Managementsamenvatting RIGA transformatieplan







Versie 3.0
Datum: 17-07-2025

Inhoudsopgave

Inhoudsopgave 1
Leeswijzer 2
Over RIGA 3
Transformatieplan 3
Governance RIGA 5
Datagedreven werken 6
Programma: Inwoners in een kwetsbare situatie 7
Interventie: Mentaal Gezondheidswerk 7
Interventie: Domeinoverstijgend en doorbrekend werken 7
Interventie: Versterking brede eerste lijn 8
Programma Ouderen 9
Interventie: Multidisciplinair Team Ouderen (MTO) 9
Interventie: Gezond en Wel Thuis 10
Interventie: Palliatieve zorg 10
Interventie: Toekomstgerichte samenwerking dementie 11
Interventie: Arbeidsbesparende innovaties 11
Programma Gezond Leven 11
Interventie: Regionale Preventie Infrastructuur 12
Interventie: Regionaal Netwerk Leefstijl Expertise 13
Programma: Digitale Transformatie 13
Interventie: Regionaal Zorg Communicatie Platform 14
Interventie: Thuismonitoring 14
Interventie: Geboortezorgketen 14
Programma: Acute Zorg 15

Leeswijzer

Deze managementsamenvatting geeft een beknopte weergave van het RIGA transformatieplan en kan gebruikt worden als oplegger voor het gehele plan. Hieronder is uiteengezet wat de visie van het RIGA is, hoe RIGA georganiseerd is en wordt per programmalijn samengevat wat het doel is en welke interventies beoogd zijn per lijn. Een specificatie van de specifieke doelen, KPI's en kosten zijn terug te vinden in het uitgebreide transformatieplan.

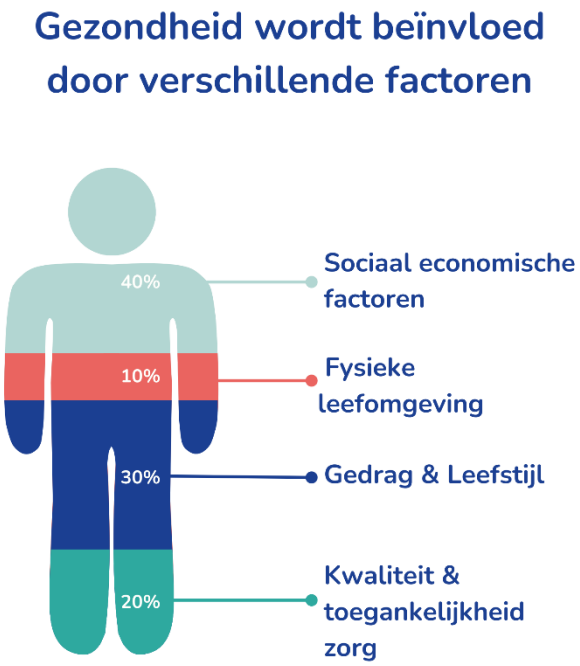
Over RIGA

Gezondheid is van onschatbare waarde voor een goed leven. Duizenden professionals staan dagelijks klaar om mensen van goede zorg te voorzien. Toch staat de gezondheid en goede zorg onder druk. De personeelstekorten lopen op terwijl steeds meer mensen zorg nodig hebben. Daarnaast is een goede gezondheid niet alleen afhankelijk van goede zorg, maar van veel meer factoren. Bijvoorbeeld de omgeving waarin je leeft, de informatie die je tot je krijgt en de financiële situatie waar je in zit. Om de zorg en ondersteuning ook in de toekomst beschikbaar en van goede kwaliteit te houden, zullen we daarom op een andere manier moeten gaan nadenken over gezondheid en zorg.

Het Regionaal Integraal Gezondheidsakkoord (RIGA) zet zich in voor een gezonde regio waarin de inwoners en professionals intensief samenwerken en waarin samen en zelfredzaamheid wordt gestimuleerd. Want alle vormen van zorg en ondersteuning hangen met elkaar samen: als iemand bestaanszekerheid wegvalt, dan stapelen de zorgproblemen zich achter de voordeur op. Is er geen plek in het verpleeghuis, dan raken mantelzorgers automatisch overbelast. Samenwerking en anders denken is nodig om inwoners een prettig leven te kunnen laten leiden.

Op maandag 20 februari 2023 hebben partijen uit de regio het RIGA ondertekend. Vertegenwoordigers van ziekenhuizen, huisartsen, VVT-aanbieders, GGZ-organisaties, organisaties uit de gehandicaptenzorg, welzijnsorganisaties en RIBW, patiëntenorganisatie, gemeenten, DSW Zorgverzekeraar en Zorgkantoor DSW zetten hun handtekening onder de ambitie. Alle partijen spreken hiermee het vertrouwen in elkaar uit, stappen over hun eigen belang heen en gaan samen voor en met inwoners aan de slag. Dit akkoord vormt de basis voor samenwerking in de regio rondom preventie, gezondheid, zorg en ondersteuning.

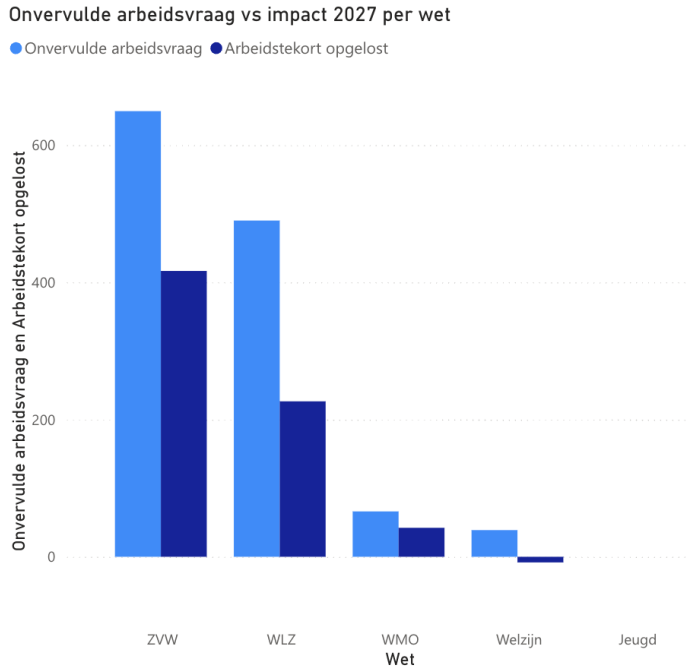
RIGA is geen verzameling van projecten, het is een andere manier van denken die we willen uitrollen om zo de gezondste regio van Nederland te worden.



Transformatieplan

Om de eerste stappen te kunnen ondernemen om bovenstaande visie te vertalen naar de praktijk, wordt er een aanvraag gedaan voor IZA middelen bij VWS. Deze middelen kunnen de komende drie jaar ingezet worden om de transformatie in de WSD regio te versnellen. Deze middelen zijn specifiek bedoeld om op korte termijn zorgkosten terug te dringen en de zorg daarmee toekomstbestendig in te richten. De doelstelling van het RIGA is duidelijk breder dan dat, maar daarvoor zullen de komende jaren ook andere middelen moeten worden aangewend. Voor het transformatieplan zal een budget

van 47,2 miljoen euro worden aangevraagd voor onze regio. Het transformatieplan kan gezien worden als onderbouwing voor deze middelen, waaraan verschillende interventies gekoppeld zijn en die vervolgens zijn uitgewerkt in KPI's. Daaraan zijn kosten verbonden. Na goedkeuring van het transformatieplan (dit moet gebeuren door de eerste en tweede verzekeraar, in dit geval DSW en Zilveren Kruis) zal per behaalde KPI uitbetaald worden.



IZA transformatiemiddelen: €48.339.996 waarvan SPUK transformatiemiddelen: €12.070.361

Post	2024	2025	2026	2027	Totaal
Personele kosten - projectmatig RIGA	€ 1.694.398	€ 4.705.752	€ 6.378.406	€ 6.458.066	**€ 19.236.623**
Personele kosten - vanuit organisaties tbv implementatie		€ 4.850.631	€ 7.642.834	€ 6.732.742	**€ 19.226.207**
ICT & Software (personeel en implementatie)		€ 657.106	€ 2.159.328	€ 1.028.089	**€ 3.844.522**
Overig (incl. communicatie en training)	€ 16.944	€ 1.930.991	€ 2.091.074	€ 1.993.635	**€ 6.032.644**
Uitgesplitst naar sector	**2024**	**2025**	**2026**	**2027**	**Totaal**
Algemeen (RIGA)	€ 1.711.342	€ 5.860.499	€ 7.947.986	€ 7.988.032	**€ 23.507.860**
VVT & Thuiszorg		€ 1.116.996	€ 2.241.459	€ 1.694.115	**€ 5.052.570**
Welzijn & WMO		€ 2.939.605	€ 4.636.649	€ 4.494.107	**€ 12.070.361**
DWO		€ 1.622.199	€ 2.517.599	€ 2.440.268	**€ 6.580.066**
Lansingerland		€ 324.454	€ 503.839	€ 490.212	**€ 1.318.505**
MVS		€ 992.952	€ 1.615.210	€ 1.563.627	**€ 4.171.789**
ZVW Brede eerste lijn		€ 474.541	€ 587.502	€ 308.570	**€ 1.370.612**
ZVW GGZ		€ 57.535	€ 61.116	€ 65.260	**€ 183.911**
ZVW Huisartsen en gezondheidscentra		€ 895.583	€ 947.591	€ 967.210	**€ 2.810.384**
ZVW Ziekenhuizen		€ 799.720	€ 1.849.339	€ 695.237	**€ 3.344.297**
Totaal	**€ 1.711.342**	**€ 12.144.480**	**€ 18.271.642**	**€ 16.212.531**	**€ 48.339.996**

Voor het transformatieplan zijn per interventie zo goed mogelijke impact inschattingen gemaakt, waar beschikbaar op basis van onderzoek, vaak op basis van expert opinion. We zien dat we met het pakket aan interventies grote impact kunnen maken op het arbeidsmarkt tekort (in de figuur hierboven is de groei in FTE die we denken te kunnen voorkomen weergegeven in de donkerblauwe kolommen). Met name in de Zorgverzekeringswet en in de Wet Langdurige Zorg, maar zonder een waterbedeffect te creëren naar andere wetten. Wel zien we hierbij een verschuiving tussen WMO en Welzijn: we voorkomen groei binnen de WMO maar zien een toename van benodigd aantal FTE in welzijn.

Inmiddels is er groen licht gegeven op de snelle toets door Zilveren Kruis en DSW. Half juni wordt het

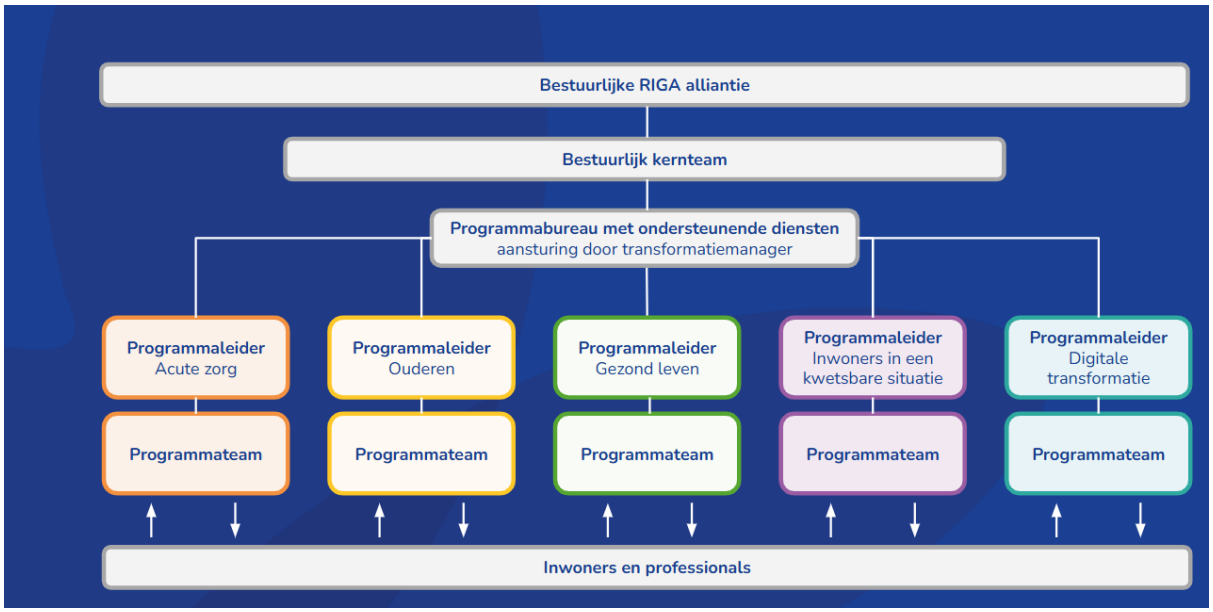
transformatieplan ingediend.

Governance RIGA

De kracht in de samenwerking binnen RIGA is dat alle betrokken partijen zich voor de lange termijn (minimaal 10 jaar) hebben gecommitteerd aan het RIGA. Er is een bestuurlijk kernteam dat de brede alliantie vertegenwoordigt en fungeert als opdrachtgever van het programmabureau en die het mandaat heeft om namens de achterban besluiten te nemen. Het bestuurlijk kernteam staat in direct contact met de transformatiemanager die sturing geeft aan het programmabureau en de dagelijkse leiding over de transformatie verzorgt. Daarnaast zijn voor elke programmalijn één à twee bestuurders aangesteld als bestuurlijk portefeuillehouder. Zij fungeren als eerste inhoudelijk aanspreekpunt voor de betreffende programmaleider. In 2025 ontwikkelt de governance van RIGA zich door van een intentieverklaring naar een juridische entiteit.

Programmabureau

Om snel stappen te zetten is een stevig programmabureau met betrokken professionals neergezet en zijn afspraken gemaakt over taken en bevoegdheden. Hierin is voor ieder van de vijf programmalijnen een programmaleider aangesteld. Zij hebben allen meerdere dagen in de week volledige aandacht en tijd voor het RIGA. De vormgeving en inhoud van de interventies is belegd in de programmateams, zij werken intensief samen met professionals en inwoners in werkgroepen om tot een gezamenlijke invulling te komen. Daarnaast werken we aan het opzetten van klankbordgroepen per programmalijn om de inhoud van belangrijke stukken te kunnen toetsen voordat deze in het bestuurlijk kernteam besproken worden.



Organogram RIGA

Datagedreven werken

Om met schaarse middelen de grootst mogelijke impact te bereiken is het van belang constant aan te blijven scherpen en te blijven innoveren. Daarbij is datagedreven werken van cruciaal belang.

Er is voor gekozen om datagedreven werken in het transformatieplan als aparte interventie op te nemen. De middelen die we hiervoor aanvragen zijn verdeeld over de overige interventies onder de post van programmabureau brede RIGA kosten.

Hierin benadrukken we graag het belang en de meerwaarde van datagedreven werken middels een geïntegreerd data systeem, waarbij zorgdata en data uit het sociaal domein privacy-vriendelijk samengebracht worden. Deze integratie van data brengt de kans om een completer beeld te krijgen van de gezondheid van de inwoners in onze regio, hun zorg- en ondersteuningsbehoeften en de brandhaarden die actie vereisen om escalatie richting zorg- en hulpverlening te voorkomen of af te buigen.

Het gebruik van integrale data geeft ons de kans om te kijken naar bijvoorbeeld patiënten die op veel verschillende plekken zorg en ondersteuning gebruiken. Waar in het proces kunnen we interveniëren om dit in de toekomst te verminderen? Het helpt ons om interventies goed te kunnen richten, aanscherpen en ontwikkelen, maar ook om afscheid te nemen van interventies die niet de beoogde impact hebben op de populatie. Hiermee maximaliseren we dus de impact van het RIGA en de interventies die onder deze vlag in de regio worden uitgezet.

Wat gaan we doen?

1. Vormen regionale datastrategie: Datagedreven werken vraagt inzet op techniek, mensen en processen. Met de regio werken we samen aan een roadmap waarin activiteiten en evaluatiemomenten staan.
2. Ontwerp en uitrol platform en werkwijze met de volgende bouwstenen:
    a. Een team gericht op toetsen, bewijzen opschalen/stoppen
    b. Vastgelegde data processen en protocollen met voorwaardelijkheden op toetsen, bewijzen opschalen/stoppen
    c. Frictiekosten technische omgeving

Programma: Inwoners in een kwetsbare situatie

Mentaal goed in je vel zitten is een belangrijke voorwaarde voor een prettig leven. Voor veel inwoners is dit vanzelfsprekend. Zij kunnen zelf of met enkelvoudige hulp of zorg hun leven op de rit houden. Wanneer inwoners te maken hebben met problemen op meerdere leefgebieden, is dit vaak veel moeilijker. Zij raken verdwaald in het complexe zorg- en ondersteuningsnetwerk, krijgen geen passende hulp of zorg waardoor de kern van hun probleem niet wordt aangepakt en de zorgen alleen maar toenemen. Voor deze inwoners werken de traditionele loketten niet en is het nodig om breder naar oplossingen te zoeken.

Muren doorbreken en domeinoverstijgend samenwerken om inwoners in een kwetsbare situatie complete hulp te bieden: dat willen we met het programma 'Inwoners in een kwetsbare situatie' bereiken. Niet alle gezondheidsklachten vallen op te lossen met preventieprogramma's of met medische zorg, soms zijn er ook andere aspecten in iemands leven die bijdragen aan gezondheid: praktische hulp bij het lezen van een moeilijke brief, begeleiding bij betalingsproblemen of mentale hulp. Om de juiste hulp of ondersteuning te kunnen bieden, is een brede blik van zorg- en welzijnsprofessionals nodig en moet de inwoner echt centraal staan, niet het aanbod van het 'loket' waar de inwoner binnenkomt.

Interventie: Mentaal Gezondheidswerk

In een Mentaal Gezondheidsnetwerk (MGN) werken huisartsen, medewerkers uit het sociaal domein en de geestelijke gezondheidszorg samen om de hulpvraag van mensen die naast psychische klachten ook problemen op andere levensvlakken hebben, sneller op de juiste plek op te pakken. Zo worden mensen eerder op de juiste plek geholpen waardoor de druk op de huisartsen afneemt en de wachtlijsten voor GGZ minder lang worden. Door het eerder herkennen van sociale problemen en het sneller bieden van de juiste hulp, zullen de klachten van mensen niet verergeren en kan (zwaardere) hulp voorkomen worden.

Het MGN bestaat uit vier onderdelen: een verkennend gesprek, een systeem om zorg eenvoudig over te dragen naar een ander domein, het kunnen delen van de wachttijden en een overleg om domeinoverstijgende casuïstiek te bespreken. In onze regio bestaan al veel initiatieven die een deel van dit netwerk al succesvol uitvoeren, maar deze functioneren nog niet in alle gevallen samen als goedlopend netwerk. In dit project gaan we die bestaande initiatieven met elkaar verbinden, opschalen of waar nodig aanpassen zodat dit een succesvol netwerk wordt waarin de inwoner snel, passende hulp of zorg krijgt.

Interventie: Domeinoverstijgend en doorbrekend werken

Domeinoverstijgend en doorbrekend werken is voor professionals in het sociaal domein en de zorg

een efficiënte manier om inwoners in een kwetsbare situatie passende hulp te bieden, zonder verzeild te raken in een bureaucratisch doolhof. In zes processtappen werken professionals mee aan wat de bewoner echt nodig heeft om een prettig leven te leiden: denk aan het regelen van een woning of auto, het betalen van een opleiding of het helpen aflossen van een schuld. Hulp die levensveranderend kan zijn voor een bewoner of voor een heel gezin en die meer zorg in de toekomst kan voorkomen. We krijgen meer voor elkaar en ook een stuk vlotter: medewerkers zijn 40% minder tijd kwijt aan het uitwerken, onderbouwen en inregelen van hun plannen.

Vanuit die gedachtegang willen we voor de doelgroep inwoners in een kwetsbare situatie deze methode toepassen. Daarbij richten we ons eerst op het opleiden van wijkmanagers in wijken met veel kwetsbare bewoners en het aanreiken van de juiste hulpmiddelen om tot oplossingen te komen. De werkzaamheden van de wijkmanager raken de Jeugdgezondheidszorg, GGZ, eerste- en tweedelijnszorg en het sociaal domein.

Interventie: Versterking brede eerste lijn

De combinatie van een tekort aan eerstelijnszorgverleners en gefragmenteerde samenwerking tussen het sociaal domein en de zorg, samen met een gebrek aan regie op wijkniveau, leidt ertoe dat inwoners sneller gebruikmaken van de zorg in plaats van het sociaal domein. Dit geldt zowel voor de 1e lijn als van ziekenhuis- en GGZ-zorg. Door meer integraal naar de vraag en perspectief van de inwoner te kijken, kan hier een slag in worden gemaakt. Hierbij ligt ook een link met domeinoverstijgend en doorbrekend werken.

Het doel is tweeledig:

1. Zorgen voor voldoende eerstelijns zorgverleners die het werk met plezier uitoefenen.
2. Zorgen voor een goede samenwerking binnen de 1e lijn en van daaruit te zorgen voor een goede verbinding met het sociaal domein.

Daarnaast is onder deze interventie opgenomen dat we het aantal hulpverleners in de brede eerste lijn (huisartsen maar ook fysiotherapeuten, apotherkers etc.) doen stijgen om zo te zorgen dat meer mensen in de regio een huisarts hebben waardoor druk op de specialistische zorg afneemt. Per gemeente kijken we naar de behoefte hierin, deze kan verschillen.

Programma Ouderen

Gezond ouder worden in een buurt waar mensen voor elkaar klaar staan en een woning waar je niet uit hoeft als je toch zorg of ondersteuning nodig hebt. Dat is de wens van veel ouderen in onze regio. Toch maken veel ouderen zich zorgen of dit haalbaar is, want Nederland vergrijst in hoog tempo en dit leidt tot schaarste op meerdere terreinen. Over twintig jaar zijn er in onze regio bijna twee keer zoveel 75+'ers als nu. Daarnaast stijgt de gemiddelde leeftijd van ouderen, neemt het aantal mantelzorgers af, lopen de tekorten aan personeel in de zorg op en neemt het aantal ouderen met meerdere chronische ziekten toe.

Voor ons de taak om in te zetten op een andere aanpak, waarbij we niet alleen inzetten op het goed organiseren van de zorg, maar juist op de kwaliteit van leven waarbij het ook gaat om wonen in een fijne woning, in een prettige buurt en ondersteuning dichtbij huis.

We creëren een gemeenschap waarin buurtgenoten elkaar ontmoeten en helpen en waar voldoende aanbod is voor een prettig en gezond leven. We richten ons op preventie, zodat ouderen langer fit en gezond blijven en meer hulp soms niet nodig is. En als dat wel nodig is, dan moeten ouderen snel de juiste weg kunnen bewandelen naar welzijn, ondersteuning of zorg, zonder van het kastje naar de muur gestuurd te worden. Ook werken we aan het vergroten van het werkplezier voor professionals in welzijn en zorg door taken te verlichten en medewerkers een vaste basis te geven. Door professionals in de zorg met elkaar te verbinden en over de eigen domeinen heen te laten kijken kunnen we de juiste zorg op de juiste plek geven. Dichtbij en menselijk.

Interventie: Multidisciplinair Team Ouderen (MTO)

Door o.a. ontwikkelingen in de zorg, wachtlijsten voor verpleeghuizen en de huidige woningmarkt blijft een steeds groter deel van de ouderen zelfstandig wonen. Bij een deel van hen ontstaat in de thuissituatie achteruitgang van gezondheid die wordt gesignaleerd door de huisarts. Een complex proces, waarbij het voor de huisarts niet altijd mogelijk is om op tijd in te grijpen. Voor situaties met dreigende escalatie is het 'Multidisciplinair Team Ouderen' (MTO) opgericht, voor vroegtijdige multidisciplinaire interventie in de eerste lijn. Het MTO bestaat uit een vast kernteam (SO, VS, geriater, secretaresse en sociaal domein), de eigen huisarts en indien nodig overige disciplines. Onderdeel van de MTO aanpak is bezoek door de SO of VS in de thuissituatie voor brede diagnostiek op somatisch-, functioneel-, maatschappelijk-, psychisch- en communicatief gebied. De huisarts kan een patiënt aanmelden bij het MTO, waarna het team start met een diagnose aan huis en een behandelplan wordt opgesteld. Zo wordt de huisarts ondersteund in deze situaties en kan er snel een passende oplossing worden geboden voor de oudere.

De pilot is op 1 februari 2022 gestart in Delft. Inmiddels werkt het team ook in Pijnacker-Nootdorp en Midden-Delfland. Per 1 januari 2024 kunnen huisartsen in Westland ook gebruik maken van het MTO voor hun patiënten. Ontwikkeling van een MTO in de subregio met Maassluis, Vlaardingen en Schiedam is voorzien vanaf 2025.

Interventie: Gezond en Wel Thuis

Gezond en Wel Thuis is een woonzorgconcept voor ouderen tussen zelfstandig thuis en het verpleeghuis in, waarin zorg- en gemeenschappelijke activiteiten worden georganiseerd en gefinancierd. Dit woonconcept draagt bij aan het langer thuis wonen van ouderen, zelfs als er meer zorg nodig is. Het creëert een gemeenschap waarin bewoners en zorgverleners elkaar snel en dichtbij kunnen vinden. Samenkomen voor een beweegactiviteit met een groep ouderen, eten met omwonenden en snel weer thuis zijn voor een afspraak met een wijkverpleegkundige of fysiotherapeut: alle belangrijke hulp dichtbij.

Op negentien locaties gestart in 2024

Wij geloven in een beweging, waarin mensen naar elkaar omzien, elkaar kennen en minder afhankelijk zijn van professionele hulp. Een transformatie van zorgen voor ouderen naar zorgen dat ouderen, binnen hun eigen gemeenschap en met het eigen netwerk, zelf in regie blijven en de zorg alleen ondersteunt waar dit echt nodig is.

Daarom zijn we in de regio in 2024 op negentien locaties gestart met het vormgeven van een gezamenlijk ‘concept’ van wonen, welzijn en zorg. Dit altijd in samenwerking tussen een zorgorganisatie, woningbouwcorporatie of ander woningbezitter en welzijnsorganisatie. De zorgorganisatie regelt naast zorg ook activiteiten om het gemeenschapsgevoel te versterken. De uitvoering van deze projecten is zeer divers. Zo zijn er verschillende ontmoetingsruimtes geopend. Vaak kunnen hier zowel bewoners als omwonenden overdag en ‘s avonds terecht. Een mooie manier om elkaar te ontmoeten, met zorg dichtbij. Deze nieuwe vorm van het verzorgingstehuis is doelmatiger en daarmee kostenbesparend. De verwachting is dat er minder beroep wordt gedaan op de huisarts of spoedeisende hulp. En het belangrijkste doel: een verbeterde kwaliteit van leven voor ouderen. Zo werken we aan een regio waar het goed wonen en leven is voor ouderen en waar zorg – indien nodig – beschikbaar en toegankelijk is.

Interventie: Palliatieve zorg

Het doel van het Kwaliteitskader PZ is de palliatieve zorgverlening vanuit de beleving van de patiënt en diens naasten te verbeteren. Implementatie leidt tot meer passende zorg en voorkomt potentiële niet passende zorg. Bij kanker is bijvoorbeeld sprake van 34% overbehandeling in de laatste levensfase. Palliatieve zorg staat ook in onze regio nog niet stevig genoeg. Zo wordt de palliatieve fase nog vaak te laat gesignaleerd en gemarkeerd. Ook is proactieve zorgplanning nog geen gemeengoed en is meer afstemming tussen zorgverleners nodig. We focussen ons binnen implementatie van het Kwaliteitskader palliatieve zorg op proactieve zorgplanning (PZP). Mooi is dat binnen de ziekenhuizen vanaf 2025 een declaratie mogelijkheid via OZP (overig zorgproduct) wordt ingevoerd voor proactieve zorgplanning in de palliatieve fase. We gaan binnen de regio de inzet binnen sectoren en de samenwerking tussen 1e en 2e lijn rondom PZP versterken met als doel:

1. Per patiënt komen tot een juiste mix van inzet passende zorg en inzet op kwaliteit van leven
2. Goede onderlinge afstemming tussen zorgverleners voor passende zorg en meer rust in het zorgpad

3. Voorkomen van overbehandeling in de laatste levensfase en daarmee verlagen van druk op de medisch-specialistische zorg

Interventie: Toekomstgerichte samenwerking dementie

De weg vinden in alle wetten, regels en zorgmogelijkheden rondom dementie is best ingewikkeld. Iedereen bij wie de diagnose Alzheimer of dementie is vastgesteld heeft (daarom) recht op casemanagement, ook voor de mantelzorger. Binnen de regio zijn er meerdere zorgaanbieders die nog beperkt samenwerken rondom (casemanagement voor) dementie. Bovendien is er een regiobreed tekort aan casemanagers en lopen de wachtlijsten steeds meer op. Eén van de gevolgen hiervan is dat we een toename zien in zorgelijke- en crisissituaties bij mensen met dementie. Door de toenemende prevalentie van dementie neemt de vraag naar casemanagement toe, waardoor dit probleem steeds groter wordt. Naar verwachting loopt het tekort aan casemanagement capaciteit met 50 FTE op richting 2040 als we niets doen.

Doelen van deze interventie zijn:

- Verbeteren van kwaliteit van leven van mensen met dementie en hun naaste(n) / mantelzorger(s), zodat zij langer thuis kunnen wonen en meer zelf- en samenredzaam zijn
- Optimaliseren van inzet van zorgpersoneel en multidisciplinaire samenwerking, zodat de zorgvraag van de toekomst met maximaal de huidige zorginzet kan worden geleverd
- Regionale standaardisatie en uniformering van ‘brede dementiezorg’ ten behoeve van uitwisselbaarheid en continuïteit in de regio

Interventie: Arbeidsbesparende innovaties

Om de wijkverpleging ook de komende jaren beschikbaar te houden, is de invoering van arbeidsbesparende innovaties onvermijdelijk. Deze innovaties zorgen niet alleen voor arbeidsbesparing, maar ook voor meer zelfstandigheid voor ouderen. Binnen het transformatieplan zal worden ingezet op:

- Steunkousen
- medicijndispenser
- oogdruppelbril
- een patiëntenacademie
- elektronische woningtoegang.

Programma Gezond Leven

Iedereen moet de kans krijgen om een zo gezond mogelijk bestaan te leiden. Dat is de ambitie van het programma Gezond Leven. Om dit te bereiken moeten mensen, ongeacht waar ze wonen of hoe hun financiële situatie eruitziet, gelijke toegang hebben tot sociale activiteiten, sport, gezonde voeding,

en mentale hulp. Het nastreven en naleven van een gezonde(re) leefstijl kan een grote impact maken op iemands leven. Je voelt je mentaal en fysiek fitter, je hebt meer energie, en hebt daardoor de mogelijkheid om actief onderdeel te zijn en te blijven van de maatschappij.

Een beweging maken van ziekte en zorg, naar preventie en gezondheid: dat vraagt om een nieuwe manier van denken en doen. Om deze beweging in gang te zetten, vragen we partijen in de regio om over domeinen heen te werken, vanuit nieuwe gedeelde waarden. We willen meer toegankelijkheid in ondersteuning en zorg, met daarbij meer kennis over gezond leven en preventie bij zowel inwoners als betrokken professionals en vrijwilligers.

We gaan aan de slag met verschillende aanpakken die inwoners helpen hun leefstijl te verbeteren. We nemen digitale drempels in de samenwerking weg en gaan samen op zoek naar nieuwe, gedeelde waarden. We zorgen dat professionals en organisaties kunnen leren van elkaar en inspireren door goede voorbeelden te delen. We betrekken inwoners om de preventieve ondersteuning meer aan te laten sluiten op behoeften en verwachtingen. Kortom, de programmalijn Gezond Leven ademt het preventieve gedachtegoed en hoopt de inwoners van de WSD-regio hierin mee te nemen. Op naar een gezond(er) leven!

Interventie: Regionale Preventie Infrastructuur

Wist je dat 40% van de huisartsbezoeken eigenlijk psychosociaal van aard zijn? En dat de meeste ziekenhuisbezoeken onder ouderen veroorzaakt worden doordat ze gevallen zijn en iets hebben gebroken? Oh, en wist je dat overgewicht onder jonge kinderen vaak veroorzaakt wordt door onvoldoende kennis in het gezin over gezond eten en bewegen? Als we dat allemaal weten, laten we er dan iets aan doen.

Met de Regionale Preventie Infrastructuur verwachten we een beweging van ziekte en zorg naar gezondheid en gedrag te maken. Dit heeft impact op organisaties uit verschillende domeinen. De Regionale Preventie Infrastructuur zorgt voor de benodigde afstemming en/of samenwerking. Hiermee verwachten we dat onder andere lopende ketenaanpakken lokaal verstevigd kunnen worden en dat door domein-overstijgende samenwerking drempels aangekaart, en waar mogelijk weggenomen kunnen worden.

Er is bewust gekozen voor een nieuwe manier van denken en doen, en geen traditionele project- of werkgroepen. Een transformatie vraagt om nieuw gedrag, wat overal in terug komt. We gaan daarom aan de slag met een coalitie voor Gezondheid, reeks aan transitie bijeenkomsten verspreid over de regio, campagne gericht op bewustwording over gezondheidsthema's, trainingen voor vrijwilligers en professionals, en we nemen diverse digitale drempels weg tussen organisaties uit het sociaal en medisch domein.

Specifiek voor inwoners met diabetes type-2 wordt op basis van een brandhaarden analyse in de regio, in diverse wijken samen met inwoners gewerkt aan leefstijlinterventies die beter aansluiten op de leefwereld van inwoners zodat zij langer meedoen met interventies en echt een duurzame verandering doormaken.

Interventie: Regionaal Netwerk Leefstijl Expertise

Wanneer iemand acuut in het ziekenhuis belandt, is de aandacht vaak volledig gericht op het verhelpen van de medische klacht. Na behandeling gaat de patiënt weer naar huis, vaak met medicatie of hulpmiddelen. We moeten meer stilstaan bij de onderliggende oorzaken van de klachten; meer focussen op leefstijlfactoren zoals voeding, beweging en ontspanning of juist stress door bijvoorbeeld financiële zorgen. Deze factoren krijgen echter vaak onvoldoende aandacht. Toch is dit hét moment om het verschil te maken: door naast medische zorg ook leefstijlinterventies in te zetten willen we toekomstige klachten verminderen of zelfs voorkomen.

Toegang tot leefstijlprofessionals speelt hierin een cruciale rol. Dit kunnen zowel professionals uit de eerstelijnszorg zijn als uit het sociaal domein. In de WSD-regio breiden negen verschillende initiatieven verspreid over de regio op verschillende manieren hun leefstijlexpertise en -aanbod uit. Soms is dat door een leefstijlcoach toe te voegen aan een bestaand wijkcentrum, en soms is het door een team van professionals te trainen in leefstijlthema's. We weten nog niet exact wat de meest impactvolle manier is, daarom ligt er een focus op aldoende leren en ontwikkelen.

We leggen de focus op preventie en leefstijl, en minder op het behandelen van medische klachten. Zo maken we een verschil in het leven van inwoners, én verminderen we de druk op de zorg door klachten op de lange termijn te voorkomen.

Programma: Digitale Transformatie

Verandering in de zorg om de stijgende zorgvraag en het gebrek aan zorgpersoneel op te vangen, kan niet zonder een transformatie op digitaal gebied. Alle projecten binnen het RIGA worden dan ook ondersteund door de programmalijn Digitale Transformatie.
Daarnaast zijn er innovatieve projecten in de regio die we vanuit deze programmalijn zelf oppakken.

Digitalisering van de zorg geeft de inwoner meer zelfregie: bijvoorbeeld door zowel fysiek als digitaal door de arts behandeld te worden, en bepaalde metingen door de patiënt zelf te laten uitvoeren. Daarmee ontlasten we de zorgprofessionals in hun dagelijkse werkzaamheden, omdat zorg op afstand geleverd kan worden en ze digitaal ondersteund worden bij administratieve taken. Bovendien biedt het de mogelijkheid om snel kennis met elkaar te delen tussen verschillende domeinen. Door het op een slimme manier ondersteunen van het samenwerken in het dagelijkse zorgproces, kunnen intensieve zorg en (spoed)opnames voorkomen worden.

Als we naar de toekomst kijken, willen we ook graag AI in onze oplossingen gebruiken. Bijvoorbeeld spraakgestuurde notities die in het dossier terechtkomen van de patiënt, dat zou in sommige settings wel 30% van de werktijd van een medewerker kunnen besparen.

Interventie: Regionaal Zorg Communicatie Platform

Als een thuiszorgmedewerker bij een inwoner thuis komt en ziet dat het die dag wat minder goed gaat, of juist ontdekt dat de inwoner ergens heel blij van wordt, is het fijn dat belangrijke informatie meteen gedeeld kan worden met betrokken zorgverleners in het netwerk van die inwoner. In het Regionaal Zorg Communicatie Platform kunnen patiënten, mantelzorgers en zorgverleners met elkaar communiceren, om de zorg en het personeel efficiënter in te zetten en op een laagdrempelige manier contact te hebben met de patiënt. Op dit platform wordt via verschillende 'boards' gecommuniceerd: zorgprofessionals kunnen direct met elkaar informatie delen voor het specifieke zorgpad waarin ze samenwerken rond en met de patiënt. De patiënt is betrokken bij de samenwerking met directe toegang tot de digitale samenwerkingsomgeving.

Interventie: Thuismonitoring

Bij thuismonitoring voert de patiënt zelf gezondheidsmetingen uit, zoals een bloeddrukmeting. Door de inzet van telenursing, zorgprofessionals op afstand, wordt dit gemonitord. Zodra de waarden die de patiënt thuis registreert afwijken volgt een overleg met de behandelaar. Dit zorgt voor snellere signalering en het voorkomen van (spoed)opnames. Bovendien krijgt de patiënt zelf meer regie over zijn of haar gezondheid.

Vanuit het Franciscus Gasthuis en het Reinier de Graaf ziekenhuis wordt thuismonitoring al uitgevoerd: een netwerk dat bestaat uit de specialist in het ziekenhuis, de telenurse en de patiënt. Vanuit het RIGA willen we de huisarts toevoegen aan dit bestaande netwerk, want een duidelijke verbinding tussen de eerstelijns en tweedelijnszorg kan enorm waardevol zijn voor het monitoren van patiënten en daarbij het voorkomen van spoedopnames. We starten in 2025 met vijf huisartsenpraktijken en de twee ziekenhuizen die in samenwerking met de telenurse patiënten gaan monitoren.

Door het inzicht in hun eigen gezondheid krijgen patiënten een veilig gevoel. Patiënten hoeven niet altijd meer op consult te komen voor het monitoren. Dit draagt op een positieve manier bij aan de kwaliteit van leven van de patiënt.

Interventie: Geboortezorgketen

Het aantal bevallingen in de regio neemt toe en de huidige ziekenhuiscapaciteit van het Reinier de Graaf Ziekenhuis en Franciscus Gasthuis & Vlietland is niet voldoende om de jaarlijkse ziekenhuisbevallingen te kunnen verzorgen. Op piekmomenten leidt dit zelfs tot weigeringen en bevallingen buiten de regio. De toegankelijkheid van zorg komt hiermee in gevaar, en dat kan nooit de bedoeling zijn.

De geboortezorgketen kan baat hebben bij een andere inrichting, meer flexibiliteit in het zorgpad met een combinatie van fysieke en digitale zorg. Met elkaar kijken naar wat de patiënt nodig heeft. Bovendien is er meer behoefte aan kennisdeling tussen zorgprofessionals, want patiënten komen al snel in de tweedelijnszorg terecht, bijvoorbeeld als er sprake is van pijnbestrijding bij de bevalling. Bovendien kan de zorgketen digitaal ondersteund worden: dit verlicht de werkdruk en stelt zorgverleners in staat extra aandacht te besteden aan kwetsbare groepen.

Programma: Acute Zorg

De acute zorg in de regio staat onder druk. Om de toegankelijkheid van de zorg te kunnen garanderen willen we de instroom van niet-acute zorgvragen beperken en het proces verbeteren: het moet voor inwoners met een acute klacht duidelijk zijn waar ze het beste terecht kunnen en zorgprofessionals moeten eenvoudig kennis kunnen uitwisselen om de juiste zorg op de juiste plek te kunnen bieden. Daarbij hoort ook het op tijd signaleren van dreigende situaties, zodat acute zorg zelfs voorkomen kan worden. Het voorkomen van acute zorg is een belangrijk effect van de programmalijnen Gezond leven, Inwoners in een kwetsbare situatie én Ouderen.

In de acute zorg heeft de patiënt vaak te maken met meerdere organisaties en professionals. De instroom, doorstroom en uitstroom vormen een keten. Dit maakt het landschap complex. Wanneer de huisartsenpraktijk overbelast raakt, belt de patiënt in een spoedsituatie de meldkamer. Als de zorgverlener in het ziekenhuis geen plek vindt in het verpleeghuis, dan blijft de patiënt nog een nacht opgenomen in het ziekenhuis. Dit kan resulteren in een last voor de patiënt, maar ook een last voor de keten. Inspelen op de hulpvraag van de patiënt en een naadloze overgang tussen verschillende organisaties en professionals is van belang. Dagelijks zetten duizenden professionals in onze regio zich hiervoor in. Toch zal op steeds meer vlakken in de acute zorg een grotere disbalans ontstaan tussen vraag en aanbod.

De afstemming van vraag en aanbod binnen de acute zorg wordt opgepakt binnen het programma zorgcoördinatie waarvoor een aparte transformatieaanvraag is ingediend via ROAZ Zuid West NL. Tevens is voor Spoedplein Schiedam een aparte transformatieaanvraag ingediend.

Om die reden maakt acute zorg geen onderdeel uit van deze transformatieaanvraag.