

Uitvoeringsplannen
Sterke zorg in wijk en regio



hadoks

Chronische Zorg bv

Jaarplan 2020

17-10-2019



Regioplan Hadoks

Speerpunten

Ketenonderhoud

Vier ketens
DM
CVRM
Longzorg (COPD en Astma)

Complexe ouderenzorg

Geriatrische netwerken

JZOJP

Chronische ketenzorg van 2e
naar 1e lijn

Categoriseren van patiënten
t.b.v. inrichten zorgpad

1 centraal coördinatiepunt

Meekijkconsulten

Taakdifferentiatie

Uit de ketenzorg, in de
ouderenzorg

GGZ

Voorwaarden

- Aanspreekbare organisatie met mandaat
- ICT/eHealth
- Integratie ondersteuningspijlers

- Persoonsgerichte zorg
- Preventie
- Multisectoraal werken (gemeenten)

- Implementatiestructuur ontwikkelen
- Wijkprofielen
- Sub regio wijkplannen triple aim

Zorgvernieuwing

Wijkgericht werken

1. Inhoud

2.	Inleiding	1
3.	Uitvoeringsplan Ketenonderhoud	1
1.	Vier ketens verplicht stellen: betere zorg en indicator kwaliteit van praktijk (effectuering van contracten met praktijken)	1
2.	Categoriseren patiënten	2
3.	Taakdifferentiatie	3
4.	Uitvoeringsplan complexe ouderenzorg	4
5.	Uitvoeringsplan Juiste zorg op de juiste plek	5
1.	Chronische zorg blijft en komt terug in de eerstelijns (diabetes, longzorg en hart- en vaten)	6
2.	Ziekenhuiszorg naar de wijk: meekijk- en teleconsulten, horizontaal verwijzen en Haagse Zorgen	7
3.	GGZ	8
6.	Uitvoeringsplan Zorgvernieuwing.	8
1.	Persoonsgerichte zorg	8
2.	Preventie	9
3.	Multisectoraal samenwerken	10
7.	Uitvoeringsplan Wijkgericht werken.....	11
1.	Implementatiestructuur ontwikkelen en inzet van wijkprofielen	11
2.	Triple aim wijkplan	12
8.	Kwaliteits Prestatie Indicatoren 2020	13
	<i>Ketenonderhoud.....</i>	<i>13</i>
	<i>Complexe ouderenzorg</i>	<i>13</i>
	<i>Juiste zorg juiste plek.....</i>	<i>13</i>
	<i>Zorgvernieuwing</i>	<i>14</i>
	<i>Wijkgericht werken.....</i>	<i>15</i>
9.	KPI's in de tijdplanning.....	15
10.	Wijkindeling	16
	<i>Hadoks werkgebied</i>	<i>17</i>

2. Inleiding

In dit document worden de uitvoeringsplannen van Hadoks Chronische Zorg B.V. beschreven, behorende bij het Regioplan "Sterke zorg in wijk en regio". Per speerpunt - zoals omschreven in het regioplan - wordt aangegeven waarom dit een speerpunt is, welke maatregelen daarvoor nodig zijn en hoe we die gaan uitvoeren met bijbehorende acties en KPI's. Er zijn vijf uitvoeringsplannen: ketenonderhoud, complexe ouderenzorg, Juiste Zorg op de Juiste Plek (JZOJP), zorgvernieuwing en wijkgericht werken. In de laatste paragraaf wordt aangegeven welke middelen nodig zijn om deze uitvoeringsplannen te realiseren.

3. Uitvoeringsplan Ketenonderhoud

WAAROM

Om de juiste ketenzorg door de juiste zorgverlener op het juiste moment te verlenen waardoor er meer tijd wordt gecreëerd voor de patiënt die het nodig heeft (voorkomen over- en onderbehandeling), er een grotere eenduidigheid in kwaliteit van praktijken/minder praktijkdifferentiatie wordt gerealiseerd en de werkdruk bij de huisartsen wordt vermindert.

MAATREGELEN

1. Vier ketens verplicht stellen: betere zorg en indicator kwaliteit van praktijk (effectuering van contracten met de huisartsen);
2. Categoriseren patiënten;
3. Taakdifferentiatie.

1. Vier ketens verplicht stellen: betere zorg en indicator kwaliteit van praktijk (effectuering van contracten met praktijken)

Op 1 april 2019 was het aantal deelnemende huisartsenpraktijken aan de ketens als volgt (hier wordt onderscheid gemaakt in VRM SP en PP, in onderstaande uitwerking wordt dit verder als één keten gezien):

Keten	Percentage
DM	100%
COPD	73%
Astma	53%
VRM SP	89%
VRM PP	70%

HOE

Communicatie richting praktijken:

1. Verplichting per 31 december 2020 om aan alle ketens deel te nemen, dit wordt goed en duidelijk gecommuniceerd. De noodzaak wordt hierbij op basis van huisartsgeneeskundige argumenten duidelijk gemaakt (o.a. multimorbiditeit).
2. Per 31 december 2020 een lager tarief uitkeren wanneer niet wordt voldaan aan deelname aan alle ketens?

Bijbehorende acties

1. Inventarisatie van deelname door praktijken en identificeren van de praktijken die niet aan norm voldoen;
2. Keuze op inzet ondersteuning Hadoks (bij onwil geen inzet);

3. Gebruik maken van bestaande connecties/jaargesprekken;
4. Belemmeringen achterhalen (huisvesting?);
5. Binnen vermogen tot oplossing komen bij betreffende praktijk/m.b.v. ondersteuning Hadoks;
6. Gebruik maken van HA/collegiale ondersteuning/HA-bestuur en beleid hierop inzetten.
7. Zo mogelijk inzet op wijkniveau/clustering van implementaties (POH scholing e.d.);
8. Juli 2020: herhaling communicatie en ondersteuning implementatietraject;
9. Per wijk inzicht geven van voortgang van implementatie.

KPI verplichting vier ketens.

- Voor 1 juli 2020 biedt 60% van de praktijken vier ketens aan;
- Voor 1 december 2020 biedt 80% van de praktijken vier ketens aan;
- Per 1 november 2020 neemt Hadoks maatregelen op (vier ketens) in de nieuwe contracten 2021 (aanpassing tarifiering).

2. Categoriseren patiënten

WAAROM

Momenteel krijgt iedere patiënt dezelfde (hoeveelheid) zorg aangeboden maar multimorbiditeit neemt toe waardoor je er als huisarts verstandig aan doet te stratificeren. Door middel van stratificeren kijkt men welke patiënt welke zorg – en hoeveel daarvan – nodig heeft, waardoor een patiënt niet meer de verkeerde, te veel of te weinig zorg krijgt aangeboden. Het categoriseren van patiënten is nodig om tot een efficiënt zorgpad te komen waarin taken herschikt zijn en meer gebruik wordt gemaakt van de eigen verantwoordelijkheid van de patiënt door zelfmanagement en zelfzorg.

HOE

1. Selecteren van praktijken in een wijk waar we stratificatie gaan toepassen. Dit doen we wijkgericht vanwege efficiëntie van het uitrollen van zorgpaden in een wijk;
2. Zorgpaden uitwerken conform figuur 2 op pagina 7 van het regioplan. Hierbij maken we tevens gebruik van mensprofielen.

Mogelijke indeling ter illustratie:

	Passieve patiënt	Actieve patiënt
Laag risico	Zorgpad 'A'	Zorgpad 'D'
Midden risico	Zorgpad 'B'	Zorgpad 'E'
Hoog risico	Zorgpad 'C'	Zorgpad 'F'

Bijbehorende acties

1. Praktijken benaderen en enthousiasmeren;
2. Stratificeren door:
 - a. op basis van ICPC-onderscheid aan te brengen;
 - b. aanvullende medische criteria en sociale componenten te beschrijven t.b.v. risico indeling;
 - c. ontwikkelen tool door Zorg op Orde (categoriseert op woordkeus in dossier), toevoegen van trefwoorden op zelfredzaam/pragmatisch en maatschappij kritisch (zie profielen Menzis);
3. Met POH's van deelnemende praktijken en Key POH uit de wijk tools voor zelfzorg en zelfmanagemen inventariseren, ontdekken en implementeren (pilotfase);
4. Digitale consultfunctie vereenvoudigen binnen het KIS;

5. VS centrale rol geven voor middel en hoog complexe patiënten (zijn aanspreekpunt voor dit traject);
6. Onderzoek naar de zelfredzaamheid van laag complexe patiënten door LUMC (promotie?).

KPI categoriseren van patiënten

1. Voor 1 juli 2020 zijn bij 10 praktijken met vier ketens de patiënten gecategoriseerd waarmee een systeem van operationaliseren is ontwikkeld en de zorg (volgens de geformuleerde zorgpaden) gericht ingezet kan worden.

3. Taakdifferentiatie

WAAROM

Nadat stratificatie en categorisering heeft plaatsgevonden, kan door middel van taakdifferentiatie de juiste zorgverlener gekoppeld worden aan de juiste patiënt, waardoor de juiste zorg geleverd kan worden op het juiste moment.

MAATREGELEN

NB : HIER IS ENIGE OVERLAP MET PERSOONSGERICHTE ZORG

- Door de toename van midden complexe patiënten neemt de behoefte aan extra ondersteuning en kennis toe. Voor deze groep patiënten biedt Hadoks de mogelijkheid aan VS en/of kaderarts te consulteren;
- Voor hoog complexe chronische zorg, die binnen de praktijk minder voorkomt, wordt een geconcentreerde consultering/spreekuur door de VS in de wijk georganiseerd.
- Om meer ruimte en tijd te genereren voor meer complexe patiënten organiseert Hadoks chronische zorg op wijkniveau en de cursus Spreekuurondersteuning voor doktersassistente waarmee dokters- en praktijkassistenten de relatief eenvoudige klachten kunnen behandelen.

HOE

1. Het groeiende tekort aan Verpleegkundig Specialisten wordt bij iedere wervingsronde duidelijker. Tegelijkertijd weten we dat er een potentieel aan hoogopgeleide verpleegkundigen is dat voor een deel aan de slag wil in de eerstelijns. Dit potentieel bieden we een (2-jarige) opleiding voor VS aan;
2. Aanbieden scholingstraject bij, door en voor Hadoks.

Bijbehorende acties

1. Tekorten en potenties Verpleegkundige Specialisten inventariseren;
2. Informatie over mogelijke subsidie op gebied van arbeidsmarkt/duurzame inzetbaarheid vergaren;
3. Gerichte werving van 2 VS'en (pilot) in doelgroep (netwerken);
4. Scholing aan (startende) POH'ers, opfris (1x per jaar) en extra aandacht door en voor Key POH'ers (interview; extra ICT scholing).
5. Aanbod cursus spreekuurvoorbereiding; Hadoks initieert en organiseert alleen (kostenneutraal, via services?).

KPI 's taakdifferentiatie.

1. Voor 1 oktober 2020 zijn de huidige POH'ers geschoold (opfris) en is de ontwikkeling tot Key POH'ers gestructureerd (Interview begeleiden; extra ICT en inhoud scholing);
2. Voor 1 april 2020 is de behoefte aan VS'en in beeld gebracht en is een actieplan incl. subsidiemogelijkheden en eventueel aanbod opleiding VS gereed;

3. Voor 1 april 2020 is er een aanbod cursus Spreekuurvoorbereiding DA; Hadoks initieert en organiseert alleen (kostenneutraal, via services).

4. Uitvoeringsplan complexe ouderenzorg

WAAROM

Er wonen tegenwoordig veel meer ouderen met complexe problematiek thuis. In de vergrijsde gebieden van regio Haaglanden (p. 26 regioplan) wordt veel vaker een beroep gedaan op de huisarts bij de complexe problemen van kwetsbare ouderen. Het ontbreekt aan overzicht c.q. een vangnet om de vraag door te leiden naar thuiszorg, wijkverpleging en andere hulpverleners uit andere domeinen als welzijn en de WMO. De taak van de Gemeente bij de invulling van de WMO is onvoldoende uitgekristalliseerd en niet zichtbaar voor de huisartsenzorg.

(NB De verschuiving naar langer thuis wonen van de kwetsbare ouderen is het gevolg van het terugdringen van de zorgkosten, en de maatregelen van de overheid m.b.t. herstructurering van de langdurige zorg).

MAATREGELEN

1. Regie door het Coöperatie Bestuur (CB) en regio organisatie Hadoks;
2. Uitvoering door de regioprogrammaleider Ouderenzorg, samen met de accountmanager huisartsenzorg (liaison tussen het CB en bureau);
3. De regioprogrammaleider faciliteert de praktijk/wijkmanagers in de uitvoerende rol in de 'voorbeeld' wijken;
4. Regionaal in afstemming met de andere eerstelijnsorganisaties SHG, A&Z en de kaderhuisartsen ouderenzorg.

HOE/Bijbehorende acties

De verschillende acties zijn verdeeld op regio-, wijk- en praktijkniveau:

Regio

Regie door het Coöperatie Bestuur (CB) de regio-organisatie Hadoks.

1. Basis op orde: inzet van de rekentool Ouderen Module bij de praktijken die de prestatie Ouderenzorg afnemen;
2. Intensivering van de samenwerkingsafspraken met de VVT over inzet Specialist Ouderen Geneeskunde, thuiszorg/ wijkverpleging, casemanagement dementie;
3. 1 centraal coördinatiepunt – crisisopvang en coördinatie ELV. ELV-bedden per wijk als het kan, regionaal als het moet.

Wijk

Vanuit de regio-organisatie faciliteert de regioprogrammaleider OU de praktijk-/wijkmanager.

1. Samenwerkingsafspraken per wijk over de inzet SOG – afstemming thuiszorg (overige paramedici);
2. Faciliteert de onderlinge samenwerking Geriatrisch netwerk in de wijk (JZOJP) met welzijn en WMO;
3. Inzet ICT ondersteuning t.b.v. de communicatie bij één zorgplan en een coördinerende zorgverlener voor de groep 'verhoogd kwetsbaar'.

Praktijk

1. Evaluatie van de daadwerkelijk inzet POH-OU/VS/Wijkverpleging per praktijk op basis van de CZ prestatie module Ouderenzorg;

2. Optimalisatie gebruik van CZ prestatiemodule Ouderenzorg - door de inzet van POH-OU - toeleiding naar de inzet van VS OU/GPO;
3. Samenwerkingsafspraken per praktijk en in de wijken over de inzet van de SOG en wijkverpleging (netwerk met welzijn/paramedici).

Praktijk werkt volgens 6 stappenplan:

1. Signalering, identificering, categoriseren (p. 6 Regioplan);
2. Gesprekken met ouderen en zo mogelijk mantelzorger (over levensverwachting, wonen en welzijn);
3. Assessment, medicatiereview en de multidomeinanalyse (= vanuit verschillende domeinen analyse op multidomeinproblematiek en 'extreem kwetsbaar');
4. Tool = Haaglanden vlindermodel;
5. Opstellen Zorgplan bij Multidomeinproblematiek en extreem kwetsbaren;
6. Bespreken Zorgplan in 'GPO kernteam'. Extreem kwetsbaren en multidomeinproblematiek toewijzen aan één zorgcoördinator. Zorgcoördinator bewaakt afspraken t.a.v. de interventies die in het GPO/MDO zijn vastgelegd en bereikt deze met kwetsbare ouderen en diens mantelzorger/naasten.

KPI's Complexe ouderenzorg.

1. Per 1 januari 2020 committeren de 'vijf voorbeeldwijken' zich aan het regioplan en laten zich hierbij faciliteren door de regiomanager en HA-accountmanager, die zich verbinden met de Hadoks-organisatie en het coöperatiebestuur;
2. Per 1 april 2020 nulmeting in de 'vijf voorbeeldwijken' om de daadwerkelijk inzet POH-OU/wijkverpleging/VS OU te berekenen en analyseren wat er nodig is en/of overeenkomt met de vraag en inzet van middelen.
3. In 2020 is RTA ouderenzorg opgesteld i.s.m. regionale partijen (VVT, ziekenhuizen, eerstelijns); verwijsprotocollen, vroeg signalering, dementie, enz.
4. Eind 2020 zijn afspraken met zorgverzekeraars gemaakt over structureel meerjarenbeleid en financiering van de praktijkverpleegkundige en toeleiding naar de inzet van één VS in de wijk.

5. Uitvoeringsplan Juiste zorg op de juiste plek

WAAROM

Naast kwaliteit van zorg is kostenbeheersing een belangrijk thema in de gezondheidszorg. Dit om ook in de toekomst de gezondheidszorg beschikbaar en betaalbaar te houden. Eén van de maatregelen is het daar waar mogelijk behandelen van patiënten in de eerstelijns (vanuit tweedelijns) met zo nodig een consultatiefunctie voor de tweedelijns. We leggen de komende jaren de volgende drie accenten: (1) chronisch zieken van 2^e naar 1^e lijn naar 0^e lijn en voorkomen van verwijzingen van 1^e naar 2^e lijn, (2) ziekenhuiszorg naar de wijk en subregio's en (3) laagcomplex GGZ in de huisartspraktijk. Dus: zorg dicht bij de patiënt en kostenbeheersing.

MAATREGELEN

1. Chronische zorg blijft en komt terug in de eerstelijns;
2. Ziekenhuiszorg naar de wijk: meekijk- en teleconsulten;
3. GGZ: laagcomplex zorg.

1. Chronische zorg blijft en komt terug in de eerstelijns (diabetes, longzorg en hart- en vaten)

1a) Diabetes

De beste diabeteszorg op de juiste plek, dit door gestructureerd en op basis van werkafspraken samen te werken (o.a. RTA).

HOE

Terugplaatsen van diabetespatiënten vanuit Diabeteszorg Haaglanden (diabetes poli HMC) naar de huisartsenpraktijk na dossieronderzoek.

Samenwerking in de regio vanuit Haags suiker met Arts en Zorg, SHG, HMC en HagaZiekenhuis.

Bijbehorende acties

1. In kaart brengen van belemmeringen (lopen nu vertraging op);
2. Versnellen van het project (is nu vier jaar voor genomen);
3. Bepalen kenmerken voor dossieronderzoek d.m.v. pilot;
4. Projectmatige aanpak; project-afspraken via Haagse suiker;
5. Informatie over voortgang naar 'Commissie Samenwerking Haaglanden' melden.

1b) Longzorg

Project longzorg: implementatie incl. opzet persoonsgerichte zorg.

HOE

In het kader van vier ketens in de praktijk dient het project longzorg te worden uitgevoerd.

Samenwerking in de regio vanuit Haagse longen met Arts en Zorg, SHG, HMC en HagaZiekenhuis.

Bijbehorende acties

1. Scholen van POH;
2. Laagcomplex terug naar eerstelijns;
3. Positioneren van long VS;
4. Analyse van midden- en hoogcomplex patiënten in ziekenhuis (dossier onderzoek);
5. Voorwaarden creëren zodat patiënten terug kunnen naar eerstelijns: scholing, inzet Verpleegkundig Specialist (conform opzet zorgpad);
6. Consultatiefunctie door specialisten verder vorm geven;
7. Uitbreiden Hartfalen in combi met Longzorg:
 - tool te ontwikkelen door Zorg op orde om praktijken sneller te kunnen includeren;
 - het concentreren van eerstelijns spreekuren voor hoog complexe chronisch patiënten.

1c) Hart- en vaten

HOE

Project hartfalen voortzetten en intensiveren waardoor gerichte verwijzing van hartfalen patiënten van eerste naar tweedelijns door diagnostiek bij de huisarts (ECG en pro-BNP), en substitutie van de chronische zorg van stabiele hartfalen patiënten (met behoud van kwaliteit van zorg voor de patiënt) van tweede naar eerstelijns.

Samenwerking in de regio vanuit Haagse Vaten met Arts en Zorg, SHG, HMC en HagaZiekenhuis: Implementatie CVRM zorg voor vrouwen, RTA NOAC implementeren, RTA CVA opstellen en implementeren, Rookvrije generatie (alle praktijken en ziekenhuizen in de regio committeren zich hieraan).

Bijbehorende acties

1. Hartfalen:
 - a. praktijken enthousiasmeren;
 - b. best practises laten zien;
 - c. inzetten per wijk, waarmee een 'wijkflow' ontstaat;
 - d. inzet van Zorg op Orde om sneller dossier onderzoek te kunnen doen.
2. CVRM zorg voor vrouwen:
 - a. werkafspraken die gemaakt zijn implementeren. Er is een ZonMw aanvraag gediend voor subsidie.
3. RTA NOAC:
 - a. er is een FTO-scholing beschikbaar, RTA uitschrijven en kenbaar maken.
4. RTA CVA:
 - a. afspraken tussen huisartsen en neurologen maken. Implementeren middels app.
5. Rookvrije generatie:
 - a. praktijken en ziekenhuizen enthousiasmeren om hieraan deel te nemen.
 - b. afspraken met gemeente maken om hierin samen op te trekken.

KPI's chronische zorg op de juiste plek

1. Op 1 september 2020 inventariseert Hadoks de pilot doorlichting HMC poli diabetes, evalueert de terugplaatsing naar de betrokken huisartsenpraktijk en rapporteert de voortgang aan de Commissie Samenwerking Haaglanden (JZoJP).
2. Op 1 april 2020 zijn de zorgpaden longzorg uitgewerkt en ingeregeld en heeft een eerste evaluatie plaatsgevonden. Op 1 juli 2020 is 80% van de huisartsenpraktijken aangesloten op de keten. Op 1 december 2020 is 90% van de praktijken aangesloten op de keten.
3. Op 1 december 2020 zijn conform de afspraken in de businesscase 50 praktijken aangesloten op de keten hartfalen.
4. Op 1 december 2020 geeft 40% van de huisartsenpraktijken uiting aan hun deelname aan de activiteiten van de Rookvrije generatie in de publieke ruimte (stoeptegels, vlaggen, etc.).

2. Ziekenhuiszorg naar de wijk: meekijk- en teleconsulten, horizontaal verwijzen en Haagse Zorgen

HOE

Op de regionale transitieagenda staan de initiatieven als het uitbreiden van het meekijkconsult en teleconsultatie, de inzet paramedici (bijv. MDO in huisartspraktijk tussen medisch specialist, paramedici en huisarts), horizontaal verwijzen en het voortzetten van de initiatieven binnen Haagse Zorgen.

Bijbehorende acties

1. Inventariseren waar meekijkconsulten al succesvol ingezet worden en deze intensiveren in andere wijken/praktijken, waarbij teleconsult als norm wordt gehanteerd en daar waar nodig meekijkconsult wordt ingezet;
2. Technische mogelijkheden nagaan;
3. Bezwaren/belemmeringen ordenen;
4. Horizontaal verwijzen inzetten op orthopedie en cardiologie.
5. De initiatieven en afspraken vanuit Haagse Zorgen voortzetten.

KPI van 2^e naar 1^e lijn

1. In 2020 worden de noodzakelijke regionale overleggen voortgezet; Commissie Samenwerking Haaglanden en Haagse Zorgen (Haagse vaten, longen en suiker).

3. GGZ

Vanwege de complexiteit van de GGZ zorg en de organisatie ervan richten we ons als eerste op de laagcomplexere zorg.

MAATREGEL

1. Voorkomen dat laagcomplex GGZ naar tweedelijjn gaat;
2. Terughalen van tweede- naar eerstelijjn.

HOE

1. Voorkomen van verwijzingen naar tweedelijjn;
2. Inzet van zelfmanagement en e-Health;
3. Breed beschikbaar houden van POH GGZ en POH jeugd;
4. Ondersteunen GGZ-zorgprogramma's in de huisartsenpraktijken;
5. Voorkomen verwarring GGZ en zwakbegaafd;
6. Gezien de complexiteit van deze zorg zal dit type projecten in eerste instantie op het niveau van enkele wijken opgestart worden (wijkgericht werken).

Bijbehorende acties

1. Kennis vergroten van POH'ers GGZ;
2. Inzicht verkrijgen in bestand GGZ bepaalde wijk;
3. Organiseren van een netwerk POH GGZ op wijkniveau;
4. Organiseren van scholingen;
5. Key POH GGZ introduceren;
6. Spiegelinformatie op doorverwijzingen op wijkniveau delen;
7. Inzetten van evidence based vragenlijst om zwakbegaafdheid te kunnen signaleren;
8. Specifieke inzet behandelaanpak op zwakbegaafdheid (voorkomt draaideur en doorverwijzing o.a. naar GGZ);
9. Consultfunctie met psychiater inregelen;
10. In overleg met gemeenten inzet POH jeugd bekijken;
11. Onderzoeken welke e-Healthmethoden ingezet kunnen worden t.b.v. zelfmanagement;
12. Een onderwerp kiezen waar als eerste een GGZ zorgprogramma voor geschreven moet worden en dit uitwerken.

KPI's GGZ

1. Op 1 december 2020 zijn in wijken Centrum en Laak ieder kwartaal netwerkbijeenkomsten georganiseerd;
2. Op 31 december 2020 is er een 0-meting beschikbaar hoe vaak de Key POH en de psychiater in 2020 zijn geconsulteerd.

6. Uitvoeringsplan Zorgvernieuwing.

Thema's : **persoonsgerichte zorg, preventie en multisectoraal verwijzen**

1. Persoonsgerichte zorg

WAAROM

Patiënten met chronische multimorbiditeit hebben vaker relatief hoge en complexe zorgbehoeften, en zijn gebaat bij een persoonsgerichte benadering door de huisarts. Het centraal stellen van het patiëntenperspectief maakt een omslag wenselijk van de huidige aandoeningsgerichte ketenzorgprogramma's voor individuele aandoeningen naar één integraal programma chronische zorg met een ziekte-overstijgende insteek. Hiermee wordt over- en onderbehandeling voorkomen.

MAATREGELEN

De transitie wordt dan ook op zowel patiëntniveau als op zorgverlenersniveau opgestart, waarbij de wijze van consultvoering als eerste de aandacht krijgt. Op termijn moet de persoonsgerichte zorg leiden tot zelfmanagement, zelfzorg en een eigen verantwoordelijkheid bij patiënten en consultvoering op maat.

HOE

Inzetten van een verandering van keten- naar chronisch zorg (meer generalistisch).

Van all size fixes all naar maatwerk; generiek waar kan, specifiek waar nodig (aansluiten op categoriseren van patiënten).

Gecombineerde aanpak aanbieden voor zorgverlener (POH) en patiënten voor een nader te bepalen keten doelgroep: laag- en middencomplex, zelfredzaam en pragmatisch.

Bijbehorende acties

1. Selecteren van 3 wijken waar tenminste ... praktijken meedoen; ieder wijk begint met twee praktijken (sneeuwbaaleffect);
2. Aanbieden scholing 'het andere gesprek';
3. Patiënten krijgen patiëntencursus (i.s.m. patiëntenorganisaties, ed.) (er zijn positieve ervaringen met DVN);
4. Consultvoorbereiding digitaliseren voor patiënten;
5. Evaluatie van de twee pilotpraktijken en cijfers (aantal bezoeken, werkdruk, etc.) presenteren aan hele wijk;
6. Eventueel inzet allochtonenbegeleiding. Een experiment met de Stichting Allochtonen Gezondheid (SAGN) dat participeert in Haagse GGZ-netwerken in de Schilderswijk biedt perspectief op dit gebied;
7. Implementatie van vragenlijst consultvoorbereiding in combi met project OPEN;
8. De patiënt krijgt mogelijkheden van online registratie, inzage en zelfstandig keuzes te maken. Daarnaast is het vergroten van kennis over ziekte en gezondheid een versterkende factor hierin.

KPI's persoonsgerichte zorg.

1. Voor 1 oktober 2020 heeft 80% van de POH'ers in drie wijken de scholing 'het andere gesprek' gevolgd. Voor 1 december heeft de helft van deze praktijken (in combinatie met het project OPEN ?) de vragenlijst t.b.v. consultvoorbereiding geïmplementeerd (module 3 OPEN);
2. Voor 1 april 2020 is er een aanpak voor patiëntinformatie/-voorlichting/-cursussen in samenwerking met patiëntenverenigingen opgezet;
3. Voor 1 juli 2020 maken vier praktijken gebruik van een patiëntenportaal. Dit loopt synchroon met de praktijken die scholing 'het andere gesprek' volgen.

2. Preventie

WAAROM

Analoog aan het Nationale Preventie Akkoord ligt binnen het thema preventie en gezondheidsbevordering met name de focus op overgewicht, bewegen, alcohol en roken om het aantal chronische zieken te verminderen.

MAATREGEL

Gedragsverandering teweeg brengen bij personen BMI > 30, rokers, stilzitters.

HOE

- Twee jaar volgen van GLI/Cool programma;
- Het GLI/Cool programma op centrale plekken in de wijken aanbieden aan inwoners met ongezonde leefstijl en een verhoogd risico op het ontwikkelen van chronische aandoeningen;
- Een regionaal team van GLI/Cool leefstijlcoaches die samenwerken zodat er altijd plaats is om deel te nemen en die aansluitingen hebben met de wijknetwerken;
- In alle wijken praktisch Nationale Diabetes Challenge informatiebijeenkomsten organiseren samen met de Bas van de Goor Foundation, Gemeente Den Haag, Lijn1 om multidisciplinaire samenwerkingen te krijgen die gezamenlijk de NDC gaan uitvoeren in de wijk zodat inwoners in een voor hun veilige en sociale setting in beweging kunnen gaan komen;
- SMR stimuleren door 40% van de huisartspraktijken in de regio Rookvrije Generatie Plaatsen te maken en ondersteunen bij deelname aan jaarlijkse evenementen zoals Stoptober (zie ook p. 7 onder hart- en vaten).

Bijbehorende acties

1. Het aannemen van en behouden van maxleefstijlcoaches;
2. Het faciliteren van intervisiebijeenkomsten voor leefstijlcoaches;
3. Het vereenvoudigen van de administratieve processen m.b.t. GLI;
4. Het vasthouden van deelnemers voor het tweede jaar (borging van gedrag) aan GLI/COOL;
5. De deelnemers informeren over de deelname aan NDC in de wijk;
6. Huisartsen en POH'ers vragen mee te lopen in NDC omdat gebleken is dat hier motivatie uitgaat voor deelnemers;
7. Huisartsen enthousiasmeren deel te nemen aan de Rookvrije generatie.

KPI GLI/COOL

- Voor 1 juli 2020 is in alle wijken een leefstijlcoach beschikbaar of heeft tenminste een groep begeleid;
- Voor 1 oktober 2020 is duidelijk op welke wijze het COOL traject wordt voortgezet.

3. Multisectoraal samenwerken

WAAROM

De toegang tot het sociale domein blijkt vaak onoverzichtelijk en verwarrend. Het verwijzen naar de multisectorale netwerken is complex; het wordt onvoldoende ondersteund door de huidige verwijssystemen. Door wisseling van personen kan het ondoorzichtig zijn en bij niet-medische problematiek mist de huisarts/POH overzicht en kennis om goed te verwijzen (de juiste aandacht op de juiste plek).

MAATREGELEN

- Het inrichten van een (doorverwijs)loket;
- Sociaal hospitaal in netwerk opnemen.

HOE

In contact met de gemeente mogelijkheid van één loket onderzoeken omdat de samenwerking met welzijn in de wijk ertoe leidt dat mensen ook op sociaal maatschappelijk vlak sneller en gericht geholpen kunnen worden.

Bijbehorende acties

1. Op basis van wijkprofiel de hotspotters vaststellen/multiproblematiek;
2. Wijken met veel hotpotters selecteren;
3. Inventariseren van de voorzieningen in deze wijk (sociale kaart) (met Lijn 1);
4. Tenminste in twee wijken een pilot inrichten;
5. Bij onvoldoende werking van huidige situatie (interviews zorgverleners) in gesprek met gemeente met voorstel tot één loket.

KPI multisectoraal samenwerken.

1. Voor 1 april 2020 is in twee wijken één loket voor maatschappelijke vervolghulp beschikbaar (experiment);
2. Voor 1 september 2020 is een evaluatie beschikbaar;
3. Voor 1 december 2020 is bij succes vervolgbeleid voor tenminste tien wijken vastgesteld.

7. Uitvoeringsplan Wijkgericht werken

WAAROM

In de transitiefase waarin we ons bevinden is draagvlak, onderling vertrouwen en natuurlijke samenwerking essentieel om implementatie van zorgvernieuwingsprojecten, borging van kwaliteit en processen en het delen van kennis (platformfunctie) voor elkaar te krijgen.

Het initiëren, faciliteren en stimuleren van lerende (wijk)netwerken kan vanuit een aanjaag- en regierol verder vorm krijgen. Hadoks kan en wil deze rol vervullen omdat zij huisartsen gemakkelijk kan bereiken (collegiale ondersteuning, monodisciplinaire netwerk) en vanuit een regionale regierol de samenwerking met Lijn 1, SHG en Arts en Zorg en gemeenten stimuleert (organisatorische ondersteuning).

MAATREGELEN

Implementatiestructuur ontwikkelen en inzet van wijkprofielen.
Triple aim wijkplan.

1. Implementatiestructuur ontwikkelen en inzet van wijkprofielen

NB wijkindeling is onder deze paragraaf opgenomen.

HOE

Vanuit een regionale regiefunctie de (lerende) wijknetwerken ordenen, verbinden en ontwikkelen. Stimuleren van de netwerken vanuit inhoudelijke onderwerpen (projecten JZOJP, complexe ouderenzorg, GGZ laag complex etc. (inhoudelijke ondersteuning).

Bijbehorende acties

- Vaststellen van een wijkindeling die aansluit bij schaal en aard O&I indeling; logisch is in relatie tot andere indelingen; past bij maat en schaal van werkgebied van Hadoks;
- Vaststellen van profiel van de wijk (LUMC; Den Haag Gelukkig en gezond, wijkscans);
- Inventariseren van zorg en maatschappelijke activiteiten en partijen;
- Inventariseren van eigen Hadoks netwerk (praktijkmanagement) POH, kwaliteit van praktijken, etc.;
- Het creëren van draagvlak door benchmarkbijeenkomsten, scholingen en POH ondersteuning;
- Faciliteren van de praktijk/wijkmanagers in hun rol, in afstemming met de ambitie, doelen van de regio organisatie
-

Ter begeleiding van de transitie naar wijkgericht:

Clustering van wijken tot subregio's in verband met (1) efficiëntie, (2) noodzaak bij onderwerpen die grotere schaal nodig hebben, (3) inzet van coöperatie bestuur, (4) invulling van aanjaagfunctie en regie, (5) opdoen van ervaring met het wijkconcept en (6) opdoen van ervaring met samenwerkingspartners op wijkniveau.

Rol regio manager

Een regiomanager is een (transitie)functie die het wijk(net)werk stimuleert, aanjaagt en zo nodig initieert. De regiomanager werkt in de wijk altijd in samenhang met de zorgverleners en de ondersteuning die al in de wijk aanwezig is door het scheppen van duidelijkheid, ordenen en verbinden. De regiomanager speelt tevens een rol in het 'leren van anderen' tussen de wijken (platformfunctie). De regiomanager trekt op met de samenwerkingspartners in de wijk (multidisciplinair, SHG, A&Z, Lijn 1, etc.) en faciliteert de praktijk-/wijkmanager (bijvoorbeeld wijken - op thema's).

Door drie regiomanagers aan te stellen met verschillende aandachtsgebieden (ketens, GGZ en ouderenzorg) is er ook een dekking op inhoudelijk niveau (matrix inrichting).

2. Triple aim wijkplan

HOE

Inzetten van een (bewezen) Jan van Es model triple aim regioplan met twaalf aandachtsgebieden. In deze methodiek kan in vier dagdelen met betrokken zorgverleners en ondersteuning van een beleidsmedewerker/penvoerder een wijkplan opgesteld worden. Met als resultaat: gerichtheid/sturing/focus in de wijk, draagvlak, samenwerking en borging.

Bijbehorende acties

1. Selecteren van tien wijken voor presentaties van wijkprofielen;
2. Selecteren van twee wijken voor wijkplan; voorwaarden: tenminste twee 'excellente' praktijken, bereidheid tot tijdsinvestering, duidelijk inhoudelijk thema te benoemen dat als probleem ervaren wordt (wijkplan 2020);
3. Netwerkbijeenkomsten met POH'ers; POHGGZ; POHOU, praktijkmanagers (praktijkmanager heeft bv aanjaagfunctie om iedereen bij elkaar te brengen), etc.;
4. Organiseren van bijeenkomsten 'het maken van een triple aim wijkplan';
5. Een wijk met een multidisciplinair team van zorgverleners (m.n. met fysio en apothekers);
6. Inzet van multidisciplinair project in relatie met samenwerkings-/intentieverklaring fysio (eind 2019). Hierbij gebruik maken van al bestaande S3 projecten in de wijk (valpreventie; horizontaal verwijzen, etc.).

KPI's wijkgericht werken

1. Voor 1 december 2020 is er in tien wijken een wijknetwerkinfrastructuur ten behoeve van samenwerking en implementatie van (zorgvernieuwings-) projecten gecreëerd, waar huisartsen en hun netwerkpartners aantoonbaar tevreden over zijn. 60% neemt deel aan één van de aangeboden projecten, bijvoorbeeld: in minimaal vijf wijken is de opschaling van substitutieproject en/of ouderenzorg volledig benut door gebruik te maken van horizontale verwijzing (bij substitutie).
2. Voor 1 juli 2020 is de helft van de overige (tien à vijftien) wijken zodanig geïnteresseerd dat zij zich in 2021 ook als wijk willen profileren/organiseren in de opzet van de

wijknetwerkinfrastructuur ten behoeve van samenwerking en implementatie van (zorgvernieuwings-) projecten, passend bij de wijk en het bewonersprofiel.

3. Op 1 december 2020 is in zes wijken met 80% van de huisartsen overeenstemming op basis van het wijkplan over de aanpak in 2021.

8. Kwaliteits Prestatie Indicatoren 2020

Ketenonderhoud

Vier ketens

- Voor 1 juli 2020 biedt 60% van de praktijken vier ketens aan.
- Voor 1 december 2020 biedt 80% van de praktijken vier ketens aan.
- Per 1 november 2020 neemt Hadoks maatregelen op (vier ketens) in de nieuwe contracten 2021 (aanpassing tarifiering).

Categoriseren van patiënten.

- Voor 1 juli 2020 zijn bij tien praktijken met vier ketens de patiënten gecategoriseerd waarmee een systeem van operationaliseren is ontwikkeld en de zorg (volgens de geformuleerde zorgpaden) gericht ingezet kan worden.

Taakdifferentiatie

- Voor 1 oktober 2020 zijn de huidige POH'ers geschoold (opfris) en is de ontwikkeling tot key POH'ers gestructureerd (intervisie begeleiden; extra ICT en inhoud scholing);
- Voor 1 april 2020 is de behoefte aan VS'en in beeld gebracht en is een actieplan incl. subsidiemogelijkheden en eventueel aanbod opleiding VS gereed;
- Voor 1 april 2020 is er een aanbod cursus Spreekuurvoorbereiding DA; Hadoks initieert en organiseert alleen (kostenneutraal, via services).

Complexe ouderenzorg

- Per 1 januari 2020 committeren de 'vijf voorbeeldwijken' zich aan het regioplan en laten zich hierbij faciliteren door de regiomanager en de HA-accountmanager, die zich verbinden met de Hadoks-organisatie en het coöperatiebestuur;
- Per 1 april 2020 nulmeting in de 'vijf voorbeeldwijken' om de daadwerkelijke inzet POH-OU/wijkverpleging/VS OU te berekenen en analyseren wat er nodig is en/of overeenkomt met de vraag en inzet middelen;
- In 2020 RTA ouderenzorg opstellen i.s.m. regionale partijen (VVT, ziekenhuizen, eerstelijns); verwijsprotocollen, vroeg signalering, dementie, enz.;
- Eind 2020 zijn afspraken met zorgverzekeraars gemaakt over structureel meerjarenbeleid en financiering van de praktijkverpleegkundige en toeleiding naar de inzet van één VS in de wijk.

Juiste zorg juiste plek

Chronisch

- Op 1 september 2020 inventariseert Hadoks de pilot doorlichting HMC poli diabetes, evalueert de terugplaatsing aan de betrokken huisartsenpraktijk en rapporteert de voortgang aan de Commissie Samenwerking Haaglanden (JZOJP);
- Op 1 april 2020 zijn de zorgpaden longzorg uitwerkt en ingeregeld en heeft een eerste evaluatie plaatsgevonden. Op 1 juli 2020 is 80% van de huisartsenpraktijken aangesloten op de keten. Op 1 december 2020 is 90% van de praktijken aangesloten op de keten;

- Op 1 december 2020 zijn conform de afspraken in de businesscase 50 praktijken aangesloten op de keten hartfalen;
- Op 1 december 2020 geeft 40% van de huisartsenpraktijken uiting aan hun deelname aan de activiteiten van de Rookvrije generatie in de publieke ruimtes (stoeptegels, vlaggen, etc.).
- In juni 2020 levert werkgroep Haagse Vaten een RTA: behandeling na TIA -CVA – verwijzing specialist- huisarts(ontslag naar huis) behandeling 1^e lijn paramedici

Van 2^e naar 1^e

- In 2020 worden de noodzakelijke regionale overleggen voortgezet; Commissie Samenwerking Haaglanden (CSH)
 - Voor 1 februari regionale werkagenda 2020 (toetsingskader):
 - Voor 1 maart de regionale agenda omzetten in werkagenda voor de werkgroep Haagse Zorgen (Haagse vaten, longen en suiker).
- Voor 1 december 2020 regiobreed inzet 1^e lijnszorg huisarts hoofdbehandelaar voorkomen van doorverwijzing naar de 2^e lijn actieplan:
 - In 2020 per kwartaal monitoren van het aantal consulten – meekijkconsulten, teleconsulten en consultatie chronische zorg (longen, suiker en hart en vaten)
 - Meekijkconsulten- a) cardiologie, b) orthopedie en c) dermatologie
 - Voor 1 april 2020 evaluatie cardiologie en orthopedie vanaf startfase
 - 1 december 2020 meekijkconsult cardiologie en orthopedie regiobreed inzetten op horizontaal verwijzen van praktijk naar de “wijk” in “ 5 wijken”
 - 1 december 2020 meekijkconsult dermatologie van 1 centrum regio breed inzetten op passende vorm van consultatie van meekijkconsult naar teleconsultatie – *10 praktijken?*
 - Najaar 2020 opstart meekijkconsult neurologie en KNO in 5 praktijken
- Voor 1 december 2020 Teleconsultatie verbreden initiatief Haga met A&Z naar regio brede inzet HMC en 1^e lijn Hadoks/SHG
 - Voor 1 juli aantoonbaar verminderen regeldruk financiële afhandeling naar centrale inkoop en passende vergoeding huisartsen (nu per praktijk contract met ziekenhuis)
- Oogheelkunde: 2^e lijn verminderen wachttijd en wachtlijst oogartsen (dat is de KPI voor Haga/HMC)
 - Voor 1 maart 2020 vaststellen verwijsprotocol (RTA) huisarts naar de optometrist /oogarts
 - Voor 1 april 2020 - uitwerking randvoorwaarden: kwaliteitscriteria, tarief inzet optometrist
 - Voor 1 september voorbereiding implementatie (RTA) verwijsafspraken van huisarts naar optometrist/ oogarts (scholing)
 - 1 december 2020 voorjaar - 1^e lijn verwijzing van huisarts naar optometrist – uitrol 9 praktijken

GGZ

- Op 1 december 2020 zijn in wijken Centrum en Laak ieder kwartaal netwerkbijeenkomsten georganiseerd.
- Op 31 december 2020 is er een 0-meting beschikbaar hoe vaak de Key POH en de psychiater in 2020 zijn geconsulteerd.

Zorgvernieuwing

Persoonsgerichte zorg

- Voor 1 oktober 2020 heeft 80% van de POH'ers in drie wijken de scholing 'het andere gesprek' gevolgd; b. Voor 1 december heeft de helft van deze praktijken (in combinatie met het project OPEN ?) de vragenlijst t.b.v. consultvoorbereiding geïmplementeerd (module 3 OPEN).
- Voor 1 april 2020 is er een aanpak voor patiëntinformatie/-voorlichting/-cursussen in samenwerking met patiëntenverenigingen opgezet.
- Voor 1 juli 2020 maken vier praktijken gebruik van een patiëntenportaal. Dit loopt synchroon met de praktijken die scholing 'het andere gesprek' volgen.

Preventie

- Voor 1 juli 2020 is in alle wijken een leefstijlcoach beschikbaar of heeft tenminste een groep gedraaid;
- Voor 1 oktober 2020 is duidelijk op welke wijze het COOL traject wordt voortgezet.

Multi-sectoraal

- Voor 1 april 2020 is in twee wijken één loket voor maatschappelijke vervolghulp beschikbaar (experiment);
- Voor 1 september 2020 is een evaluatie beschikbaar;
- Voor 1 december 2020 is bij succes vervolgleid voor tenminste tien wijken vastgesteld.

Wijkgericht werken

- Voor 1 december 2020 is er in tien wijken een wijknetwerkinfrastructuur ten behoeve van samenwerking en implementatie van (zorgvernieuwings-) projecten gecreëerd, waar huisartsen en hun netwerkpartners aantoonbaar tevreden over zijn. 60% neemt deel aan één van de aangeboden projecten, bijvoorbeeld: in minimaal vijf wijken is de opschaling van substitutieproject en/of ouderenzorg volledig benut door gebruik te maken van horizontale verwijzing (bij substitutie).
- Voor 1 juli 2020 is de helft van de overige (tien à vijftien) wijken zodanig geïnteresseerd dat zij in 2021 zich ook als wijk willen profileren/organiseren in de opzet van de wijknetwerkinfrastructuur ten behoeve van samenwerking en implementatie van (zorgvernieuwings-) projecten, passend bij de wijk en het bewonersprofiel.
- Op 1 december 2020 is in zes wijken met 80% van de huisartsen overeenstemming op basis van het wijkplan over de aanpak in 2021.

9. KPI's in de tijdplanning

	Wanneer	Domein	KPI
per	1-jan-2020	Complexe Ouderenzorg	De vijf voorbeeldwijken committeren zich aan het regioplan en laten zich hierbij faciliteren door de regiomanager
voor	1-apr-2020	Ketenonderhoud (taakdiff.)	De behoefte aan VS'en is in beeld gebracht en een actieplan inclusief subsidiemogelijkheden en evt. aanbod opleiding VS is gereed
voor	1-apr-2020	Ketenonderhoud (taakdiff.)	Aanbod cursus spreekuurvoorbereiding DA
per	1-apr-2020	Complexe Ouderenzorg	Nulmeting in de vijf voorbeeldwijken om de daadwerkelijke inzet van POH OU/wijkverpleging/VS OU te berekenen en een analyse wat er nodig is en/of overeenkomt met de vraag en inzet middelen
op	1-apr-2020	JZOJP Chronisch	De zorgpaden longzorg zijn uitgewerkt en ingeregeld en er heeft een eerste evaluatie plaatsgevonden
voor	1-apr-2020	Zorgvernieuwing (pers.zorg)	Is er een aanpak voor patiëntinformatie, patiëntvoorlichting en cursussen opgezet i.s.m. de patiëntverenigingen

Wanneer		Domein	KPI
voor	1-apr-2020	Zorgvernieuwing (multi)	In twee wijken is één loket voor maatschappelijke vervolghulp beschikbaar
voor	1-jul-2020	Ketenonderhoud (4 ketens)	60% van de praktijken biedt vier ketens aan
voor	1-jul-2020	Ketenonderhoud (categ.)	Bij tien praktijken zijn de patiënten gecategoriseerd
voor	1-jul-2020	Zorgvernieuwing (pers.zorg)	Vier praktijken gebruiken een patiëntenportaal, synchroon met de praktijken die de scholing 'het andere gesprek' volgen
voor	1-jul-2020	Zorgvernieuwing (preventie)	In alle wijken is een leefstijlcoach beschikbaar of heeft tenminste één groep gedraaid
voor	1-jul-2020	Wijkgericht werken	Zijn tien à vijftien wijken zodanig geïnteresseerd in het vormen van een wijknetwerkinfrastructuur dat zij in 2021 op deze wijze willen profileren/organiseren
op	1-sep-2020	JZOJP Chronisch	Hadoks inventariseert de pilot doorlichting HMC poli diabetes, evalueert de terugplaatsing aan de betrokken huisartsenpraktijk en rapporteert aan de Commissie Samenwerking Haaglanden
voor	1-sep-2020	Zorgvernieuwing (multi)	Evaluatie één loket voor maatschappelijke vervolghulp is beschikbaar
voor	1-okt-2020	Ketenonderhoud (taakdiff.)	Huidige POH'ers zijn geschoold en de ontwikkeling tot key POH'ers is gestructureerd
voor	1-okt-2020	Zorgvernieuwing (pers.zorg)	a. 80% van de POH'ers in drie wijken hebben de scholing 'het andere gesprek' gevolgd. b. Voor 1-12-2020 heeft de helft van deze praktijken de vragenlijst t.b.v. consultvoorbereiding geïmplementeerd
voor	1-okt-2020	Zorgvernieuwing (preventie)	De wijze waarop het COOL-traject wordt voortgezet, is duidelijk
per	1-nov-2020	Ketenonderhoud (4 ketens)	Hadoks neemt maatregelen op (vier ketens) in de nieuwe contracten 2020 (aanpassing tarifiering)
voor	1-dec-2020	Ketenonderhoud (4 ketens)	80% van de praktijken biedt vier ketens aan
op	1-dec-2020	JZOJP Chronisch	Conform afspraken in de businesscase zijn 50 praktijken aangesloten op de keten hartfalen
op	1-dec-2020	JZOJP Chronisch	40% van de huisartspraktijken geeft uiting aan hun deelname aan de activiteiten van de Rookvrije Generatie in de publieke ruimtes
op	1-dec-2020	JZOJP GGZ	In de wijken Centrum en Laak zijn ieder a netwerkbijsamkomsten georganiseerd
voor	1-dec-2020	Zorgvernieuwing (multi)	Vervolgbeleid 'één loket voor maatschappelijke vervolghulp' is voor tenminste tien wijken vastgesteld
voor	1-dec-2020	Wijkgericht werken	In tien wijken is een wijknetwerkinfrastructuur ten behoeve van samenwerking en implementatie van (zorgvernieuwings-)projecten gecreëerd, waar huisartsen en hun netwerkpartner aantoonbaar tevreden over zijn. 60% neemt deel aan één van de aangeboden projecten
voor	31-dec-2020	Complexe Ouderenzorg	Er zijn afspraken gemaakt met zorgverzekeraars over structureel meerjarenbeleid en financiering van de praktijkverpleegkundige en toeleiding van de inzet van één VS in de wijk
op	31-dec-2020	JZOJP GGZ	Er is een 0-meting beschikbaar hoe vaak de Key POH en de psychiater in 2020 zijn geconsulteerd
In	2020	Van 2 ^e naar 1 ^e	De noodzakelijke regionale overleggen worden voortgezet → Commissie Samenwerking Haaglanden (CSH). Voor 1 februari regionale werkagenda 2020, voor 1 maart de regionale agenda omzetten in een werkagenda voor de werkgroep Haagse Zorgen (Haagse vaten, longen en suiker)
Voor	1-dec-2020	Van 2 ^e naar 1 ^e	Regiobreed inzet 1 ^e lijnszorg huisarts hoofdbehandelaar voorkomen van doorverwijzing naar de 2 ^e lijn actieplan: zie pagina 20 voor verdere toelichting
Voor	1-dec-2020	Van 2 ^e naar 1 ^e	Teleconsultatie verbreden initiatief Haga met A&Z naar regio brede inzet HMC en 1 ^e lijn Hadoks/SHG. Voor 1 juli aantoonbaar verminderen regeldruk financiële afhandeling naar centrale inkoop en passende vergoeding huisartsen (nu per praktijk contract met ziekenhuis)

N.b.: bovenstaande resultaten zullen door de verantwoordelijke regiomanagers en coördinator ketenzorg vertaald worden naar actieplannen.

10. Wijkindeling

Hadoks werkgebied

Indeling in sub regio's, stadsdelen (en wijken) en randgemeenten

De 8 stadsdelen van Den Haag die gehanteerd worden, zijn conform de indeling van de gemeente Den Haag. Daaraan toegevoegd zijn de gemeenten Leidschendam-Voorburg, Wassenaar en Rijswijk, waarbij er voor gekozen is om Leidschendam en Voorburg uit elkaar te halen omdat van oudsher deze 2 dorpen apart van elkaar functioneren (op huisartsengebied). In totaal komen we dan op 12 stadsdelen/gemeenten die zijn samengevoegd tot vijf subregio's, waarbij gekeken is naar een logische grafische ligging. De 8 stadsdelen van Den Haag zijn weer onderverdeeld naar wijken.

Dit alles leidt tot de volgende indeling:

Subregio's:

1. Rijswijk/Leidschendam/Voorburg/ Leidschenveen-Ypenburg: 177.600 inwoners
2. Scheveningen/Wassenaar/Haagse hout: 122.460 inwoners
3. Centrum/Laak: 150.200 inwoners
4. Loosduinen/Segbroek: 110.785 inwoners
5. Escamp: 126.100

Stadsdelen/gemeenten en bijbehorende wijken:

- | | | |
|--|---|------------|
| 1. Rijswijk (53.900 inwoners) | } | Subregio 1 |
| 2. Leidschendam (33.500 inwoners) | | |
| 3. Voorburg (41.500 inwoners) | | |
| 4. Leidseveen- Ypenburg (48.700 inwoners)
a. Leidschenveen (en Forepark)
b. Ypenburg (en Hoornwijk) | | |
| 5. Scheveningen (50.100 inwoners)
a. Dutteldel, Belgisch Park, Van Stolkpark
b. Duinoord en Zorgvliet
c. (Geuzen) en Statenkwartier
d. Scheveningen Bad, Dorp en Haven | } | Subregio 2 |
| 6. Wassenaar (26.200 inwoners) | | |
| 7. Haagse Hout (46.160 inwoners)
a. Benoordenhout
b. Mariahoeve en Marlot
c. Bezuidenhout
d. Haagse Bos | | |
| 8. Centrum (105.440 inwoners)
a. Archipelbuurt en Willemspark
b. Centrum
c. Stationsbuurt
d. Zeeheldenkwartier
e. Schildersbuurt
f. Transvaalkwartier
g. Groente- en fruitmarkt | | |

- 9. Laak (44.760 inwoners)
 - a. Laakkwartier, Spoorwijk (en Binckhorst)

- 10. Loosduinen (48.685 inwoners)
 - a. Loosduinen (en Kraaijenstein)
 - b. Kijkduin en Ockenburgh
 - c. Bohemen (en Meer en Bos)
 - d. Waldeck

- 11. Segbroek (62.100 inwoners)
 - a. Bomen- en bloemenbuurt
 - b. Regentessekwartier
 - c. Valkenboskwartier en Heesterbuurt
 - d. Vogelwijk
 - e. Vruchtenbuurt

- 12. Escamp (126.100 inwoners)
 - a. Bouwlust)
 - b. Leyenburg
 - c. Moerwijk en Zuiderpark
 - d. Morgenstond
 - e. Rustenburg en Oostbroek
 - f. Wateringse veld

