

# Stichting Transmurale Zorg Den Haag e.o.

## JAARPLAN 2021



Stichting  
Transmurale  
Zorg sterk in  
verbinden

# Inhoud

1. Inleiding .....	3
2. Rol en positie van Stichting Transmurale Zorg .....	4
Visie.....	4
Missie.....	4
STZ komt in actie bij .....	5
STZ streeft samen met haar stakeholders naar bevordering van:.....	5
STZ is in de regio Haaglanden .....	6
Unique Selling Points STZ .....	6
3. Toelichting activiteiten STZ .....	7
Programma dementie .....	9
Programma palliatieve zorg .....	16
Project Vitaal Thuis.....	21
Project Health Innovation School.....	22
Project Zorg en ICT .....	22
Project Acute zorg.....	24
Project Meerjarenagenda .....	25
Project omvorming stichting naar vereniging.....	26
Programma Gezond en Gelukkig Den Haag (GGDH).....	26
4. Bijlagen .....	28
Bijlage 1: Inrichting van de overlegstructuur en wijze van besluitvorming .....	28
Bijlage 2: patiëntreis per doelgroep .....	30

## 1. Inleiding

Voor u ligt het jaarplan 2021 van Stichting Transmurale Zorg Den Haag e.o. (STZ) en de Regionale Samenwerkings Organisatie Haaglanden (RSO).

Organisatie van zorg op het niveau van de regio heeft de toekomst. Daar kennen zorgaanbieders elkaar, zodat met vertrouwen een gezonde samenwerking kan plaatsvinden. Daarbij is de regio groot genoeg om alle vormen van zorg aan te kunnen bieden en klein genoeg om het contact in de wijk te onderhouden. In 2021 combineert STZ continuering van de lopende activiteiten met specifieke nieuwe projecten die ons klaar maken voor de toekomst.

De kern van onze werkzaamheden ligt in bestaande projecten en programma's die al jaren bijdragen aan praktische verbeteringen in de zorg voor burgers van de regio Haaglanden. Rond dementie, palliatieve zorg en geestelijke verzorging vinden tal van activiteiten plaats die in samenhang de zorg echt verder helpen. De trend naar een grotere focus op preventie en vroegsignalering zetten we door.

In 2021 zullen we een vereniging worden. Een open structuur kan voor nieuwe partners zorgen, die ons helpen om slagvaardiger te worden in het domeinoverstijgend werken.

Inhoudelijke nieuwe speerpunten zijn de regionale vormgeving van de acute zorgketen en het verbeteren van de informatie-architectuur. Dit laatste is randvoorwaardelijk voor heel veel zorginhoudelijke verbeteringen en dit zal tot minder frustratie leiden bij zorgprofessionals over administratieve handelingen.

Tot slot zullen we een meerjarenagenda opstellen die ons houvast geeft voor de prioriteiten van de komende 3-4 jaar.

Dit jaarplan is tot stand gekomen in een tijd waarin COVID-19 de dagelijkse agenda's beheerst. STZ is voor zijn activiteiten sterk afhankelijk van medewerking van bestuur, management en professionals uit de zorg. Het is logisch dat deze in de crisis minder bereikbaar zijn. Door slim te werken probeert STZ hier zo goed mogelijk mee om te gaan.

## 2. Rol en positie van Stichting Transmurale Zorg

Vanaf 2018 heeft STZ, in aansluiting op de ontwikkelingen in zorg en welzijn, haar visie en missie geherformuleerd.

### Visie

STZ is een ondersteuningsorganisatie voor zorgaanbieders in de regio en stimuleert efficiënte steun- en zorgnetwerken in de regio Haaglanden zonder merkbare schotten zo dicht mogelijk bij de woonomgeving van de patiënt, afgestemd op de behoefte van patiënt en mantelzorger, waarbij de patiënt zoveel mogelijk de regie heeft.

### Missie

Op objectieve wijze (los van belangen van stakeholders) samenhang aanjagen, inspireren en faciliteren in preventie, welzijn en zorg en zodanig dat toegevoegde waarde ontstaat voor kwetsbare bewoners/patiënten en hun mantelzorgers in het netwerk van zorg en welzijn.

Deze toegevoegde waarde betreft:

- Bevorderen dat de patiënt op de juiste plek terecht komt waar de juiste zorg voorhanden is.
- Bevorderen dat de juiste zorg op het juiste moment wordt gegeven.
- Verkorten wachttijden bij op- en afschaling van zorg (patiënt z.s.m. op de juiste plek).
- Minder medische- en medicatiefouten bij overdracht.
- Meer gevoel van regie bij de patiënt; betere keuzes kunnen maken door heldere informatie voor de patiënt en mantelzorger bij overdracht.
- Minder onnodige opschaling/heropname in de keten (zorg zo dicht mogelijk bij de woonomgeving van patiënt).

Bovenstaande punten komen ook de doelmatigheid van zorg ten goede.

## STZ komt in actie bij

Verbeteringsvraagstukken:

- Wanneer er tijdens transfermomenten in de zorg of in samenwerkingssituaties rond de zelfstandig wonende patiënt waardeverlies of risico's (dreigen te) ontstaan voor de patiënt en zijn omgeving op grond van afstemming, kwaliteit van zorg, zorg op verkeerde plek of moment, informatieoverdracht en onvoldoende mogelijkheden zelfmanagement.
- Hierbij minimaal 3 ketenpartners betrokken zijn.

Vernieuwing aanjagen:

- Wanneer STZ in haar verkennende en inspirerende rol innovaties signaleert met betrekking tot transfer, samenwerking in zorg/welzijn en preventie die een toegevoegde waarde voor de patiënt/mantelzorgers kunnen hebben.

Het besluit over wel/niet op te pakken vraagstukken ligt bij het bestuur van STZ.

## STZ streeft samen met haar stakeholders naar bevordering van:

1. Zorg en ondersteuning in juiste fase op juiste plek.
2. Structurele aandacht voor preventie en verbetering van de kwaliteit van zorg en welzijn in de regio.
3. Optimale verbinding en samenwerking tussen zorg en welzijn. Een integrale aanpak leidt tot goed op elkaar afgestemde dienstverlening voor de burger.
4. Efficiënte transfer in de keten met waarde toevoeging voor de cliënt.
5. Organisch afgestemde netwerken van hulpverleners (zorg/welzijn) rond de patiënt indien mogelijk in zijn directe woonomgeving.
6. Juiste tools en goede informatievoorziening ten behoeve van afgestemde zorg met juiste informatie ten behoeve van zelfmanagement patiënt en omgeving.
7. Toegankelijke, beschikbare en betaalbare regionale gezondheidszorg; basiszorg vindt plaats dicht bij huis en gespecialiseerde zorg gecentreerd.
8. Aandacht voor positieve gezondheid, waarbij naast de zorg ook andere leefgebieden (b.v. sociaal netwerk, bewegen, zingeving) worden meegenomen in oplossingsrichtingen.
9. Bewustwording en kennisdeling over transmurale thema's, resultaten en afspraken onder stakeholders.

## STZ is in de regio Haaglanden

1. Het platform voor resultaat- en toekomstgerichte samenwerking in de keten van zorg en welzijn.
2. Het platform waar gezamenlijke werkafspraken worden gemaakt rond ketentema's.
3. De ontmoetings- en ontwikkelingsplek met betrekking tot ketentema's met ruimte voor debat en visieontwikkeling.
4. De verbindende schakel en het aanspreekpunt voor stakeholders in zorg en welzijn.
5. Het platform met gebundelde kennis en expertise o.g.v. ketentema's.

STZ heeft de rol van facilitator, verbinder en aanjager.

## Unique Selling Points STZ

1. Alle ketenpartners die noodzakelijk zijn voor afstemming zijn vertegenwoordigd
2. Verbindend
3. Onafhankelijk
4. Gericht op regionale verbetering van samenwerking/eenheid en op innovatie

### 3. Toelichting activiteiten STZ

STZ heeft grote stappen gezet in het gezamenlijk formuleren van de missie en visie. Deze vormen de leidraad voor een te ontwikkelen meerjarenagenda en het voorliggende jaarplan. De missie van STZ als steun- en zorgnetwerk in de regio is te vertalen naar het realiseren van passende zorg:

“de juiste zorg, op de juiste plek, op het juiste moment, zo efficiënt mogelijk en passend bij de behoefte van de cliënt/patiënt”.

#### De juiste zorg

De juiste zorg heeft betrekking op de vraag welke (be)handeling volgens de wetenschap en praktijk passend, effectief en efficiënt is.

#### De juiste plek

De juiste plek gaat over de vraag waar de juiste zorg verleend moet worden en door welke professional. Dit gaat bijvoorbeeld over de vraag of de cliënt zorg en ondersteuning moet ontvangen in de 1e of 2e lijn, bij een zorg instelling of bij de patiënt thuis.

#### Het juiste moment

Het juiste moment betekent dat de zorg verleend wordt wanneer dat nodig is, dus niet te vroeg en niet te laat. Hiervoor moet de patiënt en zijn situatie al tijdig in beeld zijn om op tijd de juiste zorg te leveren.

#### Zo efficiënt mogelijk

Zo efficiënt mogelijk draait om de onderlinge samenwerking tussen professionals en benodigde tools en programma's. Bijvoorbeeld efficiënte communicatie tussen professionals en hun dossiers, zodat samengewerkt kan worden aan de zorg voor de patiënt/cliënt.

#### Passend bij behoefte van de cliënt/patiënt



Tot slot is het van groot belang om aan te sluiten bij de wensen/behoefte van patiënten/cliënten. De balans verschuift van de zorgverlener die weet wat goed is, naar samen beslissen. Hier ontbreekt het nog vaak aan kennis over wat de patiënt/cliënt belangrijk vindt en aan inzichten in hoe het gezamenlijk besluitvormingsproces idealiter verloopt.

#### Activiteiten STZ

De activiteiten van STZ dragen bij aan het realiseren van de juiste zorg, op de juiste plek, op het juiste moment, zo efficiënt mogelijk en passend bij de behoefte van de cliënt/patiënt in de regio Haaglanden. Een aantal activiteiten zijn gericht op alle onderdelen van passende zorg. Dit geldt bijvoorbeeld voor de programma's dementie en palliatieve zorg. Andere projecten zijn gericht op enkele onderdelen, omdat daar veel winst is te realiseren.

In 2021 zal STZ zich richten op activiteiten die al langer haar aandacht hebben. Daarnaast zal STZ zich mogelijk richten op activiteiten die voortvloeien uit de Corona pandemie. De Corona pandemie heeft verstrekkende acute gevolgen voor de zorgaanbieders in de regio Haaglanden. Het is in deze fase een uitdaging om de gevolgen voor zorgaanbieders te overzien, laat staan in te schatten wat de daaruit voortvloeiende vragen aan STZ zijn.

Het overzicht hieronder toont de activiteiten die in 2021 door STZ zullen worden opgepakt. Daarnaast geeft het overzicht aan in hoeverre de vijf onderdelen van passende zorg terugkomen in bovengenoemde programma's en projecten.

	Juiste zorg 	Juiste plek 	Juiste moment 	Efficiënte uitvoering 	Passend bij behoefte patiënt/cliënt 
<b>Programma dementie</b>	√	√	√	√	√
<b>Programma palliatieve zorg</b>	√	√	√	√	√
<b>Project vitaal thuis</b>	√	√			√
<b>Project Health Innovation School</b>	√			√	
<b>Project verbetertraject inspectierapport Bouwrust/Vredelust</b>	√			√	
<b>Project Zorg&amp;ICT</b>	√			√	
<b>Project acute zorg</b>	√	√		√	
<b>Project meerjarenplan ontwikkelen</b>				√	
<b>Project omvorming stichting naar vereniging</b>				√	
<b>Gezond en Gelukkig Den Haag</b>				√	
<b>Covid-gevolgen projecten</b>	√	√	√	√	√



Hieronder wordt per project en programma toegelicht wat de activiteiten van STZ in 2021 zullen inhouden. Hier staat per activiteit aangeduid wat de huidige situatie is en wat de doelstelling is voor 2021. Daarnaast wordt er per activiteit een vertaling gemaakt van de missie en visie naar de projecten.

## Programma dementie

In regio Haaglanden wonen 10.000 mensen met dementie, 80% van deze mensen zijn niet gediagnosticeerd maar ervaren al wel signalen van dementie. In de komende 20 jaar zal het aantal mensen met dementie naar verwachting verdubbelen. Op dit moment zijn er, ondanks de inspanningen van de professionals en partners binnen het Netwerk Dementie Haaglanden, diverse knelpunten in de patiëntreis van een persoon met dementie. Het start met het beperkt signaleren waardoor een hoge onderdiagnostiek veroorzaakt wordt, diagnostiek wordt nog niet altijd op de juist plek gerealiseerd, dicht bij de persoon met dementie en zijn/haar mantelzorger(s) thuis, er is een relatief lange wachttijd voor casemanagement dementie. En als gevolg hiervan raken mensen met dementie en hun mantelzorgers in crisissituaties en wordt uiteindelijk een beroep gedaan op de ziekenhuizen en de verpleeghuizen. Door nu in te zetten op tijdige signalering, passende diagnostiek en passende ondersteuning na de diagnose dementie voor mensen met dementie en hun mantelzorgers, hopen we de crisissituaties te voorkomen. De uitdaging zit niet alleen in het vloeiend laten verlopen van de dementie-keten op dit moment maar ook in het toekomstbestendig organiseren van de dementiezorg en –ondersteuning. Zo realiseert Netwerk Dementie Haaglanden met haar partners de juiste dementiezorg en –ondersteuning, op de juiste plek, op het juiste moment, efficiënt en passend bij de behoeften van de persoon met dementie en zijn/haar mantelzorger(s).

Projecttitel	Huidige situatie	Doel 2021	Aansluiting missie & visie
<b>Netwerkontwikkeling</b>	Netwerkpartners van het Netwerk Dementie Haaglanden hebben hun lidmaatschap in het netwerk geformaliseerd middels het ondertekenen van de samenwerkingsovereenkomst. In deze overeenkomst zijn verwachtingen t.a.v. rol en participatie in het netwerk opgenomen. Jaarlijks wordt hierop geëvalueerd en waar nodig met partijen het gesprek aangegaan om te kijken naar	In januari 2021 wordt een <b>netwerkevaluatie</b> i.s.m. Programma Palliatieve Zorg uitgevoerd op basis van participatie in het Netwerk Dementie Haaglanden. In geval van onvoldoende participatie wordt een gesprek gestart met het betreffende netwerk lid over rol en verwachtingen in deelname aan het netwerk. Er wordt gedurende 2021 gebouwd aan een <b>structureel</b>	

	oorzaken en oplossingen voor het niet nakomen van de afspraken uit de samenwerkingsovereenkomst.	<b>contact</b> met de apotheken en de zorgaanbieders in de VG sector om tot inclusie van thema medicatie en VG binnen programma Dementie te komen.	
<b>Structurele overleggen/ Scholingsbijeenkomsten</b>	Middels structurele overleggen worden netwerkpartners (c.q. professionals) geïnformeerd en gefaciliteerd en worden er signalen opgepikt voor verbetering van de dementiezorg en –ondersteuning zodat de coördinerende rol in het netwerk geoptimaliseerd kan worden. Daarnaast is de vertaling van regionaal naar landelijke ontwikkelingen en andersom waardevol. Daarom wordt er geparticipeerd in landelijke overleggen en overleggen met andere regionale netwerken en dit vertaalt in de eerdergenoemde overleggen.	Drie keer per jaar vindt er een informatieve <b>netwerkbijeenkomst voor professionals</b> plaats. Drie keer per jaar vindt er een <b>netwerkbijeenkomst voor extramuraal leidinggevenden</b> plaats gericht op uitwisseling. Drie keer per jaar vindt er een <b>programmacommissieoverleg</b> plaats, gericht op ontwikkelen, monitoren en evalueren van het jaarplan. Er is participatie van project- en/of programmaleider tijdens de DNN-bijeenkomsten en andere relevante <b>landelijke overleggen</b> . Min. 2x/jaar is er <b>overleg met de netwerkcoördinatoren</b> van de regio's ten Noorden en ten Zuiden van regio Haaglanden.	
<b>Informatievoorziening</b>	Netwerk Dementie Haaglanden communiceert over verschillende kanalen: fysieke folder, digitale contactgegevenslijst van professionals en via websites, social media en nieuwsbrief. Ook in 2021 zal dit gecontinueerd worden en worden de folder en contactgegevens up-to-date	Jaarlijks wordt de <b>folder Casemanagement Dementie</b> geüpdatet a.d.h.v. een uitvraag onder de netwerkpartners. Tweemaal per jaar wordt het <b>bereikbaarheidsdocument Casemanagement Dementie</b> geüpdatet a.d.h.v. een uitvraag	

	<p>gehouden. Helaas zijn de verschillende informatievoorzieningen van het Netwerk Dementie Haaglanden niet altijd toegespitst op laaggeletterden en mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden.</p>	<p>onder de CMD-aanbiedende VVT-organisaties. Continu worden de <b>websites en sociale media</b> beheerd waarbij gestreefd wordt naar minimaal maandelijks plaatsen van nieuwsberichten en communicatie over social media minimaal conform het STZ-social team plan. Informatievoorziening wordt in 2021 toegespitst op <b>laaggeletterden en mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden.</b></p>	
<b>Dementie Participatie Werkgroep</b>	<p>Er is in 2020 geen inbreng of klankbord functie vanuit mensen met dementie en hun mantelzorgers in het programma Dementie. Eind 2020 zal een oproep gedaan worden in de regio Haaglanden om mensen met dementie en mantelzorgers van mensen met dementie op te roepen deel te nemen aan de Dementie Participatie Werkgroep.</p>	<p>De Dementie Participatie Werkgroep wordt in Q1 2021 gevormd en in co-creatie wordt doelstelling, gespreksvorm en methodiek vastgesteld. Vanaf Q2 2021 heeft de Dementie Participatie Werkgroep een vaste positie in het Programma Dementie Haaglanden met structureel overleg en vastgestelde doelstelling en methodiek.</p>	
<b>Project Preventiecampagne Dementie</b>	<p>Uit onderzoek blijkt dat dementie in 30% van de gevallen te voorkomen is door een gezonde leefstijl. Dit is zeer beperkt bekend onder de inwoners van regio Haaglanden. Gezien de verwachte grote groei van het aantal mensen met dementie en</p>	<p>Afhankelijk van beschikbare middelen en samenwerkingen zal in <b>Q2 2021 een preventiecampagne starten rondom het thema dementie.</b> Doelstelling is om een vergelijkbaar bereik als de voorbeeldcampagne in Limburg</p>	

	<p>de impact daarvan op de samenleving, zorg en economie zou het van grote meerwaarde zijn als inwoners van regio Haaglanden zich nu inzetten op het beperken van het risico op dementie.</p>	<p>te bereiken. Hierin wordt in lijn met die voorbeeld campagne een <b>app</b> gelanceerd, middels <b>posters en flyers</b> mensen bewust gemaakt van hun eigen invloed op het voorkomen van dementie en middels <b>informatieve bijeenkomsten</b> kennis gedeeld.</p> <p><b>Bereikscijfers:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 20% bekendheid met campagne, 30% herkenning van campagne</li> <li>• 30% positieve gedragsverandering</li> <li>• 20% bekendheid met app, 9000 gebruikers</li> </ul>	
<b>Project Vroegsignalering</b>	<p>Er is nog terughoudendheid bij diagnostiek van mensen met dementie, er wordt nog veel gebruik gemaakt van 2<sup>e</sup> lijns diagnostiek waar 1<sup>e</sup> lijns diagnostiek mogelijk is en symptomen van dementie worden niet tijdig herkend waardoor mensen langdurig klachten ervaren zonder duidelijkheid over de oorzaak en adequate hulp te krijgen.</p>	<p>Zorg en ondersteuning zijn eind 2021 naar behoefte <b>getraind om vroege signalen van dementie te herkennen en adequaat op te volgen</b>. Hierin wordt gebruik gemaakt van het bestaande aanbod van trainingen, e-learnings en zakkaartjes en waar nodig van de kennis en kunde binnen het Netwerk Dementie Haaglanden.</p> <p>Eind 2021 worden <b>cliënt en mantelzorg goed geïnformeerd in de niet-pluis fase</b> door dan wel de huisarts (of POH of doktersassistent) dan wel de ouderenconsulent dan wel via Haags Ontmoeten, waardoor zij</p>	

		<p>tijdig de juiste actie kunnen ondernemen.</p> <p>Eind 2021 is de vroegere signalering door zorg en ondersteuning - waardoor de cliënt en mantelzorger goed geïnformeerd zijn om tijdig de juiste actie te kunnen ondernemen – ook <b>afgestemd op de drie specifieke doelgroepen:</b> jonge mensen met dementie, mensen met een migratieachtergrond en dementie en mensen met een verstandelijke beperking en dementie.</p>	
<b>Project Diagnostiek</b>	<p>De regionale werkafspraken voor diagnostiek bij dementie zijn in 2020 herzien. Echter zien we in de regio nog veel verwijzingen naar de 1,5<sup>e</sup> en 2<sup>e</sup> lijn waarbij de diagnostiek in de 1<sup>e</sup> lijn had kunnen worden gedaan. Ook zien we vaak incomplete dossiers bij verwijzing waardoor diagnostiek stagneert. Ook wordt er onvoldoende gericht op zorgdiagnostiek, waar verwijzing naar casemanagement dementie deel uit maakt.</p>	<p>In Q1 2021 wordt middels een diagnostiek-campagneweek een Webinar-cyclus aangeboden aan huisartsen en aan doktersassistenten en POH-ouderen. In deze cyclus komt bij elke Webinar (5 totaal in 1 week) een thema aan bod, de professional kan inschrijven voor de relevante thema's. De Webinars zijn achteraf terug te zien op de website van STZ. De Webinar wordt gegeven door professionals uit de regio Haaglanden.</p>	
<b>Project Educatie na Diagnose</b>	<p>Het is voor mensen met dementie en hun naasten niet altijd duidelijk wat de diagnose dementie betekent en wat de</p>	<p>Bij de persoon met dementie en diens mantelzorger(s) inzicht, begrip, acceptatie en vertrouwen vergroten door</p>	

	mogelijkheden voor zorg en ondersteuning zijn.	voorlichting, erkenning en het bespreekbaar maken van de ziekte en de beleving. Voorlichting vindt plaats via 1) Informatiefolder 2) Geheugensteunpunt 3) Trainingen/cursussen.	
<b>Project Casemanagement Dementie</b>	Casemanagement dementie is niet gegarandeerd beschikbaar voor mensen met dementie en hun naasten binnen de geldende normen vanuit de verzekeraar (<6 weken na aanmelding) en de Zorgstandaard dementie (beschikbaar bij aanvang van diagnostiek).	Eind Q1 2021 beschikt het Netwerk Dementie Haaglanden over <b>inzicht in verwijzproces</b> naar CMD, inclusief <b>inzicht in oorzaken van verschil in wachtlijsten</b> tussen CMD-aanbieders. Daarnaast is eind Q1 <b>inzichtelijk welke verschillen in inhoud van CMD</b> de regio kent (inclusief couleur locale binnen wijken/gemeenten), onder alle CMD aanbieders, en is een <b>rapport met aanbevelingen</b> opgeleverd aan de VVT bestuurders, directeuren en managers in de regio om de succesfactoren in de regio te benutten en zo een <b>efficiëntieslag en een effectiviteitslag te maken in het regionale CMD aanbod.</b>	
<b>Project Superdivers Dementievriendelijk Den Haag</b>	Het percentage ouderen en mantelzorgers met een migratieachtergrond dat dementie heeft is hoog en momenteel gebruikt deze doelgroep het huidige aanbod	Vaststellen wat de redenen zijn voor de mismatch tussen het huidig zorgaanbod en de behoefte van de doelgroep.  Oplossingsrichtingen ontwerpen samen met de doelgroep en	


	niet of minder dan de autochtone doelgroep	zorgprofessionals om deze vervolgens uit te voeren.	
<b>Project Respijtoorzieningen</b>	In 2020 is er een onderzoek gedaan naar de kloof tussen aanbod in respijtoorzieningen voor mensen met dementie en hun mantelzorgers en de behoeften van hen. Het aanbod aan respijtoorzieningen sluit niet volledig aan bij de behoefte aan respijtoorzieningen bij mensen met dementie en hun mantelzorgers in de regio. Er is onvoldoende bekend over het aanbod en eventuele kosten, de inhoud sluit onvoldoende aan bij de behoefte van de mantelzorgers, er is onvoldoende ervaren waardering voor mantelzorgers en bestaande voorzieningen hebben een onvoldoende geïntegreerd aanbod voor mensen met dementie én mantelzorgers.	Q4 2021 ervaren mensen met dementie en hun mantelzorgers in alle participerende gemeenten dat zij <b>goed en tijdig geïnformeerd</b> zijn over de mogelijkheden van respijtoorzieningen. In samenhang met project Casemanagement dementie en de netwerkbijeenkomsten voor professionals ontvangen mensen met dementie en mantelzorgers vanaf aanvang van diagnostiek <b>psychosociale steun en psycho-educatie</b> eventueel aangevuld met <b>individuele begeleiding</b> van of via de casemanager dementie. Mantelzorgers ervaren in Q4 2021 <b>meer waardering voor hun rol als mantelzorgers</b> en bestaande respijtoorzieningen bieden een <b>integraal aanbod voor mensen met dementie en hun mantelzorgers</b> . Onderzocht wordt in 2021 of er mogelijkheden zijn voor regionale logeervoorzieningen voor mensen met dementie.	


## Programma palliatieve zorg



In 2019 zijn 151.885 mensen overleden in Nederland, waarvan 6.681 mensen in regio Haaglanden. In acht op de tien gevallen komt dit overlijden niet onverwachts. Het bieden van palliatieve zorg is in deze gevallen noodzakelijk om in de laatste fase van het leven de patiënt en de naasten zo'n hoog mogelijke kwaliteit van leven te geven. Binnen het Programma palliatieve zorg werken partijen uit de regio in gezamenlijkheid aan het verbeteren van de deze vorm van zorg. Want hoewel er al veel goed gaat, zijn er verschillende knelpunten ontdekt in de patiëntreis van palliatieve patiënten en de naasten. Het begint bij onvoldoende bewustzijn over het levenseinde, waardoor veel patiënten, naasten en zorgprofessionals niet tijdig genoeg met elkaar spreken over de wensen, grenzen en zorgmogelijkheden binnen de palliatieve zorg. Daardoor kan lang niet altijd de juiste zorg, op de juiste plek, op het juiste moment, zo efficiënt mogelijk en passend bij de behoefte van de patiënt en de naasten worden geboden. Door de samenwerking, communicatie en vier dimensies van palliatieve zorg (fysiek, psychisch, sociaal en zingeving) centraal te stellen binnen het Programma palliatieve zorg werken we in gezamenlijkheid aan het verbeteren van deze zorg in de regio Haaglanden.

Projecttitel	Huidige situatie	Doel 2021	Aansluiting missie & visie
<b>Netwerkontwikkeling</b>	Netwerkpartners van het Netwerk Palliatieve Zorg Haaglanden hebben hun lidmaatschap in het netwerk geformaliseerd middels het ondertekenen van de samenwerkingsovereenkomst. In deze overeenkomst zijn verwachtingen t.a.v. rol en participatie in het netwerk opgenomen. Jaarlijks wordt hierop geëvalueerd en waar nodig met partijen het gesprek aangegaan om te kijken naar oorzaken en oplossingen voor het niet nakomen van de afspraken uit de samenwerkingsovereenkomst. Daarnaast wordt aandacht besteedt aan de doorontwikkeling van het	In januari 2021 wordt een <b>netwerkevaluatie</b> i.s.m. Programma Dementie uitgevoerd op basis van participatie in het Netwerk Palliatieve Zorg Haaglanden. In geval van onvoldoende participatie wordt een gesprek gestart met het betreffende netwerk lid over rol en verwachtingen in deelname aan het netwerk. Er wordt gedurende 2021 gebouwd aan het verkennen, opbouwen en onderhouden van de <b>samenwerking met andere netwerken</b> om de palliatieve zorg beter in te bedden. In 2021 wordt een <b>meerjarenbeleidsplan</b> gevormd, waarin we op hoofdlijn bepalen	



	Netwerk Palliatieve Zorg Haaglanden.	waar het netwerk zich de komende 2-3 jaar op richt. Het landelijk advies van de <b>Denktank Palliatieve Zorg</b> wordt vertaald in concrete acties voor de regio Haaglanden.	
<b>Structurele overleggen/ Scholingsbijeenkomsten</b>	Middels structurele overleggen en/of scholingen worden netwerkpartners (c.q. professionals en zorgvrijwilligers) geïnformeerd en gefaciliteerd en worden er signalen opgepikt voor verbetering van de palliatieve zorg en –ondersteuning, zodat de coördinerende rol in het netwerk geoptimaliseerd kan worden. Daarnaast is de vertaling van regionaal naar landelijke ontwikkelingen en andersom waardevol. Daarom wordt er geparticipeerd in landelijke overleggen en overleggen met andere regionale netwerken en dit vertaalt in de eerder genoemde overleggen.	In 2021 zal er een <b>symposium palliatieve zorg</b> worden georganiseerd. Er zal minimaal 4 keer per jaar een <b>palliatief café</b> worden georganiseerd door leden van het netwerk. Minimaal 4 keer per jaar zal er een <b>casuïstiekbespreking voor verpleegkundigen</b> worden georganiseerd. In samenwerking met het LUMC zullen er <b>basis- en nascholingen voor verpleegkundigen</b> worden georganiseerd. Er zal een <b>basisscholing en casuïstiekbespreking voor verzorgenden</b> worden georganiseerd. Minimaal drie keer per jaar vindt er een overleg van de <b>Programmacommissie Palliatieve Zorg</b> plaats, gericht op het ontwikkelen, monitoren en evalueren van het jaarplan. Er is participatie van project- en/of programmaleider tijdens de PZNL bijeenkomsten en	


		andere relevante landelijke overleggen. Er vinden structureel <b>bovenregionale overleggen</b> plaats met de partners van Propallia.	
<b>Informatievoorziening</b>	Netwerk Palliatieve Zorg Haaglanden communiceert over verschillende kanalen: informatiepakketten, PalliArts, website, social media en nieuwsbrief. Ook in 2021 zal dit gecontinueerd worden en worden de informatiepakketten en PalliArts up-to-date gehouden.	In 2021 worden de <b>informatiemappen palliatieve zorg</b> geüpdatet a.d.h.v. een uitvraag onder de netwerkpartners. Continue worden de informatiemappen verspreid onder het netwerk. Tweemaal per jaar wordt de <b>app PalliArts</b> geüpdatet en wordt er gekeken of alle hospices en PTU's de module 'bedden vrij' consequent bijhouden. Continu worden de <b>websites en sociale media</b> beheerd, waarbij gestreefd wordt naar minimaal maandelijks plaatsen van nieuwsberichten en communicatie over social media conform het STZ-social team plan.	
<b>Advanced Care Planning (ACP)</b>	Er zou meer samengewerkt en geleerd kunnen worden van elkaar door huisartsen, wijkverpleging, apothekers en vrijwilligers terminale zorg rond de palliatief thuiswonende patiënt. Daarnaast is er communicatie nodig richting burgers over wat palliatieve zorg inhoudt en wat er in de regio mogelijk is. Hiermee	Het aanjagen en oprichten van drie nieuwe <b>PaTz-groepen</b> in de regio Haaglanden met als doel de samenwerking tussen huisartsen, wijkverpleegkundigen, apothekers en vrijwilligers terminale zorg te bevorderen en hun deskundigheid met betrekking tot de zorg aan de	

	bieden we hen de mogelijkheid om vooruit te kijken en vroegtijdig na te denken over wat hun wensen en behoeften zijn (advanced care planning).	palliatieve thuiswonende patiënt te vergroten. Het organiseren van een <b>publiekscampagne palliatieve zorg</b> : drie lokale bijeenkomsten om burgers bewust te laten nadenken over de eindigheid van het leven en te informeren over de zorg die nog wel geboden kan worden als een ziekte niet meer geneesbaar is. Centraal in de zorg staat de kwaliteit van leven en de wensen en behoeften van de patiënt en diens naasten. Voor deze campagne wordt contact gelegd met gemeenten rond het thema sterven, waarbij aansluiting gezocht wordt met het beleid van gemeenten.	
<b>Onderzoek naar de beddencapaciteit in de regio</b>	Er is inzicht nodig in vraag en aanbod van palliatieve bedden in de regio.	In samenwerking met de netwerkpartners wordt een capaciteitsonderzoek uitgevoerd dat zal leiden tot <b>een rapport</b> . Dit rapport moet inzicht bieden in het aantal palliatieve bedden in de regio en of dit aantal volstaat, zodat patiënten de mogelijkheid hebben om te overlijden op de plaats van voorkeur.	
<b>Geestelijke verzorging Thuis 2021</b>	Het proces omtrent de inzet van geestelijk verzorgers in de thuissituaties staat.	Het <b>continueren</b> van de eerder gevormde infrastructuur en deze <b>borgen</b> binnen de regio na 2021.	


	Er is ruimte voor kwalitatieve verbeteringen en uitbreiding van de samenwerking (eerste lijn, tweede lijn, sociaal domein) en sterkere inbedding in het zorgproces.		
<b>Implementatie Kwaliteitskader Palliatieve Zorg Nederland</b>	Netwerklleden wensen op de hoogte te zijn van de inhoud van het kwaliteitskader en wat dit betekent op organisatie- en netwerkniveau.	Inventariseren en uitvoeren van een <b>zelfevaluatie</b> door netwerklleden met ondersteuning vanuit Stichting Transmurale Zorg. Het doel is dat netwerklleden de inhoud van het kwaliteitskader kennen en deze toepassen als richtinggevend instrument in het verlenen van palliatieve zorg. Daarnaast krijgen zij inzicht in (eventuele) mogelijkheden om de kwaliteit van de door hen geleverde zorg te verbeteren.	
<b>ZonMw: Implementatie van een interventie in de praktijk</b>	Er is behoefte aan gezondheidsonderzoek om samen met de netwerkpartners kennis te vergaren.	Het verbeteren van de inzet van een bestaande methodiek binnen de regio Haaglanden: <b>Oog voor Naasten en Nabestaanden.</b> Deze methodiek wordt in de periode 2021-2023 geïmplementeerd bij vier organisaties in de regio.  Het verbeteren van de inzet van deze methodiek zal leiden tot een betere kwaliteit van de palliatieve zorg.	
<b>Transmurale Palliatieve Zorg bevorderen door 1e en 2e lijn beter te verbinden</b>	Er zou een betere overdracht plaats kunnen vinden tussen het ziekenhuis en de thuissituatie. Het	Het <b>verbeteren van de overdracht</b> tussen het ziekenhuis en de thuissituatie, zodat ook in	

	is gebleken dat niet alle patiënten en naasten naar huis gaan met de juiste zorg en zorgverleners die op de hoogte zijn van de wensen en behoeften.	de thuissituatie kwalitatief goede zorg geboden kan worden die aansluit op de wensen en behoeften van de palliatieve patiënt en de naasten.	
--	---	---	--

## Project Vitaal Thuis

Projecttitel	Huidige situatie	Doel 2021	Aansluiting missie & visie
<b>Transmurale Zorgbrug</b>	In 2020 is de zorgbrug tijdelijk tot stilstand gekomen door de Coronacrisis. Na opnieuw opstarten in het laatste kwartaal van 2020 blijft het van belang om meer patiënten te includeren	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Uitbreiding naar 4 extra afdelingen in het ziekenhuis</li> <li>• Uitbreiden van het aantal VVT-organisaties dat meedoet</li> <li>• Borgen van werkwijze in regulier ontslagproces (afronding project)</li> <li>• (Virtuele) bijeenkomst voor betrokkenen</li> </ul>	

## Project verbetertraject inspectierapport Bouwlust/Vrederust


Projecttitel	Huidige situatie	Doel 2021	Aansluiting missie & visie
<b>Wijksamenwerking Bouwlust/Vrederust</b>	In maart 2020 is het IGJ rapport uitgebracht met als conclusie dat wijkverpleegkundigen en huisartsen elkaar onvoldoende weten te vinden in Bouwlust en Vrederust voor de zorg voor thuiswonende kwetsbare ouderen. Een eerste kennismakingsbijeenkomst is georganiseerd en een	Partijen bij elkaar brengen en procesbegeleiding van het implementeren van verbeterpunten n.a.v. inspectierapport.	





	regiegroep met professionals uit de wijk is gevormd die aan de slag gaan met de verbeterpunten.		
--	---	--	--

## Project Health Innovation School

Projecttitel	Huidige situatie	Doel 2021	Aansluiting missie & visie
<b>Health Innovation School</b>	De regionale editie HIS Haaglanden is in september 2020 van start gegaan. In totaal worden er 6 lesdagen en 4 projectmiddagen georganiseerd. De projecten waar de deelnemers aan werken zijn knelpunten uit de regio. In januari en februari 2021 zullen de lesdagen en projecten afgerond worden.	Het doel van de HIS is om professionals uit zorg/welzijn/sociaal domein gezamenlijk te laten leren over innoveren en het aanpakken van regionale knelpunten. Doel is dat zij samenwerken en elkaar leren kennen en makkelijker weten te vinden in hun werk.	

## Project Zorg en ICT

Projecttitel	Huidige situatie	Doel 2021	Aansluiting missie & visie
<b>Regionale basisinfrastructuur tbv uitwisselen medische gegevens</b>	Wensen zijn kenbaar gemaakt door bestuur over ICT: huidig realisatieniveau is laag.	Fase 1: komen tot een plan inclusief besluitvorming (Q1 afgerond).  Fase 2: Invullen van regionale basisinfrastructuur op basis van wensen en eisen.  Fase 3: Opstarten pilot.	

Projecttitel	Huidige situatie	Doel 2021	Aansluiting missie & visie
<b>Medicatieproces 9.X</b>	Landelijk wordt dit geïmplementeerd maar hiervoor zijn regionale afspraken nodig.	Fase 1: Komen tot afspraken met het landelijk programmabureau inclusief financiering enerzijds en regionaal draagvlak anderzijds.  Fase 2: Opstellen van regioplan tbv medicatieproces 9.x	
<b>Bevordering gebruik LSP</b>	Meeste zorgverleners in de eerste lijn zijn aangesloten op het LSP. Gebruik hiervan is voor verbetering vatbaar. Voor digitale overdracht van actuele medicatie in de hele keten is ook het opvraagbaar maken van de medicatie in ziekenhuizen en VVT instellingen noodzakelijk.	Andere partijen aansluiten en gebruik LSP bevorderen.	
<b>Ondersteunen van partners bij opzetten van initiatieven rondom eHealth</b>	eHealth wordt op beperkte schaal gebruikt. Door nieuwe initiatieven wordt opschaling gerealiseerd.	Ondersteunen en adviseren van partners bij initiatieven rondom eHealth in uitvoering en in voortraject.	
<b>Uitwisselingsprojecten</b>	Landelijk zijn er verschillende initiatieven rondom uitwisseling gegevens beschikbaar. Deze kunnen in meer of mindere mate interessant zijn voor de regio. Het gaat bijvoorbeeld om BabyConnect, VIPP5, InZicht, Open, etc.	In kaart brengen, en bij positieve besluitvorming, opzetten van regionale coalities t.b.v. uitvoeren projecten. Deze projecten kennen allen een regionale context maar een centrale financiering. Separate afspraken over dit thema zijn per project nodig.	
<b>Uitfaseren Point in de regio</b>	Eerder is een regionaal besluit genomen om het gebruik van de	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Uitfaseren Point binnen de regio</li> </ul>	

Projecttitel	Huidige situatie	Doel 2021	Aansluiting missie & visie
	applicatie Point uit te faseren in de regio. Het concreet invulling geven, inclusief alle voorwaarden en borging van eventueel gebruik voor bovenregionaal verkeer moet worden geborgd.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Afspraken rondom Point bovenregionale verwijzingen</li> <li>• Vastgelegd transmuraal handboek voor uitwisselingen</li> </ul>	

## Project Acute zorg

Projecttitel	Huidige situatie	Doel 2021	Aansluiting missie & visie
<b>Houtskoolschets acute zorg</b>	<p>In juli 2020 is de houtskoolschets acute zorg gepubliceerd. In de STZ bestuursvergaderingen is deze besproken. VWS zal naar verwachting pas na de formatie een meer definitieve visie uitbrengen.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mogelijkheid tot reageren naar VWS tot 1-1-21</li> <li>• Voeren van het goede gesprek hoe we als regio invulling geven aan de inrichting van de acute zorgketen is belangrijk. Waar we het eens zijn willen we doorpakken en niet wachten tot een nieuw kabinet een besluit neemt.</li> <li>• STZ is het logische gremium om gezamenlijk op te trekken</li> </ul> <p>Elk van de leden blijft een eigen verantwoordelijkheid houden Diverse lidorganisaties hebben een visie op de houtskoolschets</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Het bestuur STZ (eventueel via gemandateerd klein comité) formuleert de opdracht aan STZ</li> <li>• STZ stelt een projectplan op</li> <li>• 1e stap bestaat uit formeren van een groep inhoudelijk deskundigen uit de lidorganisaties die hebben meegewerkt aan de visievorming op de houtskoolschets. Opdracht aan deze groep: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Bundel de reacties tot een gezamenlijke reactie naar VWS</li> <li>○ Maak inzichtelijk waar partijen van mening verschillen en waar partijen het eens zijn.</li> <li>○ Doe een voorstel voor het oppakken van activiteiten waar we vooruitlopend op een besluit van VWS alvast</li> </ul> </li> </ul>	



	geformuleerd, anderen hebben deze in voorbereiding.	<p>mee aan de gang kunnen, omdat iedereen het eens is.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Het bestuur besluit welke activiteiten opgepakt worden. Dit kan deels laaghangend fruit zijn, maar vooral letten op samenhang.</li> <li>• Het bestuur besluit ook over verzending evt. gezamenlijke reactie.</li> </ul>	
--	---	---	--


## Project Meerjarenagenda

Projecttitel	Huidige situatie	Doel 2021	Aansluiting missie & visie
<b>Meerjarenagenda</b>	<p>STZ/RSO bestaat al 20 jaar. In het verleden zijn een aantal speerpunten benoemd. Ieder jaar wordt bedacht welke activiteiten plaats moeten vinden. STZ/RSO is een projectgefinancierde organisatie, waarbij financiële dekking jaarlijks vastgesteld wordt en langjarige commitment kwetsbaar is. Dit geldt voor de stichting zelf, maar ook voor de partners. Het grootste nadeel van deze aanpak is dat er voornamelijk activiteiten worden opgezet die haalbaar zijn in een beperkte looptijd. Er liggen een aantal uitdagingen die een langjarige inzet vragen.</p>	<p>We gaan in 2021 een strategische meerjarenagenda opstellen. Deze agenda moet de komende 4 jaar houvast geven aan de invulling van jaarlijkse plannen van STZ/RSO, maar ook voor de betrokken organisaties. Zo bereiken we doelen die er écht toe doen.</p>	

## Project omvorming stichting naar vereniging

Projecttitel	Huidige situatie	Doel 2021	Aansluiting missie & visie
<b>Omvorming stichting naar vereniging</b>	Het bestuur van STZ/RSO Haaglanden heeft besloten de stichting om te zetten naar een vereniging. Het voorwerk voor dit besluit vond plaats in 2020. Er is uitgebreid juridisch advies ingewonnen, nu is het tijd om het proces te starten om uitvoering te geven aan het besluit. Het startpunt vormen "10 slimme vragen".	We willen stevig investeren in het gezamenlijk ervaren wat het betekent om een vereniging te zijn. Besluitvorming, mandatering, toetreding nieuwe leden, afmelding van leden, het zijn maar een paar voorbeelden van vraagstukken die je wel op papier kan vormgeven, maar waar vooral mee geoefend moet worden. Het belangrijkste resultaat van dit project is dan ook niet de oprichting van de vereniging, als wel de doorleving van het nieuwe organisatiemodel. De uitkomst staat echter niet ter discussie: we worden een vereniging!	

## Programma Gezond en Gelukkig Den Haag (GGDH)

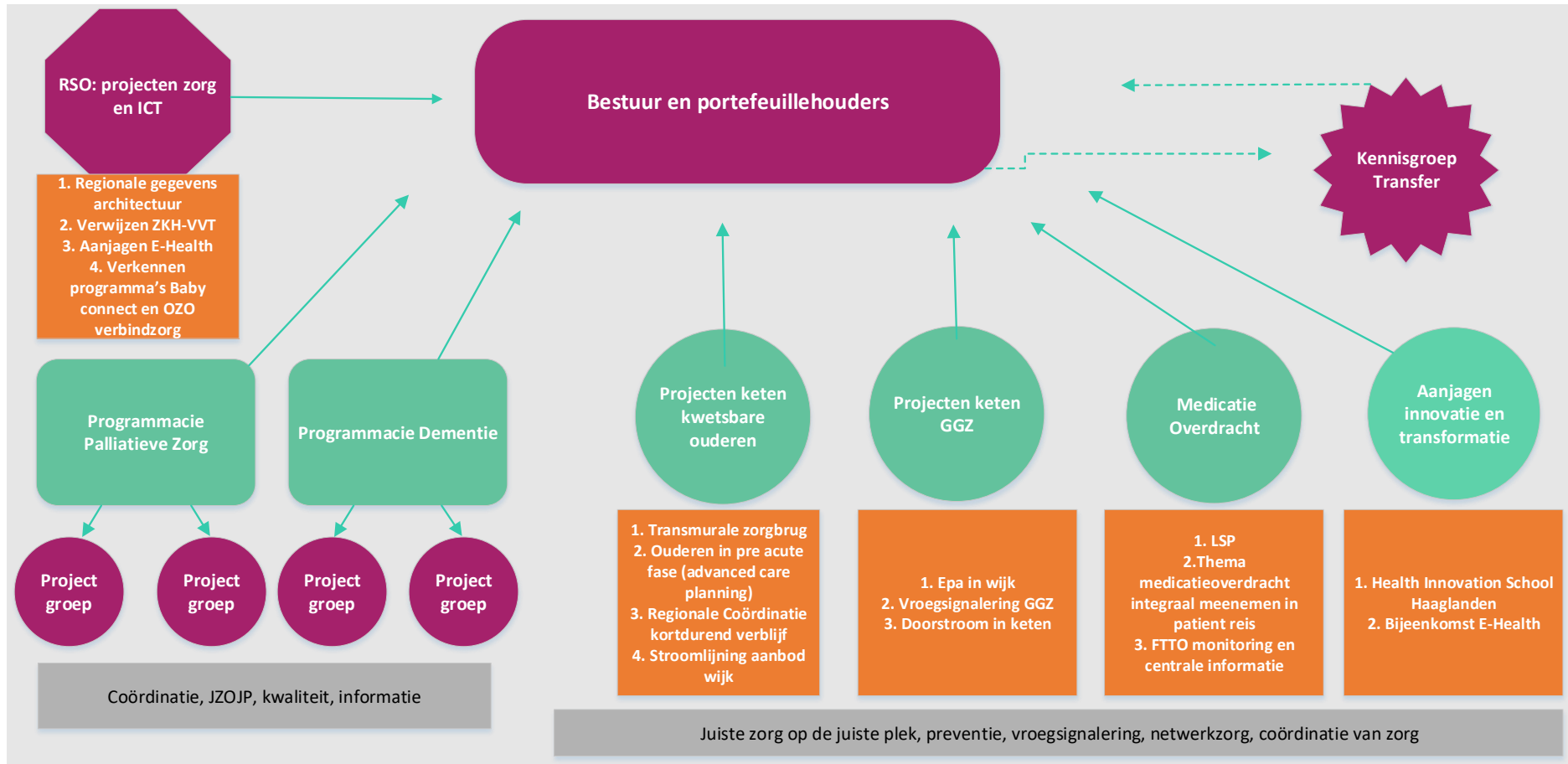
Projecttitel	Huidige situatie	Doel 2021	Aansluiting missie & visie
<b>Gezond en Gelukkig Den Haag</b>	STZ heeft mede aan de wieg gestaan van het programma GGDH. In 2020 is een bijdrage geleverd in natura en €57.000.	GGDH is een netwerkorganisatie gericht op het inspireren en aanjagen van het verkleinen van gezondheidsverschillen.	

	<p>De afstemming tussen de activiteiten van GGDH en STZ is een aandachtspunt. GGDH beoogt een beweging te zijn, met een ingebakken deelname van financiers (gemeente en verzekeraars).</p>	<p>Bij alles wat het programma aanjaagt hanteren we de volgende criteria:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Het versterkt de verbinding tussen sociaal en medisch domein.</li><li>2. Het valt binnen de beweging van "ziekte en zorg naar gezondheid en gedrag – en naar mens en maatschappij".</li></ol>	
--	--	--	--

## 4. Bijlagen

### Bijlage 1: Inrichting van de overlegstructuur en wijze van besluitvorming

Om tot een werkende netwerkstructuur met een resultaatgerichte werkwijze te komen, wordt de volgende structuur gehanteerd:



In de Kennisgroep Transfer worden problemen met betrekking tot overdracht besproken (inclusief POINT) en werkafspraken aangepast. STZ blijft op deze wijze signaleren waar zich problemen (gaan) voordoen in de keten. Daar waar de problematiek zodanig is dat deze vraagt om een transmurale projectmatige aanpak wordt deze aan het bestuur voorgelegd.

In het proces van probleem tot oplossing/resultaat zijn drie lagen essentieel:

1. De laag van het bestuur: deze laag geeft haar commitment aan de thema's op hoofdlijnen. Tussentijds (in elke fase) wordt het bestuur op de hoogte gehouden over de ontwikkelingen binnen de thema's opdat hierop tijdig bijsturing kan plaatsvinden. Portefeuillehouders (bestuurder zelf of afgevaardigde) zijn verantwoordelijk voor een thema. Er kan op de portefeuillehouders een extra beroep worden gedaan indien noodzakelijk (bijvoorbeeld meedenken, interveniëren bij spaak lopen proces). Met betrekking tot de projecten zal STZ kort cyclisch rapporteren aan het bestuur over voortgang en resultaten. Binnen het bestuur wordt besloten over vervolgstappen.
2. De laag van het management/beleid: deze laag is met name vertegenwoordigd in de projectgroepen en programmacommissies van de netwerken. De programmacommissie van de netwerken keurt het meerjarenplan goed en brengt prioritering aan in de op te pakken knelpunten.
3. De laag van de uitvoering: deze laag is met name vertegenwoordigd in de deelprojectgroepen en werkt de hoofdoplossingen uit die in elke fase worden teruggekoppeld aan de overkoepelende projectgroep.

Met stakeholders zijn de volgende afspraken gemaakt aangaande het proces:

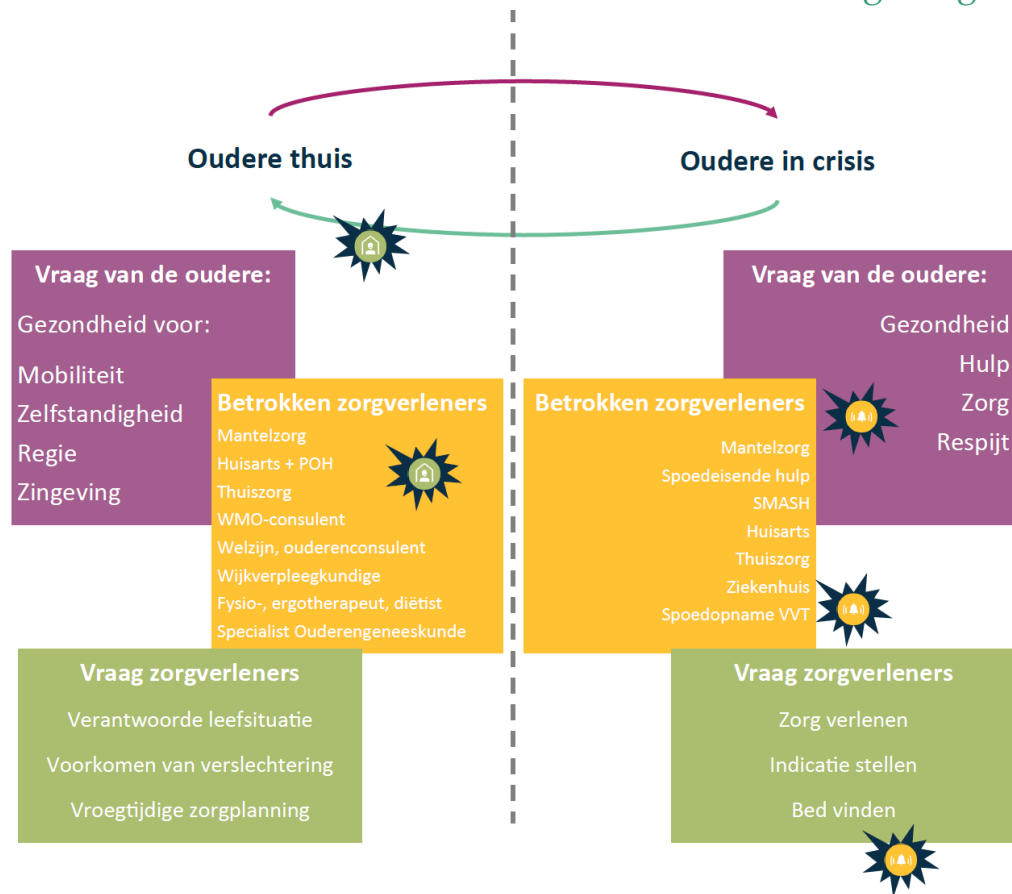
1. Afgevaardigden in programmacommissie en projectgroepen hebben mandaat.
2. Afgevaardigden in programmacommissie en projectgroepen zijn zelf verantwoordelijk voor oplijnen en communicatie binnen de eigen organisatie.
3. Afgevaardigden in programmacommissie en projectgroepen zijn aanwezig bij bijeenkomsten.
4. Afgevaardigden in programmacommissie en projectgroepen leveren actief input en reageren binnen deadlines op plannen en voorstellen.
5. Stakeholders zijn zelf verantwoordelijk voor de bekostiging (indien van toepassing) en implementatie van een gekozen oplossing.
6. Zowel STZ als stakeholders communiceren actief (bijvoorbeeld op de eigen website) over bereikte resultaten op ketenthema's. Dit draagt bij aan kennisdeling, draagvlak en implementatiebereidheid.

Het bestuur wordt door directie geïnformeerd over het verloop van het proces en aanwezigheid van stakeholders per thema.

## Bijlage 2: patiëntreis per doelgroep

In deze patiëntreizen wordt duidelijk hoe de projecten, die in hoofdstuk 2 zijn beschreven, samenhangen voor de beschreven patiëntgroepen. In elke patiëntreis is weergegeven welke (transmurale) problemen de patiënt tegenkomt en welke projecten daarop aangrijpen.

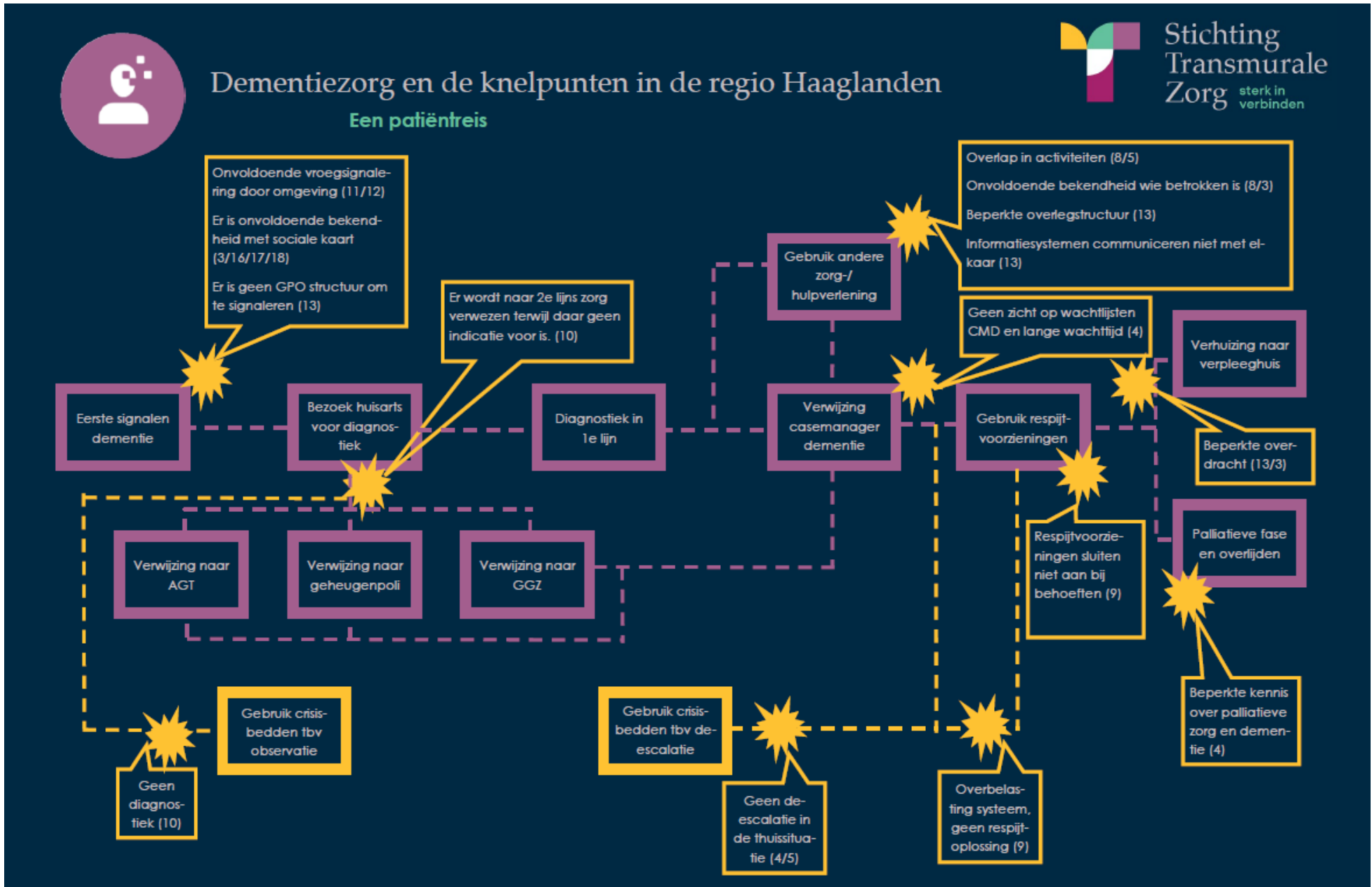
### Patiëntreis van een kwetsbare oudere met een acute zorgvraag



Hiernaast is de patiëntreis afgebeeld die kwetsbare ouderen vaak meerdere malen afleggen. Dit gebruiken wij als een instrument om de problemen die de patiënt tegen kan komen (weergegeven als donkere wolk) te plaatsen. De icoontjes van projecten van Stichting Transmurale Zorg geven aan hoe wij op die problemen inspelen met de volgende projecten:

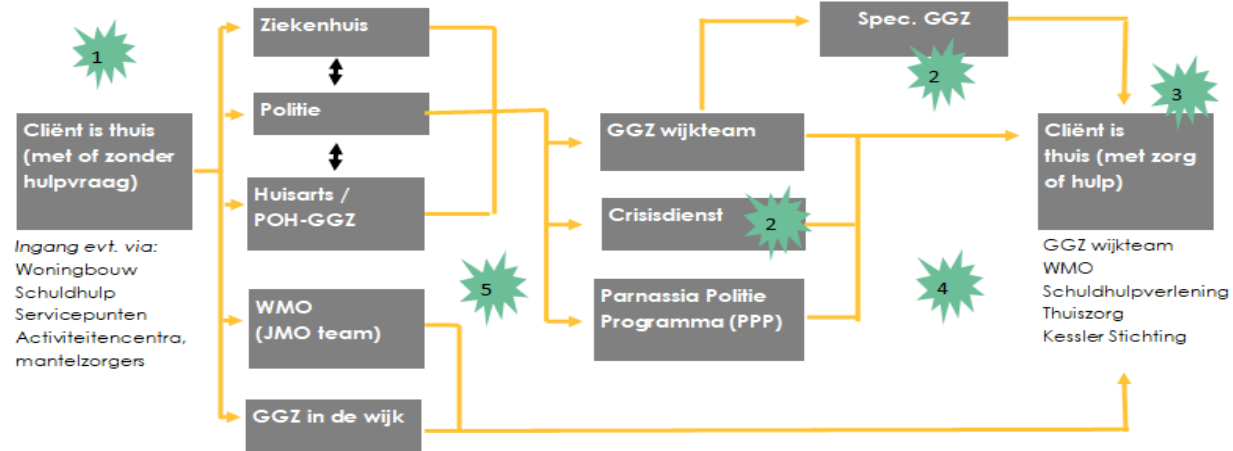
1. Transmurale Zorgbrug
2. Bouwlust/Vrederust
3. Wijkverpleegkundige in the lead (project casemanagement dementie?)

# Patiëntreis van een persoon met dementie



## Patiëntreis van een persoon met GGZ-problematiek

### Patiëntreis voor mensen met geestelijke gezondheidsproblemen



1= zorgmijders, vooroordelen, slechte ervaringen kunnen er toe leiden dat zorgvraag niet ontstaat

2= wachtlijst

3= cliënt heeft hulp, maar dit is niet altijd passend + cliënt kan zich weer onttrekken van hulp

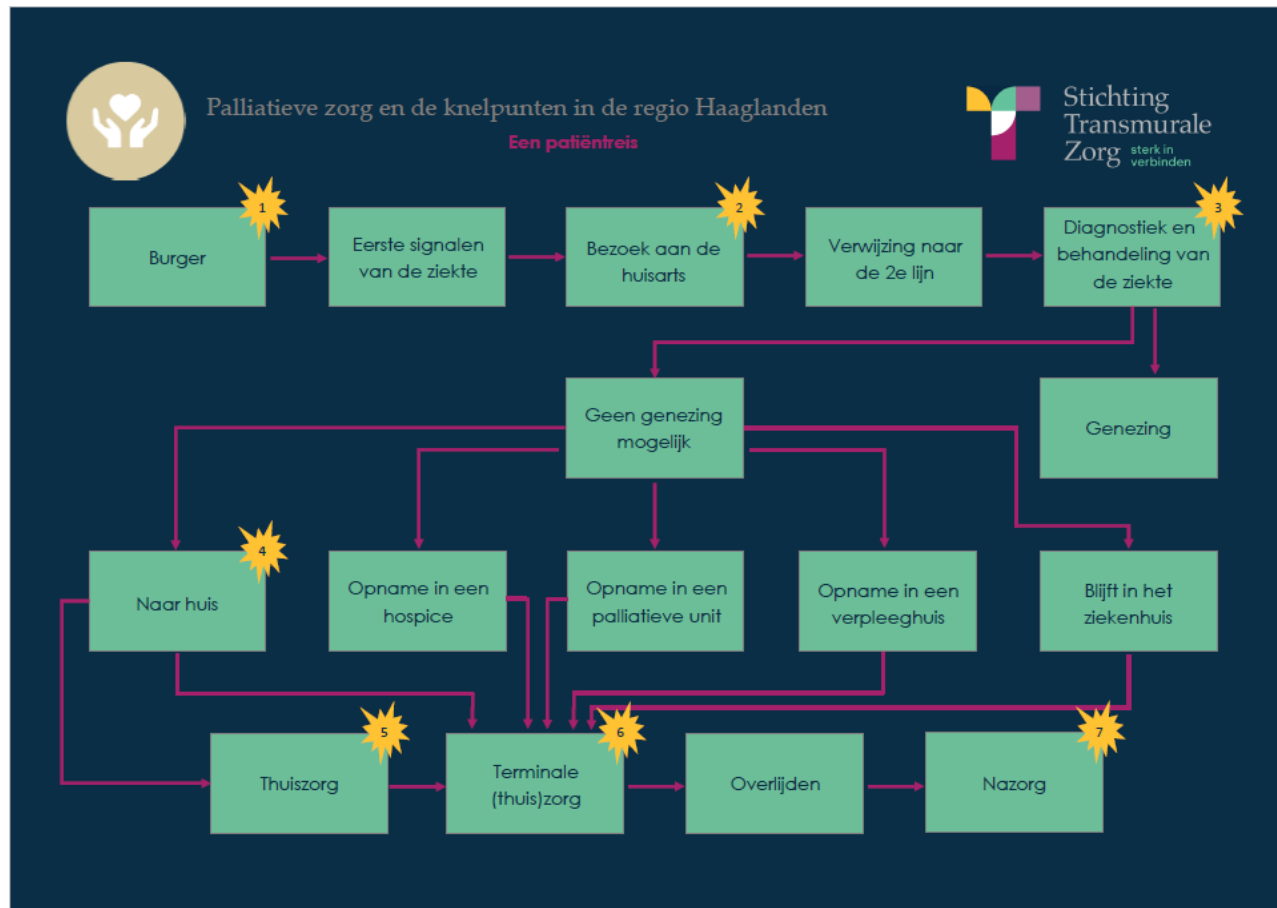
4= bij multiproblematiek schuift zorgverleners uit verschillende disciplines behandeling op elkaar af

5= diagnose stellen wordt bemoeilijkt door gebrek aan tijd/financiering, eerdere diagnoses of belemmerende factoren zoals verslaving of somatische klachten

**Deze patiëntreis is samengesteld op basis van een focusgroep van professionals in december 2018.**



## Patiëntreis van een persoon aan het einde van het leven (palliatieve zorg)



Hiernaast is de patiëntreis afgebeeld die een palliatieve patiënt kan afleggen. Dit gebruiken wij als een instrument om problemen die de patiënt tegen kan komen (weergegeven als gele wolkjes) te plaatsen. We spelen in op deze problemen met de projecten zoals benoemd in dit jaarplan.