

Vereniging Transmurale Zorg Den Haag e.o.

JAARPLAN 2023



Vereniging
Transmurale
Zorg sterk in
verbinden

Inhoud

1. Inleiding	2
2. Rol en positie van Vereniging Transmurale Zorg	4
Visie.....	4
Missie.....	4
VTZ komt in actie bij.....	5
VTZ streeft samen met haar stakeholders naar bevordering van:	5
3. Toelichting activiteiten VTZ.....	6
Programma dementie	7
Programma palliatieve zorg.....	12
Programma "Goede doorstroming in de keten"	18
Programma Zorg-ICT	20
Programma Preventie	22

1. Inleiding

Voor u ligt het jaarplan 2023 van de Vereniging Transmurale Zorg Den Haag e.o. (VTZ).

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 2023 combineert VTZ continuering van de lopende activiteiten met specifieke nieuwe projecten die ons klaar maken voor de toekomst.

Als vereniging werken we slim samen met nieuwe partners, waardoor we slagvaardiger worden in het domeinoverstijgend werken. Een groot gedeelte van onze werkzaamheden voeren we uit voor alle leden. Voor specifieke projecten kunnen leden kiezen voor deelname en kunnen zelfs niet bij VTZ aangesloten organisaties deelnemen.

De meerjarenagenda geeft ons houvast voor de prioriteiten van de komende 2-3 jaar. Dit zijn de volgende 5 thema's:

- Dementie
- Palliatieve zorg
- Goede doorstroming in de keten
- Zorg-ICT
- Preventie

De programma's dementie en palliatieve zorg dragen al jaren bij aan praktische verbeteringen in de zorg voor burgers van de regio Den Haag en omstreken. Er vinden tal van activiteiten plaats die de zorg echt verder helpen. De trend naar een grotere focus op preventie en vroegsignalering zetten we door.

Het thema "goede doorstroming in de keten" richt zich op (1) samenwerking in de acute zorg en (2) afschalen van zorg naar de eerste en nulde lijn waar dat kan, behoud van complexe zorg in de tweede lijn waar dat beter is (Juiste Zorg op de Juiste Plek).

Het thema Zorg-ICT moet er voor zorgen dat patiënten-informatie inzichtelijk wordt voor de patiënt en dat (mede-)behandelaars toegang hebben tot zoveel mogelijk voor hen relevante medische gegevens onafhankelijk van de vraag waar deze zich fysiek bevinden.

Preventie is een belangrijk thema in onze regio, met het oog op de voorziene scheefgroei tussen verwachte zorgvraag en beschikbare handen aan het bed in de komende decennia. De focus van Vereniging Transmurale Zorg lag tot nu toe op kwetsbare ouderen. Voor het thema preventie wordt nu ingezet op de 'oudere van morgen', met andere woorden de groep die nu tussen de 50 en 70 jaar oud is. Voor deze groep wordt ingezet op het versterken van de weerbaarheid vóódat iemand kwetsbaar wordt.

De VTZ ziet de noodzaak om meer vanuit het burgerperspectief te handelen. In 2023 gaan we verder uitwerken hoe we de inwoners van Haaglanden optimaal kunnen betrekken bij onze activiteiten.

2. Rol en positie van Vereniging Transmurale Zorg

Visie

VTZ is een ondersteuningsorganisatie voor zorgaanbieders in de regio en stimuleert efficiënte steun- en zorgnetwerken in de regio Den Haag en omstreken 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 afschalen 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.

VTZ 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 VTZ 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 de ALV van VTZ.

VTZ 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.

3. Toelichting activiteiten VTZ

VTZ heeft een missie en visie. Deze vormen de leidraad voor de meerjarenagenda en het voorliggende jaarplan. De missie van VTZ 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 VTZ

De activiteiten van VTZ 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.

Duurzaamheid en de beschikbaarheid van voldoende personeel zijn ook belangrijk om op de lange termijn de zorg toegankelijk, kwalitatief hoog en betaalbaar te houden. Hierop voert VTZ vooralsnog geen specifieke activiteiten uit. Wél zal bij elk project het effect op duurzaamheid en personele capaciteit in kaart worden gebracht, waarbij doelstelling is om geen activiteiten uit te voeren die hier een negatief effect op hebben en activiteiten die juist een heel positieve uitwerking op duurzaamheid en personele capaciteit ruim baan te geven.

In de ALV van september 2022 heeft Lea Bouwmeester een inspirerende visie gegeven op de noodzaak om als VTZ vanuit het burgerperspectief te handelen. In 2023 gaan we dit verder uitwerken.

In 2023 zal VTZ een aantal activiteiten uitvoeren voor alle leden. Deze basisactiviteiten worden gefinancierd uit contributies en subsidies. Dit gedeelte is groot genoeg om een langdurig levensvatbare organisatie draaiende te houden die een beperkte vaste staf heeft. Daarnaast zijn er activiteiten die volledig apart gefinancierd worden, door bijdragen van de organisaties die deelnemer zijn van dat project. Tot het moment dat een geaccordeerd plan van aanpak met bijbehorende begroting is geaccordeerd door een coalitie van opdrachtgevers financiert VTZ kosten uit de basisbegroting.

Hieronder wordt per project en programma toegelicht wat de activiteiten van VTZ in 2023 zullen inhouden. Hier staat per activiteit aangeduid wat de huidige situatie is en wat de doelstelling is voor 2023. Daarnaast wordt er per activiteit een vertaling gemaakt van de missie en visie naar de projecten. **In het eerste kwartaal van 2023 zullen per thema bestuurlijke sessies plaatsvinden. Deze sessies kunnen niet leiden tot het compleet schrappen van een thema, maar er kunnen wel projecten aangepast worden.**

Programma dementie

Er waren in 2021 in Nederland 290.000 mensen met dementie, waarvan 9.716 mensen in regio Haaglanden. Hiervan zijn 6.268 thuiswonend en 3.448 zitten in een zorginstelling. Niet iedereen met dementie is gediagnosticeerd en ook in 2023 is de verwachting dat het aantal mensen met een diagnose slechts het topje van de ijsberg is. Ook deze inwoners hebben in meer of mindere mate behoefte aan passende en/of preventieve zorg. Het bieden van effectieve en efficiënte dementiezorg is noodzakelijk om mensen met dementie en hun mantelzorgers zo'n goed mogelijke kwaliteit van leven te geven. De zorgstandaard dementie geeft een eenduidig beeld van wat hieronder wordt verstaan en de nationale dementiestrategie geeft focus.

In dit jaarplan worden activiteiten in de regio Haaglanden beschreven, waarmee de netwerkleden vanuit de VVT, ziekenhuizen, GGZ, welzijn en eerste lijn in gezamenlijkheid met de gemeenten, Alzheimer Nederland en de verzekeraars de dementiezorg naar een zo hoog mogelijk niveau willen tillen. Kerndoelstelling van het netwerk is daarbij dat de aangesloten partijen elkaar weten te vinden.

Het programma dementie krijgt vorm via het netwerk dementie. Deelnemers aan dit netwerk zijn:

Arts en zorg	Hadoks	Nescare	St. Johannahuis
Buddy netwerk	Haga	Oldael	SWZ
Cardia	HMC	Parnassia	Welzijn Rijswijk
Evita	Home Instead	Respect	WZH
Eykenburg	HVP	Royaal Thuis	Xtra
Florence	HWW	Saffier	
GGZ Rivierduinen	Mr. L.E. Visserhuis	SHG	

Alzheimer Haaglanden, de gemeentes en verzekeraars hebben inbreng via een nog op te richten adviesraad.

Ambities	Projecten en activiteiten	Doel 2023: wat heeft de burger eraan?
Vroegtijdige zorgplanning	<ol style="list-style-type: none"> GPO: Tijdens een Gestructureerd Periodiek (online) Overleg (GPO) vindt er afstemming plaats tussen de professionals in zorg en welzijn rondom een cliënt met dementie. Signalen van een niet pluis gevoel bij ouderen in de wijk komen hier samen en er is onderling afstemming hoe hiermee om te gaan. Vroegtijdige zorgplanning (ACP) wordt hierin meegenomen en voortgezet gedurende het gehele ziekteproces. Op dit moment is het aantal GPO's in de regio sterk verdeeld. Wij verkennen de belemmeringen in het netwerk om een GPO te starten en ondersteunen de deelnemende partijen met kennisdeling hierover. Dementiepreventie bij migrantendoelgroepen: Samen met stichting Vobis zijn in 2021 veel inwoners (waaronder mantelzorgers) van Den Haag met een Hindoestaanse achtergrond bereikt in het kader van dementie en 	<ol style="list-style-type: none"> Dankzij een GPO is de burger ervan verzekerd dat alle hulpverleners met elkaar in contact zijn en belangrijke informatie wordt gedeeld. Hierdoor wordt voorkomen dat hulpverleners langs elkaar heen werken en dat de burger meerdere keren hetzelfde verhaal moet vertellen. Dit sterkt het vertrouwen in de hulpverlening. Dankzij dementiepreventie voor migrantendoelgroepen kunnen burgers met een migratieachtergrond op een laagdrempelige manier in hun eigen taal voorlichting krijgen over dementie. Dit vergroot (preventieve) kennis en

Ambities	Projecten en activiteiten	Doel 2023: wat heeft de burger eraan?
	<p>dementiepreventie. De vraag om vervolg van deze informatieve sessies is groot en daarom wordt deze samenwerking voortgezet in 2023. Er zullen interactieve huiskamergesprekken en een conferentie worden georganiseerd rondom het thema dementie. Daarnaast wordt in samenwerking met ambassadeurs en migrantenorganisaties gekeken of deze sessies ook op andere migrantendoelgroepen kunnen worden toegespitst. Hierbij wordt gebruik gemaakt van de reeds ontwikkelde tools vanuit Alzheimer Nederland.</p>	<p>daarmee mogelijk het aantal spoedopnames.</p>
<p>Meer eigen regie en samen beslissen</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Klantarena: In Q2 organiseren wij een klantarena: We nodigen mensen met dementie en hun mantelzorgers uit om over de zorg die zij ontvangen te komen praten. Er zijn hierbij twee ringen: de cliënten en mantelzorgers zitten met een gespreksleider binnenin en hier omheen zitten minimaal evenveel mensen uit de zorgorganisaties. Vervolgens gaan deze mensen in verschillende rondes met elkaar in gesprek. De acties die hieruit voortkomen kunnen worden meegenomen in het jaarplan 2024. 2. Informatievoorziening: We dragen zorg voor een goede informatievoorziening voor zorgverleners, patiënten en mantelzorgers. We stellen hiertoe de 'informatiemap dementie' ter beschikking. Overige informatie wordt verspreid via de VTZ-website, de website van Geheugensteunpunt, LinkedIn en de nieuwsbrief, waarbij zo nodig verwezen wordt naar landelijke bronnen. Tot slot vertalen wij delen van de website geheugensteunpunt.nl om het toegankelijker te maken voor migrantendoelgroepen. 3. Monitoren in hoeverre alle mensen met (een vermoeden van) dementie vanaf de start van het diagnostisch traject een vast coördinatie- en aanspreekpunt (casemanager dementie) aangeboden krijgen voor 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dankzij een klantarena heeft de burger de gelegenheid om in een live setting diens verhaal te delen over de ervaren dementiezorg en hierover direct in contact te treden met andere burgers, zoals gelijkgestemden, mantelzorgers en zorgverleners. D.m.v. deze vorm van feedback voelt de burger zich gezien en gehoord. 2. Dankzij accurate informatievoorziening met eenduidige informatie over het ziektebeeld en de zorg- en welzijnsorganisaties in de regio heeft de burger een naslagwerk om informatie in op of terug te zoeken. 3. Dankzij de inzet van een vaste casemanager is het makkelijker voor de burger om een vertrouwensband op te bouwen met de hulpverlener en hoeft diegene diens verhaal niet steeds opnieuw te doen.

Ambities	Projecten en activiteiten	Doel 2023: wat heeft de burger eraan?
	zichzelf, mantelzorger(s) en alle betrokken professionals.	
Kwaliteit van dementiezorg verhogen	<ol style="list-style-type: none"> 1. Netwerkbijeenkomsten: Er worden minimaal drie bijeenkomsten per jaar georganiseerd die in verschillende vormen en voor verschillende doelgroepen zullen plaatsvinden. Door middel van netwerkbijeenkomsten wordt de kennis en kunde van zorgverleners en vrijwilligers naar een hoger niveau getild. Een hoger kennisniveau draagt bij aan het verbeteren van de kwaliteit van dementiezorg. Daarnaast zal net zoals voorgaande jaren in samenwerking met het netwerk Palliatieve Zorg een gezamenlijk evenement worden georganiseerd. 2. Regionale werkafspraken diagnostiek: In 2022 is de RTA herzien: een document waarin de Regionale Transmurale (werk)Afspraken diagnostiek bij (een vermoeden van) dementie zijn vastgelegd. Het doel hiervan is om laag complexe diagnostiek bij de huisarts te beleggen zodat de GGZ en SOG meer ruimte hebben voor hoog complexe diagnostiek. In 2023 worden deze afspraken verder geïmplementeerd en ondersteunen wij de werkgroep bij het samenkomen en het organiseren van scholing voor professionals. 3. Zelfscan zorgstandaard Dementie: Alle leden van het netwerk krijgen de mogelijkheid om de zelfscan van de zorgstandaard dementie uit te voeren. De zelfscan geeft zorgorganisaties inzicht in waar zij staan op het gebied van de implementatie van de aanbevelingen uit de zorgstandaard. Daarnaast geeft het inzicht in waar verbetering mogelijk is en is een onderdeel de netwerkevaluatie. We bieden een informatiebijeenkomst over de zelfscan aan en bieden desgewenst ondersteuning aan organisaties bij de uitvoer daarvan. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dankzij netwerkbijeenkomsten worden professionals geschoold en zullen zij kwalitatief betere zorg bieden aan de burger. Ook zijn zij beter op de hoogte van innovaties en goede voorbeelden, waar de burger profijt van heeft. 2. Dankzij de regionale werkafspraken wordt de caseload beter verdeeld over de verschillende soorten hulpverleners waardoor de wachtlijsten korter worden en de burger sneller wordt geholpen. 3. Dankzij de zelfscan ontdekken zorgorganisaties hun blinde vlekken op het gebied van dementiezorg gemakkelijker en ervaart de burger zorg die zoveel mogelijk is afgestemd op de zorgstandaard dementie.

Ambities	Projecten en activiteiten	Doel 2023: wat heeft de burger eraan?
<p>Transmurale samenwerking verder verbeteren</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Inzicht in wachtlijstregistratie en contactgegevens casemanagers: Elk kwartaal worden de wachtlijstgegevens in beeld gebracht conform de wachtlijstregistratie van de Nederlandse Zorgautoriteit. Daarnaast wordt een document bijgehouden met actuele contactgegevens van de casemanagers dementie. Hierin staat ook de expertise van de casemanagers benoemd, zoals kennis van andere culturen en/of talen. Deze worden op de VIZ website geplaatst. 2. Samenwerking met andere netwerken: We zetten onze samenwerking met zowel Dementie Netwerk Nederland als het Netwerk Palliatieve Zorg voort en verkennen ook de samenwerking met andere netwerken. Samenwerking met andere netwerken biedt ons de mogelijkheid om kennis uit te wisselen zowel landelijk als regionaal, zodat dementiezorg kan worden geleverd volgens de nieuwste inzichten en standaarden. 3. Programma-overleg Dementie: Om de leden van het netwerk in gezamenlijkheid te laten nadenken en spreken over de benodigde samenwerking en verbeteringsprocessen, organiseren we vier Programma-overleggen. 4. Taskforce Casemanagement: Wij ondersteunen waar gevraagd de Taskforce Casemanagement bij het uitvoeren van afspraken die voortkomen uit het rapport Casemanagement Dementie uit 2021, zoals het verstevigen van samenwerking tussen de WMO casemanagers en de VVT casemanagers. 5. Onderzoeken hoe wij als netwerk verbinding kunnen houden met wijkgerichte initiatieven. Wijken waarin lokale geriatrische netwerken zijn opgericht zoals Loosduinen en Moerwijk worden als voorbeeld genomen en benaderd om te bespreken hoe de samenwerking kan worden 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dankzij de wachtlijstregistratie heeft het NZA inzicht in de wachtlijsten en kan er worden ingegrepen bij excessen. Hierdoor worden de wachtlijsten voor de burger zoveel mogelijk gereduceerd. 2. Dankzij de samenwerking met andere netwerken wordt er kennis gedeeld op het gebied van zorg en innovatie, waardoor de burger kwalitatief betere (netwerk)zorg ervaart. 3. Dankzij het programma-overleg worden er projecten opgezet rondom knelpunten in de cliëntreis. Hierdoor ervaren cliënten minder knelpunten in de fasen die iemand met dementie doorloopt. 4. Dankzij de Taskforce CMD ervaart de burger een kortere wachtlijst. Dankzij goede samenwerking met WMO CMD hoeft de burger diens verhaal niet opnieuw te vertellen en worden aanmeldtrajecten vereenvoudigd. 5. Dankzij de verbinding met wijkgericht werken profiteren burgers van goede voorbeelden uit andere wijken.

Ambities	Projecten en activiteiten	Doel 2023: wat heeft de burger eraan?
	afgestemd en/of als voorbeeld kan dienen voor andere wijken.	
Doorontwikkelen netwerk dementie Haaglanden	<ol style="list-style-type: none"> 1. Adviesraad Dementie: Binnen het netwerk zijn de zorg- en welzijnsorganisaties betrokken die op het gebied van dementiezorg actief zijn. Belangrijke stakeholders, zoals een vertegenwoordiging van patiënten en naasten, gemeenten en zorgverzekeraars, hebben geen afgesproken rol. We richten een Adviesraad in die past bij de behoeften van de leden van het netwerk en maken een duidelijke rol- en taakverdeling. 2. Netwerkevaluatie uitvoeren: Als onderdeel van de DNN zelfscan wordt in 2023 een netwerkevaluatie ontwikkeld, waarmee onderzocht kan worden hoe de samenwerking in het regionale netwerk verloopt. We voeren een netwerkevaluatie uit, zodat inzichtelijk wordt wat goed gaat in de samenwerking en wat beter kan. De resultaten van deze netwerkevaluatie worden nabesproken in een bijeenkomst met alle leden. De evaluatie wordt herhaald in 2025 als het Meerjarenbeleidsplan 2023 – 2025 afloopt. 3. Samenwerkingsovereenkomst: De huidige samenwerkingsovereenkomst loopt eind 2023 af. We stellen met elkaar een nieuwe samenwerkingsovereenkomst op, waarbij specifiek aandacht geschonken wordt aan de actieve betrokkenheid van organisaties en de interne communicatie over dementie. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dankzij de adviesraad hebben burgers via Alzheimer NL inspraak in de bezigheden van het netwerk Dementie. 2. Dankzij de netwerkevaluatie verloopt de samenwerking beter waardoor zorgprofessionals minder tijd kwijt zijn aan knelpunten in de samenwerking en meer tijd hebben voor direct contact met burgers. 3. Dankzij de samenwerkingsovereenkomst verloopt de samenwerking beter waardoor zorgprofessionals minder tijd kwijt zijn aan knelpunten in de samenwerking en meer tijd hebben voor direct contact met burgers.

Programma palliatieve zorg

In 2021 zijn 170.051 mensen overleden in Nederland, waarvan 7.374 mensen in regio Haaglanden. In Nederland zijn 6 op de 10 sterfgevallen verwacht. Voor regio Haaglanden komt het neer op 4.426 inwoners die in 2021 een verwacht overlijden hadden (Palliaweb, 2022). Deze inwoners hebben in meer of mindere mate behoefte aan palliatieve zorg. Het bieden van deze zorg is

noodzakelijk om in de laatste fase van het leven de patiënt en naasten zo'n hoog mogelijke kwaliteit van leven te geven. Het Kwaliteitskader palliatieve zorg Nederland geeft een eenduidig beeld van wat verstaan wordt onder goede palliatieve zorg.

In dit jaarplan worden activiteiten in de regio Haaglanden beschreven, waarmee de netwerkleden de palliatieve zorg naar een zo hoog mogelijk niveau willen tillen.

Het programma palliatieve zorg krijgt vorm via het Netwerk Palliatieve Zorg. Deelnemers aan dit netwerk zijn:

AC Thuiszorg	HagaZiekenhuis	Jacobshospice	Stichting Johannahuis
Arts en Zorg	HMC	Nescare Thuiszorg	Vrijwilligers Terminale Zorg
Cardia	Hospice de Witte Roos	Parnassia	SWZ
Centrum Marike	Hospice het Vliethuys	Respect	Wijkz
EFDH	Hospice Wassenaar	Royaal Thuis	WZH
Evita Zorg	Hospice Zoetermeer	Saffier	
Florence	HVP Zorg	SHG	
Hadoks	HWW Zorg	Stichting Eykenburg	

Patiënten & naasten, gemeenten en verzekeraars krijgen inbreng via een nog te vormen adviesraad.

Ambities	Projecten en activiteiten	Doel 2023: Wat heeft de burger eraan?
Vroegtijdige zorgplanning	<p>1. PaTz-groepen: De methodiek 'PaTz' (Palliatieve Thuiszorg) helpt om de samenwerking tussen zorgverleners en de deskundigheid rond palliatieve zorg bij patiënten thuis te verbeteren. In een PaTz-groep komen huisartsen, (wijk)verpleegkundigen en een consulent palliatieve zorg samen om de situatie van palliatieve patiënten thuis te bespreken. Soms wordt deze groep uitgebreid met andere deskundigheid, zoals apothekers, geestelijke verzorgers, vrijwilligerszorg of medisch specialisten. Deze samenwerking draagt bij aan een proactief zorgbeleid. We behouden bestaande PaTz-groepen in de regio en richten nieuwe PaTz-groepen op. Daarnaast zetten we ons in om de deelname aan PaTz structureel bekostigd te krijgen.</p>	<p>1. Dankzij de PaTz-groepen wordt een proactief zorgbeleid gevoerd bij patiënten thuis, welke afgestemd is op de waarden, wensen en behoeften van de patiënt en de naasten. Tevens worden professionals geschoold en zullen zij kwalitatief betere zorg bieden aan de burger thuis.</p> <p>2. Dankzij de campagne palliatieve zorg voor zorgverleners zijn professionals beter op de hoogte van de mogelijkheden van palliatieve zorg, waardoor zij vroegtijdige en</p>

Ambities	Projecten en activiteiten	Doel 2023: Wat heeft de burger eraan?
	<ol style="list-style-type: none"> 2. Campagne palliatieve zorg voor zorgverleners: Palliatieve zorg is generalistische zorg en dient door alle zorgverleners geboden te worden. Vaak is het begrip 'palliatieve zorg' nog onvoldoende bekend en beperkt het zich tot het idee dat dit de zorg is die enkel in de laatste dagen van het leven van een palliatieve patiënt geboden wordt. Om de bewustwording over palliatieve zorg te vergroten onder zorgverleners, voeren we in samenwerking met de organisaties uit het netwerk een campagne uit. Deze campagne wensen we mee te laten lopen met de landelijke campagne over palliatieve zorg. Als zorgverleners zich meer bewust zijn van palliatieve zorg ontstaat er meer ruimte voor vroegtijdige zorgplanning. 3. Huisbezoeken in de palliatieve fase: In 2022 is gestart met het herimplementeren van de huisbezoeken in de palliatieve fase. Huisbezoeken maken het mogelijk om (verpleegkundige) ondersteuning en continuïteit te bieden aan patiënten en naasten. De huisbezoeken worden afgelegd door een aantal thuiszorgorganisaties en kunnen aangevraagd worden door de huisarts, de patiënt of de naasten. Het doel is tijdig signaleren en opvangen van problemen die samenhangen met de palliatieve fase, voortgang van de ziekte en/of de palliatieve behandeling. We zetten de herimplementatie door en bieden aandacht aan de borging voor de toekomst. 4. Palliatieve Kit: Om patiënten en naasten meer rust te geven in de laatste fase van het leven ontwikkelen we een Palliatieve Kit met daarin medicijnen en hulpmiddelen die het meest gebruikt worden bij palliatieve patiënten thuis. Deze kit kan aangevraagd worden door huisartsen en wordt door de apotheek bij de patiënt thuis geleverd. De medicijnen en hulpmiddelen kunnen gebruikt worden door verpleegkundigen en deels door familie en naasten. 	<p>kwalitatief betere zorg bieden aan de burger.</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Dankzij de huisbezoeken kunnen burgers op een laagdrempelige manier voorlichting krijgen over de palliatieve fase. Dit vergroot de (preventieve) kennis en daarmee mogelijk het aantal spoedopnames. 4. Dankzij de Palliatieve Kit worden spoedaanvragen voor medicatie thuis teruggebracht. Dit geeft de burgers en de naasten meer rust in de laatste fase van het leven.

Ambities	Projecten en activiteiten	Doel 2023: Wat heeft de burger eraan?
<p>Eigen regie en samen beslissen</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Zorgpad Palliatieve Zorg: We ontwikkelen een Zorgpad dat de route inzichtelijk maakt die een patiënt en de naasten lopen vanaf de signalering van de palliatieve fase tot en met de nazorg. Over iedere fase wordt informatie gegeven en verwezen naar richtlijnen, handreikingen, andere hulpmiddelen en lokale zorg- en welzijnsaanbieders. We stellen het Zorgpad beschikbaar voor patiënten, naasten en zorgverleners. 2. Informatievoorziening: We dragen zorg voor een goede informatievoorziening voor zorgverleners, patiënten en naasten. We stellen hiertoe de informatiemap palliatieve zorg ter beschikking en houden via de Palliatieve ZorgZoeker een overzicht bij van het regionale aanbod. Overige informatie wordt verspreid via de website, LinkedIn en nieuwsbrief, waarbij zo nodig verwezen wordt naar landelijke bronnen. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dankzij het Zorgpad Palliatieve Zorg heeft de burger inzicht in de fasen van de palliatieve zorg. De burger wordt daardoor beter in staat gesteld om eigen regie te nemen in de palliatieve fase. 2. Dankzij accurate informatievoorziening met eenduidige informatie over het ziektebeeld en de zorg- en welzijnsorganisaties in de regio heeft de burger een naslagwerk om informatie in op of terug te zoeken.
<p>Kwaliteit van palliatieve zorg</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Scholingsbijeenkomsten: Door middel van scholingsbijeenkomsten wordt de kennis en kunde van zorgverleners en vrijwilligers naar een hoger niveau getild. Een hoger kennisniveau draagt bij aan het verbeteren van de kwaliteit van palliatieve zorg. We organiseren een symposium palliatieve zorg, casuïstiekbespreking voor verpleegkundigen, een basisscholing voor verpleegkundigen (i.s.m. LUMC), een basisscholing voor verzorgenden en palliatieve cafés (i.s.m. netwerkleden). 2. Zelfevaluatie palliatieve zorg: Alle leden van het netwerk krijgen de mogelijkheid om de zelfevaluatie palliatieve zorg uit te voeren. De zelfevaluatie geeft zorgorganisaties inzicht in waar zij staan op het gebied van aanbod en organisatie van de palliatieve zorg en hoe (netwerk)samenwerking verloopt. Daarnaast geeft het inzicht in waar verbetering mogelijk is. We bieden een informatie-bijeenkomst over de Zelfevaluatie palliatieve 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dankzij scholingsbijeenkomsten worden professionals geschoold en zullen zij kwalitatief betere zorg bieden aan de burger. Ook zijn zij beter op de hoogte van innovaties en goede voorbeelden, waar de burger profijt van heeft. 2. Dankzij de Zelfevaluatie palliatieve zorg ontdekken zorgorganisaties hun blinde vlekken op het gebied van palliatieve zorg gemakkelijker en ervaart de burger zorg die zoveel mogelijk is afgestemd op het Kwaliteitskader Palliatieve Zorg. 3. Dankzij specialistische deskundigheid ontvangt de burger de best mogelijke palliatieve zorg. Door de beschikbaarheid van deze

Ambities	Projecten en activiteiten	Doel 2023: Wat heeft de burger eraan?
	<p>zorg aan en bieden ondersteuning aan organisaties bij de uitvoer van de Zelfevaluatie.</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Specialistische deskundigheid palliatieve zorg: In 2022 is een verkenning gestart naar de beschikbaarheid van specialistische deskundigheid palliatieve zorg. We zetten deze verkenning door en besluiten hoe deze specialistische deskundigheid het beste in de regio kan worden ingebed, waarbij oog is voor de (toekomstige) personeelstekorten in de zorg en de toenemende vraag naar palliatieve zorg. 4. Implementatie van een interventie in de praktijk: Het verbeteren van de inzet van de bestaande methodiek 'Oog voor Naasten en Nabestaanden'. Deze methodiek wordt in de periode 2021 – 2023 geïmplementeerd bij vier organisaties in de regio. Het project wordt mede gefinancierd door ZonMw. Het verbeteren van de inzet van deze methodiek zal leiden tot een betere kwaliteit van de palliatieve zorg. De resultaten van het implementatieproject worden breed gedeeld binnen het netwerk tijdens een afsluitende bijeenkomst. 	<p>specialistische deskundigheid inzichtelijk te maken, kan de juiste zorg op de juiste plek geboden worden.</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Dankzij de implementatie van een interventie in de praktijk zullen professionals kwalitatief betere zorg bieden aan de burger.
<p>Transmurale samenwerking</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Overdracht tussen zorgorganisaties: We verkennen hoe de overdracht tussen de 1e en 2e lijn verloopt en waar verbeteringen mogelijk zijn. Een goede overdracht zal bijdragen aan het bieden van kwalitatief goede palliatieve zorg in de thuissituatie, welke aansluit op de wensen en behoeften van de palliatieve patiënt en de naasten. 2. Inzicht in vraag en aanbod palliatieve bedden: Door inzicht te creëren in de vraag en het aanbod, kan met de netwerkleden gekeken worden of de juiste zorg en expertise aanwezig is in de regio. We leveren een rapport op waarin de vraag en het aanbod zichtbaar wordt. 3. Samenwerking met andere netwerken: We zetten onze samenwerking met het Netwerk Dementie voort en 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dankzij een goede overdracht is de burger ervan verzekerd dat alle hulpverleners met elkaar in contact zijn en belangrijke informatie wordt gedeeld. Hierdoor wordt voorkomen dat hulpverleners langs elkaar heen werken en dat de burger meerdere keren hetzelfde verhaal moet vertellen. Dit sterkt het vertrouwen in de hulpverlening. 2. Dankzij inzicht in vraag en aanbod van de palliatieve bedden kan het aanbod zich voor de toekomst

Ambities	Projecten en activiteiten	Doel 2023: Wat heeft de burger eraan?
	<p>borgen de samenwerking met het ALS-netwerk Haaglanden, welke in 2022 gestart is. Zodra deze samenwerking stevig staat, verkennen we de mogelijkheid voor een soortgelijke samenwerking met het ParkinsonNet Haaglanden. Samenwerking met andere netwerken biedt ons de mogelijkheid om kennis uit te wisselen, zodat palliatieve zorg beter ingebed wordt in de zorg die patiënten en naasten ontvangen.</p> <p>4. Programma-overleg Palliatieve Zorg: Om de leden van het netwerk in gezamenlijkheid te laten nadenken en spreken over de benodigde samenwerking en verbeteringsprocessen, organiseren we vier Programma-overleggen.</p>	<p>aanpassen naar de vraag van burgers.</p> <p>3. Dankzij de samenwerking met andere netwerken wordt er kennis gedeeld op het gebied van zorg en innovatie, waardoor de burger kwalitatief betere (netwerk)zorg ervaart.</p> <p>4. Dankzij het Programma-overleg worden er projecten opgezet rondom knelpunten in de patiëntentreis. Hierdoor ervaren burgers minder knelpunten in de fasen die iemand in de palliatieve zorg doorloopt.</p>
<p>Doorontwikkeling Netwerk Palliatieve Zorg Haaglanden</p>	<p>1. Adviesraad Palliatieve Zorg: Binnen het netwerk zijn de zorg- en welzijnsorganisaties betrokken die op het gebied van palliatieve zorg actief zijn. Belangrijke stakeholders, zoals een vertegenwoordiging van patiënten en naasten, gemeenten en zorgverzekeraars, hebben geen afgesproken rol. We richten een Adviesraad in die past bij de behoeften van de leden van het netwerk en maken een duidelijke rol- en taakverdeling.</p> <p>2. Netwerkevaluatie uitvoeren: In 2022 is een netwerkevaluatie ontwikkeld, waarmee onderzocht kan worden hoe de samenwerking in het regionale netwerk verloopt. We voeren een netwerkevaluatie uit, zodat inzichtelijk wordt wat goed gaat in de samenwerking en wat beter kan. De resultaten van deze netwerkevaluatie worden nabesproken in een bijeenkomst met alle leden. De evaluatie wordt herhaald in 2025 als het Meerjarenbeleidsplan 2022 – 2025 afloopt.</p> <p>3. Samenwerkingsovereenkomst: De huidige samenwerkingsovereenkomst loopt eind 2023 af. We</p>	<p>1. Dankzij de Adviesraad krijgen burgers inspraak in de bezigheden van het Netwerk Palliatieve Zorg.</p> <p>2. Dankzij de netwerkevaluatie verloopt de samenwerking beter, waardoor zorgprofessionals minder tijd kwijt zijn aan knelpunten in de samenwerking en meer tijd hebben voor direct contact met burgers.</p> <p>3. Dankzij de samenwerkingsovereenkomst verloopt de samenwerking beter, waardoor zorgprofessionals minder tijd kwijt zijn aan knelpunten in de samenwerking en meer tijd hebben voor direct contact met burgers.</p>

Ambities	Projecten en activiteiten	Doel 2023: Wat heeft de burger eraan?
	stellen met elkaar een nieuwe samenwerkingsovereenkomst op, waarbij specifiek aandacht geschonken wordt aan de actieve betrokkenheid van organisaties en de interne communicatie over de palliatieve zorg.	

Programma “Goede doorstroming in de keten”

Ambities	Projecten en activiteiten	Doel 2023: Wat heeft de burger eraan?	Coalitie: wie doet er mee?
Juiste zorg op de juiste plek	<p>Multidisciplinaire samenwerking op het spoedplein</p> <p>Inrichting van een multidisciplinaire regionale zorgmeldkamer</p> <p>Kennisgroep Transfer: identificeren van knelpunten in het overdrachtsproces en aandragen van verbeterprojecten. Gebruikersgroep Zorgdomein: verbeteren van het transferproces ziekenhuis-VVT in zorgdomein en identificeren van andere knelpunten (op werkvloerniveau)</p>	<p>Een multidisciplinaire samenwerking op het spoedplein voorkomt herhaling en onnodige belasting van de burger, waardoor er efficiëntere zorg geleverd kan worden</p> <p>Een multidisciplinaire regionale zorgmeldkamer zorgt voor een betere en snellere triage van de burger, waardoor deze sneller op de juist plek zorg kan ontvangen.</p> <p>Een kloppende en volledige overdracht van zorggegevens, medicatiegegevens en de medische voorgeschiedenis is essentieel voor de kwaliteit en veiligheid van zorg bij de opvolgende zorgverlener. Door dit proces te blijven toetsen, kunnen we kwetsbare punten opsporen en verhelpen, waardoor we de kans</p>	<p>Arts en Zorg Basalt EFDH Florence Hadoks Haga HMC HWW Parnassia RAV Respect Saffier SHG WZH</p>

	<p>Optimaliseren van de verwijsstroom van huisarts en ziekenhuizen naar de VVT. Dit project omvat twee subdoelen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - het ondersteunen van het plaatsingsverzoek bij de VVT. - het digitaal overdragen van het verpleegkundig dossier en/of medisch dossier van de patiënt aan de VVT. <p>Proces doel: Check of alle datavelden van de eOverdracht in HiX en HIS'en geregistreerd worden. En het werkproces in de kliniek ondersteunen voor het verpleegkundig transferdossier. Met huisartsen, ziekenhuizen (nazorg- /transferbureaus) en VVT kijken hoe plaatsingsverzoeken goed gefaciliteerd worden door zorgdomein transfer.</p> <p>Technische doelen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Met ICT-afdelingen van de ziekenhuizen organiseren dat er een koppeling tussen CS-zorgplatform en zorgdomein het eOverdracht gestructureerd uitgewisseld kan worden. Daarnaast check of alle datavelden van eOverdracht in HiX geregistreerd wordt. - Transferverzoek vanuit HIS, EPD's van de ziekenhuizen faciliteren. 	<p>op gezondheid-schade bij de burger verkleinen.</p> <p>Op dit moment zijn ziekenhuizen en huisartsen vaak lang op zoek naar en passende plek voor burgers die VVT zorg nodig hebben. Een efficiënt plaatsingsproces zorgt voor snellere duidelijkheid voor de burger en tijdbesparing bij de professionals.</p>	
<p>Optimalisatie van het vervoer tussen de ketenpartners bij acute zorg</p>	<p>Invoeren digitale vooraankondiging tussen RAV en SEH. Kan later evt. als opmaat dienen voor landelijk programma Met Spoed Beschikbaar, dat breder werkt aan de implementatie van de richtlijn "Gegevensuitwisseling huisarts -</p>	<p>Door de optimalisatie van het vervoer worden burgers sneller naar de juist plek vervoerd om de juiste zorg te kunnen ontvangen. Betere uitwisseling van</p>	<p>Hadoks Haga HMC RAV</p>

	<p>huisartsenpost - ambulancevoorziening – afdeling spoedeisende hulp". Werkproces met zorgprofessionals inrichten om vanuit ambulance spoeddossier zo compleet mogelijk in te vullen en de vooraankondiging kan worden gedeeld met SEH voordat patiënt wordt binnengebracht. Ambulance medewerker doet overdracht bij binnenkomst SEH en zal het spoeddossier na overdracht verder complementeren.</p> <p>Implementeren HL7 CDA koppeling tussen HiX van ziekenhuizen en LSDV van RAV.</p> <p>Verdere inventarisatie welke afspraken rond rijroutes, roosters en dergelijke nog meer nodig zijn.</p>	<p>patiëntgegevens leidt tot betere beschikbaarheid van deze gegevens en tot betere en prettige kwaliteit van samenwerking tussen professionals van ambulances en ziekenhuizen.</p> <p>Voor zorgverleners is het van meerwaarde als medische gegevens niet dubbel vastgelegd hoeven te worden.</p>	
--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

Programma Zorg-ICT

Elektronische gegevensuitwisseling draagt bij aan goede en veilige zorg voor de patiënt/cliënt en verlicht de werkdruk van zorgverleners. Op basis van de behoeften van zorgprofessionals faciliteert VTZ om de digitaal ondersteunde werkprocessen te verbeteren. Het programma Zorg-ICT is gekoppeld aan andere VTZ-programma's en bevat het ICT-component voor die programma's.

Ambities	Projecten en activiteiten	Doel 2023: Wat heeft de burger eraan?	Coalitie: wie doet er mee?
<p>Gegevensuitwisseling huisartsen-VVT-apotheek</p>	<p>Mogelijk maken dat huisartsen, wijkverpleegkundigen en apotheek goed geïnformeerd zijn over elkaars bevindingen en beleid. Projectidee hiervoor is dat een manier van gegevensuitwisseling gaan vormgeven dat ze vanuit hun eigen informatiesysteem kunnen gebruiken. (n.a.v. ervaringen Bouwlust-Vrederust).</p>	<p>Het doel van gegevensuitwisseling is op een eenvoudige manier informatie te delen tussen 1e lijns zorgaanbieders. De burger hoeft zo minder te herhalen en kan erop vertrouwen dat de bevindingen van de ene zorgverlener bekend zijn bij de andere.</p>	<p>EFDH Evita Florence Hadoks HVP HWW Nescare Respect</p>

Ambities	Projecten en activiteiten	Doel 2023: Wat heeft de burger eraan?	Coalitie: wie doet er mee?
			Saffier WZH
Inzage dossier 1 ½ lijns en 2e lijns door 1e lijn	Huisartsen krijgen inzage in lab uitslagen, pathologie-uitslagen, radiologie-uitslagen en microbiologie en correspondentie van de ziekenhuizen en anderhalve lijns diagnostiek, en vice versa. Apothekers krijgen inzage in lab uitslagen. Single Sign On (SSO) inloggen. Technisch doel: Regioviewer van de Stichting Regionaal Zorgvenster.	Het doel van inzage dossier 1,5 en 2e lijn door zorgaanbieders uit de 1e lijn, is op een eenvoudige manier informatie te delen. De burger hoeft zo minder te herhalen en kan erop vertrouwen dat de bevindingen van de ene zorgverlener bekend zijn bij de andere.	EFDH Hadoks Haga HMC
Faexit	Het faxgebruik van de zorginstellingen is nog niet volledig gereduceerd. Er is nog niet volledig afscheid genomen van het gebruik van de fax voor communicatie in de zorg. De zorgaanbieders kunnen worden ondersteund door het programma Faexit, dat wordt bekostigd door de Zorgverzekeraars Nederland. Het doel is om het gebruik van de fax in de zorg tot nul te reduceren. VTZ faciliteert en vraagt onder haar leden uit hoeveel en naar wie hij/zij faxen verstuurt. Deze leden zullen onderling kijken hoe de transitie naar een veilig en digitaal alternatief kan worden gerealiseerd.	Uiterlijk eind 2024 is de fax in de regio afgeschaft wat een prettiger werkbeleving voor de professionals zal zijn. Dit zal veiliger en betrouwbaarder zijn voor de burger.	EFDH Hadoks Haga HMC

Binnen het programma Zorg-ICT pakken we nu een aantal projecten op waar professionals en burgers beter van worden. Ondertussen gebeurt er op dit onderwerp ook heel veel op landelijk niveau. Periodiek bekijken we of we met onze activiteiten nog aansluiten op de landelijke bewegingen en er voldoende coherentie zit tussen onze activiteiten.

Programma Preventie

Ambities	Projecten en activiteiten	Doel 2023: wat heeft de burger er aan?
<p>Verminderen kwetsbaarheid en vergroten weerbaarheid van de “ouderen van morgen”.</p>	<p>Preventieprogramma VTZ. Het programma wordt opgezet en er wordt een coalitie gevormd. De inhoud komt vanuit de deelnemende partijen en wordt nog vastgesteld.</p>	<p>Het vergroten van de gezondheidsvaardigheden en weerbaarheid van de kwetsbare oudere van morgen. Mensen uit de doelgroep 50-70 jaar merken dat er actief met hen wordt meegedacht vanuit verschillende disciplines over hoe ze zo vitaal mogelijk kunnen blijven. Bovendien wordt hen duidelijk welke hulp en zorg er beschikbaar is in deze en de volgende levensfasen.</p>
<p>Voorkomen onnodige heropnames</p>	<p>Transmurale Zorgbrug De Transmurale Zorgbrug wordt in 2023 onderdeel van het preventieprogramma van VTZ. De focus voor 2023 ligt op het borgen van de Zorgbrug in het reguliere zorgproces voor alle Haagse ouderen die in het ziekenhuis worden opgenomen.</p>	<p>Goede begeleiding bij de thuiskomst vanuit het ziekenhuis leidt tot een beter ervaren gezondheid en minder complicaties. De burger hoeft minder vaak terug naar het ziekenhuis na een opname.</p>
<p>Transmurale Samenwerking</p>	<p>Deelname aan GGDH VTZ neemt deel aan de kerngroep en de Preventietafel van Gezond en Gelukkig Den Haag. Dit leidt tot kruisbestuiving, wederzijds begrip en het vergroten van het netwerk. Daarmee voorkomen we ook frictie op de thema's waar beide organisaties zich op toelagen.</p>	<p>Een brede focus op preventie en positieve gezondheid bij alle hulpverleners waar een burger mee te maken krijgt, zorgt voor eenduidig advies en duidelijkheid over verwachtingen.</p>