

	Doelen	Resultaten	Activiteiten	Verantwoording jan-mrt	
Thema's en demografische gegevens					Voortgang: op schema vertraagd zorgelijk geen prio
Zorg					
(Doorontwikkeling) chronische zorg					
<ul style="list-style-type: none"> In 2015 had 50% van de mensen minimaal één chronische aandoening; in 2040 is dat 54%; 1 op de 3 Nederlanders heeft dan 2 of meer chronische aandoeningen, en bijna 1 op de 5 3 of meer; Bron: https://www.vtv2018.nl/aandoeningen De regio heeft een hogere prevalentie (5,93%) van diabetes dan landelijke gemiddelde (5,52%); De regio heeft een hogere prevalentie (2,21%) van COPD dan landelijke gemiddelde (1,87%); De regio heeft een hogere prevalentie (7,07%) van HVZ dan landelijke gemiddelde (5,83%); De regio heeft een hogere prevalentie (9,87%) van VVR dan landelijke gemiddelde (8,65%). 	<p>2026-2027</p> <ul style="list-style-type: none"> Het toekomstbestendiger maken van de (chronische) zorg door het bevorderen van persoonsgerichte zorg op basis van gezondheidsvaardigheden en zorgzwaarte; Optimaliseren van thuismetingen/restyle in de chronische zorg (zie voor verdere toelichting kopie Variabele beloning); Faciliteren en continu verbeteren van de kwaliteit van de chronische zorg; Bevorderen van de regionale samenwerking met partners in de 0de, 1e en 2e lijn, gericht op thema's zoals leefstijl en preventie. 	<p>2026-2027</p> <ul style="list-style-type: none"> Flowchart Persoonsgerichte Zorg is doorontwikkeld; Thuismetingen/restyle: zie kopie Variabele beloning (toolkit); Geactualiseerde Praktijkwijzers en RTA's; Scholingsplan is uitgevoerd; 2x per jaar is spiegelinformatie aangeleverd en besproken met de huisartsenpraktijken; 1x per jaar is spiegelinformatie opgeleverd en besproken met ketenpartners. 	<p>2026-2027</p> <ul style="list-style-type: none"> Samenwerkingsafspraken van de chronische zorgketens (RTA's en Praktijkwijzer) jaarlijks evalueren en actualiseren met (keten)partners; 6x per jaar faciliteren van kaderartsen-overleg t.b.v. bevorderen kwaliteit en integratie van zorgprogramma's (chronische zorg, ouderenzorg, palliatieve zorg, GGZ); Tenminste 2x per jaar uitnodigen van samenwerkingspartners in POH-netwerk; Uitvoering geven aan scholingsplan (inhoudelijk en persoonsgericht met aandacht voor leefstijl); Praktijkbezoeken door kaderartsen en coördinator chronische zorg (aandacht voor anders werken in de praktijk, taakverschuiving en werkdruk POH); 2x per jaar opleveren samenvatting spiegelinformatie + trendrapportages aan huisartsenpraktijken; Maken en bespreken van spiegelinformatie met ketenpartners; Continu optimaliseren van gebruik van VIPLive Zorg Dashboard; Actualiseren van flowchart t.a.v. Persoonsgerichte Zorg; Praktijken werven en helpen met anders werken door Restyle; 	<ul style="list-style-type: none"> Documenten chronische zorg zijn conform plan geactualiseerd en afgestemd met kaderartsen; Overleg met kaderartsen is volgens planning uitgevoerd; Scholingsplan is uitgevoerd (voetzorg, inhalatie-instructie, opfris gezondheidsvaardigheden); Diverse praktijkbezoeken zijn uitgevoerd gericht op Restyle en telemonitoring; Spiegelinformatie fundusscreening is opgeleverd; Kwartaalgesprekken en tussentijds overleg gevoerd met VIPLive over doorontwikkeling functionaliteiten t.b.v. digitalisering chronische zorg (o.a. thuismeten, vragenlijsten, toolbox en NIS); Intensieve begeleiding geboden aan startende praktijk bij implementatie van het plan thuismeten; 17 maart bijeenkomst geweest voor praktijken die gestart zijn met thuismeten. Ervaringen opgehaald en verbeteracties uitgezet; Afstemming met SineFuma om groep op te starten in Cuijk. Afstemming met GGD en betrokken partners (zoals MZH); Zie ook gasten februari 2026 POH netwerk 	op schema
			<p>Vervolg 2026-2027</p> <ul style="list-style-type: none"> Doorontwikkelen van toolkit en ondersteuning bieden t.a.v. anders werken in de praktijk; Pomoten van SMR-aanbod in de regio, aansluitend bij project van GGD. 		
Transformatieplan:	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	