

# 2024-2025

## ZORGAANBODPLAN

INNOVATIE & SAMENWERKEN;  
SAMEN ORGANISEREN WE DE ZORG  
VOOR VANDAAG ÉN MORGEN



Boezemweg 13 Q  
3255 MC OUDE-TONGE

## **WAT EEN WONDERE WERELD. WAT EEN DYNAMIEK.**

In 2023 zijn we aan de slag gegaan met het goede gesprek, middels scholingen Positieve Gezondheid. Een andere benadering van gezondheidsvraagstukken meer gericht op welbevinden, overleg en zelf beslissen. Zien waar de energie zit, zien waar in het leven het meest te halen valt. De scholingen worden enthousiast ontvangen en men maakt een begin met veranderen. Meer tijd voor de patiënt wordt hierbij uitdrukkelijk in meegenomen. Evenals taken anders verdelen, andere agendavoering, zelfregie en digitale middelen. De huisartsenorganisatie gaat zien wat dat met de beschikbare tijd en middelen doet.

In het najaar van 2023 gaan de praktijken aan de slag met de "huisartsen van de toekomst". Hieruit komt voort hoe we op het gebied van taken, team, praktijkorganisatie, onderlinge samenwerking en samenwerking met anderen willen gaan werken. Wijksamenwerking, taakdelegatie, betere verwijzing, horizontale verwijzing en toegankelijkheid en beschikbaarheid borgen, indien het kan. Voor 2024 en verder borduren we voort op de ingeslagen weg. Met de thema's:

1. Mentaal beter, Samen sterker.
2. Advanced Care Planning..
3. Meer Tijd Voor de Patiënt.

Het regiobeeld vormt de basis voor de te voeren inzet. In de regiocoalitie VPG wordt een regioplan gemaakt om de uitdagingen op te pakken. In de tussentijd kijken we wat we kunnen gaan veranderen om toekomstige huisartseninzet te kunnen blijven garanderen.

Met anderen in de regio de taken anders en beter verdelen en de zelfredzaamheid vergroten. De cliëntenraad en later een inwonersberaad op

regio niveau zal uitdrukkelijk meedoen en meedenken moeten borgen.

CZ geeft in zijn inkoopbeleid 2024-2025 een aanscherping aan voor onze verantwoordelijkheid van zinnige en doelmatige zorg, borging toegankelijkheid, kwaliteit van de hele huisartsenzorg en een afgestemd individueel zorgplan. Dit is niet nieuw en daar houden we ons al mee bezig. Mandatering en kwaliteitsbeleid voor de hele zorg wel. We zijn nieuwsgierig naar de gewenst invulling daarvan.

Tot slot onderzoeken we welke intensieve samenwerking met Cohesie huisartsenorganisatie deze en toekomstige inzet het beste kan dienen.

Een forse opgave.

*Han Gloudemans*



<b>1. Huisartsen (Eerstelijnszorg) in de regio.....</b>	<b>5</b>
1.1 Missie & visie.....	5
1.2 Ondersteunen van de huisartsenpraktijken en hun samenwerkingen.....	5
<b>2. Wat is er aan de hand? .....</b>	<b>6</b>
2.1 Regiobeeld ZHE en BAR 2023.....	7
2.2 Het zorgaanbod van de Zorggroep en de regio.....	7
<b>3. Thema's 2024-2025.....</b>	<b>8</b>
3.1 Mentaal Sterk – Samen beter! .....	8
3.2 Meer Tijd voor de Patiënt.....	8
3.3 Vroegtijdige zorgplanning (Advanced Care Planning).....	8
<b>4. Organiseren en faciliteren van de programmatische zorg voor kwetsbare groepen10</b>	
4.1 Toekomstbestendige chronische zorg .....	10
4.2 Ontwikkelingen zorgprogramma's .....	14
<b>5. Verbeteren van zorg.....</b>	<b>18</b>
5.1 Kwaliteitsbeleid op Maat.....	18
5.2 Doelmatig voorschrijven van medicatie .....	20
5.3 Patiënten van elkaar leren: Organiseren patiënten bijeenkomsten .....	20
5.4 Patiënten participatie: Cliëntenraad en Bewonersberaad .....	20
<b>6. Zorgvernieuwing op regionaal niveau.....</b>	<b>21</b>
6.1 ICT en Digitalisering.....	21
6.2 Praktijkmanagement.....	23
6.3 Arbeidsmarkt.....	23
6.4 Acute Zorg.....	23
6.5 Pilot integraal zorgpad 'COPD voor exacerbatiepatiënten met thuismonitoring' .....	23
6.6 Wijkmanagement.....	24
6.7 Duurzaamheid.....	25
6.8 Samenwerking VVT, GGZ en ziekenhuizen.....	25
6.9 Regio Voorne-Putten.....	26
6.10 Regio Goeree-Overflakkee.....	27
6.11 Toekomstbestendige huisartsenzorg.....	27
<b>7. Organisatie Zorggroep Haringvliet.....</b>	<b>28</b>

# 1. HUISARTSEN (EERSTELIJNSZORG) IN DE REGIO

Vormgeven huisartsenzorg in de regio op een toekomstbestendige manier.

## 1.1 MISSIE & VISIE

Zorggroep Haringvliet heeft als doel om inwoners van ons werkgebied persoonsgerichte zorg te bieden. Nu en in de toekomst. Om dit doel te behalen, is samenwerking tussen zorgprofessionals en verschillende disciplines van groot belang. Zorggroep Haringvliet coördineert en faciliteert zorgprofessionals (huisartsen) bij het uitoefenen van hun beroep.

### *Persoonsgerichte zorg*

Wat verstaat Zorggroep Haringvliet precies onder persoonsgerichte zorg? Persoonsgerichte zorg vereist betrokkenheid van zowel de patiënt als van de zorgprofessional. Daarom motiveren wij patiënten om actief met hun gezondheid en behandeling aan de slag te gaan. En we motiveren collega's om nauw met elkaar samen te werken en patiënten te coachen. Want het mens-zijn staat centraal, niet de ziekte.

Zorggroep Haringvliet werkt vanuit de volgende 3 kernwaarden: verbinding maken, vooruitgang en lekker werken. Deze kernwaarden zeggen iets over ons karakter en onze ambities.

## 1.2 ONDERSTEUNEN VAN DE HUISARTSENPRAKTIJKEN EN HUN SAMENWERKINGEN

We zijn er voor en met de huisartsenvoorziening. Er komt veel op ze af en er zijn lopende zaken die

op de rails moeten blijven. Rond de Multidisciplinaire Zorg (MDZ) praktijkvoering en continuïteit. Maar ook de toekomst.

De capaciteit is eigenlijk al te klein. Er wordt veel inzet gevraagd. De verandering is groot. De meeste praktijken zijn vernieuwend. Een groot oplossend vermogen is aanwezig. Een redelijk conservatieve groep professionals.

Ondersteuning in uitvoering van de MDZ inhoud en kwaliteit is er altijd geweest. Dit zal niet veranderen. Ondersteuning in anders zaken oplossen is leuk en noodzakelijk en redelijk nieuw. Samen bedachte oplossingen zullen met zo min mogelijk extra belasting ingevoerd kunnen worden. Niet alle vragen horen bij de huisarts thuis. Waar dan wel en hoe wijzen we onze inwoner daarop? Is het nodig andere disciplines te betrekken bij specifieke zorgvragen. Dit zal in nauwe samenhang met het Regioplan worden vormgegeven.

Inzet:

Regiomanagers	0,5 dag
Bestuurder	0,25 dag
Bureau	0,25 dag
Projectinzet	onbekend

## 2. WAT IS ER AAN DE HAND?

De overheid ziet dat er capaciteits- en financieringsproblemen zijn of ontstaan binnen zorg, welzijn en wonen. Het is gewenst dat het anders moet. Niet alles kan meer aangeboden worden. [Regionale afstemming](#) en samenwerking lijkt de beste weg. Hiervoor staan de zorg, verzekeraar en gemeentes aan de lat. [Passende zorg](#) is de actuele term.

Er zijn 3 grote stimuleringsprogramma's:

- [GALA](#) gericht op preventieve taken en de gemeentes;
- [WOZO](#) gericht op zorg en adequate (zorg) woningen;
- [IZA](#) gericht op zorgafstemming.

Deze programma's ondersteunen bovenstaande problematiek. De methode om dit aan te pakken is via regionale coalities. Deze vormen samen een [regiobeeld](#). Vanuit dit beeld wordt gedestilleerd hoe het beste plan gevormd kan worden om de gesignaleerde uitdagingen met elkaar aan te gaan (het Regioplan).

Zorggroep Haringvliet heeft ervoor gekozen in een coalitie met CZ, CuraMare, RHO Cohesie en de gemeentes Goeree-Overflakkee, Voorne aan zee en Nissewaard de werkbare regio Voorne Putten Goeree Overflakkee (VPG) te definiëren.

Dat komt omdat daar natuurlijke lijnen en samenwerkingen al lopen.

Hier zal dus in zorgaanbod door Haringvliet veel energie gestoken gaan worden en in 2023 wordt er verwacht dat er een regioplan gereed zal zijn. Dit wordt een Macropakket dat op Microniveau (lees: de werkvloer) zijn uitwerking zal krijgen. Een van de pijlers wordt intensieve wijsamenwerking en bewustwording en meedoen van onze inwoners. Ons zorgaanbod is dat we de bewustwording rondom dit microniveau alvast gaan bevorderen, zo die er niet al is. Daarnaast willen we binnen de huisartsenpraktijk de aandacht voor en focus op gezondheidsverschillen bevorderen.

Inzet van middelen:

- Bestuurder (1 dag per week)
  - Overleg afstemming vormen plan en plannen uitvoering etc.
- Projectmanager (1 dag per week)
  - Subsidiebegeleiding, planvorming etc.
- Regiomanagers (0,5 dag per week)
  - Verbinden aanhaken
- Bureau ondersteuning (0,25 dag per week)

## 2.1 REGIOBEELD ZHE EN BAR 2023

Versnelde vergrijzing kan niet opgevangen worden via het huidige systeem en de mantelzorgcapaciteit neemt af. Ook nemen de intensiteit van de problemen toe. De *guilty pleasures* roken, middelengebruik inclusief alcohol en overgewicht en onvoldoende beweging. Met name toename van het overgewicht en onvoldoende bewegen vallen op.

Het *welzijn* in financiële zin lijkt iets boven gemiddeld, maar het psychisch welzijn en dan vooral van de jeugd staat onder druk.

Er zijn *gezondheidsverschillen* binnen de regio, wat sterker in verstedelijkt gebied. Maar ook in bepaalde groepen minder vaardigheden.

*De arbeidsmarkt of arbeidspotentieel* stemt landelijk niet tot vreugde, maar zeker ook in de regio niet.

*Veerkracht* van de bevolking wordt minder door bovenstaande problemen. Zorggroep Haringvliet gaat in de coalitie VPG hiermee aan de slag.

## 2.2 HET ZORGAANBOD VAN DE ZORGGROEP EN DE REGIO

### 2.2.1 BEWUSTWORDING OP MICRONIVEAU

Om in de eerstelijns zorg, voor de mensen die het nodig zullen hebben, het aanbod op peil te



houden, zullen welzijn en gemeente (voorliggend veld) zorg en wonen meer afgestemd worden. De inwoner zal meer zelf kunnen doen en meer naar een ander kunnen omzien. De zorg moet passend worden. Dit samenspel zal in niet-vrijblijvende afspraken gevat moeten worden. Op wijkniveau en regioniveau, waar nodig. Meer specialistische zaken met de omgevende regio's. Dit zal op de werkvloer moeten landen. We gaan daarvoor, in het najaar, onze huisartsenpraktijken benaderen om na te denken over de toekomst van de huisartsenzorg. Dit kan een uitloop in 2024 krijgen. Uitdrukkelijk rijden we niet in de wielen van het Regioplan. Het gaat om bewustwording creëren.

Inzet:

Ongeveer 20.000 euro voor plan en uitvoering

### 2.2.2 GEZONDHEIDSVERSCHILLEN EN VAARDIGHEDEN

Ook deze aanpak kent een overlap met de regionale coalitievorming. Ook hier gaat het om het bevorderen van de "awareness" binnen de huisartsenpraktijk (zie 4.1.4.

Gezondheidsvaardige organisatie). We haken hierbij aan bij andere initiatieven, zoals bijvoorbeeld via de bibliotheken verlopen.

Inzet eigen middelen inzet projectmanagement  
0,25 dag

### 3. THEMA'S 2024-2025

#### 3.1 MENTAAL STERK – SAMEN BETER!

Aanleiding voor de keuze van dit thema zijn:

- Deelname aan landelijke pilot Keten-aanpak Depressiepreventie bij DM-patiënten in 2022-2023, onderdeel van het [Meerjarenprogramma Depressiepreventie](#)<sup>1</sup> (o.a. onder diagnostiek (beginnende) depressie bij DM patiënten).
- Uitkomsten Regiobeeld: toename van het aantal basis GGZ vragen bij de huisarts.
- Toegenomen werkdruk bij praktijken (hogere kans uitval personeel).
- Aandacht voor werkplezier in Meer Tijd voor de Patiënt.
- Introductie Positieve Gezondheid (mentaal – is een van de onderdelen van het 'spinnenweb').

We gaan met dit thema aan de slag aan de hand van 4 pijlers:

1. Vroegtijdige herkenning Depressieve klachten.
2. Aanbod interventies voor patiënten (én zorgverleners).
3. Preventie bij patiënten én zorgverleners.
4. Meer werkplezier voor zorgverleners!

#### 3.2 MEER TIJD VOOR DE PATIËNT

[Meer Tijd voor de Patiënt \(MTVP\)](#) is een landelijk programma met als doel dat de huisarts kwaliteit kan blijven leveren en met plezier zijn vak uit kan oefenen. Er moet daarom meer tijd zijn voor de patiënt. Hoe gaan we dit bereiken?

##### ANDERS WERKEN IN DE PRAKTIJK

Binnen het 'Meer Tijd voor de Patiënt' heeft Zorggroep Haringvliet gekozen voor de volgende

interventies bij het kernelement "Anders werken in de praktijk":

1. Regie op veel gebruikers.
2. Flexibele consultduur door anders inroosteren.
3. Taakherschikking.
4. Beeldbellen.

##### HET ANDERE GESPREK

Er is gekozen voor Positieve Gezondheid. In 2023 hebben de eerste trainingen plaatsgevonden. In 2024 wordt er verder gewerkt aan implementatie in de praktijk.

##### SAMENWERKEN MET HET NETWERK

- Betrekken van het sociaal maatschappelijk domein bij de huisartsenpraktijk en starten met een Wijkplan (zie 6.6. Wijkmanagement).
- Meedenkconsulten (zie 6.1.6).
- Welzijn op Recept.

*Verder uitwerking in het Regioplan Meer Tijd voor de Patiënt*

Inzet uit budget "Meer tijd voor de Patiënt" 20.000 euro

#### 3.3 VROEGTIJDIGE ZORGPLANNING (ADVANCED CARE PLANNING)

Advance care planning (ACP) is een actueel en relevant aandachtspunt in de brede zorgketen. Door de verschillende partijen zijn er initiatieven gestart, echter deze kennen onvoldoende of geen uniformiteit, samenhang of afstemming. Doelstelling is om vanuit de drie zorggroepen op de Zuid-Hollandse eilanden gezamenlijk een

<sup>1</sup> Trimbos instituut Meerjarenprogramma Depressiepreventie



project te starten met het voorliggend veld, de eerste en de tweede lijn en in te zetten op eenduidige en gestructureerde inzet van ACP op de processen, het voeren van het gesprek, registratie, communicatie en scholing van medewerkers.

Het voeren van een ACP-gesprek en het registreren hiervan vraagt een grote tijdsinvestering van de praktijken. Samen met CZ willen we de mogelijkheden onderzoeken om hier aanvullende prestatieafspraken over te maken.

De prestatie ACP of Behandelwensgesprek betreft de interventie waarmee de behandelend arts in overleg en samenspraak met de patiënt komt tot vaststelling van de behandelwensen in de laatste levensfase van de patiënt. De behandelwensen worden vastgelegd in een de module ACP in VIPLive (eenmaal per patiënt).

#### *PRESTATIE ACTUALISATIE ACP*

Het tarief voor het actualisatiegesprek kan eenmaal per jaar worden gedeclareerd vanaf het jaar volgend op het jaar waarin het behandelwensgesprek heeft plaatsgevonden.



## 4. ORGANISEREN EN FACILITEREN VAN DE PROGRAMMATISCHE ZORG VOOR KWETSBARE GROEPEN

### 4.1 TOEKOMSTBESTENDIGE CHRONISCHE ZORG

De zorgprogramma's voor chronische zorg zijn succesvol. De kans op complicaties en ziekenhuisopnames is beduidend kleiner geworden. Zorg en samenleving staan niet stil en het is tijd voor een nieuwe stap.

Integratie van zorgprogramma's kan recht doen aan de verdere ontwikkeling naar persoonsgerichte zorg en de toenemende wens van de patiënt om zelf regie te hebben over de eigen gezondheid.<sup>2</sup> Daarnaast is een denkrichting<sup>3</sup> om in het toekomstig model voor chronische zorg sterke onderdelen te behouden, maar meer ruimte te bieden aan maatwerk aansluitend bij de wensen en vaardigheden van de patiënt zelf. Uitgangspunten hierbij zijn "persoonsgericht" en "inzet op zelfmanagement".

Zorggroep Haringvliet kiest ervoor om niet in "de voorhoede" te starten met integratie van

zorgprogramma's. Er is onvoldoende capaciteit beschikbaar om hier nu mee de slag te gaan. Wél gaan we ons de komende periode richten op voorwaardenscheppende onderwerpen voor deze transitie.

#### 4.1.1 HET VOEREN VAN HET "ANDERE GESPREK"

Eveneens starten we met het verleggen van de focus van "het vinken naar het vonken!". Met als doel het terugdringen van onwenselijke effecten van MDZ. Minder de nadruk op het registreren van indicatoren en meer de nadruk op het voeren van het "andere gesprek" door verdere introductie van "Positieve Gezondheid" (zie MTVP). Hiermee wordt de beweging ingezet van "verantwoording afleggen" naar "verantwoordelijkheid nemen voor kwaliteit" met de intrinsieke motivatie van professionals en het lerend vermogen centraal.<sup>4</sup> Eveneens wordt hiermee de zelfregie en zelfredzaamheid van de klant bevorderd.

---

<sup>2</sup> Denkraam integratie zorgprogramma's In Een juli 2020 &

<sup>3</sup> Toekomstbestendige chronische zorg in de eerste lijn, concept notitie ALV In een mei 2023

<sup>4</sup> Kwaliteitsbeleid huisartsenzorg 2019

#### 4.1.2 DOELMATIGE INCLUSIE IN DE ZORGPROGRAMMA'S

Passende zorg verlenen aan de juiste groep patiënten. Het bepalen van deze groep patiënten wordt gedaan door inclusie van patiënten in een zorgprogramma. Doelmatige inclusie van patiënten wordt bepaald door verschillende factoren.

#### PREVALENTIE

Het medicijngebruik voor lichamelijke aandoeningen<sup>5</sup> zoals Astma, Diabetes en Hart- en vaatziekten ligt iets hoger dan landelijk gemiddeld en zien we terug bij de prevalentie van deze aandoeningen in de benchmark van InEen.

#### ASTMA

Naast een hogere prevalentie van Astma dan de InEen Benchmark, is er ook een grote praktijkvariatie; er zijn verschillen hoe vaak de diagnose Astma in praktijken wordt gesteld. We willen deze praktijkvariatie terugbrengen door aandacht voor zuivere inclusie (zie 4.2.1.)

#### PATIËNTEN IN ZORGPROGRAMMA

Bij HVZ, COPD en DM zien we geen grote verschillen t.o.v. de landelijke InEen Benchmark. Bij Astma zijn 44,24% van de patiënten opgenomen in het zorgprogramma (landelijk gemiddelde: 32,4%) dit is een significant verschil. Opgemerkt hierbij dat binnen Zorggroep Haringvliet de registratie van hoofdbehandelaar beter op orde is; ZGHV 20% patiënten zonder hoofdbehandelaar en Landelijk 32%. (Patiënten zonder hoofdbehandelaar; niet bekend of deze patiënten in de 1<sup>e</sup> of 2<sup>e</sup> lijn worden behandeld). Wanneer we kijken naar het aantal patiënten in de eerste lijn, die geen deelnemer zijn aan het zorgprogramma is het verschil veel kleiner en niet significant.

Inclusie		Astma	COPD	DM	VVR	HVZ
Prevalentie	Land Gem 2022	6,38%	1,91%	5,57%	8,50%	5,57%
	ZGHV 2022	7,20%	1,89%	5,94%	9,07%	5,70%
% patiënten met hoofdbehandelaar specialist	Land Gem 2022	9,26%	24,94%	6,88 %	4,80%	18,29%
	ZGHV 2022	12,08%	25,57%	5,34%	7,83%	23,67%
% patiënten in eerste lijn, maar niet in zorgprogramma	Land Gem 2022	26,85%	15,37%	5,43%	12,39%	9,61%
	ZGHV 2022	23,58%	12,35%	6,56%	9,35%	8,31%
% patiënten in zorgprogramma	Land Gem 2022	32,06%	47,61%	84,21%	68,47%	62,28%
	ZGHV 2022	44,24%	46,82%	84,20%	77,65%	56,42%
% patiënten zonder hoofdbehandelaar	Land Gem 2022	31,83%	12,05%	3,47%	13,94%	9,81%
	ZGHV 2022	20,10%	15,26%	3,91%	5,17%	11,60%

<sup>5</sup> Basisbeeld Regio Zuid Hollandse Eilanden 2023

## A. TERUGDRINGEN DUBBELDECLARATIES

Op basis van het contract tussen CZ en de Zorggroep is de Zorggroep verantwoordelijk voor correcte declaraties ten behoeve van ketenzorgpatiënten. De onterechte dubbele declaraties worden bij de Zorggroep teruggevorderd. In de overeenkomst van de Zorggroep met de ketenpartners is dan ook een artikel opgenomen om de dubbele declaraties zoveel als mogelijk tegen te gaan. Ook is volgens deze overeenkomst de Zorggroep gerechtigd dubbele declaraties terug te vorderen.

Als inderdaad blijkt dat een huisarts tweemaal een uitbetaling heeft ontvangen voor een ketenzorgpatiënt (via DBC en n.a.v. directe declaratie bij ZV), wordt deze onterechte/dubbele uitbetaling teruggevorderd. De diëtist krijgt uitsluitend uitbetaald als er een zorgactiviteit is gedeclareerd. De wijze van declareren is recent uitvoerig besproken met diëtisten en Vipplive. Daarnaast is er beleid gekomen om de huisartsenpraktijken tijdig patiënten te in- en excluseren. We monitoren intensief of deze regels nageleefd worden. Zowel de huisartsen als diëtisten worden erop aangesproken wanneer er onterechte declaraties zijn geconstateerd. Ook wordt er gewerkt aan procedures om de dubbele declaraties zo veel als mogelijk te voorkomen, zoals het uitsluitend verwijzen via VIPlive en het gebruikmaken van de zogeheten EVRY-knop door diëtisten.

## B. OPTIMALISEREN DOELMATIGE INCLUSIE

Het proces voor het includeren van patiënten wordt herzien. Hierbij wordt de patiënteninformatie die wordt verstrekt ook herzien op basis van de nieuwe inzichten in verschillen gezondheidsvaardigheden (taalniveau A2).

## C. SEGMENTEREN PATIËNTEN IN ZORGPROGRAMMA'S

Wanneer meer ingezet wordt op zelfmanagement, persoonsgerichte zorg en een gedifferentieerd zorgaanbod, moeten we de groep patiënten in de zorgprogramma's gaan segmenteren. We gaan onderzoeken volgens welke criteria segmenten kunnen worden bepaald, welk zorgaanbod hierbij passend is en hoe dit kan worden geregistreerd. Welke patiënten willen en kunnen aan de slag met "zelfmanagement" en welke patiënten hebben meer ondersteuning nodig? Op basis van de huidige inzichten verwachten we dat segmentatie plaats kan gaan vinden op basis van (op dat moment) aanwezige gezondheids- en digivaardigheden en motivatie. Dus ook bij niet-gemotiveerde patiënten zal inzet gepleegd worden om de redenen te achterhalen. Indien deze niet terug te voeren zijn op onvoldoende gezondheidsvaardigheden, zal exclusie plaatsvinden. Anders wordt getracht aan te sluiten bij het vaardigheidsniveau.

## D. KWETSBARE PATIËNTEN MET EEN COMPLEXE ZORGVRAAG EXCLUDEREN UIT ZORGPROGRAMMA'S

We herzien de wijze waarop kwetsbare patiënten met een complexe zorgvraag in VIPlive worden geregistreerd (op dit moment op basis van ICPC A05). Naast registratie van kwetsbaarheid gaan we ook de hoofdbehandelaar registreren.

De hoofdbehandelaar is belast met de regie van de behandeling van de patiënt door hemzelf en door andere specialisten tijdens het gehele behandeltraject en is het centrale aanspreekpunt voor de patiënt en zijn familie tijdens het behandeltraject.<sup>6</sup> We verwachten dat kwetsbare patiënten in de thuissituatie vaker een niet-huisarts als hoofdbehandelaar krijgen.

<sup>6</sup> NTvG "Wat houdt hoofdbehandelaar schap in – en niet in? A.C. Hendriks

Dit kan een SOG, AVG of een niet-arts, zoals een POH-ouderenzorg, zijn.

Deze groep kwetsbare patiënten neemt geen deel meer aan de zorgprogramma's, maar ontvangt "zorg op maat". Op dit moment gebeurt dit al in veel praktijken, maar het is nog niet op deze wijze in actief beleid vastgelegd. We gaan onderzoeken wat hiervan de consequenties zijn voor deze kwetsbare groep patiënten en welke



capaciteits- en financieringsconsequenties dit heeft.

#### E. SUBSTITUTIE

Naast aandacht voor doelmatige inclusie in de zorgprogramma's blijven we aandacht houden aan substitutie en het voorkomen van dubbele declaraties, bij de eerste- en tweede lijn, bij met name HVZ (zie 4.2.1).

#### 4.1.3 COMPETENTIES ZORGVERLENERS

Nieuwe werkwijze van zorgverleners vraagt andere competenties van zorgverleners. Niet meer het werken volgens protocollen, maar op basis van richtlijnen. Ook wordt een meer generalistische blik gevraagd. We voeren een GAP-analyse uit; inventariseren aanwezige competenties en vaststellen welke competenties nodig zijn in de nieuwe situatie. Daarna ontwikkelen we oplossingen om de verschillen aan te vullen.

Voorlopige oplossingsrichting:

- Ontwikkelen en trainen competenties door onderwijs.
- Meer mogelijkheden van consultatie van deskundigen, bijvoorbeeld verpleegkundig specialisten.
- Taakdelegatie en differentiatie.

#### 4.1.4 VAN ZORGPROGRAMMA NAAR GEZONDHEIDSPROGRAMMA

Stimuleren zelfzorg en eigen regie kan worden bereikt door patiënten met voldoende gezondheidsvaardigheden een gestructureerd gezondheidsprogramma aan te bieden, waardoor patiënten meer inzicht krijgen in hun eigen gezondheid en hiermee grip en regie op hun gezondheid krijgen. Naast het registreren en delen van meetwaarden met de praktijkmedewerkers ontvangt de patiënt actuele, begrijpelijke, op zijn situatie afgestemde gezondheidsinformatie ter ondersteuning, zo mogelijk worden eHealth programma's ingezet voor zelfzorg. Begeleiding door zorgprofessionals kan hierdoor verminderen en is meer op afroep.

Uitgangspunt is hierbij “Hybride zorg/blended care” – een optimale combinatie van zorg op afstand én op de locatie van de zorgverlener.

In 2025 gaan we een gestructureerd gezondheidsprogramma ontwikkelen waar deze elementen in samen komen. Doel is om in Q3 2025 een pilot te starten.

#### 4.1.5 ZORGGROEP HARINGVLIET; EEN GEZONDHEIDSVAARDIGE ORGANISATIE

Een “gezondheidsvaardige” organisatie is een organisatie die toegankelijk en begrijpelijk is voor iedereen. Zorggroep Haringvliet wil zelf eerst een “gezondheidsvaardige” organisatie worden en daarna met de opgedane kennis en ervaring een plan opstellen om een pilot te starten bij een huisartsenpraktijk. We werken hierbij samen met Pharos en Stichting Lezen en Schrijven.

Onderdelen zijn:

- **Herkennen beperkte gezondheidsvaardigheden**

Bewustwording bij praktijken van het belang van gezondheidsvaardigheden en hoe hier mee om te gaan door o.a. training.

- **Aanpassen begrijpelijkheid patiënten informatie**

Patiënteninformatie testen en verbeteren met een testpanel

- **Digivaardigheden patiënten**

Daarnaast is binnen het Regioplan ICT, een samenwerking met Bibliotheken Zuid Hollandse Delta, een programma waarin cursussen Digivaardigheden voor patiënten worden gegeven.

## 4.2 ONTWIKKELINGEN ZORGPROGRAMMA'S

### 4.2.1 CRUCIALE PROCESINDICATOREN

Patiënten in zorgprogramma's kunnen alleen worden gedeclareerd wanneer in het voorgaande jaar enkele cruciale indicatoren zijn geregistreerd. Met deze werkwijze is een monitoring op de belangrijkste procesindicatoren gewaarborgd.

### 4.2.2 SPEERPUNTEN

#### 2023-2024

In het Zorgaanbodplan 2023 zijn een aantal speerpunten gedefinieerd met daarbij behorende indicatoren. De looptijd van deze speerpunten (en de bijbehorende plannen) is tot eind 2024. De hierbij ingezette koers zetten wij hiermee door.

### DOELSTELLINGEN PERSOONLIJKE STREEFWAARDEN<sup>7</sup>

	01-07-23	Doelstelling 01-01-2025
%diabetespatiënten met persoonlijke streefwaarde glucose, HbA1C, LDL of met persoonlijke streefwaarde systolische bloeddruk	33%	80%
%VVR patiënten met persoonlijke streefwaarde cholesterol of systolische bloeddruk		50%
%HVZ patiënten met persoonlijke streefwaarde cholesterol of systolische bloeddruk		85%

<sup>7</sup> Zorgaanbodplan 2023 (-2025) Zorggroep Haringvliet

## Diabetes Mellitus

In 2024 wordt er een nieuwe landelijke richtlijn Diabetes verwacht. Doordat we in 2023 al zijn gestart met adaptie nieuwe DM-medicatie (SGLT-2) verwachten wij dat deze nieuwe richtlijn geen ingrijpende consequenties zal hebben.

Doelstellingen:

- Percentage DM-patiënten in zeer hoog risicodoelgroep zonder SGLT-2 remmer verlagen van 90 naar 60% (1 juli 2023; 76.4%).
- Het streven is dat 98% van deze groep patiënten in beeld is.

## HVZ

Doelstelling:

- Percentage patiënten met zeer hoog risico <70 jaar met streng gereguleerd LDL: Streng gereguleerd LDL stijgt van 22.4 naar 27% eind 2024
- Uitzoeken substitutie/dubbele declaraties vervolg 2022.

## VVR

De beslissing om medicamenteus te behandelen hangt onder andere af van:

- het risico op ziekte als gevolg van hart- en vaatziekten, dat fors kan variëren bij vergelijkbare sterfterisico's.
- de mate waarin een effect van leefstijlveranderingen te verwachten is.

Uitzoeken substitutie/dubbele declaraties vervolg 2022 VVR. Doorgaan met positieve overleg afdeling Cardiologie over wat daar wel en niet thuishoort. Welke categorie patiënten kan meer richting zelfzorg (Iuscii project).

## Astma

Zoals geconstateerd (4.1.2.) is er bij Astma een hogere prevalentie dan gemiddeld en is er een

grote praktijkvariatie. Deze willen we terugdringen door een valide diagnosestelling en zuivere inclusie (NHG is strenger en duidelijker geworden). Enerzijds patiënten die onterecht in de keten zitten en anderzijds patiënten die niet gevonden zijn.

- Nieuw gediagnostiseerde Astma patiënten comfort de nieuwe richtlijnen.
- Patiënten die zonder spirometrie geïnccludeerd zijn in de Coronapandemie, alsnog diagnose compleet maken (zie punten bij 1).
- Reeds geïnccludeerde patiënten: 20% zuivere inclusie zie punten bij 1. Met aandachtspunt bij de praktijken kritisch te kijken naar eerder geblazen spirometrie

### Plan van aanpak in 2024

In 2023 hebben we op dit onderwerp nog geen grote veranderingen gezien. Daarom starten we met een andere aanpak:

1. Inzicht geven aan praktijken welke patiënten <2 jaar (tijdens Corona) een Astma diagnose hebben gekregen zonder spirometrie.
2. Met praktijken verbeterplan opstellen om deze patiënten alsnog juist te diagnosticeren

### Substitutie (nieuw onderwerp o.b.v. InEen indicatoren 2022)

We constateren op basis van de landelijke InEen indicatoren over 2022 dat een grotere groep Astma-patiënten onder behandeling is bij de longarts dan landelijk gemiddeld; 12,08% Zorggroep Haringvliet - InEen 9.26%. Ook is er een grote praktijkvariatie (7%-20%). We zien hier ruimte voor substitutie. In overleg met de

longartsen van het van Weel Bethesda ziekenhuis gaan we hiermee aan de slag.

### **COPD**

Focus op COPD met lage BMI en ongewenst gewichtsverlies.

- %COPD patiënten met geregistreerd BMI eind 2024: 90% (01-07-2023; 83%).
- %COPD patiënten met geregistreerd ziektelast eind 2024 70% (01-07-2023: 64%).

### **Kwetsbare ouderen**

Ingezet gaat worden op de regionale versterking van eenduidige en gestructureerde zorg rondom kwetsbare ouderen. Uitgangspunt is om de processen, protocollen en werkinstructies op elkaar af te stemmen met als doelstelling om de uniformiteit en kwaliteit van deze zorg te

verbeteren van bijvoorbeeld ACP, SO in de eerste lijn.

Om het RSV optimaal vorm te geven, worden de (omliggende) regionale zorggroepen, verpleeg- en thuiszorgorganisaties, gemeenten en tweedelijnszorg betrokken. Hierdoor wordt ook de samenwerking en de slagkracht tussen deze zorgorganisaties versterkt met specifieke aandacht voor transmurale zorg.

Gezamenlijke communicatie door overleg bijvoorbeeld in de kwaliteitscommissie Ouderenzorg, moet de uniformiteit ondersteunen en monitoring moet de resultaten inzichtelijk maken.





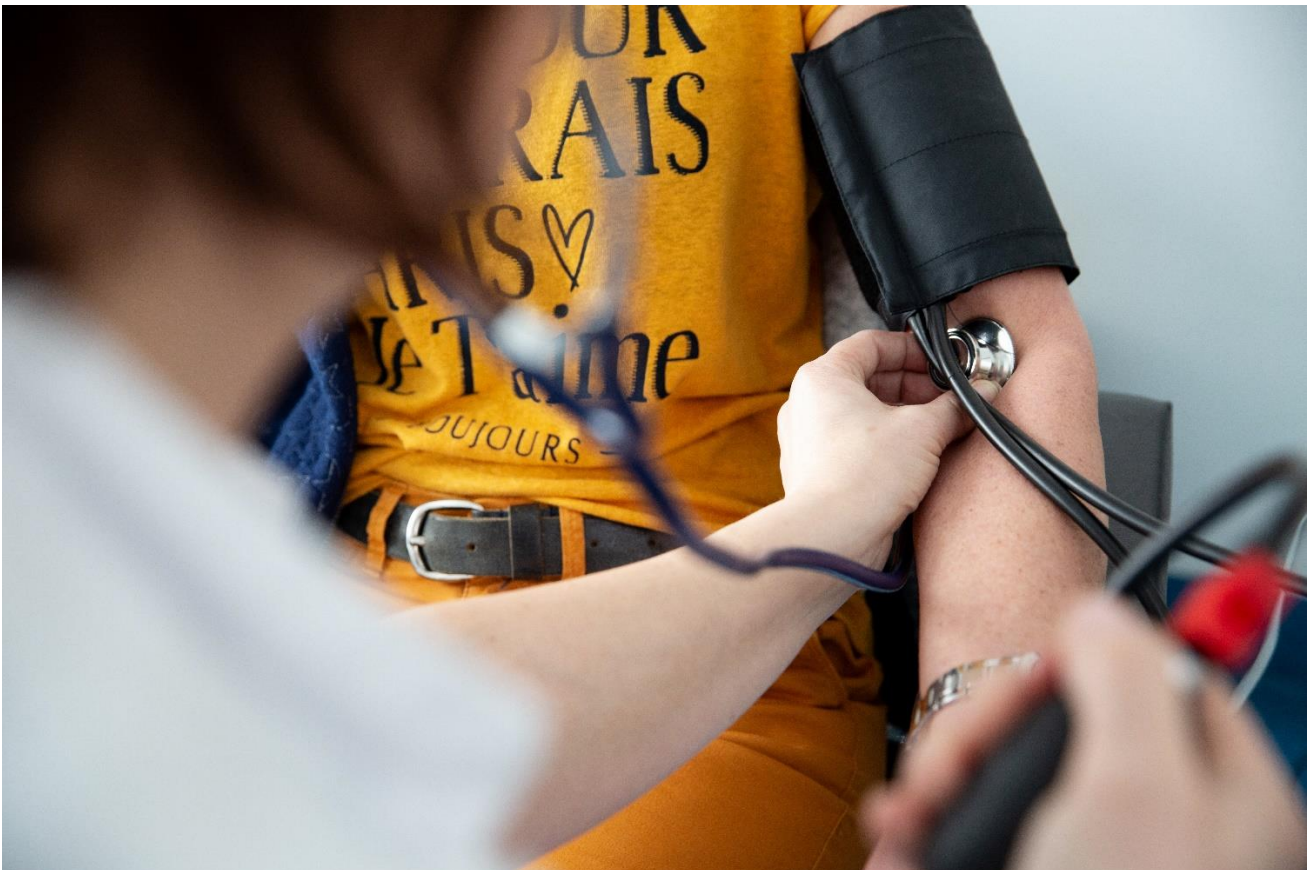
#### 4.2.3 PERSOONSGERICHTE ZORG VOOR DE OUDER WORDENDE PATIËNT BINNEN HET ZORGPROGRAMMA

Bij de ouder wordende patiënt kunnen er andere streefwaarden worden gehanteerd (bijvoorbeeld bloeddruk en Hb1AC). Daarnaast bewust wel of niet inzetten van diagnostiek en de controlefrequentie aanpassen aan de (zorg)behoefte van de patiënt en nog meer “zorg op maat” leveren. In de kwaliteitscommissies Astma/COPD en DM/CVRM in 2024 wordt dit een speerpunt. We betrekken hier bewust de kwaliteitscommissie bij, omdat dit

niet alleen invloed heeft op de huisartsenzorg maar op de hele ketenzorg.

#### 4.2.4 UITBREIDING PERSOONSGERICHTE INDICATOREN

Bij persoonsgerichte zorg passen persoonsgerichte indicatoren. In 2023 hebben we “persoonlijke streefwaarden” als persoonlijke kwaliteitsindicatoren geïntroduceerd voor DM & CVRM. De ontwikkelingen volgen elkaar snel op en in andere regio’s wordt ervaring opgedaan met meer persoonlijke kwaliteitsindicatoren. We volgen deze ontwikkelingen en definiëren in de loop van 2024 hier verder beleid op waar we in 2025 mee kunnen starten.



## 5. VERBETEREN VAN ZORG

### 5.1 KWALITEITSBELEID OP MAAT

Voorbereidend op de ontwikkelingen binnen de chronische zorg kiezen wij voor een kwaliteitsbeleid op maat. Minder de nadruk op het registreren van indicatoren en meer persoonsgerichte kwaliteitsindicatoren en een (kleine) set procesindicatoren. Hiermee wordt de beweging ingezet van “verantwoording afleggen” naar “verantwoordelijkheid nemen voor kwaliteit” met de intrinsieke motivatie van professionals en het lerend vermogen centraal.<sup>8</sup>

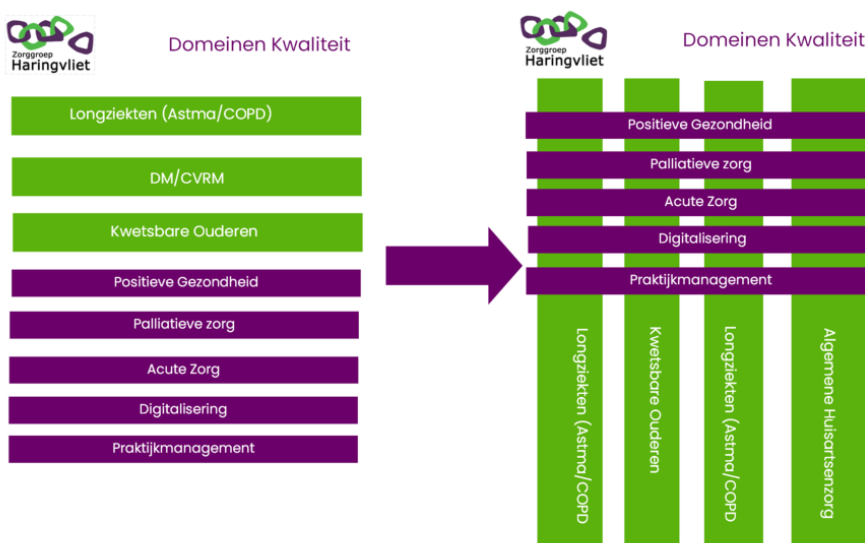
#### 5.1.1 PROGRAMMAGROEP KWALITEIT

Vooruitlopend op veranderende opzet van de zorgprogramma’s is de organisatie van ons kwaliteitssysteem aangepast. Door de komst van kaderartsen Palliatieve zorg, Acute zorg CMIO’s en Leefstijlartsen kunnen we een integrale blik op kwaliteit introduceren, waarin meer aandacht is voor onder andere persoonsgerichte zorg en “zorg op de juiste plek”. Frequentie van vergaderingen van de kwaliteitscommissies per zorgprogramma gaan

van 5 keer per jaar naar 2 keer per jaar. De programmagroep Kwaliteit, waaraan alle kaderartsen en kwaliteitsmedewerkers van de Zorggroep deelnemen, evalueert tweemaal per jaar de kwaliteit en stuurt zo nodig bij. Hierbij wordt de PDCA-cyclus als uitgangspunt gehanteerd.

#### 5.1.2 UITBREIDING KWALITEITSBELEID VAN MDZ NAAR HUISARTSENZORG

In het najaar van 2023 wordt binnen het programma “Huisartsenzorg van de Toekomst” met de praktijkhouders besproken of en hoe er invulling gegeven kan worden aan uitbreiding van het kwaliteitsbeleid van MDZ naar de huisartsenzorg. Spiegelinformatie zal dan mogelijk uitgebreid worden met bijvoorbeeld Vektis-praktijkspiegel en VIPLive Chronische Zorgdashboard. Dit is een voor ons nieuwe verantwoordelijkheid. Het wordt een hele klus hiervoor mandaat op te halen en vraagt extra inzet. Voorwaarde is organisatorische en financiële ondersteuning van CZ.



FIGUUR 1 EEN NIEUWE KIJK OP KWALITEIT IN 2023

<sup>8</sup> Kwaliteitsbeleid huisartsenzorg 2019



**FIGUUR 2 OPBRENGST BIJENKOMST PROGRAMMATEAM KWALITEIT 22-06-2023**

### 5.1.3 SPIEGELINFORMATIE

Jaarlijks organiseert Zorggroep Haringvliet spiegelbijeenkomsten voor de aangesloten praktijken. Elk kwartaal wordt een opmaat voor de praktijk samengesteld kwartaalbericht verstuurd op basis van de doelstellingen in het zorgaanbodplan, met als doel praktijk-medewerkers te stimuleren het gesprek over kwaliteit met elkaar aan te gaan.

### 5.1.4 PATIËNTERVARINGSONDERZOEK (PREM)

Een belangrijke bron van spiegelinformatie én input voor ons beleid is het Patiëntervaringsonderzoek (PREM). In 2024 wordt dit nogmaals uitgevoerd, gezamenlijk met Cohesie, Zorggroep Hoeksewaard en Zorggroep Ridderkerk. Samergo wordt gevraagd een vooronderzoek uit te voeren naar verschillende onderzoeksmethodes (periodiek of doorlopend), waarbij bij de keuze van een onderzoeksmethode rekening wordt gehouden met inwoners met beperkte gezondheidsvaardigheden en met een marktconforme prijsstelling.

## 5.2 DOELMATIG VOORSCHRIJVEN VAN MEDICATIE

Zorggroep Haringvliet is een van de voortrekkers van het Regionaal Longformularium. Hierin worden afspraken vastgelegd over welke longmedicatie het beste kan worden voorgeschreven.

## 5.3 PATIËNTEN VAN ELKAAR LEREN: ORGANISEREN PATIËNTEN BIJENKOMSTEN DIABETES CAFÉ LONGPUNT

In samenwerking met het Longfonds organiseert de Zorggroep 4 longpuntbijeenkomsten per jaar voor iedereen met een longziekte. Familieleden en andere belangstellenden zijn ook van harte welkom op deze bijeenkomsten.

De onderwerpen voor de bijeenkomsten worden bepaald door de input van de longpuntbezoekers en de werkgroep Longpunt. In deze werkgroep zijn verschillende disciplines vertegenwoordigd, zoals de longarts, de fysiotherapie, longverpleegkundigen, diëtist, vrijwilligers vanuit het Longfonds en een medewerker vanuit de Zorggroep.

De longpuntbijeenkomsten worden goed bezocht en worden zeer gewaardeerd. Het onderling uitwisselen van ervaringen onder het genot van een kopje koffie of thee wordt erg op prijs gesteld.

Door bezuinigingen en het kiezen van een andere weg is het niet zeker of het Longfonds de longpunten de komende jaren gaat financieren. De Zorggroep vindt het organiseren van deze patiëntenbijeenkomsten van een te groot belang en is van mening dat deze longpuntbijeenkomsten moeten blijven bestaan. Als het Longfonds de financiering stopzet, zal de Zorggroep deze voor haar rekening nemen. De verwachte kosten zullen rond de 3000 euro bedragen.

## 5.4 PATIËNTEN PARTICIPATIE: CLIËNTENRAAD EN BEWONERSBERAAD

Samen met Zorggroep Hoeksewaard en Huisartsenpost 't Hellegat wordt een Cliëntenraad opgericht. Verwachting is dat deze Cliëntenraad begin 2024 actief zal zijn. Vanuit het Regioplan zal een bewonersberaad worden ingesteld.



## 6. ZORGVERNIEUWING OP REGIONAAL NIVEAU

### 6.1 ICT EN DIGITALISERING

#### 6.1.1 REGIONAAL ICT PLAN

Samen met Regionale huisartsenorganisatie Cohaesie, Zorggroep Hoeksewaard, Zorggroep Ridderkerk werken wij samen in een Regionaal ICT plan. Met als doel onder andere inzet van slimme technologie, digitalisering en persoonsgerichte zorg.

#### VERGROTEN DIGITALE VAARDIGHEDEN

##### PRAKTIJKMEDEWERKERS

Onderdeel van het Regionaal ICT plan is het verbeteren van digi- en techvaardigheden van alle medewerkers in de huisartsenpraktijk, met als doel het verhogen van kwaliteit van zorg, werkplezier; nu en in de toekomst<sup>9</sup>.

##### HUISARTSENPRAKTIJK VOORBEREID OP DIGITALE ONTWIKKELINGEN

In 2023 zijn praktijkscans uitgevoerd bij 95% van de huisartsenpraktijken aangesloten bij Zorggroep Haringvliet. De uitkomsten van deze praktijkscan kunnen leiden tot bijstelling van het Regionaal ICT plan. Dit wordt in 2024 onderzocht.

##### DIGITALE COMMUNICATIE MET DE PATIËNT

- Digitale communicatie tussen huisartsenpraktijk en patiënten verloopt via patiëntportaal met digitale triagetools en consult voorbereidende vragenlijsten.
- Structureel programma opgezet met de Bibliotheek voor het aanbieden van de cursus Digivitaler met als doel "patiënten zijn digitaal vaardiger".

### MULTIDISCIPLINAIRE GEGEVENS UITWISSELING

- Regionale kaart opstellen met communicatiestromen over de domeinen heen.
- Landelijke programma gegevensuitwisseling volgen voor: Medicatieoverdracht, PGO en Faexit. Regionale ontwikkelingen volgen voor: Alternatief verwijzen.

#### 6.1.2 "DIGITAAL VERBONDEN"

In de regio wordt gewerkt aan een innovatief programma wat zich richt op het ontwikkelen van een digitaal platform voor én door patiënten en zorgverleners. Betrokken organisaties zijn onder andere Zorggroep Haringvliet, Rijnmond Dokters, Van Weel Bethesda, Erasmus MC, Zorggroep Hoeksewaard en Erasmus MC.

#### 6.1.3 VEILIGE COMMUNICATIE IN DE WIJK

Binnen VIPLive kunnen zorgverleners veilig en gestructureerd medische gegevens delen en communiceren. In 2023 zijn de casemanagers gestart met digitaal verwijzen met dit systeem. In 2024 wordt dit verder uitgebreid naar andere zorgverleners in de wijk.

#### 6.1.4 INDIVIDUEEL ZORGPLAN (IZP)

Voor de start van het zorgproces is in samenspraak met de patiënt een individueel zorgplan opgesteld. Daarin worden de persoonlijke zorgdoelen van de patiënt en de activiteiten, die zowel door de zorgverlener als de patiënt uitgevoerd kunnen worden, vastgelegd. Elke praktijk doet dit op zijn/haar eigen wijze. Door introductie van zelfmanagement en meer persoonsgerichte

<sup>9</sup> Projectplan Digitale Vaardigheden praktijkmedewerkers ICT Regioplan 2023-2024.

zorg krijgt het individueel zorgplan een nog grotere rol en wordt voorwaardelijk dat de patiënt inzage in zijn/haar IZP heeft en dit kan beheren. Dit vraagt meer regie op dit onderwerp. Op dit moment is er nog geen oplossing die voldoet aan deze voorwaarden. We volgen de ontwikkelingen en onderzoeken wat de mogelijkheden zijn om dit samen in het Regionaal ICT plan op te pakken.

#### *6.1.5 PILOT THUISMONITORING HYPERTENSIE*

Het Luscii GP hypertensie programma is speciaal ontworpen voor patiënten (met een risico op) een hoge bloeddruk. Het programma ondersteunt patiënten bij het beheren van hun eigen bloeddruk, terwijl ze verbonden blijven met hun huisarts. Er wordt een pilot gestart bij twee huisartsenpraktijken. Met als doel meer

zelfmanagement en minder inzet van de zorgverlener.

#### *6.1.6 MEEDENKCONSULT*

Gebruik van Digitale meedenkconsulten neemt toe. Er worden nu consultaties gedaan naar Van Weel Bethesda Ziekenhuis, Spijkenisse Medisch Centrum, Maasstad ziekenhuis, Cardiologisch centrum Rijnmond en Albert Schweitzer. Er komt een uitbreiding naar de GGZ. Behoeft naar andere consultaties bijvoorbeeld Verpleegkundig specialisten worden geïnventariseerd.

De inzet van het ICT Regioplan wordt gefinancierd uit het daarvoor separaat beschikbare budget.



## 6.2 PRAKTIJKMANAGEMENT

Wijkmanagement en het opstellen van een Wijkplan is onderdeel van MTVP. De praktijkmanager kan daar bij uitstek een verbindende rol in hebben. Onze begeleiding zal daar op toegesneden worden. Het continueren en, indien nodig, faciliteren van intervisiegroepen voor praktijkmanagers.

Inzet: 6% van het budget via S3 financiering.

## 6.3 ARBEIDSMARKT

Het waarborgen van het project “Opleiden is het nieuwe werven” in de huisartsenzorg met als uitgangspunt een oplossing te bieden voor de arbeidsmarktproblematiek waarin taakdifferentiatie en Meer Tijd Voor de Patiënt (IZA) meegenomen wordt.

Opleiden van Physician Assistant (PA) en Verpleegkundig Specialist (VS) kan een meerwaarde zijn in de huidige arbeidsmarktproblematiek. Dit is geen onderdeel van het project “Opleiden is het nieuwe werven”.

Zorggroep Haringvliet gaat onderzoeken wat de mogelijkheden zijn om een opleiding te starten voor PA en VS.

## OPVOLGING VAN HUISARTSENPRAKTIJKEN

30% van de praktijkhouders gaat binnen zes jaar met pensioen en het is moeilijk om praktijkopvolgers te vinden. Zorggroep Haringvliet gaat onderzoeken op welke wijze we hierbij ondersteuning kunnen geven, bij voorkeur samen met andere partners in de regio.

## LOKALE HUISVESTINGSPROBLEMATIEK

Het wordt voor steeds meer huisartsenpraktijken lastig om goede huisvesting te vinden. Naast deelname in het project huisvestingproblematiek door Regiotafel ZHZ, is er intensief overleg met gemeenten Goeree-Overflakkee en

Voorne aan Zee om hier oplossingen voor te vinden.

Inzet: opleiding PA/VS: maken plan samen met Samergo en 0,10 dag projectmanager O&I.

## 6.4 ACUTE ZORG

Het ziekenhuis (van Weel Bethesda) en de huisartsenzorg zijn samen een programma Acute Zorg gestart, waarbij een kernteam is ingericht en zes projecten die aan de speerpunten van het programma invulling geven. ACP is een van de projecten en vormt voor efficiënte en patiëntgerichte (sub)acute zorg een essentiële basis. Daarnaast is ook subacute zorg thuis een onderwerp, aangezien dit een ontlasting voor de eerstelijnszorg betekent. Verder wordt onderzocht op welke wijze een Geriatric Medical Emergency team kan worden ingericht.

Inzet Projectmanager O&I: 0,25 dag

## 6.5 Pilot integraal zorgpad “COPD voor exacerbatiepatiënten met thuismonitoring”

Herzien van het zorgpad voor COPD patiënten in zowel de 1<sup>e</sup> als 2<sup>e</sup> lijn, in samenwerking met het Van Weel Bethesda ziekenhuis. Waarbij in eerste instantie de focus wordt gelegd op patiënten met recidiverende exacerbaties. Doelstelling is om te komen tot een gezamenlijk zorgpad voor COPD met inbedding van patiëntgerichte ondersteuning middels thuismonitoring. En een regionale, gezamenlijke (1<sup>e</sup> en 2<sup>e</sup> lijns)opvolging van signalen vanuit de thuismonitoring. Hierbij is gekozen voor de Inzet van Sanacoach. Dit is nadrukkelijk ook het anders inrichten van de zorg rondom de COPD patiënt samen met de 2<sup>e</sup> lijn.

Inzet: nog onbekend

## 6.6 WIJKMANAGEMENT

Door landelijke ontwikkelingen zullen er meer mensen met (tijdelijk) verminderde gezondheidsvaardigheden en een complexe zorgvraag in de thuissituatie verblijven. Een mogelijke oplossingsrichting hiervoor is het vormen van wijkteams. In deze wijkteams zijn ook de SOG en de AVG-artsen vertegenwoordigd.

- Stimuleren om niet-vrijblijvende samenwerkingsafspraken te maken aan de hand van de Handreiking voor structurele samenwerking in de wijk van LHV, NHG en InEen.
- De mogelijkheden van aansluiting tussen praktijk, wijk en regio (verder) vormgeven.
- Het verstevigen en, waar nodig, aanjagen van de verbinding tussen de verschillende stakeholders zorg en sociaal domein op meerdere niveaus.

In 2023 met doorloop naar 2024 willen we starten met het inventariseren hoe de huidige samenwerking in de wijken wordt vormgegeven, welke praktijken de hoogste urgentie hebben en bereidheid zijn om mee te werken aan een pilot voor het opstellen van een wijkplan. Praktijkmanagers krijgen hierbij een belangrijke rol.



### WIJKPLAN

De Zorggroep wil graag de burgerparticipatie vergroten, het maken van een wijkplan is daar helpend bij. Een wijkplan voor huisartsen is een document dat de gezondheidsbehoeften en -doelen van een specifieke wijk beschrijft, evenals de strategieën en acties die huisartsen kunnen ondernemen om aan die behoeften te voldoen.

1. Opstellen van een wijkplan
  - Inzicht & analyse van wijkgegevens.
  - Opstellen van een wijkplan.
2. Samenwerkingsafspraken maken en uitvoeren
  - Organiseren infrastructuur, draagvlak en betrokkenheid (MDO).
  - Betrekken van inwoners/patiënten.
  - Coördineren van een wijknetwerk en pilots/programma's.
3. Vormgeven en ondersteunen van zorgaanbod, innovatie en kwaliteitsbeleid.
  - Vormgeven van wijkgezondheidsbeleid.
  - Vormgeven van overlegvormen met en van huisartsen.

Rondom de wijk is het Regioplan leidend. Onze voornaamste inzet zal, zoals eerder beschreven, het verkrijgen van bewustzijn op de werkvloer zijn in voorbereiding op het grotere Regioplan.

Inzet: zie eerder



## 6.7 DUURZAAMHEID

Na een eerste inventarisatie bij de praktijkmanagers zal gestart worden met het verbeteren van afvalscheiding in de praktijken en een bijeenkomst te organiseren om meer bewustwording te creëren voor de "Groene Huisartsenpraktijk".

## 6.8 SAMENWERKING VVT, GGZ EN ZIEKENHUIZEN

### 6.8.1 TEAM TRANSMURALE COMMUNICATIE

In 2022 is gestart met het Team Transmurale Communicatie (TTC). In 2023-2025 wordt hiermee verdergegaan. Doel van het TTC:

- Inventariseren knelpunten en mogelijkheden tot optimalisatie in de samenwerking tussen het Van Weel Bethesda ziekenhuis, CuraMare Thuis- en Ouderenzorg en huisartsenpraktijken aangesloten bij Cohaesie en Zorggroep Haringvliet.
- Zorgdragen dat bovenstaande geconstateerde items worden opgelost én geïmplementeerd worden binnen ouderenzorg, ziekenhuis en huisartsenpraktijken.
- Transparantie in transmurale werkafspraken.

Uitgangspunt hierbij is De Juiste Zorg op de Juiste Plek (JZJP).

Zorggroep Haringvliet vertegenwoordigt in dit overleg huisartsen aangesloten bij Regionale huisartsenorganisatie Cohaesie.

Inzet: regiomanager 2 uur per 3 weken

### 6.8.2 INTEGRALE SIGNALERENDE HUISBEZOEKEN

In Voorne aan Zee zijn vanuit het programma "Ouderenzorg Voorne" afspraken gemaakt over de terugkoppeling vanuit de signalerende huisbezoeken, die door de welzijnsorganisatie worden gedaan, naar de huisartsenpraktijken. Op Goeree-Overflakkee worden deze huisbezoeken ook uitgevoerd, maar is geen terugkoppeling/samenwerking met de huisartsenpraktijken. Onderzocht gaat worden hoe we hier meer afstemming in kunnen realiseren.

### 6.8.3 REGIONALE TASKFORCE GGZ

Passende zorg, de Juiste Zorg op de Juiste Plek, het bevorderen van toegankelijkheid van de GGZ in de regio Zuid Hollandse Eilanden.

- Wachttijden GGZ en urgentie.
- Transfertaafel en casuïstiektafel.
- Meedenkconsultatie GGZ en eHealth.
- IZA: Huisarts – Sociaal Domein –GGZ.

Inzet: bestuurder 10 uur per jaar. Projecteigenaar: 25 uur per jaar

## 6.9 REGIO VOORNE-PUTTEN

### 6.9.1 GEMEENTE VOORNE AAN ZEE

Drie keer per jaar een ambtelijk overleg met de regiomanager. Dit overleg is in samenwerking met Zorggroep Cohaesie. Vaste onderwerpen zijn:

- Projecten vanuit huisarts en gemeente
- Jeugd (basis GGZ)
- Wmo
- Welzijn voorliggend veld
- Signalen huisartsen

Bestuurlijk overleg 1 keer per jaar.

Gemeente Voorne aan Zee streeft ernaar een "gezondheidsvaardige gemeente" te zijn. Dat is een gemeente die toegankelijk en begrijpelijk is voor iedereen.

### 6.9.2 REGIONAMANAGEMENT VOORNE AAN ZEE

De Regiomanager onderhoudt persoonlijk contact met de huisartsenpraktijken en hun ketenpartners. Korte lijntjes en een verbinding



zijn tussen de huisartsen en de gemeente of andere belangrijke ketenpartners.

### 6.9.3 PROGRAMMA OUDEREN VOORNE

- Centrale toegang thuiszorg Brielle.
- Doorontwikkeling Regionaal Coördinatiepunt.
- Regionale Samenwerking toegang Specialist Ouderengeneeskunde in de eerste lijn.
- Expertiseteam Ouderen Voorne.
- Positief Gezond Welzijn op Recept.
- Integrale signalerende huisbezoeken ouderen.
- Domein overstijgende samenwerking in doorstroom naar ondersteuning.
- Implementatie TOM methodiek (valpreventie, gezonde voeding en sociale omgeving).

Inzet: bestuurder 20 uur per jaar. Regiomanager 0,5 dag per week

## 6.10 REGIO GOEREE-OVERFLAKKEE

### 6.10.1 REGIOMANAGEMENT GOEREE-OVERFLAKKEE

Contact onderhouden met huisartsenpraktijken en hun ketenpartners. Contacten met ouderenzorg organisaties verder uitbreiden en verdiepen. Gezien de wachtlijstproblematiek verdieping van contact met GGZ-aanbieders om ook vindbaarheid voor de huisartsen verder te verbeteren (voorkomen van verkeerde verwijzingen en zoeken naar mogelijkheden voor “wachtlijstverzachters”).

### 6.10.2 GEMEENTE GOEREE-OVERFLAKKEE

4x per jaar overleg met wethouder, directie Sociaal Domein en bestuurder en regiomanager Zorggroep Haringvliet. Tussentijds operationeel overleg beleidsmedewerkers en regiomanager Zorggroep Haringvliet. Onder andere over onderwerpen:

- Opvang en medische zorg Oekraïners.
- Hitteplan.
- Wachtlijstproblematiek Wmo en Jeugd.
- POH GGZ jeugd.
- Nieuwbouwprojecten – in een vroeg stadium voorzieningen treffen voor huisartsenzorg.
- Huisvestingsproblematiek huisartsen.

### CENTRALE TOEGANG VOORLIGGENDE VELD

Realiseren centrale vraaggestuurde ingang voor huisartsenpraktijken voor het voorliggend veld Maatschappelijk werk, Centrum Jeugd en Gezin, Mee Cliëntondersteuning en welzijnsorganisatie Stichting Zijn. En optioneel Centrum voor levensvragen ZHZ. Gemeente Goeree-Overflakkee start in 2024 dit project.

### SAMENZIJEN, INTEGRALE AANPAK VERSLAVING

We participeren actief, waarbij we de huisartsen vertegenwoordigen in werkgroepen en in de stuurgroep.

### WELZIJN OP RECEPT

In 11 van de 13 huisartsenpraktijken op Goeree-Overflakkee wordt (augustus 2023) gebruik gemaakt van Welzijn Op Recept.

#### 2024-2025

- Uitbreiding naar andere praktijken en intensivering.
- Uitbreiding naar jeugd/jongeren.
- Uitbreiding welzijnsarrangementen door o.a. inzet op jeugd/jongeren en o.a. inzet van de beweegmakelaar.

### 6.10.3 TOEKOMSTBESTENDIG LEVEN OUDEREN

- Dorp van morgen.
- Positieve Gezondheid en Vroeg signalering.
- Bewustwordingscampagne [De Goede Nieuwe Tijd](#).

Inzet bestuurder: 3 uur per maand. Inzet regiomanager 0,5 dag per week

## 6.11 TOEKOMSTBESTENDIGE HUISARTSENZORG

In het najaar vinden er bijeenkomsten plaats waar de huisartsen aan de hand van “Design Thinking” aan de slag gaan om na te denken over de huisartsenpraktijk van de toekomst. Onderwerpen die aan bod komen zijn; wijk-samenwerking, taakdelegatie, horizontaal verwijzen, passende zorg etc. De uitkomsten worden gebruikt om verder beleid in 2024-2025 te ontwikkelen.

Inzet O&I projectgelden: 30.000 euro. Facilitering PI reservering

## 7. ORGANISATIE ZORGGROEP HARINGVLIET

### 7.1.1 ONDERZOEKEN MOGELIJKE SAMENWERKING

#### COHAESIE

Er wordt in 2023 een start gemaakt met het onderzoek naar samenwerking met [Cohaesie](#). De aanleiding hiervoor is het vormen van een slagvaardige toekomstbestendige regionale (huisartsen)organisatie. De besturen ALV's en Raden van Toezicht hebben instemmend gereageerd met het voornemen dit onderzoek te starten. Het voornemen is een definitieve samenwerking vorm te geven vanaf 1 januari 2025.

### 7.1.2 ORGANISATIE ZORGGROEP HARINGVLIET

Zorggroep Haringvliet BV wordt gevormd door een aandeelhouder (huisartsenbestuur), Raad van Commissarissen en een personeelsbestand van 6 mensen.

#### TWEE REGIOMANAGERS GOEREE-VOORNE AAN ZEE

Vertegenwoordigers in- en extern voor de Zorggroep en zijn beleid. Zij verdelen met de directeur-bestuurder portefeuilles zoals kwaliteit en scholing, ouderenzorg, positieve gezondheid, wijkprogramma's etc.

#### TWEE KWALITEITSMEDEWERKERS INHOUDELIJK CHRONISCHE ZORG EN OUDERENZORG

Lid kwaliteitscommissies, inhoudelijke vormgeving protocollen samen met kader(huis)artsen en medisch specialisten, verpleegkundig specialisten en andere stakeholders. Beiden zijn naast hun werkzaamheden voor de Zorggroep ook werkzaam als POH-somatiek, dus een belangrijke schakel van de Zorggroep naar de praktijken.

#### PROJECTMANAGER

De komst van een projectmanager bij Zorggroep Haringvliet geeft een belangrijke kwaliteitsimpuls aan onze projectorganisatie.

Lopende projecten: Gecombineerde Leefstijl Interventie (GLI), Acute zorg, Advanced Care Planning en Veilig communiceren in de wijk.

#### KADER(HUIS)ARTSEN CVRM/DM EN COPD/ASTMA

Zij toetsen en leveren inhoud. Naast de (medische) leden van de kwaliteitscommissie. Bijzonder is dat wij ook een internist van het Van Weel Bethesda ziekenhuis inzetten als kaderarts.

#### DRIE MEDEWERKERS SECRETARIAAT

Taken: projectondersteuning Regionaal ICT plan, planning en organisatie deskundigheidsbevordering, communicatie (intern/extern), beheer Haringvliet Web, website, bestuursondersteuning, agendabeheer, secretariaat.

#### DIRECTEUR-BESTUURDER

Eindverantwoordelijk voor strategie en beleid, financiën, personeel, organisatie, contractering, regionale ontwikkeling, samenwerking, kwaliteit en toegankelijkheid van zorg, persoonsgerichte zorg.

#### OVERIG

Communicatie, ICT en Financiële administratie wordt extern ingehuurd.

#### COMMUNICATIE

Er is een actief communicatiebeleid zowel naar stakeholders, inwoners als organisatiebetrokkenen.

Daar de inzet voor de komende jaren op Positieve Gezondheid en samen beslissen ligt en omdat we stappen willen maken in een plan (en executie) van toekomstbestendige huisartsenvoorziening, zullen we een investering moeten doen in ondersteuning voor deze processen door het aantrekken van een specialist op bovenstaande gebieden.

Specialist ondersteuning positieve gezondheid/samen beslissen 2-3 dagen per week 1-2 jaar.

Organisatieadvies huisartsenzorg op inhuurbasis 1 jaar.

