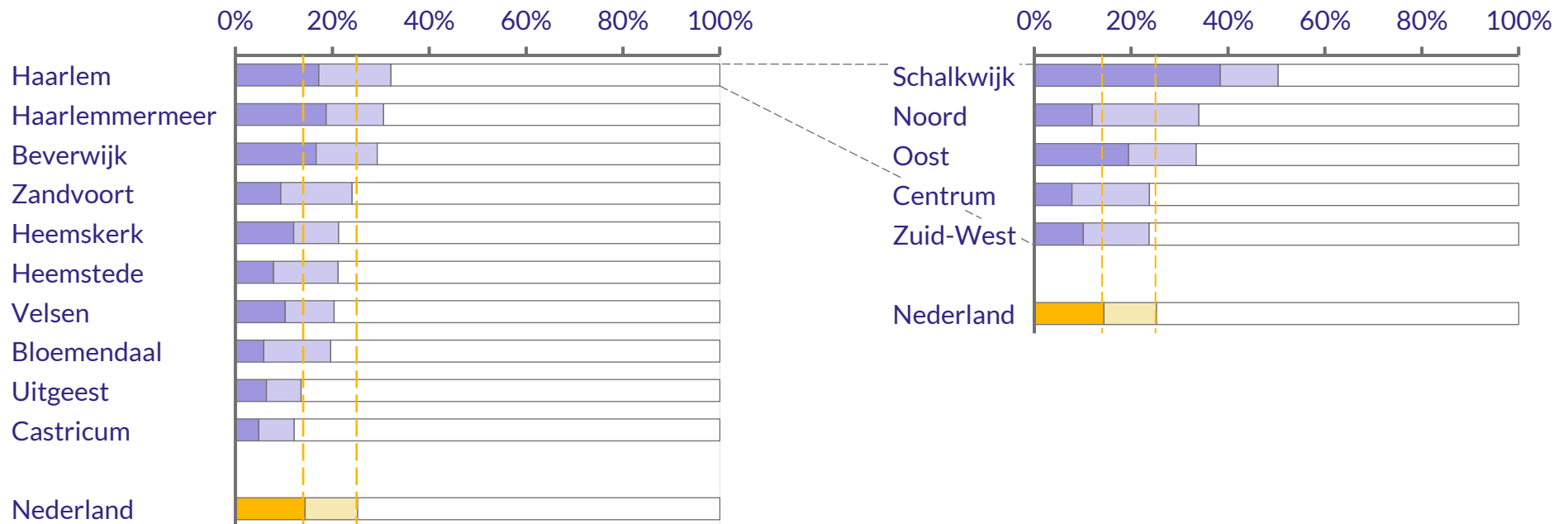


De inwoners van Haarlem (Schalkwijk, Noord, Oost), Haarlemmermeer en Beverwijk hebben vaker migratieachtergronden dan Nederland

Bevolking naar migratieachtergrond

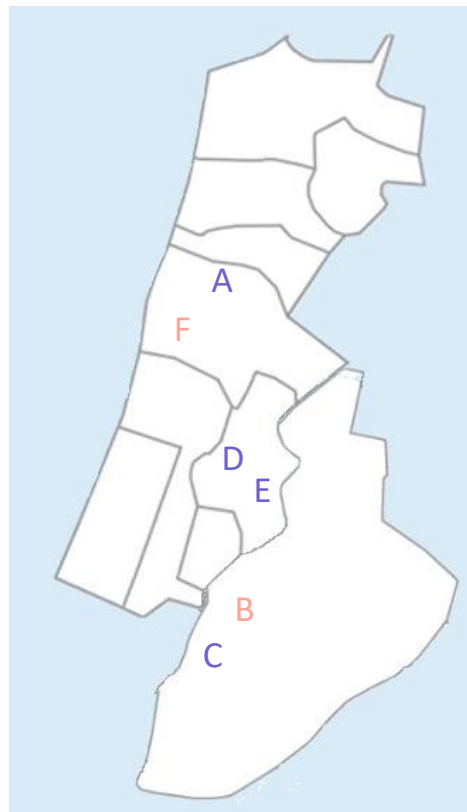
[Definitie CBS, gemeentes Kennemerland plus en stadsdelen Haarlem 2022]

■ Niet-westerse ■ Westerse □ Nederlandse



In de regio Kennemerland plus zijn zes opvanglocaties voor asielzoekers

Asielzoekerscentra in Kennemerland plus [Locaties en aantal opvangplaatsen, 2023]



■ Tijdelijke opvanglocatie ■ Reguliere opvanglocatie

| | | |
|---|------------------------------------|-------|
| A | Velsen-Noord – Wijkermeerweg | 1.000 |
| B | Hoofddorp – Planeetbaan | 450 |
| C | Hoofddorp – Rijksweg A4 | 450 |
| D | Haarlem – Conradkade | 256 |
| E | Haarlem – Laan van Decima | 120 |
| F | Driehuis – Duin- en Kruidbergerweg | 100 |

Kennemerland plus herbergt relatief veel opvangplekken voor asielzoekers. Het COA heeft een capaciteit in Nederland van ongeveer 50.000 plekken in 2023, oftewel ongeveer 28 per 10.000 inwoners¹. In Kennemerland plus zijn 2.376 plekken, oftewel ongeveer 40 per 10.000 inwoners¹

Agenda

Samenvatting en conclusies

A. Kenmerken van de regio

1. Demografie
2. Sociale factoren
3. Gezondheid en leefstijl

4. IZA-doelgroepen

A. Mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden

B. Mensen met psychische klachten

- C. Mensen met (risico op) kanker
- D. Mensen met (risico op) hart- en vaatziekten
- E. Ouderen met een kwetsbare gezondheid
- F. (Zorgprofessionals)

5. Fysieke omgeving

6. Arbeidsmarkt

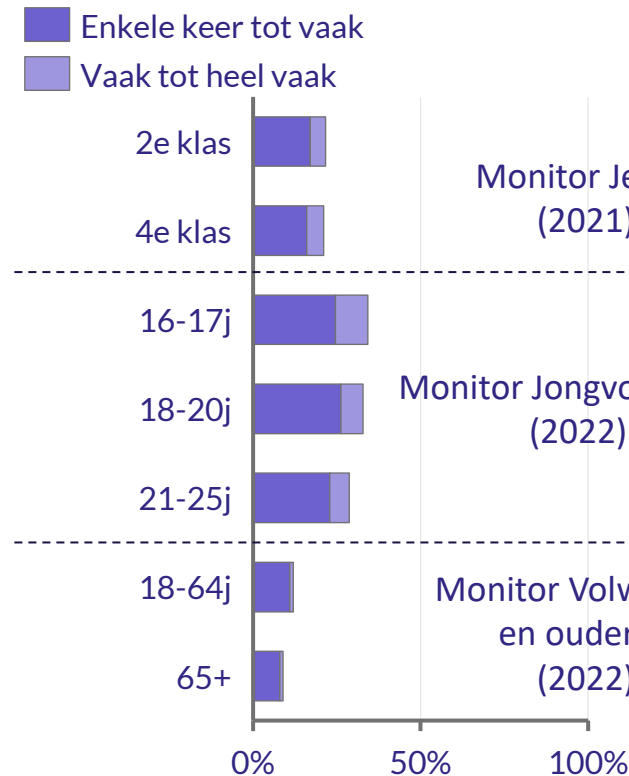
B. Zorg in de regio (per sector)

C. Regionale samenwerking

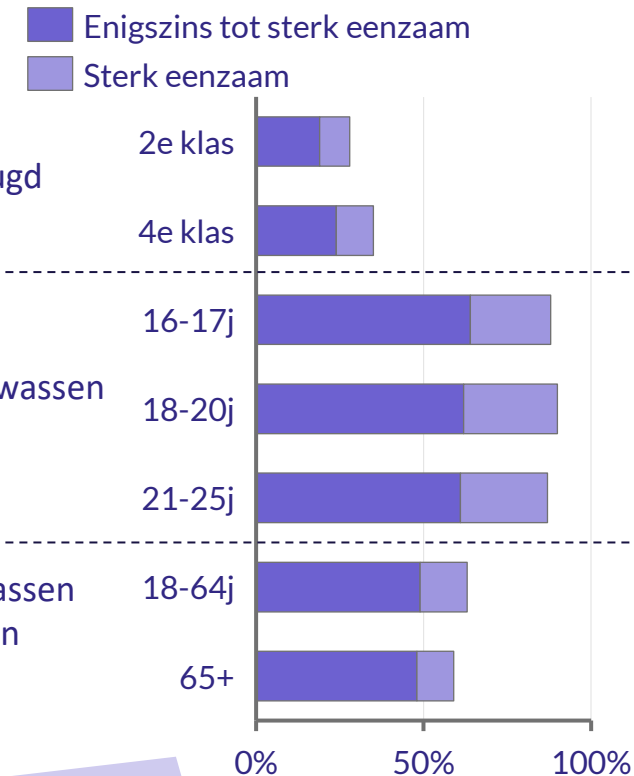
Bijlagen

Bij de jeugd en jongvolwassenen komen vaak suïcidale gedachten, eenzaamheid en stress voor

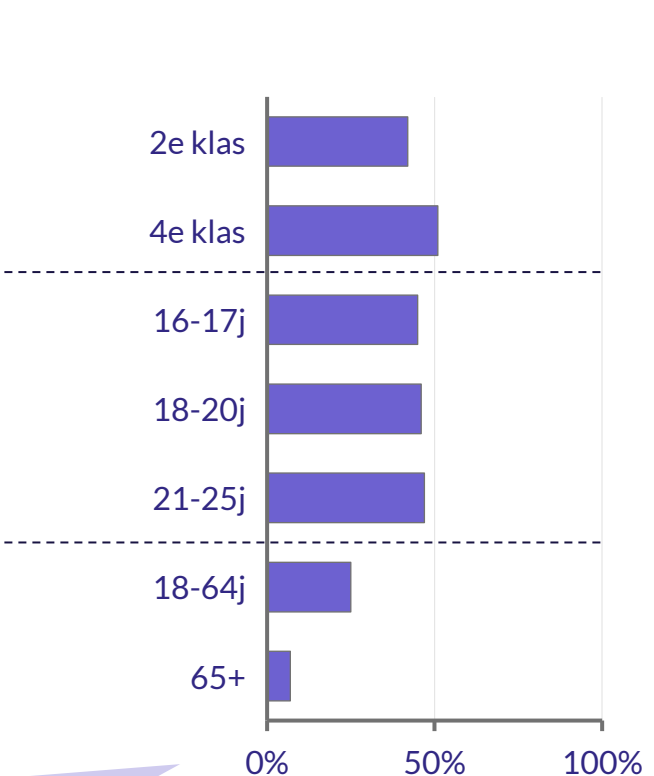
Suïcidale gedachten [%, GGD-regio Kennemerland¹, 2021-2022]



Eenzaamheid [%, GGD-regio Kennemerland¹, 2021-2022]



(Heel) Vaak gestrest [%, GGD-regio Kennemerland¹, 2021-2022]



Let op: de resultaten voor eenzaamheid en stress zijn binnen de drie gezondheidsmonitors anders nagevraagd² en dus alleen binnen één leeftijdsgroep te vergelijken

1) Let op, exclusief Castricum

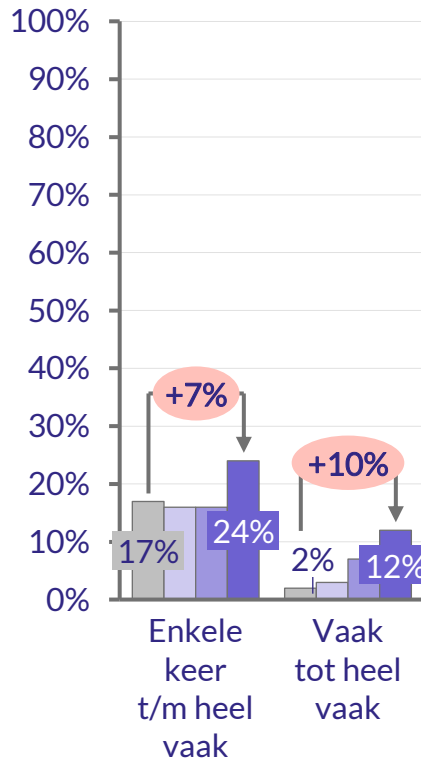
2) De Gezondheidsmonitor Jeugd gebruikt de directe eenzaamheidsvraag, de Gezondheidsmonitor Jongvolwassen gebruikt de verkorte 'De Jong Gierveld' vraagstelling en de gezondheidsmonitor Volwassen & Ouderen gebruikt de volledige 'De Jong Gierveld' vraagstelling. Stress wordt ook net anders nagevraagd (niet nader toegelicht)

Bron: GGD gezondheidsmonitors Volwassen en ouderen (2022), Jeugd (2021) en Jongvolwassen (2022)

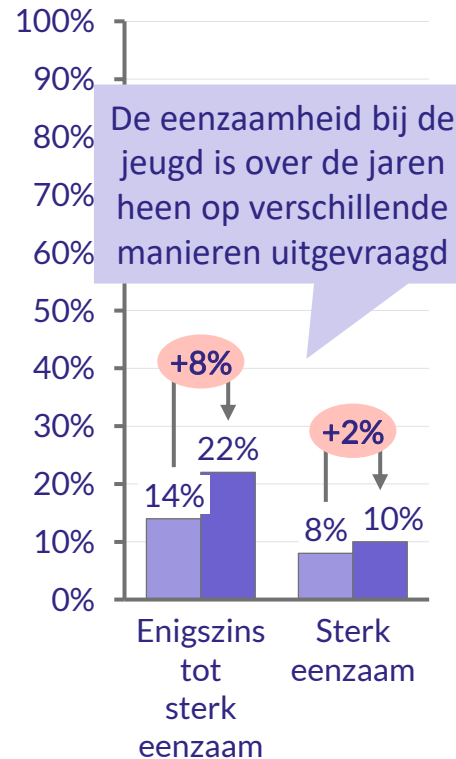
De jeugd heeft de afgelopen jaren vaker suïcidale klachten, eenzame gevoelens en psychische klachten, stress is afgenomen

Suïcidale ged. jeugd² [%,
GGD-regio KL¹, 2009-2021]

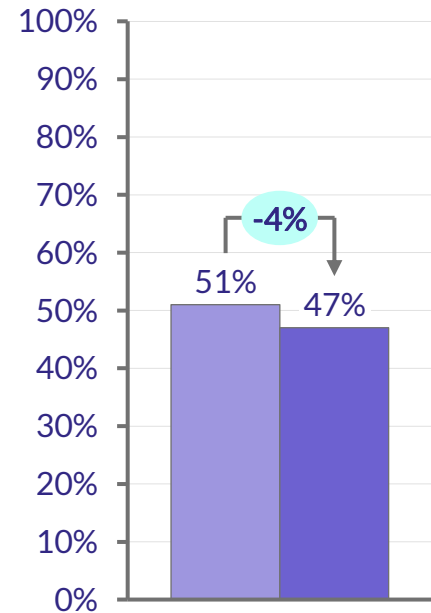
■ 2009 ■ 2013
■ 2019 ■ 2021



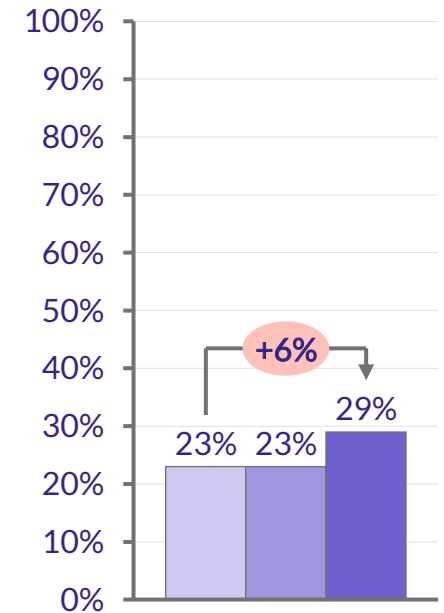
Eenzaamheid jeugd³ [%,
GGD-regio KL¹, 2019-2021]



(Heel) Vaak gest. jeugd [%,
GGD-regio KL¹, 2019-2021]



Psych. klachten⁴ jeugd [%,
GGD-regio KL¹, 2019-2021]

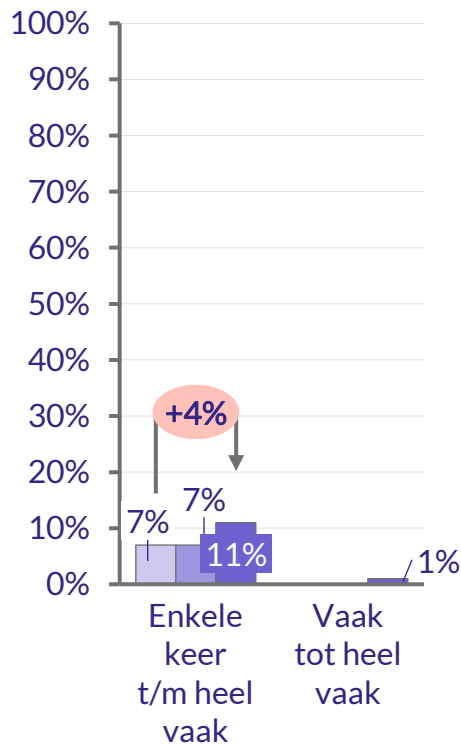


1) Let op, exclusief Castricum
2) Dit jaar serieus gedacht om een eind te maken aan eigen leven
3) Laatste vier weken
4) Licht t/m ernstig
Bron: GGD gezondheidsmonitor Jeugd (2009, 2013, 2019 en 2021)

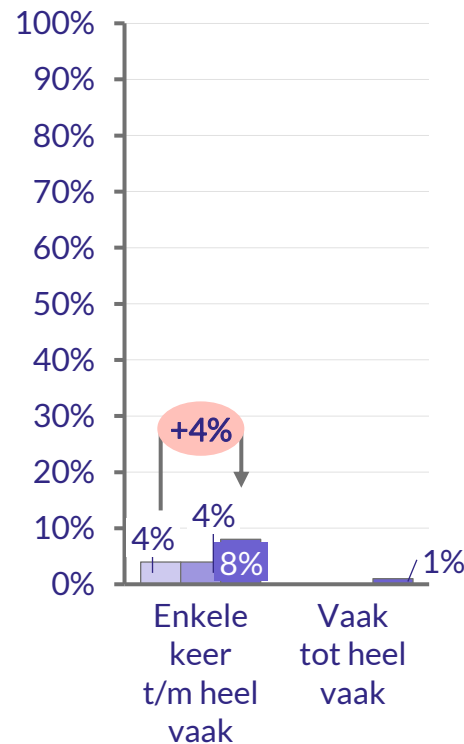
De eenzaamheid en suïcidale gedachten onder volwassenen en ouderen zijn de afgelopen jaren toegenomen

Suïcidale ged. volw.^{2,3} [%,
GGD-regio KL¹, 2016-2022]

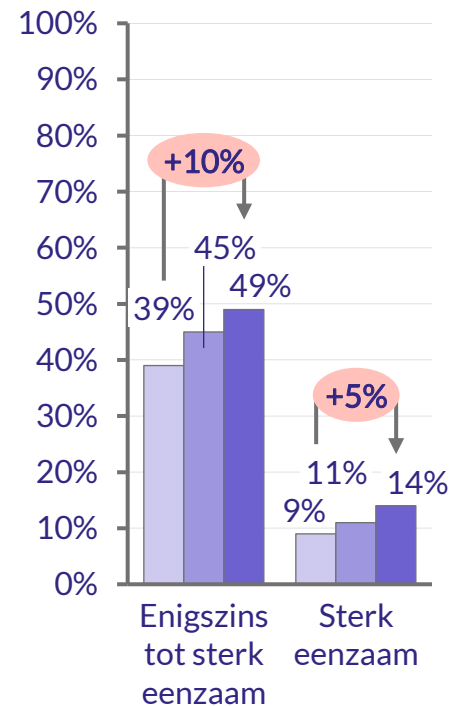
2016 2020 2022



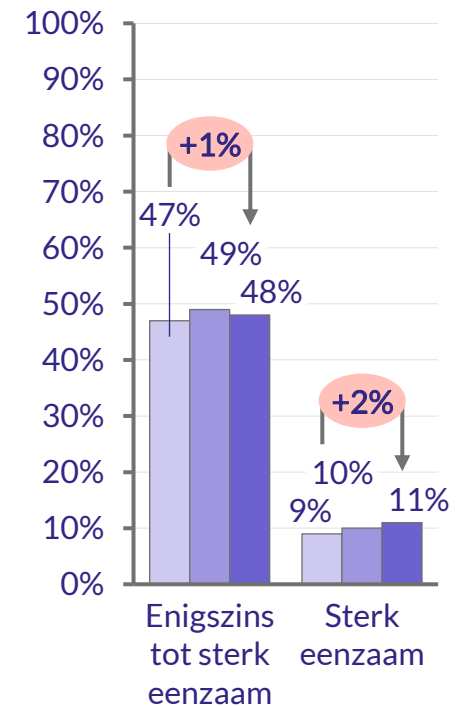
Suïcidale ged. oud.^{2,3} [%,
GGD-regio KL¹, 2016-2022]



Eenzaamheid volw.^{2,4} [%,
GGD-regio KL¹, 2016-2022]



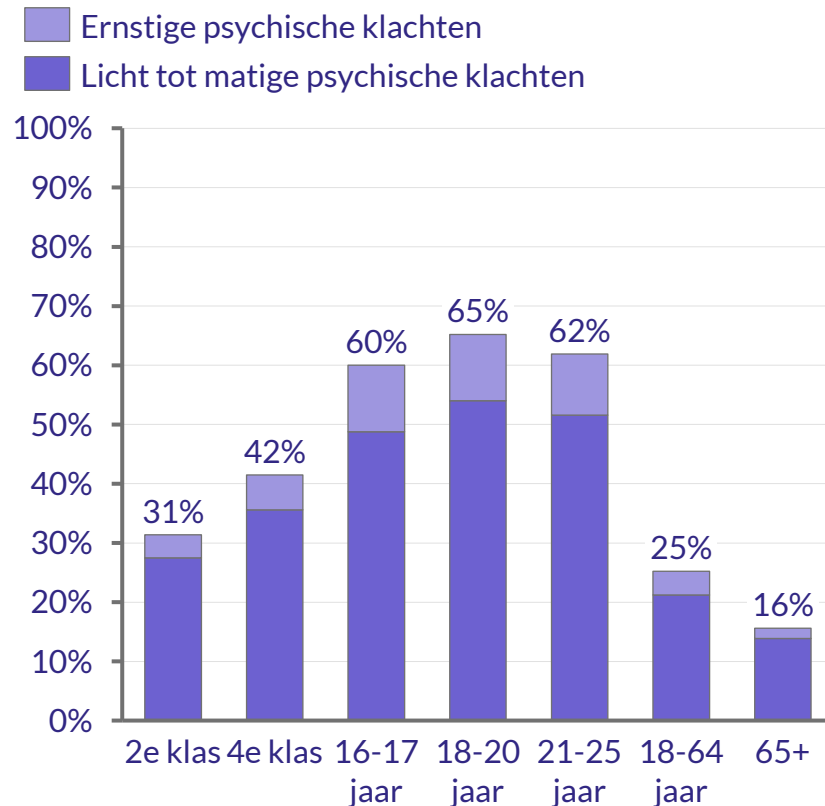
Eenzaamheid oud.^{2,4} [%,
GGD-regio KL¹, 2016-2022]



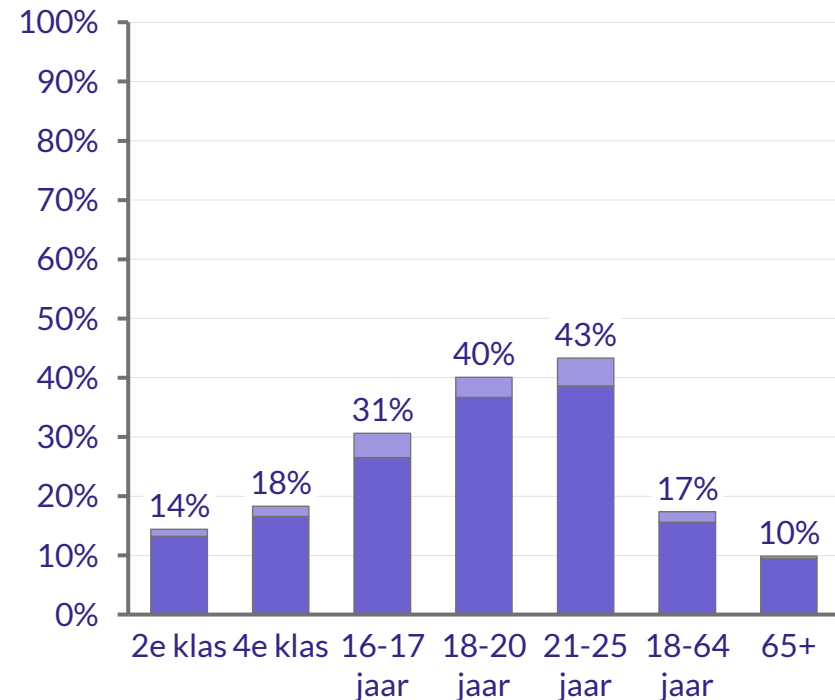
1) Let op, exclusief Castricum
 2) Volwassenen = 18-64 jaar en ouderen = 65-plussers
 3) Dit jaar serieus aan gedacht om eind te maken aan eigen leven
 4) Laatste 4 weken
 Bron: GGD gezondheidsmonitors Volwassenen en ouderen (2016, 2020, 2022)

Er zijn grote verschillen in mentale gezondheid in de verschillende leeftijdscategorieën, vrouwen hebben vaker psychische klachten

Psychische klachten bij verschillende leeftijden¹
[% vrouw, GGD-regio Kennemerland², 2021-2022]



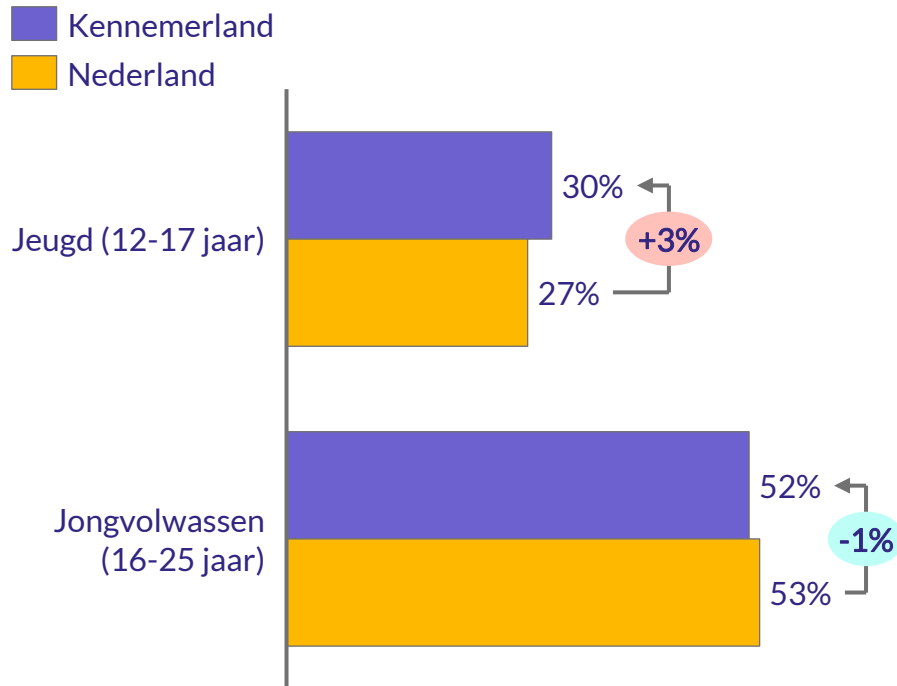
Psychische klachten bij verschillende leeftijden¹
[% man, GGD-regio Kennemerland², 2021-2022]



De jeugd (12-17 jaar) in Kennemerland kampt vaker met suïcidale gedachten en psychische klachten dan in de rest van Nederland

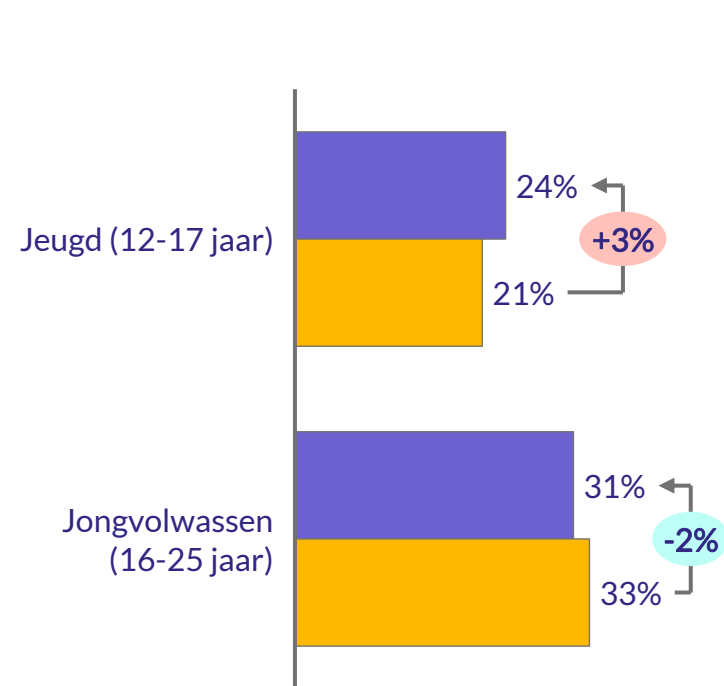
Percentage dat suïcidale gedachten heeft gehad

[Relatief, NL en GGD-regio Kennemerland¹, 2021/2022]



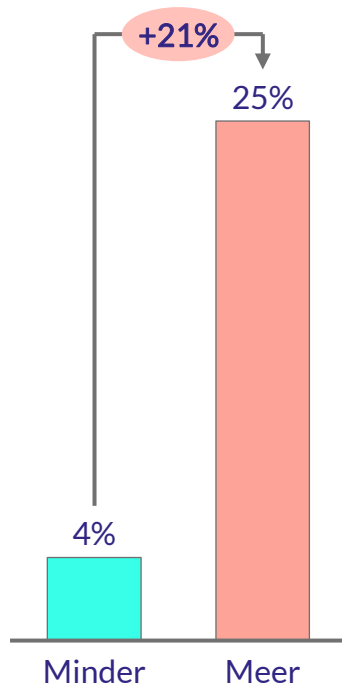
Percentage met psychische klachten (MHI-5)

[Relatief, NL en GGD-regio Kennemerland¹, 2021/2022]

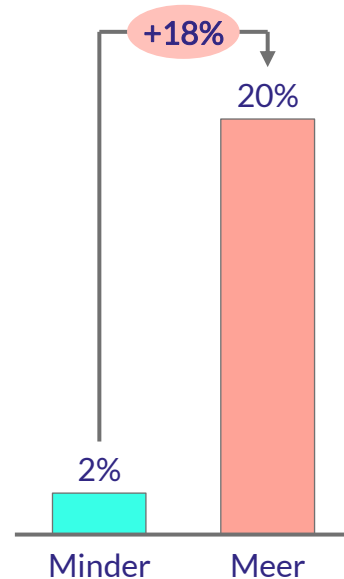


Corona zorgde in 2020 voor meer stress, angststoornissen/depressies en eenzaamheid onder volwassenen en ouderen in Kennemerland¹

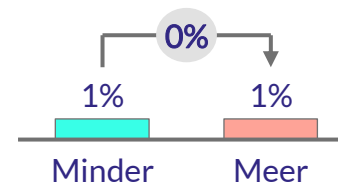
Invl. corona op stress [%
18+, GGD-regio KL¹, 2020]



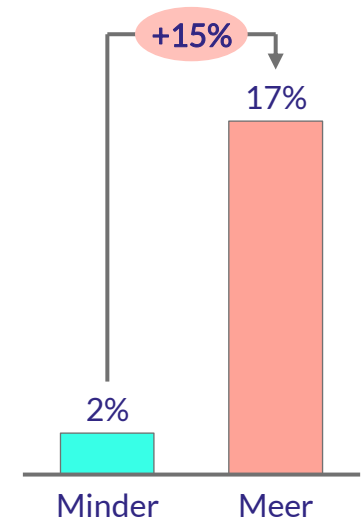
Invloed corona op
angststoornis/depres. [...]



Invloed corona op
suïcidale gedachten [...]



Invloed corona op
eenzaamheid [...]

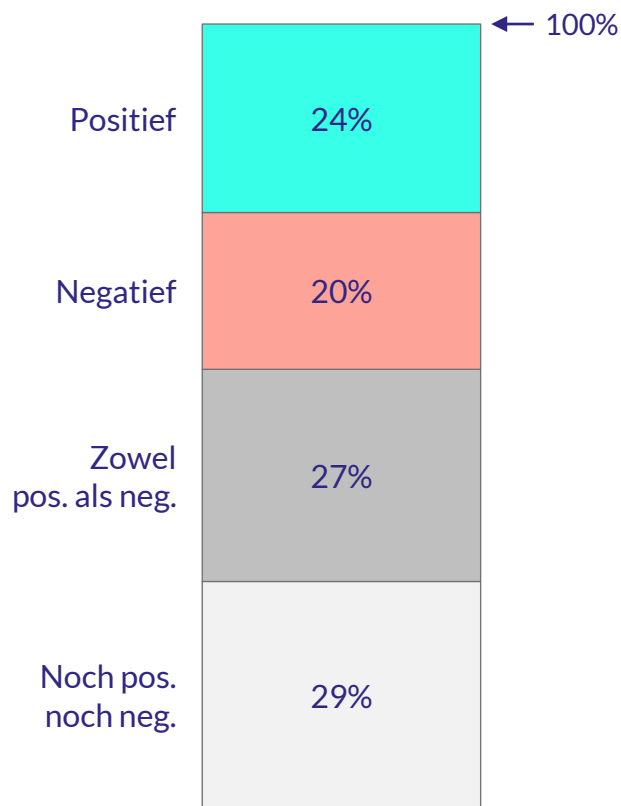


Corona had in 2022 zowel positieve als negatieve gevolgen onder volwassenen en ouderen in Kennemerland¹

Ervaren gevolgen van coronaperiode
[GGD-regio KL¹, volw. en oud., 2022]

Positieve gevolgen coronaperiode
[GGD-regio KL¹, volw. en oud., 2022]

Negatieve gevolgen coronaperiode
[GGD-regio KL¹, volw. en oud., 2022]



Agenda

Samenvatting en conclusies

A. Kenmerken van de regio

1. Demografie
2. Sociale factoren
3. Gezondheid en leefstijl

4. IZA-doelgroepen

- A. Mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden
- B. Mensen met psychische klachten

C. Mensen met (risico op) kanker

- D. Mensen met (risico op) hart- en vaatziekten
- E. Ouderen met een kwetsbare gezondheid
- F. (Zorgprofessionals)

5. Fysieke omgeving
6. Arbeidsmarkt
- B. Zorg in de regio (per sector)
- C. Regionale samenwerking

Bijlagen

Met name prevalentie mesotheliom (asbest) en huidkanker (UV) is opvallend hoog in regio Kennemerland plus

Vaker voorkomende kankersoorten KL plus [Hoogst gerapporteerde verhoging ten opzichte van Nederland¹ op pc3-niveau, gemeentes, 2011-2020]

Tot 15% verhoging
 30-50% verhoging
 Geen verhoging
 15-30% verhoging
 50+% verhoging

| | Baarmoederhals | Mesotheliom | Long | Huid* | Hoofd-hals |
|----------------|------------------|-------------------|-------------------|------------------|-------------------|
| Beverwijk | | 50+% verhoging | Tot 15% verhoging | | 15-30% verhoging |
| Bloemendaal | | | | 30-50% verhoging | 15-30% verhoging |
| Castricum | | 15-30% verhoging | | 30-50% verhoging | |
| Haarlem | 30-50% verhoging | 50+% verhoging | 15-30% verhoging | 15-30% verhoging | 15-30% verhoging |
| Haarlemmermeer | | Tot 15% verhoging | | 15-30% verhoging | |
| Heemskerk | | 30-50% verhoging | | 15-30% verhoging | |
| Heemstede | | Tot 15% verhoging | | 30-50% verhoging | Tot 15% verhoging |
| Uitgeest | | 50+% verhoging | | 15-30% verhoging | |
| Velsen | 15-30% verhoging | 30-50% verhoging | 15-30% verhoging | 30-50% verhoging | 30-50% verhoging |
| Zandvoort | | Tot 15% verhoging | 15-30% verhoging | 30-50% verhoging | 15-30% verhoging |

Toelichting

Baarmoederhalskanker: gerelateerd aan HPV (human papillomavirus) en dus ook aan HPV vaccinatie

Mesotheliom: (werkgerelateerde) blootstelling asbest uit verleden (scheepsbouw)

Longkanker: gerelateerd aan (mee)roken, luchtvervuiling, schadelijke stoffen, genetische factoren

Huidkanker: gerelateerd aan UV-straling/zongedrag en genetische factoren

Hoofdhalskanker: gerelateerd aan roken, alcoholgebruik, blootstelling HPV

Agenda

Samenvatting en conclusies

A. Kenmerken van de regio

1. Demografie
2. Sociale factoren
3. Gezondheid en leefstijl

4. IZA-doelgroepen

- A. Mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden
- B. Mensen met psychische klachten
- C. Mensen met (risico op) kanker

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

- E. Ouderen met een kwetsbare gezondheid
- F. (Zorgprofessionals)

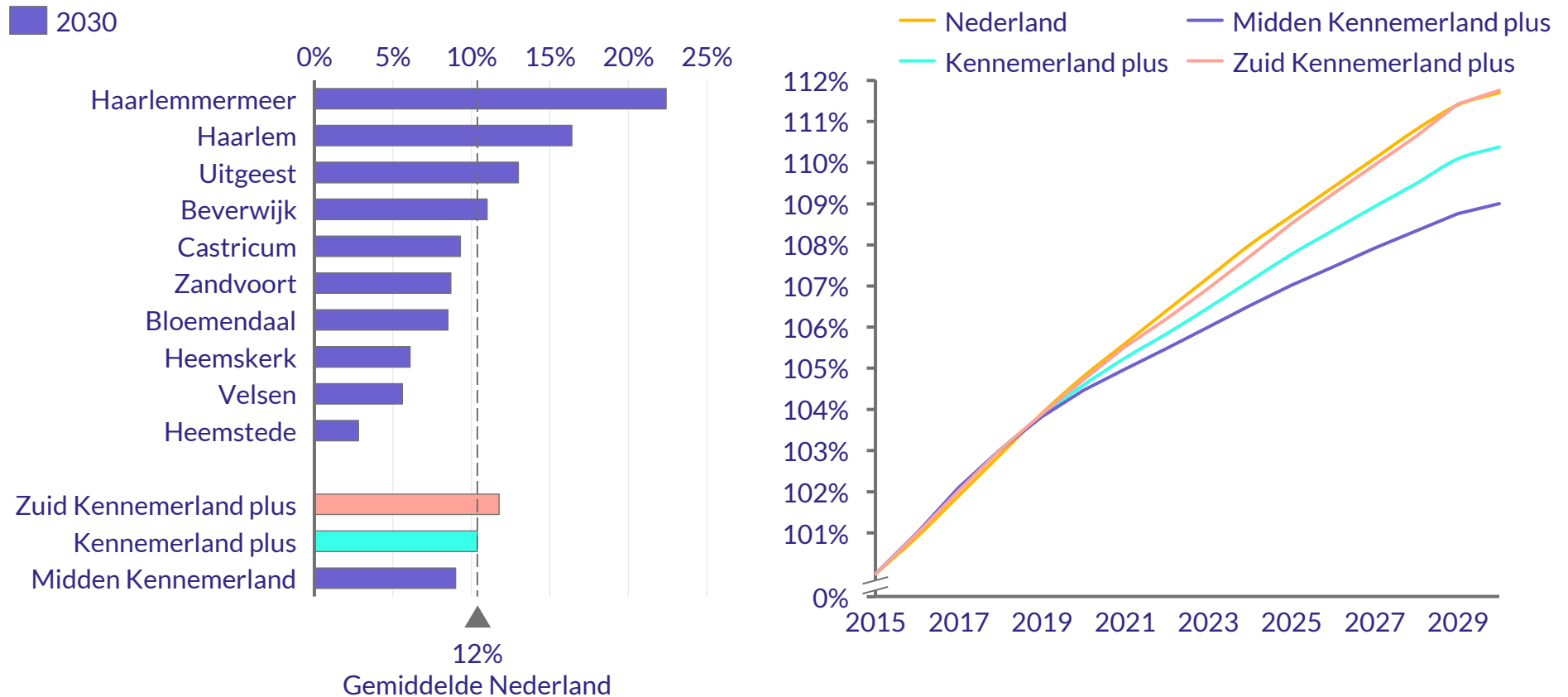
5. Fysieke omgeving
6. Arbeidsmarkt
- B. Zorg in de regio (per sector)
- C. Regionale samenwerking

Bijlagen

Haarlemmermeer valt op door grote toename in personen met één of meer aandoeningen ten opzichte van Nederland

Personen met één of meer aandoeningen in Kennemerland plus^{1,2,3}

[Procentuele toename personen, index 2015, 2015-2030, beleidsarme prognose]



1) Een kanttekening hierbij is dat Haarlemmermeer ook de grootste demografische groei kent. In de komende jaren wordt in Haarlemmermeer een toename van 60.000 inwoners verwacht door de komst van nieuwe woningen, het is onduidelijk of dit in de prognoses is verwerkt

2) Een chronische aandoening is gedefinieerd als een aandoening waarbij over het algemeen geen uitzicht is op volledig herstel zoals artrose, diabetes en dementie

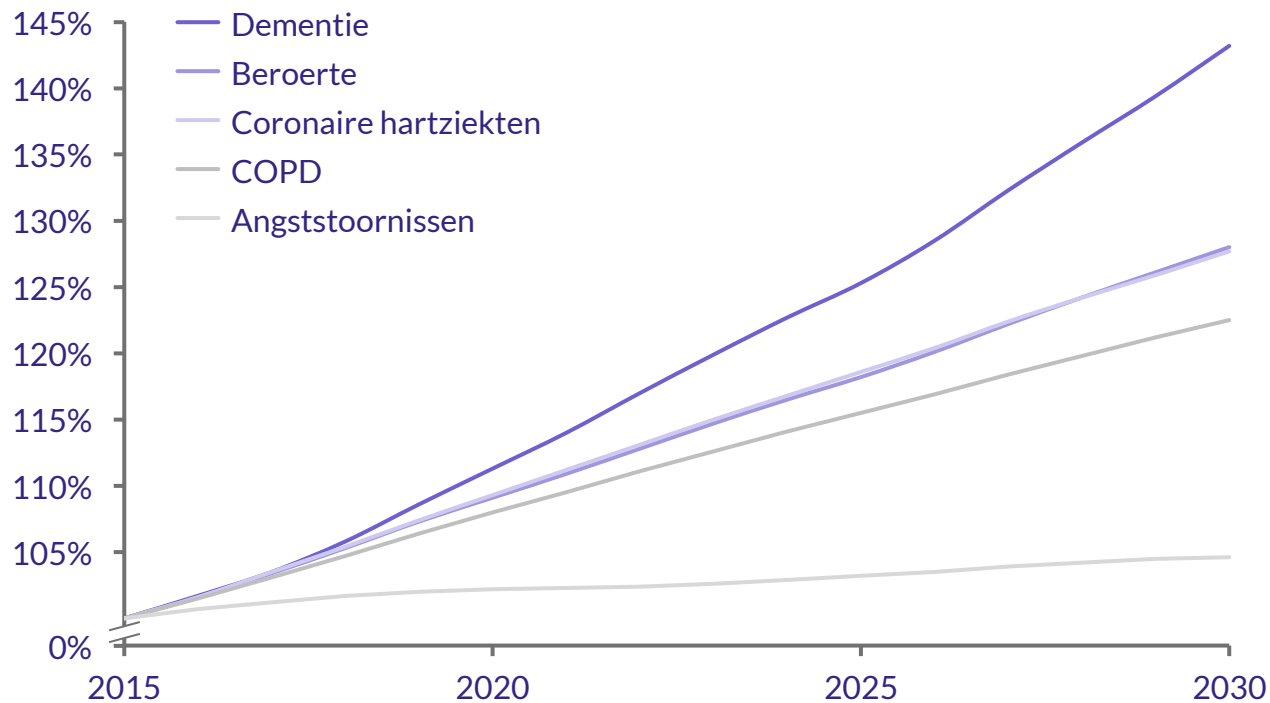
3) Waardes van Regio Kennemerland plus en subregio's Midden Kennemerland en Zuid Kennemerland plus o.b.v. ongewogen gemiddelde van de gemeentes

Bronnen: RIVM Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2018, via regiobeeld.nl

De vijf veelvoorkomende aandoeningen - en dan vooral de met ouderdom gerelateerde aandoeningen - nemen qua prevalentie sterk toe

Prevalentie van aandoeningen in Kennemerland

[Index 2015, zorgkantoorregio Kennemerland, 2015-2030]



Toelichting

Uitgezonderd angststoornissen neemt de **prevalentie** van de in de grafiek getoonde vijf veelvoorkomende aandoeningen in de periode tot 2030 **sterk toe** in de regio Kennemerland

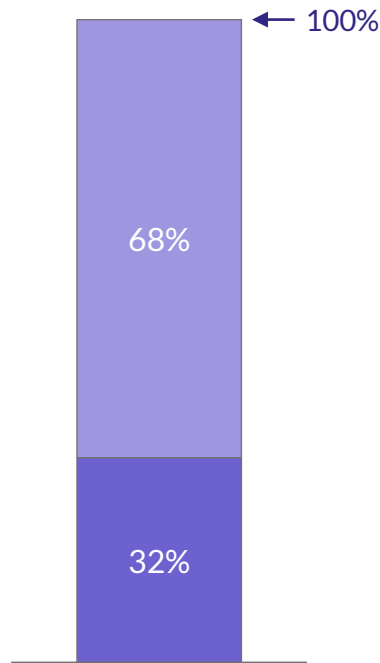
Met name de **prevalentie van ouderdom gerelateerde aandoeningen neemt sterk toe**. De prevalentie van dementie stijgt het hardst

De ontwikkeling wijkt niet af van het **Nederlandse gemiddelde**, dit betekent niet dat de sterke toename niet zorgwekkend is

Het welzijn en de gezondheid van volwassenen is slechter bij het hebben van minimaal één chronische aandoening

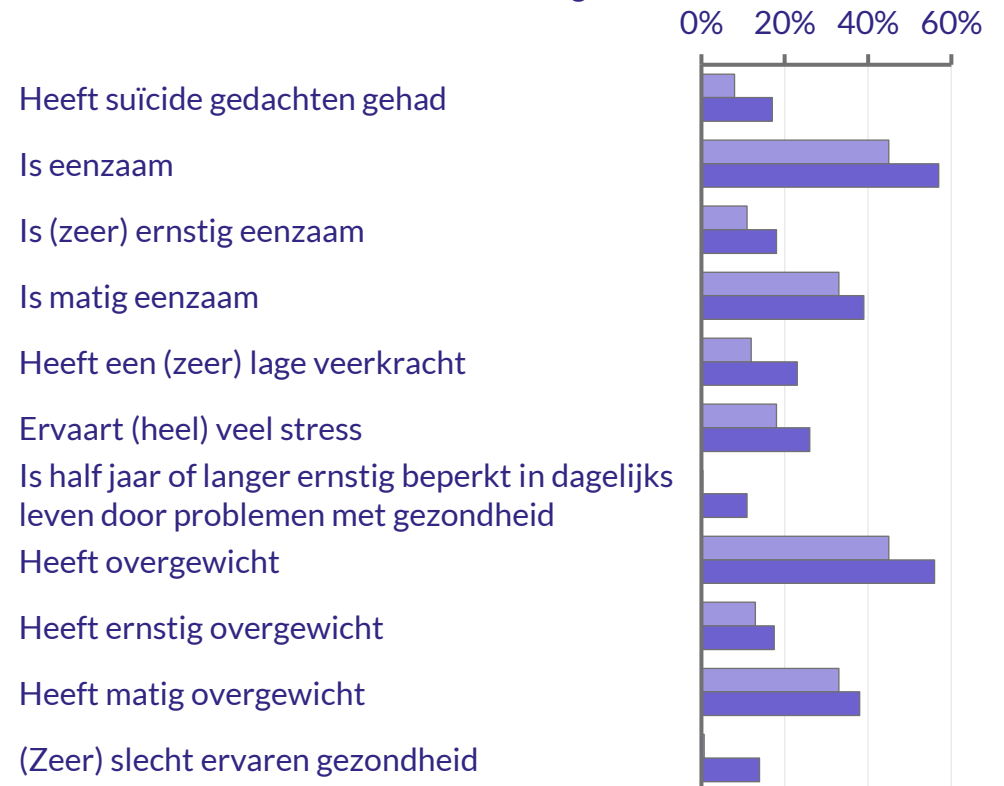
Volwassenen en ouderen (18+) met chronische aandoening¹ [Percentage, GGD-regio KL², 2022]

- Geen chronische aandoening
- Minimaal één chronische aandoening



Ervaren welzijn en gezondheid volwassenen (18+) [Percentage, GGD-regio Kennemerland², 2022]

- Geen chronische aandoening
- Minimaal één chronische aandoening



1) In vragenlijst aangegeven met ja/nee op de vraag 'heeft u één of meer langdurige ziekten of aandoeningen?' Langdurig is (naar verwachting) 6 maanden of langer

2) Let op, exclusief Castricum

Bron: GGD gezondheidsmonitors Volwassenen en ouderen (2022)

Agenda

Samenvatting en conclusies

A. Kenmerken van de regio

1. Demografie
2. Sociale factoren
3. Gezondheid en leefstijl

4. IZA-doelgroepen

- A. Mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden
- B. Mensen met psychische klachten
- C. Mensen met (risico op) kanker
- D. Mensen met (risico op) hart- en vaatziekten

E. Ouderen met een kwetsbare gezondheid

F. (Zorgprofessionals)

5. Fysieke omgeving
6. Arbeidsmarkt
- B. Zorg in de regio (per sector)
- C. Regionale samenwerking

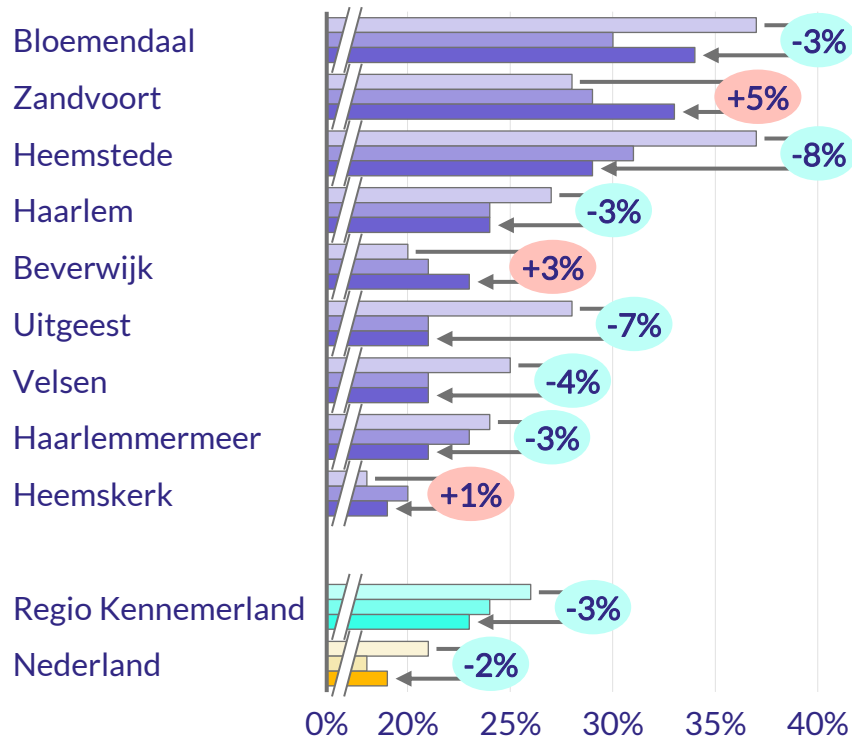
Bijlagen

65-plussers zijn minder gaan drinken en meer gaan voldoen aan de beweegrichtlijn, percentages zijn boven landelijk gemiddelde

Drinkt overmatig (richtlijn 2006)

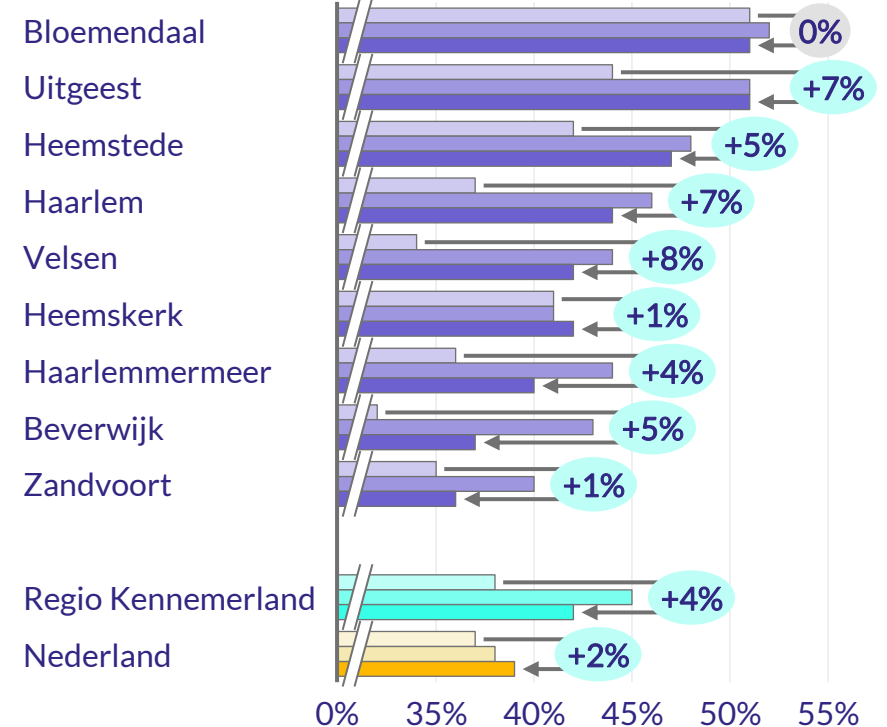
[% 65-plussers, 2016-2022, GGD-regio Kennemerland¹]

2016 2022
2020



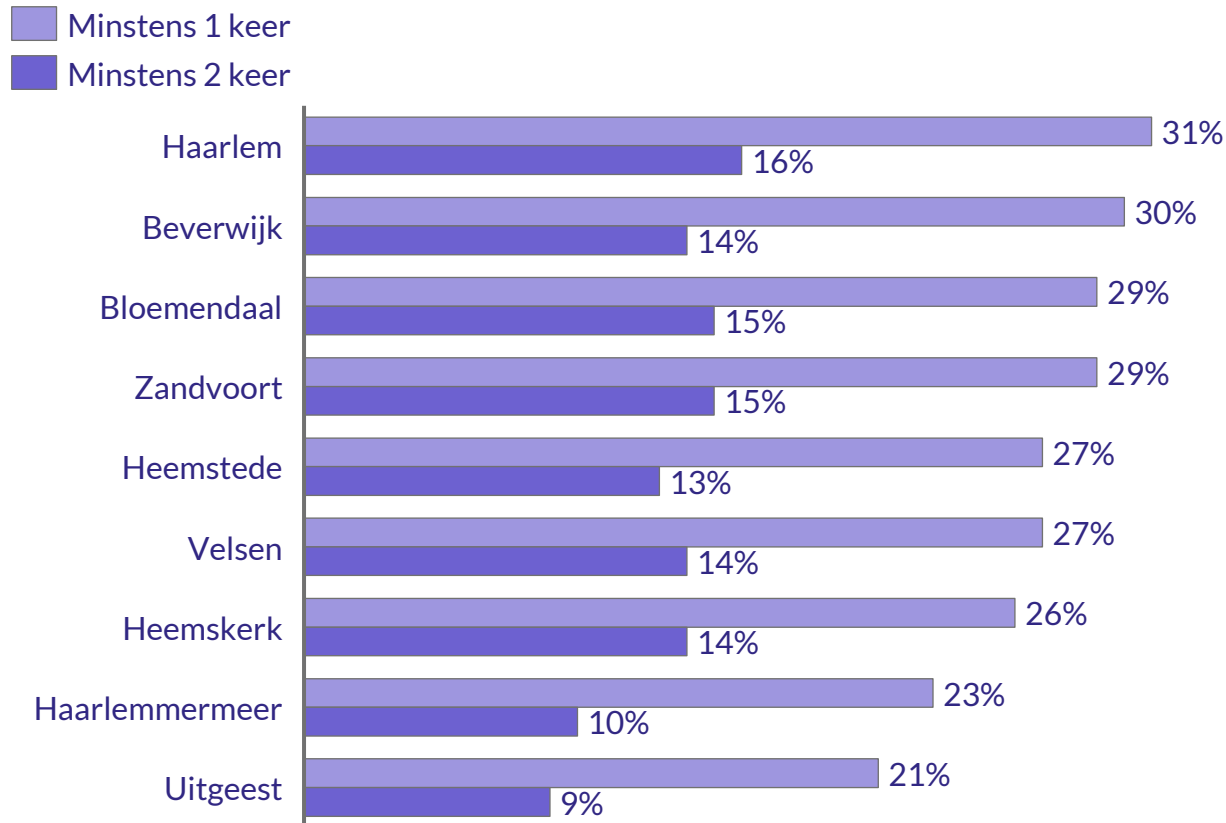
Voldoet aan beweegrichtlijn (2017)

[% 65-plussers, 2016-2022, GGD-regio Kennemerland¹]



Ziekenhuisopnamen na valongevallen bij 65-plussers komen vaker voor in Kennemerland dan in Nederland

Aantal ouderen (65-plussers) in GGD-regio Kennemerland¹ dat afgelopen jaar is gevallen
[% 65-plussers, 2020, GGD-regio Kennemerland¹]

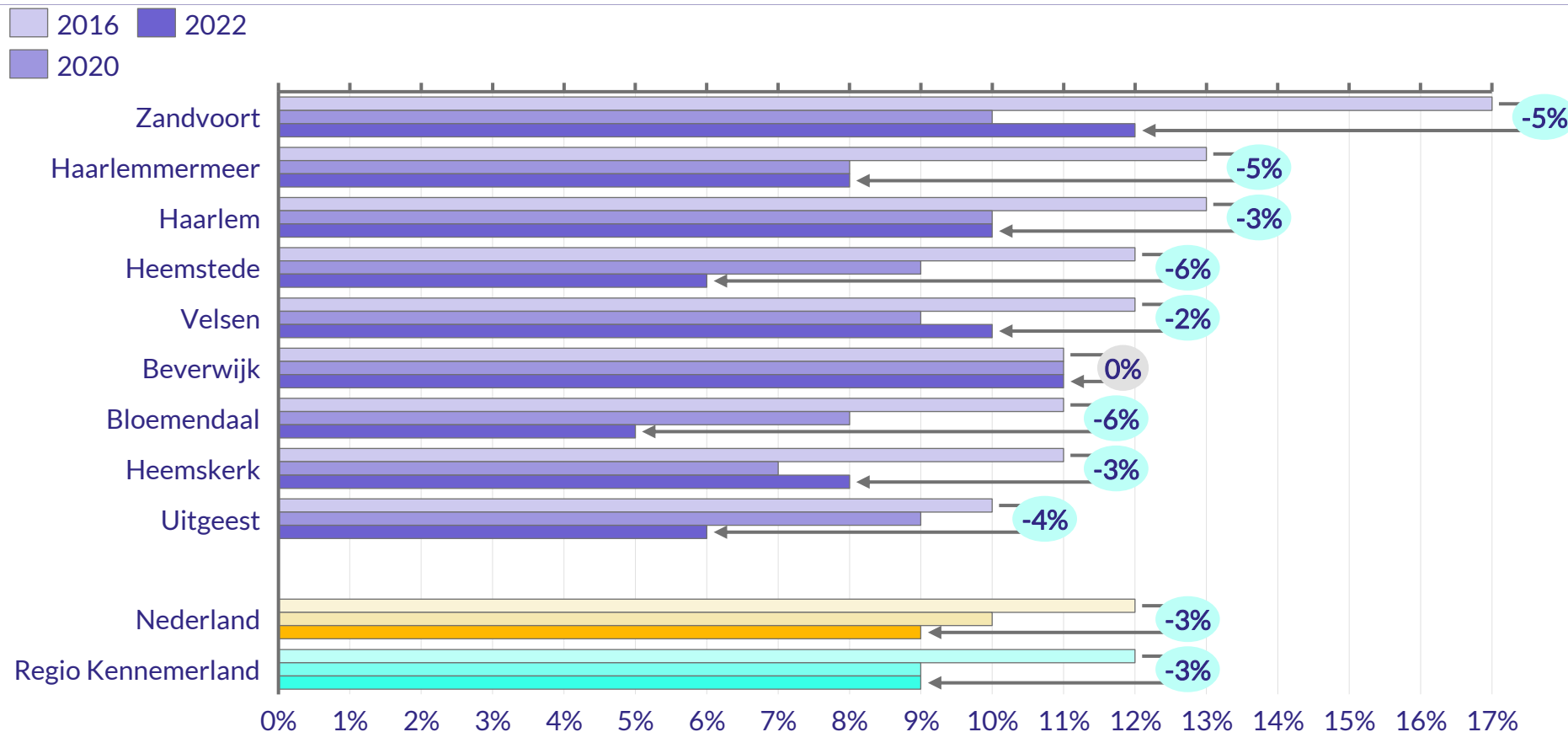


Gemiddeld leidt in Kennemerland¹ 1,6% van de valongevallen van 65-plussers tot een ziekenhuisopname, in Nederland is dit percentage 1,4%

Het percentage rokende 65-plussers in Kennemerland is de afgelopen jaren fors afgenomen

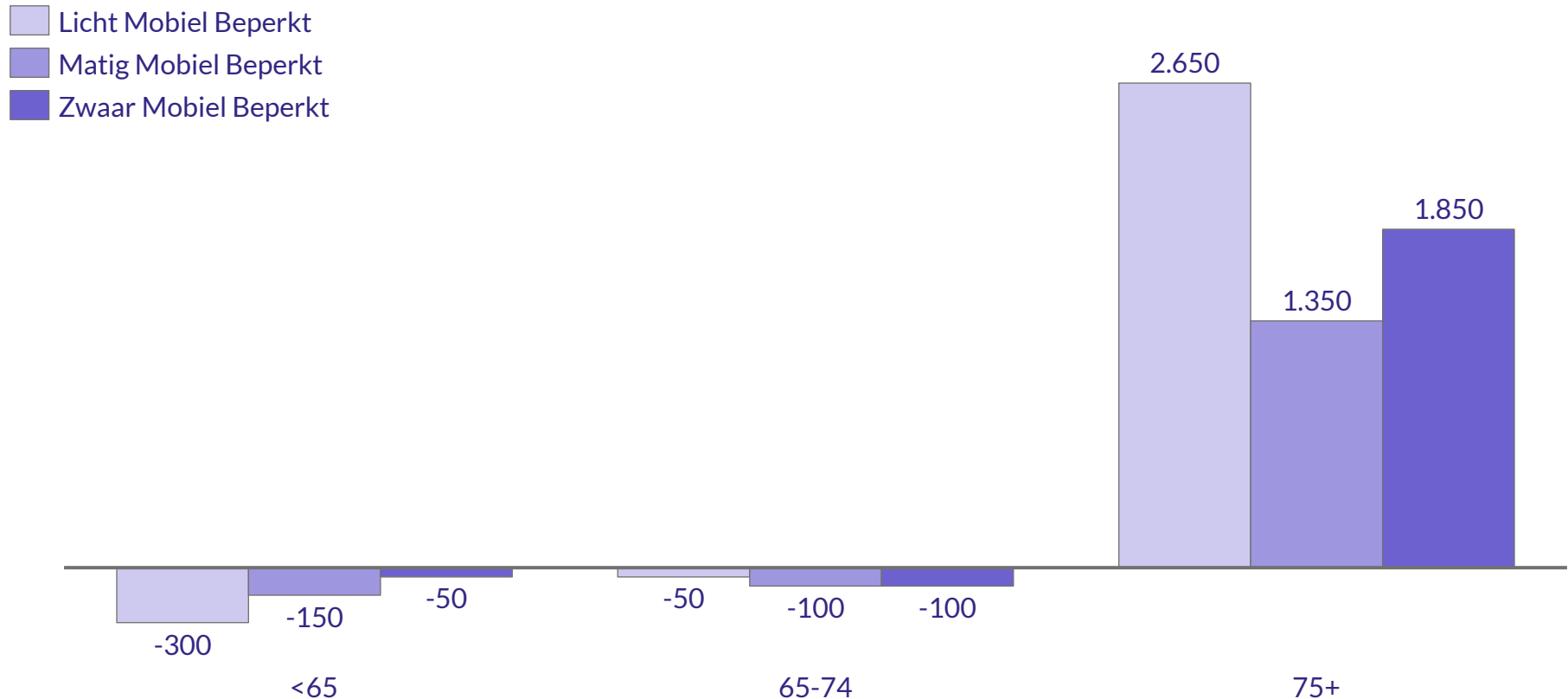
Percentage rokende ouderen in GGD-regio Kennemerland¹

[% 65-plussers, GGD-regio Kennemerland¹, 2016-2022]



Het aantal huishoudens van 75-plussers met een mobiele beperking neemt in de periode 2021-2040 fors toe

Ontwikkeling huishoudens naar leeftijd en mobiliteitsbeperking [Aantallen, Kennemerland, 2021-2040]



Agenda

Samenvatting en conclusies

A. Kenmerken van de regio

1. Demografie
2. Sociale factoren
3. Gezondheid en leefstijl

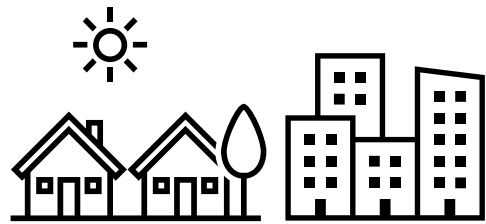
4. IZA-doelgroepen

- A. Mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden
- B. Mensen met psychische klachten
- C. Mensen met (risico op) kanker
- D. Mensen met (risico op) hart- en vaatziekten
- E. Ouderen met een kwetsbare gezondheid

F. (Zorgprofessionals)

5. Fysieke omgeving
6. Arbeidsmarkt
- B. Zorg in de regio (per sector)
- C. Regionale samenwerking

Bijlagen



5. Fysieke omgeving

Agenda

Samenvatting en conclusies

A. Kenmerken van de regio

1. Demografie
2. Sociale factoren
3. Gezondheid en leefstijl
4. IZA-doelgroepen

5. Fysieke omgeving

6. Arbeidsmarkt

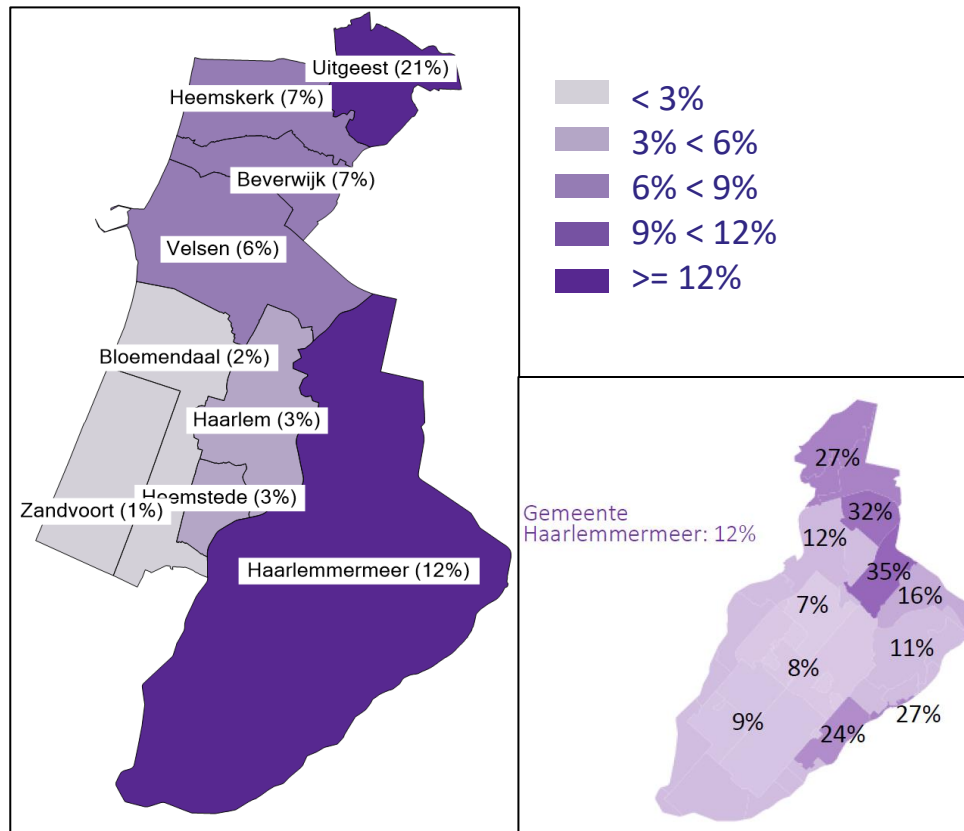
B. Zorg in de regio (per sector)

C. Regionale samenwerking

Bijlagen

In de regio Kennemerland plus zorgt vliegverkeer voor ernstige geluidshinder

Ernstige geluidshinder vliegverkeer [% volwassenen en ouderen in de gemeenten, 2020, GGD-regio Kennemerland¹]



Toelichting

- De ernstige geluidshinder Castricum is 21%
- Lokaal bestaat grote variatie in geluidshinder door vliegverkeer, met name in Haarlemmermeer
- Slaapverstoring zal in de toekomst afnemen i.v.m. de waarschijnlijke stop van nachtvluchten op Schiphol binnen 2 jaar
- Ernstige geluidshinder is geassocieerd met nadelige gevolgen voor de gezondheid²

1) Let op, exclusief Castricum

2) WHO, environmental noise guidelines for the European Region, 2019 (<https://www.who.int/europe/publications/i/item/9789289053563>)

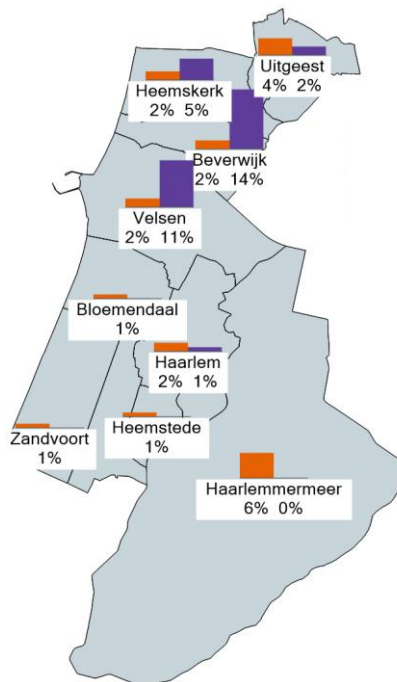
Bron: GGD gezondheidsmonitors Volwassenen en ouderen (2020)

In de regio Kennemerland plus is er lokaal bezorgdheid vanwege de invloed van bedrijven/industrie en vliegveld op de eigen gezondheid

Ernstige stof/roet/rookhinder

[% volwassenen en ouderen in de gemeenten¹, 2020]

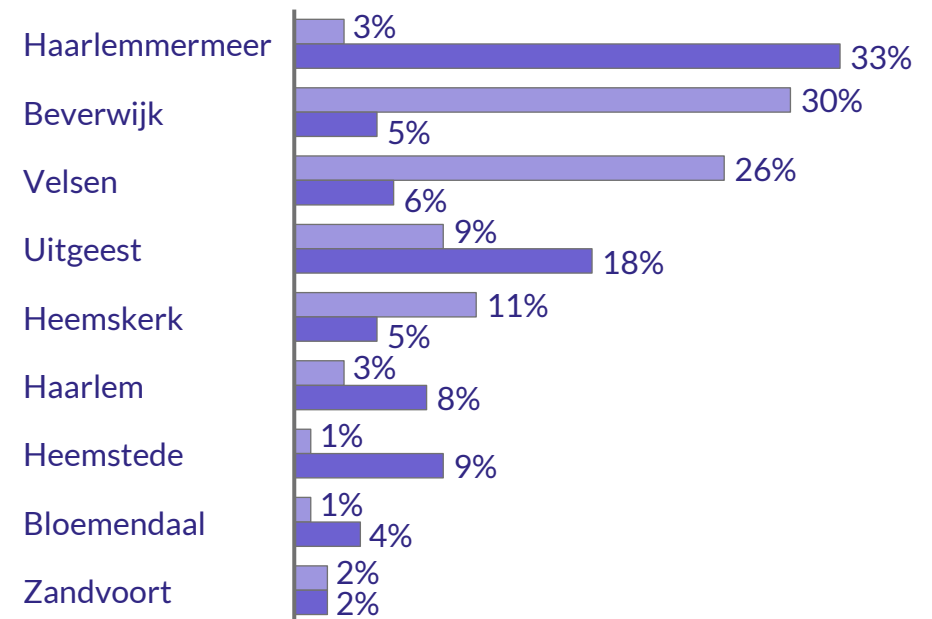
- Vliegverkeer
- Bedrijven/industrie

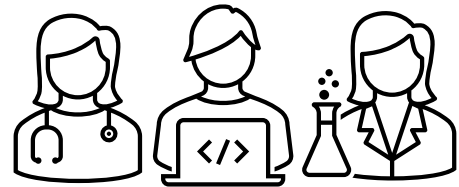


Bezorgd over eigen gezondheid

[% volwassen & ouderen, 2020]

- Bedrijven/industrie
- Vliegveld





6. Arbeitsmarkt

Agenda

Samenvatting en conclusies

A. Kenmerken van de regio

1. Demografie
2. Sociale factoren
3. Gezondheid en leefstijl
4. IZA-doelgroepen
5. Fysieke omgeving

6. Arbeidsmarkt

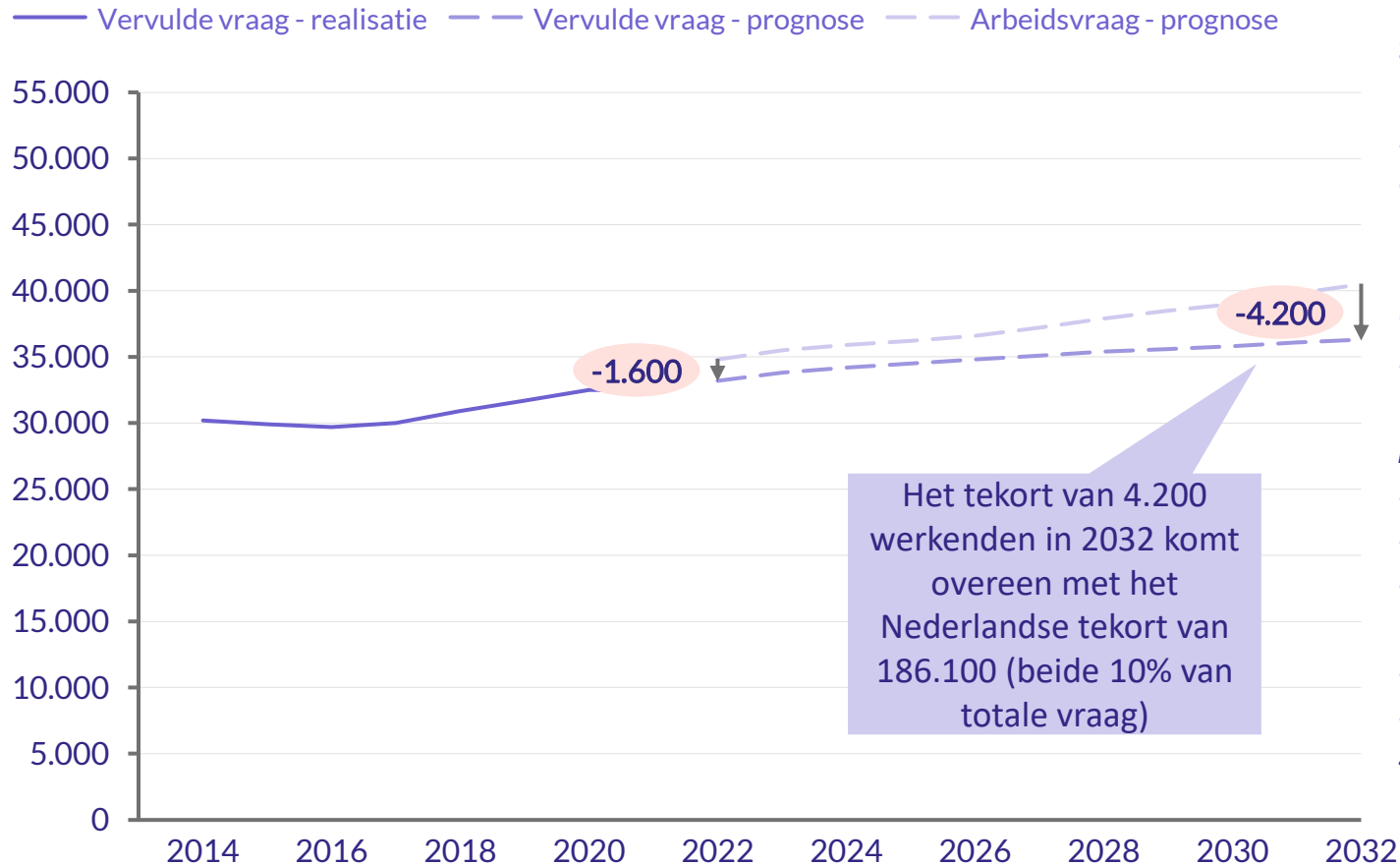
B. Zorg in de regio (per sector)

C. Regionale samenwerking

Bijlagen

Het prognosemodel Zorg en Welzijn voorspelt een toenemende krapte in de vraag naar personeel

Prognoses vraag naar personeel versus vervulde vraag – Regio Kennemerland [Aantal werkenden/functies, referentiescenario ABF, zorgkantoorregio Kennemerland, 2014-2032]

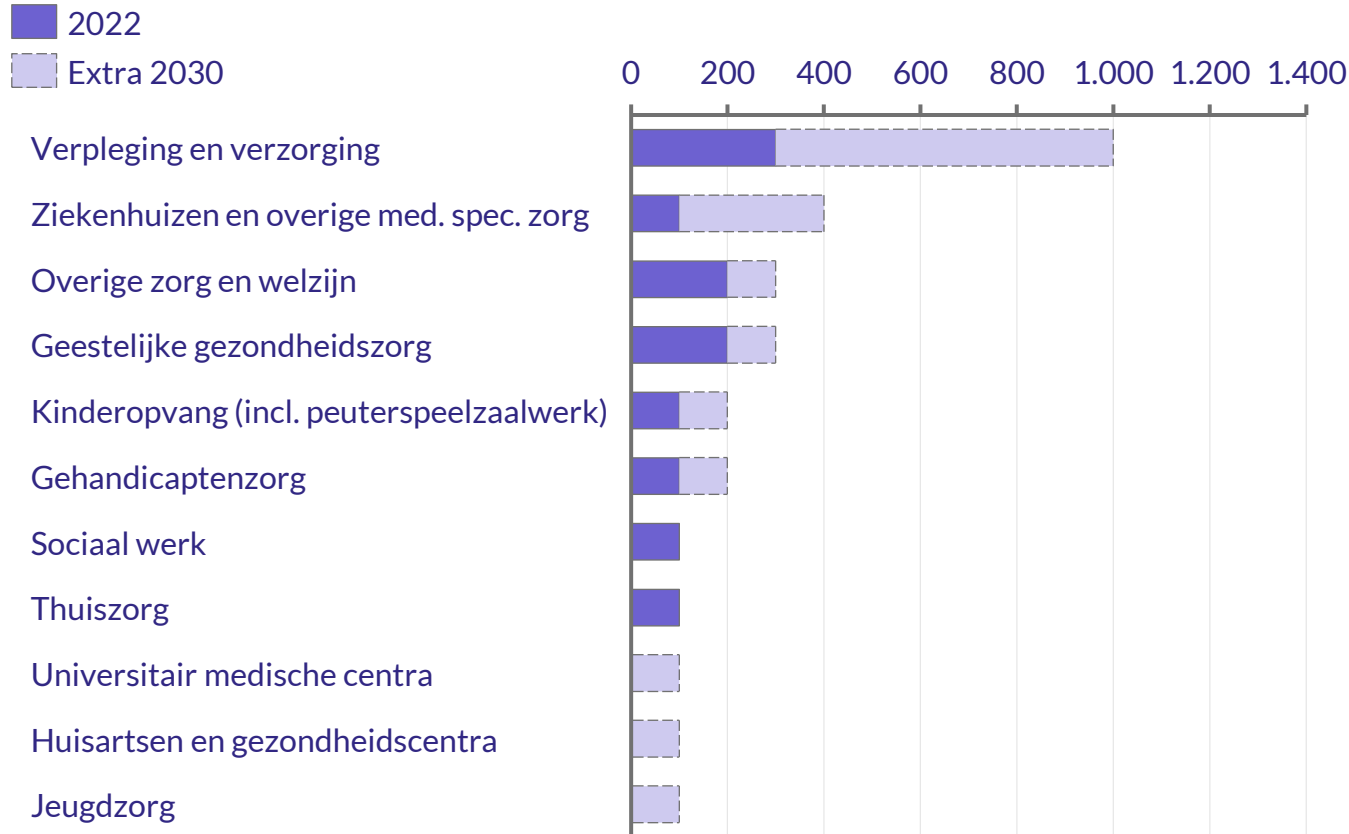


Toelichting

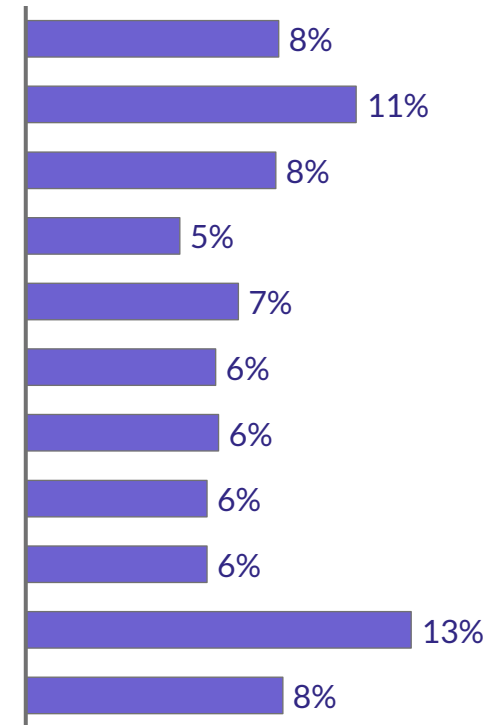
Sigra: “Zorg- en welzijnsorganisaties lijken momenteel in een vicieuze cirkel van toenemende werkdruk, uitval en uitstroom te belanden. Met het oog op de zorgvraagontwikkeling richting de toekomst lijkt het ‘oplossen van het personeelstekort’ niet meer mogelijk met alleen meer instroom, doorstroom en behoud van medewerkers. Daarmee ligt ook de oplossing niet meer binnen de invloedssfeer van alleen zorgorganisaties”

Het arbeidstekort in de V&V is momenteel al hoog en zal verder stijgen, tekort neemt in kleine branches relatief gezien harder toe

Arbeidstekort in aantal personen per branche
[2022 en 2030, zorgkantoorregio Kennemerland]



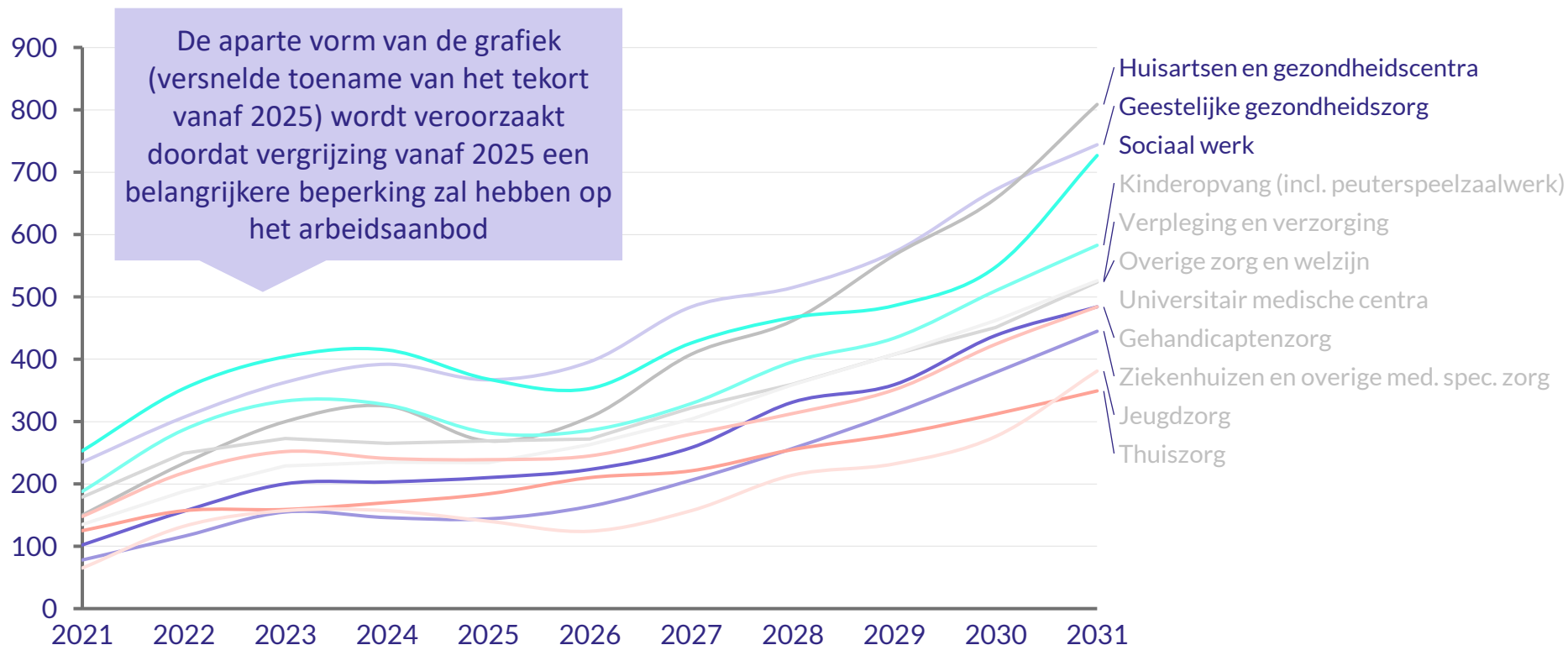
Arbeidstekort 2030 t.o.v. totaal aantal werkenden in branche



De arbeidsmarktspanning zal binnen de huisartsen en gezondheidscentra, de GGZ en sociaal werk het grootste worden

Prognose arbeidsmarktspanning per branche – Regio Kennemerland

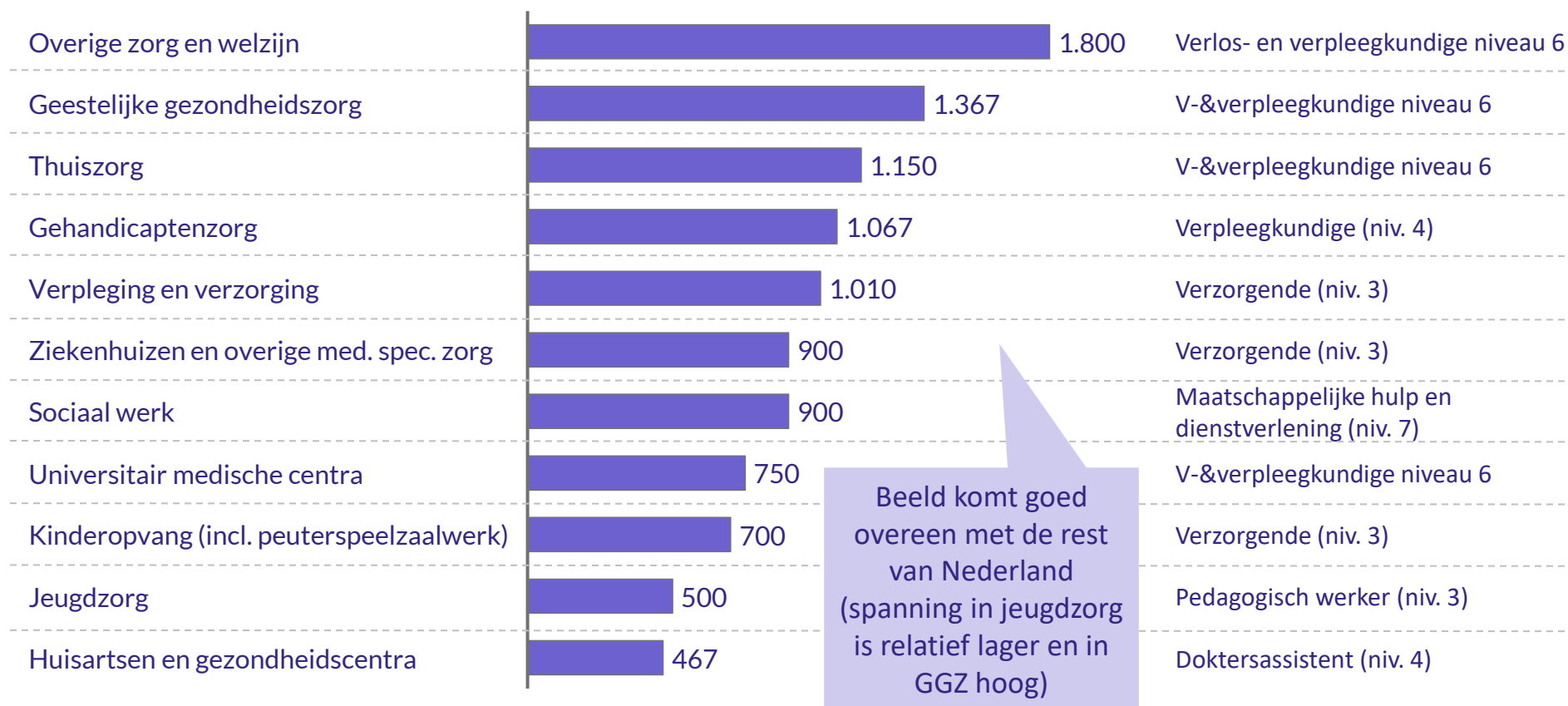
[Aantal vacatures per 100 werkzoekenden, referentiescenario ABF, zorgkantoorregio Kennemerland]



De grootste arbeidsmarktspanning wordt verwacht voor verpleegkundigen

Hoogste spanningsindicator per branche^{1,2} [Aantal vacatures per 100 werkzoekenden, referentiescenario, zorgkantoor Kennemerland, 2031]

Functie met hoogste spanningsindicator in branche³



1) Branche opgebouwd uit medewerkers uit verschillende beroepsgroepen zoals verzorgende, verpleegkundige, pedagogiek, etc.

2) De spanningsindicator luidt bij 100 of meer vacatures per werkzoekenden al 'Zeer Krap'

3) Voor veel meer functies dan alleen verpleegkundigen niveau 6 geldt een voorspeld tekort in veel branches tegelijk

Bron: Prognosemodel Zorg en Welzijn, analyse Gupta Strategists

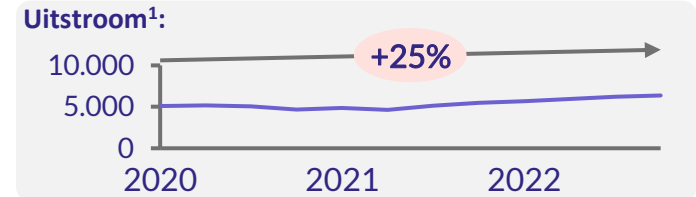
Grootste knelpunten in de arbeidsmarkt zijn toename uitstroom, ziekteverzuim en hoge werkdruk; ook regiospecifieke knelpunten

Knelpunten rondom arbeidsmarkt zorg en welzijn



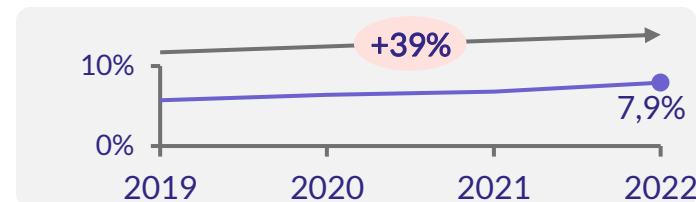
Toename uitstroom

De werkgelegenheidsgroei van de sector zorg en welzijn neemt af. De uitstroom van personeel neemt sinds 2021 weer toe en ligt nog net onder het aantal instromers



Toename ziekteverzuim

Het **zieketeverzuim** van personeel binnen de sector zorg en welzijn neemt de afgelopen jaren landelijk toe



Hoge werkdruk

Zorgpersoneel ervaart een (veel te) hoge **werkdruk** en ervaart ook een toename van de werkdruk

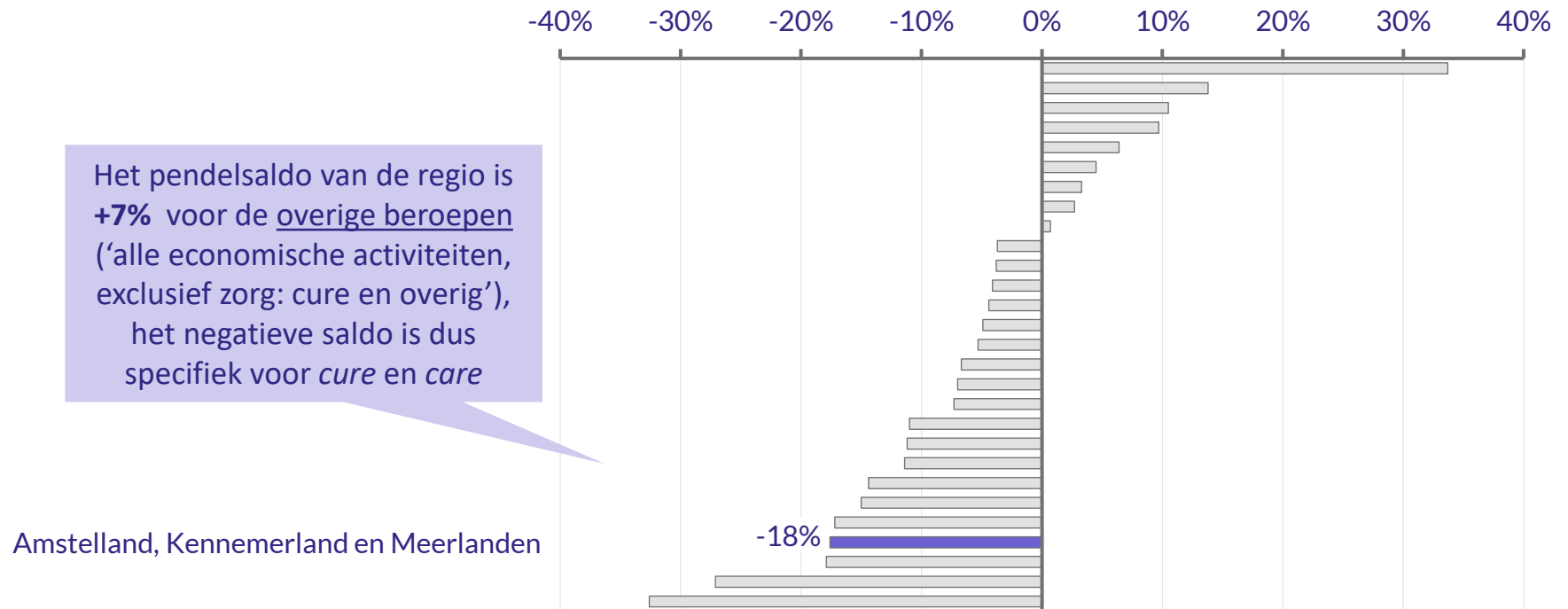


Regionale aandachtspunten

Er zijn verschillende andere knelpunten rondom de arbeidsmarkt binnen zorg en welzijn binnen Kennemerland, zoals: i) de prevalentie van VVT-instellingen en de bijbehorende vraag naar specifiek personeel; ii) het negatieve pendelsaldo van werknemers in cure en overig (in december 2020 is in de regio Amstelland, Kennemerland en de Meerlanden 33,2% inkomende en 52,5% uitgaande binnenlandse pendel, saldo van -17,5%); iii) de vergrijzing binnen de huidige werknemers

Er wonen in Kennemerland relatief veel zorgprofessionals die buiten de regio werken

Pendelsaldo¹ per Arbeidsmarkt Zorg en Welzijn (AZW)-branche [% inkomende minus uitgaande binnenlandse pendel, arbeidsmarkt 'zorg: cure en care', 2021 december*, RegioPlus-arbeidsmarktregio² Amstelland, KL en de Meerlanden]



1) Het pendelsaldo betreft het percentage inkomende binnenlandse pendel minus uitgaande binnenlandse pendel en geeft aan hoeveel werkenden naar de regio toe of uit de regio forenzen

2) Nederland telt 28 RegioPlus-arbeidsmarktregio's, de regio Kennemerland plus valt binnen Amstelland, Kennemerland en Meerlanden

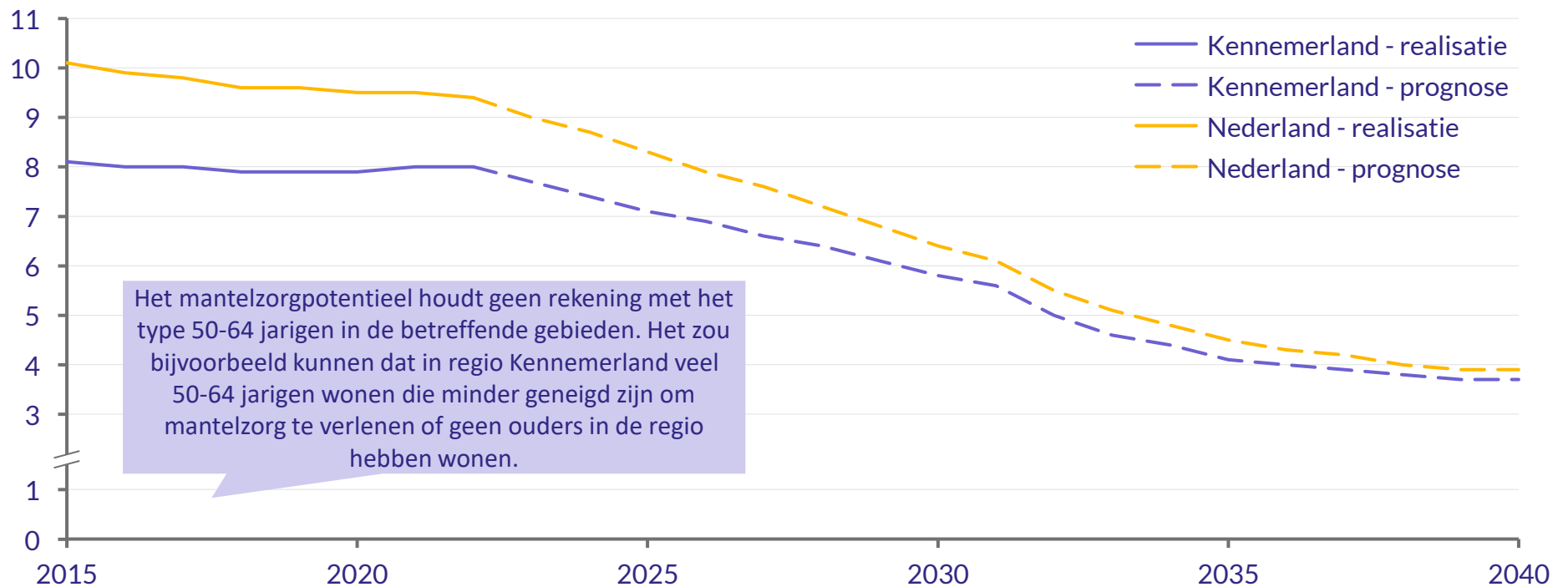
* Voorlopige cijfers

Bron: CBS Statline

Het mantelzorgpotentieel is in regio Kennemerland lager dan in Nederland

Prognose mantelzorgpotentieel in Kennemerland en Nederland¹

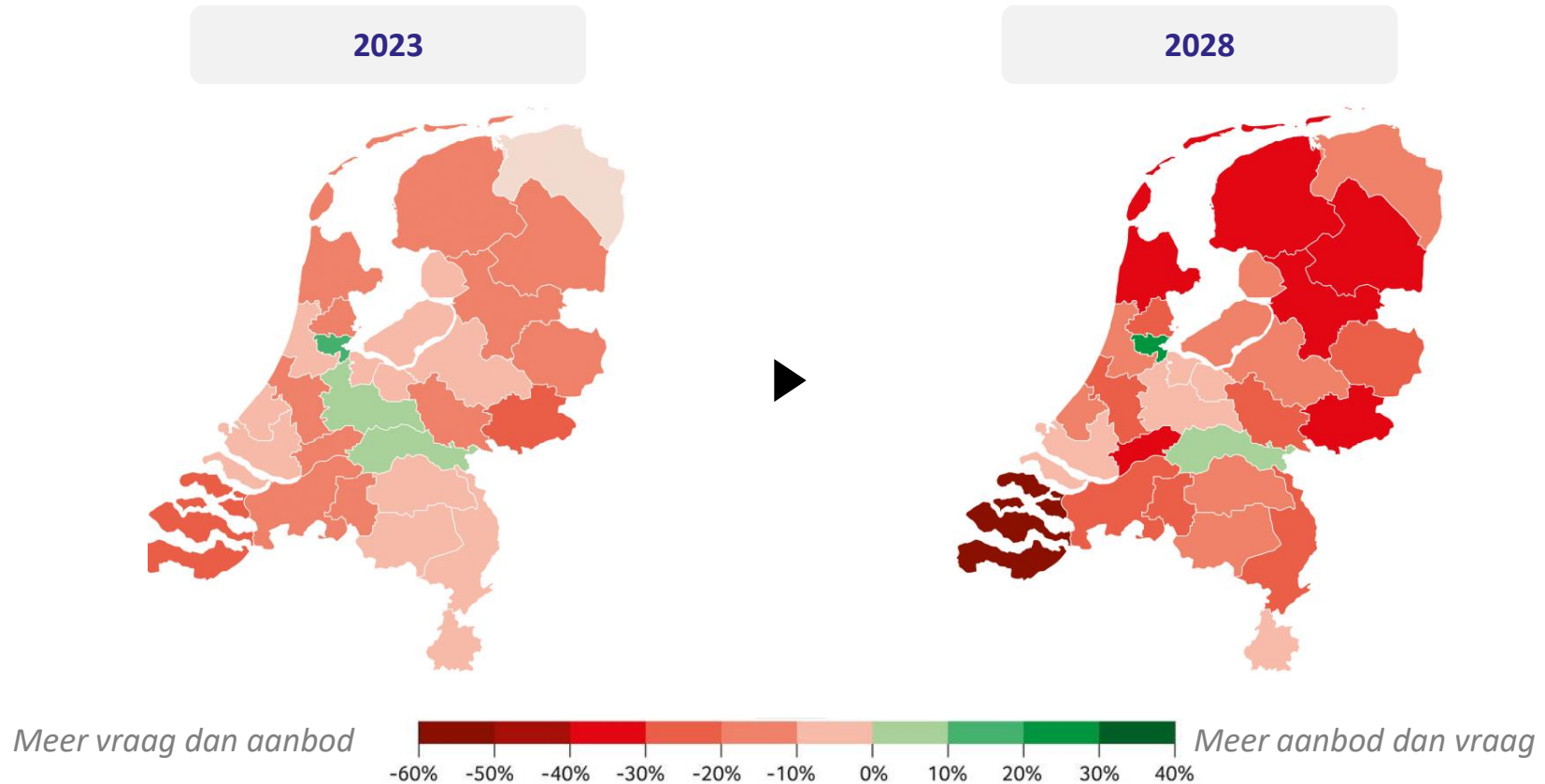
[Aantal 50-64 jarigen t.o.v. 85-plussers, zorgkantorregio Kennemerland]



De verwachting is dat het huisartsentekort in Kennemerland plus toe gaat nemen

Mismatch tussen vraag en aanbod in huisartsenzorg

[Prognoses voor 2023 en 2028 opgesteld in 2018, zorgvraag vs. zorgaanbod per AZW-regio]



De gemiddelde leeftijd van de zorgprofessionals in Kennemerland, Amstelland en de Meerlanden is in alle branches hoger dan gemiddeld

Gemiddelde leeftijd per branche

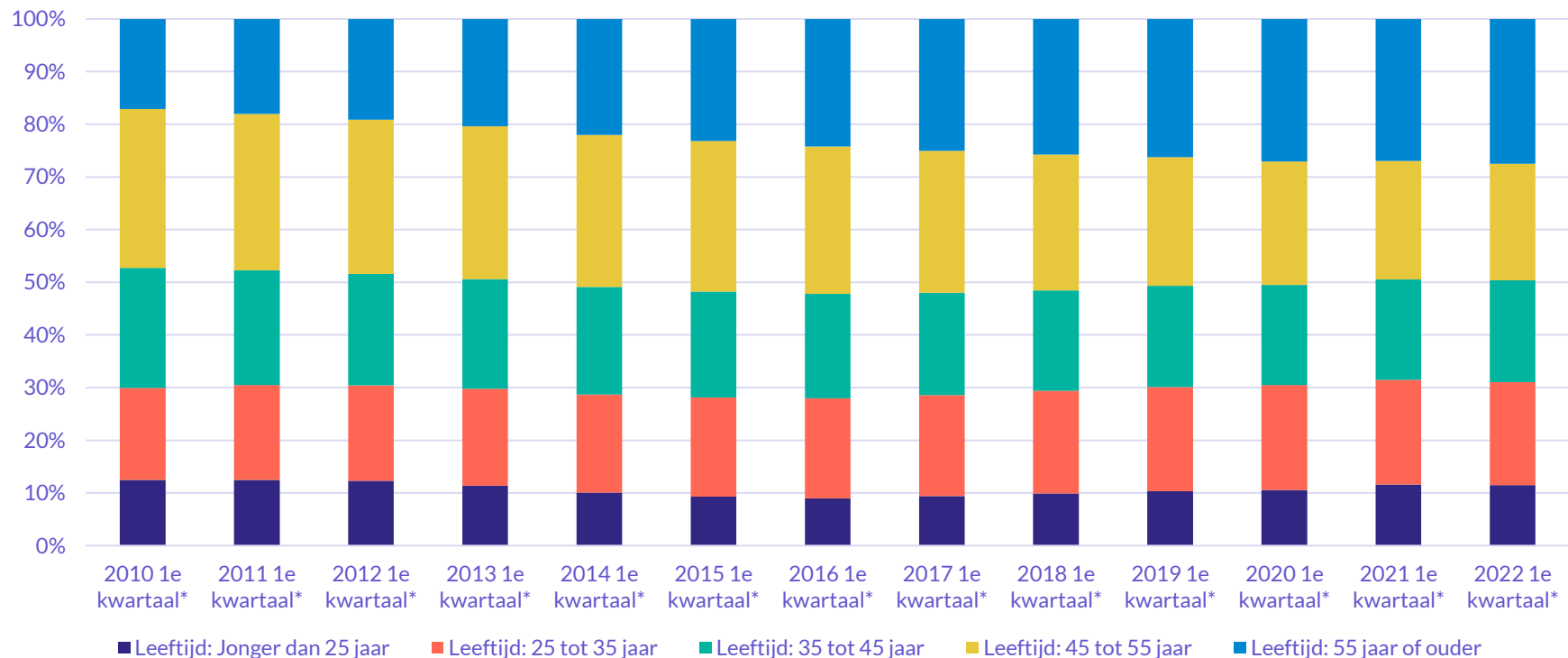
[Jaren gemiddeld, regio Kennemerland, Amstelland en de Meerlanden en Nederland]

| Branche | Regio KAM | Nederland |
|---------------------------------|-----------|-----------|
| Universitair medische centra | 42,8 | 40,8 |
| Ziekenhuizen en overige MSZ | 45,0 | 43,0 |
| Geestelijke gezondheidszorg | 44,4 | 41,9 |
| Huisartsen en gezondheidscentra | 46,9 | 43,5 |
| Overige zorg en welzijn | 43,8 | 41,7 |
| VVT | 44,3 | 43,7 |
| Gehandicaptenzorg | 42,5 | 40,9 |
| Jeugdzorg | 41,1 | 39,4 |
| Sociaal werk | 43,8 | 42,4 |
| Kinderopvang | 37,6 | 36,2 |

De leeftijdssamenstelling van de zorg- en welzijnsmedewerkers bestaat de laatste jaren voor een groter deel uit 55-plussers

Aantal medewerkers Zorg en Welzijn breed

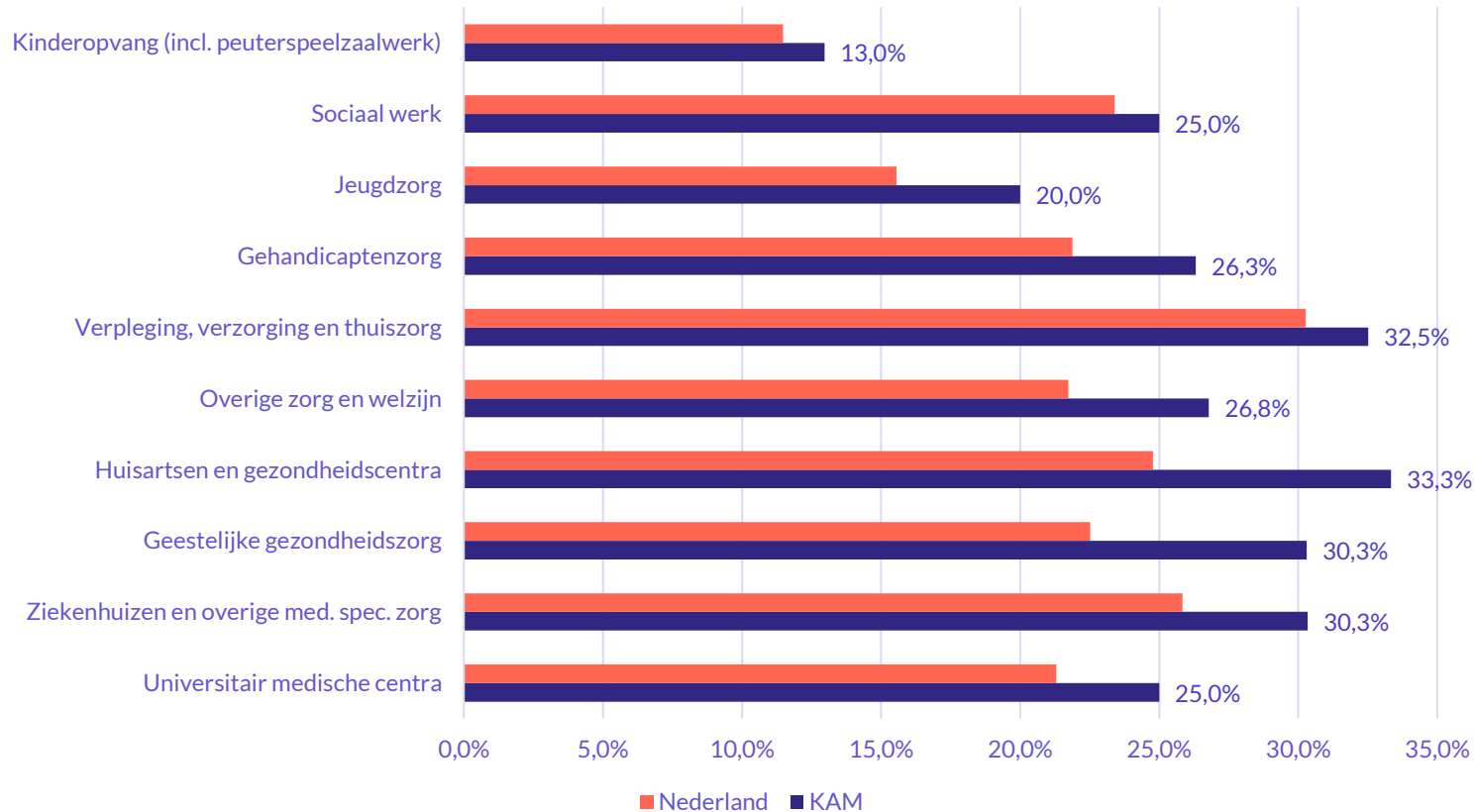
[Aantal x1.000, regio Kennemerland, Amstelland en de Meerlanden en Nederland]



Het percentage 55-plussers per branche is in Kennemerland, Amstelland en de Meerlanden hoger dan gemiddeld

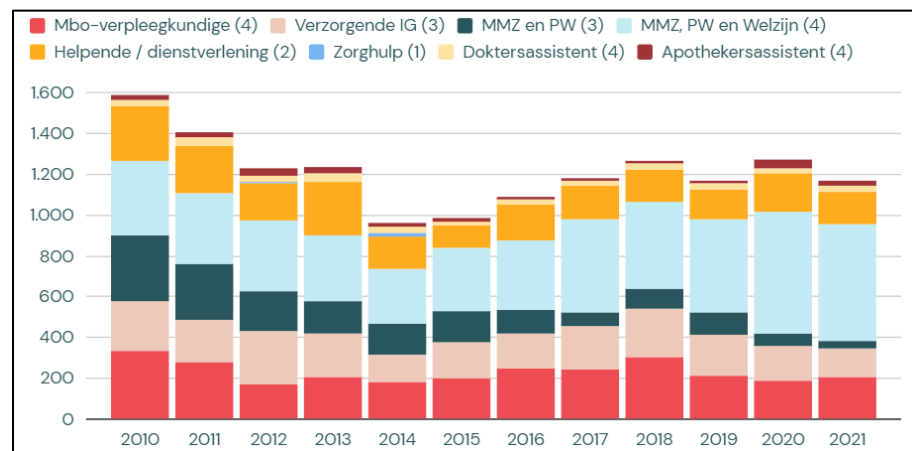
Percentage 55-plussers per branche

[%, regio Kennemerland, Amstelland en de Meerlanden en Nederland]

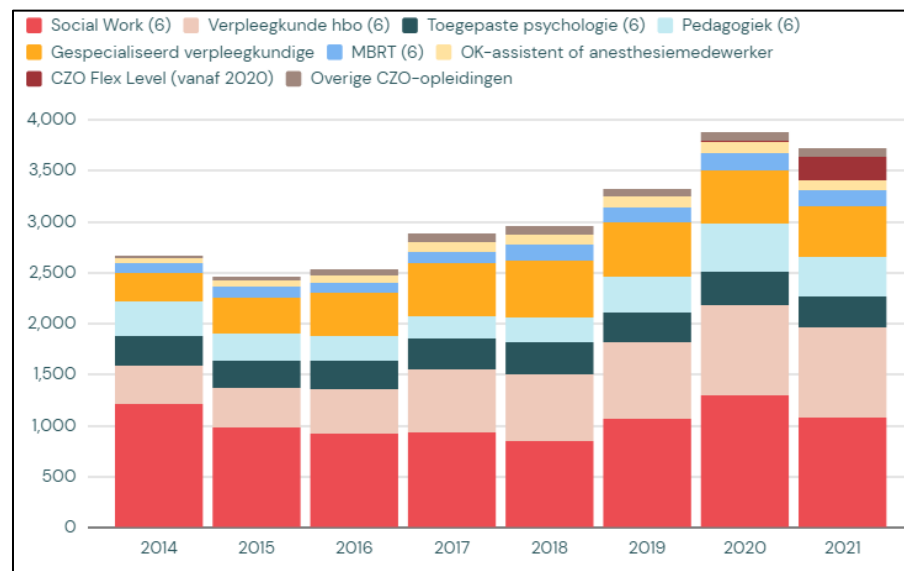


De instroom aan zorg- en welzijnsonderwijs nam tot 2014 af, nam de jaren daarna flink toe en stagneert enigszins sinds 2021

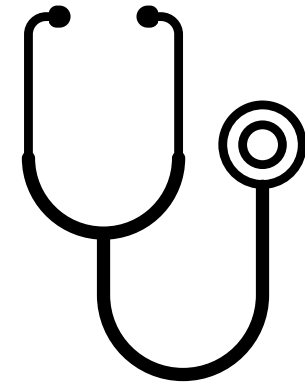
Instroom¹ mbo regio Kennemerland, Amstelland en de Meerlanden [Instroom aan het ROC Nova college]



Instroom¹ hbo Zorg & Welzijnsopleidingen [Instroom aan HvA, Inholland en Amstel Academie]



B. Zorg in de regio (per sector)



Agenda

Samenvatting en conclusies

A. Kenmerken van de regio

B. Zorg in de regio (per sector)

Zvw

7. Huisartsenzorg

8. Medisch specialistische zorg

9. Paramedische zorg

(Acute zorg) – onderdeel van het ROAZ-beeld

10. Geboortezorg

11. Geestelijke gezondheidszorg

12. Verpleeg- en verzorgingstehuizen en thuiszorg

13. Gehandicaptenzorg

14. Jeugdwet en Wmo

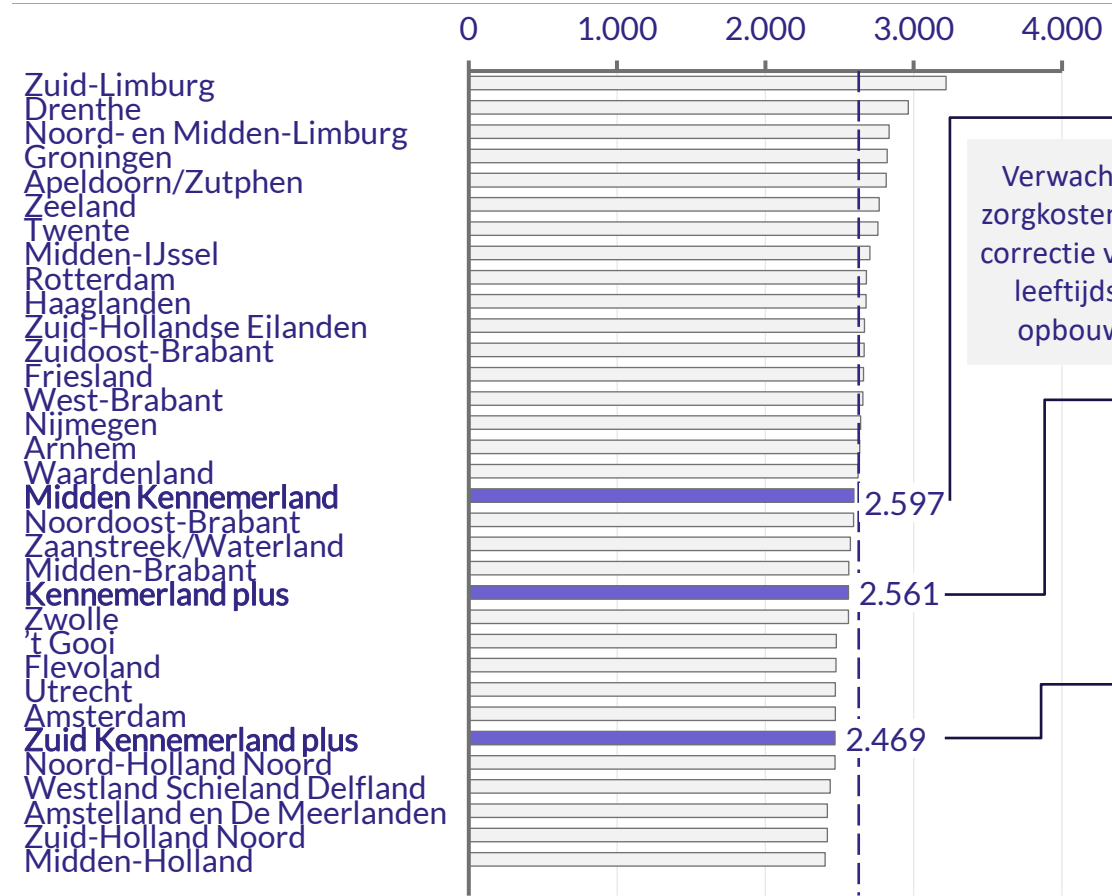
15. Preventie

C. Regionale samenwerking

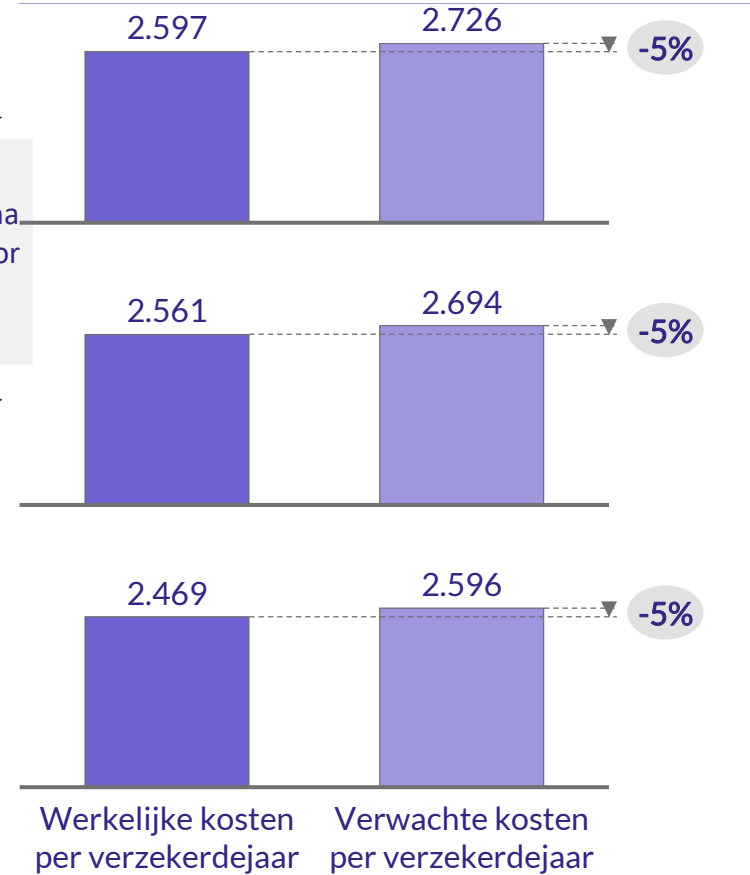
Bijlagen

Kennemerland plus heeft (na leeftijdscorrectie en zonder SES-correctie) relatief laag Zvw-gebruik per inwoner

Zvw-kosten per verzekerdejaar per zorgkantoorregio [2020, alle gedeclareerde kosten binnen de Zvw]



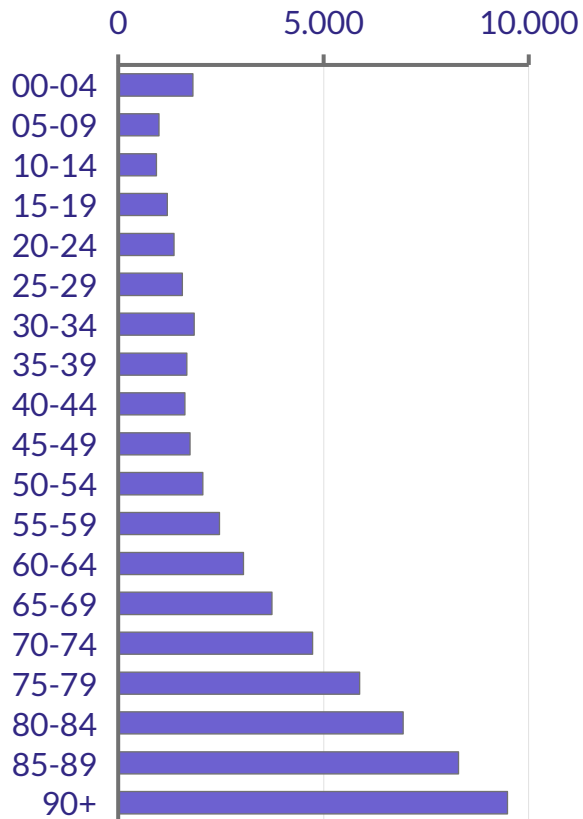
Werkelijke en verwachte Zvw-kosten per verzekerdejaar [2020]



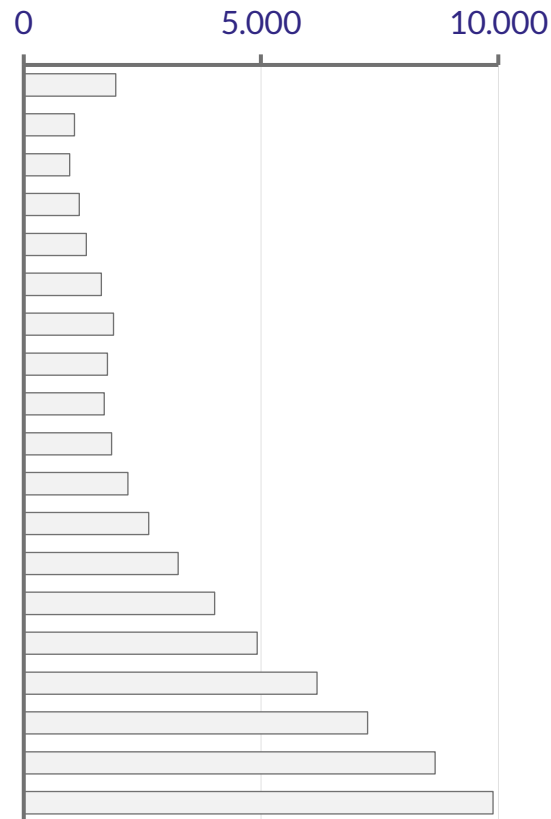
Verwachte zorgkosten na correctie voor leeftijdsopbouw

Het lagere Zvw-gebruik geldt voor vrijwel alle leeftijdsgroepen in Kennemerland plus

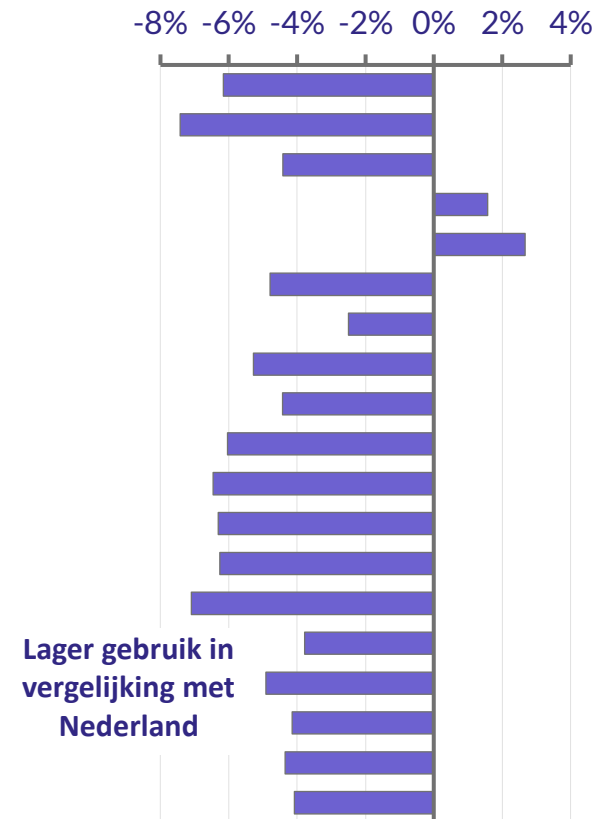
Gemiddelde Zvw-kosten per verzekerdejaar [EUR, 2020, KL plus]



Gemiddelde Zvw-kosten per verzekerdejaar [EUR, 2020, NL]



Gemiddeld¹ relatief verschil Zvw-kosten KL plus en NL [% , 2020]

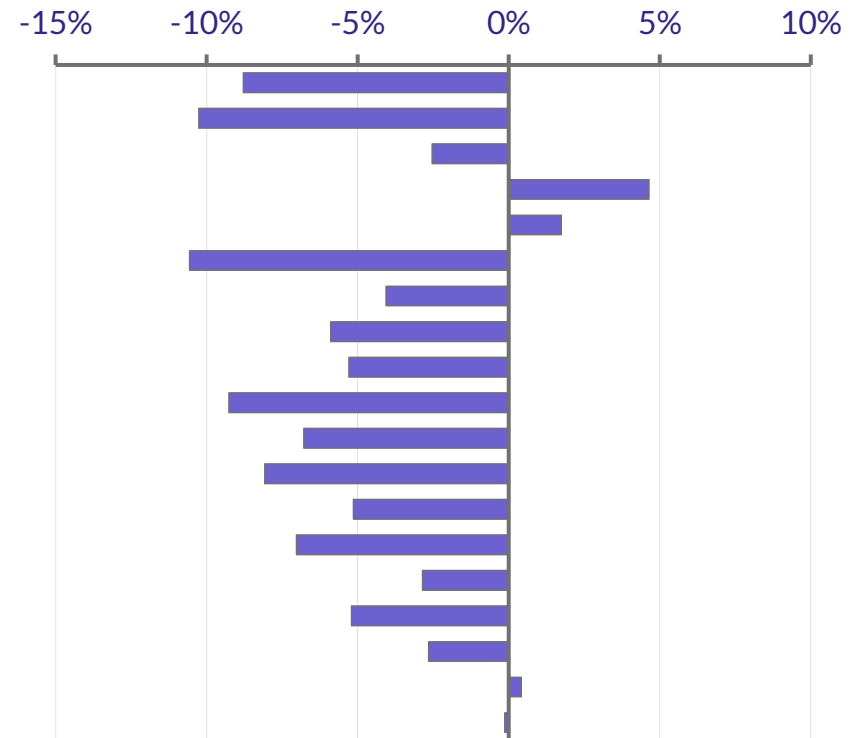


In Midden en Zuid Kennemerland plus is het verschil in Zvw-gebruik even groot (-5%), maar per leeftijdsgroep zijn er verschillen

Gemiddeld¹ relatief verschil Zvw-kosten Midden Kennemerland en NL [% , 2020]



Gemiddeld¹ relatief verschil Zvw-kosten Zuid Kennemerland plus en NL [% , 2020]

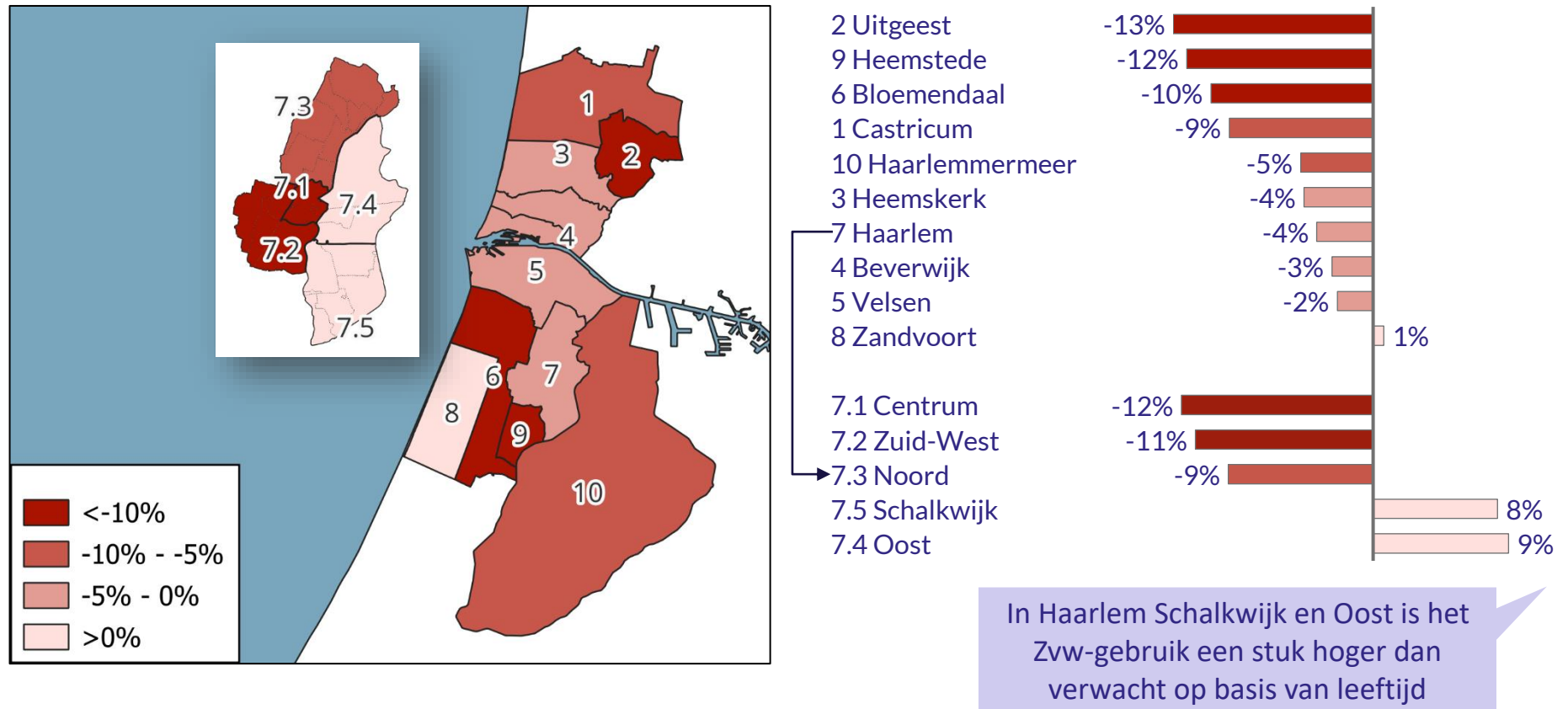


Beide subregio's hebben gemiddeld¹ **5% minder gebruik** dan verwacht kan worden o.b.v. leeftijdsamenstelling

Het gemiddelde gebruik Zvw is vooral in Castricum, Uitgeest, Bloemendaal en Heemstede lager dan elders in Nederland

Verskil in gebruik Zvw per verzekerdejaar t.o.v. NL

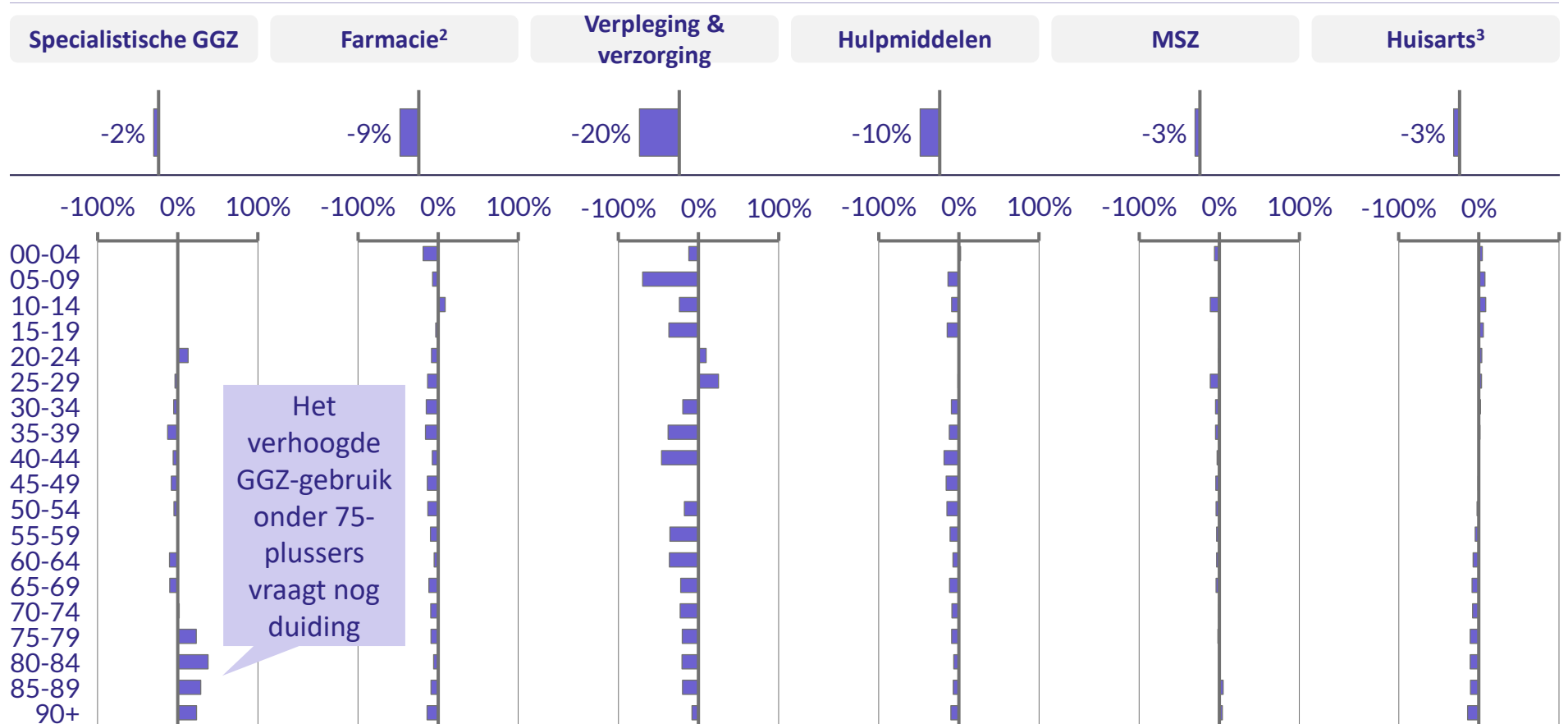
[Relatief verschil werkelijke kosten en verwachte kosten, 2020, Kennemerland plus]



In Kennemerland plus is lager zorggebruik in vrijwel alle zorgsoorten en leeftijdsgroepen, geriatrie juist meer dan verwacht (1/2)

Relatief verschil werkelijke en verwachte kosten per zorgsoort per leeftijdscategorie¹

[% afwijking werkelijke t.o.v. verwachte kosten, 2020, Kennemerland plus, verschillende soorten zorgsoorten]



1) Alleen leeftijdscategorieën getoond met totaal gebruik >10k EUR i.v.m. schijnnaauwkeurigheid

2) Kosten van farmaceutische hulp, inclusief honoraria en praktijkkosten apothekers, modulair farmaceutische hulp door apothekhoudende huisartsen en modulair scheiden van zorg en handel;

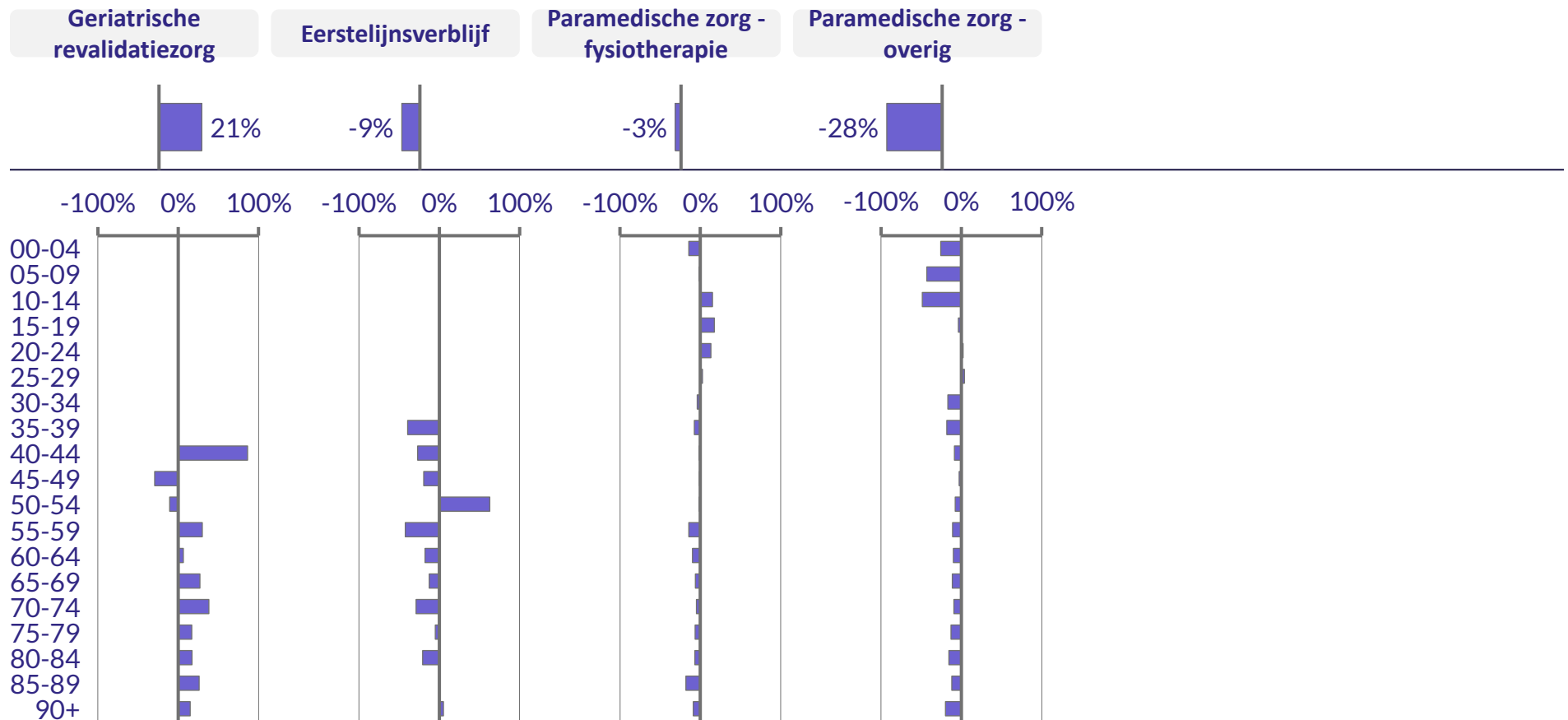
3) Kosten huisarts bedragen kosten voor consult, inschrijftarief, mdz en overig

Bron: Vektis Open Data, analyse Gupta Strategists

In Kennemerland plus is lager zorggebruik in vrijwel alle zorgsoorten en leeftijdsgroepen, geriatrie juist meer dan verwacht (2/2)

Relatief verschil werkelijke en verwachte kosten per zorgsoort per leeftijdscategorie¹

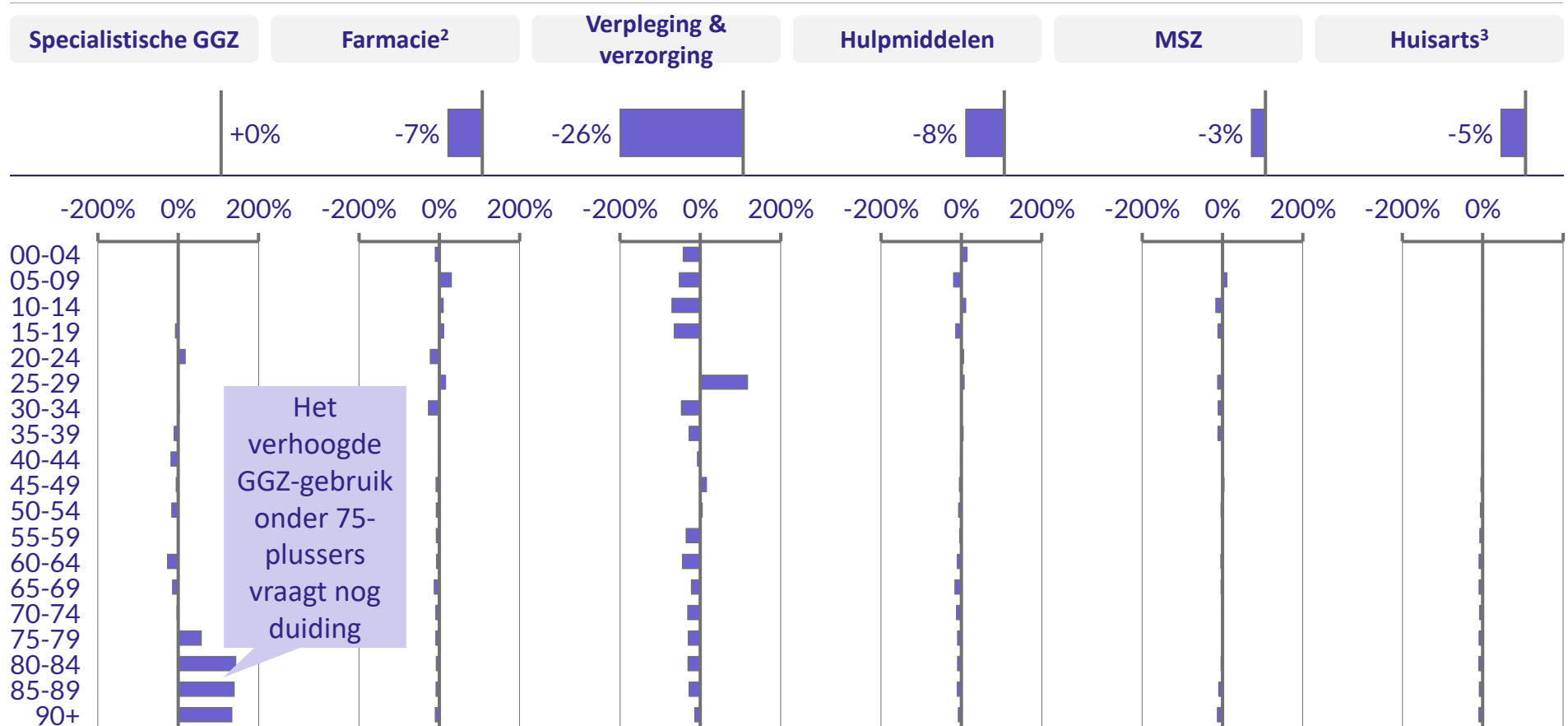
[% afwijking werkelijke t.o.v. verwachte kosten, 2020, Kennemerland plus, verschillende soorten zorgsoorten]



In Midden Kennemerland is vooral het gebruik verpleging & verzorging lager dan verwacht, geriatrische revalidatiezorg juist meer (1/2)

Relatief verschil werkelijke en verwachte kosten per zorgsoort per leeftijdscategorie¹

[% afwijking werkelijke t.o.v. verwachte kosten, 2020, Midden Kennemerland, verschillende soorten zorgsoorten]



1) Alleen leeftijdscategorieën getoond met totaal gebruik >10k EUR i.v.m. schijnnaauwkeurigheid

2) Kosten van farmaceutische hulp, inclusief honoraria en praktijkkosten apothekers, modulair farmaceutische hulp door apothekhoudende huisartsen en modulair scheiden van zorg en handel;

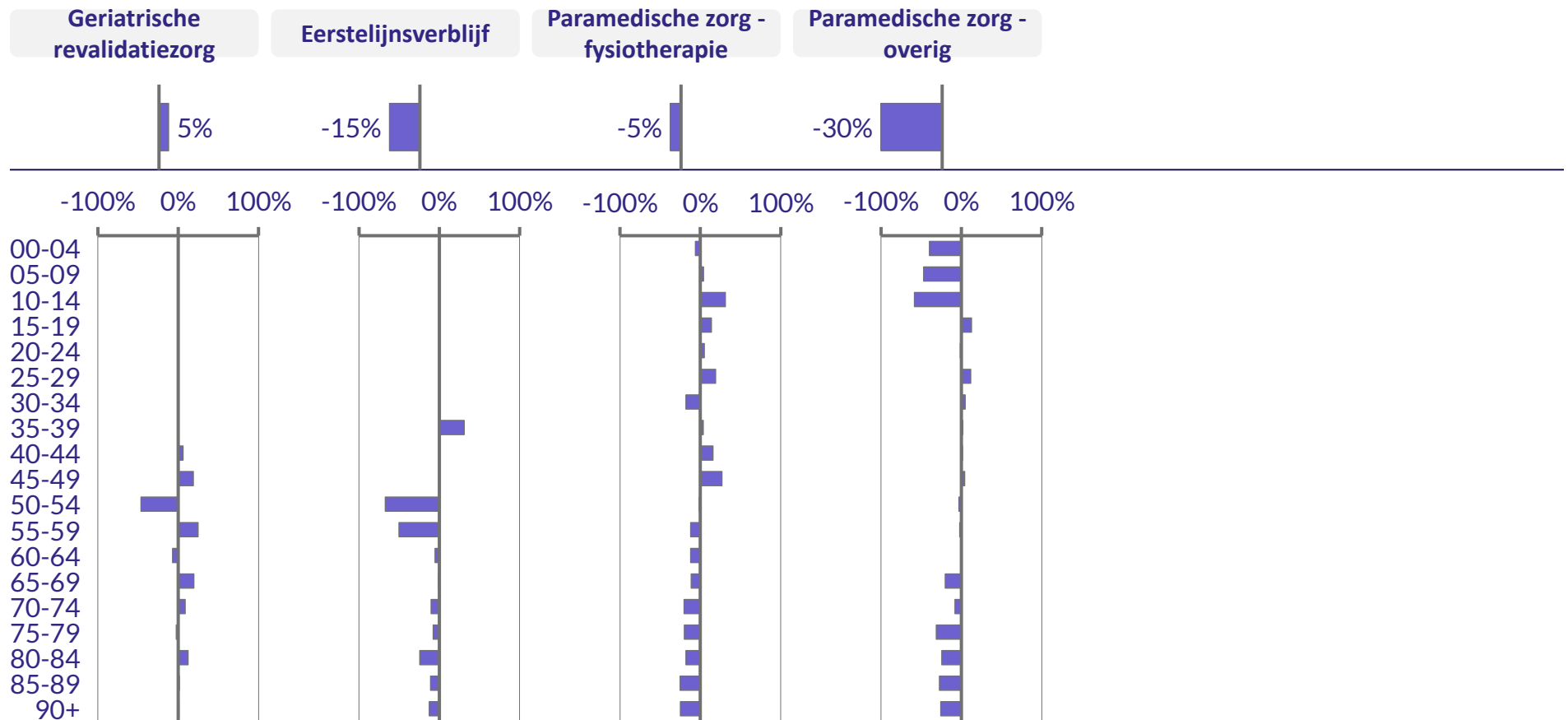
3) Kosten huisarts bedragen kosten voor consult, inschrijftarief, mdz en overig

Bron: Vektis Open Data, analyse Gupta Strategists

In Midden Kennemerland is vooral het gebruik verpleging & verzorging lager dan verwacht, geriatrie revalidatiezorg juist meer (2/2)

Relatief verschil werkelijke en verwachte kosten per zorgsoort per leeftijdscategorie¹

[% afwijking werkelijke t.o.v. verwachte kosten, 2020, Midden Kennemerland, verschillende soorten zorgsoorten]



In Zuid Kennemerland plus is het gebruik geriatrische revalidatiezorg een stuk hoger dan verwacht (1/2)

Relatief verschil werkelijke en verwachte kosten per zorgsoort per leeftijdscategorie¹

[% afwijking werkelijke t.o.v. verwachte kosten, 2020, Zuid Kennemerland plus, verschillende soorten zorgsoorten]



1) Alleen leeftijdscategorieën getoond met totaal gebruik >10k EUR i.v.m. schijnnaauwkeurigheid

2) Kosten van farmaceutische hulp, inclusief honoraria en praktijkkosten apothekers, modulair farmaceutische hulp door apothekhoudende huisartsen en modulair scheiden van zorg en handel;

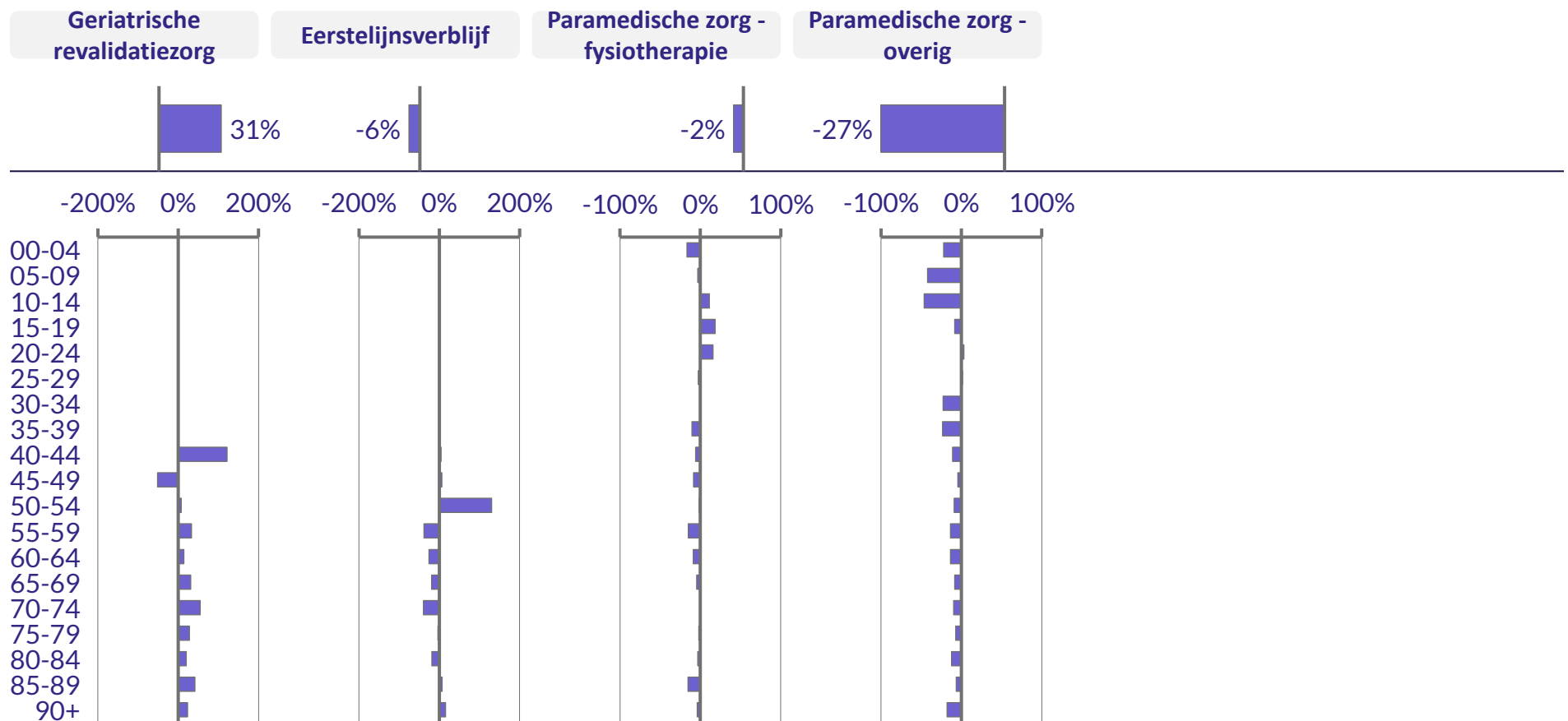
3) Kosten huisarts bedragen kosten voor consult, inschrijftarief, mdz en overig

Bron: Vektis Open Data, analyse Gupta Strategists

In Zuid Kennemerland plus is het gebruik geriatrische revalidatiezorg hoger dan verwacht (2/2)

Relatief verschil werkelijke en verwachte kosten per zorgsoort per leeftijdscategorie¹

[% afwijking werkelijke t.o.v. verwachte kosten, 2020, Zuid Kennemerland plus, verschillende soorten zorgsoorten]





7. Huisartsenzorg

Agenda

Samenvatting en conclusies

A. Kenmerken van de regio

B. Zorg in de regio (per sector)

Zvw

7. Huisartsenzorg

8. Medisch specialistische zorg

9. Paramedische zorg

(Acute zorg) – onderdeel van het ROAZ-beeld

10. Geboortezorg

11. Geestelijke gezondheidszorg

12. Verpleeg- en verzorgingstehuizen en thuiszorg

13. Gehandicaptenzorg

14. Jeugdwet en Wmo

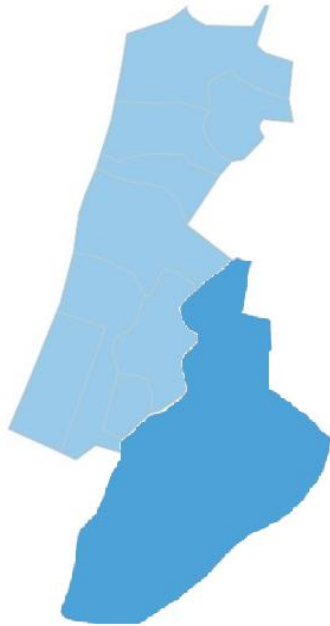
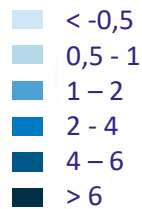
15. Preventie

C. Regionale samenwerking

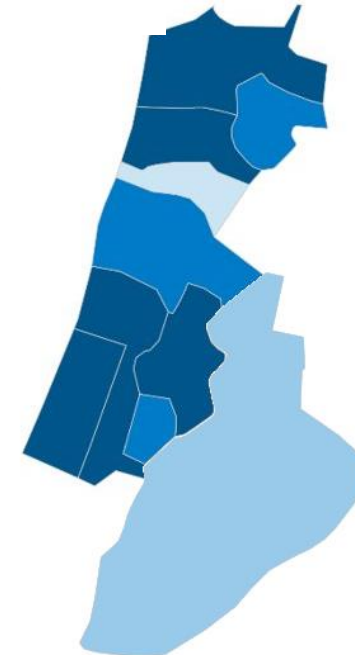
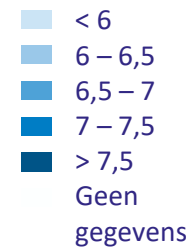
Bijlagen

In de regio Kennemerland plus zijn er gemiddeld veel huisartsen met een goede bereikbaarheid, Haarlemmermeer heeft minder aanbod

Nabijheid huisartsenpraktijk [Gemiddelde afstand in km]



Huisartsenaanbod [Aantal fte huisartsen per 10.000 inwoners]



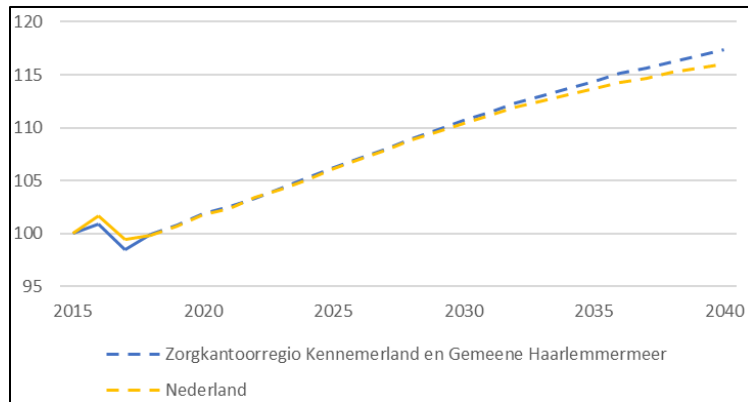
De gemeentes Haarlemmermeer en Beverwijk hebben een lagere verhouding huisarts per inwoner, deze gemeentes groeien echter ook het sterkst¹

In de regio Kennemerland wonen inwoners over het algemeen zeer dichtbij een huisartsenpraktijk, in iedere gemeente ligt de gemiddelde afstand tussen de 0,5 en 1 km. In de gemeente Haarlemmermeer ligt de gemiddelde afstand tussen de 1 en 2 km.

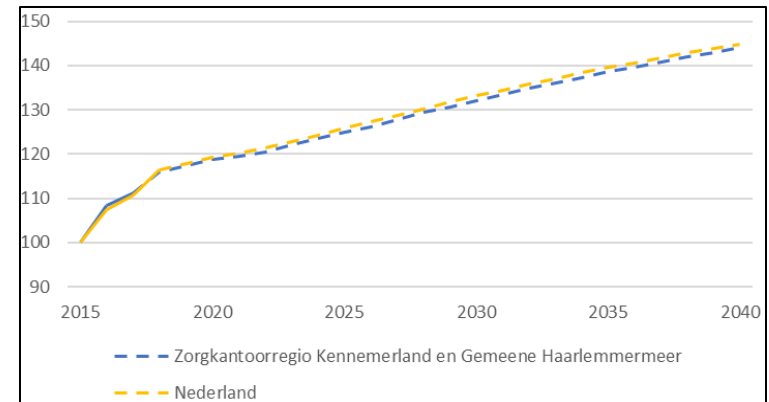
Het aantal huisartsen per 10.000 inwoners is in de regio Kennemerland hoog. In de gemeente Haarlemmermeer is het aantal huisartsen per 10.000 inwoners iets lager dan gemiddeld. In Beverwijk is deze verhouding het laagst.

Verwachting is dat aantal huisartsconsulten toe gaat nemen in lijn met elders in Nederland

Reguliere huisartsconsulten [% , geïndexeerd op 2018]

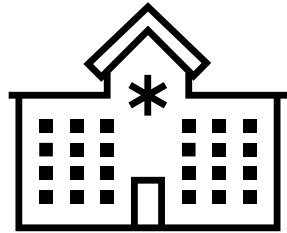


Telefonische huisartsconsulten [% , geïndexeerd op 2018]



- Het aantal reguliere huisartsconsulten is in 2040 144.510 per jaar meer dan in 2023; een stijging van 12,2%.
- De stijging van het aantal reguliere huisartsconsulten in de regio Kennemerland en gemeente Haarlemmermeer is vrijwel gelijk aan de gemiddelde stijging in Nederland.

- Het aantal telefonische huisartsconsulten is in 2040 170.770 per jaar meer dan in 2023; een stijging van 17,9%.
- De stijging van het aantal telefonische huisartsconsulten in de regio Kennemerland en gemeente Haarlemmermeer is vrijwel gelijk aan de gemiddelde stijging in Nederland.



8. Medisch specialistische zorg

Agenda

Samenvatting en conclusies

A. Kenmerken van de regio

B. Zorg in de regio (per sector)

Zvw

7. Huisartsenzorg

8. Medisch specialistische zorg

9. Paramedische zorg

(Acute zorg) – onderdeel van het ROAZ-beeld

10. Geboortezorg

11. Geestelijke gezondheidszorg

12. Verpleeg- en verzorgingstehuizen en thuiszorg

13. Gehandicaptenzorg

14. Jeugdwet en Wmo

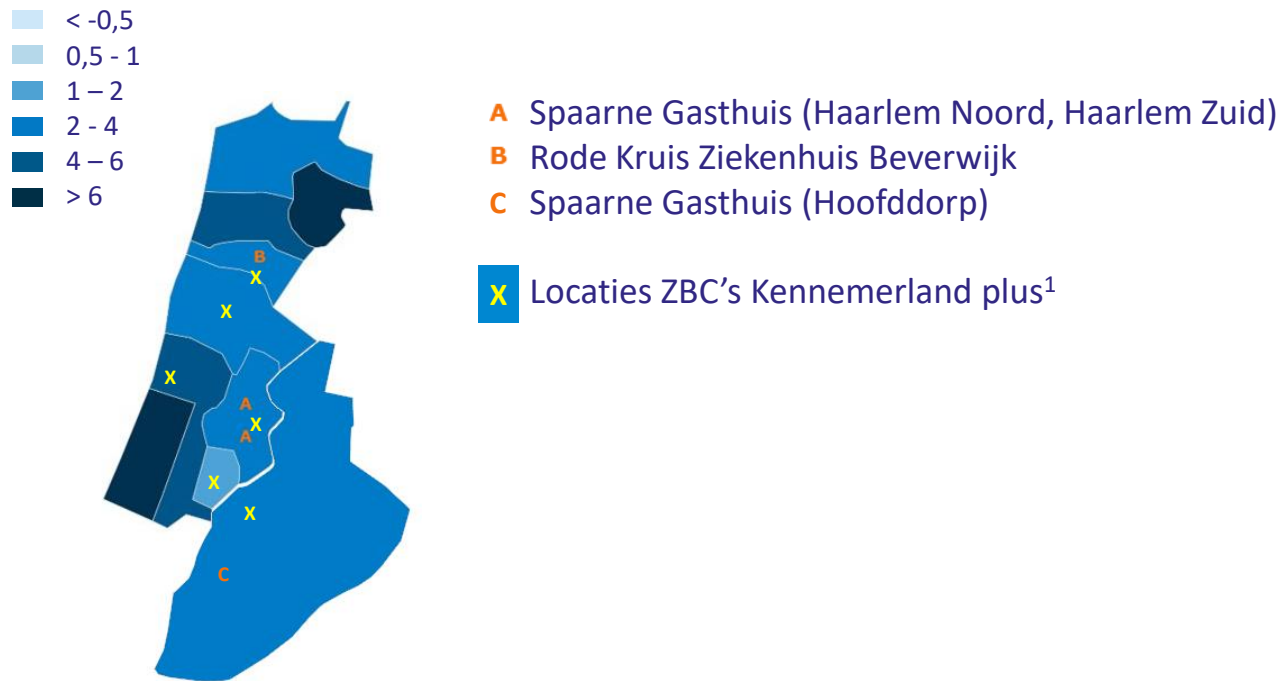
15. Preventie

C. Regionale samenwerking

Bijlagen

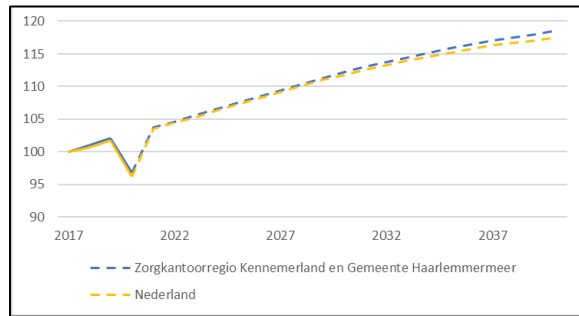
Er zijn vier ziekenhuislocaties in regio Kennemerland plus, de afstand tot de locaties is relatief beperkt

Nabijheid Ziekenhuis (incl. buitenpoli's) Kennemerland plus [Gemiddelde afstand in km]



Verwachting is dat aantal DBC's gaat toenemen nemen in lijn met elders in Nederland

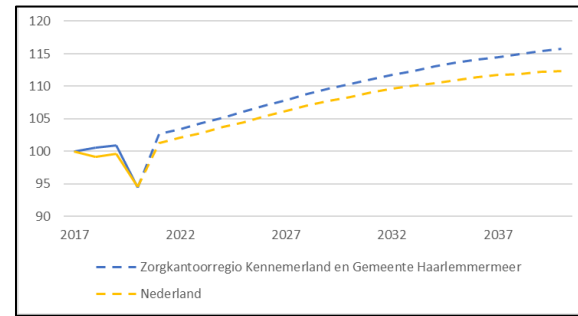
Patiënten met één of meer DBC's in ziekenhuizen (totaal) [%], index 2017]



Het aantal patiënten in de regio Kennemerland en gemeente Haarlemmermeer dat onder behandeling is in een algemeen ziekenhuis stijgt van 259.910 in 2023 naar 291.770 in 2040; dit is een stijging van 31.860 personen, een toename van 12,3%.

Dit is sterker dan de gemiddelde stijging in Nederland.

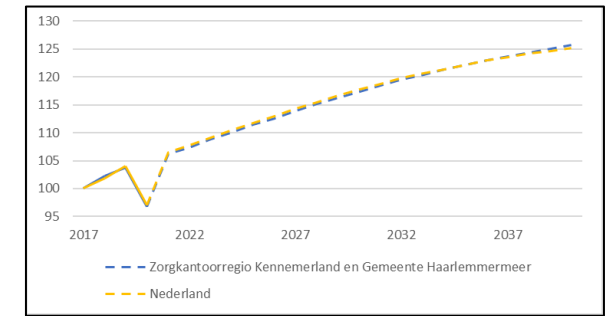
Patiënten met één of meer DBC's in ziekenhuizen (UMC's) [%], index 2017]



Het aantal patiënten in de regio Kennemerland en Gemeente Haarlemmermeer dat onder behandeling is in een UMC stijgt van 26670 in 2023 naar 29610 in 2040; dit is een stijging van 2.940 personen, een toename van 11 %.

Dit is sterker dan de gemiddelde stijging in Nederland.

DBC's in ziekenhuizen [%], index 2017]

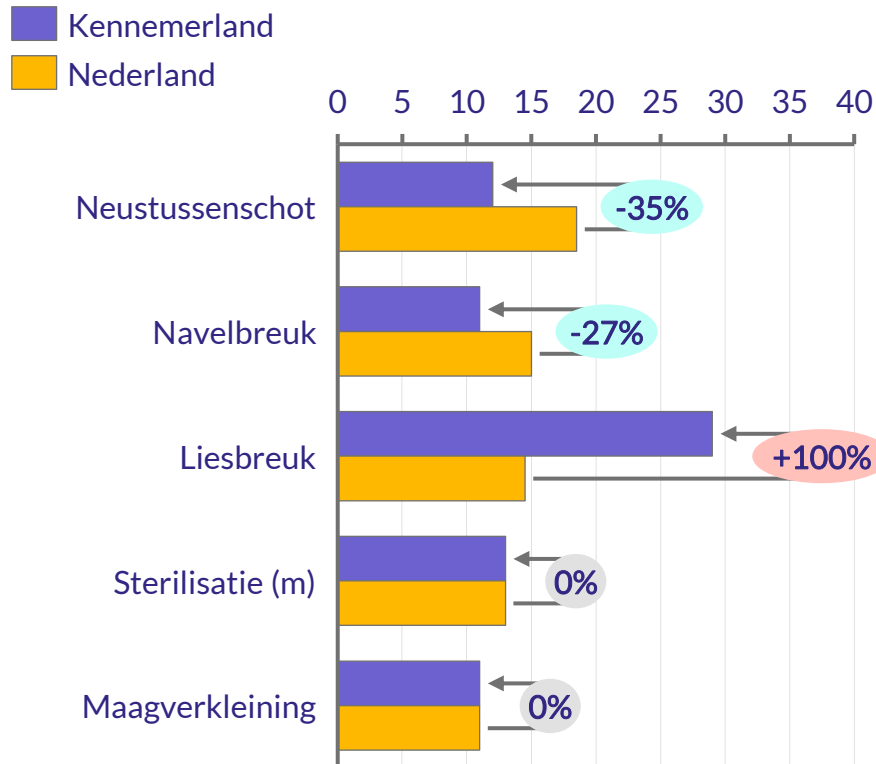


Het aantal DBC's in de regio Kennemerland en Gemeente Haarlemmermeer stijgt met 15,5 % in de periode 2023-2040.

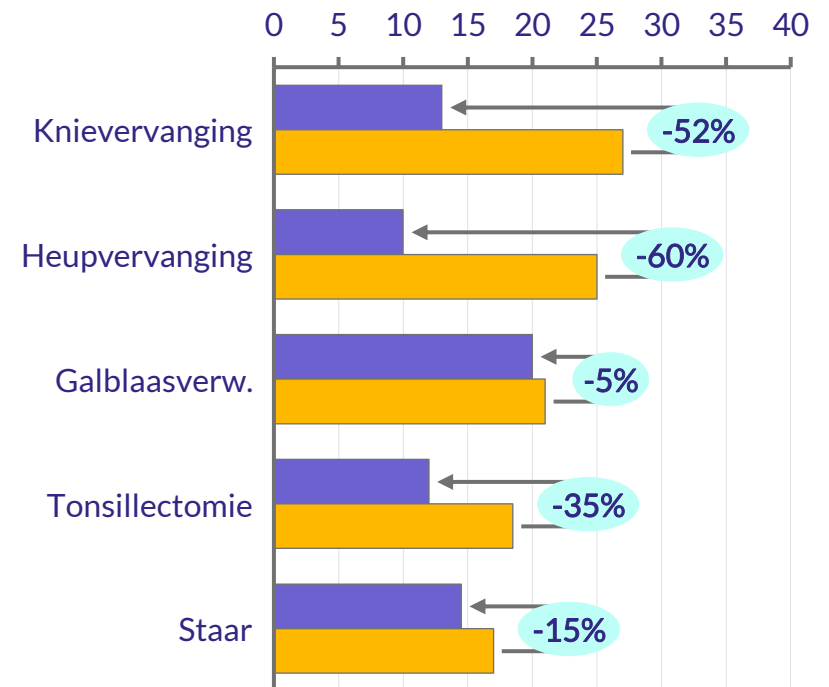
Dit is vrijwel gelijk aan de gemiddelde stijging in Nederland.

De wachttijden van standaard MSZ-behandelingen zijn korter dan landelijk gemiddeld, liesbreuk kent wel een langere wachttijd

Hoogste wachttijden MSZ [Weken, peildatum mei 2022, regio Kennemerland en Nederland]



Standaard behandelingen wachttijden MSZ [Weken, peildatum mei 2022, regio Kennemerland en Nederland]





9. Paramedische zorg

Agenda

Samenvatting en conclusies

A. Kenmerken van de regio

B. Zorg in de regio (per sector)

Zvw

7. Huisartsenzorg

8. Medisch specialistische zorg

9. Paramedische zorg

(Acute zorg) – onderdeel van het ROAZ-beeld

10. Geboortezorg

11. Geestelijke gezondheidszorg

12. Verpleeg- en verzorgingstehuizen en thuiszorg

13. Gehandicaptenzorg

14. Jeugdwet en Wmo

15. Preventie

C. Regionale samenwerking

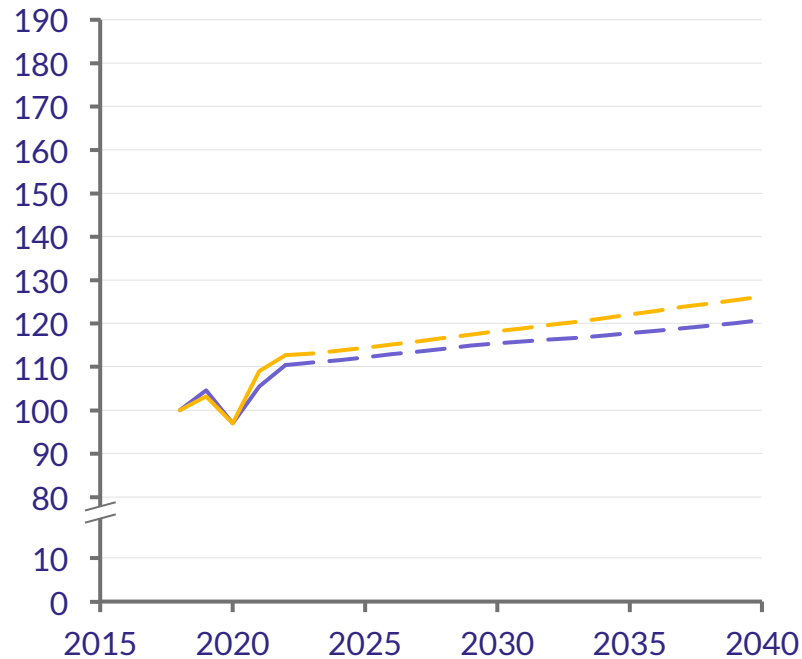
Bijlagen

Het aantal patiënten ergotherapie groeit sterker dan het aantal patiënten fysiotherapie

Patiënten fysiotherapie

[2018 is index, zorgkantoorregio Kennemerland]

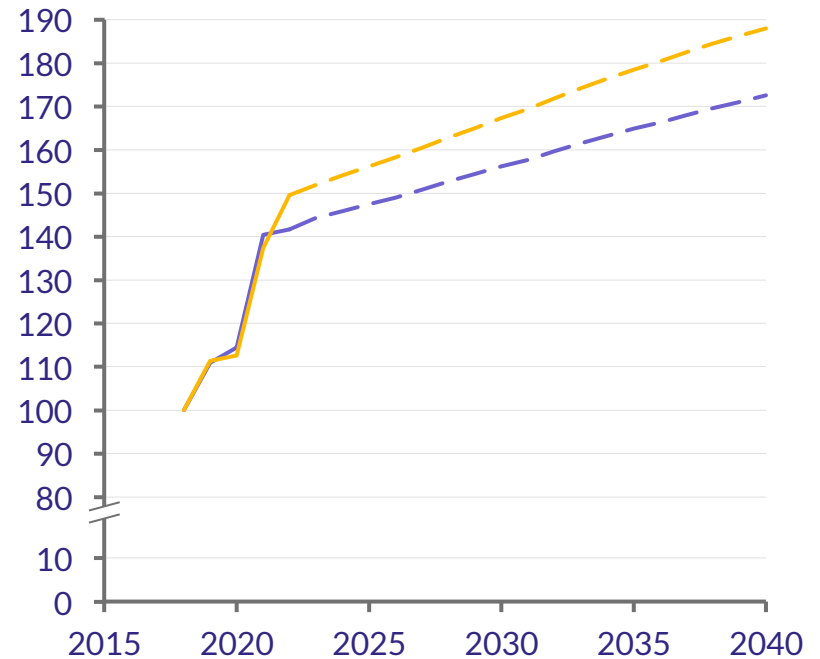
— Kennemerland - realisatie — Nederland - realisatie
- Kennemerland - prognose - Nederland - prognose



In 2018 21.630 patiënten in Kennemerland

Patiënten ergotherapie

[2018 is index, zorgkantoorregio Kennemerland]



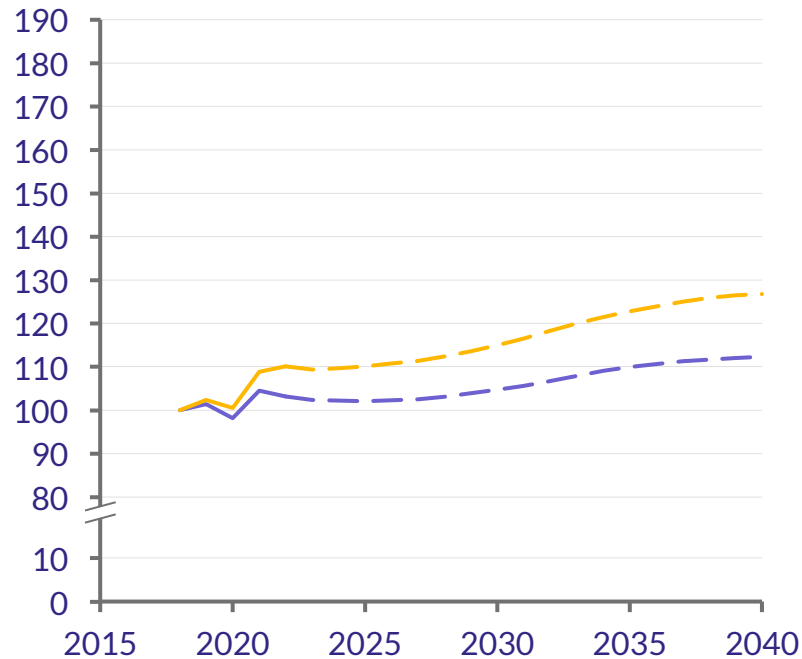
In 2018 4.480 patiënten in Kennemerland

Het aantal patiënten logopedie is de afgelopen jaren minder sterk toegenomen dan in Nederland, oefentherapie juist sterker

Patiënten logopedie

[2018 is index, zorgkantorregio Kennemerland]

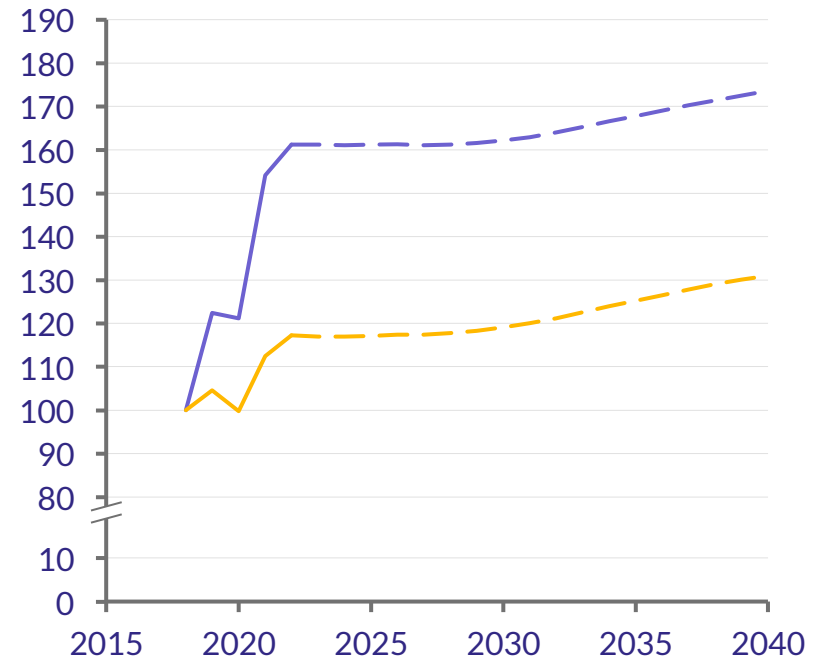
— Kennemerland - realisatie — Nederland - realisatie
- Kennemerland - prognose - Nederland - prognose



In 2018 4.930 patiënten in Kennemerland

Patiënten oefentherapie

[2018 is index, zorgkantorregio Kennemerland]



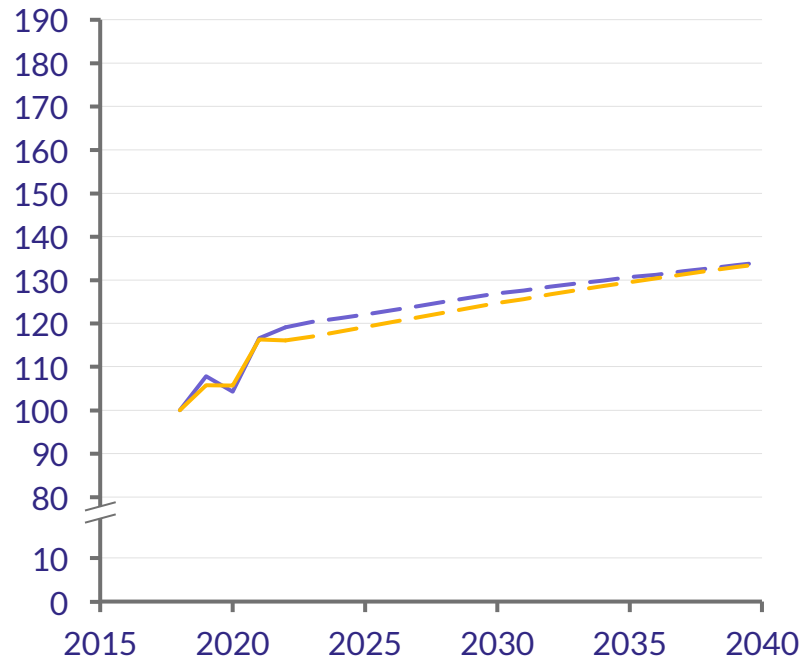
In 2018 850 patiënten in Kennemerland

Het aantal patiënten dieetadvisering volgt de Nederlandse trend

Patiënten dieetadvisering

[2018 is index, zorgkantoorregio Kennemerland]

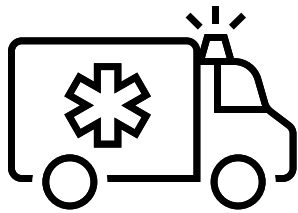
— Kennemerland - realisatie — Nederland - realisatie
- Kennemerland - prognose - Nederland - prognose



In 2018 8.320 patiënten in Kennemerland



Acute zorg



Zie ook het ROAZ-beeld van de ROAZ-regio Netwerk Acute Zorg Noord-Holland/Flevoland.

Agenda

Samenvatting en conclusies

A. Kenmerken van de regio

B. Zorg in de regio (per sector)

Zvw

7. Huisartsenzorg

8. Medisch specialistische zorg

9. Paramedische zorg

(Acute zorg) – onderdeel van het ROAZ-beeld

10. Geboortezorg

11. Geestelijke gezondheidszorg

12. Verpleeg- en verzorgingstehuizen en thuiszorg

13. Gehandicaptenzorg

14. Jeugdwet en Wmo

15. Preventie

C. Regionale samenwerking

Bijlagen



10. Geboortezorg

Agenda

Samenvatting en conclusies

A. Kenmerken van de regio

B. Zorg in de regio (per sector)

Zvw

7. Huisartsenzorg

8. Medisch specialistische zorg

9. Paramedische zorg

(Acute zorg) – onderdeel van het ROAZ-beeld

10. Geboortezorg

11. Geestelijke gezondheidszorg

12. Verpleeg- en verzorgingstehuizen en thuiszorg

13. Gehandicaptenzorg

14. Jeugdwet en Wmo

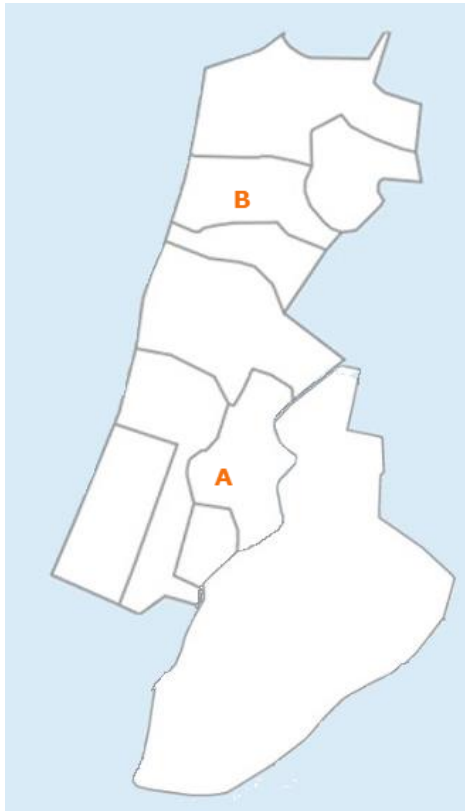
15. Preventie

C. Regionale samenwerking

Bijlagen

Er zijn twee locaties acute verloskunde in Kennemerland plus

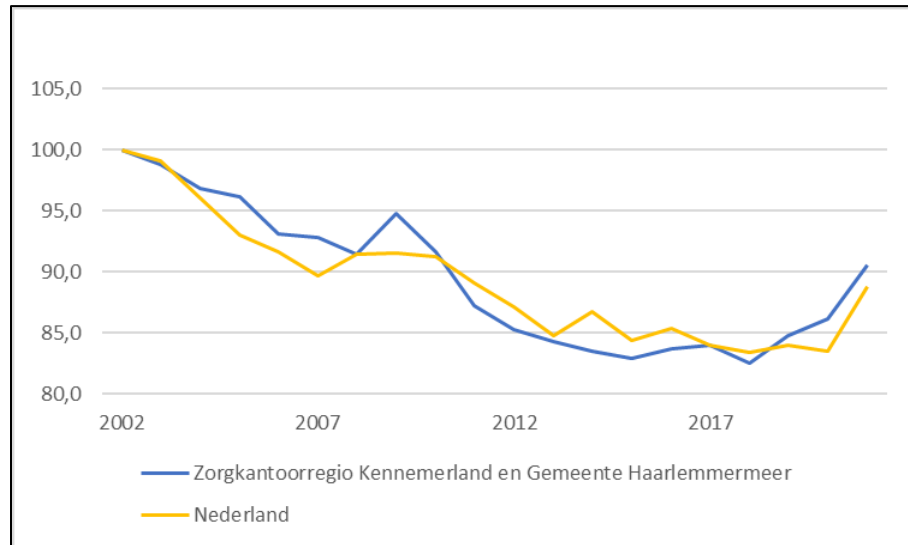
Locaties acute verloskunde Kennemerland plus



- A Spaarne Gasthuis Haarlem Zuid
- B Rode Kruis Ziekenhuis Beverwijk, **1.059** bevallingen in 2022

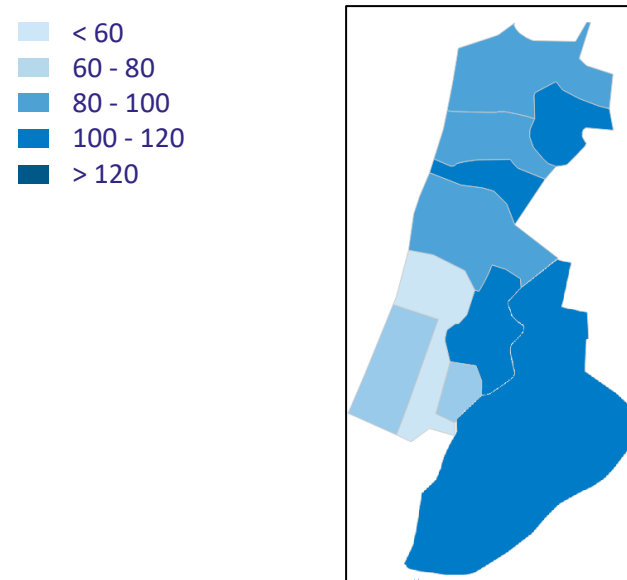
Met name in Haarlem, Beverwijk en Uitgeest veel geboortes

Trend in levend geboren kinderen [2002 is index, Kennemerland plus en Nederland, 2002-2021]



Het aantal levend geboren kinderen in de regio Kennemerland bedroeg 5.940 in 2021, de trend is vergelijkbaar met Nederland

Aantal levend geboren kinderen [Aantal per 10.000, Kennemerland plus, 2021]



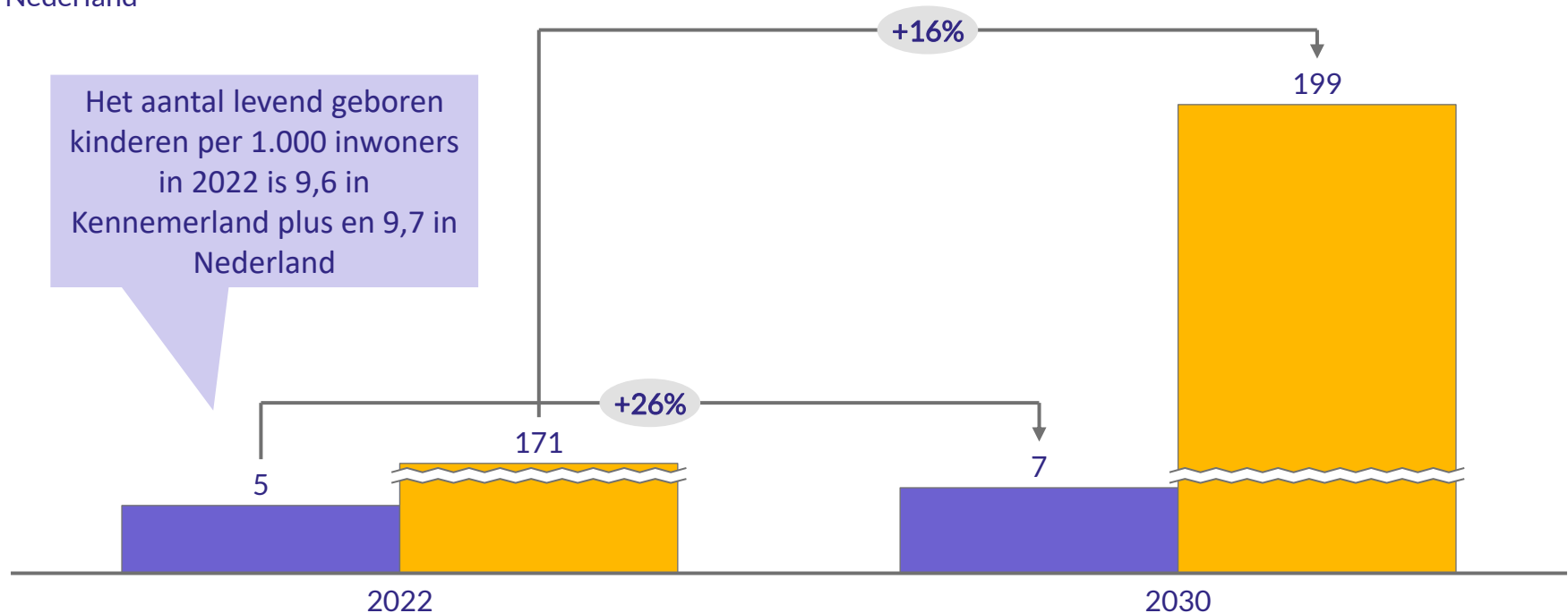
De gemeenten Haarlem (118), Beverwijk (112), Uitgeest (107) en Haarlemmermeer (100) hebben de meeste levend geboren kinderen per 10.000 inwoners

Het aantal leven geboren kinderen stijgt in Kennemerland plus 26% in de periode 2022-2030, in Nederland is de stijging 16%

Levend geboren kinderen

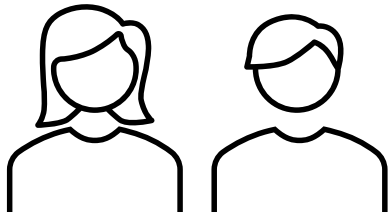
[Aantallen x1.000, Kennemerland plus en Nederland, 2022-2030]

- Kennemerland plus
- Nederland





11. Geestelijke gezondheidszorg



Agenda

Samenvatting en conclusies

A. Kenmerken van de regio

B. Zorg in de regio (per sector)

Zvw

7. Huisartsenzorg

8. Medisch specialistische zorg

9. Paramedische zorg

(Acute zorg) – onderdeel van het ROAZ-beeld

10. Geboortezorg

11. Geestelijke gezondheidszorg

12. Verpleeg- en verzorgingstehuizen en thuiszorg

13. Gehandicaptenzorg

14. Jeugdwet en Wmo

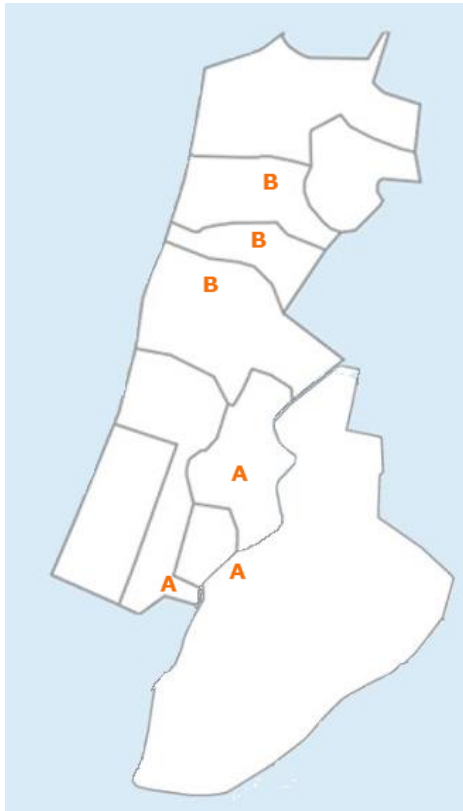
15. Preventie

C. Regionale samenwerking

Bijlagen

De integrale GGZ-aanbieders in de regio zijn GGZ inGeest en Parnassia Groep

Locaties integrale GGZ-aanbieders Kennemerland plus

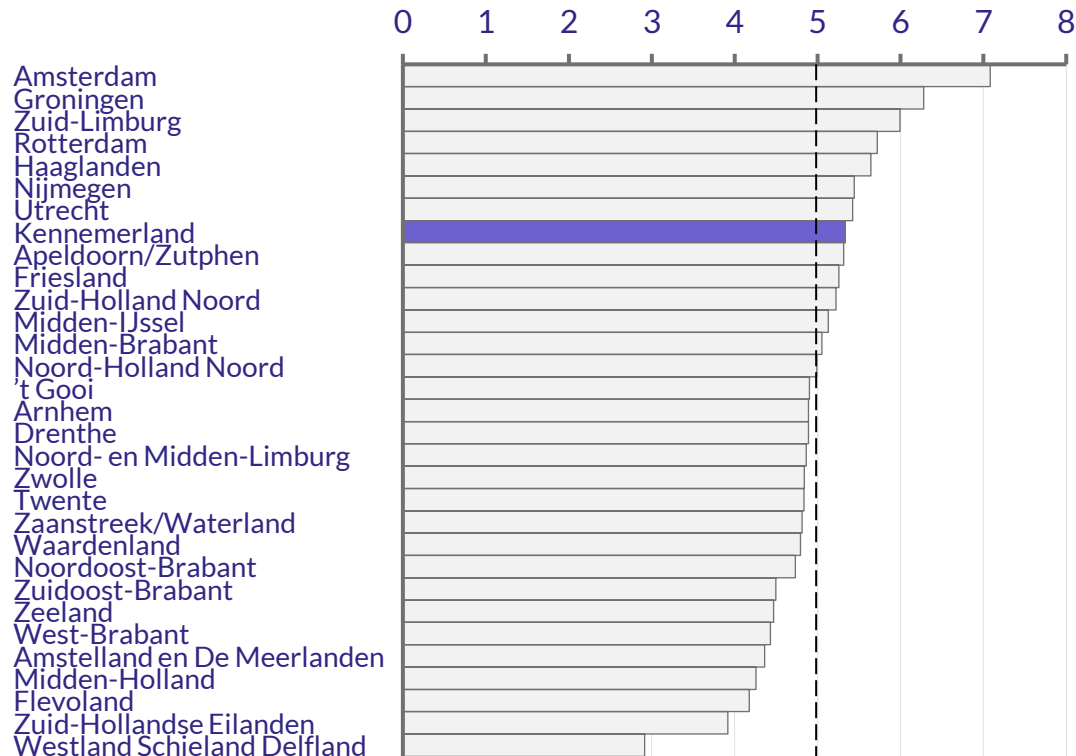


- A** GGZ inGeest (Bennebroek, Hoofddorp, Haarlem)
- B** Parnassia Groep (Gemeenten Heemskerk, Beverwijk en Velsen (Beverwijk, Castricum, Heemskerk, IJmuiden, Driehuis, Santpoort-Noord, Santpoort-Zuid, Velsen-Zuid, -Noord en Velsbroek))

Overige aanbieders zijn RIBW K/AM, Roads, Leger des Heils, HVO Querido, PsyQ

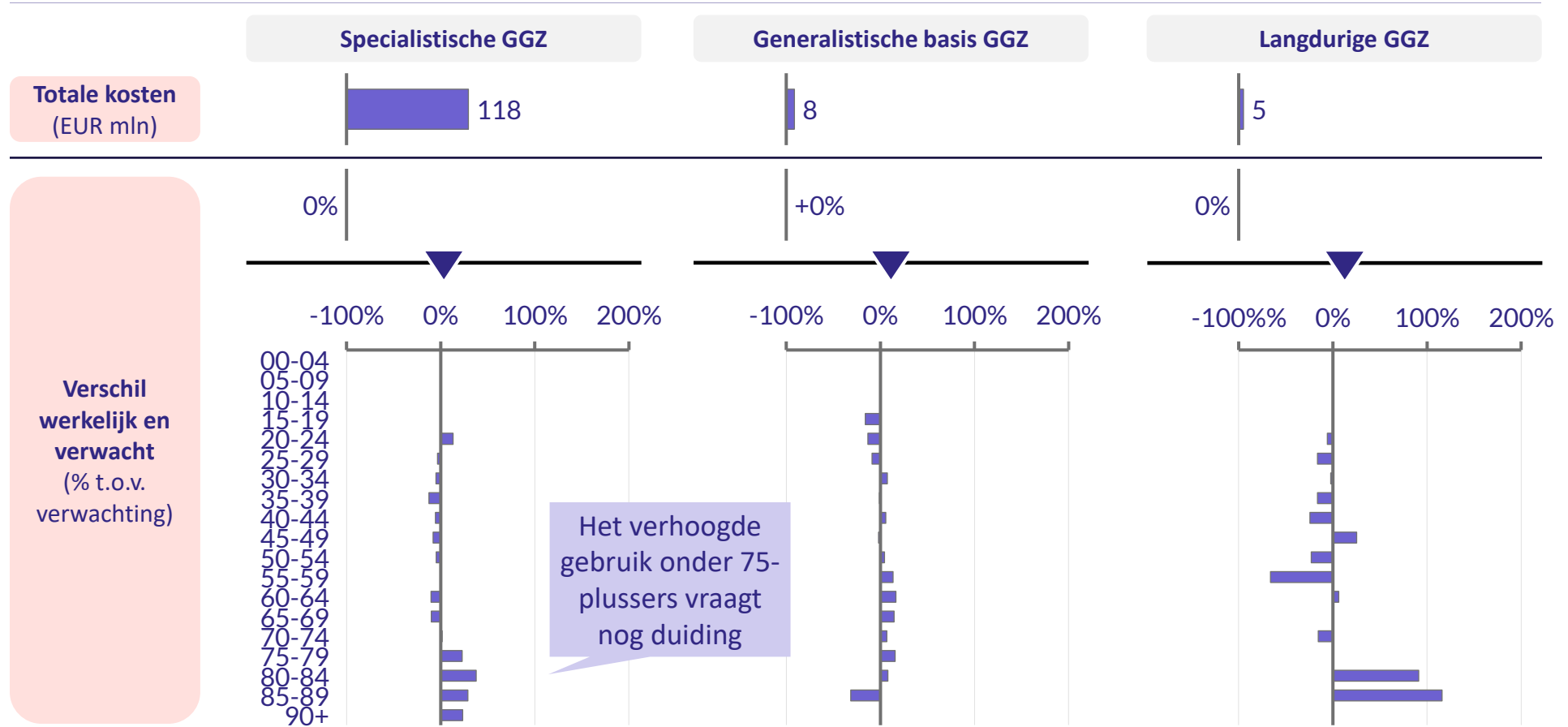
Het aantal GGZ-gebruikers in Kennemerland ligt iets bovengemiddeld

Aantal GGZ-gebruikers per 100 inwoners van de betreffende regio
[2020, GGZ-gebruikers¹ in jaar, zorgkantorregio]



Het gebruik GGZ in Kennemerland plus is in lijn met de verwachting, wel zijn er verschillen per leeftijdsgroep

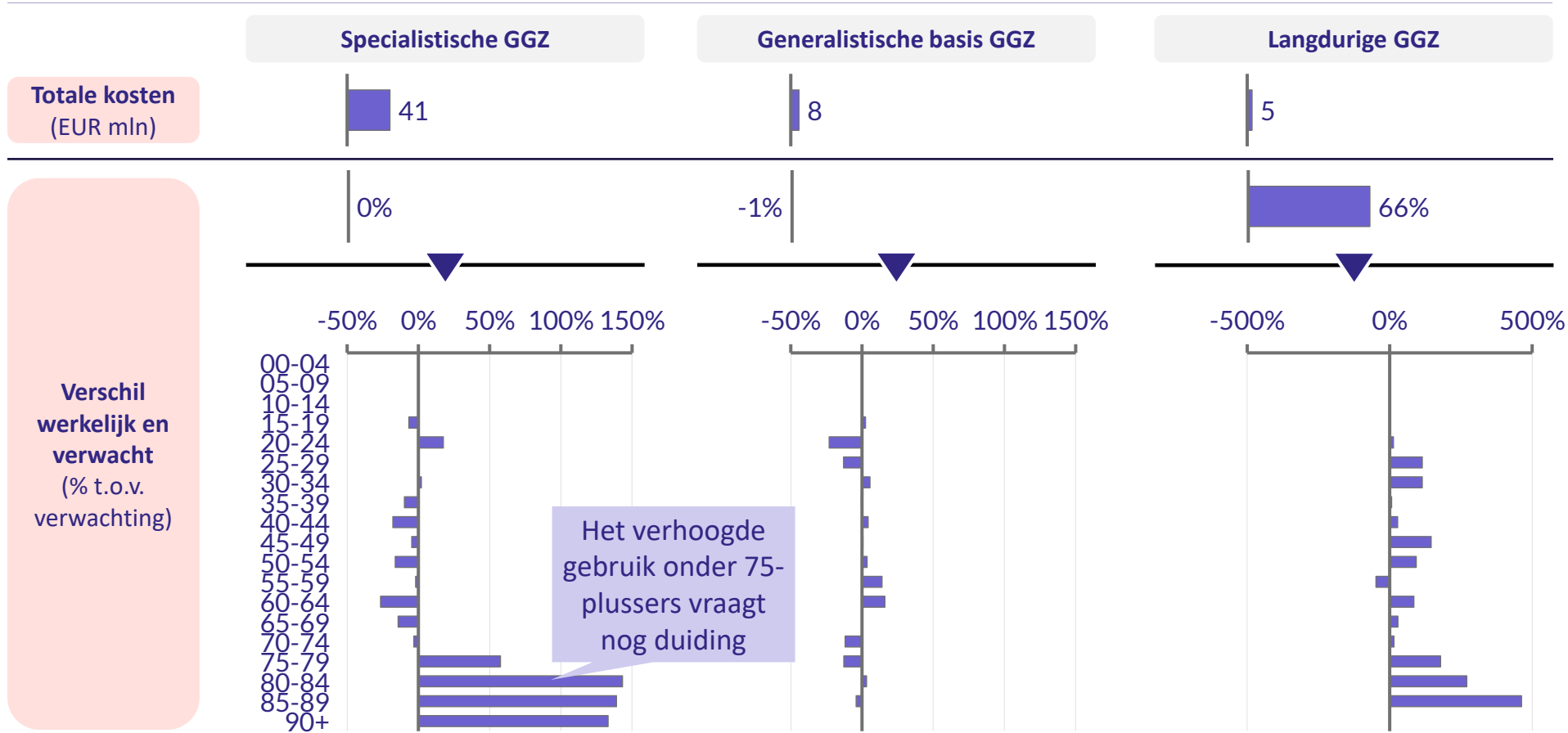
Totale kosten en verschil werkelijke en verwachte kosten binnen GGZ per leeftijdscategorie^{1,2}
 [EUR mln, 2020, Kennemerland plus]



1) Alleen leeftijdscategorieën getoond met totaal gebruik >10k EUR i.v.m. schijnnaauwkeurigheid
 2) Binnen de GGZ zijn er de afgelopen jaren en heden ten dage grote verschuivingen tussen cliënten waarvan de zorg gefinancierd wordt door Zvw/Wlz/Wmo. De ambulantisering van de zorg en het verplaatsen van lichtere (ambulante) zorg naar het sociaal domein in het kader van preventie en voorkomen van zorgkostenstijging zijn beide ontwikkelingen die dwars door de financieringsstromen lopen
 Bron: Vektis Open Data, analyse Gupta Strategists

Het gebruik langdurige GGZ is hoger dan verwacht in Midden Kennemerland

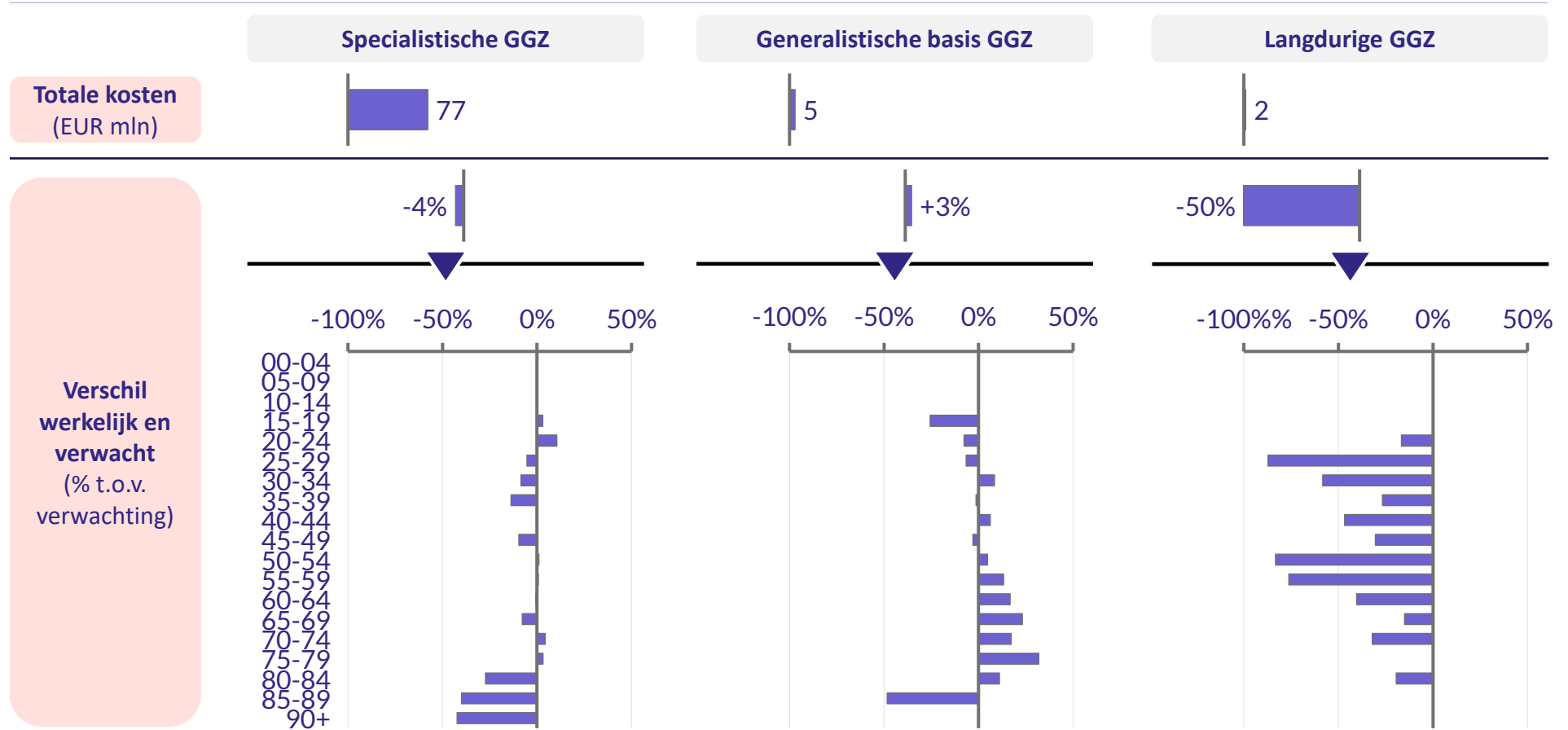
Totale kosten en verschil werkelijke en verwachte kosten binnen GGZ per leeftijdscategorie^{1,2}
 [EUR mln, 2020, Midden Kennemerland]



1) Alleen leeftijdscategorieën getoond met totaal gebruik >10k EUR i.v.m. schijnnaauwkeurigheid
 2) Binnen de GGZ zijn er de afgelopen jaren en heden ten dage grote verschuivingen tussen cliënten waarvan de zorg gefinancierd wordt door Zvw/Wlz/Wmo. De ambulantisering van de zorg en het verplaatsen van lichtere (ambulante) zorg naar het sociaal domein in het kader van preventie en voorkomen van zorgkostenstijging zijn beide ontwikkelingen die dwars door de financieringsstromen lopen
 Bron: Vektis Open Data, analyse Gupta Strategists

In Zuid Kennemerland plus is relatief meer gebruik van basis GGZ en minder van specialistische en langdurige GGZ

Totale kosten en verschil werkelijke en verwachte kosten binnen GGZ per leeftijdscategorie^{1,2}
 [EUR mln, 2020, Zuid Kennemerland plus]

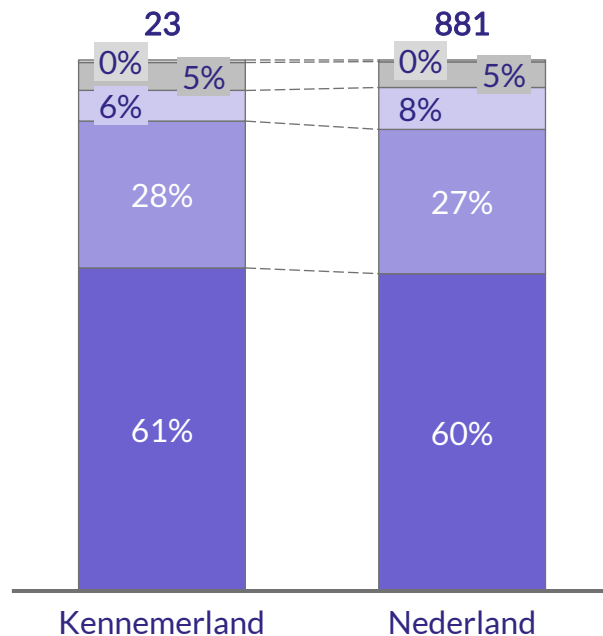


1) Alleen leeftijdscategorieën getoond met totaal gebruik >10k EUR i.v.m. schijnnaauwkeurigheid
 2) Binnen de GGZ zijn er de afgelopen jaren en heden ten dage grote verschuivingen tussen cliënten waarvan de zorg gefinancierd wordt door Zvw/Wlz/Wmo. De ambulantisering van de zorg en het verplaatsen van lichtere (ambulante) zorg naar het sociaal domein in het kader van preventie en voorkomen van zorgkostenstijging zijn beide ontwikkelingen die dwars door de financieringsstromen lopen
 Bron: Vektis Open Data, analyse Gupta Strategists

De samenstelling van het gebruikte soort GGZ toont geen opvallende afwijkingen t.o.v. Nederland

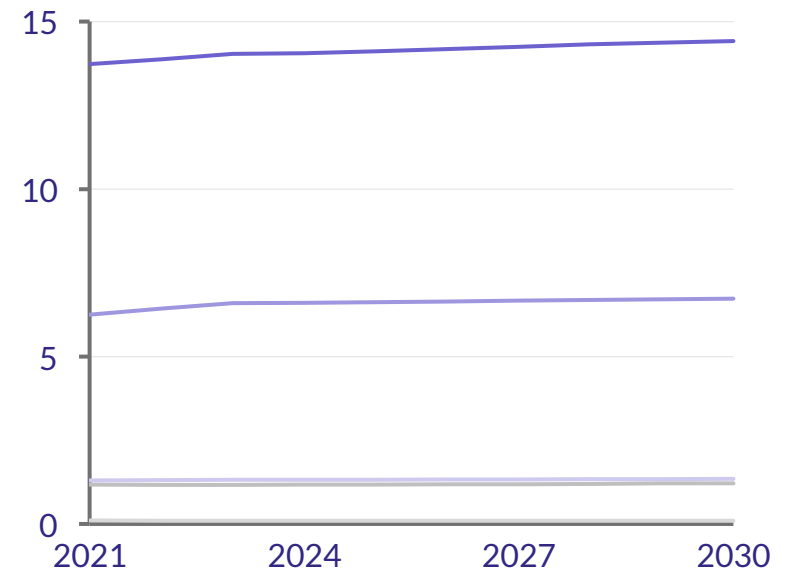
GGZ-gebruikers naar type – Kennemerland vs. Nederland
[aantal x1.000, 2021, zorgkantoorregio Kennemerland]

- Cliënten zorgprofiel GGZ B
- Patiënten gespecialiseerde GGZ met verblijf
- Cliënten GGZ ondersteuning thuis
- Patiënten generalistische basis GGZ zonder verblijf
- Patiënten gespecialiseerde GGZ zonder verblijf



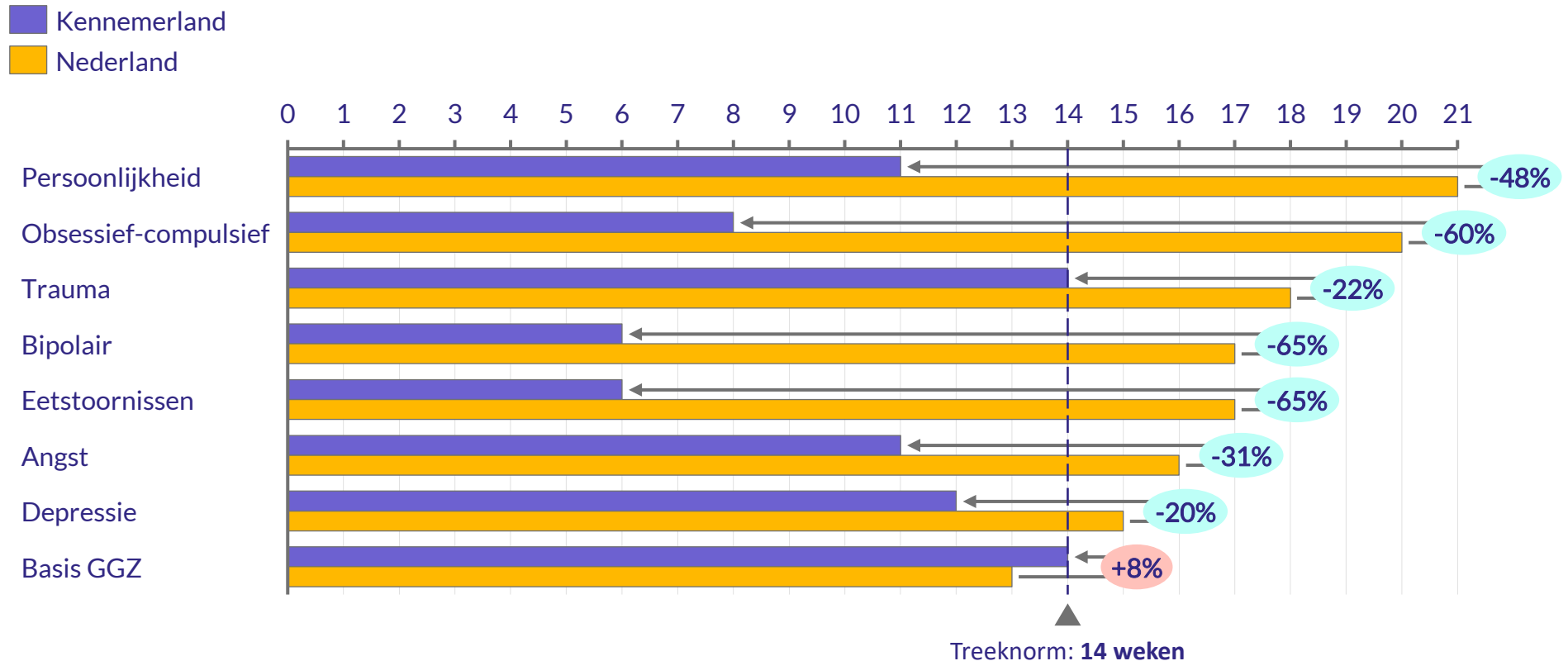
Ontwikkeling GGZ-gebruikers per type in Kennemerland
[aantal x1.000, 2021 – 2030, prognosemodel Z&W]

- Patiënten gespecialiseerde GGZ zonder verblijf
- Patiënten generalistische basis GGZ zonder verblijf
- Cliënten GGZ ondersteuning thuis
- Patiënten gespecialiseerde GGZ met verblijf
- Cliënten zorgprofiel GGZ B



Wachttijsten binnen de GGZ (behalve basis GGZ) zijn in Kennemerland onder het gemiddelde van Nederland en binnen de treetnorm

Wachttijden in weken per diagnosegroep¹ in de GGZ
[Peildatum mei 2022, zorgkantoorregio Kennemerland]



1) Niet getoonde diagnosegroepen zijn: 'Neurobiologische ontwikkelingsstoornissen', 'Restgroep', 'Neurocognitieve stoornissen', 'Andere problemen', 'Diagnose onbekend', 'Schizofrenie', 'Somatische symptoomstoornissen', 'Middelgerelateerd en verslaving', ook voor deze groepen zijn de wachttijden korter dan landelijk gemiddeld

Bron: NZa regioanalyse Kennemerland

In zorgkantorregio Kennemerland werd in 2021 ongeveer 35% van de instroom GGZ-cliënten buiten de treetnorm voor intake geholpen

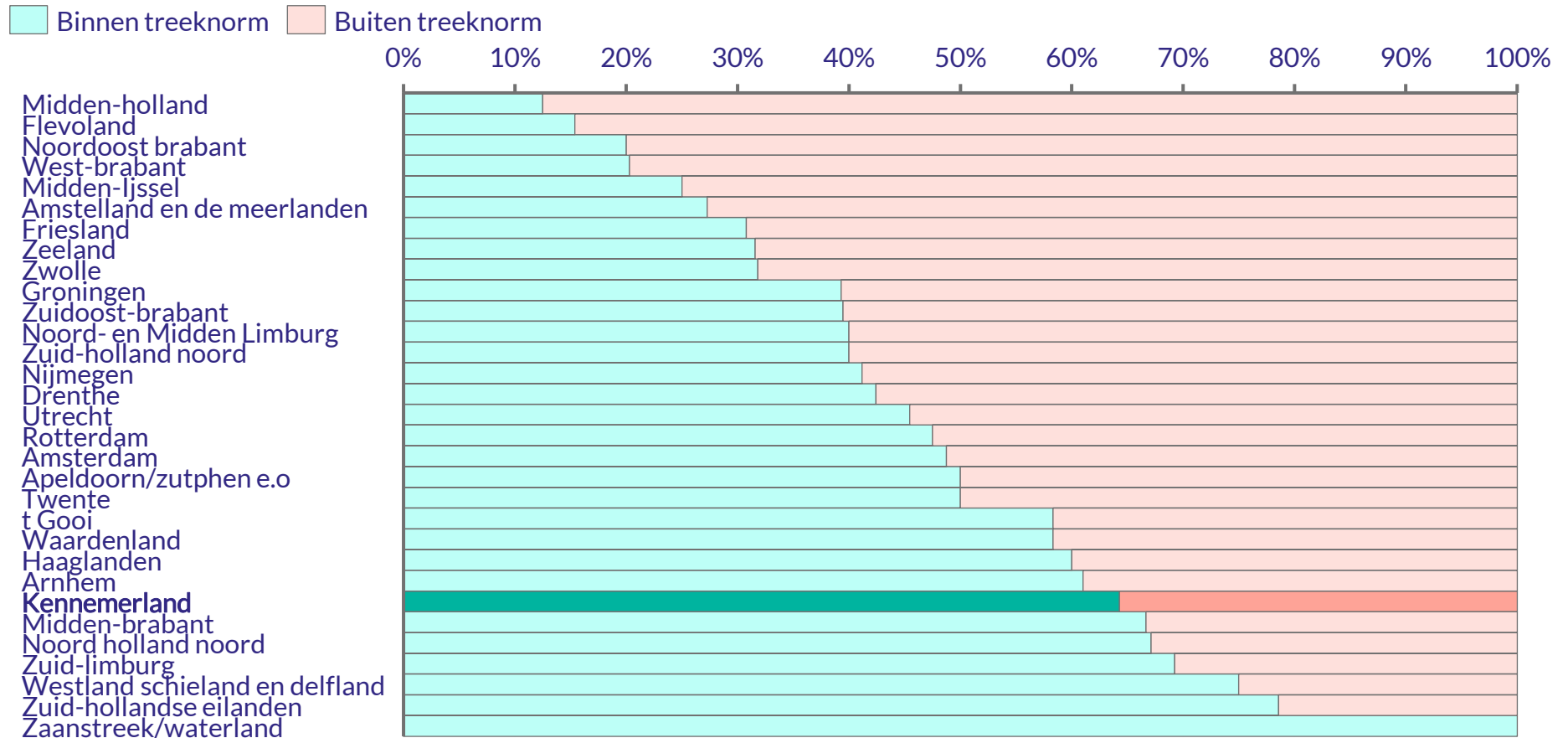
Instroom GGZ-cliënten per regio ingedeeld naar geholpen binnen of buiten de treetnorm voor intake

[mei 2021, zorgkantorregio's, treetnorm wachttijd voor intake is 4 weken]



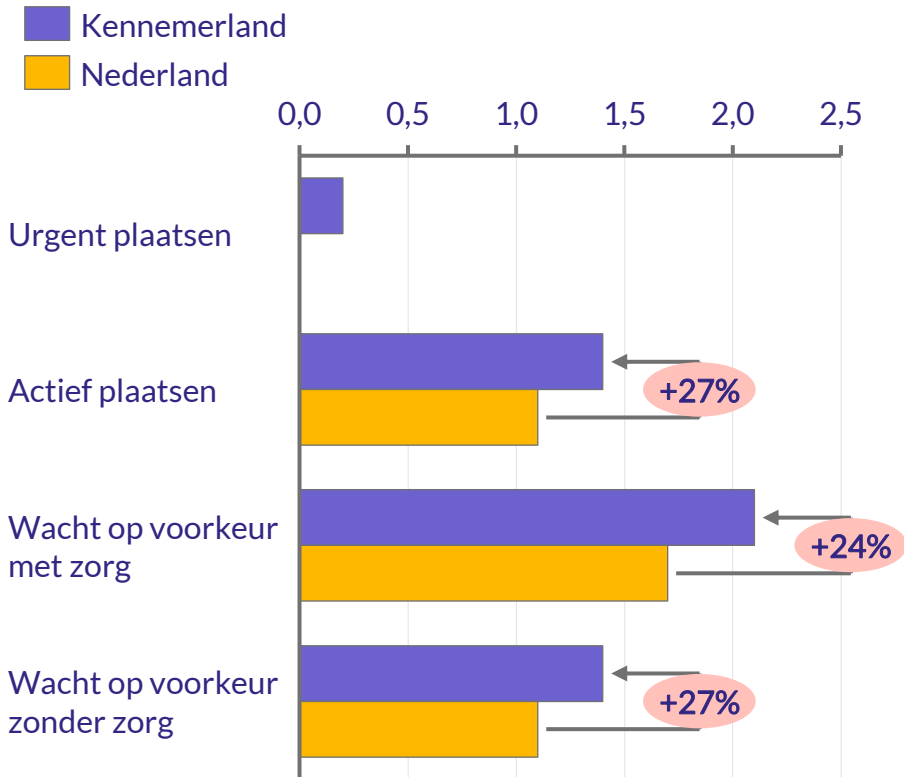
In zorgkantorregio Kennemerland werd in 2022 ongeveer 35% van de instroom GGZ-cliënten buiten de treetnorm voor intake geholpen

Instroom GGZ-cliënten per regio ingedeeld naar geholpen binnen of buiten de treetnorm voor intake
 [mei 2022, zorgkantorregio's, treetnorm wachttijd voor intake is 4 weken]

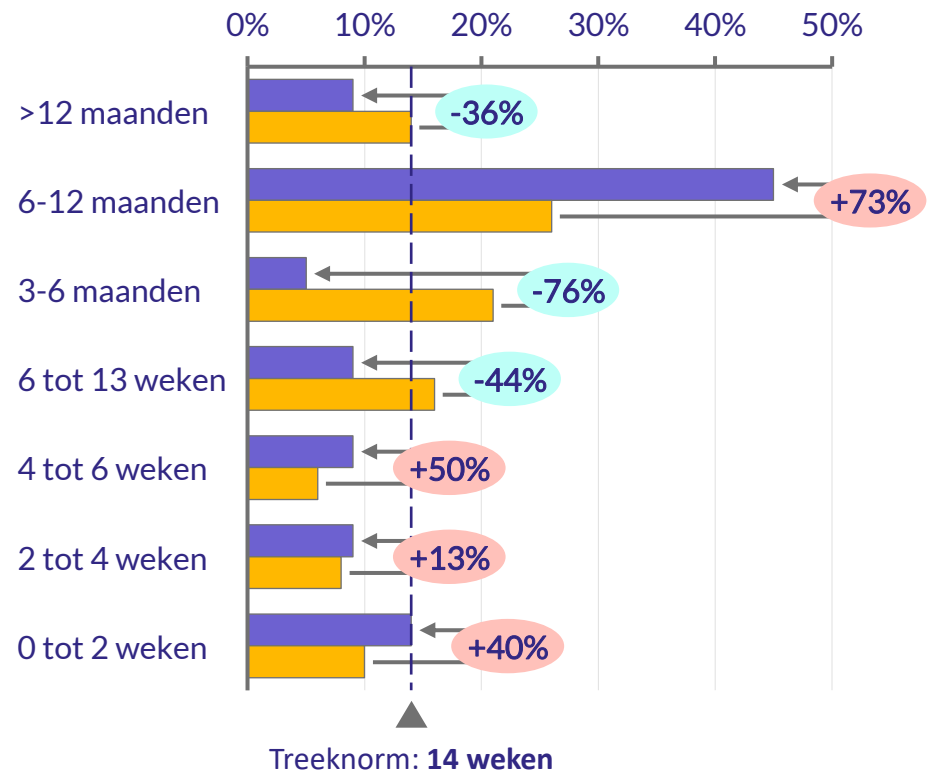


Aantal wachtenden langdurige GGZ in Kennemerland ligt hoger dan het landelijk gemiddelde, grootste groep wacht 6-12 maanden

Aantal wachtenden per 100.000 inwoners [Peildatum juli 2022, regio Kennemerland en Nederland, IGGZ]



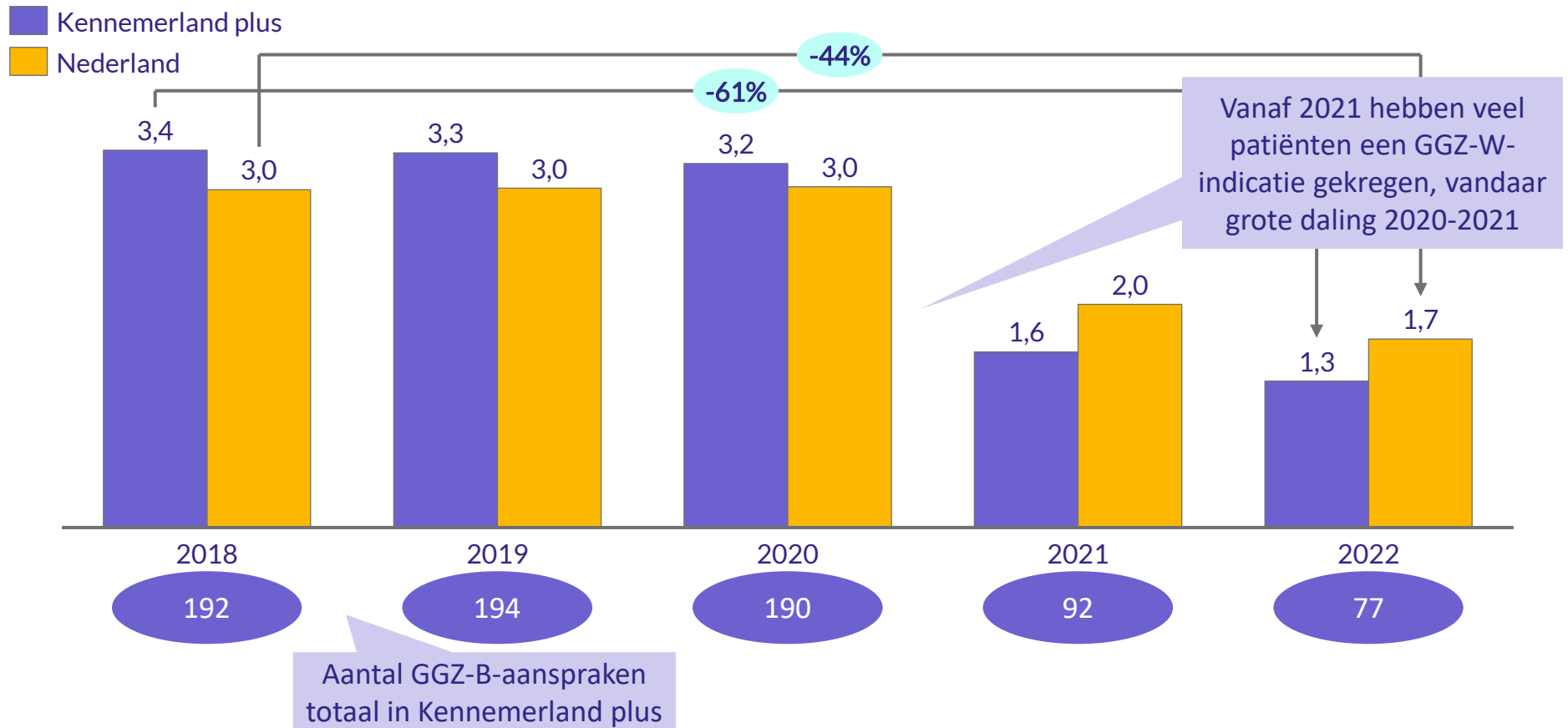
Aandeel van wachtenden in wachttijdgroep [Peildatum juli 2022, regio Kennemerland en Nederland, IGGZ]

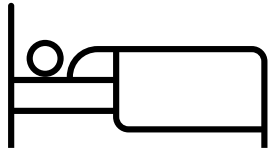


In vijf jaar tijd is het aantal GGZ-B-aanspraken in Kennemerland plus relatief meer gedaald dan het totaal in Nederland

Aantal GGZ-B-aanspraken¹ ten opzichte van alle inwoners

[Aantal GGZ-B-aanspraken per 10.000 inwoners, 2018-2022, Kennemerland plus]





12. VVT

Agenda

Samenvatting en conclusies

A. Kenmerken van de regio

B. Zorg in de regio (per sector)

Zvw

12. Verpleeg- en verzorgingstehuizen en thuiszorg

13. Gehandicaptenzorg

14. Jeugdwet en Wmo

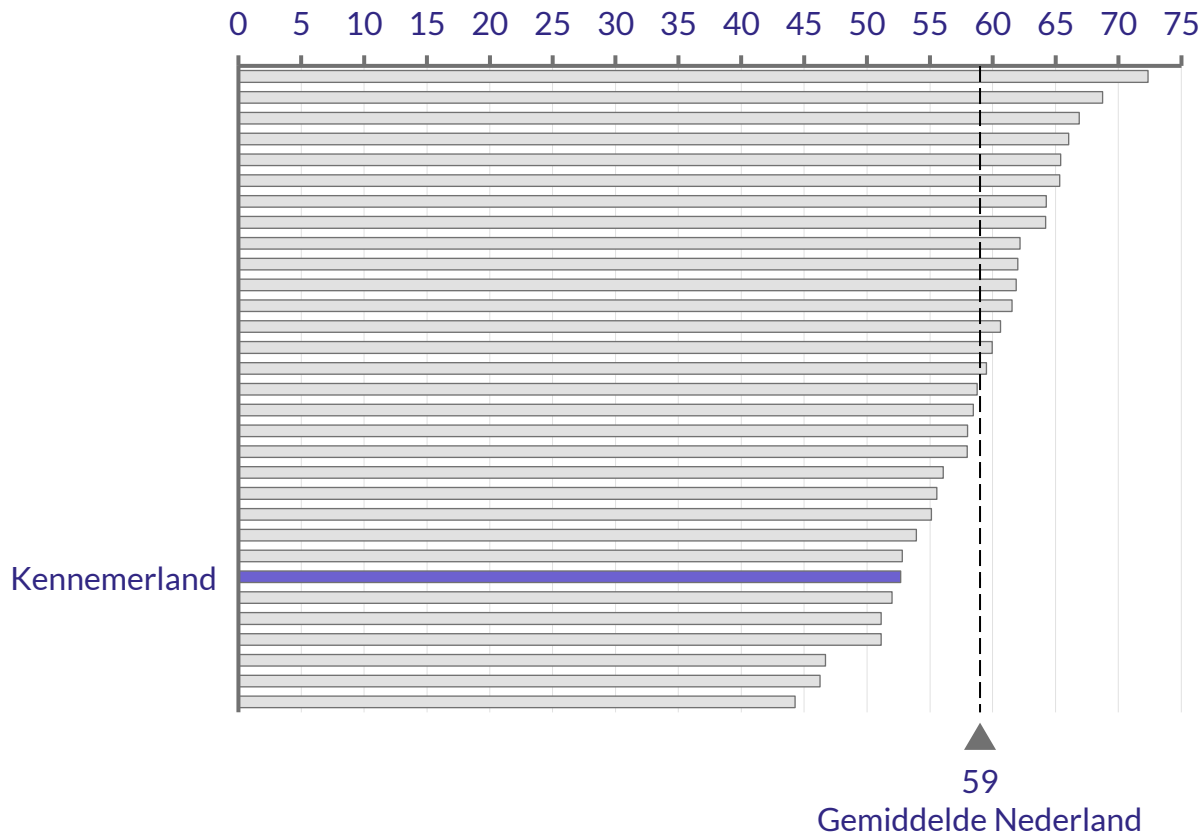
15. Preventie

C. Regionale samenwerking

Bijlagen

In Kennemerland zijn gecorrigeerd voor leeftijd minder Wlz VV-gebruikers dan gemiddeld in Nederland

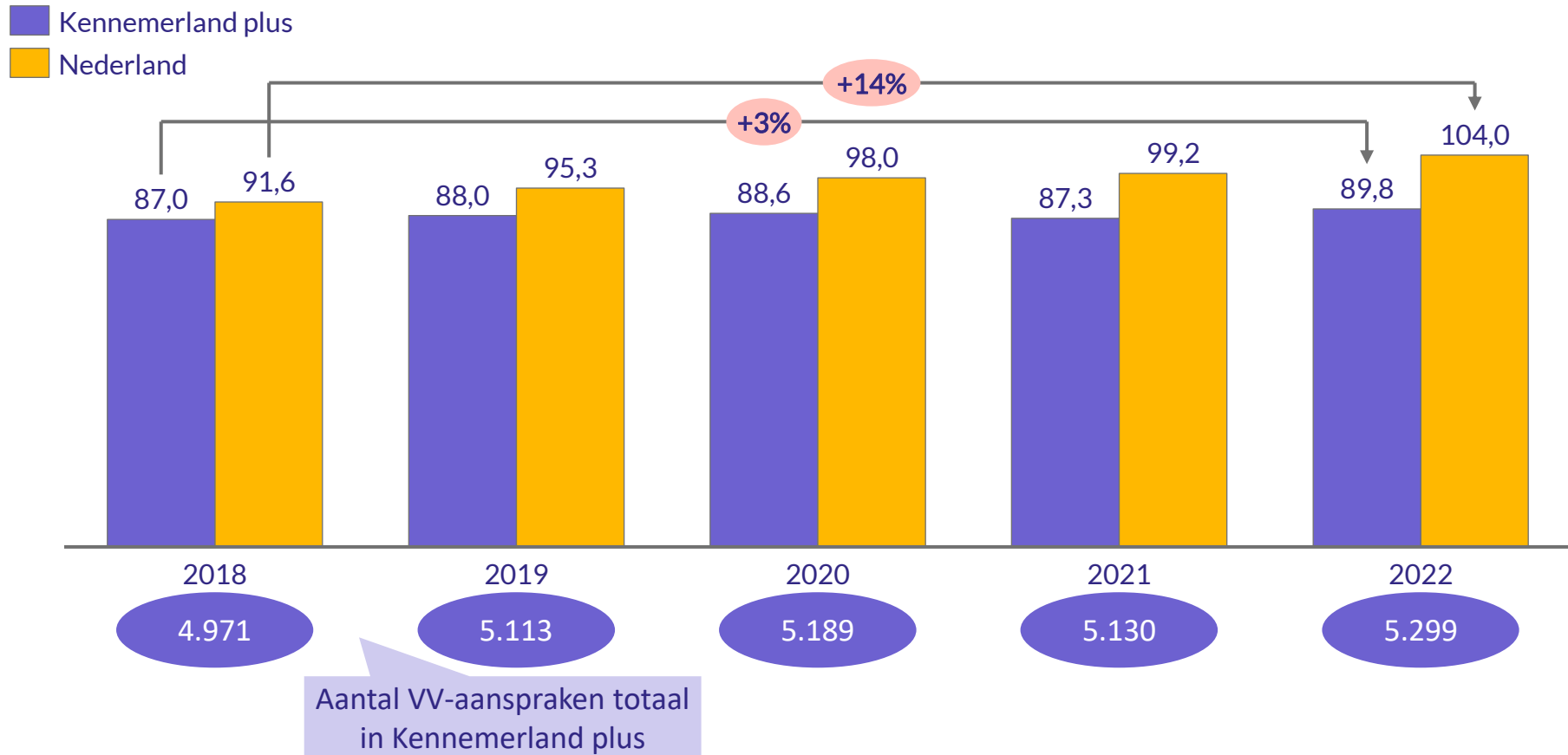
Aantal Wlz VV-gebruikers per 100 85+'ers
[2021, gebruikers in jaar, zorgkantoorregio's]



In vijf jaar tijd is het aantal VV-aanspraken in Kennemerland plus relatief minder gestegen dan het totaal in Nederland

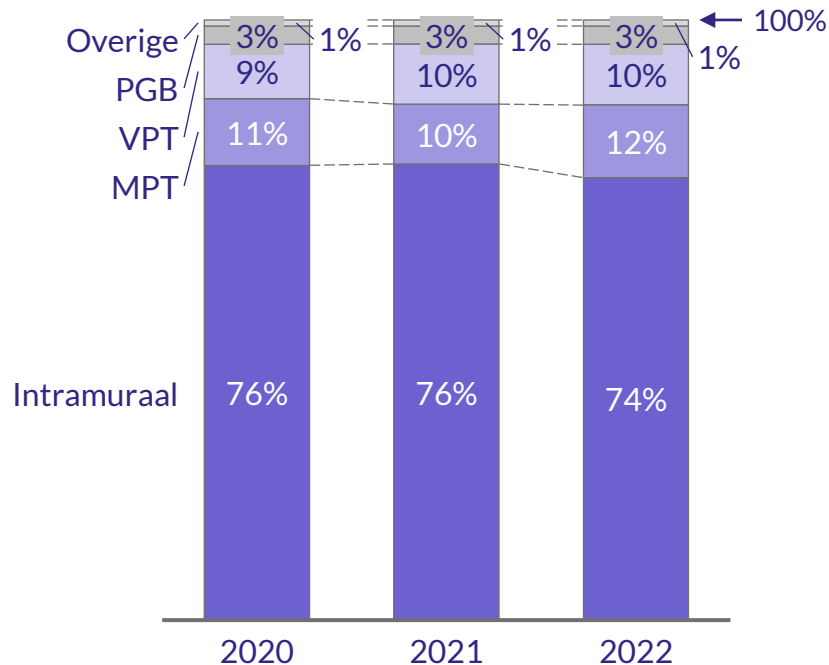
Aantal VV-aanspraken¹ ten opzichte van alle inwoners

[Aantal VV-aanspraken per 10.000 inwoners, 2018-2022, Kennemerland plus]

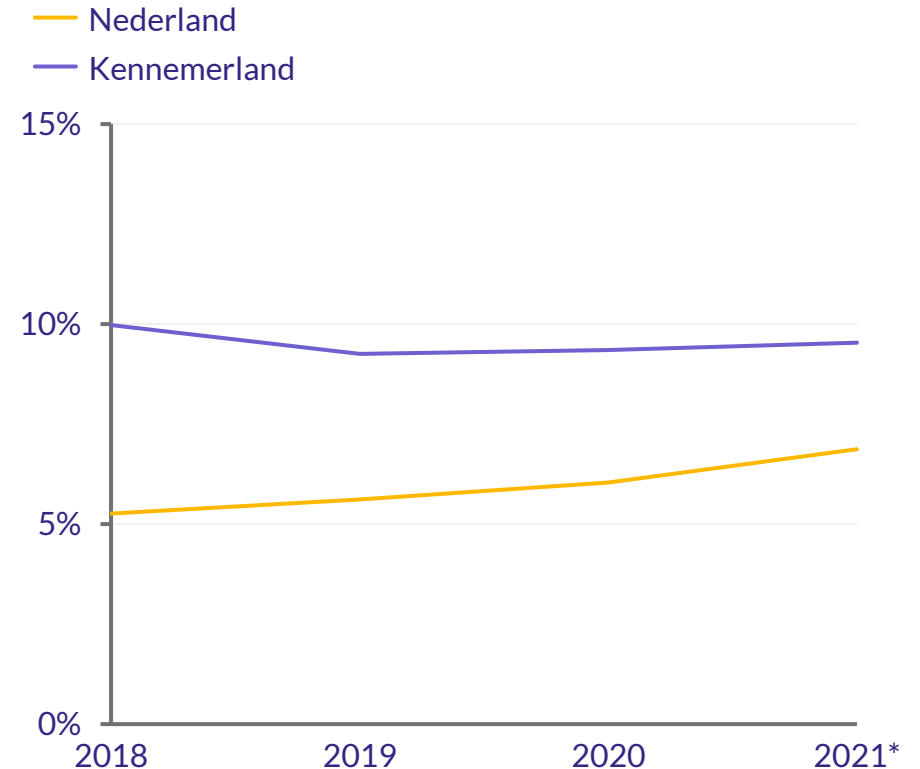


In Nederland neemt het aandeel VPT toe en groeit richting het aandeel in Kennemerland dat reeds hoog ligt

Leveringsvorm van zorg aan Wlz VV-gebruikers
Kennemerland [Gebruikers in jaar, zorgkantoorregio]

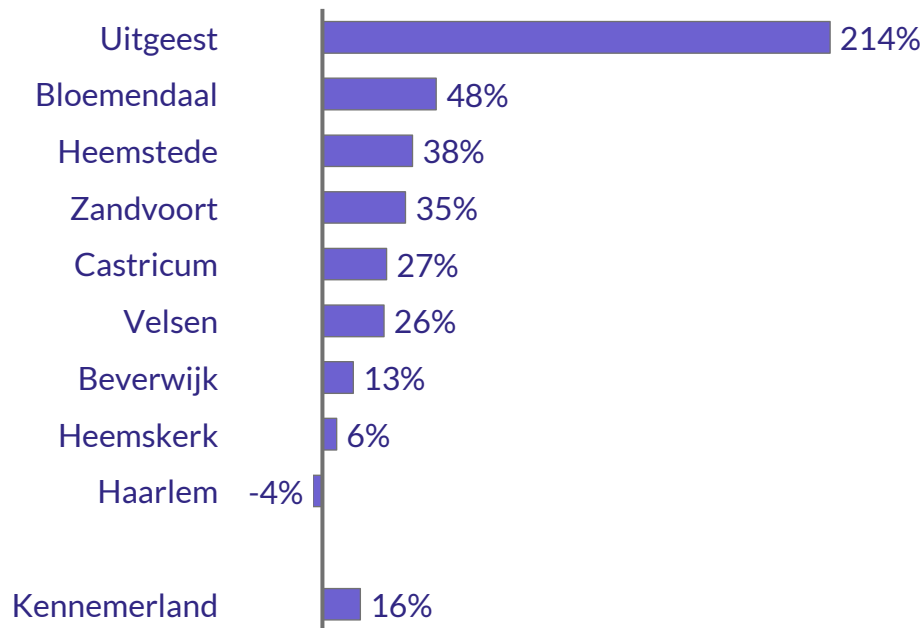


Aandeel VPT van totaal aantal Wlz VV gebruikers
Kennemerland [Gebruikers in jaar, zorgkantoorregio]

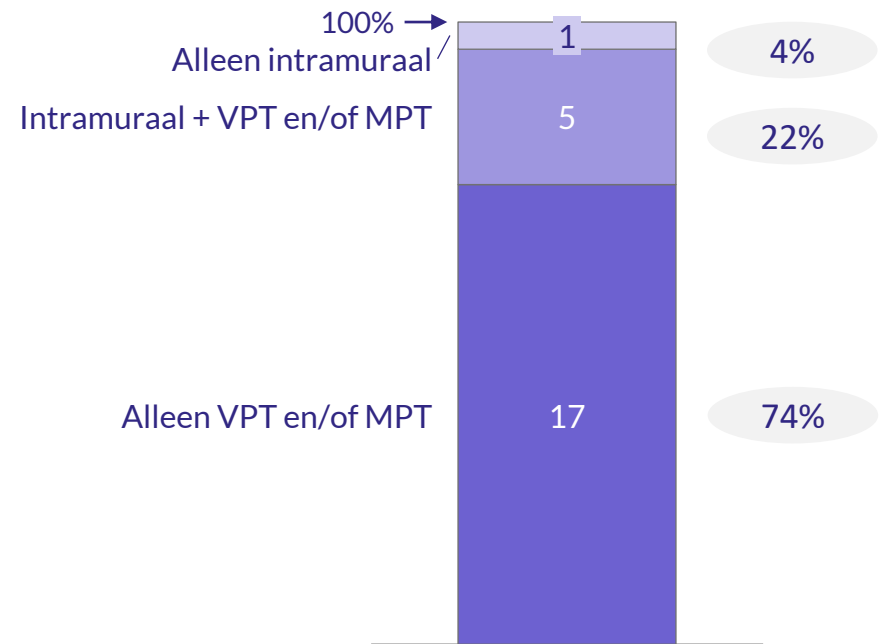


In Uitgeest is er bij Wlz-klienten een flinke shift gemaakt naar zorg in de eigen omgeving

Verandering van aantal Wlz-klienten dat zelfstandig woont¹ [verandering %punt, 2020-2023, K'land]



Type zorg geleverd door aanbieders in Kennemerland [Aantal aanbieders², 2022]



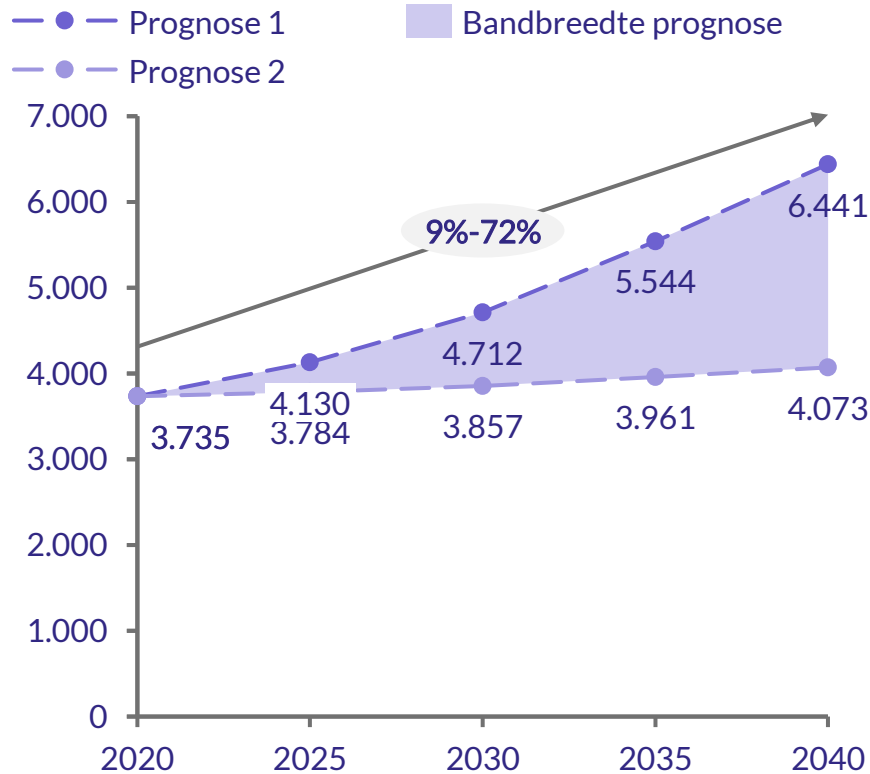
1) We rekenen klienten met toewijzing voor MPT, VPT tot eigen omgeving

2) Een minimum van twee klienten wordt gehanteerd om als aanbieder/locatie meegeteld te worden voor VPT/MPT. Het minimum voor intramuraal is vijf klienten

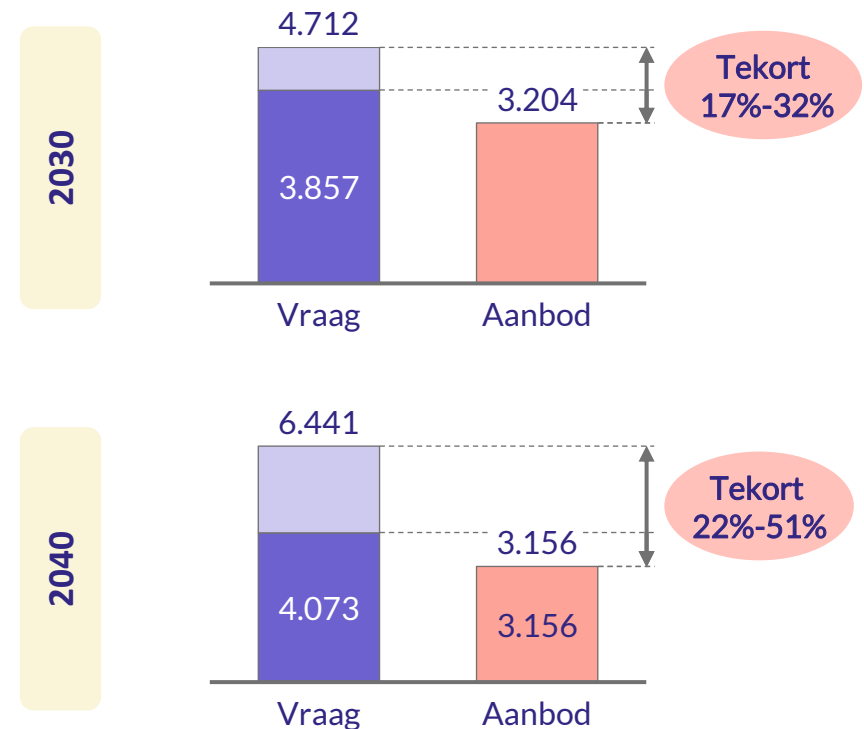
Bron: Regioanalyse Kennemerland Verpleging & Verzorging 2023, Zilveren Kruis

De vraag naar intramurale verpleeghuisplekken neemt toe, de mate van toename is sterk afhankelijk van de gekozen prognosemethode

Vraag naar verpleeghuiszorg in Kennemerland¹
[VV 4 t/m 10, vraag op peildatum, zorgkantoorregio]



Vershil in vraag en aanbod verpleeghuisplekken² [Aanbod bij huidige beleid, intramurale plekken, zorgkantoorregio KL]

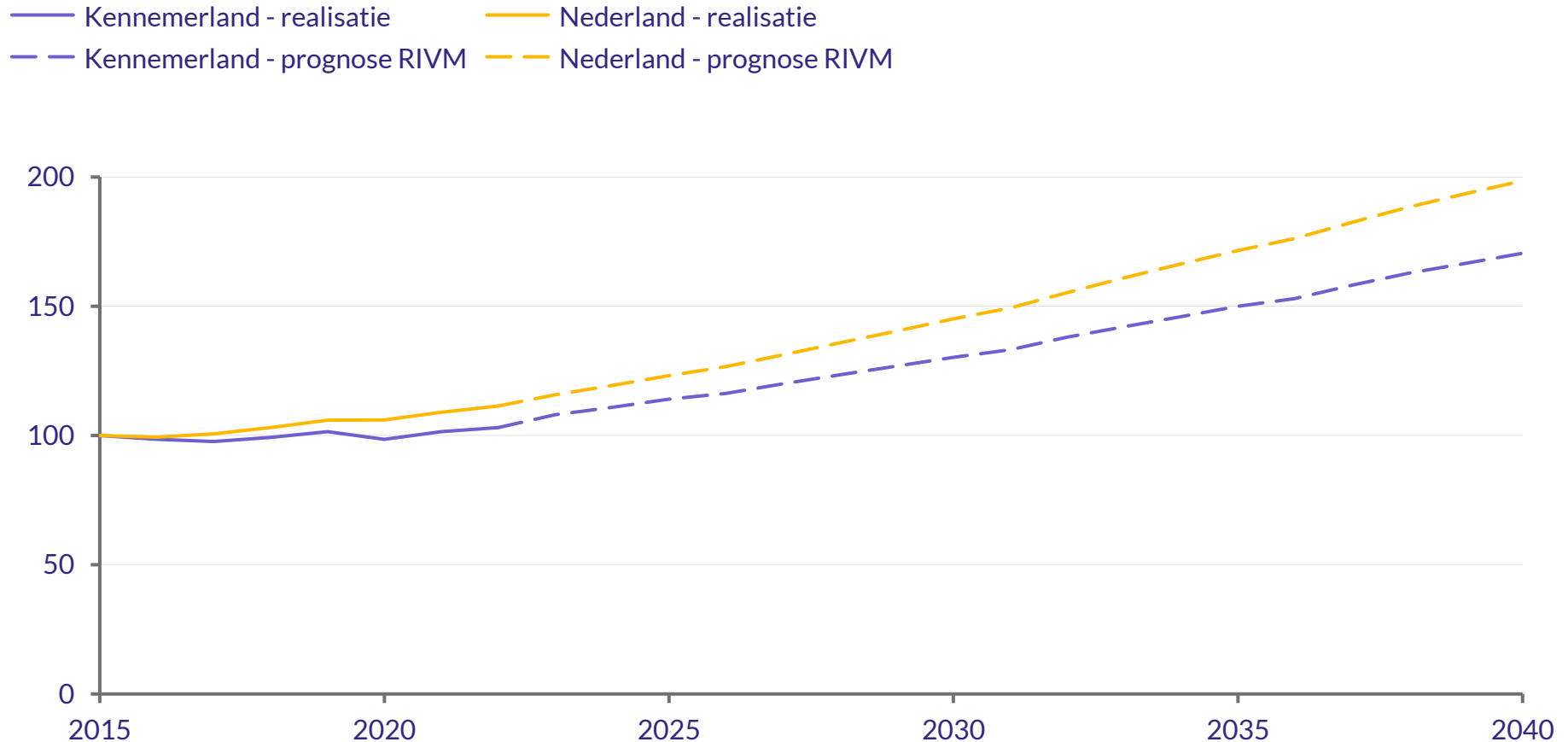


1) Prognose 1 is een extrapolatie o.b.v. aantal ouderen waarbij de zorgvraag per oudere hetzelfde blijft; prognose 2 houdt rekening met de historische ontwikkeling van verpleeghuiszorg die correleert met de aantallen overleden 80-plussers
2) Aanbod op basis van uitvraag bij aanbieders Wlz over uitbreidingsplannen. Percentageverschil tussen vraag en aanbod is o.b.v. landelijke gegevens
Bron: TNO, Prognose capaciteitsontwikkeling verpleeghuiszorg fase II; Gupta prognose verwacht zorggebruik in verpleeg- en verzorgingshuizen (2022)

RIVM voorspelt dat het aantal Wlz VV-gebruikers de komende jaren minder sterk toeneemt dan in Nederland

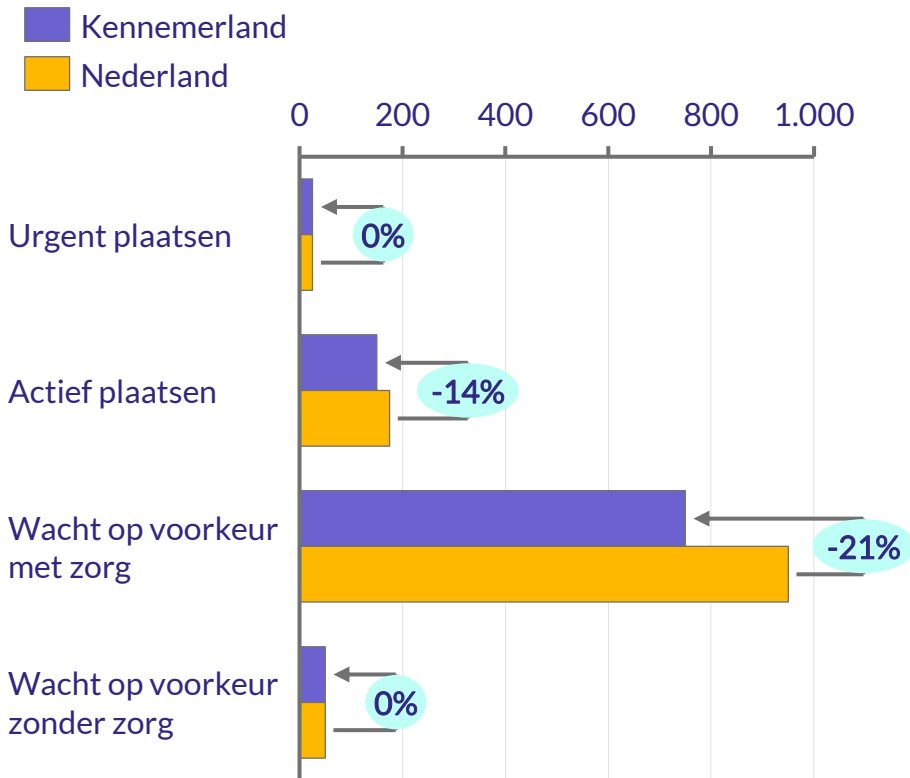
Prognose Wlz VV-gebruikers

[Aantal gebruikers, index 2022, Wlz VV, zorgkantoorregio Kennemerland]

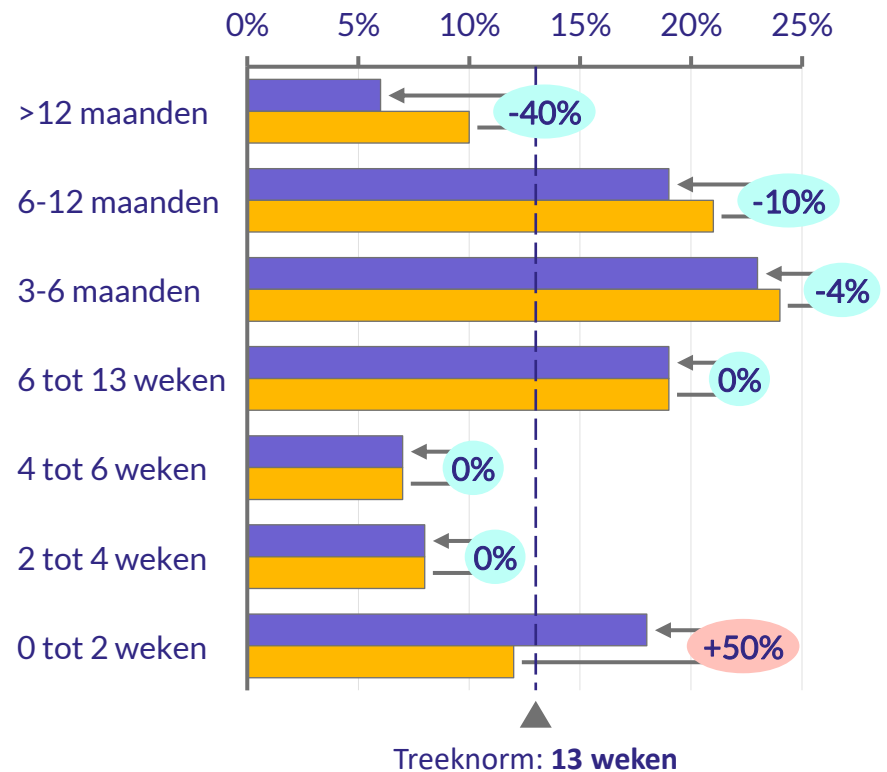


Aantal wachtenden langdurige VV in Kennemerland ligt lager dan het landelijk gemiddelde

Aantal wachtenden per 100.000 inwoners [75-plussers, peildatum juli 2022, regio KL en Nederland, Wlz VV]



Aandeel van wachtenden in wachttijdgroep [Peildatum juli 2022, regio Kennemerland en Nederland, Wlz VV]

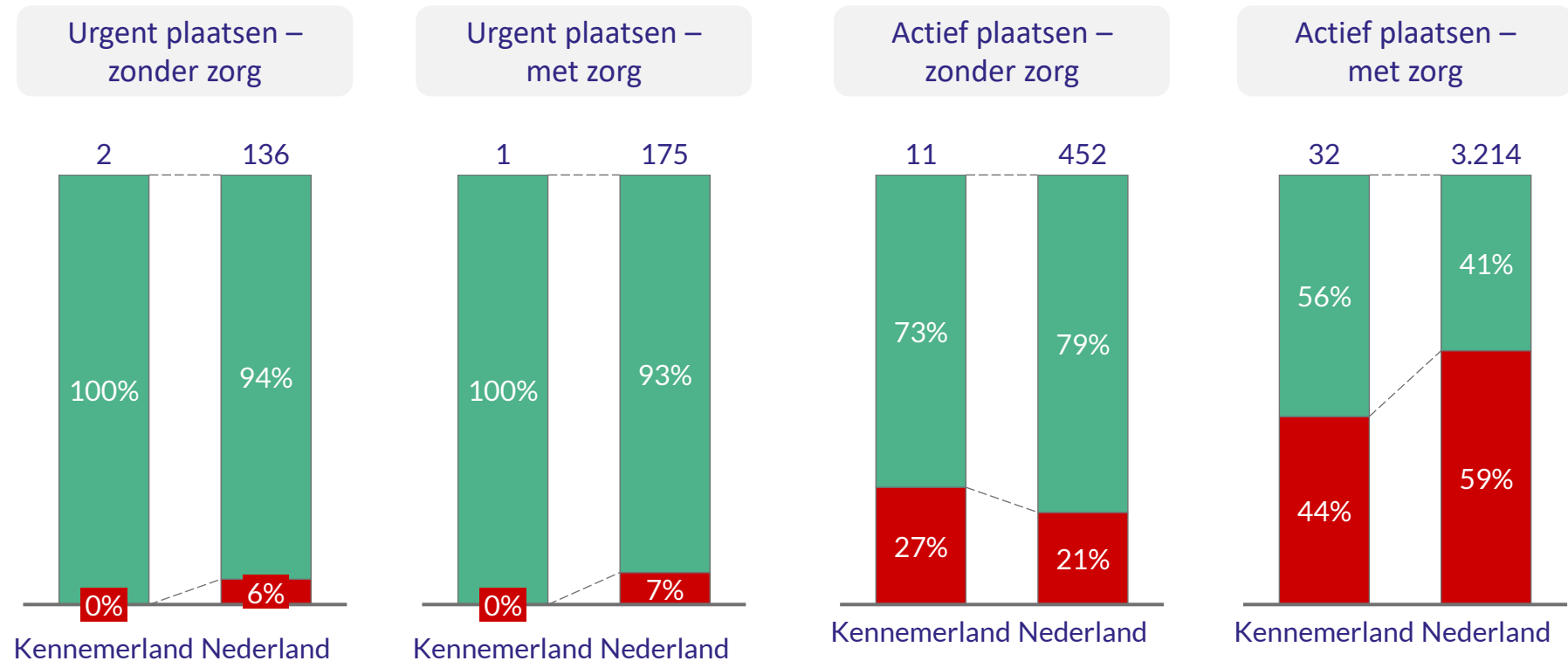


Kennemerland haalt bij wachtlijst actief plaatsen de treeknorm niet altijd en is bij actief plaatsen – zonder zorg slechter dan NL

Wachttijden per type zorg – binnen vs. buiten treeknorm

[Stand per 1 januari 2023, zorgkantoorregio Kennemerland, Wlz VV]

■ Binnen treeknorm ■ Buiten treeknorm

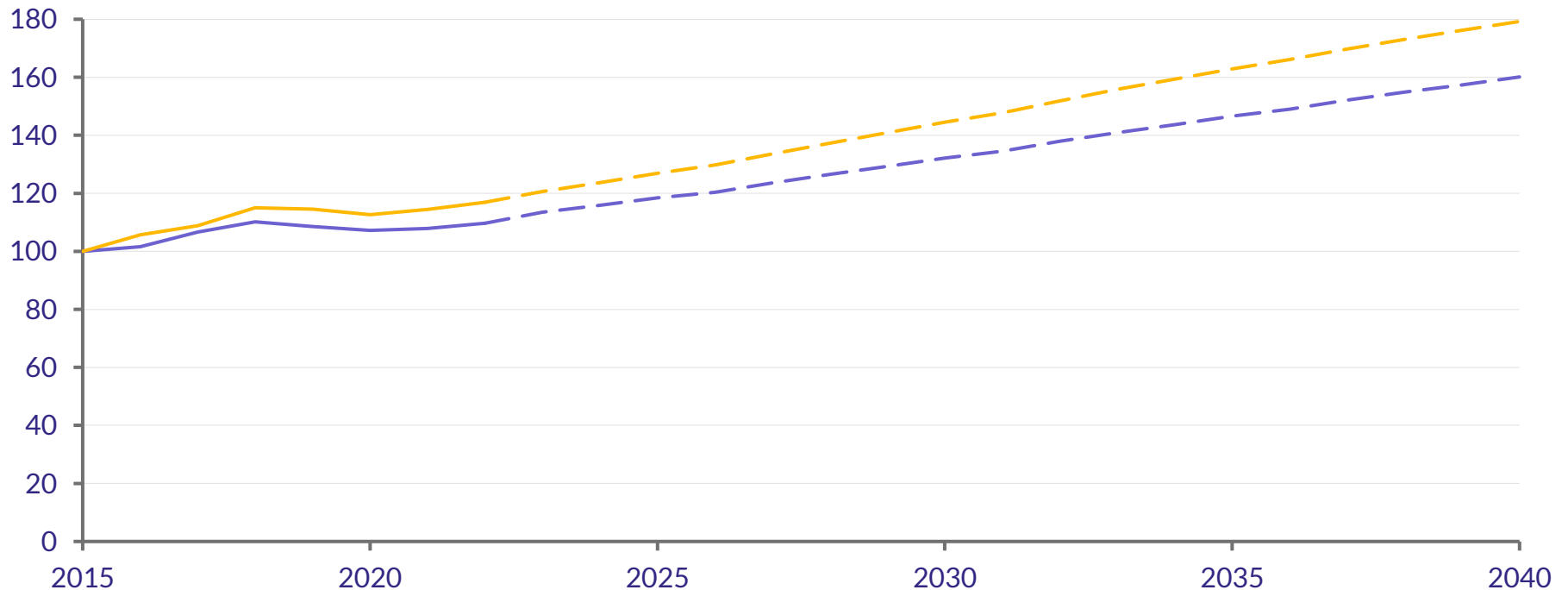


RIVM voorspelt dat het aantal cliënten in de wijkverpleging de komende jaren minder sterk toeneemt dan in Nederland

Prognose cliënten wijkverpleging

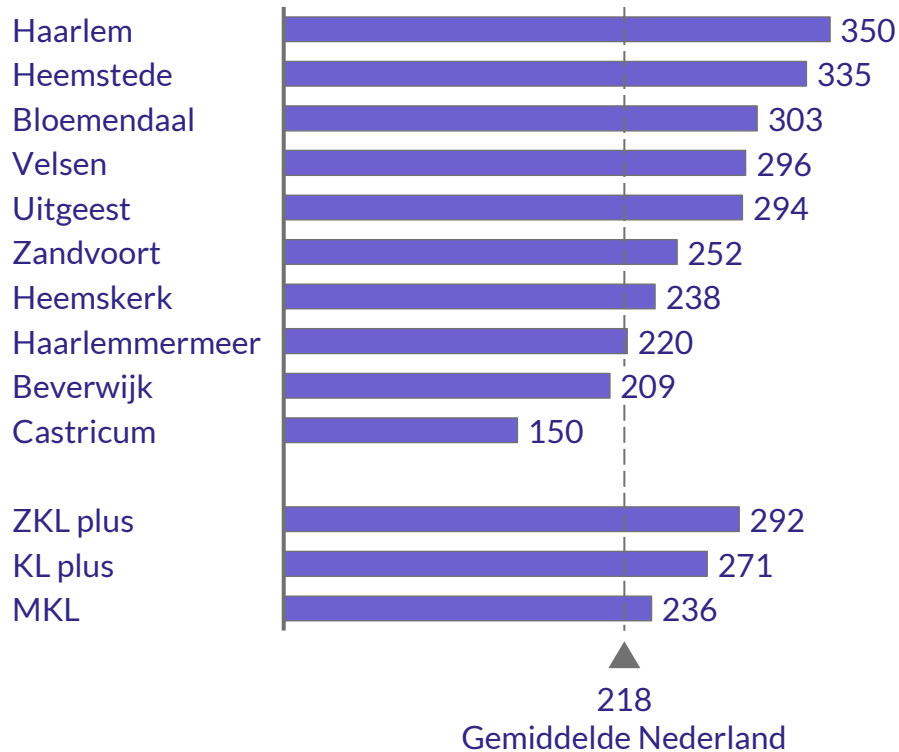
[Aantal gebruikers, index 2022, wijkverpleging, zorgkantoorregio Kennemerland]

— Kennemerland - realisatie — Nederland - realisatie
- - Kennemerland - prognose RIVM - - Nederland - prognose RIVM

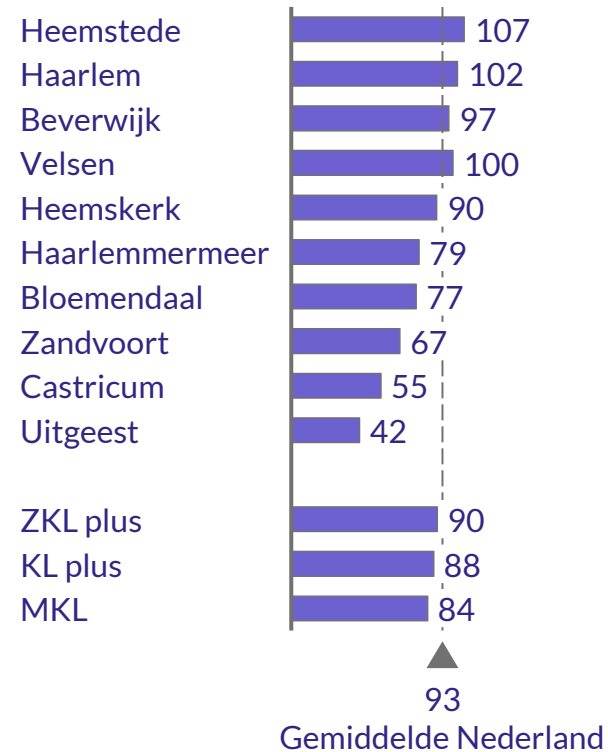


In Kennemerland plus - en dan met name Zuid Kennemerland plus – is het GRZ-gebruik hoog

GRZ-kosten per 70+'er
[EUR/jaar, 2020, gemeenteniveau]



ELV-kosten per 70+'er
[EUR/jaar, 2020, gemeenteniveau]

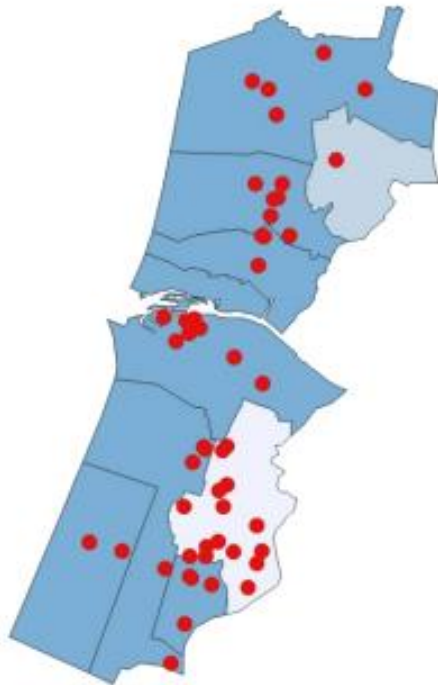


Er zijn 57 instellingslocaties in Kennemerland, opvallend is concentratie in relatief jonge gemeenten







Instellingslocaties Wlz VV en verwachte groei in vraag
[Locaties Wlz VV, zorgkantoorregio Kennemerland¹, 2023]

Kleinere groei     Grotere groei

 Instellingslocaties (57 totaal²)



Cliënten V&V per 10.000 inwoners
[Aantal per 10.000]

 <10
 10-50
 50-100
 100-2000
 >2000
 Geen gegevens



1) Let op, exclusief Haarlemmermeer

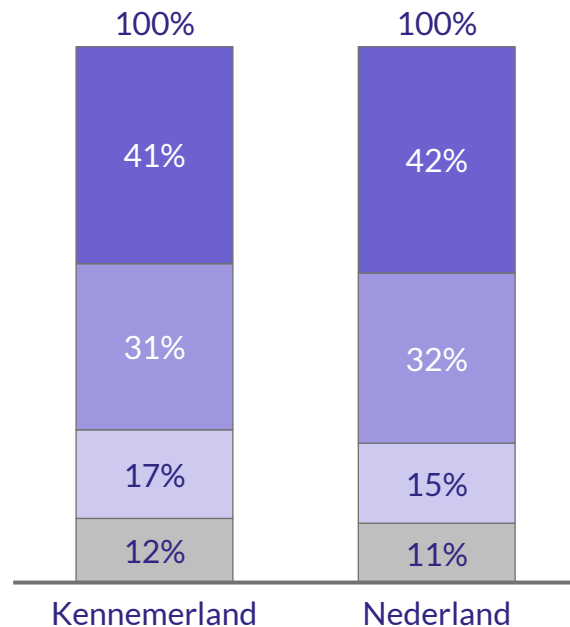
2) Gemiddeld 12 locaties per 1.000 klanten vergeleken met 14 in Zilveren Kruis regio's

Bron: Regiobeeld Zorgkantoor Zilveren Kruis 2023

In Kennemerland zijn de niet-acute sterfgevallen relatief vaker door dementie en op hogere leeftijd dan in Nederland

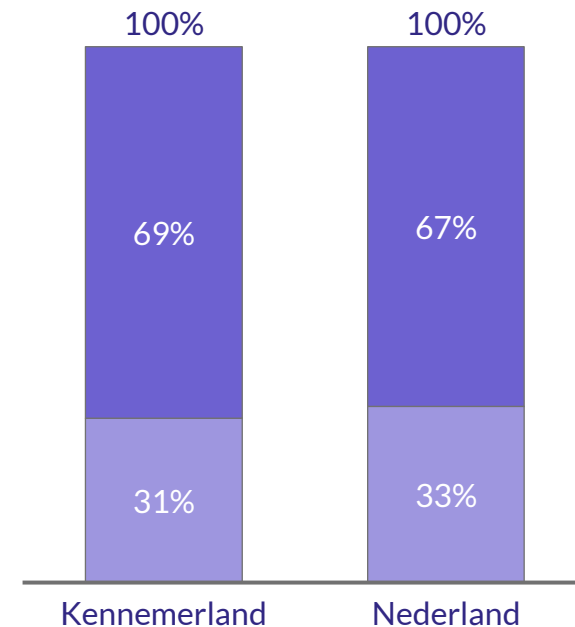
Doodsoorzaak in Kennemerland en Nederland van niet-acute overledenen [% , zorgkantoor Kennemerland, 2021]

■ Kanker ■ Dementie
■ Orgaanfalen ■ Overige verwacht doorsoorzaken



Leeftijdscategorie in Kennemerland en Nederland van niet-acute overledenen [% , zorgkantoor KL, 2021]

■ 75+j
■ 18-74j



In Kennemerland zijn 2.946/4.621 (64%) van de sterfgevallen niet-acute; in Nederland is dit 106.407/170.051 (63%)¹

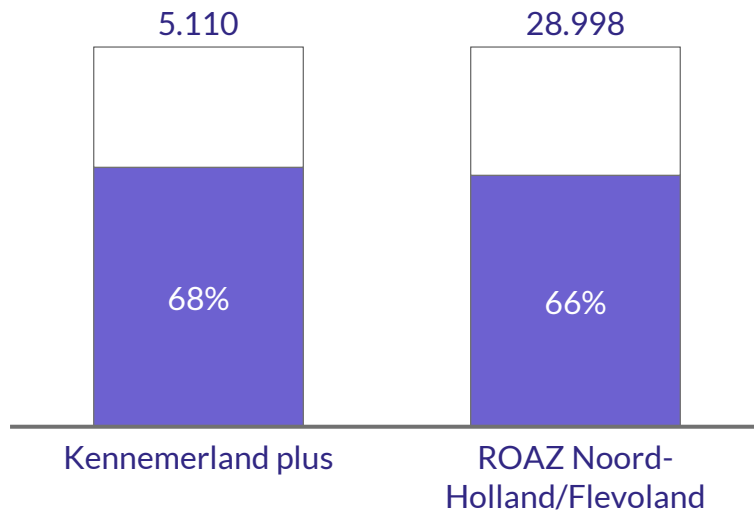
1) Bij een groot deel van de mensen die overlijden komt het overlijden niet onverwacht. Zij kunnen in de laatste levensfase behoefte hebben aan palliatieve zorg. Dit betreft personen met een verwacht overlijden, gedefinieerd volgens Etkind et al. - *How many people will need palliative care in 2040?* (<https://icd.who.int/browse10/2019/en>)

Bron: Palliaweb, kerncijfers behoefte aan palliatieve zorg

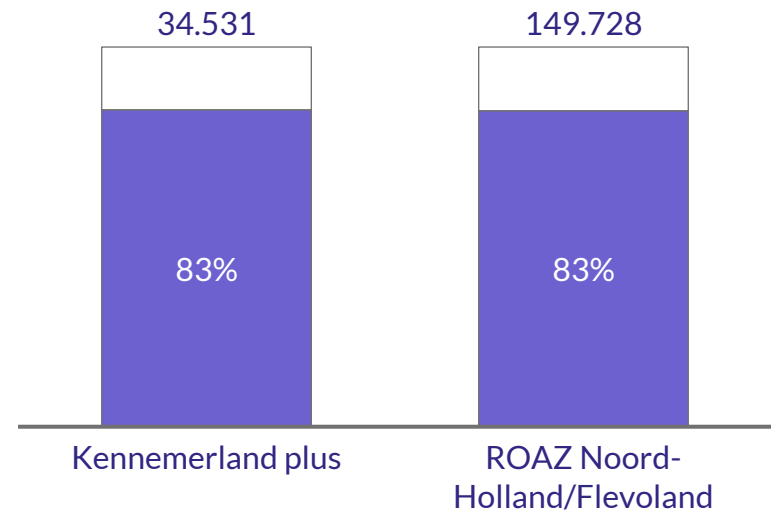
In Kennemerland plus wordt er voor ELV hoog complex meer zorg ingezet dan in de rest van de ROAZ-regio

Aantal ligdagen ELV laag complex [Kennemerland plus en Noord-Holland/Flevoland, 2022]

□ Begroot
■ Realisatie (dagen)



Aantal ligdagen ELV hoog complex [Kennemerland plus en Noord-Holland/Flevoland, 2022]



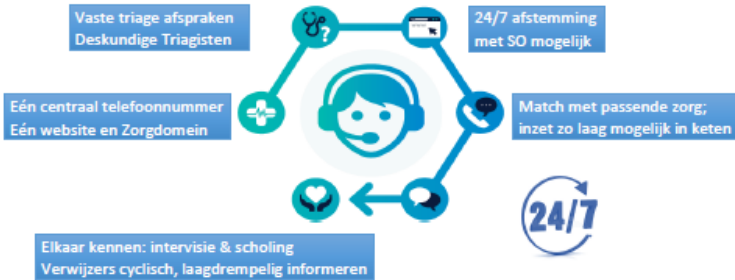
Realisatie aantal ligdagen per 1.000 75-plussers



In 2017 is CAZHEM opgericht om invulling te geven aan de subacute zorg voor kwetsbare ouderen

CAZHEM 2017-2022 Voorbereid op de toekomst

CAZHEM: Centraal Aanmeldpunt Zorginzet Haarlem en Meer
 Het begon in 2017 na een seizoen waarin, door de griep, grote capaciteitsproblemen waren in onze regio in de subacute zorg voor kwetsbare ouderen.
 Eén telefoonnummer, één website, persoonlijk gesprek en samenwerking bleken de oplossing!

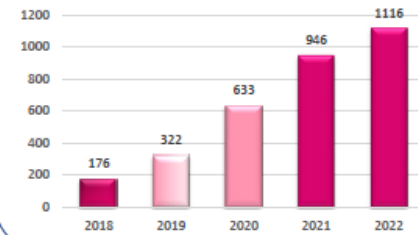


Uitbreiding producten en diensten

- 2017 Bemiddeling buiten kantooruren (ANW) voor SPOED-aanvragen binnen 4 uur
- Eerstelijns verblijf (ELV), Geriatrische Revalidatie Zorg (GRZ), langdurige zorg (WLZ)
- Bemiddeling 24 uur per dag spoedaanvragen in de regio, ook crisisaanvragen WLZ
- Niet meer alleen spoed: tijdens kantooruren bemiddeling reguliere ELV voor huisarts
- Bemiddeling IBS-VVT-plaatsing 24 uur per dag
- Bemiddeling voor pilotstudy Observatiebedden
- Bemiddeling regionale Covid-unit
- 2022 Bemiddeling acute respijtzorg
- 2023 Bemiddeling Palliatieve bedden in de regio?

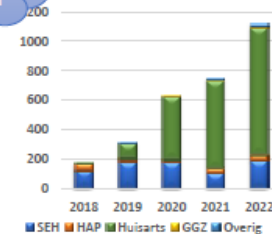


Aantal geregistreerde zorgaanvragen CAZHEM



Meer huisarts, minder SEH

Verwijzers



Uitdagingen

- Inzet van zorg zo dicht mogelijk bij huis regelen: aandacht voor capaciteit (spoed) thuiszorg.
- Continue beschikbaarheid geschikte plaatsen
- Organisatie triage 24/7: professioneel en gericht op groei
- CAZHEM: passende, kostendekkende financiering
- Zorgcoördinatie in de acute keten/samenwerking/afstemming
- Andere zorginzet thuis (in de toekomst)

©CAZHEM 2022

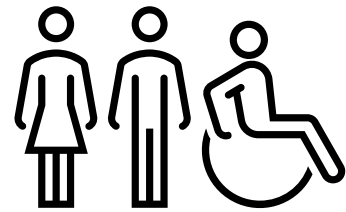
De uitspraken van verschillende zorgorganisaties over capaciteit en wachttijden binnen de ouderenzorg komen niet overeen

Er is wél een tekort,
wij kunnen de
patiënten niet kwijt

Ziekenhuizen en
huisartsen

Er is géén tekort, wij
hebben altijd plekken
vrij

Aanbieders ELV
& GRZ



13. Gehandicaptenzorg

Agenda

Samenvatting en conclusies

A. Kenmerken van de regio

B. Zorg in de regio (per sector)

Zvw

12. Verpleeg- en verzorgingstehuizen en thuiszorg

13. Gehandicaptenzorg

14. Jeugdwet en Wmo

15. Preventie

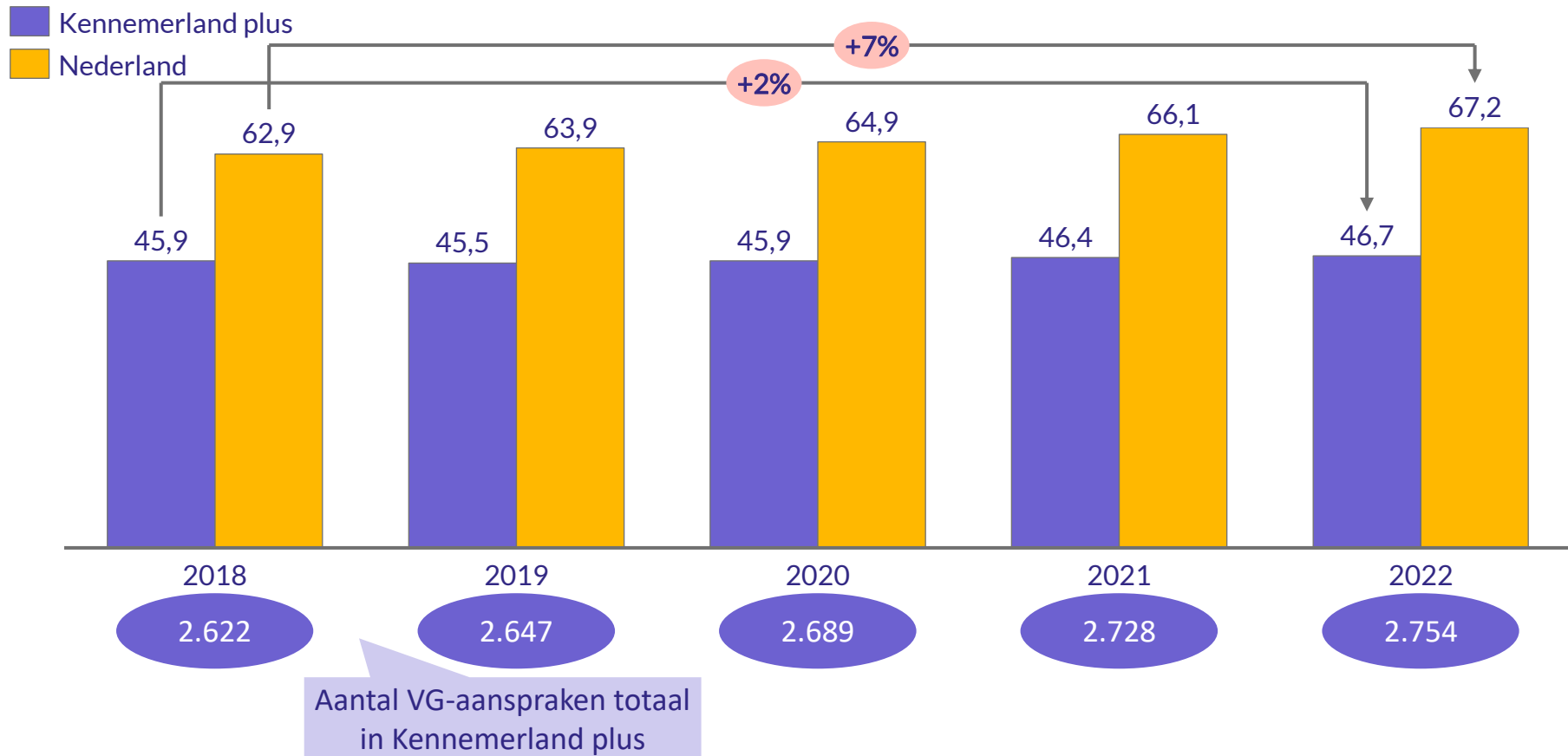
C. Regionale samenwerking

Bijlagen

In vijf jaar tijd is het aantal VG-aanspraken in Kennemerland plus relatief minder gestegen dan het totaal in Nederland

Aantal VG-aanspraken¹ ten opzichte van alle inwoners

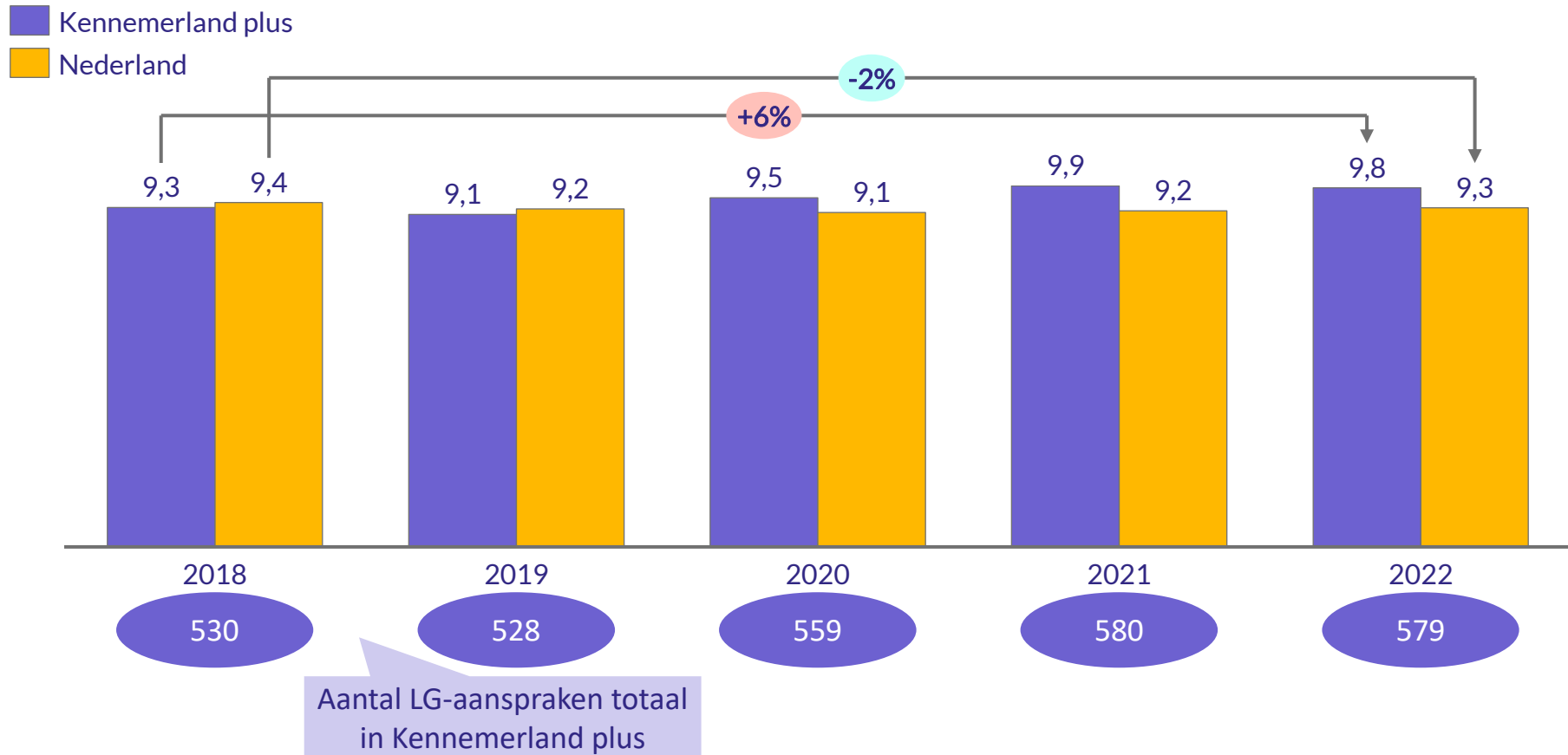
[Aantal VG-aanspraken per 10.000 inwoners, 2018-2022, Kennemerland plus]



In vijf jaar tijd is het aantal LG-aanspraken in Kennemerland plus relatief hoger geworden dan in Nederland

Aantal LG-aanspraken¹ ten opzichte van alle inwoners

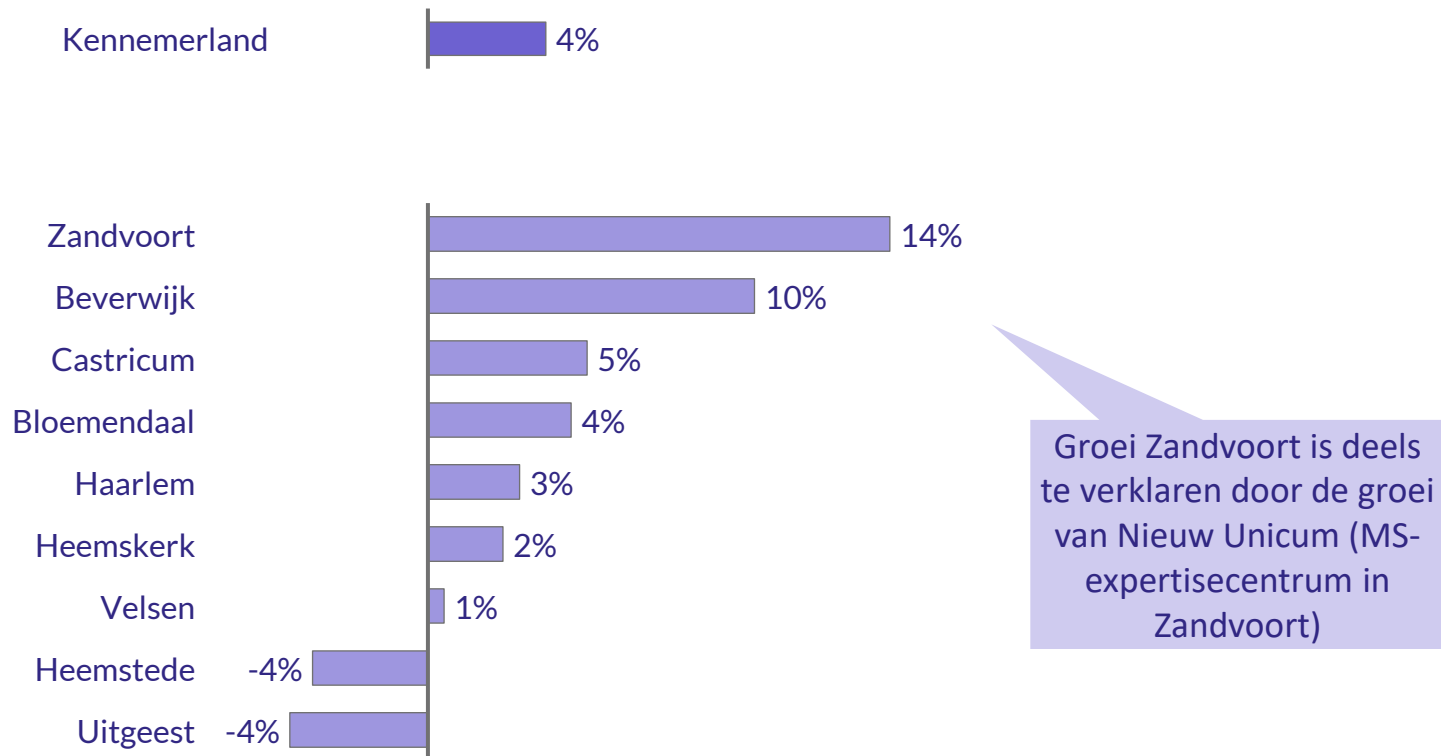
[Aantal LG-aanspraken per 10.000 inwoners, 2018-2022, Kennemerland plus]



Regio kent een gemiddelde groei van aantal gehandicapten, spreiding in de regio is deels te verklaren door expertisecentra

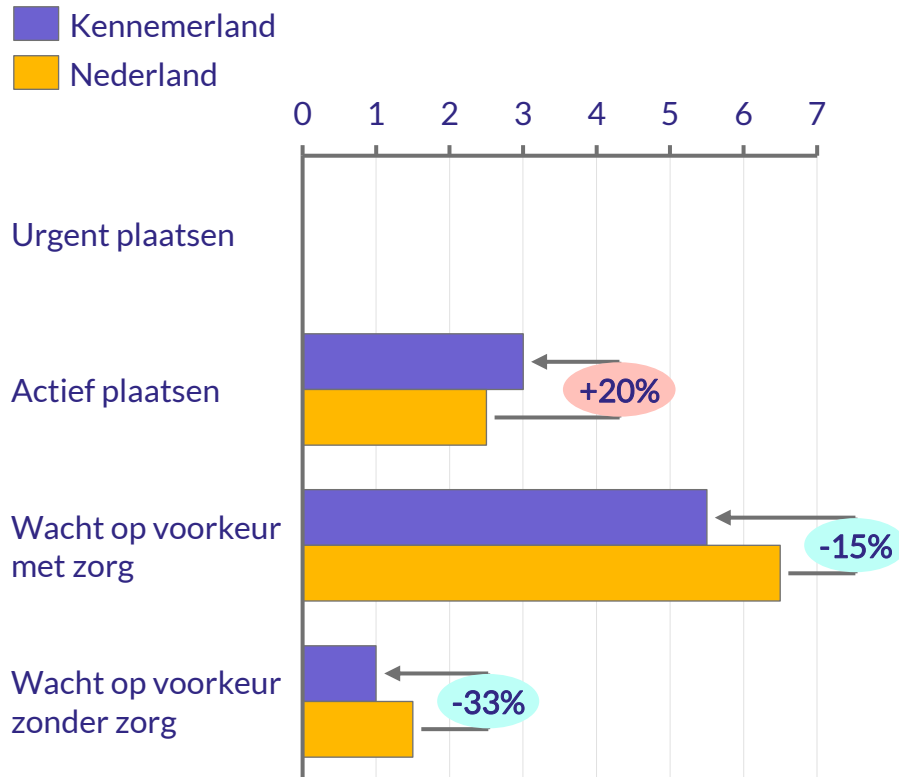
Groei aandeel GZ-klanten¹ ten opzichte van inwoners

[verschil in % van GZ-klanten ten opzichte van inwoners, 2020-2023, zorgkantoorregio Kennemerland]

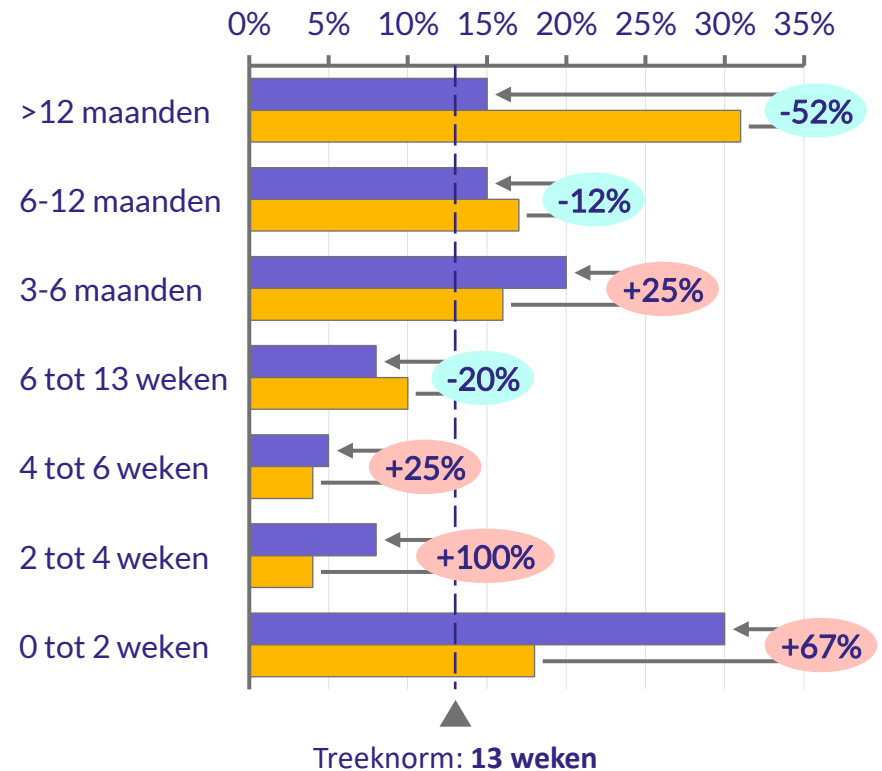


Aantal wachtenden langdurige gehandicaptenzorg in Kennemerland ligt alleen bij 'actief plaatsen' hoger dan landelijke gemiddelde

Aantal wachtenden per 100.000 inwoners [peildatum juli 2022, regio KL en Nederland, Wlz gz]

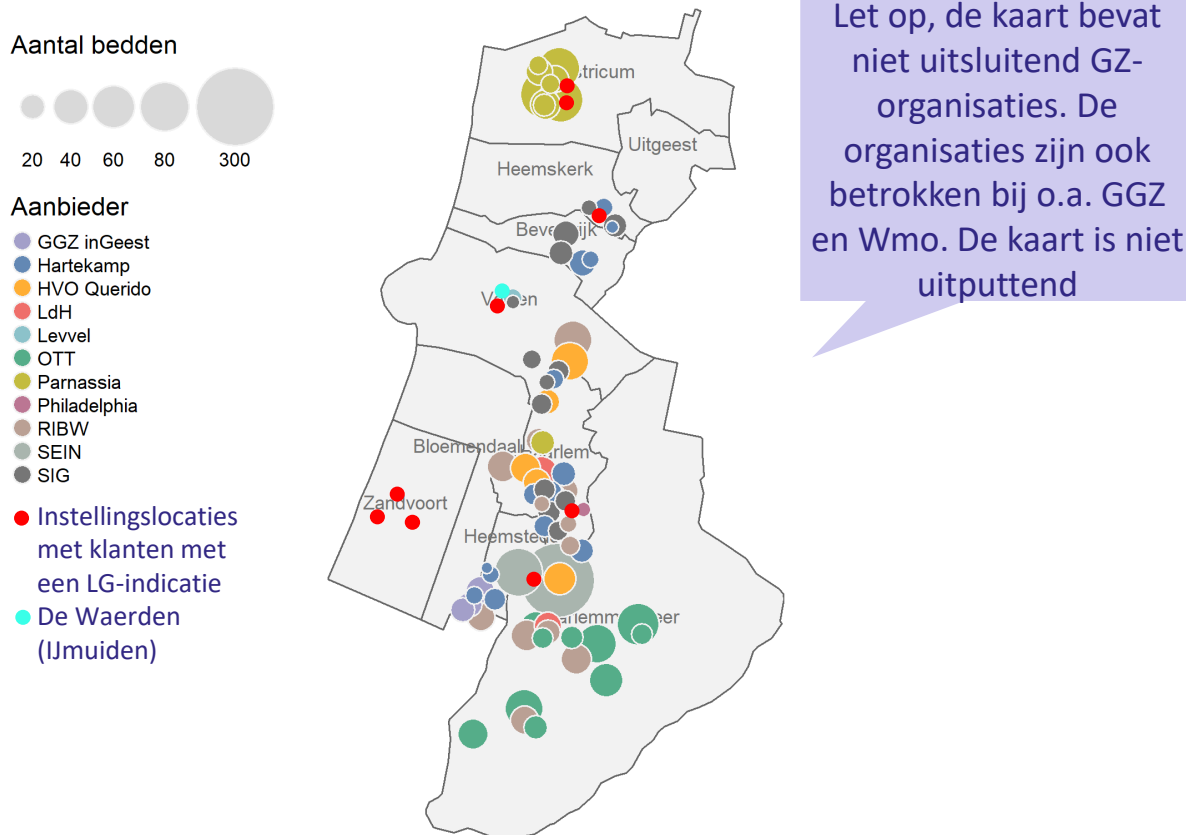


Aandeel van wachtenden in wachttijdgroep [Peildatum juli 2022, regio Kennemerland en Nederland, Wlz gz]



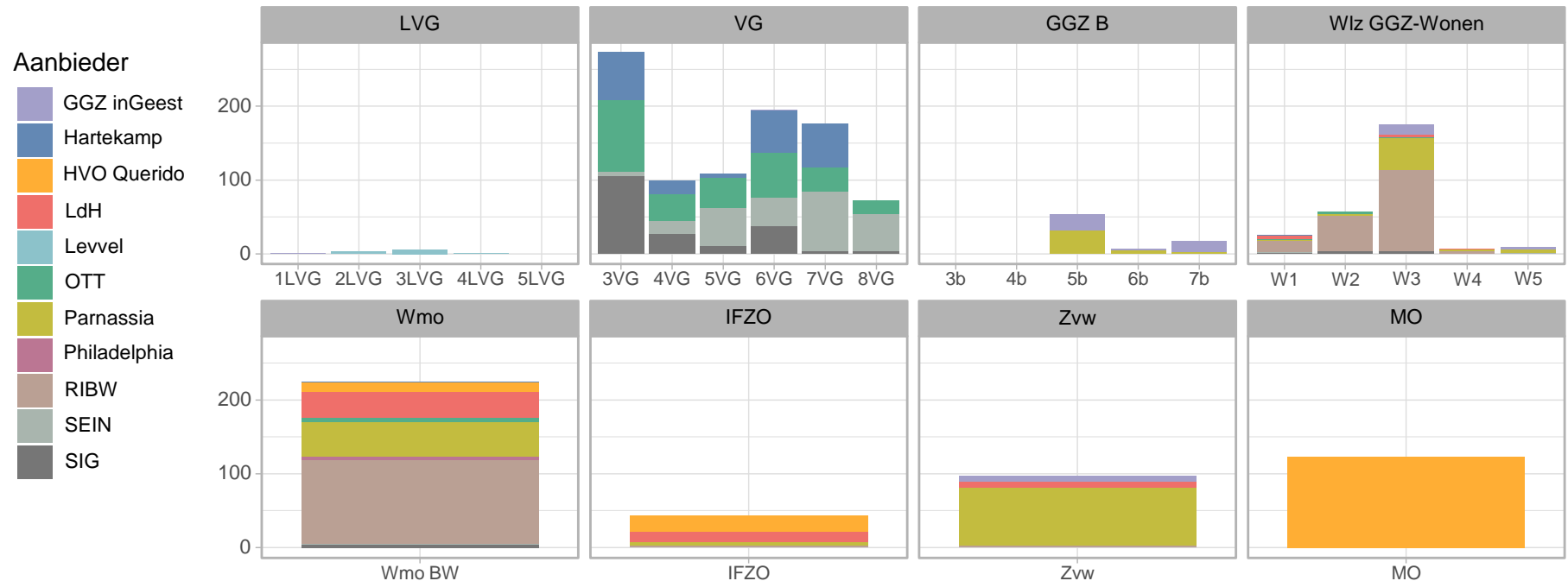
Bij de spreiding van de locaties valt op dat er geen of weinig locaties in Zandvoort, Uitgeest en Bloemendaal zijn

Spreiding van locaties en aanbieders in Kennemerland plus



Het valt op dat er weinig LVG-plekken zijn; deze zijn tijdelijk, daarna doorstroom naar VG of Wlz GGZ Wonen

Aantal indicaties per aanbieder [Regio Kennemerland plus]



*De Waerden ontbreekt in de analyse van CQ Procesmanagement en heeft de volgende verdeling:
Wlz: 2VG (2), 3VG (26), 4VG (16), 5VG (5), 6VG (5); **Wmo:** 37 cliënten*

~30% van de intramurale cliënten binnen LVB-netwerk heeft te maken met LVB/GGZ-problematiek

Geschatte omvang aantal intramurale cliënten met LVB/GGZ problematiek [Regio Kennemerland plus]

| Aanbieders in de regio | Aantal cliënten | Aantal geschatte cliënten met LVB/GGZ |
|------------------------|-----------------|---------------------------------------|
| GGZ inGeest | 68 | 40% → 27 cliënten |
| HVO Querido | 158 | 50% → 79 cliënten |
| Hartekamp | 219 | 30% → 66 cliënten |
| LdH | 64 | 40% → 26 cliënten |
| Level | 12 | 35% → 4 cliënten |
| OTT | 329 | 30% → 99 cliënten |
| Parnassia | 366 | 40% → 146 cliënten |
| Philadelphia | 8 | 30% → 2 cliënten |
| RIBW K/AM | 298 | 20% → 60 cliënten |
| SEIN | 352 | Epilepsie doelgroep |
| SIG | 195 | 10-13% LVB → 22 cliënten |

Conclude: zo'n 30% van de intramurale cliënten binnen het LVB-netwerk Kennemerland plus heeft te maken met LVB/GGZ-problematiek¹



De Waerden ontbreekt in de analyse van CQ Procesmanagement en heeft 91 cliënten in de regio waarvan naar schatting ongeveer 16 met LVB + GGZ-problematiek (17,5%)



14. Jeugdwet en Wmo

Agenda

Samenvatting en conclusies

A. Kenmerken van de regio

B. Zorg in de regio (per sector)

Zvw

12. Verpleeg- en verzorgingstehuizen en thuiszorg

13. Gehandicaptenzorg

14. Jeugdwet en Wmo

15. Preventie

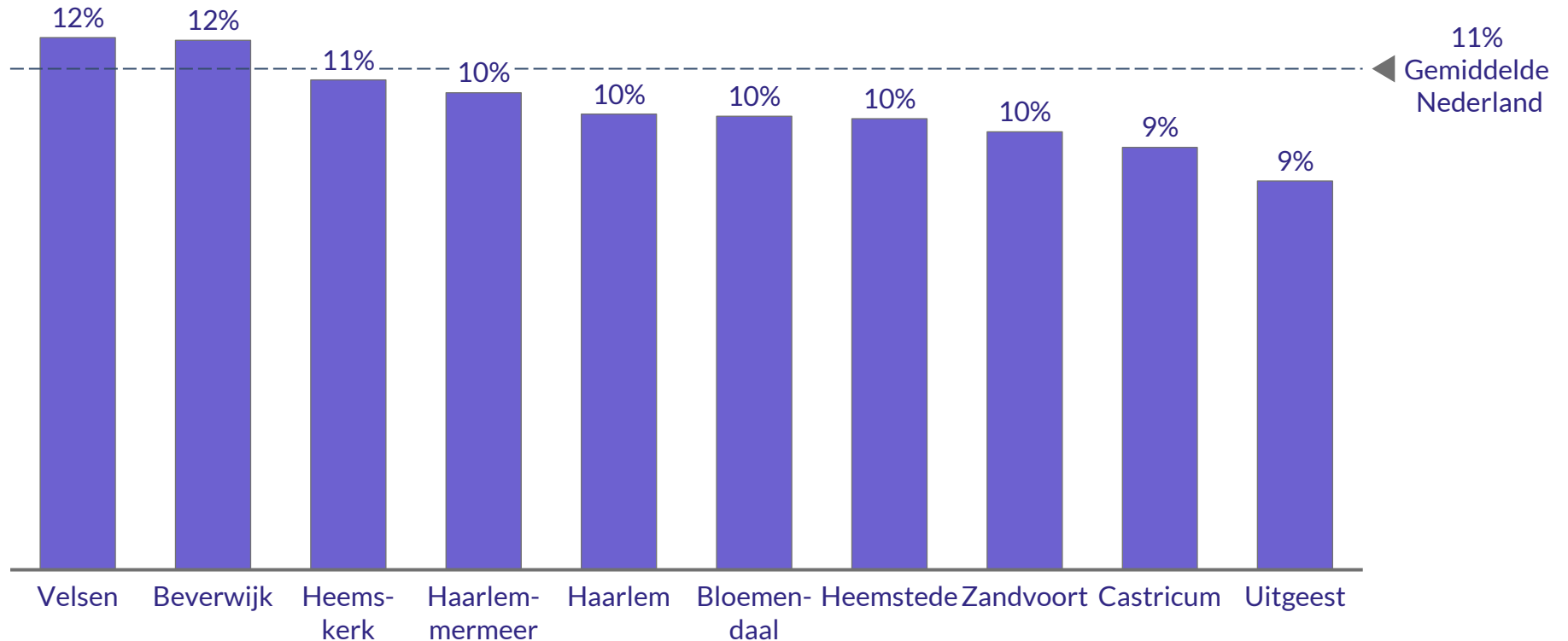
C. Regionale samenwerking

Bijlagen

Het percentage kinderen en jongeren dat gebruik maakt van jeugdzorg is alleen in Velsen en Beverwijk boven het Nederlandse gemiddelde

Jeugdzorggebruik in Kennemerland plus en Nederland

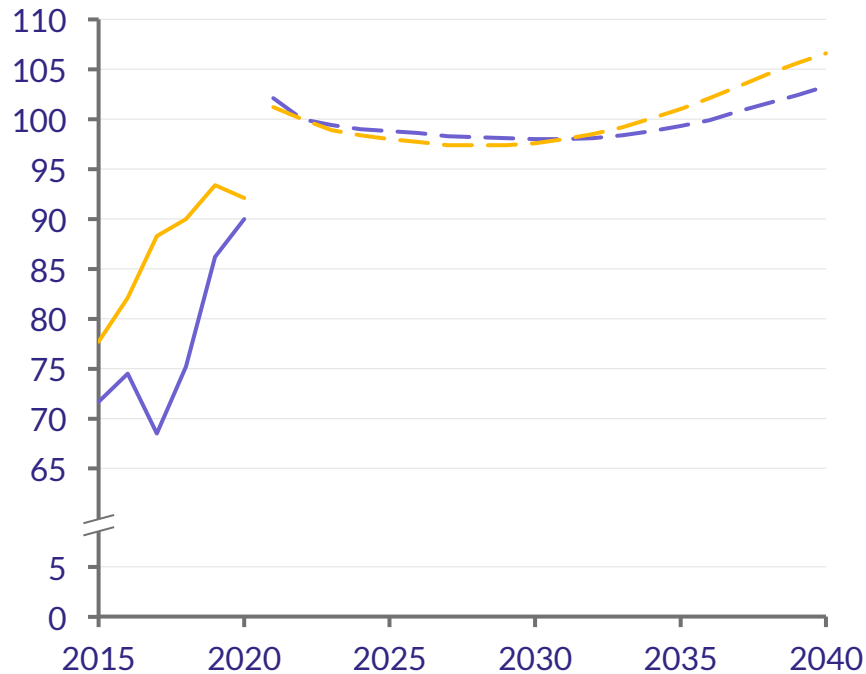
[% kinderen en jongeren dat gebruik maakt van jeugdzorg per gemeente, 2021]



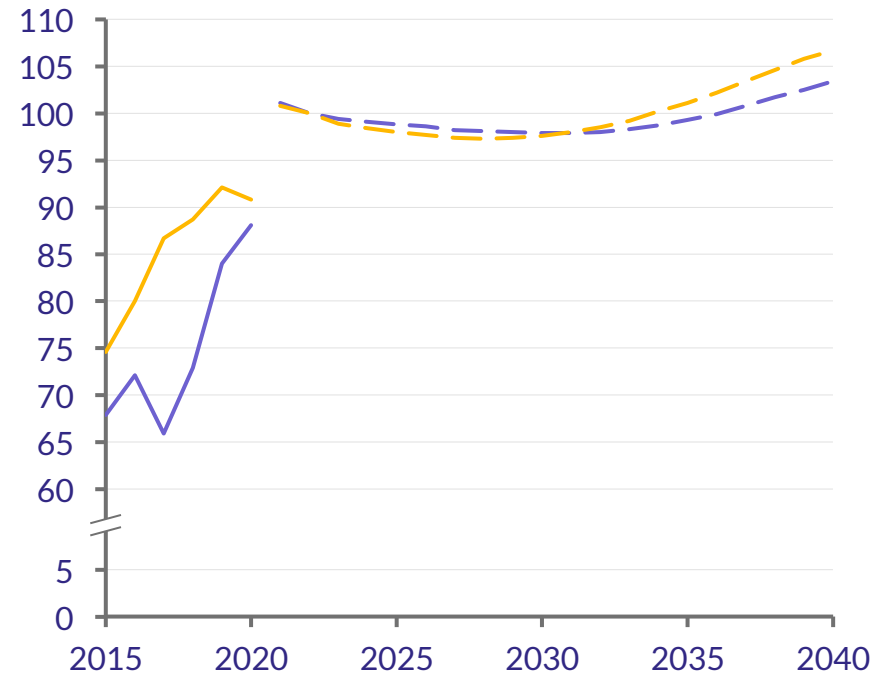
Het totaal aantal jeugdzorgtrajecten jeugdzorg en jeugdhulp in natura volgt de landelijke trend, de verwachting is een toename

Jeugdzorgtrajecten: jeugdzorg in natura (totaal)
[2022 is index, zorgkantoorregio Kennemerland]

— Kennemerland - realisatie — Nederland - realisatie
- - Kennemerland - prognose - - Nederland - prognose



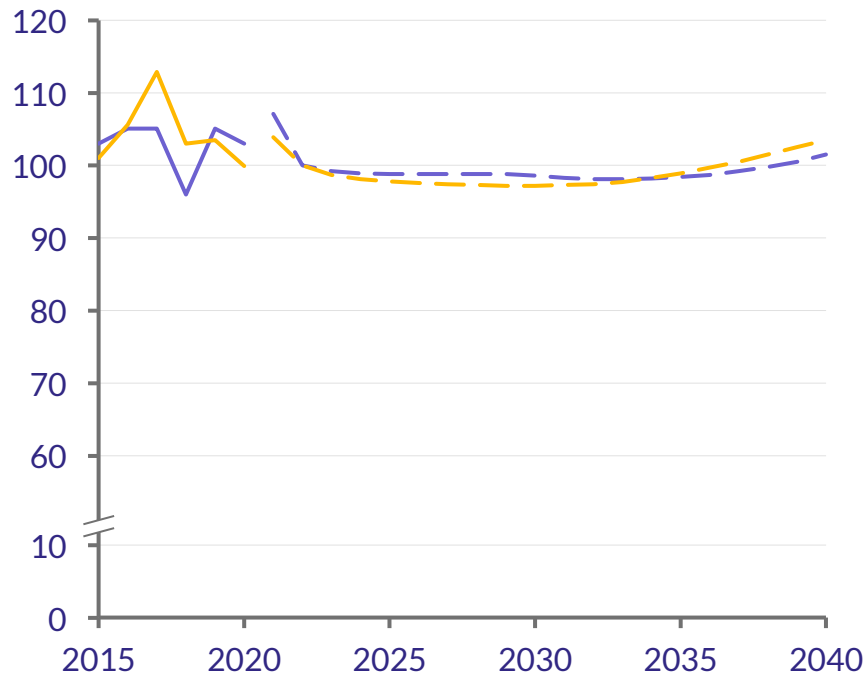
Jeugdzorgtrajecten: jeugdhulp in natura (totaal)
[2022 is index, zorgkantoorregio Kennemerland]



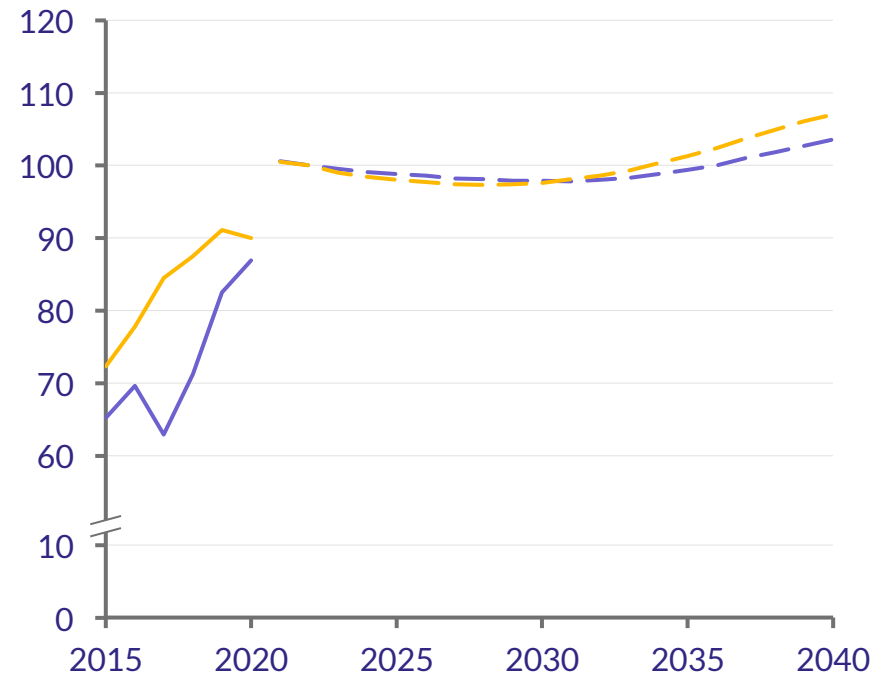
Het aantal jeugdzorgtrajecten jeugdhulp in natura volgt de landelijke trend, de verwachting is een kleine toename

Jeugdzorgtrajecten: jeugdhulp in natura (met verblijf)
[2022 is index, zorgkantoorregio Kennemerland]

— Kennemerland - realisatie — Nederland - realisatie
- - Kennemerland - prognose - - Nederland - prognose



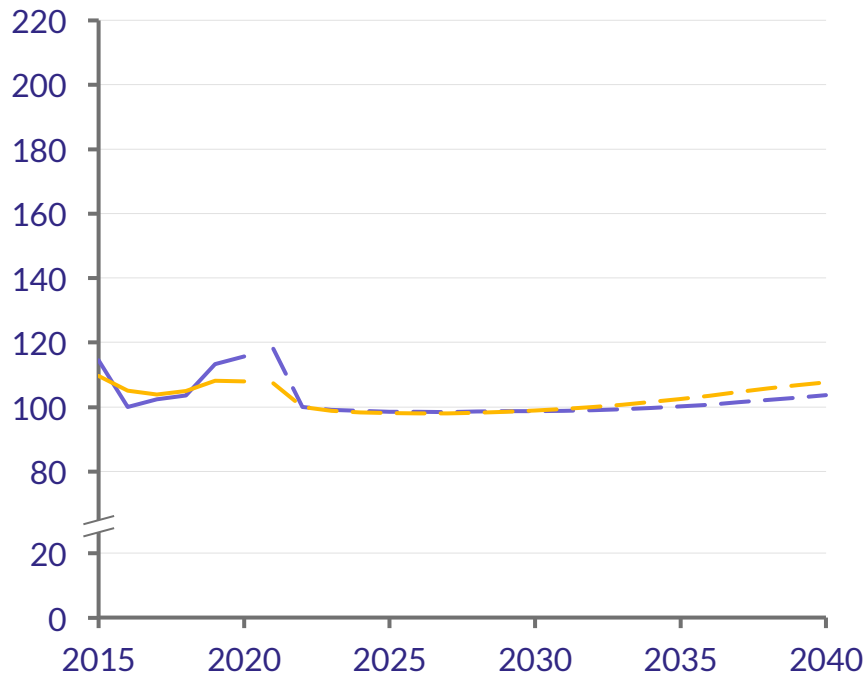
Jeugdzorgtrajecten: jeugdhulp in natura (zonder verblijf)
[2022 is index, zorgkantoorregio Kennemerland]



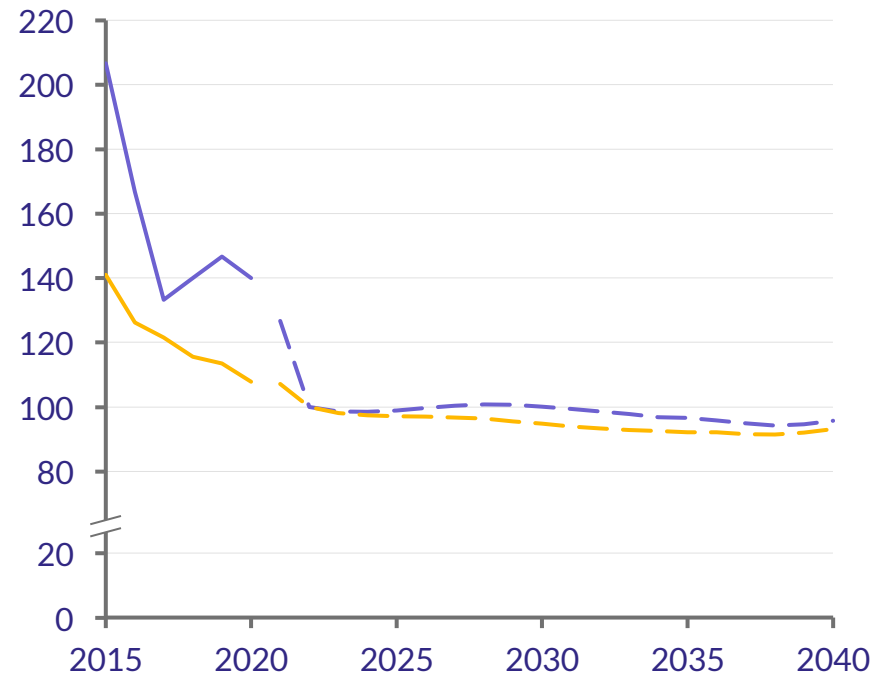
Het aantal jeugdzorgtrajecten jeugdbescherming en jeugdreclassering volgt de landelijke trend, de verwachting is een kleine afname

Jeugdzorgtrajecten: jeugdbescherming (totaal)
[2022 is index, zorgkantoorregio Kennemerland]

— Kennemerland - realisatie — Nederland - realisatie
- - Kennemerland - prognose - - Nederland - prognose



Jeugdzorgtrajecten: jeugdreclassering (totaal)
[2022 is index, zorgkantoorregio Kennemerland]



Het Platform Jeugd denkt bij mentale gezondheid aan verschillende onderwerpen en knelpunten

Waar heb je elkaar voor nodig, wat is lastig of onmogelijk om zelf op te pakken?

- Wachtlijst beheer
- Vroeg signalering bij kinderen en jongeren
- Bij complexe gezinssituaties niet alleen de kinderen helpen maar ook de ouders, met voorrang
- Goede zorg en variatie in het onderwijs (rapport Berenschot)
- Richten op positieve gezondheid
- Verbinden met de andere opgaven (bestaansrecht en jeugd en gezin)

Welke knelpunten en problemen zien wij de komende drie jaar?

- Bewustwording
- Demedicalisering/normalisering¹
- Capaciteit en kennis
- Onderscheid tussen curatief en preventief

Denk aan onderwerpen als: beperkte instroom GGZ, leefstijl, alcohol, overgewicht, roken, fysieke leefomgeving, werkgelegenheid, wachtlijsten etc.

Het Platform Jeugd denkt bij jeugd en gezin aan verschillende onderwerpen en knelpunten

Waar heb je elkaar voor nodig, wat is lastig of onmogelijk om zelf op te pakken?

- Integrale zorg voor gezin over sectoren heen
- Administratieve processen contractering eenduidig inrichten
- Overgang naar 18+
- Transitie momenten van gezin en kinderen op cruciale punten begeleiden
- Extra aandacht voor jongeren en gezinnen uit aandachtswijken

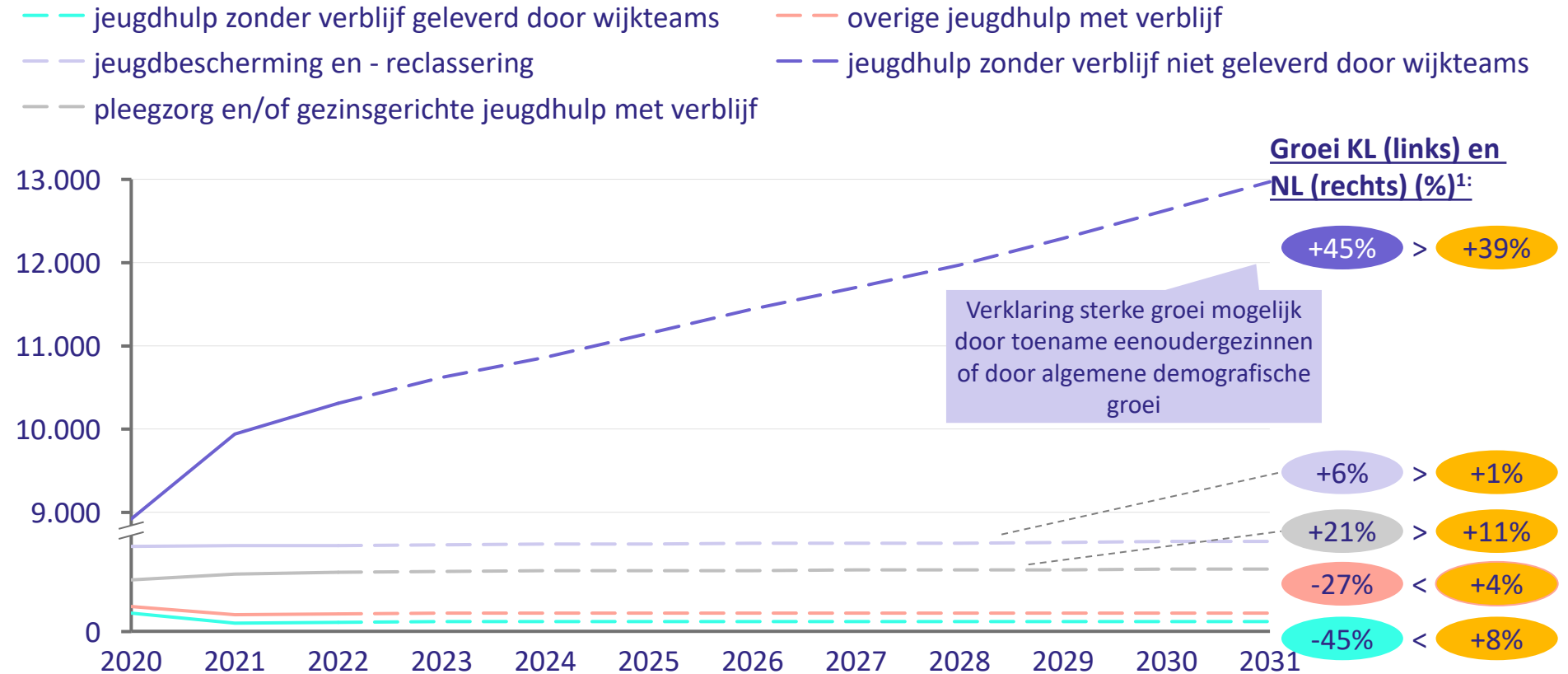
Welke knelpunten en problemen zien wij de komende drie jaar?

- Beschikbaar blijven voor regie en coördinatie op een wachtlijst
- Arbeidsmarkt problematiek
- Innovatie budgetten beschikbaar stellen voor deze doelgroep
- Ketenzorg is onvoldoende op elkaar aangesloten
- Samenhang¹ leidt tot betere zorg voor het kind
- Bekostigingssystematiek is verschillend, daardoor taal en aanpak anders en is samenwerking complex
- Verschillen in de regio's² wat betreft opgroeiomstandigheden
- Grootste opgave betreft het gezonder maken van de burger en het systeem

Denk aan onderwerpen als: weerbaarheid en vitaliteit, middelen gebruik, jeugdzorg, prestatiedruk, suïcide gedachten, selectieve preventie etc.

Volgens prognosemodel Z&W zal aantal cliënten in jeugdhulp Kennemerland sterk toenemen, voornamelijk op jeugdhulp zonder verblijf

Prognose aantal cliënten in jeugdhulp Kennemerland [Zorgkantoorregio Kennemerland, 2020-2031]

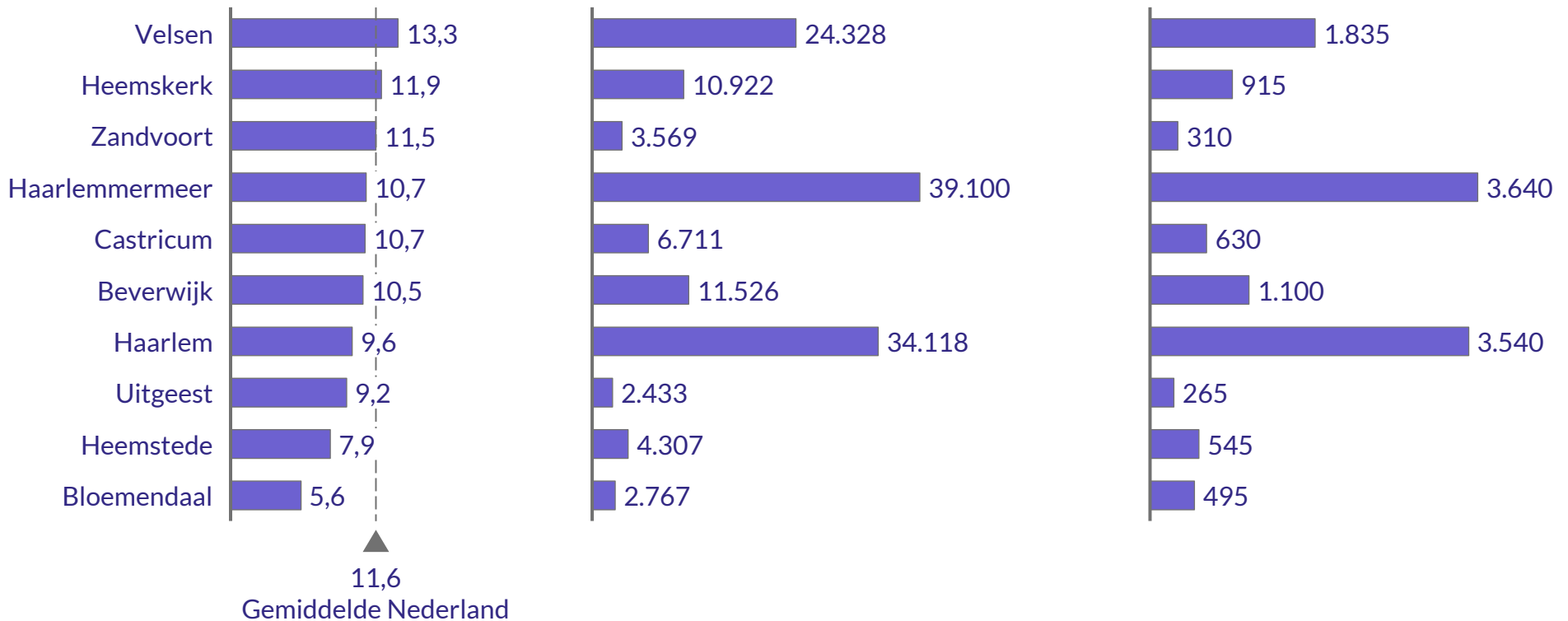


De gerealiseerde kosten per jeugdzorgtraject zijn in Bloemendaal opvallend laag

Gerealiseerde kosten per jeugdzorgtraject [EUR/traj., 2021]

Gerealiseerde kosten totaal [EUR, 2021]

Jeugdzorgtrajecten totaal [Trajecten, 2021]

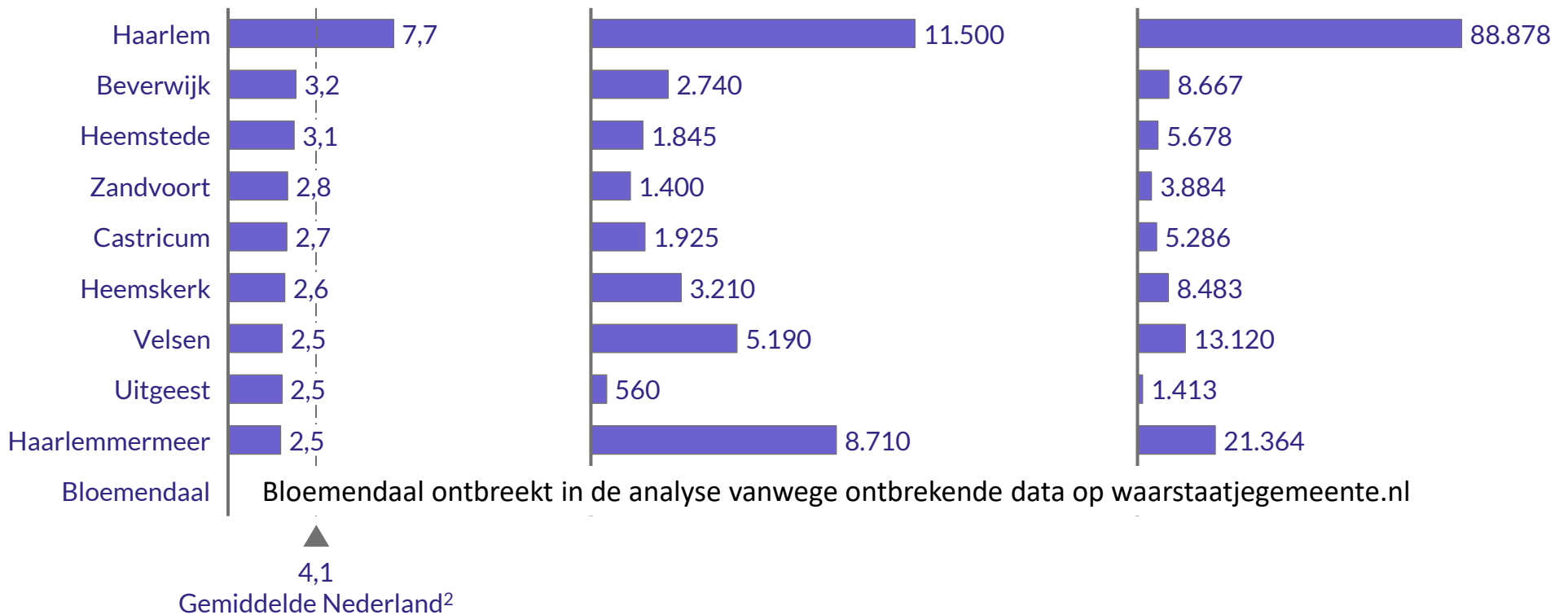


De gerealiseerde kosten per Wmo-maatwerkarrangement zijn in Haarlem opvallend hoog

Gerealiseerde kosten per Wmo-arrangement¹ [EUR/arr., 2021]

Gerealiseerde kosten totaal [EUR, 2021]

Wmo-maatwerkarrangementen totaal¹ [Arrangementen, 2021]



1) Wmo-maatwerkarrangement

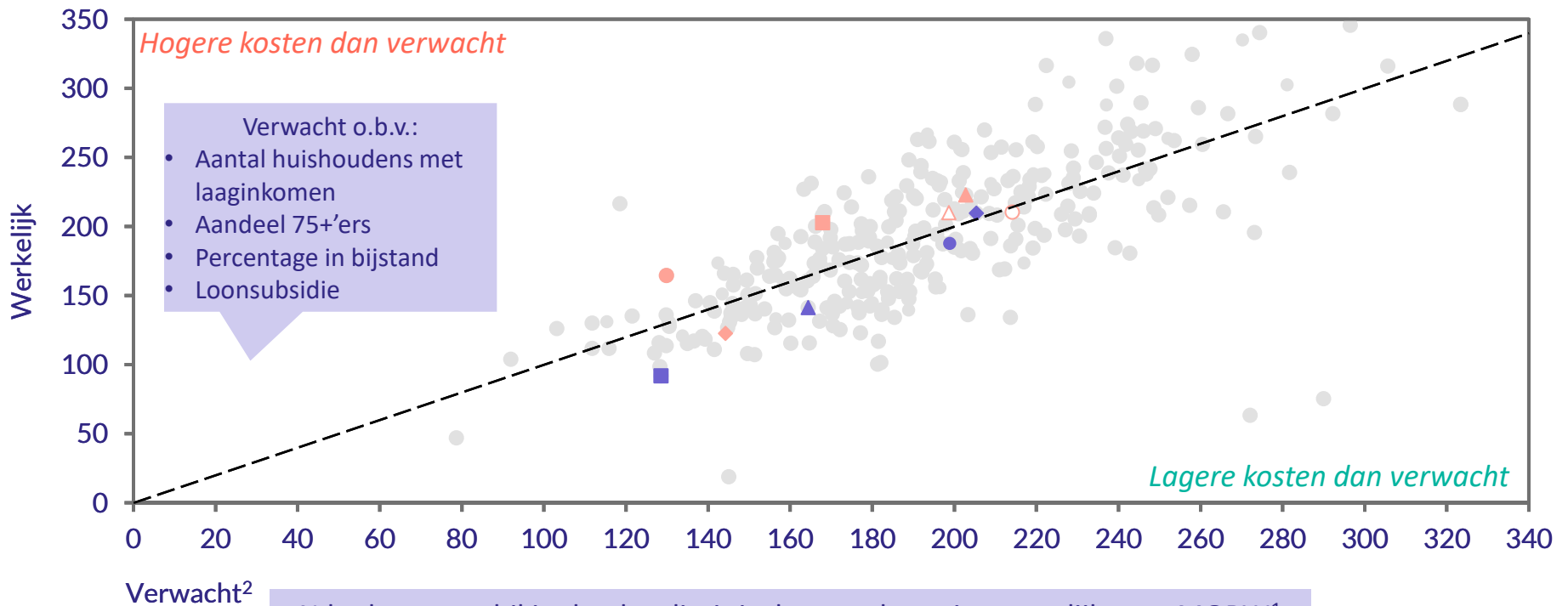
2) Gemeentes die geen/incomplete aanlevering hebben gedaan (waarstaatjegemeente.nl) zijn niet gebruikt in de bepaling van het gemiddelde

Bron: CBS Gemeentelijke kosten jeugdzorg (via waarstaatjegemeente.nl)

Wmo-kosten van de gemeentes liggen rond het landelijk gemiddelde, Bloemendaal, Heemstede en Haarlem grootste uitschieters

Benchmark Wmo-kosten ex. MOBW¹ tussen gemeenten
 [EUR per inwoner, werkelijk vs. verwacht, 2020]

- Beverwijk ▲ Castricum ◆ Haarlemmermeer ■ Heemstede ○ Zandvoort
- Bloemendaal ▲ Haarlem ◆ Heemskerk ■ Uitgeest △ Velsen

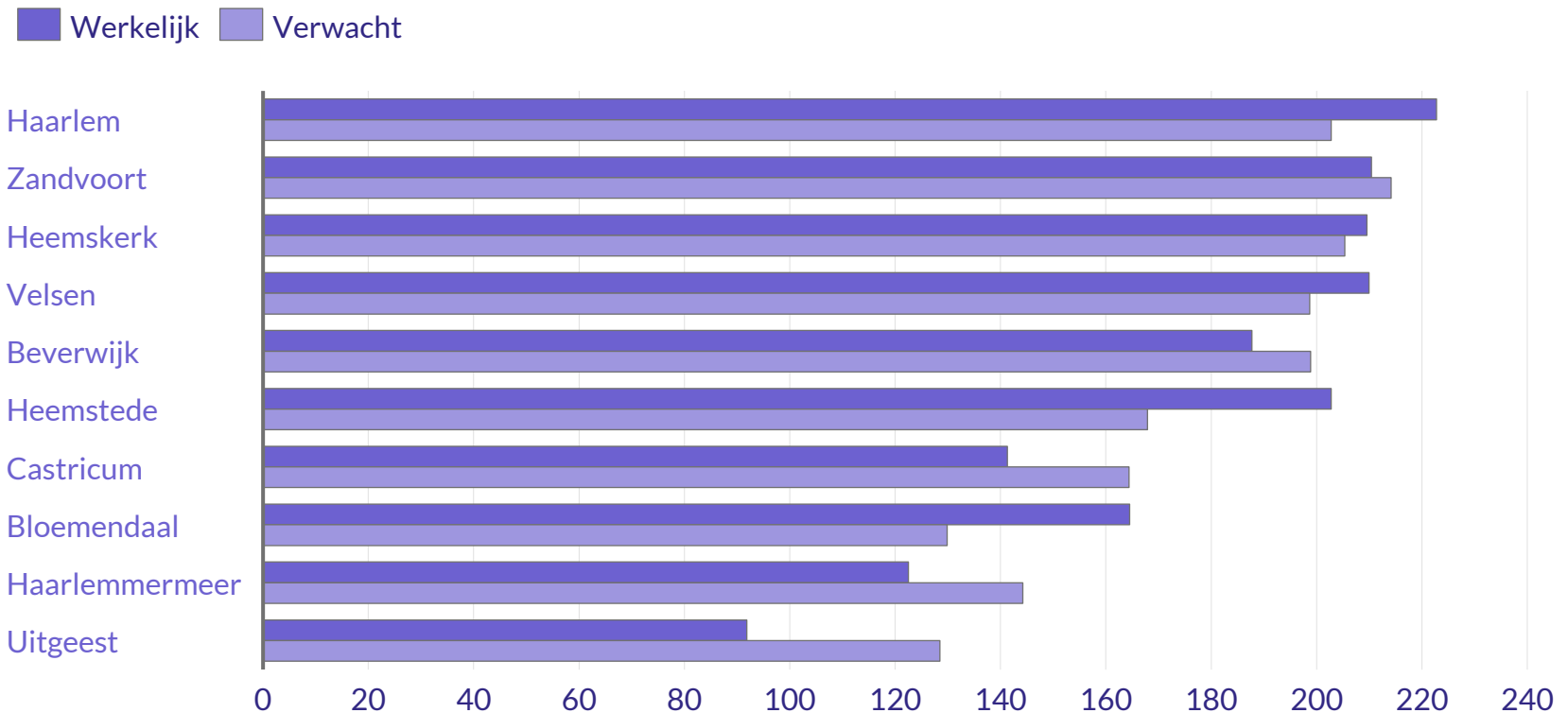


N.b. door verschil in datakwaliteit is deze analyse niet mogelijk voor MOBW¹

1) Maatschappelijke opvang (MO) en beschermd wonen (BW)
 2) Verwachting is berekend op basis van regressie van kenmerken gemeenten en werkelijke uitgaven. Kenmerken in regressie zijn huishoudens met laag inkomen per inwoner, % 75+ ers, regionaal klantpotentieel, % bijstand en loonsubsidie en kernen. R² van voorspelling is 53%
 Bron: CBS-statline, regressieanalyse Gupta, AEF (2020) *Een nieuw budgetverdeelmodel voor het sociaal domein*

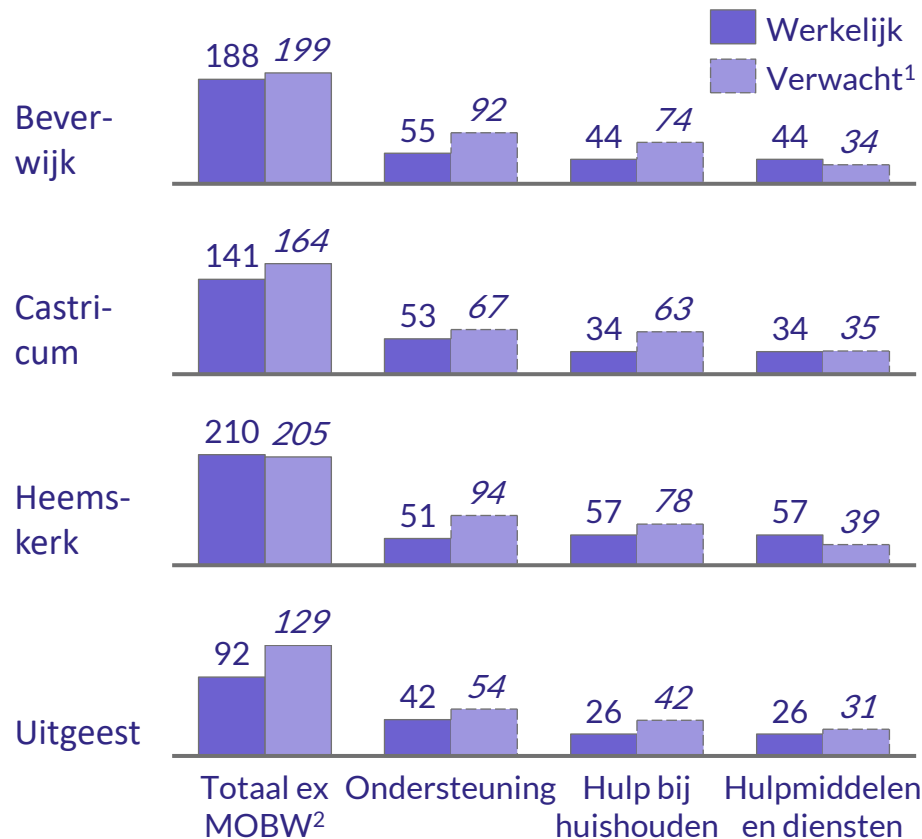
Bloemendaal, Haarlem en Heemstede hebben een relatief grote uitgave aan Wmo

Wmo-kosten exclusief MOBW¹ van acht gemeenten
[EUR per inwoner, 2020]

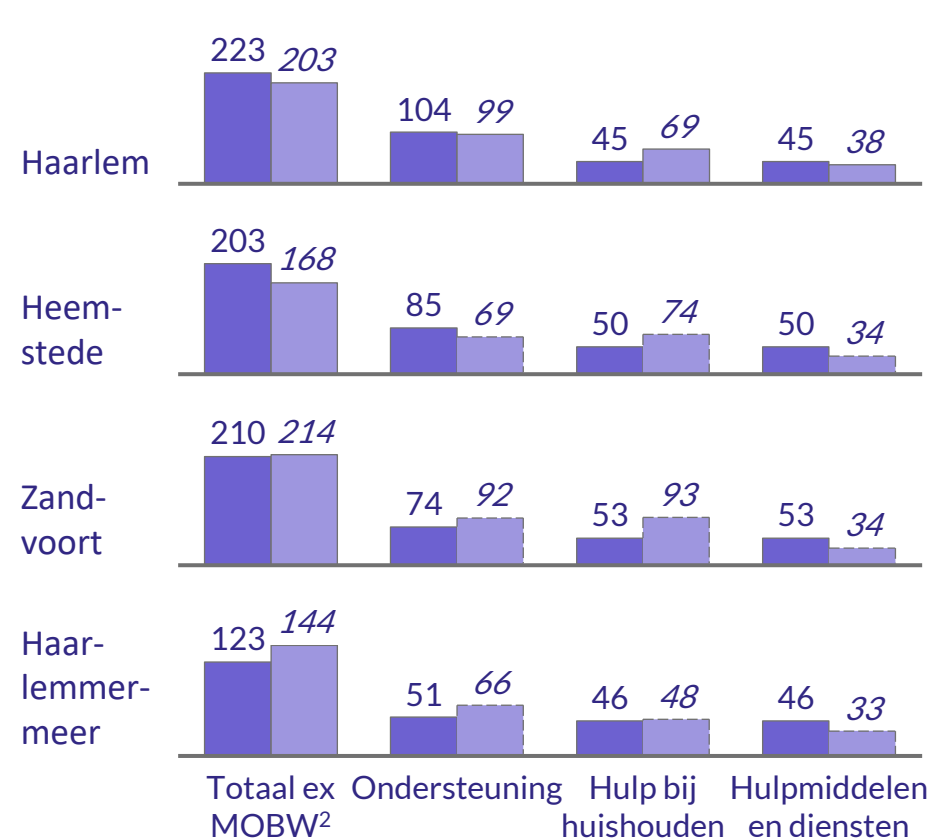


Wmo-kosten in Kennemerland plus lijken laag bij ondersteuning op basis van regressieanalyse (1/2)

Wmo-kosten uitgesplitst naar voorzieningen, Midden Kennemerland [EUR per inwoner, 2020]



Wmo-kosten uitgesplitst naar voorzieningen, Zuid Kennemerland plus [EUR per inwoner, 2020]



1) Verwachting is berekend op basis van regressie van kenmerken gemeenten en werkelijke uitgaven. Kenmerken in regressie zijn huishoudens met laag inkomen per inwoner, % 75+ers, regionaal klantpotentieel, % bijstand en loonsubsidie en kernen. R² van totale voorspelling is 53%. van ondersteuning 34%, van hulp bij huishouden 32% en van hulpmiddelen en diensten 15%

2) Totaal is niet de som van voorzieningen, omdat voor iedere voorziening een nieuwe regressies is gemaakt

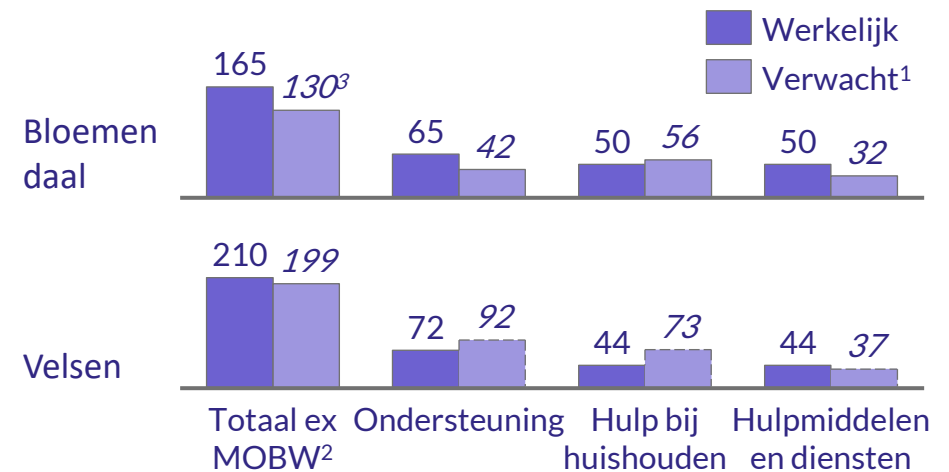
Disclaimer: Verwachting is bepaald o.b.v. huishoudens met laag inkomen, 75+ers, regionaal klantpotentieel, inwonerkernen en mensen met bijstand. Voorspellende waarde bij specifieke voorzieningen is laag. Mogelijk komt dit door allocatieverschillen tussen gemeenten van Wmo-uitgaven aan voorzieningen.

Bron: CBS-statline, regressieanalyse Gupta, AEF (2020) Een nieuw budgetverdeelmodel voor het sociaal domein

Wmo-kosten in Kennemerland plus lijken laag bij ondersteuning op basis van regressieanalyse (2/2)

Wmo-kosten uitgesplitst naar voorzieningen, Midden Kennemerland [EUR per inwoner, 2020]

Wmo-kosten uitgesplitst naar voorzieningen, Zuid Kennemerland plus [EUR per inwoner, 2020]



1) Verwachting is berekend op basis van regressie van kenmerken gemeenten en werkelijke uitgaven. Kenmerken in regressie zijn huishoudens met laag inkomen per inwoner, % 75+’ers, regionaal klantpotentieel, % bijstand en loonsubsidie en kernen. R² van totale voorspelling is 53%. van ondersteuning 34%, van hulp bij huishouden 32% en van hulpmiddelen en diensten 15%

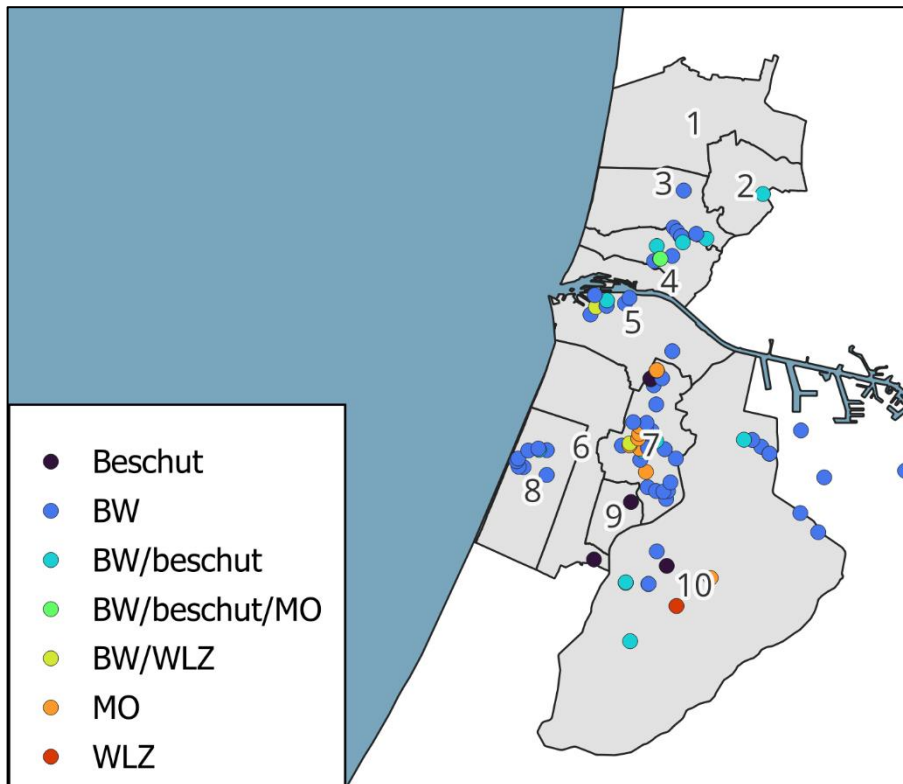
2) Totaal is niet de som van voorzieningen, omdat voor iedere voorziening een nieuwe regressies is gemaakt

Disclaimer: Verwachting is bepaald o.b.v. huishoudens met laag inkomen, 75+’ers, regionaal klantpotentieel, inwonerkernen en mensen met bijstand. Voorspellende waarde bij specifieke voorzieningen is laag. Mogelijk komt dit door allocatieverschillen tussen gemeenten van Wmo-uitgaven aan voorzieningen.

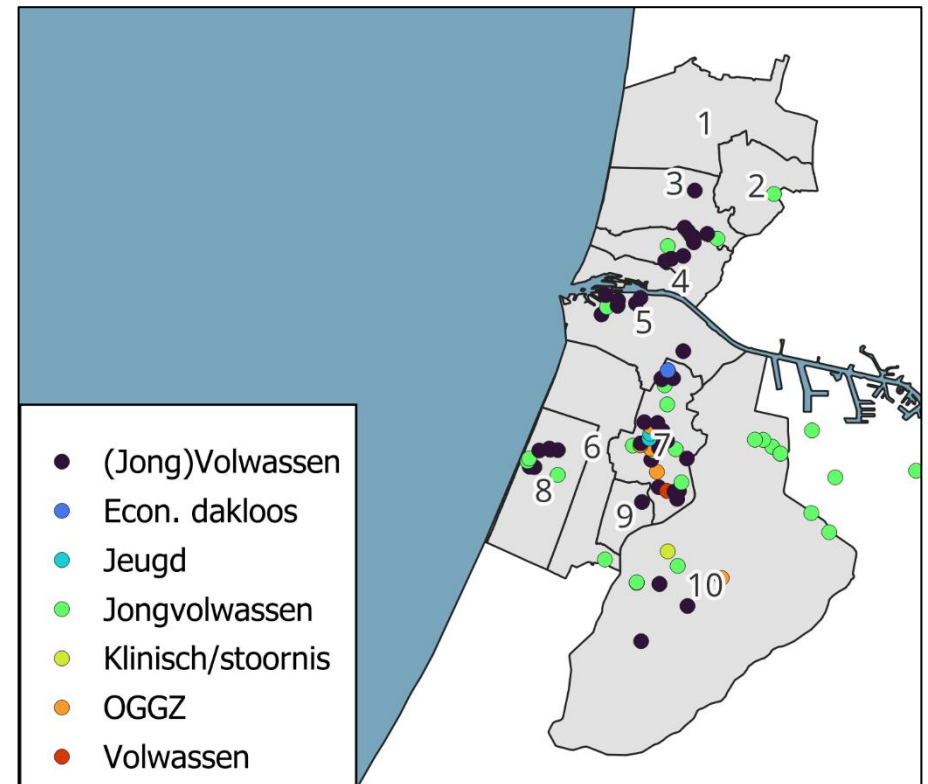
Bron: CBS-statline, regressieanalyse Gupta, AEF (2020) *Een nieuw budgetverdeelmodel voor het sociaal domein*

De locaties beschermd wonen bevinden zich vooral in Haarlem, Zandvoort, Velsen, Beverwijk en Haarlemmermeer

Locaties¹ beschermd wonen naar indicatie

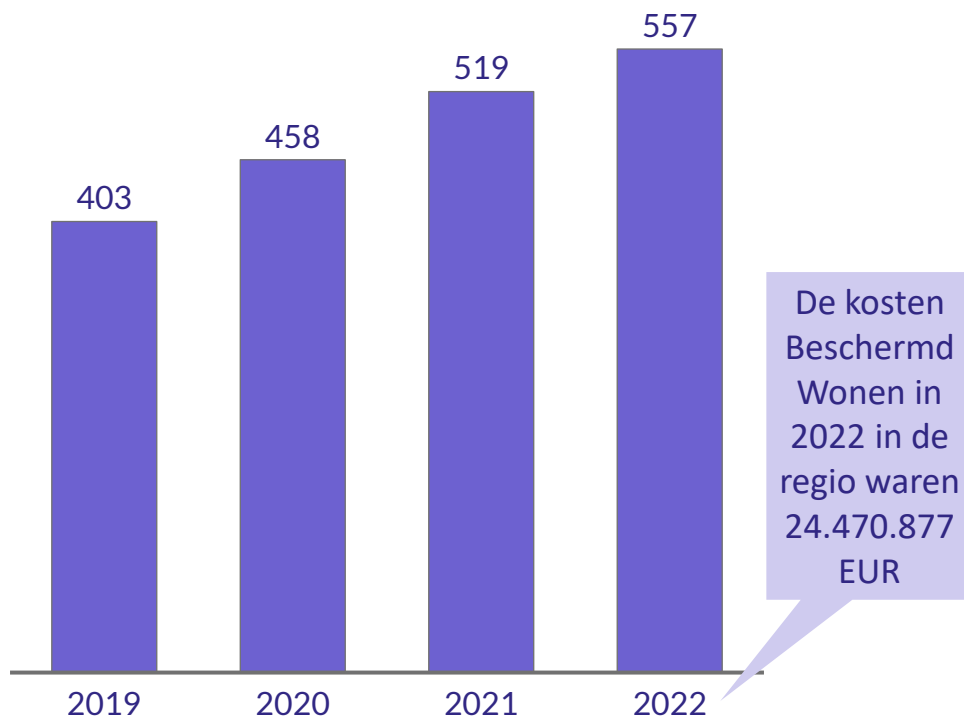


Locaties¹ beschermd wonen naar doelgroep

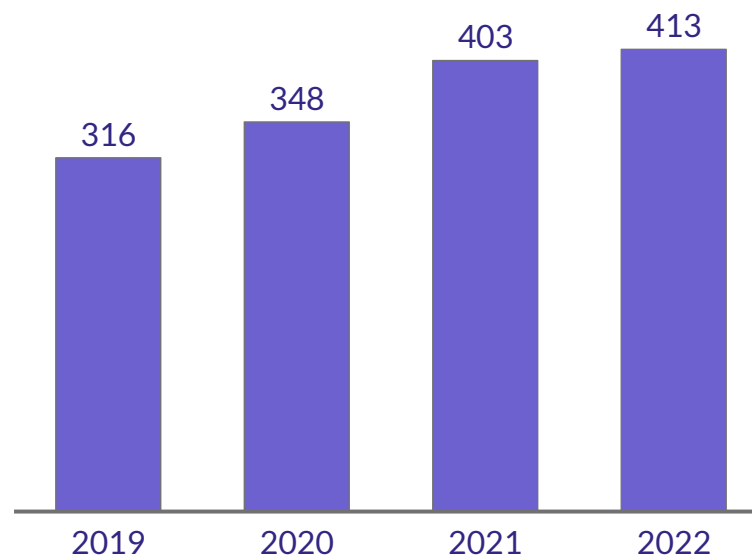


Aantal BW-cliënten en MO-trajecten in de regio is de laatste jaren toegenomen

Aantal Beschermd Wonen-cliënten (BW) in zorg [Cliënten, regio Kennemerland plus, 2019-2022]

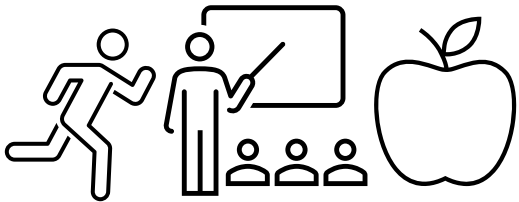


Aantal trajecten in de Maatschappelijke Opvang (MO) [Trajecten, regio Kennemerland plus, 2019-2022]





15. Preventie



Agenda

Samenvatting en conclusies

A. Kenmerken van de regio

B. Zorg in de regio (per sector)

Zvw

12. Verpleeg- en verzorgingstehuizen en thuiszorg

13. Gehandicaptenzorg

14. Jeugdwet en Wmo

15. Preventie

C. Regionale samenwerking

Bijlagen

De gemeenten in K'land plus pakken vijf gezondheidsvraagstukken met voorrang aan, deze sluiten aan bij de drie belangrijkste opgaven (VNG)

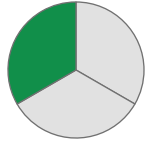
De drie opgaven zoals geformuleerd door VNG¹



De vijf gezondheidsvraagstukken die de gemeenten in Kennemerland plus met voorrang aanpakken

- 1 Gezonde leefomgeving
- 1 Gezondheidsachterstanden verkleinen
- 2 Leefstijlthema's uit het landelijke preventieakkoord (overgewicht, alcohol, roken)
- 3 Druk op het dagelijks leven bij jeugd en jongvolwassenen
- 3 Vitaal ouder worden

Een gezonde leefomgeving en het verkleinen van gezondheidsachterstanden herstellen de bestaanszekerheid



Gezonde leefomgeving¹

Een gezonde leefomgeving wordt als prettig ervaren, nodigt uit tot gezond gedrag en legt een zo laag mogelijke druk op iemands gezondheid. Een dergelijke leefomgeving:

1. is **schoon**, aantrekkelijk en uitnodigend;
2. is sociaal en fysiek **veilig**;
3. nodigt uit tot **bewegen**, spelen en sporten;
4. heeft een goede **bereikbaarheid**;
5. zorgt dat mensen elkaar kunnen **ontmoeten**;
6. houdt rekening met de **behoeften** van (toekomstige) bewoners en specifieke bevolkingsgroepen;
7. heeft een goede **milieukwaliteit** (geluid, lucht, bodem en externe veiligheid);
8. heeft voldoende **groen**, natuur en water en aandacht voor klimaatadaptatie;
9. heeft **duurzame woningen**;
10. heeft een **aantrekkelijke openbare ruimte**;
11. heeft een **gevarieerd aanbod** aan voorzieningen;

Gezondheidsachterstanden verkleinen

- **Ambitie 1:** Vanaf 2022 neemt de levensverwachting van inwoners in Kennemerland met een lage SES toe en in 2028 is het aantal **jaren in goed ervaren gezondheid** voor mensen met een lage én een hoge SES **toegenomen**
- **Ambitie 2:** Vanaf 2021 passen we in Kennemerland **gezondheidsbevordering** via de leefomgeving met **voorrang** toe in **wijken en buurten met gezondheidsachterstanden**. Op termijn ontwikkelen we in alle buurten en wijken een leefomgeving die een gezonde leefstijl mogelijk en gemakkelijk maakt

De gemeentes volgen de leefstijlthema's uit het landelijke preventieakkoord in het kader van gezond leven



Overgewicht¹

Effectieve preventie van overgewicht vraagt om een **integrale aanpak**. Zo worden verschillende soorten maatregelen en interventies ingezet voor diverse doelgroepen en hun omgeving. Bij een integrale aanpak wordt niet alleen gekeken naar het individu, maar ook naar alle **verschillende omgevingen** waarin overgewicht ontstaat en in stand wordt gehouden. Inzet op de complexe problematiek rond overgewicht zou lokaal passend maatwerk moeten zijn. Focus helpt daarbij. Gemeenten en relevante partijen zijn aan zet om in samenwerking tot concrete doelen te komen die bijdragen aan het behalen van de ambities.

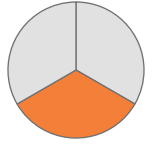
Alcohol¹

Gemeenten hebben een regierol in het voorkomen van de schadelijke gevolgen van **alcoholgebruik**. Niet alleen op basis van de Wet Publieke Gezondheid, maar ook omdat zij verantwoordelijk zijn voor de uitvoeringstaken van de Drank- en Horecawet. De meest succesvolle beïnvloedingsstrategieën zijn degene die vooral de omgeving van de drinker beïnvloeden. Volgens het expertisecentrum Trimbos, ligt de kern van een effectief lokaal alcoholbeleid in een **integrale aanpak** op het gebied van gezondheid en veiligheid.

Roken¹

Het effect van de landelijke maatregelen moet versterkt worden door een aanpak op lokaal niveau. De gemeente kan **lokale organisaties stimuleren** om een **rookvrije omgeving** te creëren en hen hierbij ondersteunen. Ook zijn mensen die willen stoppen met roken, zorgverleners en sociaal werkers gebaat bij een **helder zorgpad voor stopondersteuning** in de gemeente. Uit **ervaringen** van het **project rookvrij Haarlem Oost** weten we dat het van belang is om bij **inwoners draagvlak** te verwerven **voor rookvrij maatregelen**. We zullen daarbij mensen die roken met **respect** moeten benaderen als we willen dat zij in beweging gaan komen.

Er is extra aandacht voor specifieke leeftijdsgroepen om kansengelijkheid en participatie te stimuleren



Druk op het dagelijks leven bij jeugd en jongvolwassenen¹

- **Ambitie:** Vanaf 2022 ervaren jeugd en jongvolwassenen in Kennemerland minder prestatiedruk en stress in hun leven, doordat **mentale gezondheidsvaardigheden** worden **gestimuleerd** en de **fysieke** en **sociale leefomgeving mentale gezondheid** bevordert. Drie pijlers voor regionaal en gemeentelijk beleid zijn:
 - a) de **weerbaarheid** en **veerkracht** van jongeren helpen vergroten;
 - b) de **ervaren druk** onder scholieren helpen verlagen;
 - c) **selectieve preventie** wordt toegepast op hoog risicogroepen;

Vitaal ouder worden

- **Ambitie 1:** Meer ouderen in Kennemerland voelen zich vitaal zodat zij (naar vermogen) kunnen blijven **participeren** in de samenleving
- **Ambitie 2:** Vanaf 2022 neemt het risico op spoedeisende hulp na een val bij ouderen in Kennemerland af
- **Ambities 3:** Gedurende de looptijd van de regionale nota creëren alle gemeenten in Kennemerland een leefomgeving die ouderen verleidt tot een **gezonde leefstijl**

Coöperatie Leefstijlcoaching Midden- en Zuid-Kennemerland ziet vijf verbeteringen bij het inzetten van Gecombineerde Leefstijl Interventie

- Onze leefomgeving heeft een zeer grote invloed op onze leefstijl en dus gezondheid. Slechts een klein deel van de mensen is in staat om in deze **obesogene leefomgeving** een **gezonde leefstijl** te hanteren. Daarin kan de GLI een rol spelen
- In de praktijk is het vinden van de weg naar GLI moeizaam. **Drempelverlaging** om tot de **stap** te komen om te gaan starten is hard nodig
- Om de toeleiding naar de GLI te verbeteren voor specifieke doelgroepen¹ is het nodig dat **huisartsen** goed **geïnformeerd** zijn over het GLI aanbod en weten wie naar welke GLI moet worden verwezen. Daarnaast zou het goed zijn wanneer ook **andere partijen** uit het zorgveld mensen attenderen op de GLI die niet bij de huisartsen komen maar wel te kampen hebben met leefstijl gerelateerde klachten²
- De GLI is belangrijk voor mensen met (risico op) **Hart en Vaatziekten, preventief** en gezien de combinatie met **sport en bewegen**
- Om de kans op succes van de GLI voor het individu te vergroten zou het goed zijn wanneer enkele GLI groepen zich richten op een **bepaalde doelgroep**, denk aan **jongeren tot 26 jaar**. Deze mensen vinden nu onvoldoende aansluiting in de huidige GLI groepen.

Coöperatie
Leefstijlcoaching Midden-
en Zuid-Kennemerland

1) Denk naast mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden aan mensen met (risico op) leefstijlgerelateerde klachten, verhoogd BMI of mensen die niet bij de huisarts komen

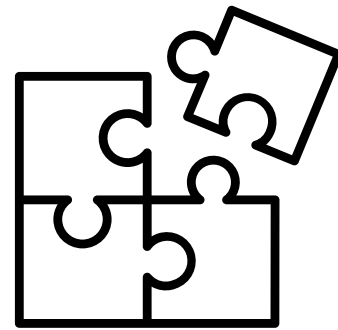
2) Denk aan GGZ, sociaal domein, paramedici, apothekers maar ook medisch specialisten

Bron: Coöperatie Leefstijlcoaching Midden- en Zuid-Kennemerland – brontekst ingekort weergegeven

Bewegzorg draagt bij aan een gezondere leefstijl en vitaal ouder worden



C. Regionale samenwerking



Agenda

Samenvatting en conclusies

A. Kenmerken van de regio

B. Zorg in de regio (per sector)

C. Regionale samenwerking

Bijlagen

De verschillende zorgorganisaties in Kennemerland plus zijn onder te verdelen in negen groepen

Zorgorganisaties Kennemerland plus

Eerstelij

- Huisartsen: HZK (ZKL en MKL)
- Paramedici: PP-ZK (ZKL), PCMK (paramedici MKL)
- Apothekers: Coöperatieve apothekersvereniging e.o. (CAVH, Haarlem)
- Zorggroep en Gezondheidscentra Haarlemmermeer

VVT organisaties ZKL en MKL

- Kennemerhart, ZorgBalans, ViVa! Zorggroep, Pro Senectute, Sint Jacob, De ZorgSpecialist, de Reigerhoeve, Amstelring

GGZ/ MOBW

- GGZ ingeest, RIBW K/AM, Roads, Parnassia, Leger des Heils, HVO Querido, PsyQ

Gehandicaptenzorg (verstandelijk)

- De Waerden, De Hartekampgroep, Ons Tweede Thuis, Philadelphia, Raphaelstichting/Rozemarijn, SIG

Revalidatie

- SEIN, Nieuw Unicum, Heliomare

Ziekenhuizen

- Spaarne Gasthuis, Rode Kruis ziekenhuis, Atalmedial
- Meerdere zelfstandige behandelcentra (ZBC's)

Jeugd

- Kenter Jeugdhulp, Level, iHub, Kleine Maatjes, Opvoedpoli, Centrum Jeugd Gezin K'land, Parlan, Youz

GGD Kennemerland

Welzijn

- Buurts (voorheen VanHier, Haarlem), Tandem, Spaarne Werkt, De Baan, MEE & de Wering, perMens, WIJ Heemstede, Welzijn Bloemendaal, MET (Heemskerk), Welzijn Beverwijk, Welzijn Velsen, Socius Maatschappelijk Dienstverleners, MaatjeZ, Pluspunt

Zorgverzekeraar: *Zilveren Kruis*

Regionaal: *Sigra (incl. samenwerking zorg en welzijn)*

ROS: *ZONH*

RSO: *Connect4Care*

Samenwerkingen in de regio kennen meerdere geografische verbanden (1/6)

| Samenwerkingsverband [niet uitputtend] | Soorten zorgorganisaties en aantallen deelnemende partijen | Doel(groep) | Regio |
|---|--|--|-----------------------------|
| Sigra regiobestuurstafel Kennemerland | Eerstelijns, VVT, GGZ, gehandicaptenzorg, revalidatiezorg, ziekenhuizen, jeugd, GGD, welzijn | Zorg en welzijn in de regio Kennemerland | Kennemerland |
| Medisch coördinerend centrum (MCC) | Eerstelijns, VVT, ziekenhuis | Zorg en welzijn in de regio ZKL plus | Zuid Kennemerland plus |
| Spoed Eisende Medische Dienst (SEMD) ¹ | Eerstelijns, VVT, ziekenhuis, GGZ (6) | Acute zorg | Midden Kennemerland/ IJmond |
| Regionaal Telecoachingscentrum | Eerstelijns, VVT, ziekenhuis, welzijn (6) | Telecoaching van patiënten met een chronische aandoening | Midden Kennemerland/ IJmond |
| Transitiemiddelen VVT Kennemerland | VVT (7) | Transitiemiddelen voor de VVT in Kennemerland | Kennemerland |

De lijst samenwerkingsverbanden is niet uitputtend². Cliëntenbelang is vertegenwoordigd in verschillende van de genoemde samenwerkingen

1) In oprichting

2) Nog niet bestaande tafels in de regio zijn MKL (gremium op bestuursniveau à la MCC), Welzijn, Preventie en leefstijl en Klimaat en duurzaamheid

Bron: Sigra

Samenwerkingen in de regio kennen meerdere geografische verbanden (2/6)

| Samenwerkingsverband [niet uitputtend] | Soorten zorgorganisaties en aantallen deelnemende partijen | Doel(groep) | Regio |
|---|---|-----------------------------------|--|
| Platform gehandicaptenzorg | Gehandicaptenzorg, welzijn (10) | Gehandicaptenzorg in Kennemerland | Kennemerland |
| GGZ-MOBW-netwerk | GGZ (5) | GGZ in Kennemerland | Kennemerland |
| Netwerk palliatieve zorg Amstelland & Meerlanden en Midden- & Zuid-Kennemerland | Eerstelijns, VVT, gehandicaptenzorg, ziekenhuizen, hospice (42) | Palliatieve zorg in Kennemerland | Kennemerland en Amstelland en Meerlanden |
| Platform jeugd | GGZ, gehandicaptenzorg, revalidatie, ziekenhuizen, jeugd (13) | Jeugdzorg in Kennemerland | Kennemerland |
| Professionals ¹ | VVT, GGZ, gehandicaptenzorg (34) | Zorgprofessionals in Kennemerland | Kennemerland |

De lijst samenwerkingsverbanden is niet uitputtend². Cliëntenbelang is vertegenwoordigd in verschillende van de genoemde samenwerkingen

Samenwerkingen in de regio kennen meerdere geografische verbanden (3/6)

| Samenwerkingsverband [niet uitputtend] | Soorten zorgorganisaties en aantallen deelnemende partijen | Doel(groep) | Regio |
|--|--|---|------------------------|
| CAZHEM: Centraal Aanmeldpunt Zorginzet Haarlem en Meer | VVT, GGZ, ziekenhuis, welzijn (7) | Coördinatie van zorg, triage, plaatsing en financiering | Zuid Kennemerland plus |
| Haarlem-en-Meer acute zorg | Eerstelij, VVT, GGZ, ziekenhuis, GGD | Acute zorg Haarlem-en-meer | Zuid Kennemerland plus |
| ROAZ | Eerstelij, VVT, GGZ, gehandicaptenzorg, ziekenhuizen, GGD | ROAZ acute zorg | ROAZ-regio |
| Samenwerking in geval van IBS – ZKL plus | VVT en GGZ (4) | IBS (wet WZD en WVGZ) | Zuid Kennemerland plus |
| "" IBS – MKL | VVT en GGZ (2) | IBS (wet WZD en WVGZ) | MKL |
| TONAZ | GGD, welzijn | | Kennemerland |

De lijst samenwerkingsverbanden is niet uitputtend¹. Cliëntenbelang is vertegenwoordigd in verschillende van de genoemde samenwerkingen

Samenwerkingen in de regio kennen meerdere geografische verbanden (4/6)

| Samenwerkingsverband [niet uitputtend] | Soorten zorgorganisaties en aantallen deelnemende partijen | Doel(groep) | Regio |
|---|---|--|------------------------|
| Coöperatie verloskundigen Haarlem en Haarlemmermeer | Verloskundigen | Verloskunde in Haarlem en Haarlemmermeer | Zuid Kennemerland plus |
| IJmond geboortezorg | Verloskundigen | Verloskunde in IJmond | MKL |
| Coöperatie van leefstijlcoaches | Welzijn | Leefstijlcoaching in Kennemerland | Kennemerland |
| Netwerk kwetsbare ouderen | Eerstelij, VVT, GGZ, ziekenhuizen, welzijn, mantelzorg, Alzheimer Nederland | Kwetsbare ouderen in Kennemerland | Kennemerland |
| Wijkgerichte Zorg WGZ | VVT | Wijkgerichte zorg in Zuid Kennemerland | Zuid Kennemerland |

De lijst samenwerkingsverbanden is niet uitputtend¹. Cliëntenbelang is vertegenwoordigd in verschillende van de genoemde samenwerkingen

Samenwerkingen in de regio kennen meerdere geografische verbanden (5/6)

| Samenwerkingsverband [niet uitputtend] | Soorten zorgorganisaties en aantallen deelnemende partijen | Doel(groep) | Regio |
|--|--|---|---------------------|
| Netwerk dementie MKL | Eerstelijns, VVT, GGZ, ziekenhuizen, welzijn, Alzheimer Nederland (15) | Dementienetwerk in Midden Kennemerland | Midden Kennemerland |
| Collegiaal VVT | VVT | VVT in ZKL | Zuid Kennemerland |
| Collegiaal VVT – SG | VVT | VVT in ZKL | Zuid Kennemerland |
| VVT –GGZ InGeest | VVT, GGZ | VVT en GGZ in ZKL | Zuid Kennemerland |
| Stadsdeal Haarlem | VVT, gemeente, WoCo | Woonopgave ouderen | Haarlem |
| LVB netwerk | GGZ, GZ | LVB | Kennemerland |
| Regionale taskforce aanpak wachttijden GGZ | Eerstelijns, GGZ | Structurele en integrale aanpak wachttijden GGZ | Zuid Kennemerland |

De lijst samenwerkingsverbanden is niet uitputtend¹. Cliëntenbelang is vertegenwoordigd in verschillende van de genoemde samenwerkingen

Samenwerkingen in de regio kennen meerdere geografische verbanden (6/6)

| Samenwerkingsverband [niet uitputtend] | Soorten zorgorganisaties en aantallen deelnemende partijen | Doel(groep) | Regio |
|--|--|---|--------------|
| De Programmaraad | Eerstelij, VVT, GGZ, gehandicaptenzorg, revalidatiezorg, ziekenhuizen (25) | Gegevensuitwisseling en databeschikbaarheid | Kennemerland |
| IZO (Project Integraal Zorgoverzicht) | Binnen het verband van de Programmaraad (zie boven) | Dataplatform voor juiste data op de juiste plek en facilitatie van secundair gebruik voor onderzoek | Kennemerland |

De lijst samenwerkingsverbanden is niet uitputtend¹. Cliëntenbelang is vertegenwoordigd in verschillende van de genoemde samenwerkingen

Agenda

Samenvatting en conclusies

A. Kenmerken van de regio

B. Zorg in de regio (per sector)

C. Regionale samenwerking

Bijlagen

- Bijlage A – geografische indeling
- Bijlage B – verdieping woonzorgcomplexen
- Bijlage C – verdieping thema's ROAZ-beeld

Agenda

Samenvatting en conclusies

A. Kenmerken van de regio

B. Zorg in de regio (per sector)

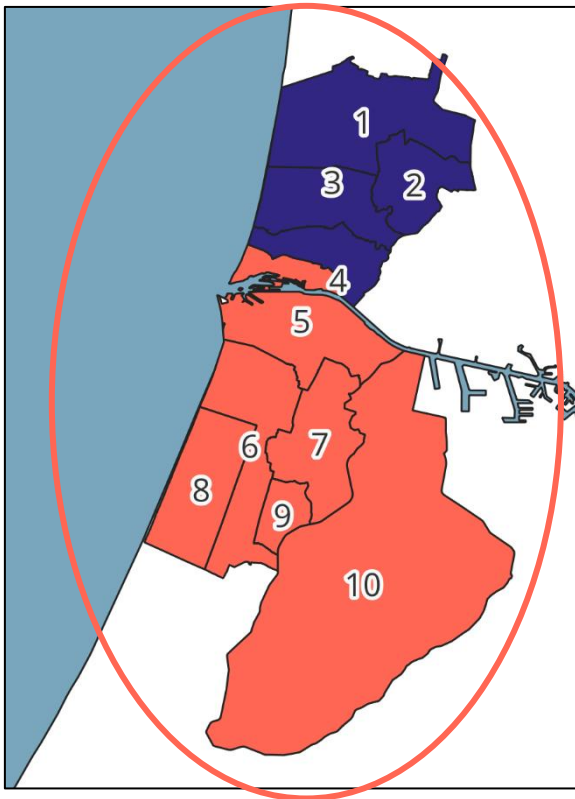
C. Regionale samenwerking

Bijlagen

- **Bijlage A – geografische indeling**
- Bijlage B – verdieping woonzorgcomplexen
- Bijlage C – verdieping thema's ROAZ-beeld

Bijlage A (1/2) – De geografische indeling bestaat uit vier niveaus

Geografische afbakening regio Kennemerland plus



Geografische niveaus regiobeeld Kennemerland plus

- 1  **Kennemerland plus** (KL plus) zorgkantoorregio Kennemerland & Haarlemmermeer
- 2 **Subregio's**,  **Midden Kennemerland** (MKL) - bestaat uit gemeentes Beverwijk, Castricum, Heemskerk, Uitgeest.
 **Zuid Kennemerland plus** (ZKL plus) - bestaat uit gemeentes Velsen, Bloemendaal, Haarlem, Heemstede, Haarlemmermeer en Zandvoort
- 3 **Gemeenteniveau** (1 Castricum 2 Uitgeest 3 Heemskerk 4 Beverwijk 5 Velsen 6 Bloemendaal 7 Haarlem 8 Zandvoort 9 Heemstede 10 Haarlemmermeer)
- 4 **Stadsdelen Haarlem** (Centrum, Noord, Zuidwest, Oost & Schalkwijk, zie volgende pagina)

Mogelijkheden geografisch niveau is afhankelijk van dataset, op de slides is aangegeven welke indeling is gehanteerd

Bijlage A (2/2) – De geografische indeling bestaat uit vier niveaus

1 **Kennemerland plus** zorgkantoorregio Kennemerland & Haarlemmermeer

2 **Subregio's:**

Midden Kennemerland (MKL) - bestaat uit gemeentes Beverwijk, Castricum, Heemskerk, Uitgeest.

Zuid Kennemerland plus (ZKL plus) - bestaat uit gemeentes Velsen, Bloemendaal, Haarlem, Heemstede, Haarlemmermeer en Zandvoort

3 **Gemeenteniveau** (Beverwijk, Castricum, Heemskerk, Uitgeest, Velsen, Bloemendaal, Haarlem, Heemstede, Zandvoort en Haarlemmermeer)

4 **Stadsdelen Haarlem** (Centrum, Noord, Zuidwest, Oost & Schalkwijk)

| 1 | 2 | 3 | 4 | |
|----------------------|------------------------|----------------|--------------------|---------------------|
| Overkoepelende regio | Subregio's | Gemeenteniveau | Stadsdelen Haarlem | PC4-code Stadsdelen |
| Kennemerland plus | Midden Kennemerland | Beverwijk | n.v.t. | n.v.t. |
| Kennemerland plus | Midden Kennemerland | Castricum | n.v.t. | n.v.t. |
| Kennemerland plus | Midden Kennemerland | Heemskerk | n.v.t. | n.v.t. |
| Kennemerland plus | Midden Kennemerland | Uitgeest | n.v.t. | n.v.t. |
| Kennemerland plus | Zuid Kennemerland plus | Velsen | n.v.t. | n.v.t. |
| Kennemerland plus | Zuid Kennemerland plus | Bloemendaal | n.v.t. | n.v.t. |
| Kennemerland plus | Zuid Kennemerland plus | Heemstede | n.v.t. | n.v.t. |
| Kennemerland plus | Zuid Kennemerland plus | Haarlemmermeer | n.v.t. | n.v.t. |
| Kennemerland plus | Zuid Kennemerland plus | Zandvoort | n.v.t. | n.v.t. |
| Kennemerland plus | Zuid Kennemerland plus | Haarlem | Centrum | 2011 |
| Kennemerland plus | Zuid Kennemerland plus | Haarlem | Zuid-West | 2012 |
| Kennemerland plus | Zuid Kennemerland plus | Haarlem | Zuid-West | 2013 |
| Kennemerland plus | Zuid Kennemerland plus | Haarlem | Zuid-West | 2014 |
| Kennemerland plus | Zuid Kennemerland plus | Haarlem | Zuid-West | 2015 |
| Kennemerland plus | Zuid Kennemerland plus | Haarlem | Centrum | 2019 |
| Kennemerland plus | Zuid Kennemerland plus | Haarlem | Noord | 2021 |
| Kennemerland plus | Zuid Kennemerland plus | Haarlem | Noord | 2022 |
| Kennemerland plus | Zuid Kennemerland plus | Haarlem | Noord | 2023 |
| Kennemerland plus | Zuid Kennemerland plus | Haarlem | Noord | 2024 |
| Kennemerland plus | Zuid Kennemerland plus | Haarlem | Noord | 2025 |
| Kennemerland plus | Zuid Kennemerland plus | Haarlem | Noord | 2026 |
| Kennemerland plus | Zuid Kennemerland plus | Haarlem | Oost | 2031 |
| Kennemerland plus | Zuid Kennemerland plus | Haarlem | Oost | 2032 |
| Kennemerland plus | Zuid Kennemerland plus | Haarlem | Oost | 2033 |
| Kennemerland plus | Zuid Kennemerland plus | Haarlem | Schalkwijk | 2034 |
| Kennemerland plus | Zuid Kennemerland plus | Haarlem | Schalkwijk | 2035 |
| Kennemerland plus | Zuid Kennemerland plus | Haarlem | Schalkwijk | 2036 |
| Kennemerland plus | Zuid Kennemerland plus | Haarlem | Schalkwijk | 2037 |
| Kennemerland plus | Zuid Kennemerland plus | Haarlem | Noord | 2063 |

Agenda

Samenvatting en conclusies

A. Kenmerken van de regio

B. Zorg in de regio (per sector)

C. Regionale samenwerking

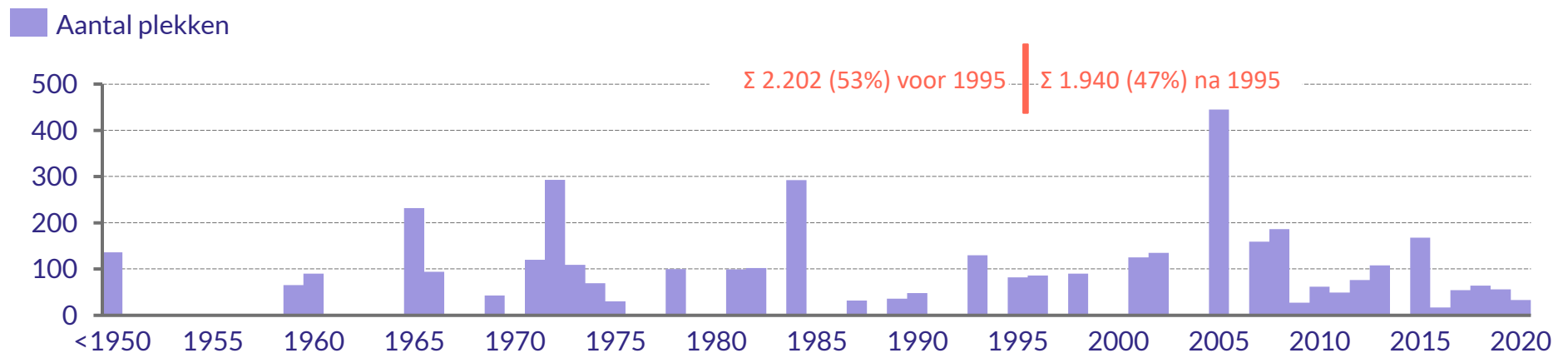
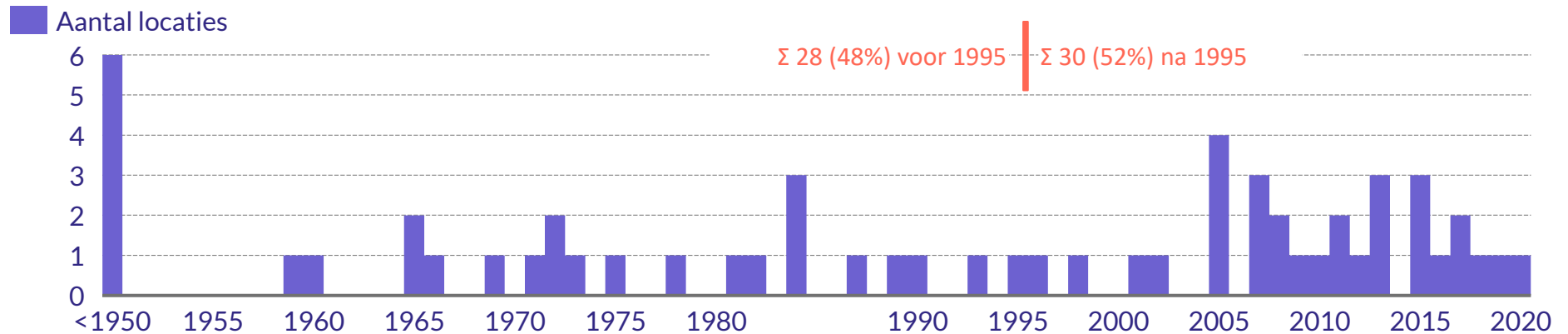
Bijlagen

- Bijlage A – geografische indeling
- **Bijlage B – verdieping woonzorgcomplexen**
- Bijlage C – verdieping thema's ROAZ-beeld

Bijlage B (1/3) - De helft van de capaciteit in geclusterde locaties met zorg is van voor bouwjaar 1995 of na 1995 niet meer gerenoveerd

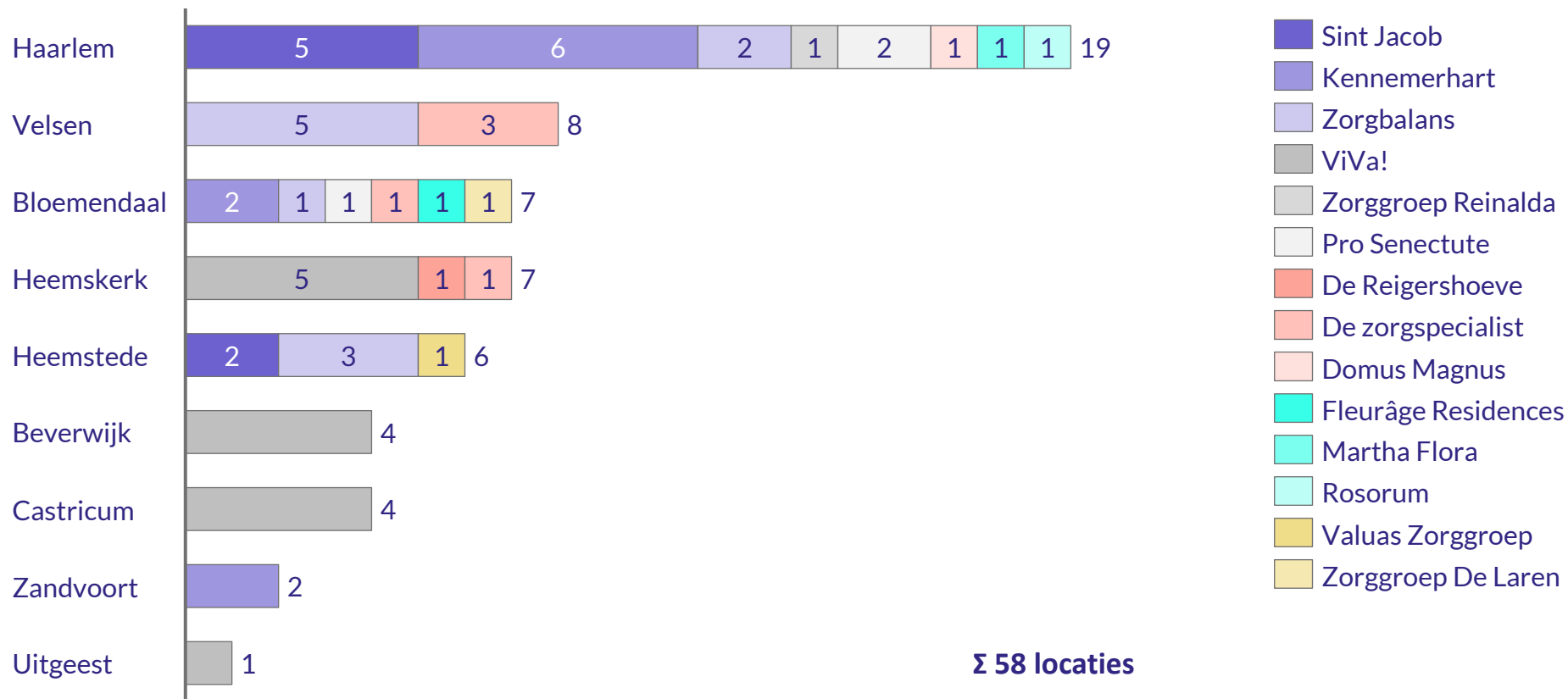
Aantal locaties en capaciteit in aantal plaatsen naar bouwjaar

[Locaties 'geclusterd met zorg', 1950 – 2020, zorgkantoorregio Kennemerland]



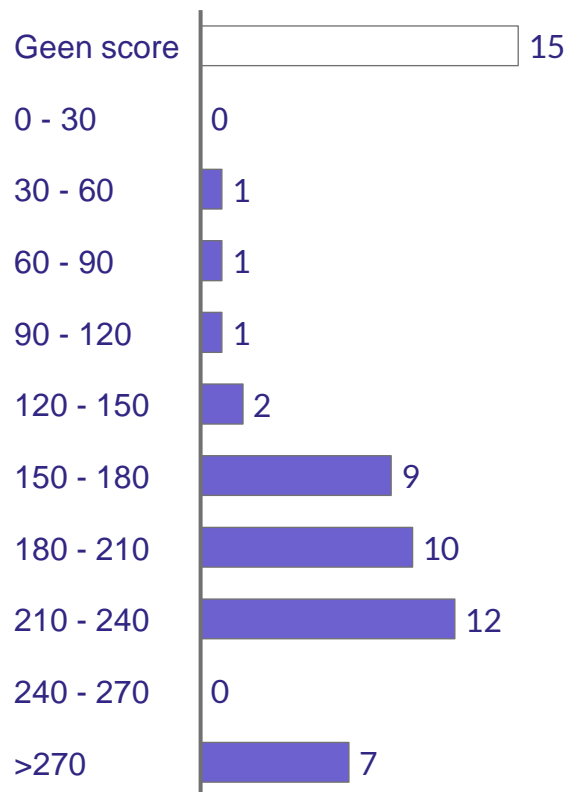
Bijlage B (2/3) - Het aantal locaties en de aanwezigheid van ouderenzorgorganisaties verschilt per gemeente

Woonzorglocaties voor mensen met een Wlz-indicatie voor verpleging en verzorging
 [Zorgkantoorregio Kennemerland, naar gemeente, peildatum januari 2020]

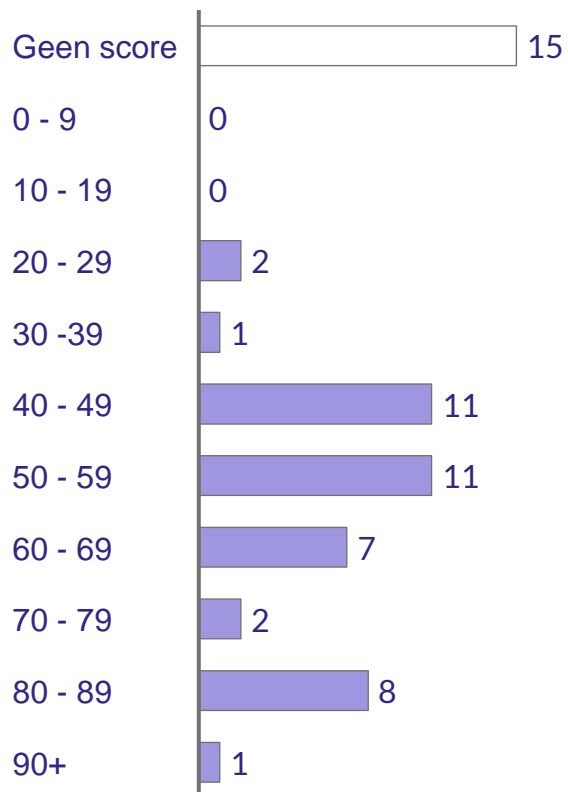


Bijlage B (3/3) Het energieverbruik van de locaties van zorgaanbieders loopt uiteen

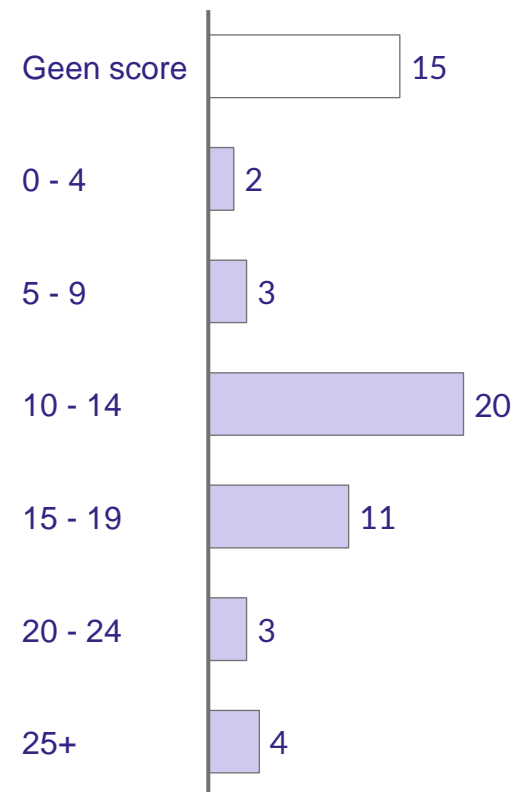
Totaal energieverbruik¹ per woonzorgcomplex [2019, kWh/m² BVO]



Elektriciteitsverbruik per woonzorgcomplex [2019 kWh/m² BVO]



Gasverbruik per woonzorg-complex [2019, m³/m² BVO]



Agenda

Samenvatting en conclusies

A. Kenmerken van de regio

B. Zorg in de regio (per sector)

C. Regionale samenwerking

Bijlagen

- Bijlage A – geografische indeling
- Bijlage B – verdieping woonzorgcomplexen
- **Bijlage C – verdieping thema's ROAZ-beeld**

Thema A uit het ROAZ-Beeld betreft de ‘toename kwetsbare ouderen en stijging geboortezorg’ (1/6)

Toelichting thema A

Regioperspectief

Wat is een kwetsbare oudere eigenlijk? Verenso (2023) omschrijft het als volgt: *‘Kwetsbare ouderen hebben verminderde (of verlies van) regie over het eigen leven en een complexe zorgbehoefte. Deze patiënten ervaren daarmee aanzienlijke fysieke, psychische, cognitieve, communicatieve en sociale beperkingen in hun dagelijks leven. Daardoor vermindert de functionele autonomie.*

Deze omschrijving toont aan dat het gaat om een opeenstapeling van ‘tekorten’ op verschillende onderdelen en maakt duidelijk waarom deze groep zich presenteert met complexe zorgvragen, die zich uitstrekt over de gehele acute zorgketen.

Voor Kennemerland is de voorspelling dat het percentage 75-plussers tot 2030 toeneemt met liefst 26% naar 62.577 personen. De zorgpartijen zien en bevestigen het beeld dat zij een toename op zich zien afkomen van ouderen en geven aan dat ouderenzorg en de impact die de ouderenzorg heeft op de acute zorgketen de allergrootste uitdaging vormt.

Wat geven zorgpartijen aan?

- **Huisartsen:** 75-plussers vormen de grootste groep per hoofd van de bevolking die contact heeft met de huisartsenpost. De mogelijkheden om tijdig en voldoende wijkzorg te organiseren wordt steeds lastiger vanwege het personeelstekort.
- **Ambulancediensten:** zien een toename van groep van 75-plusser met (midden) complexe zorgvragen. Kennemerland kent per 1.000 inwoners het meest aantal ritten in de ROAZ-regio, waarbij het merendeel A1-ritten zijn. Een oproep zonder vervoer is daarbij reden tot verder onderzoek. Opkomst van e-bikes geeft lichte toename in ongevallen.
- **Ziekenhuizen:** SEH’s van de ziekenhuizen Spaarne Gasthuis en Rode Kruis Ziekenhuis worden het meest bezocht door ouderen (65 jaar en ouder) en hebben meer met U1-U3 categorieën te maken in vergelijking met andere regio’s. Bekend is dat een toename van ouderen op de SEH is gerelateerd met langere verblijfsduur op de SEH en kans op klinische opname. Met als effect verminderde doorstroom.
- **VVT:** geeft aan dat ondanks alle inspanningen niet kan worden voorkomen dat de druk op de VVT fors toeneemt. Daarbij wordt ook de financiering rondom de productmix van GRZ, Wlz en ELV genoemd als belangrijk ervaren knelpunt.
- **ZV:** ziet meer ritten per inwoner t.o.v. ROAZ regio, maar weinig B-ritten. Er komt groei aan van 75+ doelgroep. Daar lijkt potentieel te liggen.

Op basis van de cijfers merkte de zorgverzekeraar op dat er ook een fikse groei is in de vraag naar geboortezorg. Tot 2023 neemt de vraag over de gehele breedte toe met 26%. We spreken dan over (poli)klinische bevallingen, inleidingen, sectio’s en aantal opnames op de neonatologie. Parallel daaraan laat ook hier het personeelstekort zich voelen. Binnen de focusgroep acute verloskunde binnen het ROAZ is hier structureel aandacht voor binnen alle subregio. Deelnemers zijn verzocht om hun bestaande plannen binnen hun eigen VSV te beoordelen en indien nodig aan te passen.

Wat vraagt dit van de acute zorgketen in Kennemerland?

Met betrekking tot kwetsbare ouderen

- De vraag die in dit proces is gesteld, is of de HAP, de huisartsen/PA de gelegenheid moeten krijgen om meer beoordelingen uit te voeren bij de oudere patiënt? Ketenpartners zien dat de huisartsenzorg onder enorme druk staat en dat hier iets moet gebeuren.
- Als ouderen langer thuisblijven is het ook essentieel dat de specialist ouderengeneeskunde de patiënt thuis zorg verleent. Dit voorkomt volgens de reacties escalatie waardoor de patiënt in de acute zorgketen stroomt.
- Voor de VVT is benoemd dat de 1,5-lijnzorg aan deze sector moet worden overgelaten. Daarbij wordt gedacht aan zowel wijkzorg als intramurale zorg (hartfalen, mobiele teams en wondzorg)).
- Verder vraag het om bewustwording te kweken dat alleen spoedzorg thuishoort bij de acute zorgketen, met name bij de HAP.
- Tot slot is gesproken over de inzet van meer digitale middelen zoals beeldbellen, digitale zelftriage, waarbij de deelnemers aan de duidingssessie hebben aangegeven dat het belangrijk is dat alle zorgaanbieder hierop inzetten.

Met betrekking tot geboortezorg

- Leden van de focusgroep acute verloskunde worden structureel op de hoogte gehouden over het ROAZ-beeld en plan. Binnen de focusgroep is afgesproken om de eigen beleidsplannen te toetsten aan de ontwikkelingen die in het ROAZ-beeld naar voren te komen. Indien nodig is de opdracht om te plannen bij te stellen. Het verdient aanbeveling om deze in de ROAZ-plannen mee te nemen.
- Leren van de ervaringen vanuit de regio Amsterdam-Amstelland en onze eigen regio goed voorbereiden, aangezien uitwijkmogelijkheden beperkt zijn. Samenwerking tussen de eerste- en tweedelijnszorg is daarom cruciaal en vergt nog de nodige aandacht in meerdere regio’s.

Thema B uit het ROAZ-Beeld betreft de ‘personeelstekorten bij alle ketenpartners’ (2/6)

Toelichting thema B

Regioperspectief

De vraag naar acute zorg stijgt en wordt steeds complexer, terwijl het aanbod achter blijft vanwege personeelskrapte. En ondanks dat er over het thema personeel op aanbieder niveau beperkt gegevens zijn gepresenteerd, wordt deze conclusie door alle ketenpartners onderschreven. Over de gevolgen van personeelskrapte is al veel geschreven en ook voor de regio Kennemerland leidt dit tot langere wachttijden, hogere werkdruk en meer kans op ongewenste situaties voor zowel patiënt als personeel. Hier ligt volgens de ketenpartners ook een belangrijke rol om als zorgaanbieders en opleiders (MBO, HBO, WO) blijvend te investeren in samenwerking, omdat hier verschillende gemeenschappelijke overwegingen aan ten grondslag liggen:

- **Samenwerking vanuit (onderwijs)visie:** partijen hebben belang studenten/stagiaires kennis en ervaring te laten op doen in de zorg voor patiënten/cliënten.
- **Samenwerking vanuit nabijheid:** onderwijsinstellingen en zorgaanbieders bevinden zich vaak in de directe omgeving (goede burens) en kunnen wellicht accommodaties delen.
- **Samenwerking vanuit maatschappelijke opgave:** door de uitwisseling van veranderingen in de samenleving (o.a. onderwijs, technologische en sociaal-culturele ontwikkelingen) kunnen partijen blijvend op elkaar aansluiten inzake wensen en behoeften.

Er liggen dus grote uitdagingen om continu voldoende personeel te werven – om nu en straks de zorgvraag ‘te beantwoorden’ - met een stijging van de zorgvraag, maar ook om personeel te behouden. Alle ketenpartners onderschrijven dit probleem als één van de grootste zorgen die zij hebben.

Daarbij is ook duidelijk geworden dat de regio Kennemerland in vergelijking met de ROAZ-regio procentueel een kleinere beroepsbevolking kent, zeker in de regio Midden-Kennemerland. Dat draagt niet bij om straks voldoende personeel te werven en mantelzorgers te hebben. Zo wordt voor de huisartsenzorg in 2030 een tekort verwacht van 900 medewerkers en ziet men een oplopend tekort aan operatieassistenten. Er zijn geen specifieke cijfers voor de VVT, maar voor de gehele ROAZ-regio wordt voor de deze V&V-sector in 2030 een tekort voorspeld van liefst 6.300 medewerkers.

Deze twee constatering zorgen ervoor dat in de gehele acute zorgketen problemen ontstaan die zich in verschillende vormen uiten en hier onder verschillende thema’s worden benoemd als: schaarste in opnamecapaciteit, oplopende wachttijden, beperkte telefonische bereikbaarheid bij de huisartsenposten enzovoort.

Ketenpartners hebben aangegeven dat dit probleem niet alleen binnen de regio Kennemerland speelt, maar dat ook op landelijk niveau hier meer aandacht voor moet komen. De acute zorgketen is er voor spoedvragen (spoed is spoed) en niet-spoedeisende hulp hoort hier niet thuis, maar komt hier nog te veel en te vaak terecht.

Wat vraagt dit van de (acute) zorgketen in Kennemerland

Ketenpartners zijn zich volop bewust dat met de huidige ontwikkelingen op demografisch gebied, alleen meer personeel niet voldoende zal zijn om de zorgvraag adequaat te kunnen beantwoorden. Er zal op andere manieren moeten worden samengewerkt dan tot nu toe is gedaan, waarbij ook de rol van onder andere technologie, innovatie en de organisatie van de acute zorgketen rondom de patiënt een belangrijke rol spelen. Daarbij spelen de collega’s in het sociale domein ook een essentiële rol op het gebied van onder andere preventie.

De RAV geeft aan dat ALS-ambulanceverpleegkundigen voldoende gevoel moeten houden bij hoog complexe zorg, door deze te ervaren op de plekken waar zich dit geconcentreerd voor doen (bijv. SEH of IC). Dit kan door bijvoorbeeld intensiveren van stages dan wel combi-banen.

Een ander punt dat ter sprake is gekomen is dat men onderlinge concurrentie wil voorkomen, waarbij zorgmedewerkers overstappen binnen hun eigen sector of andere zorgsector, omdat zij daar betere arbeidsvoorwaarden hebben (overstapbonus, meer salaris e.d.).

Een aantal deelnemers heeft aangegeven om meer samen te willen werken op het gebied van personeel met het oog op de groeiende zorgvraag bij alle ketenpartners. Door bijvoorbeeld slimmer inzetten en bemensen van ambulances, thuisbezoeken.

Thema C uit het ROAZ-Beeld betreft de ‘aandacht voor bestaande problemen binnen de GGZ’ (3/6)

Toelichting thema C

Regioperspectief

Hoewel exacte cijfers voor de (acute) geestelijke gezondheidszorg (ggz) lastig waren om aan te leveren en cijfers rondom de jongeren onder de 18 jaar met (ernstige) mentale problemen zijn niet opgevraagd, is er voldoende te vertellen over de stand van zaken van de (acute) psychiatrie. Binnen de subregio Kennemerland is daar ook over gesproken. Het is meer dan bekend dat er een toenemende zorgvraag is op het gebied van mentale problemen en dat een belangrijk deel van de oorzaak een maatschappelijk probleem is, waarvoor het antwoord niet altijd moet worden gezocht in de ggz. Daarnaast is bekend dat de uitstroom van zorgprofessionals hoger is dan de instroom (de ggz kent volgende de Nederlandse GGZ de hoogste vacaturegraad) en tot slot staat deze sector onder grote financiële druk. Deze en andere onderwerpen hebben als effect dat de sector kampt met grote en lange wachtlijsten (m.n. op de doorstroming naar verdere vervolgzorg en instroom van niet acute zorg). Dat is niet alleen merkbaar binnen de sector zelf, maar komt ook tot uiting bij andere zorgaanbieders van de acute zorgketen. Passende zorg kan vaak niet worden geboden. Hoewel alle normen van de GMAP worden gehaald, zal dit onder druk komen te staan met de oplopende zorgvraag en arbeidsmarktkrapte.

Kern van het verhaal binnen deze regio (maar ook landelijk) is de geprognosticeerde toename van acute zorgvragen en de arbeidsmarktkrapte, in een context van een grote diversiteit aan kleine aanbieders c.q. zelfstandigen die een beroep doen op de acute keten, maar geen capaciteit leveren om deze cruciale infrastructuur te borgen. Met toenemende arbeidskrapte en zorgvraag zal dit in toenemende mate een probleem zijn. Dat vraagstuk ligt niet alleen bij de regioverantwoordelijke voor de acute psychiatrie, maar zou een gezamenlijke opgave moeten zijn. Verder is de doorstroming na de acute fase van belang. Als dat verder onder druk komt te staan komt ook de acute zorg onder druk

Wat geven zorgpartijen aan?

- **GGZ:** Doordat acute ggz voor jeugd en volwassen vanuit twee verschillende wetten wordt gefinancierd (Jeugdwet versus Zorgverzekeringswet) is er onvoldoende regie en aansluiting tussen de acute ggz hulp voor kind en jeugd (sociaal domein (lees gemeenten) met de acute GGZ hulp aan volwassenen. Daar is verbetering mogelijk om jeugd-ggz op de volwassen ggz te laten aansluiten. Verder stellen zij vast dat er een groot aantal kleine zorgaanbieders zijn van ggz zorg, waaronder zelfstandige praktijken.

- Deze praktijken doen een beroep op de acute zorgketen, maar leveren geen aandeel in het bemensen van die acute zorgketen. De beschikbare capaciteit in de regio inzetten om de cruciale infrastructuur te borgen is een vraagstuk dat in de beantwoording niet enkel bij aanbieders/regioverantwoordelijke van acute psychiatrie ligt, maar ook bij kleinere organisaties, vrijgevestigden en nadrukkelijk ook bij zorgverzekeraars en gemeenten als het gaat om inkoopvoorwaarden.
- **HA:** Vanuit de HAP is de ervaring dat zij hun collega's binnen de acute ggz niet goed kunnen bereiken in de ANW-uren. In het proces van overdracht zou de HAP graag de afspraken nog eens met elkaar doornemen waar het gaat om het in behandeling nemen van patiënten.
- **RAV en ZH:** zien een toename in het volume ggz patiënten. RAV merkt verder op dat psychosociale problematiek zich in alle leeftijdscategorieën voor. De RAV ziet ook een toename van personen onder invloed van middelengebruik en intoxicaties.
- **VVT:** Met betrekking tot de regio Haarlemmermeer: Op dit moment loopt de operationele samenwerking met de GGZ (GGZinGeest) goed. Specialisten ouderengeneeskunde weten de GGZ te vinden als er vragen zijn (bijv. inzake inbewaringstellingen). Ook is er in Haarlemmermeer overleg met de rechtbank waar ook zowel de VVT als GGZ bij aansluiten. Wel zou het goed zijn om afspraken te formaliseren.
- **GGZ/ZV:** het probleem zit vooral rond de zorg van verstandelijk gehandicapten en verslavingszorg. De toename van het aantal intoxicaties is daarom zorgelijk en krijgt ook het regiobeeld en regioplan aandacht. Zoals bij de VVT hierboven benoemd, is de organisatie rondom ouderen erg goed georganiseerd.

Wat vraagt dit van de acute zorgketen in Kennemerland?

Het gaat om een aantal zaken waar we hier een paar benoemen. Er ligt een gezamenlijke (ook gemeenten en zorgverzekeraar) opgave voor het borgen van de capaciteit. Verder is het maken van duidelijke en goede afspraken ketenpartners over wanneer en hoe patiënten over te plaatsen naar de GGZ belangrijk. En tot slot ook meer kennis over hoe het werkveld van de ggz is georganiseerd en hoe men beter gebruik kan maken van elkaar processen.

Thema D uit het ROAZ-Beeld betreft de ‘stokkende instroom, doorstroom en uitstroom binnen de gehele (acute) zorgketen’ (4/6)

Toelichting thema D

Regioperspectief

Niet alleen een toename in een zwaardere en complexere zorgvraag en een beroepsbevolking die afneemt zijn onderdelen die ervoor zorgen dat de instroom, doorstroom en uitstroom binnen de gehele (acute) zorgketen afneemt. In de duidingssessie geven zorgaanbieders ook aan dat er nog te weinig samenwerking plaatsvindt, er te weinig inzicht is c.q. onvoldoende gebruik wordt gemaakt van elkaars capaciteit.

‘Ook doet zich het verschijnsel voor dat afhankelijk van het type patiënt hij of zij:

- Langer of korter in de acute zorgketen verblijft (verblijfsduur)
- Meer of minder vaak gebruikt maakt van de acute zorgketen (frequentie)
- Meer of minder schakels van de acute zorgketen nodig heeft (aantal).

Ter illustratie twee voorbeelden. 1 een patiënt die betrokken is bij een eenvoudig auto-ongeluk en met een ambulance wordt vervoerd naar een SEH om daarna met ontslag te kunnen. 2 Een kwetsbare en verwarde oudere die thuis is gevallen en na een bezoek door de huisarts met de ambulance naar de SEH wordt gestuurd. Na behandeling in het ziekenhuis gaat de patiënt naar de GRZ voor revalidatie om daarna terug te keren naar huis met ondersteuning van de wijkverpleging. In het eerste voorbeeld is de impact op verblijfsduur, frequentie en aantal minder groot.

De RAV geeft aan dat zij verwachten dat de een meer behoefte komt aan meer mogelijkheden tot overdracht. De bestemming van de patiënt is nu nog beperkt tot vervoer naar het ziekenhuis of thuislaten en overdacht naar de huisarts.

Tot slot geven meerder zorgpartijen aan dat de kaders van de Wlz en Zvw (inclusief prestatiebeschrijvingen (en tarieven)) een stagnerend effect kunnen hebben op de doorstroom. Indien bijvoorbeeld een patiënt vanuit de SEH wordt opgenomen binnen een VVT instelling op basis van ELV-hoog na 20.00 uur, dan wordt deze dag niet gefinancierd. Daarnaast merkt één van de VVT-instellingen op dat ziekenhuizen soms nog meer gebruik kunnen maken van de capaciteit van GRZ bedden tijdelijk verblijf. Maar, zoals eerder beschreven gaat het niet enkel om de ouderenzorg. Ook bij de vraag naar de geboortezorg en rondom de (acute) liggen grote uitdagingen.

Er zijn ook voorbeelden waaruit blijkt dat zorgaanbieders elkaar wel weten te vinden: Zo hebben HZK en Spaarne Gasthuis al jaren een spoedpost waarbij er na de gezamenlijke triage wordt beslist bij welke zorgverlener de patiënt thuishoort. De HAP Haarlemmermeer werkt al jaren zeer nauw samen met het SG Hoofddorp alwaar zij werken en bestaat er regionale coördinatie daar waar het gaat om inzicht in VVT capaciteit door middel van CAZHEM en ATZAH. De samenwerkingen zijn echter nog onvoldoende om echt goed een oplossing te bieden voor oplopende inefficiënties, dubbelingen (in bv. ANW bezetting) onduidelijkheden voor de patiënt (waar moet ik naartoe), onnodige verwijzingen, verkeerde bedden, groeiende werkdruk, verstopte door- en uitstroom en oplopende kosten.

Wat vraagt dit van de acute zorgketen in Kennemerland?

Verschillende zorgaanbieders zien de plannen rondom zorgcoördinatiecentra (ZCC) als mogelijke oplossing en passen dit in bepaalde mate ook al toe. De stap om ZCC verder uit te breiden vraagt nog de nodige stappen in transparantie, inzicht in capaciteit/digitale gegevensuitwisseling, het durven opgeven van autonomie en mogelijkheden tot financiering.

Tegelijk is het ZCC er met name voor de coördinatie en (al dan niet virtuele) telefonische triage van de instroom, maar niet voor de opvolgende zorgverlening of als er niet goed pluis/niet pluis is te triëren aan de telefoon. De zorgketen zelf zal ook beter georganiseerd en geïntegreerd moeten worden zodra er (fysieke) triage, diagnose en behandeling nodig is. Daarvoor zien partijen de nieuwe vormen van samenwerking in SpoedEisende Medische Dienst (SEMD) als oplossing.

Wat ook van belang is naast inzicht beschikbare capaciteit uitstroom (VVT) is een voorspelde uitstroom vanuit de ziekenhuizen. De VVT kan hier dan op anticiperen.

De wensen van patiënten en naasten bemoeilijken ook de doorstroom. Begrijpelijkerwijs wil men het liefste dicht bij familie en/of naasten verblijven, maar wanneer dit niet mogelijk is en een opnameplek verder weg wordt afgewezen stukt ook de uitstroom. Het gesprek en de afspraken daarover zouden nog meer kunnen worden gevoerd binnen organisaties.

Voor de GGZ ligt er een grote vraag binnen de eigen keten als het gaat om doorstroom na de acute fase. Wat betreft de bereikbaarheid van de (sub)acute ggz om de druk op de huisartsen(post) te verminderen (ook onderdeel van het IZA) zien partijen mogelijkheden om efficiënter met elkaar te werken in de keten. Dit onderwerp staat ook op de agenda in het initiatief 'Acute Zorg Coördinatie Coalitie' in de regio Zuid-Kennemerland.

Thema E uit het ROAZ-Beeld betreft de ‘digitalisering en gegevensuitwisseling’ (5/6)

Toelichting thema E

Regioperspectief

Sinds enige tijd hebben de ziekenhuizen in Noord Holland Noord (Kennemerland) een gezamenlijk overleg met elkaar. Het betreft hier de ziekenhuizen Dijklander Ziekenhuis, Zaans Medisch Centrum, Noordwest Ziekenhuis Groep, Rode Kruis Ziekenhuis en Spaarne Gasthuis. Het onderwerp is het realiseren van ‘ziekenhuis verplaatste zorg’ en de benodigde infrastructuur (zowel technisch als organisatorisch) die hiervoor nodig is. In het bestuurlijk overleg is aangegeven dat er behoefte is aan een governance waar ziekenhuizen en verzekeraars gezamenlijk afspraken kunnen maken over deze ‘ziekenhuis verplaatste zorg’. Hierbij is opgemerkt dat het belangrijk is om allereerst 1) gezamenlijk concrete (SMART geformuleerde) doelstellingen te bepalen en vervolgens 2) keuzes te maken (en hieraan vasthouden) ten aanzien van architectuur (dit betreft zowel technische als mede organisatorische vragen). Dit laatste met als doelstelling dat interconnectiviteit en interoperabiliteit geborgd is. Het doel is om op basis van bestuurlijke ambities de ziekenhuis verplaatste zorg en digitalisering daadwerkelijk te realiseren.

Wat geven zorgpartijen aan?

Er worden stukje bij beetje steeds meer stappen gezet om (delen van de) organisatie binnen de acute zorgketen te digitaliseren. Op het overzicht van bestaande samenwerkingsverbanden en initiatieven staan hier ook een aantal voorbeelden van genoemd.

Thema F uit het ROAZ-Beeld betreft de ‘opdracht tot inbedding van zorgcoördinatie in de (sub-)regio’ (6/6)

Toelichting thema F

Regioperspectief

Om de acute zorg zo te organiseren dat deze ook in de toekomst beschikbaar blijft voor iedereen, heeft Minister Kuipers (VWS) in een brief¹ aan de Tweede Kamer zijn visie op zorgcoördinatie bekendgemaakt. De Minister heeft de opdracht gegeven dat in 2025 in elke ROAZ-regio een zorgcoördinatiecentrum (ZCC) is ingericht. De brief van Kuipers is een vervolg op het adviesrapport zorgcoördinatie² dat door de koepelpartijen Actiz, Ambulancezorg Nederland, InEen, LNAZ en ZN in maart 2023 aan VWS is gepresenteerd.

Het doel van zorgcoördinatie is om er door middel van een eenduidige toegang en eenduidige, multidisciplinaire triage en inzicht in beschikbare capaciteit in de keten voor te zorgen dat de patiënt met een acute maar niet levensbedreigende zorgvraag op het juiste moment, de juiste zorg, op de juiste plek, van de juiste zorgverlener ontvangt. De patiënt krijgt goede zorg en de zorgverlener die een plek zoekt voor een patiënt wordt ontzorgd. De druk op de acute zorg kan worden verminderd, beter worden gespreid en de capaciteit beter benut.

Wat zeggen de partners in de regio?

HA: ziet de zorgvraag toenemen en dat niet alle vragen bij hen thuishoren spoed zijn.

Binnen het gebied van Haarlemmermeer is er geen CAZHEM, maar heeft men wel een ELV-aanmeldportaal. Vanuit de HAP Haarlemmermeer ziet men dat hier nog winst en efficiency is te behalen. Er is bij de huisartsenposten onrust over de organisatievorm omdat triagisten naast de telefonische triagetaak een integraal onderdeel uitmaken van een huisartsenpost met vele andere taken en verantwoordelijkheden rond zowel de patiëntzorg als ondersteunende processen.

RAV: Ontwikkelingen m.b.t. nieuwe urgentie classificatie en zorgcoördinatie zullen een betere inrichting moeten geven in de urgentie en het zorgniveau waarop een zorgvraag moet worden beantwoord.

ZH: Flinke groei in de regio KL, met name in de categorie oudere patiënt. Er zal meer druk komen op de HAP en de acute zorg. Er liggen enorme uitdagingen in personeelstekorten bij vooral bij de IC en OK. Het risico van ketenverstoppingen is meer (verkeerde) patiënten en/of beddenproblematiek in het ziekenhuis. Toename cardiologie. Relatief weinig SEH stops. Noodzaak tot andere vormen en structuren van zorg. Zorgcoördinatie zou ertoe moeten bijdragen dat er alleen mensen in de 2de lijn terecht komen die er ook echt horen.

VVT: we zijn samen met ziekenhuizen bezig om in de overdracht van patiënten zaken te verbeteren en zetten hierin al goede stappen voorwaarts (zoals CAZHEM en ATZAH). Gezamenlijke afspraken over bijvoorbeeld in en exclusiecriteria om patiënten over te plaatsen tussen ziekenhuis en vvt in

beide richtingen kunnen daarin nog extra verbeteringen in brengen. Het koesteren van ons CAZHEM/ATZAH in Kennemerland wordt de capaciteit die er wél is, uitzonderlijk efficiënt ingezet.

Wat vraagt dit van de acute zorgketen in Kennemerland?

Deze opdracht van het Ministerie van VWS betekent dat er voor de hele ROAZ Noord-Holland Flevoland de taak ligt om een ZCC in te richten conform bovengenoemde punten.

Hoe dit echter vorm zal krijgen is van veel factoren afhankelijk. De regio bestrijkt een geografisch groot gebied, meerdere provincies en kent zowel grootstedelijke als landelijke gebieden. Ook is er in de regio Kennemerland al sprake van meerdere samenwerkingsverbanden zoals de oprichting van een concept van zorgcoördinatie, maakt men gebruik van CAZHEM en ATZAH en bouwt men in Beverwijk een Spoedeisende medische dienst (SEMD). Binnen deze SEMD werken huisartsen, ambulance, ziekenhuis, vvt en ggz samen aan de triage en behandeling van de zorgvrager.

Zorgcoördinatie komt verschillende keren terug in de gesprekken, al is men geen voorstander van de uitwerking zoals verwoord in de Kamerbrief. Dat doet geen recht aan de bestaande samenwerkingsstructuren, subregionale verschillen en geografische omvang. Wat de werklocaties, het aantal werklocaties en een fysieke en/of virtuele samenwerking in de brief van de minister precies betekenen moeten we met alle partijen samen goed over in gesprek. Belangrijk voor de te maken keuzes is aan te sluiten bij bestaande samenwerkingsverbanden.

Het “probleem” bij zorgcoördinatie en de triage blijft altijd dat de bewoners bellen met een vraag/zorg waarvan hij of zij niet weet of de zorgprofessional dat vanuit medische kant het als acuut aanmerkt en dat het wellicht niet bij de zorg hoort (informatievoorziening aan de voorkant voorkomt ook instroom). Een aspect dat zich bij uitstek HAP voordoet. De winst zit met name bij de coördinatie als de hulpvraag helder is.

Het gaat – zoals door een van de HAP’s is aangegeven – om onder andere:

- Juiste zorg op de juiste plek: goede afspraken met de ketenpartners wat waar thuishoort, zodat patiënten ook het juiste telefoonnummer bellen en geen kostbare tijd verloren gaat van de verkeerde hulpverlener.
- Triage die over de hele keten hetzelfde werkt: Ambulance, HAP, SEH, waarbij patiënten die ergens anders thuishoren met de triage die al is gedaan naar de volgende ketenpartner kan, zodat niet alles opnieuw hoeft te worden uitgevraagd.