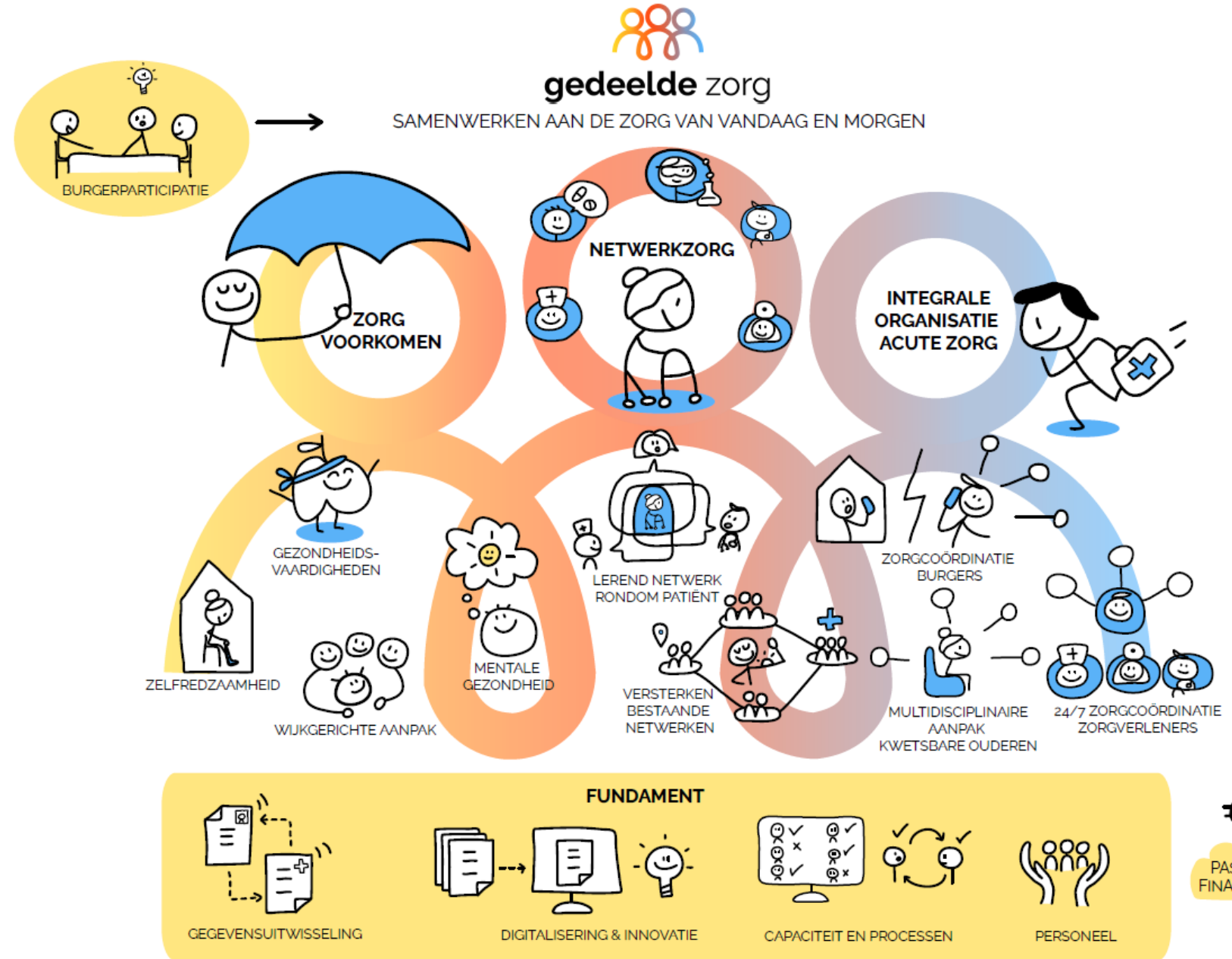


Gedeelde zorg

Document Snelle Toets

Versie 1.0

Mei 2023



Inhoud

Document snelle toets

1. **Structuur Gedeelde Zorg**
2. **Oplegger snelle toets**
3. **Algemeen beeld en ontwikkelingen Midden-Holland**
4. **Structuur opgaven snelle toets Gedeelde Zorg**
5. **Thema 1: Voorkomen van (zwaarder wordende) zorg**
6. **Thema 2: Netwerkgorg dichtbij de burger**
7. **Thema 3: Integrale organisatie acute zorg**
8. **Thema 4: Fundament**



Structuur Gedeelde Zorg

Gedeelde Zorg – korte toelichting organisatie

Vereniging Gezondheidsregio Midden-Holland

- De Vereniging Gezondheidsregio Midden-Holland is opgericht op 1 januari 2022.
- Bijna alle zorgorganisatie uit de regio Midden-Holland zijn lid van de vereniging.
- De 5 gemeenten (Gouda, Waddinxveen, Krimpenerwaard, Bodegraven-Reeuwijk, Zuidplas) zijn middels een convenant aangesloten bij de vereniging.

Gedeelde Zorg

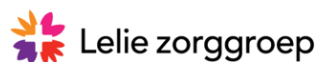
- Gedeelde Zorg is het programma dat valt onder de Vereniging. Dit programma geeft uitvoering aan de ambitie om de zorg in de regio toegankelijk te houden voor haar inwoners.
- Vanuit 3 programmateams wordt invulling gegeven aan deze ambitie:
 - Programmateam Acute Zorg
 - Programmateam Chronische Zorg
 - Programmateam Gegevensuitwisseling
- Het programma wordt aangestuurd vanuit de stuurgroep Gedeelde Zorg. In deze stuurgroep nemen de volgende leden zitting:
 - Groene Hart Ziekenhuis – Lodewijk de Beukelaar
 - Fundis – Jeroen van den Oever
 - Zorgpartners – Dick van Duijn
 - Mediis – Tjarda Scheltens
 - Gemeente Gouda, namens de 5 gemeenten – Anna van Popering

Daarnaast is Gedeelde Zorg met VGZ in gesprek over aansluiting bij de stuurgroep.



Gedeelde Zorg - Leden

Overzicht leden Gedeelde Zorg



Oplegger – snelle toets

Proces snelle toets

Stap 1: Snelle toets

- Begin 2022 is Gedeelde Zorg gestart met de ontwikkeling en realisatie (o.a. inrichten regionaal transferpunt, werken in diverse netwerken, projecten rondom gegevensuitwisseling) van programmaplannen voor acute zorg, chronische zorg en gegevensuitwisseling. Vanuit deze plannen hebben in het voorjaar van 2023 de programmamanagers Gedeelde Zorg, samen met de stuurgroep Gedeelde Zorg, de diverse programmateams en de leden van Gedeelde Zorg de snelle toets zoals deze nu voorligt opgesteld.
- Deze snelle toets is tot stand gekomen na een intensief traject, waarin onder andere drie hypothesesessies, vier stuurgroepen, zes programmateams, meer dan 20 bilaterale overleggen en een informatiebijeenkomst voor alle leden van Gedeelde Zorg hebben plaats gevonden. De 20 zorgpartijen en vijf gemeenten onderschrijven de in dit document beschreven koers. Dit geldt ook voor vertegenwoordigers van Zorgverzekeraar VGZ, met wie op diverse momenten in dit traject afstemming is geweest over voortgang en inhoud van het plan.
- In deze snelle toets beschrijven wij de grootste opgaven in de regio (zeer sterk toenemende zorgvraag door forse bevolkingsgroei, hoge en oplopende arbeidsmarktspanning en stijgende toegangstijden tot o.a. GGZ, Ziekenhuis en Verpleegzorg) en de sectoroverstijgende transformatieopgaven waarmee wij de komende jaren aan de slag gaan.
- De versie van de snelle toets die nu voorligt voldoet aan de criteria die gesteld worden aan de snelle toets. Het plan beschrijft de grootste uitdagingen in de regio, beschrijft de transformatieopgaven waarmee de regio aan de slag wil gaan (inclusief een eerste inschatting van de impact), wordt gedragen door alle partijen die lid zijn van Gedeelde Zorg en onderbouwt waarom gelijkgerichtheid tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars nodig is om de transitie te kunnen realiseren.

Stap 2: Samen uitwerken transformatieplan

- Een uitwerking van de voorliggende koers, inclusief fasering en een verdere specificatie van kosten en impact, o.a. via een impactanalyse per transformatieopgaven, volgt op het moment dat Zorgaanbieders, Zorgverzekeraars en Gemeenten samen de transformatieplannen verder uitwerken. Uit deze impactanalyse per transformatieopgave zal ook volgen op welke zorgsectoren de transformatie impact heeft.
- De beschreven transformatieopgaven bevinden zich in enkele gevallen op snijvlakken tussen de doelstellingen gesteld in het IZA, WOZO en GALA akkoord. Bij de gezamenlijke uitwerking van de transformatieplannen zullen we voor die transformatieopgaven ook de vraag beantwoorden vanuit welk 'akkoord' we deze transformatieopgaven kunnen financieren.
- Voor verdere uitwerking van de transformatieplannen zal een passende organisatie en ondersteuning nodig zijn. Hierbij wordt ook burgerparticipatie ingericht, zodat beoogde veranderingen getoetst worden bij de inwoners in de regio.

Stap 1

Eerste snelle toets

Stap 2

Samen uitwerken
transformatieplan

Stap 3

Beoordeling
transformatieplan

Stap 4

Implementatie
inclusief monitoring

Samenvatting snelle toets (1/2)

Criterium	Toelichting
<p>Substantiële impact op een of meerdere aspecten</p>	<p>Gedeelde Zorg gaat aan de slag met de grootste uitdaging in de regio: Een zeer sterk toenemende zorgvraag (als gevolg van bevolkingsgroei en veranderende bevolkingsopbouw) en een toenemende spanning op de arbeidsmarkt. De transformatie heeft m.n. impact op:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Het zorggebruik in de zorgverzekeringswet • De inzet van personeel <p>Voor verdere toelichting zie pagina's 10 en 11: "substantiële impact op een of meerdere aspecten".</p> <p>Tijdshorizon impact transformatie-opgaven Snelle Toets De transformatieopgaven en bijbehorende initiatieven uit de snelle toets worden gedurende de periode van het IZA (2023 – 2026) gestart en opgeschaald. In fase 2 (samen uitwerken transformatieplan) worden volgorde en fasering van de verschillende transformatieopgaven verder uitgewerkt. Voor de grove impactinschatting hanteren we dat de transformatieafspraken binnen vijf jaar zijn behaald, en daarmee dus uiterlijk in 2031 zijn gerealiseerd. Dit is de tijdshorizon waartegen wij de grove impactinschatting afzetten.</p>
<p>Transformatie in lijn met regiobeelden en regioplannen</p>	<p>In de periode tot 2040 groeit de bevolking met ruim 25%. De verwachte toename in zorgvraag ligt, als gevolg van de veranderde bevolkingsopbouw, in de periode tot 2040 op ruim 33%. Voor de periode tot en met 2031 betreft een bevolkingsgroei van 13% en een verwachte toename van de zorgvraag van 17%. Dit betekent dat de grootste opgaven in de regio zijn:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Het gat tussen de vraag naar zorg (+ 17% in 2031) en het aanbod van zorg verkleinen. Voor 2031 koersen we zonder impactvolle transformaties af op een arbeidsmarktspanning van 574 vacatures in Zorg en Welzijn per 100 werkzoekenden. • De toegankelijkheid van de zorg vergroten. De toegangstijden tot o.a. (gespecialiseerde) GGZ, verpleegzorg en MSZ zijn op dit moment al fors en nemen door een toename van het gat tussen vraag naar zorg en aanbod van zorg verder toe. <p>In "Algemeen beeld en ontwikkelingen Midden-Holland" (vanaf p. 13) zijn deze opgaven verder onderbouwd.</p> <p>Zonder impactvolle interventies verstopt het zorgsysteem in de regio en koersen we rechtstreeks af op een zorginfarct, waarin burgers niet meer kunnen rekenen op tijdige, passende en noodzakelijke zorg. Interventies zijn noodzakelijk en mogelijk, willen we de zorg in de regio overeind houden. Dit is ons hoogste doel. Op p. 23 (en verder) is opgenomen met welke transformatieopgaven wij in de regio aan de slag gaan.</p>

Samenvatting snelle toets (2/2)

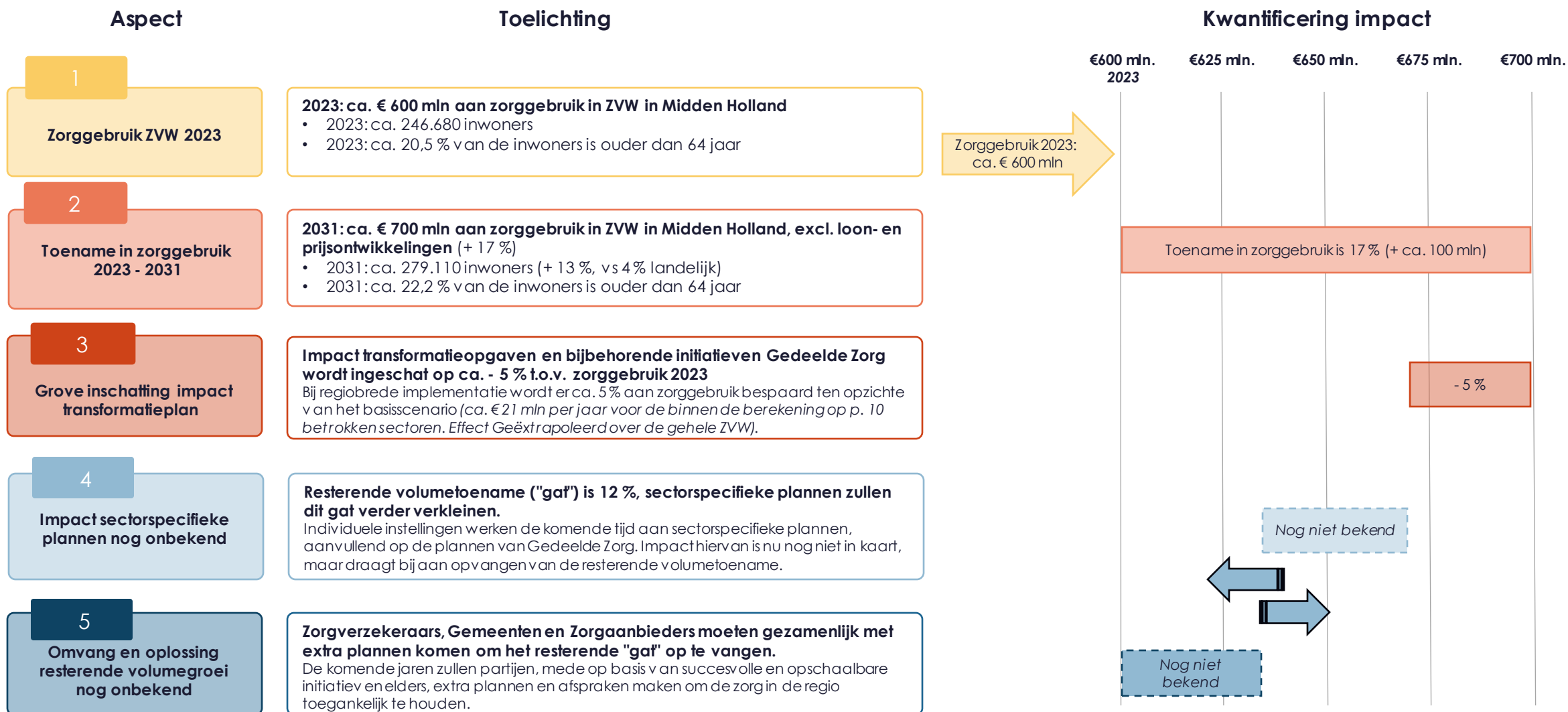
Criterium	Toelichting
Aantoonbare en Gedeelde Urgentie	<p>Gedeelde Zorg is een initiatief van de Vereniging Gezondheidsregio Midden-Holland. Binnen Gedeelde Zorg werken ruim 20 zorgaanbieders vanuit de diverse programmalijnen gelijkgericht samen aan de prioritaire opgaven in de regio (zie p. 4 en 5 voor de structuur en deelnemende organisaties). In de regiobijeenkomst van 30 maart hebben alle leden hun steun gegeven aan de voorliggende richting en plannen.</p> <p>Binnen Gedeelde Zorg (vereniging en stuurgroep) zijn partijen het erover eens dat de transformatieopgaven die in dit plan zijn opgenomen een impactvolle en noodzakelijk bijdrage leveren aan de grootste uitdagingen voor de zorg in de regio (beschikbaarheid en toegankelijkheid). Dit plan is een aanscherping en versnelling van plannen die al binnen de diverse programmalijnen (acute zorg, chronische zorg, gegevensuitwisseling) zijn opgesteld. In de totstandkoming van dit document voor de snelle toets is zeer uitvoerig gesproken met de leden van Gedeelde Zorg. In de stuurgroep van 17 mei 2023 door de stuurgroep (met daarin een afvaardiging vanuit Gemeenten, Huisartsenkoepel Mediis, Zorgpartners, Fundis, GHZ en VGZ, (zie ook p. 4)) het formele besluit genomen dit plan in te dienen voor de snelle toets.</p> <p>Urgentie volgt uit de huidige druk op de toegang tot zorg. Wachtlijden (o.a. GGZ, Ziekenhuis, Verpleegzorg) zijn hoog, personeelstekorten zijn op dit moment al hoog (179 vacatures per 100 werkzoekenden) en nemen de komende jaren snel toe.</p>
Noodzaak gelijkgerichtheid	<p>Realiseren van de noodzakelijke transformatie vraagt om gelijkgerichtheid tussen zorgaanbieders en tussen zorgverzekeraars. Met deze snelle toets zorgen we voor versterking van regionale samenwerking over de ketens heen. Dit kan enkel gerealiseerd worden vanuit gezamenlijke investeringen en inspanningen, die niet vanuit de verschillende partijen (met verschillende contractpartners) bij elkaar gebracht kunnen worden binnen de bestaande 'competitie'. Implementatiekracht en transformatiekracht worden hiermee ingezet daar waar ze voor de regio de meest impact hebben op de belangrijkste opgaven: Het ombuigen van de zeer sterk toenemende zorgvraag en het zo efficiënt en effectief mogelijk inzetten van het beschikbare personeel.</p>

Toelichting op substantiële impact op een of meerdere aspecten (1/2)

Criterium	Toelichting																												
<p>Substantiële impact op een of meerdere aspecten</p>	<p>Op basis van de geselecteerde transformatieopgaven en bijbehorende initiatieven is op een zeer hoog abstractieniveau een grove inschatting gemaakt van de mogelijke impact van de verschillende transformatieopgaven. Het betreft hier nadrukkelijk een eerste grove inschatting op basis van generieke aannames, welke in de uitwerking van de transformatieplannen verder gespecificeerd worden. Bij de grove impactinschatting zijn een aantal uitgangspunten gehanteerd:</p> <ul style="list-style-type: none"> Impact is uitgedrukt in bespaarde declaratiewaarde. Bespaarde declaratiewaarde is de meest eenduidige manier om de impact over de verschillende transformatieopgaven en de verschillende zorgsectoren heen te rapporteren, en kan goed gebruikt worden als benadering voor de voorkomen (extra) zorgvraag. Impact is berekend op basis van bespaard zorggebruik. Voor een gedeelte van de transformatieopgaven geldt dat hiervoor als gevolg van zorgverschuiving extra zorggebruik wordt verwacht in andere zorgsectoren (m.n. WMO, VVT, en HA). Dit extra zorggebruik is niet meegenomen in de impactberekeningen voor snelle toets, en krijgt een plaats in de verdere uitwerking van de transformatieplannen. Impact betreft de plannen van gedeelde zorg. Individuele zorgorganisaties werken daarnaast zelf plannen uit voor (impactvolle) transformaties. De impact van deze sectorspecifieke plannen is geen onderdeel van de opgenomen impactinschatting. <p>Impact op zorggebruik ZVW en Impact op personeel De transformatieopgaven en bijbehorende initiatieven hebben impact op het zorggebruik ZVW (door de initiatieven wordt er minder / korter zorg gebruikt), en daarmee op de inzet van personeel (doordat er minder zorg wordt gevraagd, is er minder personeel nodig). Daarnaast zijn er initiatieven die impact hebben op de tijd die zorgaanbieders kwijt zijn aan ondersteunende processen. Een vermindering van deze tijd leidt tot extra beschikbaarheid van personeel voor de zorg. Vanaf pagina 23 is toegelicht wat de verwachte impact per transformatieopgave is.</p> <p>In de grove impactinschatting zijn beide effecten (bespaarde declaratiewaarde per jaar én bespaarde ureninzet per jaar) geaggregeerd tot één waarde (bespaard zorggebruik per jaar, als % van zorgkosten 2019 (voor de geïncludeerde sectoren)). Dit percentage drukt de verwachte afbuiging van de zorgvraag uit, ten opzichte van een verwachte toename van 17% tussen 2023 en 2031. Bij regiobrede implementatie van de initiatieven wordt de volgende mogelijke impact per zorgsector verwacht:</p> <table border="1" data-bbox="420 839 2084 1100"> <thead> <tr> <th>Sector</th> <th>Bespaarde declaratiewaarde per jaar bij regiobrede implementatie</th> <th>Bespaarde ureninzet per jaar bij regiobrede implementatie¹</th> <th>Bespaard zorggebruik per jaar, als % van zorgkosten 2019 (ca. € 460 mln)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>MSZ</td> <td>- € 7.600 K tot - € 8.900 K</td> <td>- 300 uur</td> <td>- 2,5 %</td> </tr> <tr> <td>VVT</td> <td>- € 5.500 K tot - € 6.200 K</td> <td>- 9.500 uur</td> <td>- 16 %</td> </tr> <tr> <td>WMO</td> <td>- € 3.800 K tot - € 4.400 K</td> <td>- 9.000 uur</td> <td>- 14 %</td> </tr> <tr> <td>Ambulance</td> <td>- € 700 K tot - € 1.700 K</td> <td></td> <td>- 15 %</td> </tr> <tr> <td>HA / HAP</td> <td>- € 1.050 K tot - € 1.325 K</td> <td>- 11.000 uur</td> <td>- 4 %</td> </tr> <tr> <td>Totaal</td> <td>- € 19.350 K tot - € 22.525 K</td> <td>- 29.800 uur</td> <td>- 4,4 % tot - 5,3 %</td> </tr> </tbody> </table> <p>Inschatting is dat met de voorliggende transformatieopgaven en bijbehorende initiatieven ca. 4,4%-punt tot 5,3%-punt van de toenemende zorgvraag kan worden opgevangen. De verwachte impact verschilt per zorgsector, is exclusief extra zorggebruik als gevolg van verschuivingen en betreft enkel de voorliggende plannen van Gedeelde Zorg.</p> <p>Impact GGZ Voor de GGZ geldt dat de doelstelling is om de wachttijden tot GGZ terug te brengen naar de treeknorm. Dit is, gezien de huidige hoge wachttijden en de verwachte toename in zorgvraag een zeer impactvolle ambitie. In de volgende fasen van het transformatieplan wordt deze ambitie verder gekwantificeerd.</p>	Sector	Bespaarde declaratiewaarde per jaar bij regiobrede implementatie	Bespaarde ureninzet per jaar bij regiobrede implementatie ¹	Bespaard zorggebruik per jaar, als % van zorgkosten 2019 (ca. € 460 mln)	MSZ	- € 7.600 K tot - € 8.900 K	- 300 uur	- 2,5 %	VVT	- € 5.500 K tot - € 6.200 K	- 9.500 uur	- 16 %	WMO	- € 3.800 K tot - € 4.400 K	- 9.000 uur	- 14 %	Ambulance	- € 700 K tot - € 1.700 K		- 15 %	HA / HAP	- € 1.050 K tot - € 1.325 K	- 11.000 uur	- 4 %	Totaal	- € 19.350 K tot - € 22.525 K	- 29.800 uur	- 4,4 % tot - 5,3 %
Sector	Bespaarde declaratiewaarde per jaar bij regiobrede implementatie	Bespaarde ureninzet per jaar bij regiobrede implementatie ¹	Bespaard zorggebruik per jaar, als % van zorgkosten 2019 (ca. € 460 mln)																										
MSZ	- € 7.600 K tot - € 8.900 K	- 300 uur	- 2,5 %																										
VVT	- € 5.500 K tot - € 6.200 K	- 9.500 uur	- 16 %																										
WMO	- € 3.800 K tot - € 4.400 K	- 9.000 uur	- 14 %																										
Ambulance	- € 700 K tot - € 1.700 K		- 15 %																										
HA / HAP	- € 1.050 K tot - € 1.325 K	- 11.000 uur	- 4 %																										
Totaal	- € 19.350 K tot - € 22.525 K	- 29.800 uur	- 4,4 % tot - 5,3 %																										

¹ 1.7000 uur is gelijk gesteld aan € 100 K declaratiewaarde

Toelichting op substantiële impact op een of meerdere aspecten (2/2)



Procesmatige en faciliterende rol zorgverzekeraar

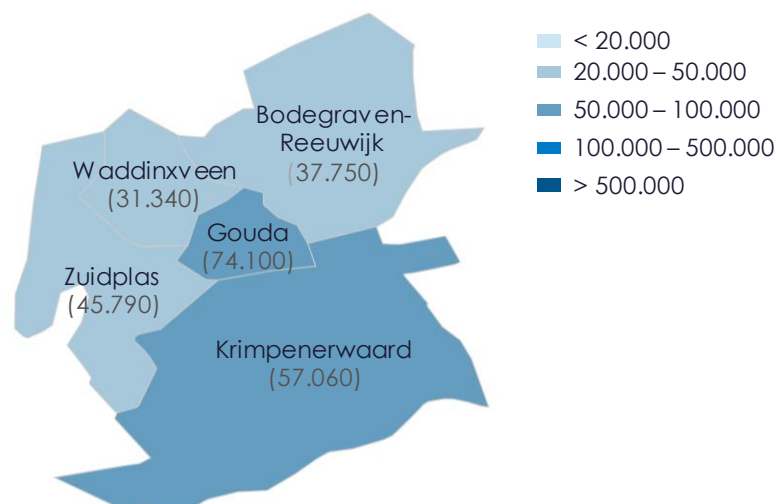
Loketvragen	Toelichting
1 ^e of 2 ^e verzekeraar	Aanvraag heeft betrekking op Zorgkantoorregio Midden-Holland. VGZ is de marktleider zorgverzekeraar.
VGZ betrokken	De regiomanagers (Arieke Oostra, Ingrid Vaartmans) en de strategisch regiomanager (Charlotte Oldenburg) van VGZ zijn betrokken bij het plan.
Juiste format	Het indieningsformat snelle toets is gebruikt voor de aanvraag. De snelle toets is de bijlage bij het indieningsformat snelle toets.
Opgave	Opgaven waaraan deze transformatieopgaven een significante bijdrage levert zijn het toegankelijk houden van de zorg door een rem op de zorgvraagtoename (+ 25 % inwoners in periode 2023 – 2040) en een efficiëntere inzet van zorgpersoneel (Zeer hoge en toenemende spanning op de arbeidsmarkt (574 vacatures per 100 werkzoekenden in 2031).
Substantiële impact	Zie hiervoor: "Toelichting op substantiële impact op een of meerdere aspecten (p. 10 en p. 11)".
Drie voorwaarden	Zie hiervoor: "Samenvatting snelle toets (p. 8 en p. 9)".
Financiering via transformatiemiddelen	De initiatieven bevinden zich in de ZVW en in enkele gevallen op snijvlakken tussen doelstellingen gesteld in het IZA, WOZO en GALA akkoord. De impact van de initiatieven is substantieel op het gebruik van zorg in de Zorgverzekeringwet en op de efficiëntere inzet van zorgpersoneel in de Zorgverzekeringwet. Bij de gezamenlijke uitwerking van de transformatieplannen zullen we voor die transformatieopgaven ook de vraag beantwoorden vanuit welk 'akkoord' we deze transformatieopgaven kunnen financieren.

Algemeen beeld en ontwikkelingen Midden-Holland

Bevolkingsgroei en vergrijzing | Regio Midden-Holland bestaat vijf gemeenten met een kwart miljoen inwoners, komende jaren forse groei

De regio Midden-Holland bestaat uit de gemeenten Bodegraven-Reeuwijk, Gouda, Krimpenerwaard, Waddinxveen en Zuidplas

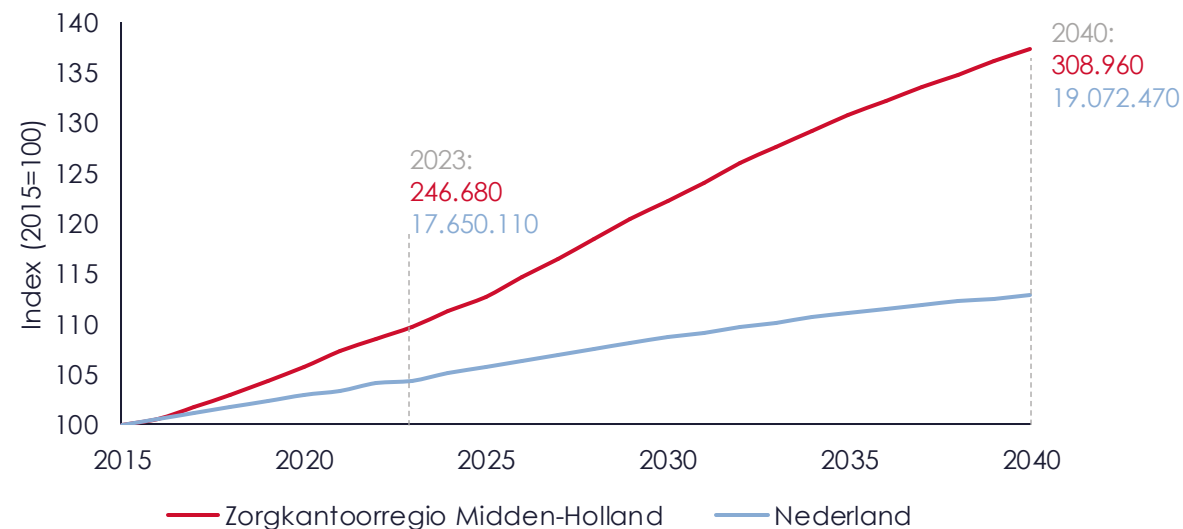
Aantallen inwoners per gemeente in 2022



- In totaal heeft Midden-Holland bijna 250.000 inwoners (2022)
- Gouda en Krimpenerwaard zijn de twee grootste gemeenten in de regio

Bevolking groeit de aankomende jaren relatief gezien een stuk harder dan gemiddeld in Nederland

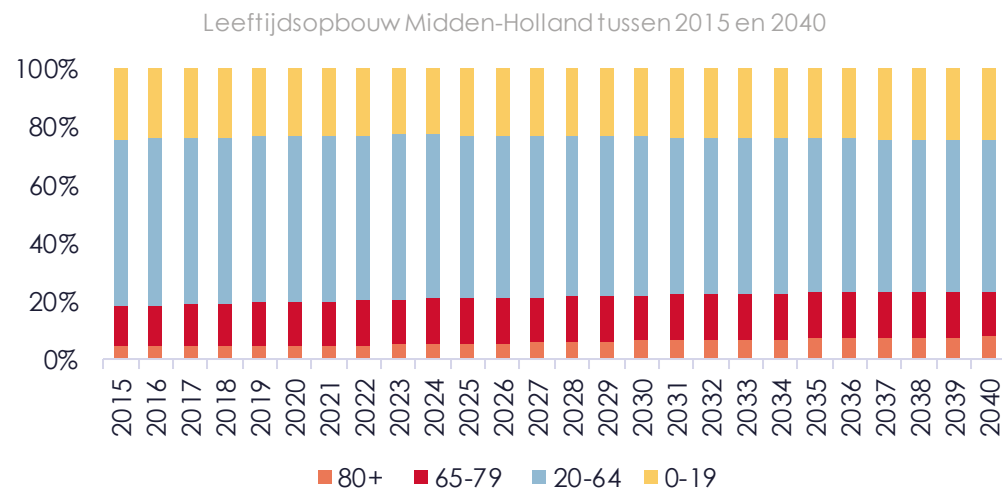
Bevolkingsontwikkeling tussen 2015 en 2040



- De bevolking van Midden-Holland groeit tussen 2023 en 2040 van ~250.000 inwoners naar ~310.000. Dit is een stijging van 25%.
 - Voor heel Nederland zien we in dezelfde periode een stijging van 8%.
- Doordat het aantal inwoners > 65 jaar sterker toeneemt dan het aantal inwoners < 65 jaar (zie p. 14) nemen de verwachte zorgkosten in de periode 2023 – 2040 toe met ruim 33%.
 - Voor der periode 2023 – 2031 is dit ruim 17%.

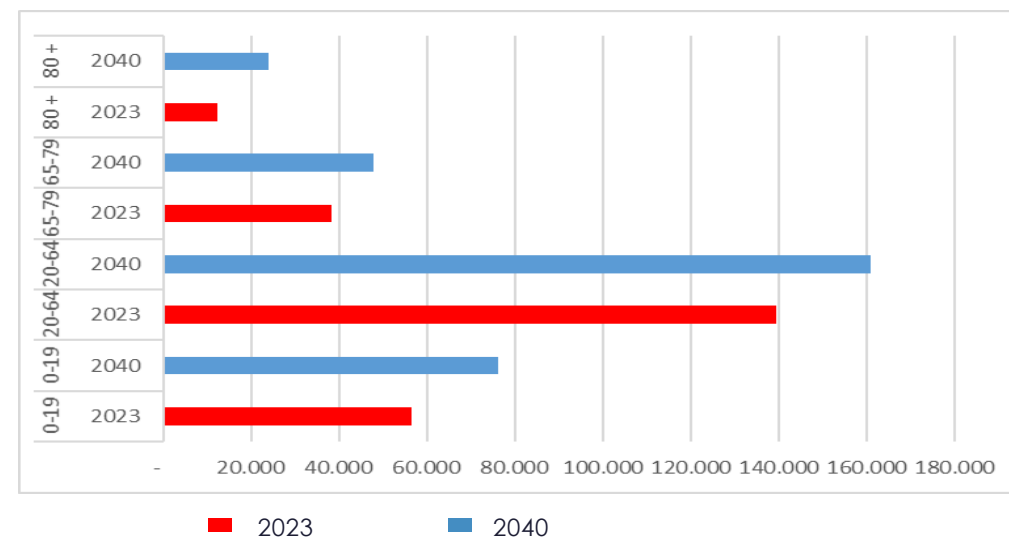
Bevolkingsgroei en vergrijzing | Deze forse groei vindt plaats in alle leeftijdscategorieën, druk op de beroepsbevolking neemt toe

De verhouding tussen de beroepsbevolking en de overige bevolking neemt af



- De beroepsbevolking (20 – 64 jaar) neemt ten opzichte van de totale bevolking tussen 2023 en 2040 af van 56,6 % naar 52,1 %
- Er is sprake van een relatief forse groei van de groep 0 – 19 jaar, waardoor de relatieve omvang van deze groep toeneemt (van 22,9 % in 2023 naar 24,7 % in 2040).

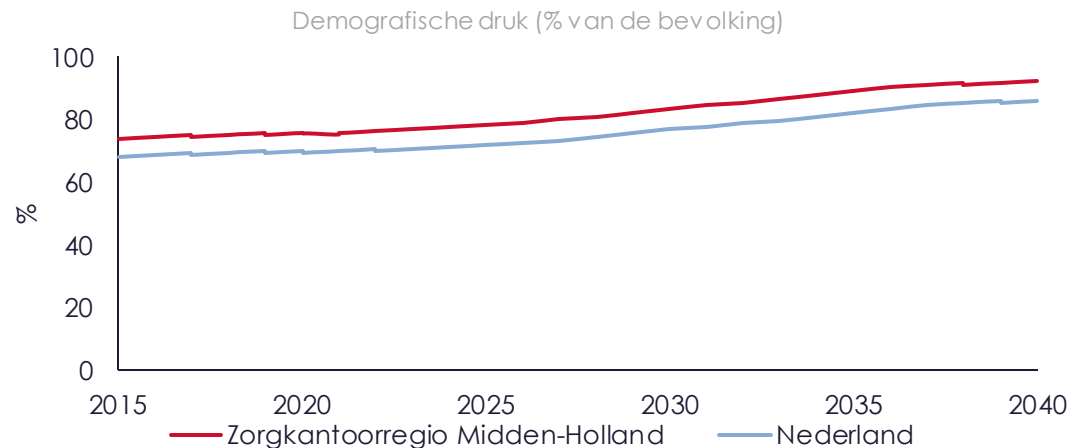
Bevolkingsgroei vindt plaats in alle leeftijdsgroepen en is relatief het sterkste binnen de groep 80+ (95,4 %)



- De groep 0 – 19 jaar neemt in de periode 2023 – 2040 toe met ~ 20.000 inwoners (naar ~76.000)
- De groep 20 – 64 jaar neemt in de periode 2023 – 2040 toe met ~ 21.000 inwoners (naar ~161.000)
- De groep 65 + jaar neemt in de periode 2023 – 2040 toe met ~ 21.000 inwoners (naar ~ 72.000 inwoners)

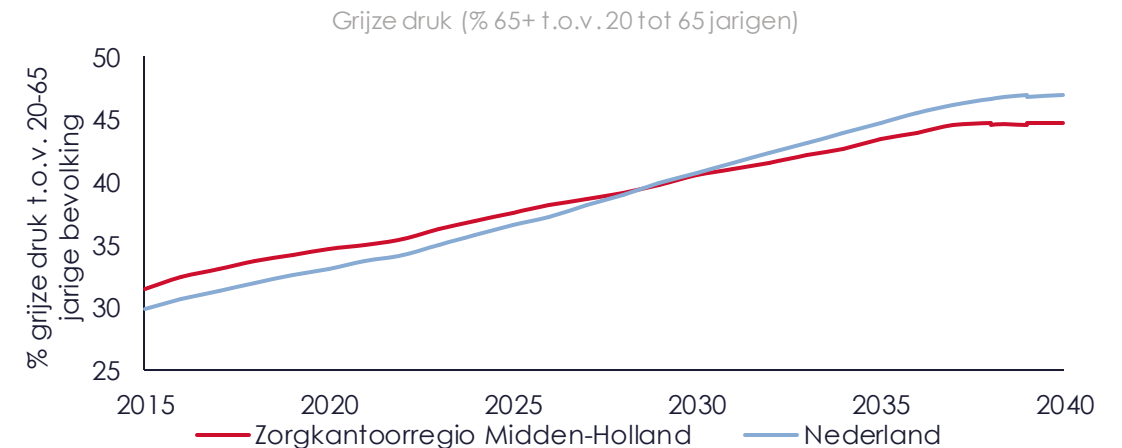
Bevolkingsgroei en vergrijzing | Bevolking vergrijst in lijn met landelijke ontwikkeling, 'grijze druk' iets bovengemiddeld

Werkende deel van de bevolking neemt de komende jaren af ten opzichte van het niet-werkende deel en is daarnaast lager dan de rest van Nederland



- De demografische druk geeft de verhouding aan tussen het aantal personen van 0-19 jaar en 65 jaar of ouder (niet-werkende deel van de bevolking) en de personen in de zogenaamde 'productieve leeftijdsgroep' van 20-64 jaar (werkende deel van de bevolking). Met andere woorden: bij 100% is het deel niet-werkenden even groot als het werkende deel
- In Midden-Holland (78,5% in 2025) is de demografische druk hoger dan gemiddeld in Nederland (71,7% in 2025)
- Doordat de demografische druk toeneemt, neemt o.a. de druk op de arbeidsmarkt en mantelzorgpotentieel toe

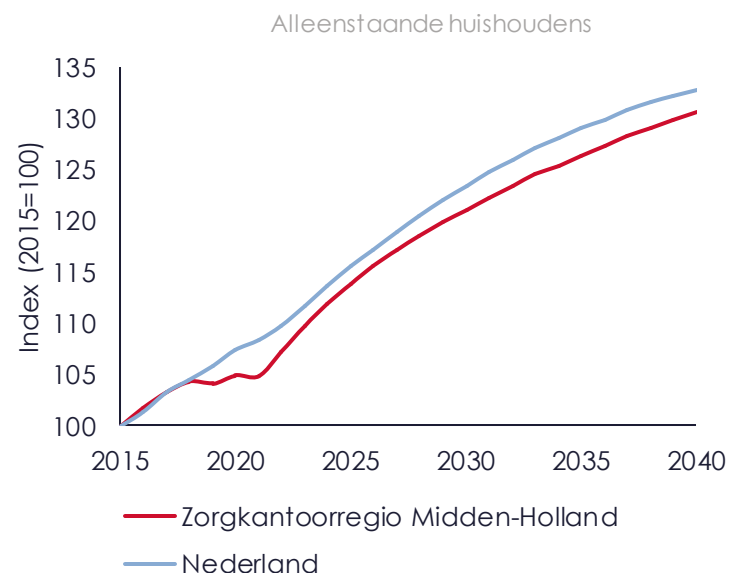
Vergrijzing neemt fors toe komende jaren en is op dit moment iets bovengemiddeld, stijging komende jaren wat minder dan gemiddeld



- De grijze druk is de verhouding tussen het aantal personen van 65+ en het aantal personen van 20 tot 65 jaar.
- Het aantal personen boven de 65 jaar stijgt de komende jaren steeds harder t.o.v. de werkende bevolking (20-65 jaar)
- In Midden-Holland (37,6% in 2025) is de grijze druk hoger dan gemiddeld in Nederland (36,5% in 2025). Na 2029 is de verwachting dat de grijze druk in Nederland juist hoger is dan in Midden-Holland. Tegelijkertijd blijft de druk wel zowel landelijk als regionaal stijgen
- In 2040 is het aantal 65+ bijna een kwart van het werkende deel van de bevolking.

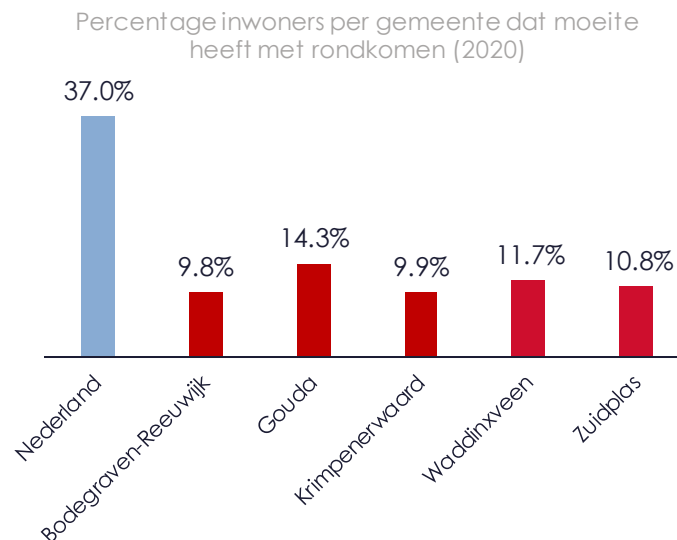
Huishoudens en sociale kenmerken | aantal alleenstaande huishoudens volgt landelijke stijging, inkomens en SES zijn in de regio relatief hoog

Het aantal alleenstaande huishoudens stijgt volgens dezelfde trend als gemiddeld in Nederland



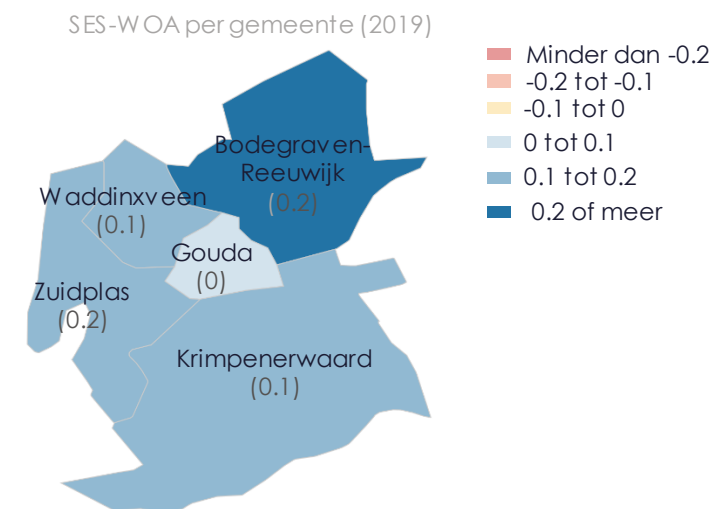
- Het aantal alleenstaande huishoudens groeit in de regio komende jaren. In 2030 komt dit neer op bijna 42.000 alleenstaande huishoudens

Inwoners van Midden-Holland komen gemiddeld minder moeilijk rond dan landelijk



- Het percentage inwoners dat moeite heeft met rondkomen is bijna drie keer zo laag als gemiddeld in Nederland
- In Bodegraven-Reeuwijk komen inwoners over het algemeen het meest makkelijk rond

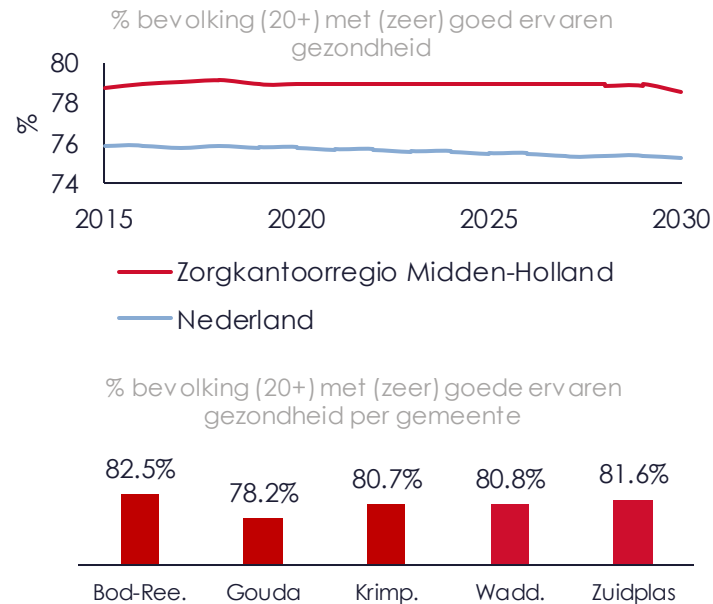
De sociaaleconomische status is in de regio iets hoger dan gemiddeld in Nederland



- In de regio is in alle gemeentes de score 0 of hoger. Bij een hogere score zijn de inwoners welvarender en/of hoger opgeleid en/of langduriger aan het werk (CBS).
- De gemiddelde score in Nederland is 0.0
- Dit betekent dat de SES van de regio m.u.v. Gouda iets hoger is dan gemiddeld in NL

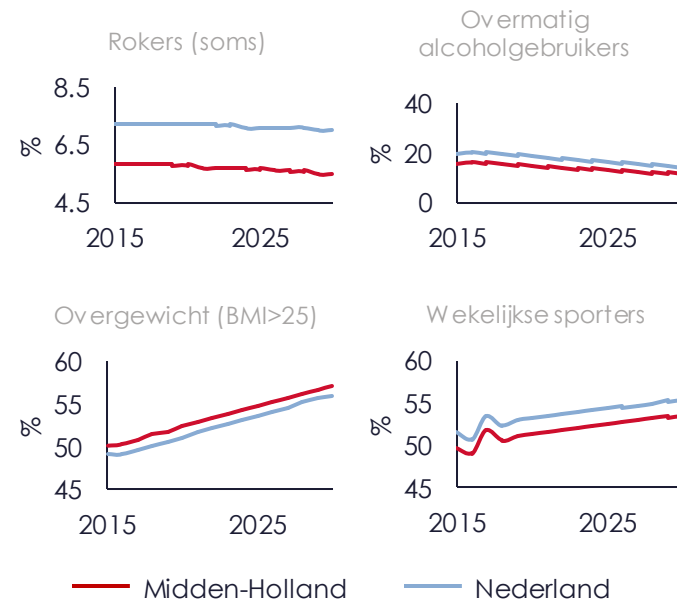
Zorgvraag en gezondheid | Ervaren gezondheid is relatief hoog; minder roken en alcohol, meer overgewicht en minder sporten dan in NL

In alle gemeenten in Midden-Holland is de ervaren gezondheid bovengemiddeld, hoogste in Bodegraven-Reeuwijk



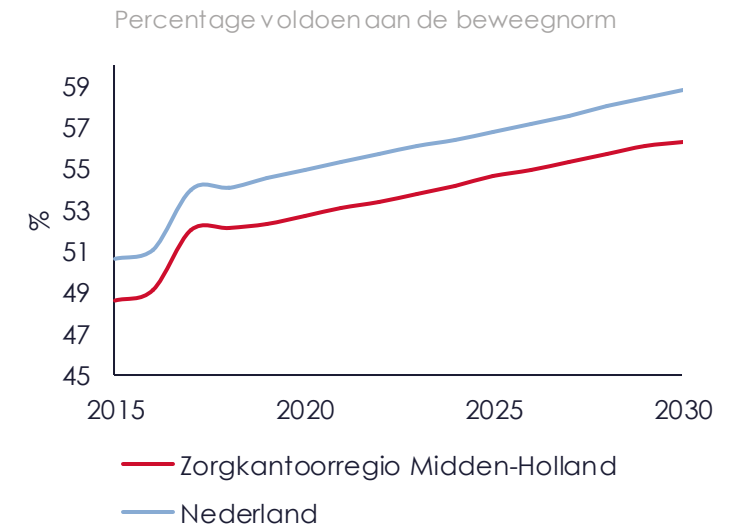
- De ervaren gezondheid in de regio blijft naar verwachting relatief gelijk rond de 79%. In Bodegraven-Reeuwijk ligt dit zelfs boven de 82%.
- De ervaren gezondheid in Nederland ligt iets lager en daalt naar verwachting licht de komende jaren naar 75,5% in 2025

In Midden-Holland wordt er minder gerookt en alcohol gedronken dan gemiddeld in Nederland, er zijn meer mensen met overgewicht



- Op het gebied van roken en overmatig alcohol drinken zijn de inwoners van Holland relatief gezonder dan gemiddeld
- Er zijn meer mensen met overgewicht in de regio dan gemiddeld en het aantal wekelijkse sporters ligt lager dan gemiddeld
- Op alle vlakken volgt Midden-Holland dezelfde trend als Nederland

Meer dan de helft van de inwoners voldoet aan de beweegrichtlijn en er is een licht stijgende trend. Het gemiddelde ligt lager dan in Nederland

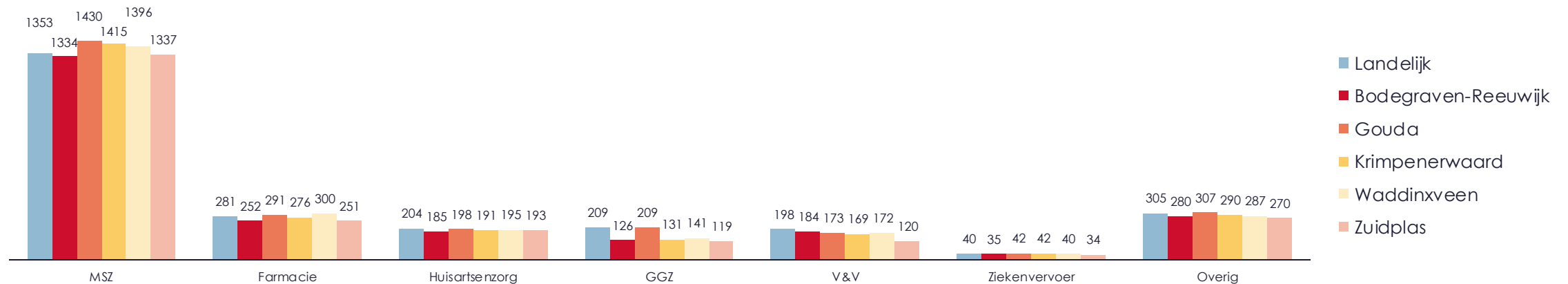


- Iemand voldoet aan de beweegrichtlijn door zowel voldoende matig en/of zwaar intensieve activiteiten als spier- en botversterkende activiteiten te doen
- Er is nog winst te behalen in de regio om inwoners ten minste op het gemiddelde niveau van Nederland te brengen

Zorgkosten | Kosten in Midden-Holland zijn in lijn met de landelijke zorgkosten in de ZvW

Ten opzichte van gemiddeld in Nederland zijn de zorgkosten in Midden-Holland lager voor huisartsenzorg, GGZ en V&V, terwijl kosten voor medisch specialistische zorg hoger zijn

Zorgkosten binnen de Zvw in 2019 (€ per inwoner)



- De totale zorgkosten in de ZvW in Nederland waren in 2019 €46,3 mld. In Midden-Holland bedroegen deze kosten €601 mln. De kosten van Midden-Holland zijn dus 1,34% van de landelijke kosten. Dit is in lijn met de verhouding inwoners in Midden-Holland t.o.v. Nederland (1,30% van totaal aantal inwoners in Nederland)
- De verdeling van kosten van de Zorgverzekeringswet is in Midden-Holland relatief gezien in lijn met de landelijke verdeling van de kosten
- De kosten voor huisartsenzorg, GGZ en V&V liggen in Midden-Holland per inwoner echter, ondanks hoge vergrijzing lager dan gemiddeld in Nederland
- Ook overige kosten (o.a. ziekenvervoer, kraamzorg, paramedische zorg, etc.) zijn per inwoner in Midden-Holland lager dan gemiddeld in Nederland, met uitzondering van de inwoners van Gouda
- Kosten voor medisch specialistische zorg zijn in de regio per inwoner juist hoger dan gemiddeld in Nederland, m.u.v. de inwoners van Bodegraven-Reeuwijk en Zuidplas. Door inwoners van de regio wordt dus relatief veel medisch specialistische zorg gebruikt.

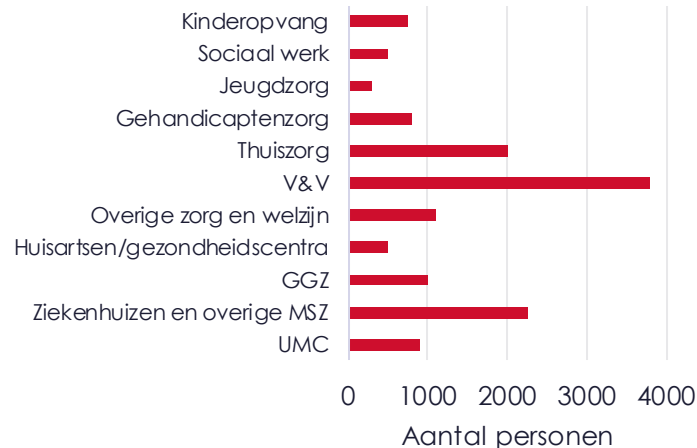
Arbeidsmarkt | Sterker tekort aan personeel in de regio dan landelijk, met name tekorten bij VVT en huisartsen

In de arbeidsregio Zwconnect zijn er in 2031 grote personeelstekorten tot wel bijna 4000 werknemers in de verpleging en verzorging

Personeelstekort in Zwconnect regio grootste bij huisartsen, gezondheidscentra en VVT. Dit kan belemmerend werken voor goede ketenzorg.

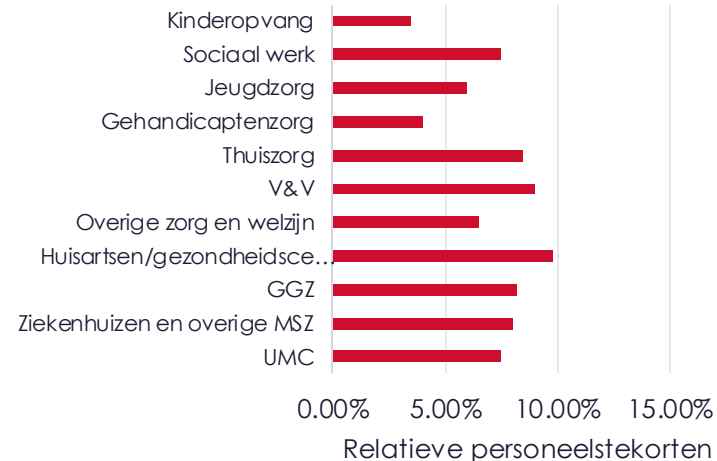
De spanning op de arbeidsmarkt is in Midden-Holland hoger dan landelijk en stijgt de komende jaren harder dan gemiddeld

Prognose personeelstekort per branche in de regio Zwconnect in 2031



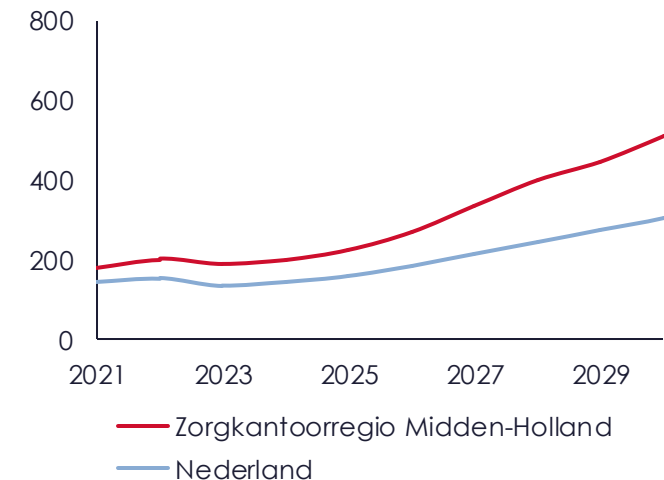
- De regio bestaat uit Haaglanden, Westland Schieland Delfland, Nieuwe Waterweg Noord, Midden-Holland, Zuid-Holland Noord
- Tekort in ziekenhuizen/MSZ, thuiszorg en V&V liggen naar verwachting tussen de 2000 en 4000 personen

Prognose relatief personeelstekort t.o.v. aantal medewerkers per branche in de regio Zwconnect in 2031



- Op het totaal van 5.100 werknemers in de huisartsenzorg is het relatieve tekort ten opzichte van het aantal medewerkers ~10%.
- Ook in de veel grotere branches van verpleging en verzorging en thuiszorg is het relatieve personeelstekort ~9%.

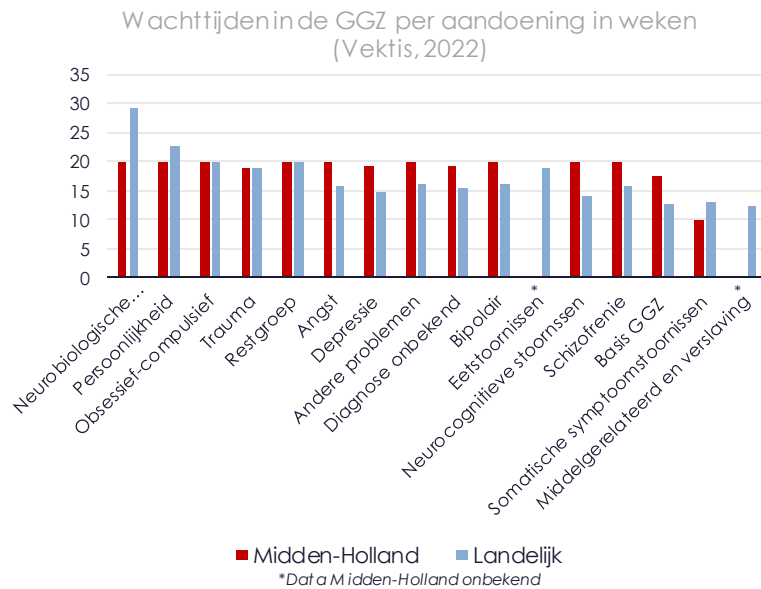
Arbeidsmarktspanningsindicator (aantal vacatures per 100 werkzoekenden (Prognosemodel ZW [link](#)))



- In 2021 waren er in Midden-Holland per 100 werkzoekenden 179 vacatures in zorg en welzijn, landelijk waren dit er 146
- De verwachting is dat in 2031 per 100 werkzoekenden 574 vacatures zijn in Midden-Holland t.o.v. 348 landelijk

Zorgaanbod | Wachttijden zijn in zowel GGZ en VVT lang en bovengemiddeld; in MSZ varieert het per aandoening

GGZ wachttijden zijn variërend per diagnose tussen 10 en 20 weken en in de meeste gevallen hoger dan landelijk



- Wachttijden in de GGZ zijn voor alle bovenstaande aandoeningen hoger dan landelijk m.u.v. neurobiologische ontwikkelingsstoornissen en persoonlijkheid
- Wachttijden van Midden-Holland voor eetstoornissen en middelgerelateerd en verslaving zijn onbekend

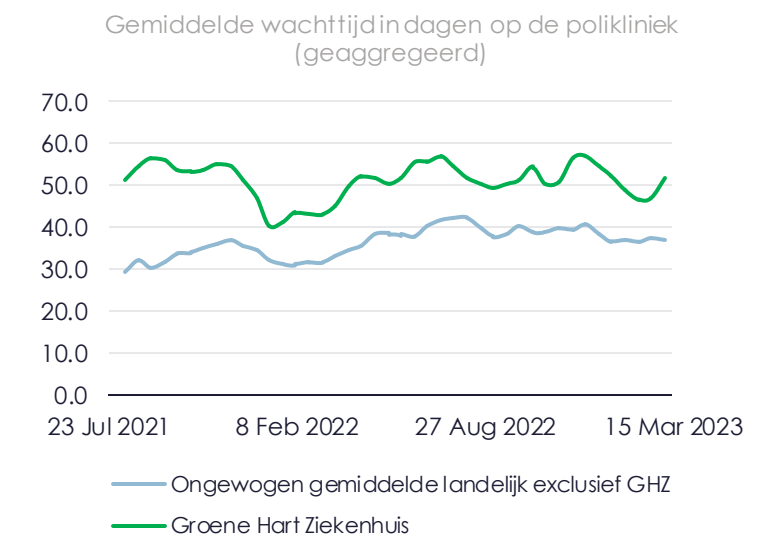
Relatief gezien bijna dubbel zo veel wachtenden op de verpleegzorg in Midden-Holland dan landelijk

Aantal wachtenden in de verpleegzorg (regiomonitor verpleegzorg Midden-Holland 2022)

	Sept 2021	Juni 2022
Urgent plaatsen	6	12
Actief plaatsen	116	151
Wacht op voorkeur	207	260
Totaal	329	423
Relatief regio	17,4%	21,6%
Relatief landelijk	10,6%	11,8%

- In Midden-Holland wachtten in juni 2022 423 mensen op een plek in de verpleegzorg.
- "Relatief" betekent het aantal wachtenden ten opzichte van het aantal niet wachtenden

Wachttijden voor medisch specialistische zorg liggen boven de treeknorm en boven landelijke gemiddeldes



- De treeknorm is 28 dagen. In het Groene Hart Ziekenhuis schommelen gemiddelde wachttijden tussen 40 en 57 dagen.
- De wachttijden voor medisch specialistische zorg op de poliklinieken in het Groene Hart Ziekenhuis liggen boven het ongewogen landelijke gemiddelde

Structuur transformatieopgaven voor snelle toets Gedeelde Zorg

Samenvatting | Structuur voor snelle toets Gedeelde Zorg



1 Voorkomen van (zwaarder wordende) zorg

We zetten vanuit positieve gezondheid (verder) in op het voorkomen van zorg, **vanuit intensieve samenwerking tussen zorg- en welzijnsdomein:**

- 1a Bevorderen bewustzijn, zelfredzaamheid en gezondheidsvaardigheden bevolking en professionals door:
- Scholing en publieke campagnes
 - Verandermanagement
 - Valpreventie
 - Uitbreiden inzet proactieve zorgplanning (advanced care planning)
- 1b Mentale gezondheid bevorderen (deel 1)
- Mentale volksgezondheid: 'normaliseren' & mentale weerbaarheid

In lijn met huidige koers wordt tevens ingezet op community care, sociale samenhang, dementievriendelijke wijk en inzet informele zorg

2 Netwerkgorg dichtbij de burger

Als er toch zorg nodig is, focussen we op het leveren van **zorg en ondersteuning dichtbij de burger:**

- 2a Lerend netwerk rondom de cliënt/patiënt met inzicht in elkaars expertise/kennis, denk daarbij bijv. aan:
- Een herkenbaar aanspreekpunt
 - Samenwerken vanuit één behandelplan
 - Samen indiceren => Onderzoeken mogelijkheden
 - Re-ablement
- 2b Multidisciplinaire aanpak kwetsbare burgers met chronische (zorg)vraag:
- Verbeteren randvoorwaarden overdracht
 - Vereenvoudigen plaatsen patiënten
- 2c Mentale gezondheid bevorderen (deel 2)
- Mentale veerkracht: o.a. via mentale gezondheidscentra. Samenwerking tussen, huisarts, sociaal domein en GGZ
 - Mentale ontregeling: inzet van GGZ in nauwe samenwerking met netwerkpartners

In lijn met huidige koers wordt tevens ingezet op het versterken van de bestaande netwerken in de regio (bv. dementie)

3 Integrale organisatie acute zorg

Als er acuut zorg nodig is, dan is dit efficiënt en goed geregeld vanuit **mogelijk één centrum voor acute zorg:**

- 3a 24/7 zorgcoördinatie voor zorgverleners
- Afstemmen zorgprocessen
 - Doorontwikkelen Regionaal TransferPunt (RTP)
- 3b Zorgcoördinatie voor burgers met een centrale rol voor de huisarts
- Voorkomen onjuist gebruik zorg en verbeteren triage
 - Implementeren zorgcoördinatiecentrum
 - Gezamenlijk gebruik van HAP en SEH faciliteiten
- 3c Multidisciplinaire aanpak kwetsbare ouderen:
- Inrichten overbruggingshuiszorg
 - Verkorten ligduur en voorkomen heropnames

4 Fundament / uitgangspunt: Voor een goede uitrol van deze thema's zijn de volgende punten cruciaal:

4a Gegevensuitwisseling vanuit één zorgnetwerkomgeving

4b Regionaal inzicht in capaciteit, processen en integrale sturing hierop

4c Digitale toepassingen en innovaties zoals het realiseren zorg op afstand

4d Regionale aanpak op personeelstekort

Tevens wordt ingezet op (door)ontwikkeling van duurzame en passende financieringsstructuren bv. domeinoverstijgende bekostiging en structurele bekostiging van nieuwe manier van zorg en ondersteuning

Thema 1: Voorkomen van zwaardere worden van zorg

Vanuit gedachtegoed Positieve Gezondheid

transformatieopgave 1a – Bevorderen bewustzijn, zelfredzaamheid en gezondheidsvaardigheden

Rationale voor transformatie: samenvatting kernproblematiek

- Het aantal mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden is hoog (landelijk ~25% van de bevolking, dit komt neer op ruim 60.000 inwoners in Midden-Holland). Lagere vaardigheden bij zowel mannen als vrouwen, verschillende leeftijden. Veelal is ervaren gezondheid van de mensen met lage vaardigheden slecht/matig (Nivel, [link](#)).
- Ervaren gezondheid in Midden-Holland is hoger dan gemiddeld in NL, maar nog steeds ruim 20% (ca. 50.000 inwoners) ervaart een lage gezondheid (zie pagina [Z](#) regiobeeld). Geen grote verschillen per gemeente, laagste ervaren gezondheid ligt in Gouda.
- ~ 1700 patiënten vallen en belanden op de SEH (Fit en Vitaal netwerk Waddinxveen ([link](#))). Dit neemt toe doordat steeds meer ouderen thuis wonen. In de regio heeft 24% tot 33% van de 65+ ers verhoogd valrisico
- 63% van het totaal aantal overledenen in Nederland in 2021 betreft verwachte overlijdens (106.407). Voor deze burgers geldt dat er behoefte was aan palliatieve zorg. Dit komt in Midden-Holland neer op ~1400 overleden burgers per jaar.
- Voor Zuid-Holland geldt dat ca. 30 % van de burgers met verwacht overlijden in de laatste maand van het leven in het ziekenhuis is geweest (palliaweb).

Fig 1: Geschat percent age 65+ met verhoogd valrisico ([link](#))

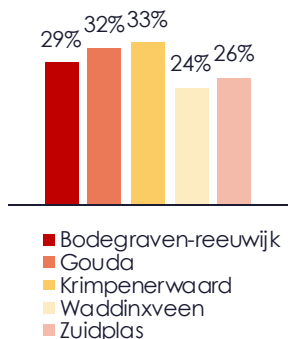


Fig 2: Percent age mensen in de Nederlandse bevolking (> 18 jaar) met onvoldoende of beperkte gezondheidsvaardigheden naar acht ergrondkenmerken (Nivel, 2019)

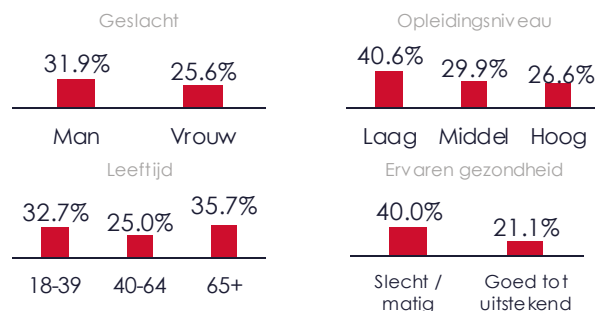
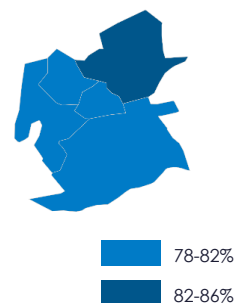


Fig 3: Ervaren gezondheid per gemeente (2020)



Voorbeelden / best practices

Scholing incl. publieke campagnes

- In 2022 is een landelijke campagne over #dezorgv anmorgen gevoerd, fors bereik ([link](#))
- Digitale ondersteuning: In de bibliotheek Gouda worden inloopspreekuren georganiseerd voor ondersteuning bij computervragen ([link](#)) Groene Hart Ziekenhuis is, in samenwerking met bibliotheek Gouda, gestart met een informatiepunt digitale zorg in het ziekenhuis (pilot)

Positieve gezondheid

- In Noord-NL is een [digitale toolkit](#) gemaakt waarmee vrijwilligers en professionals en geholpen worden met het organiseren van workshops over Positieve Gezondheid met een PGO
- Metingen op resultaten zijn schaars en veelal kwalitatief van aard ([link](#), p.26 en 27). Ingeschat wordt een **reductie in ziekte-verzuim** en meer aandacht voor welzijn van personeel, meer ruimte voor preventie, **minder medicatie**

Valpreventie

- Er is een uitgebreide rekenhulp beschikbaar ([link](#)). Na investering in termen van (1) een multifactoriële valpreventie aanpak, (2) opsporing en screening en (3) een beweegprogramma voor valpreventie worden forse besparingen gerealiseerd voor ZVW, WLZ, mantelzorg en WMO.

Proactieve zorgplanning (ACP)

- Nivel onderzoek: landelijk 104 projecten rondom advanced care planning (via ZonMW) en er lopen nog veel relevante overige trajecten en projecten. Diverse tools zijn beschikbaar ([link](#))
- Proactieve zorgplanning moet leiden tot verbeterde kwaliteit van leven en meer passende zorg. Uit onderzoek lijkt het nog niet leiden tot significante besparing op medische kosten ([link](#))

transformatieopgave 1a – Bevorderen bewustzijn, zelfredzaamheid en gezondheidsvaardigheden

Onderbouwing impact

- Mensen met lage gezondheidsvaardigheden rapporteren vaker een matige of slechte gezondheid en hebben vaker last van verschillende ziekten en aandoeningen, zoals astma, diabetes, kanker, hartinfarcten en psychische problemen ([nivel, 2014](#)).
- Mensen met inadequate gezondheidsvaardigheden maken vaker gebruik van huisartsenzorg (94 % vs 89 %) en ziekenhuiszorg (58 % vs 43 %) en gebruiken deze zorg intensiever ([PWC, 2018](#))
- Aannames voor grove impactberekening: Inzet op transformatieopgave 1a leidt tot 10 % minder inwoners met beperkte gezondheidsvaardigheden, 5 % minder zorggebruik in de eerste lijn / sociaal domein en 20 % minder valincidenten.

Impact op zorggebruik ZVW¹

Grove impactinschatting op zorggebruik ZVW (gerealiseerde besparing per zorgsector, exclusief eventuele extra uitgaven in andere zorgsectoren) is - € 4.400 K tot - € 4.800 K MSZ, - € 2.300 K tot - € 2.700 K VVT, - € 1.500 tot - € 1.800 WMO en - € 550 K tot - € 675 K HA / HAP.

Ambitie 2026¹

- Burgers zijn beter in staat zelf antwoorden te vinden op vragen over hun ziekte
- Afbouw van medicatiegebruik
- Ervaren gezondheid stijgt in de regio
- Publieke campagnes leiden tot reductie van onjuist gebruik zorg
- Afname van patiënten met ernstig valincident
- Proactieve zorgplanning wordt ingezet en leidt tot gezondheidswinst
- Proactieve zorgplanning leidt tot passende zorg

Op dit moment worden de onderstaande initiatieven gezien binnen deze transformatieopgave:

Bevorderen gezondheidsvaardigheden, publieke campagnes

Chronisch zieken en/of mantelzorgers zijn beter in staat zelf antwoorden te vinden op vragen en op de mogelijkheden om zelf beter om te leren gaan met hun ziekte. Focus ligt op mensen met laaggeletterdheid en mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden.

Realiseren gedragsverandering zorgverleners en burgers

Inzetten op verandermanagement en realiseren van gedragsverandering ("weerbaarheid") bij zowel zorg- en welzijnsverleners als bij burgers om medicatiegebruik af te bouwen en problematiek zoveel mogelijk zonder zorg op te lossen, bijv. door burgers via "welzijn op recept" te verwijzen naar welzijnscoaches.

Valpreventie

Inzet van goede, werkzame interventies (incl. inzet slimme technologie in huis) om vallen bij ouderen te voorkomen. Deze worden nu nog weinig toegepast in de eerstelijnszorg. In dit project wordt vastgesteld hoe valpreventie zo goed mogelijk kan worden uitgevoerd door eerstelijnszorg en thuiszorg.

Inzet proactieve zorgplanning (advanced care planning)

Proactieve zorgplanning is een continuen dynamisch proces van gesprekken over levensdoelen en keuzes en welke zorg daar nu en in de toekomst bij past. Huisartsen en/of wijkverpleging gaat gesprek aan met burgers over de wensen vanuit de burger tot aan het einde van hun leven. Uitkomsten proactieve zorgplanning zijn inzichtelijk voor alle relevante zorgpartijen.

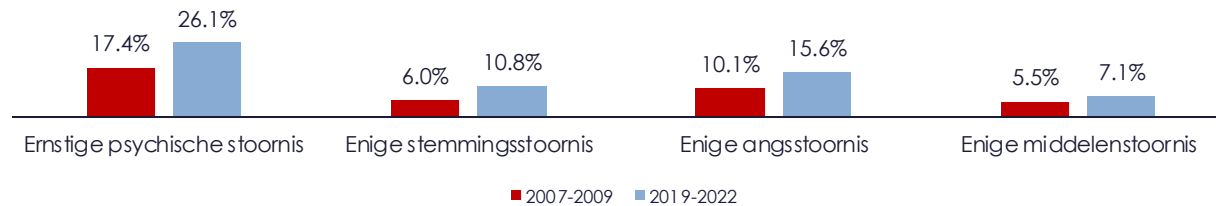
1) Het betreft hier een zeer grove berekening van de impact. In fase uitwerken transformatieplan wordt impact verder geconcretiseerd en worden kwalitatieve doelen verder uitgewerkt.

transformatieopgave 1b/2c¹ – Mentale gezondheid bevorderen

Rationale voor transformatie: samenvatting kernproblematiek

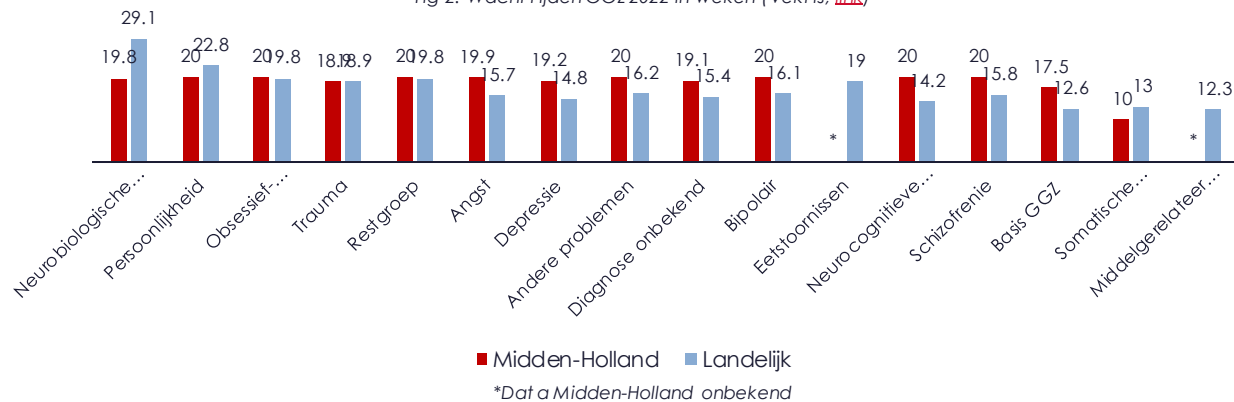
- De vraag naar mentale zorg neemt de afgelopen jaren landelijk fors toe van 17% in 2007-2009 naar ruim een kwart (26%) in 2019-2022.

Fig 1: Trend in de prevalentie van psychische aandoeningen in de afgelopen 12 maanden bij volwassen Nederlanders (18-64 jaar) in de afgelopen 12 jaar (Trimbos, [link](#))



- De wachttijden voor de GGZ zijn lang, tenminste 10 weken met uitschieters naar 20 weken. Wachttijden in Midden-Holland zijn voor veel type diagnoses hoger dan gemiddeld in Nederland

Fig 2: Wachttijden GGZ 2022 in weken (Vektis, [link](#))



Voorbeelden / best practices

Mentaal gezondheidscentrum

GGZ Breburg heeft een mentaal gezondheidscentrum ingericht ([link](#)). GGZ Breburg pakt de wachtlijsten aan met de oprichting van Mentale Gezondheidscentra. Mensen die door hun huisarts vanwege psychische klachten worden doorverwezen, krijgen daar eerst een verkennend gesprek om in te schatten wat voor hen de best passende hulp is. Zo'n **25 procent** van de mensen blijkt op een andere manier dan ggz geholpen te kunnen worden

Preventie

IJslands preventiemodel: een aanpak met als doel om de jeugd gezond te laten opgroeien en drankgebruik terug te dringen. Dit heeft ertoe geleid tot het dankgebruik in IJsland **fors is gedaald**.

transformatieopgave 1b/2c – Mentale gezondheid bevorderen

Onderbouwing impact

- Reductie van het aantal verwijzingen naar de gespecialiseerde GGZ en bevorderen van de uitstroom uit de GGZ. Hiermee vergroten we de toegankelijkheid van de gespecialiseerde GGZ.

Impact op zorggebruik ZVW¹

Doelstelling is om de wachttijden tot GGZ terug te brengen naar de treetnorm. Dit is, gezien de huidige hoge wachttijden en de verwachte toename in zorgvraag een zeer impactvolle ambitie. In de volgende fasen van het transformatieplan wordt deze ambitie verder gekwantificeerd.

Ambitie 2026¹:

- De regionale taskforce Midden-Holland is de spil van een goed functionerende structurele PDCA cyclus (zie bijlage voor de visualisatie-taskforce).
- De toegangstijden tot de GGZ liggen rondom de treetnorm.
- De driehoek huisarts, sociaal domein en GGZ functioneert dusdanig dat elke patiënt die mentale hulp zoekt zo snel mogelijk en zo dichtbij mogelijk de herstel ondersteunende zorg ontvangt die nodig is (zie bijlage voor visualisatie model driehoek MH).
- De regio heeft een goede regionale monitor die data genereert tbv een continu verbeterproces.

Op dit moment worden de onderstaande initiatieven gezien binnen deze transformatieopgave:

Transformatieopgave 1b: Mentale volksgezondheid bevorderen – ‘Normaliseren’ en mentale weerbaarheid

Vanuit populatiegedachte doelstelling om de mentale gezondheid in wijken/dorpen/steden te bevorderen middels preventieprogramma's, wijkanalyses samen met gemeente, GGD en wellicht scholen. GGZ expertise is behulpzaam (adviserend en/of consulterend) om te helpen mentale skills te vergroten en risicofactoren te identificeren op psychische klachten dan wel middelenmisbruik.

Transformatieopgave 2c: Mentale veerkracht – O.a. in mentale gezondheidscentra samenwerking tussen, huisarts, sociaal domein en GGZ

Bij dreigende of lichte ontregeling (laagdrempelige zorg) wordt de huisarts of het sociaal domein ingezet. Partijen van de driehoek sociaal domein, huisarts en ggz versterken de samenwerking op de drie lijnen van de driehoek sociaal team, huisarts en GGZ, in eerste instantie via verkennende gesprekken. Centraal in de driehoek is de overlegtafel, als de plaats waar een oplossing gezocht wordt voor die patiënten waarbij de reguliere verwijzingslijn / het verkennend gesprek niet volstaat.

Transformatieopgave 2c: Mentale ontregeling – gerichte inzet van GGZ

Blijvend inzetten op wat er al gedaan wordt met een focus op de ernst en complexiteit. De GGZ heeft de regie, werkt samen met sociaal domein, ervaringsdeskundigen en overige betrokkenen. Waar mogelijke in nauwe samenwerking met netwerkpartners. Inzet op herstel thuis.

Om te komen tot een samenhangende regionale netwerkpsychiatrie werken alle relevante ggz partijen samen in de regionale taskforce. Als middel om te realiseren dat patiënten op de juiste plek terecht komen en o.a. verkennende gesprekken op het juiste moment worden ingezet worden patiënt journeys uitgewerkt.

1) Het betreft hier een zeer grove berekening van de impact. In fase uitwerken transformatieplan wordt impact verder geconcretiseerd en worden kwalitatieve doelen verder uitgewerkt.

Thema 2: Netwerkzorg dichtbij de burger

transformatieopgave 2a – Lerend netwerk rondom de cliënt/patiënt

Rationale voor transformatie: samenvatting kernproblematiek

- Vraag naar zorg in de wijk- en thuiszorg neemt fors toe door bevolkingsgroei en vergrijzing (zie regiobeeld pagina 4 en 5). In Midden-Holland wordt op diverse ziektebeelden een sterkere groei verwacht dan gemiddeld in NL.
 - In 2020 maakten 8.000 inwoners gebruik van wijkverpleging (CBS, 571.000 uur directe tijd)
 - Ca. 62 % van de inzet van wijkverpleging is directe tijd, ca. 5 % is reistijd (PWC). Hieruit volgt ca. 46.000 uur aan reistijd per jaar.
- Ruim drie kwart van de professionals (77%) vindt de wijkverpleging in hun regio herkenbaar en aanspreekbaar (Nivel, 2022)
- Aantal gebruikers van de wijkverpleging is in Midden-Holland lager dan de rest van NL, oorzaak hiervan nog te onderzoeken (bijv. beperkter aanbod, minder vraag of te veel behandeling intramuraal)
- Er zijn relatief veel aanbieders van wijkverpleging in de regio. Er is een groot aantal kleine organisaties of zelfstandige verpleegkundigen, die (nog) minder bekend zijn in de regio
- De vraag naar chronische zorg neemt steeds meer toe.

Fig 1: Aantal gebruikers van de wijkverpleging (prognose) (Regiobeeld.nl (link))

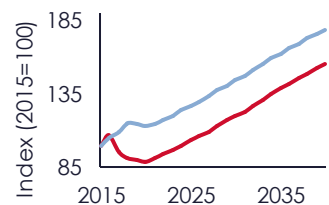
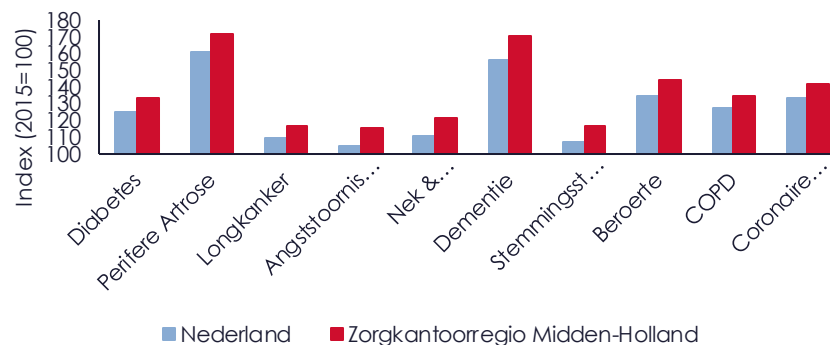


Fig 2: Prevalentie-index ziektebeelden (prognose) (Regiobeeld.nl (link))



Voorbeelden / best practices

Re-ablement

- Denemarken loopt voorop met re-ablement. Ruim 60% is na maximaal drie maanden weer zelfredzaam
- Midden-Brabant is pilot gestart, Project Langer Actief Thuis, 200 cliënten zijn begeleidt: **50% functioneert weer zelfstandig, 25% heeft minder hulp van wijkteams nodig.**

Netwerksamenwerking en samen indiceren

Handreiking netwerksamenwerking en samen indiceren ([link](#))

Meekijkconsult Rode Kruis Ziekenhuis en huisartsen

- Tijdens 'Meekijkconsulten' heeft de huisarts gelegenheid om de expertise van een medisch specialist in te schakelen wanneer er vragen zijn over een klacht en/of twijfel is over doorverwijzen
- Uitkomsten pilot: hogere patiënttevredenheid, voorkomen van onnodig doorverwijzen, deskundigheidsbevordering en meer efficiënte samenwerking tussen huisarts en medisch specialist ([link](#))

Herkenbaar aanspreekpunt wijkverpleging

- Nivel onderzoek: vrijwel alle professionals zien voordelen in samenwerken met andere aanbieders van wijkverpleging. Ervaren voordelen (n=217) - [link](#), o.a.: 70% vaker passende zorg, 63% sneller opstarten van zorg, 50% kwaliteit van zorg verbeterd, 34% minder reistijd, 12% meer werkplezier
- Maar ook worden diverse knelpunten gezien, o.a.: Ontbreken gezamenlijk dossier, meer registratielast, minder keuzevrijheid

transformatieopgave 2a – Lerend netwerk rondom de cliënt/patiënt

Onderbouwing impact

- Samenwerking in de wijkverpleging vergroot de toegankelijkheid (sneller opstarten van zorg) en het zorggebruik (vaker passende zorg) (Nivel, 2022).
- Samenwerking in de wijkverpleging zorgt voor een afname van reistijd en daarmee voor een toename van beschikbaarheid (Nivel, 2022).
- Samen indiceren leidt tot een besparing van 2 uur per casus.
- Aanname voor grove impactberekening: Inzet op transformatieopgave 2a leidt tot 0,5 uur minder coördinatietijd per cliënt (HA), gemiddeld 7,5 % minder reistijd (VVT), 2 uur minder tijd voor indicatiestelling (40 % van de gevallen, VVT/WMO) en 50 % minder zorginzet bij 15 % van de cliënten (VVT/WMO)

Impact op zorggebruik ZVW¹

Grove impactinschatting op zorggebruik ZVW (gerealiseerde besparing per zorgsector, exclusief eventuele extra uitgaven in andere zorgsectoren) is - € 3.200 K tot - € 3.500 K VVT, - € 2.300 K tot - € 2.600 K WMO.

Impact op inzet van personeel¹

Grove impactinschatting op inzet van personeel (gerealiseerde besparing per zorgsector, exclusief eventuele extra uitgaven in ca. - 4.000 uur HA / HAP, - 9.500 uur VVT en - 9.000 uur WMO).

Ambitie 2026^{1, 2, 3}:

- Sneller realiseren van best passende voorzieningen en zorg voor cliënten
- Besparing zorgkosten door minder wachttijd WMO
- Ervaren administratieve last door zorgprofessionals wordt minder
- Reablement wordt uitgerold bij een significant deel van de kwetsbare ouderen
- **50%** van cliënten die deelnemen aan re-ablement programma kan weer zelfstandig thuis functioneren
- Aantal acute zorgverwijzingen daalt (door vroegsignalering in het netwerk)

Op dit moment worden de onderstaande initiatieven gezien binnen deze transformatieopgave:

Herkenbaar aanspreekpunt wijk(verpleging)

Herkenbaar betekent dat het voor cliënten en professionals duidelijk moet zijn waar ze in hun wijk terecht kunnen met (zorg)vragen. Met aanspreekpunt wordt bedoeld dat aanbieders van wijkverpleging samen met andere zorgpartijen, zoals de huisarts, het ziekenhuis en het sociaal domein, verantwoordelijk zijn voor het vinden van passende zorg en ondersteuning voor elke cliënt. Daarnaast focus op regie in de wijk en verpleegkundig leiderschap.

Samenwerken vanuit één behandelplan

Het vormen van een netwerk van huisartsen, praktijkondersteuners, wijkverpleging, casemanagers, apotheken en specialist ouderengeneeskunde om de patiënt heen om in gezamenlijkheid het gesprek te voeren over de best passende zorg voor de patiënt met een centrale (regie)rol voor de wijkverpleegkundige. Een voorbeeld van een interventie die hierbij kan worden uitgevoerd is de wijkverpleging in het ziekenhuis voor een passende indicatie (samen indiceren) van de toekomstige thuiszorg. Meekijkconsulten worden tussen de verschillende domeinen heen ingezet (dus niet alleen tussen ziekenhuis en huisarts).

Samen indiceren in de wijk

Samenwerking tussen ziekenhuis en wijkverpleging of tussen WMO-consulent en wijkverpleegkundige om sneller en beter tot een indicatie of WMO-aanvraag te komen. Gedeelde zorg gaat onderzoeken of Samen Indiceren ingezet kan worden.

Re-ablement

Mensen, die binnen de doelgroep van re-ablement vallen, worden zo onafhankelijk mogelijk gemaakt van de zorg door te werken aan herstel van leven en zelfredzaamheid. Dit wordt gebruikt als ondersteuning in de zorg. Hierdoor verschuift het accent van beperkingen naar mogelijkheden. Het gedachtegoed van 'Positieve gezondheid' waarbij niet de ziekte maar het leven van de burger centraal staat wordt hierbij als 'tool' ingezet.

Initiatieven raken sterk aan inrichting Sociaal Domein. In uitwerking transformatieplannen zal voldoende aandacht zijn voor besluitvormingsprocessen individuele gemeenten

1) Het betreft hier een zeer grove berekening van de impact. In fase uitwerken transformatieplan wordt impact verder geconcretiseerd en worden kwalitatieve doelen verder uitgewerkt.

2) Daarnaast zijn er in 2026 zeer sterke stappen gezet richting samenwerking vanuit één gezamenlijk zorgnetwerk.

3) In de planfase zullen de ambities verder worden geconcretiseerd op diverse doelgroepen, waaronder in ieder geval kwetsbare ouderen en GGZ.

transformatieopgave 2b – Multidisciplinaire aanpak kwetsbare ouderen met chronische (zorg)vraag

Rationale voor transformatie: samenvatting kernproblematiek

- Wachttijden bij de VVT en GGZ zijn lang, waardoor patiënten lang moeten wachten op vervolgzorg (zie pagina regiobeeld [wachttijden](#))
- Huisartsen zijn gemiddeld per patiënt 2-6 uur kwijt met het vinden van een beschikbare plek voor vervolgzorg (ELV, crisisbedden, VVT-plekken)
- Er is hoge verkeerde bed problematiek in het Groene Hart Ziekenhuis en deze is sterk gestegen afgelopen jaren: in 2019 lagen er gem. 6,5 patiënten per dag op een 'verkeerd bed', in 2022 waren dit er 17,1. De oorzaken hiervan zijn nog verder te onderzoeken.

Fig 1: druk op verkeerde bedden per dag in 2019 in het GHZ (Datawarehouse GHZ)

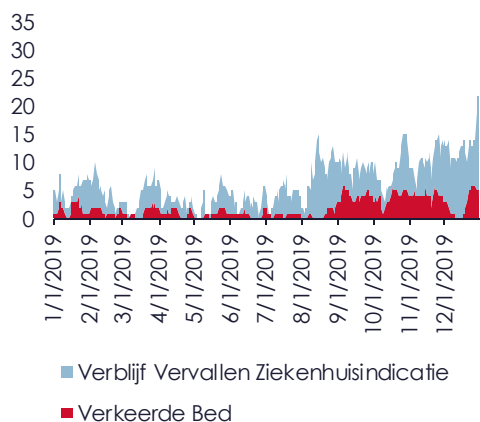
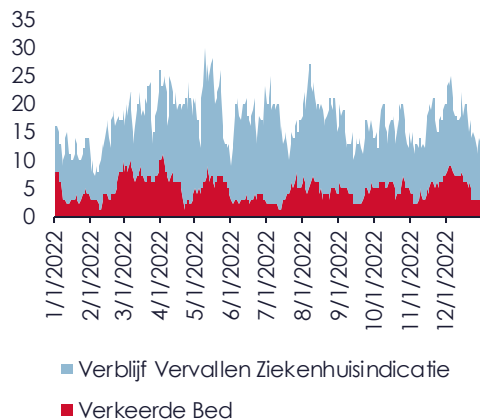


Fig 2; druk op verkeerde bedden per dag in 2022 in het GHZ (Datawarehouse GHZ)



Voor de snelle toets hebben we alleen inzicht gegeven in organisatie-specifieke data ter duiding van de omvang. Dit betreft nadrukkelijk geen volledige weergave van de situatie in de keten. In concretiseringsfase zal de rationale verder verdiept worden.

Onderbouwing impact

- In 2022 is de omvang van de verkeerde bedproblematiek (Verkeerde Bed / Verblijf Vervallen Ziekenhuisindicatie) 6.000 verpleegdagen.
- Aannames voor grove impactberekening: Inzet op transformatieopgave 2b leidt tot 50% minder verkeerde bed dagen / verblijf vervallen ziekenhuisindicatie.

Impact op zorggebruik ZVW:

Grove impactinschatting op zorggebruik ZVW (gerealiseerde besparing per zorgsector, exclusief eventuele extra uitgaven in andere zorgsectoren) is - € 900 K tot -€ 1.200 K MSZ.

Ambitie 2026¹:

- Wachtijd voor burgers voor vervolgzorg verkort
- Verkeerde bed-problematiek daalt in het gehele netwerk
- Patiënten kunnen sneller ontslagen worden na opname

Op dit moment worden de onderstaande initiatieven gezien binnen deze transformatieopgave:

Verbeteren randvoorwaarden voor overdracht patiënt en vereenvoudigen plaatsen patiënten

Vereenvoudigen van het overplaatsing van cliënten/patiënten binnen het zorgnetwerk door het versimpelen van de financieringsproblematiek (complexe financierings- en labellingstructuur), het op elkaar aan laten sluiten van processen van aanbieders, bewustwording van mogelijkheden bij zorgverleners en patiënten en verder vooruitplannen van transfers

Bovendien is het Regionaal Transferpunt een belangrijke randvoorwaarde voor deze transformatieopgave, zie voor deze oplossingsrichting transformatieopgave 3a

Thema 3: Integrale organisatie acute zorg



Integrale organisatie acute zorg kan mogelijk in **één centrum voor acute zorg**:

Komende periode verkennen we hoe de acute zorg het beste georganiseerd kan worden om beschreven doelstellingen in dit thema te realiseren. Het organiseren van acute zorg in één centrum voor acute zorg biedt ruimte voor formele regionale aansturing waardoor mogelijk beoogde veranderingen eenvoudiger en duurzamer doorgevoerd kunnen worden.

transformatieopgave 3a – Inrichten 24/7 coördinatie voor zorgverleners

Rationale voor transformatie: samenvatting kernproblematiek

- Het aantal acute huisartsenconsulten loopt fors op (zie ook transformatieopgave 3c)
- Acute opnames zorgen voor 44% van de opnames per jaar in het Groene Hart Ziekenhuis. Naar verwachting loopt het aantal acute opnames op naar 10.733 acute opnames in 2035, waarmee de verwachting is dat de acute zorg (nog) meer onder druk komt te staan
- Het percentage klinische opname na SEH bezoek was in 2021 39%. Dit is hoger dan gemiddeld in Nederland (32,3%). ~60% gaat naar huis of er moet gezocht worden naar een andere plek. Huisartsen zijn gemiddeld per patiënt 2-6 uur kwijt met het vinden van een beschikbare plek voor vervolgzorg (ELV, crisisbedden, VVT-plekken)
- Er zijn nieuwe landelijke kaders voor regionale zorgcoördinatie voor zorgverleners, deze hebben invloed op de manier waarom zorgcoördinatie in Midden-Holland wordt georganiseerd.

Fig 1: verdeling opnames ziekenhuis (Datawarehouse GHZ, 2021)

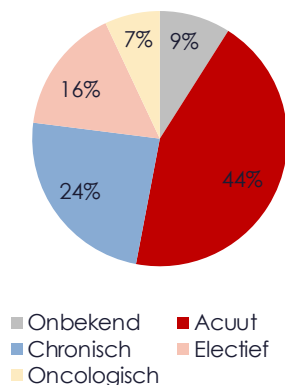
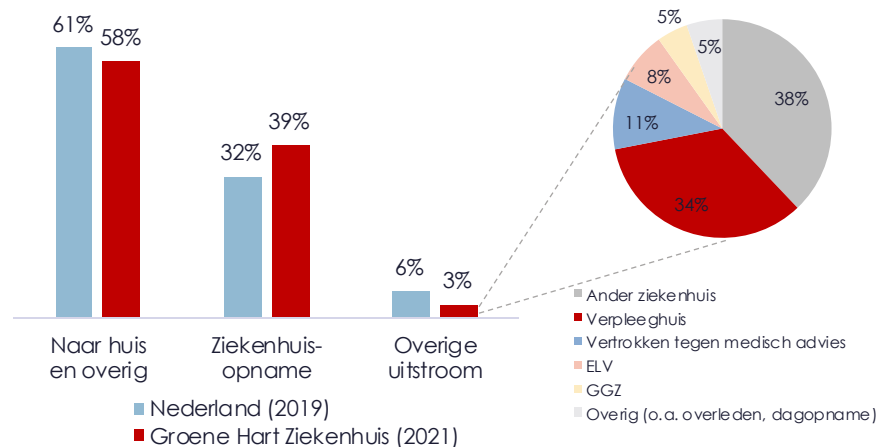


Fig 2: Uitstroom vanaf de SEH (Datawarehouse GGZ, 2021)



Voorbeelden / best practices

Zorgcoördinatie voor zorgverleners

- In de pilot zorgcoördinatiecentrum Midden Nederland ([link](#)) is multidisciplinair getrieerd. Dit bleek in **23 procent** van de gevallen van toegevoegde waarde. Bovendien coördineren zij de tijdelijk verblijfbedden in de regio. Verwijzers ervaren hierdoor **tijd** (onbekend hoeveel) te **besparen**.
- Het AanmeldPortaal. ([link](#)), door het gebruik van aanmeldportaal waren nog maar 4% van de aanmeldingen na 18:00 uur 's avonds.
- Regionaal Transferpunt Salland ([link](#)): waar een huisarts voorheen met één patiënttransfer twee tot vijf uur bezig was is dat met het RTP nu gemiddeld slechts **10 minuten** voor de verwijzer

transformatieopgave 3a – Inrichten 24/7 coördinatie voor zorgverleners

Onderbouwing impact

- Huisartsen zijn gemiddeld 2 tot 6 uur per cliënt kwijt voor het vinden van vervolgzorg. Vereenvoudiging van de overplaatsing leidt tot minder inzet van personeel.
- Aannames voor grove impactberekening: Inzet op transformatieopgave 3a leidt tot gemiddeld 2 uur besparing per casus en tot 50% minder SEH-presentaties bij sociale indicatie.

Impact op zorggebruik ZVW¹

Grove impactinschatting op zorggebruik ZVW (gerealiseerde besparing per zorgsector, exclusief eventuele extra uitgaven in andere zorgsectoren) is - € 100 K tot - € 200 K MSZ.

Impact op inzet van personeel¹

Grove impactinschatting op inzet van personeel (gerealiseerde besparing per zorgsector, exclusief eventuele extra uitgaven) in ca. - 7.000 uur HA / HAP en ca. - 300 uur MSZ.

Ambitie 2026¹:

- De zorgverlener (verwijzer) is per zorgvraag **gemiddeld 10 minuten** kwijt voor het zoeken van een vervolgplek voor deze cliënt/patiënt
- Ontvangende zorgaanbieders zijn per zorgvraag minder tijd kwijt aan een plaatsing van een cliënt/patiënt
- Er worden acute opnames voorkomen
- Er is real-time inzicht in capaciteit van alle vervolgzorg binnen het RTP
- Er zijn minder presentatiestops op de SEH door passende doorstroom

Op dit moment worden de onderstaande initiatieven gezien binnen deze transformatieopgave:

Afstemmen zorgprocessen

Om goed te coördineren in de gehele acute zorgketen is het van belang van elkaar te weten wat zij doen en hoe ze werken om zorgprocessen op elkaar af te kunnen stemmen.

Doorontwikkelen Regionaal TransferPunt (RTP)²

- Het Regionaal TransferPunt Midden-Holland wordt doorontwikkeld en hierin wordt (organisatie overstijgend) door zorgprofessionals bepaald wanneer de patiënt welke zorg nodig heeft en door wie (regie vervolgzorg). Dit geldt voor alle vervolgzorg (zowel ELV- en crisisbedden, als VVT, GGZ, etc.). Hierdoor wordt ingezet op het **voorkomen van opnames** in de SEH. Hiervoor is inzicht in capaciteit benodigd.
- Het RTP biedt eenduidige toegang voor alle zorgverleners van Midden-Holland
- Bovendien kan het RTP de zorgverlener ondersteunen bij het vinden en adviesgeven over passende zorginzet of indicatiestelling (**coördineren en triëren**)
- Met het coördineren wordt meer inzicht gecreëerd bij welke casussen er knelpunten zijn. Daardoor kan er beter (beleidsmatig) gestuurd worden (o.a. beter 'spreiden' van acute zorgvragen om zo de huisarts te ontlasten (een deel wordt overgenomen door acute GGZ, onplanbare wijkverpleging, etc))

1) Het betreft hier een zeer grove berekening van de impact. In fase uitwerken transformatieplan wordt impact verder geconcretiseerd en worden kwalitatieve doelen verder uitgewerkt.

2) Met VGZ zijn al afspraken gemaakt over de implementatie van een Regionaal TransferPunt voor ELV- en crisisbedden (inclusief bijbehorende financiering) voor 2023. Binnen de transformatieopgaven gaan wij aan de slag met een verdere doorontwikkeling van het RTP, waarin naast ELV- en crisisbedden ook de capaciteit bij alle andere zorgaanbieders (o.a. GRZ, (onplanbare) thuiszorg, GGZ en respijtzorg) worden gemaakt.

transformatieopgave 3b – Zorgcoördinatie voor burgers met een centrale rol voor de huisarts

Rationale voor transformatie: samenvatting kernproblematiek

- Uit regionaal retrospectief onderzoek vanuit de pilot zorgcoördinatie Midden-Nederland ([link](#)) blijkt dat 48% van de huidige 112-oproepen geen zorgvraag voor de ambulance betreft, maar thuishoort op een andere plek of met zelfzorgadvies kan worden opgelost
- In 6,59% van de gevallen verwijst een patiënt zichzelf (zelfverwijzer) naar de SEH (GHZ, 2022)
- Er zijn nieuwe landelijke kaders voor regionale zorgcoördinatie voor zorgverleners, deze hebben invloed op de manier waarom zorgcoördinatie in Midden-Holland wordt georganiseerd.
- De druk op de acute (huisartsen)zorg wordt sterk gevoeld in de regio. In 2015 was het aantal huisartsenconsulten in de regio in de ANW uren en op de HAP 28.290. Naar verwachting stijgt dit in 2030 naar 34530 consulten (+ 21 %)
- Bovendien neemt de vraag naar wijkverpleging de komende jaren toe door vergrijzing en korter ziekenhuisverblijf. Echter kunnen aanbieders van wijkverpleging nu al steeds vaker cliënten niet in zorg opnemen (SIRM, wachten op wijkverpleging, 2023, [link](#))
- Maandelijks zijn er 3-5 presentatiestops in de regio op de SEH van het GHZ (Datawarehouse, GHZ). Naar verwachting stijgt dit de komende jaren

Fig 1: Zelfverwijzers op de SEH (GHZ, 2022 en gemiddeld alg+STZ (zorgprisma 2021)

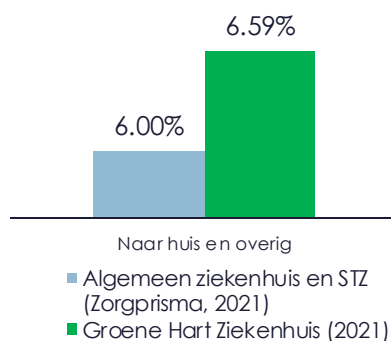


Fig 2: Prognose huisartsenconsulten ANW/HAP (regiobeeld.nl)

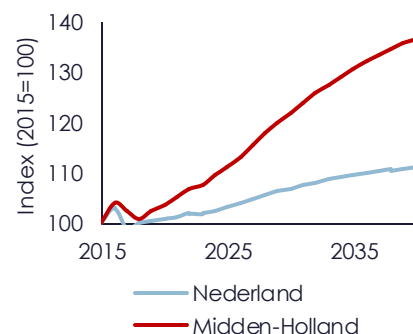
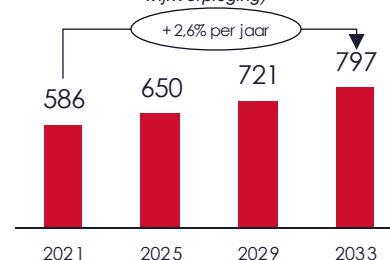


Fig 3: aantal cliënten wijkverpleging (x1.000) (Sirm, wachten op wijkverpleging)



Voorbeelden / best practices

Verbeteren triage / juist gebruik acute huisartsenzorg

- In de pilot Brabant blijkt dat er aanleiding is hoe meer de zelftriage applicatie Moet Ik Naar De Dokter (MINDD) wordt gebruikt, des te lager het percentage patiënten is dat met een laag urgente vraag contact opneemt met de huisartsenpost. Bij de HAP waar de applicatie het meest werd ingezet was de daling **9,9 procent**. Dit leidt tot een geschatte kostenbesparing van bijna **€60K** ([link](#)).
- Uit de pilot Midden-Nederland ([link](#)) blijkt dat multidisciplinaire aanname en triage van telefonie in **25 procent** van de gevallen van toegevoegde waarde is.

Betere samenwerking

- In de pilot Rotterdam Rijnmond blijkt dat samenwerking van zorgprofessionals in **78 procent** ([link](#)) van de casussen leidt tot beter passende of snellere zorginzet
- In pilot Flevoland (Almere) blijkt dat door inzet van een wijkverpleegkundige zorgcoördinatie **per maand 30 keer** de inzet van een ketenpartner (SEH, HAP, ambulance of ziekenhuisopname) voorkomen kan worden. Bovendien zijn deze verpleegkundigen erg **positief over hun werk**.

transformatieopgave 3b – Zorgcoördinatie voor burgers met een centrale rol voor de huisarts

Onderbouwing impact

- De inzet van digitale zelftriage leidt tot ~10% minder contacten met de HAP en heeft de potentie om onnodig gebruik van huisartsenzorg te verminderen (moetknaardedokter.nl)
- Aanname voor grove impactberekening: Inzet op transformatieopgave 3b leidt tot 10% minder acute zorgvragen en 10% tot 20% minder ambulanceritten.

Impact op zorggebruik in ZVW ¹

Grove impactinschatting op zorggebruik ZVW (gerealiseerde besparing per zorgsector, exclusief eventuele extra uitgaven in andere zorgsectoren) is -€ 1.200 K tot -€ 1.500 K MSZ, -€ 400 K tot -€ 500 K HA/HAP en -€ 1.400 K tot -€ 1.700 K Ambulance.

*Specifiek voor gezamenlijk gebruik van faciliteiten HAP en SEH geldt dat mogelijke **impact op gebruik van zorgvastgoed** in planfase verder wordt onderzocht.*

Ambitie impact 2026¹:

- Digitale zelftriage vangt ~10% van fysieke acute zorgvragen af (in zowel 1^e als 2^e lijn)
- Er vindt geen onnodige triage plaats op verschillende plekken in het netwerk
- Burgers weten wat zij kunnen verwachten van de acute zorg, ook in tijden van schaarste
- Altijd de juiste zorg op de juiste plek
- (Ervaren) druk op acute huisartsen is verminderd, door o.a. inzet van acute onplanbare wijkverpleging en apotheken
- Er zijn minder onnodige verplaatsingen van patiënten

Op dit moment worden de onderstaande initiatieven gezien binnen deze transformatieopgave:

Voorkomen onjuist gebruik acute zorg door publiekscampagnes en (digitale) triage

Door publiekscampagnes wordt onjuist gebruik van de acute zorg voorkomen. Door digitale zelftriage kunnen telefonische triage en huisartsconsulten voorkomen worden en ontvangen patiënten in veel gevallen een zelfzorgadvies. De digitale triage kan worden overgenomen in het systeem waardoor dit tijd bespaard bij de telefonische triage.

Zorgcoördinatie voor burgers

Inrichten organisatie-overstijgende zorgcoördinatie voor burgers cf. de landelijke kaders (o.a. eenduidige urgentiebepaling, passende zorginzet en coördinerende zorginzet) voor zorgaanbieders in de gehele keten.

Beschikbaar stellen van diverse consultatiefuncties (SOG, medisch specialist, GGZ) en de adviesfunctie transferverpleegkundigen voor vervolgzorg. Hierdoor wordt er betere (multidisciplinaire) triage uitgevoerd en komt zorg op de juiste plek terecht.

Gezamenlijk gebruik van faciliteiten van de HAP en SEH

- Gebruik van één loket/balie voor de acute zorg waar gezamenlijke triage plaatsvindt (spoedplein) om zo gezamenlijk te zorgen dat de patiënt gelijk op de juiste plaats is.
- Beschikbaar stellen mogelijkheden eerstelijnsdiagnostiek voor de HAP, waardoor instroom richting SEH wordt voorkomen

1) Het betreft hier een zeer grove berekening van de impact. In fase uitwerken transformatieplan wordt impact verder geconcretiseerd en worden kwalitatieve doelen verder uitgewerkt.

transformatieopgave 3c – Multidisciplinaire aanpak kwetsbare ouderen

Rationale voor transformatie: samenvatting kernproblematiek

- Kwetsbare ouderen zijn verantwoordelijk voor een groot deel van de acute zorgvraag. Zorg wordt complexer naar mate de leeftijd vordert: hoe ouder iemand wordt hoe vaker iemand 3 of meer chronische aandoeningen heeft. Landelijk zijn op de SEH de 65+ -ers verantwoordelijk voor 57% van de SEH bezoeken. In het Groene Hart Ziekenhuis komt dit neer op ~17.300 bezoeken door ouderen
- Landelijk gezien vindt bij een relatief groot deel van de kwetsbare ouderen een heropname plaats (inschatting lopen uiteen van 15 % tot 25 %)
- Er is hoge verkeerde bed problematiek in het Groene Hart Ziekenhuis: in 2022 lagen er gem. 17,1 patiënten per dag op een 'verkeerd bed', waarbij 83% van de patiënten ouder was dan 65 jaar
- Vektis heeft het aantal kwetsbare thuiswonende ouderen in beeld gebracht. Dit ligt met 16% tot 18% rond het landelijke gemiddelde van 17%. Kwetsbare thuiswonende ouderen gaan 5 keer zo vaak naar de huisarts dan niet-kwetsbare leeftijdgenoten en zorgkosten liggen bijna 5 keer hoger

Fig 1: Aantal SEH-bezoeken naar leeftijd per 1000 personen (2021, VeiligheidNL)

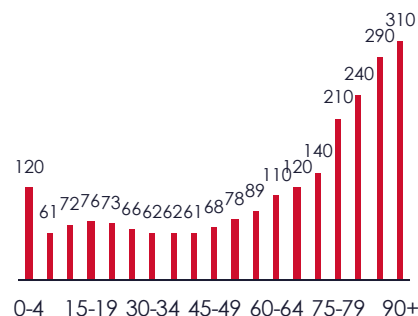


Fig 2: Percentage personen met 3 of meer chronische aandoeningen over leeftijd (Vektis)

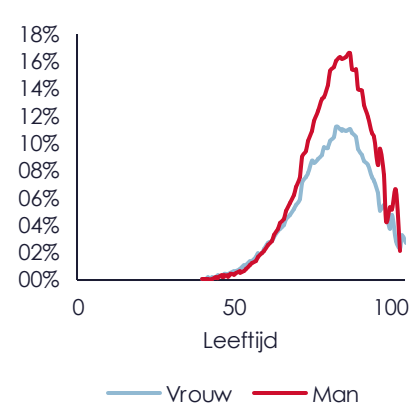
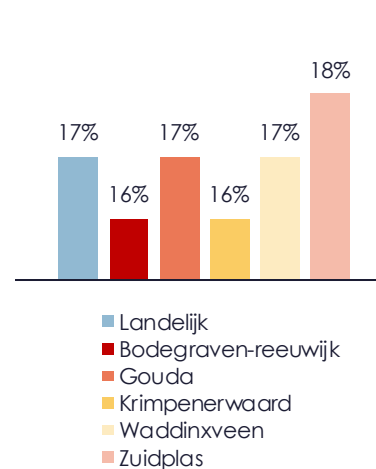


Fig 3: Kwetsbare ouderen per gemeente (Vektis, 2020)



Voorbeelden / best practices

Acuut zorgpad kwetsbare ouderen

De NKGV heeft de Leidraad Zorgpad Kwetsbare Ouderen ontwikkeld ([link](#)) welke handvatten geeft om het zorgproces voor ouderen te verbeteren of optimaliseren. De pilot ZCC Rotterdam Rijnmond ([link](#)) heeft 8 zorgpaden ontwikkeld waarbij zorg verschoven werd van de HAP naar de VVT. Van de **145 verwijzingen** tijdens de pilot via deze zorgpaden was na inzet van de VVT:

- In 102 gevallen geen vervolgzorg nodig
- In 22 gevallen nog vervolgzorg door HAP of SEH
- In 20 gevallen onbekend of vervolgzorg nodig was

Dit laat zien dat inzet van zorgpaden kan werken om de druk op de HAP of SEH te verlagen.

transformatieopgave 3c – Multidisciplinaire aanpak kwetsbare ouderen

Onderbouwing impact

- Aanname voor grove impactberekening: Inzet op transformatieopgave 3c leidt tot 5 % minder SEH-opnames én 5 % minder bezoeken ANW / HAP voor patiënten van 65 jaar en ouder.

Impact op zorggebruik ZVW¹

Grove impactinschatting op zorggebruik ZVW (gerealiseerde besparing per zorgsector, exclusief eventuele extra uitgaven in andere zorgsectoren is -€ 1.000 K tot -€ 1.200 K MSZ en -€ 100 K tot -€ 150 K HA / HAP.

Op dit moment worden de onderstaande initiatieven gezien binnen deze transformatieopgave:

Inrichten overbruggingszorg

Inrichten eventuele overbruggingsthuiszorg of kortdurende opname eerste lijn wanneer niet direct reguliere thuiszorg beschikbaar is, dit om doorstroom te verbeteren. Eventueel ook indien er al een WLZ indicatie is.

Voorkomen (her)opnames en verkorten ligduur

(Her)opnames worden voorkomen door de specialist ouderengeneeskunde, geriatrisch verpleegkundigen, transferverpleegkundige, apothekers en wijkverpleegkundige nauw te betrekken bij de zorg en eventueel opname van een kwetsbare oudere. Zij bereiden de patiënt voor op vervolgzorg, brengen de benodigde vervolgzorg in kaart en organiseren deze, zodat de patiënt eerder met ontslag kan en de kans op heropname wordt verkleind.

Ambitie 2026¹:

- Ligduur in het ziekenhuis van kwetsbare ouderen bij opname verkort door o.a. directe organisatie van vervolgzorg en inzet overbruggingszorg
- De verkeerde bedproblematiek in de regio daalt
- Er zijn minder heropnames voor kwetsbare ouderen en onnodige opnames worden voorkomen

1) Het betreft hier een zeer grove berekening van de impact. In fase uitwerken transformatieplan wordt impact verder geconcretiseerd en worden kwalitatieve doelen verder uitgewerkt.

Thema 4: Fundament



Realisatie van de 4 opgaven in het fundament is cruciaal voor realisatie van elk van de transformatieopgaven uit thema's 1 t/m 3.

transformatieopgave 4a – Gegevensuitwisseling vanuit één zorgnetwerkomgeving

Voorbeelden / best practices

Met Spoed Beschikbaar: implementatieprogramma voor uitwisseling van gegevens rond de acute zorg tussen huisartsen, SEH, ambulance en meldkamer. Het programma loopt tot medio 2023.

VIPP-farmacie: implementatieprogramma voor uitwisseling medicatieberichten tussen zorgverleners onderling en tussen zorgverleners en patiënten.

Daarnaast zijn er nog andere landelijke programma's zoals VIPP-5, Medicatieoverdracht, en InZicht (e-overdracht).

Ambitie 2026¹:

Er wordt bij 3 use-cases gewerkt met één zorgnetwerkomgeving:

- Er zijn heldere afspraken binnen een sterk samenwerkingsverband over het gebruik van systemen en apps
- Data is los van de applicatiefunctie beschikbaar
- Er wordt gewerkt met open standaarden
- Er is eenduidige, tijdige, veilige en betrouwbare gegevensuitwisseling tussen zorgverleners in de regio
- Een regionale doelarchitectuur is ontwikkeld en er is een samenwerkingsomgeving in gebruik,
- Richtlijn gegevensuitwisseling acute zorg is geïmplementeerd.

Op dit moment worden de onderstaande initiatieven gezien binnen deze transformatieopgave. Deze volgen onder andere uit het visie- en strategietraject dat is uitgevoerd o.l.v. D&A Medical Groep in het voorjaar 2023. Hierin is ook de huidige situatie en de behoeften op het gebied van gegevensuitwisseling opgehaald:

Regionale afspraken implementeren

Er worden op korte termijn regionale afspraken gemaakt over het gebruik van systemen en apps zoals verwijsplatform en apps voor laagdrempelige communicatie. Dit om te zorgen dat de complexiteit van het applicatielandschap niet verder toeneemt.

Opstellen en realiseren actieplannen en ontwikkelen duurzame doelarchitectuur

Gedeelde Zorg ondersteunt de aangesloten zorgorganisaties met het maken van een eigen actieplan voor gegevensuitwisseling dat aansluit op de regionale koers. Hier wordt toegewerkt naar een duurzame doelarchitectuur waarin wordt gewerkt met open standaarden en vanuit één zorgnetwerkomgeving.

Aanpak:

- **Nu:** De eerste doelgroep voor een zorgnetwerk is gekozen: kwetsbaren ouderen, met de focus op use-case medicatieoverdracht. Deze use-case wordt op wijkniveau uitgewerkt.
- **2024:** start uitrol use-case kwetsbare ouderen in Bodegraven en Oudewater, met organisaties Vierstroom Zorgthuis, Mediis en Zorgpartners. Deze organisaties werken met open standaarden en worden aangesloten op een nader te bepalen zorgnetwerkomgeving.
- **2025 / 2026:** Start uitrol use-case kwetsbare ouderen in Gouwerwelle met meer zorgaanbieders / andere leveranciers. Hiermee voorkomen we onnodige zorg en besparen wij tijd van zorgprofessionals doordat de situatie van de patiënt / cliënt altijd inzichtelijk is en er doordat gegevens niet meer overgenomen hoeven te worden.

Voortzetten implementatie richtlijn gegevensuitwisseling acute zorg

Het landelijke programma 'Met spoed beschikbaar' loopt al vanuit o.a. het Groene Hart ziekenhuis met diverse berichten. Gedeelde Zorg voert regie op het implementeren van de richtlijn gegevensuitwisselingen in de acute zorgketen. Daarbij is er aandacht voor gegevensuitwisseling bij zorgcoördinatie.

Implementeren quick wins en aansluiten van generieke functies

- Beschikbaar maken van overzicht van medicatieverstrekkingen, allergieën en contra-indicaties middels aansluiting op LSP voor die organisaties die dat nog niet gerealiseerd hebben.
- Zorgmailberichten vanuit GHZ naar GGZ Rivierduinen.
- Deelname aan landelijk programma FAEXIT om de fax uit te faseren voor leden die de Fax nog in gebruik hebben.
- Volgen landelijke ontwikkelingen generieke functies en hierop passend aansluiten.

Kenniscentrum voor gegevensuitwisseling

Het programmateam Gegevensuitwisseling van Gedeelde Zorg fungeert als kenniscentrum voor gegevensuitwisseling. Dit kenniscentrum voert regie op de ontwikkeling van gegevensuitwisseling in de regio en biedt ondersteuning aan de individuele zorginstellingen.

1) Deze kwantitatieve doelstellingen worden nog verder (kwantitatief) geconcretiseerd in de planfase

transformatieopgave 4b – Regionaal inzicht in capaciteit, processen en integrale sturing hierop

Rationale voor transformatie: samenvatting kernproblematiek

- Inzicht in regionale capaciteit is nodig om patiënten naadloos door de keten te laten gaan en de kosten (tijd, geld en ervaren gezondheid) van wachten en coördinatie sterk naar beneden te brengen.
- Inzicht in werkprocessen (bij overdracht) is nodig om patiënten effectief en efficiënt over te kunnen dragen van de ene naar de andere organisatie.

Ambitie 2026¹:

- Het zorglandschap Midden-Holland is overzichtelijk in kaart gebracht voor alle zorgpartijen.
- Zorgpartijen hebben inzicht in de capaciteit van andere zorgaanbieders (toegangstijden, wachtlijsten, beschikbare ambulante capaciteit, beschikbare klinische capaciteit). Hierdoor is het ook mogelijk om zorgaanbod te spreiden tussen zorgaanbieders op basis van beschikbare capaciteit.
- Werkprocessen bij overdracht van patiënten zijn inzichtelijk voor zorgpartijen én zijn op elkaar afgestemd.
- De mogelijkheden voor meer strategische capaciteitsplanning / regionaal capaciteitsmanagement zijn onderzocht en mogelijk gestart

Voorbeelden / best practices

Landelijk Platform Zorgcoördinatie (LPZ)

Binnen het LPZ is de beschikbare capaciteit van ziekenhuizen real-time inzichtelijk voor andere LPZ gebruikers. Het gaat hierbij om inzicht in capaciteitsgegevens en patiënten-aantallen COVID-zorg, Beschikbaarheid en drukte op de SEH en Beschikbare klinische capaciteit van de acute zorg (inclusief geboortezorg).

ZorgbedMB

App die zorgverleners ontlast bij het snel regelen van het gewenste eerstlijnsbed. De app helpt voor het bepalen welke organisatievorm het beste aansluit bij de zorgvraag. Tevens kan de huisarts via de app een specialist ouderengeneeskunde of geriater in het ziekenhuis consulteren. De app geeft een actueel overzicht van de beschikbare bedden (hoog- en laagcomplex). Alle organisaties die verblijfbedden bieden zijn aangesloten. [Link](#)

Op dit moment worden de onderstaande initiatieven gezien binnen deze transformatieopgave. Deze worden eventueel nog verder aangevuld in volgende fasen:

Inzichtelijk maken en afstemmen werkprocessen bij overdracht

Wij gaan de transmurale werkprocessen bij overdracht inzichtelijk maken en deze op elkaar afstemmen. Via o.a. gezamenlijke werksessies en door met elkaar mee te kijken creëren we begrip voor de processen, stroomlijnen we informatie-uitwisseling en realiseren we efficiënte overdracht.

Inrichten oplossing voor inzicht in capaciteitsgegevens

Waar mogelijk sluiten we aan bij landelijke ontwikkelingen (waaronder het LPZ). Aangezien het LPZ niet alle capaciteit inzichtelijk maakt (omdat het zich met name richt op de acute capaciteit) zullen we in de regio een bredere oplossing inrichten, waarbij capaciteit voor zowel acute- als niet acute zorg inzichtelijk is, evenals (op termijn) capaciteit binnen het gemeentelijke en sociale domein.

1) Deze kwantitatieve doelstellingen worden nog verder (kwantitatief) geconcretiseerd in de planfase

transformatieopgave 4c – Digitale toepassingen en innovaties zoals het realiseren zorg op afstand

Rationale voor transformatie: samenvatting kernproblematiek

- Digitalisering en innovatie wordt op individuele schaal bij zorgaanbieders gebruikt, maar nog niet regionaal en domeinoverstijgend ingezet.
- Opschaling van digitale toepassingen en innovaties is nodig als oplossing voor toenemende zorgvraag en oplopende arbeidsmarktcrisps.

Voorbeelden / best practices

Thuismonitoring/Zorg op afstand

In het hulp-op-afstand programma voor COPD-patiënten van het CWZ wordt samengewerkt met de thuiszorg van Zorggroep Zuid Gelderland ([link](#))

Regionale trajecten

In het Experience Lab ervaren studenten en zorgmedewerkers nieuwe zorgtechnologieën en zorgen zij voor implementatie van deze technologieën ([link](#))

Ambitie 2026¹:

- Transmurale digitale zorgpaden zijn ontwikkeld en geïmplementeerd
- Een groter gedeelte van de zorg vindt digitaal, en daardoor dichterbij de patiënt/cliënt, plaats
- Lokale succesvolle voorbeelden van digitalisering en innovatie zijn opgeschaald en geborgd.
- Inzet van digitalisering en innovatie heeft geleid tot een besparing op de inzet van zorgprofessionals.

Op dit moment worden de onderstaande initiatieven gezien binnen deze transformatieopgave:

Opschalen domeinoverstijgende zorg op afstand

Domeinoverstijgende zorg op afstand zorgt ervoor dat patiënten in hun eigen omgeving zorg ontvangen en zorgen voor een afname van de behoefte aan zorg. Voorbeelden waar domeinoverstijgende zorg op afstand ingezet kan worden zijn COPD, Hartfalen en Diabetes.

We vervullen een coördinerende rol in het faciliteren, verbinden en opschalen van instelling-specifieke initiatieven en heeft een belangrijke rol in het realiseren van domeinoverstijgende zorg op afstand in de regio.

Opschalen en borgen domeinoverstijgende innovaties

We vervullen een coördinerende rol in het faciliteren, verbinden en opschalen van succesvolle instelling-specifieke innovaties. Hierbij leggen we niet alleen de verbinding tussen instellingen, maar nemen zij ook een actieve rollen in het verspreiden van succesvolle innovaties uit o.a. het Experience Lab van Campus Gouda, Nederland en Buitenland.

We zetten in op bovenstaande opgaven door aan te sluiten op regionale trajecten zoals het Experience lab van Campus Gouda. Dit Experience Lab is een goed voorbeeld van een regionaal traject waar zorgtechnologie mee wordt bevorderd. Hierbinnen wordt samengewerkt met overheid, gemeenten, onderwijs, zorgaanbieders en ondernemers.

Voor domeinoverstijgende zorg op afstand wordt actief de verbinding gezocht met het Virtueel Centrum dat GHZ, Alrijne en LUMC willen opzetten.

1) Deze kwantitatieve doelstellingen worden nog verder (kwantitatief) geconcretiseerd in de planfase

transformatieopgave 4d – Regionale aanpak op personeelstekort

Rationale voor transformatie: samenvatting kernproblematiek

- De tekorten in de arbeidsmarkt in de regio zijn hoog (zie regiobeeld pagina [arbeidsmarkt](#))
 - 25% van de mensen die uitstroomt verlaat het domein Zorg en Welzijn ([PFZW, 2022](#))
 - Uitstroom in de ZW-connect regio is 37.000 medewerkers per jaar (Q4 2021 – Q3 2022, CBS)
 - Dit betekent dat gemiddeld 9.000 medewerkers per jaar de sector Zorg en Welzijn verlaten.

Voorbeelden / best practices

- In het project RITZ in Brabant werken verschillende zorgaanbieders samen met een digitaal platform om gaten in roosters te vullen. ([link](#)) Het project is **positief geëvalueerd** en wordt door VWS gezien als goed voorbeeld van regionaal werkgeverschap. Het wordt echter niet veel ingezet.
- In Zuid Oost Brabant wordt een regionale ZZP-pool opgezet om vraag en aanbod naar ZZP'ers beter bij elkaar te brengen. Fair Brabant is een coöperatie van samenwerkende zorginstellingen met een centraal, fysiek servicebureau. Inmiddels hebben 20 zorgaanbieders zich al aangemeld. 1 mei 2023 gaat Fair Brabant live.

Ambitie 2026¹:

- De uitstroom uit het Zorg en Welzijn domein neemt met 10 % af.
- Sollicitanten die worden afgewezen, worden bemiddeld binnen de regio.
- Medewerkers worden meer gezamenlijk opgeleid en ingezet

Op dit moment worden de onderstaande initiatieven gezien binnen deze transformatieopgave:

Aansluiten arbeidsmarktbeleid op behoeften en wensen zorgmedewerkers

De specifieke behoeften en wensen van zorgmedewerkers worden in kaart gebracht en er worden initiatieven ingezet om beter op deze behoeften in te spelen.

Loopbaanmogelijkheden ontwikkelen

Er worden gezamenlijke, domeinoverstijgende loopbaanmogelijkheden ontwikkeld en geïmplementeerd.

Uitwerken samenwerking op personeel

De mogelijkheden voor samenwerking rondom personeel (o.a. een regionale ZZP-pool, gezamenlijk opleiden, gezamenlijk personeelsbeleid en in meerdere organisaties inzetten van personeel) worden verkend, ontwikkeld en gerealiseerd. Hierbij wordt ook ingezet op (regionaal) bovenformatief opleiden (bijv. VS en PA).

ZW-connect is samenwerkingspartner in deze transformatieopgave. Gedeelde Zorg vervult een coördinerende en aanjagende rol, gericht op het inventariseren van behoeften en het uitwerken en implementeren van de initiatieven en werkt hierbij intensief samen met ZW-connect.

Campus Gouda is dé plek voor een Leven Lang Ontwikkelen (LLO) in regio Midden-Holland en kan een belangrijke bijdrage leveren aan het binden en behouden van personeel voor de sector.

1) Deze kwantitatieve doelstellingen worden nog verder (kwantitatief) geconcretiseerd in de planfase