

Zorgaanbodplan 2026-2027



	Doelen	Resultaten	Activiteiten
Thema's en demografische gegevens			
Zorg			
(Doorontwikkeling) chronische zorg			
- 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%).	2026-2027 - 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 kopje 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.	2026-2027 - Flowchart Persoonsgerichte Zorg is doorontwikkeld; - Thuismetingen/restyle: zie kopje 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.	2026-2027 - 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;
			Vervolg 2026-2027 - 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.

Thema's en demografische gegevens	Doelen	Resultaten	Activiteiten
Ouderenzorg			
- De regio heeft een hoger gemiddeld aantal 75+'ers (11%) dan het landelijke gemiddelde (9,57%). Dit is in 8 jaar tijd gestegen met 1% . Dit betekent ca. 40 ouderen per huisartsenpraktijk erbij. - De verwachte toename aantal ouderen tot 2030: * Noordoost Brabant (NOB): +10-12,5%; * Noord Limburg (NL): >12,5%. - NL: krimpregio waarbij 24% v.d. bevolking minder goede gezondheid heeft t.o.v. 19% elders. Bron: https://digitaal.scp.nl/ouderenzorg/kwetsbare-ouderen - Toename ouderdom-gerelateerde (gezondheids)problemen zoals artrose, dementie, parkinson, etc. bron: https://www.vzinfo.nl/bevolking/infographic - Kwetsbare ouderen gaan gemiddeld 14x per jaar naar de huisarts voor een consult. Niet-kwetsbare ouderen gaan gemiddeld 5x. bron: https://www.vektis.nl/intelligence/publicaties/factsheet-kwetsbare-ouderen#:~:text=17%25%20van%20alle%20thuiswonende%2065,%25)%20van%20alle%20thuiswonende%20ouderen.	2026-2027 - Het toekomstbestendiger maken van de (ouderen)zorg; het bevorderen van persoonsgerichte zorg voor ouderen op basis van gezondheidsvaardigheden en zorgwaarde (zoals aantal chronische aandoeningen en ouderdomsgerelateerde (gezondheids)problemen); - Faciliteren en verbeteren van de kwaliteit van de ouderenzorg; - Bevorderen van eerstelijnsamenwerking op wijk- en praktijkniveau; - Bevorderen van onderlinge regionale samenwerking met de 0e, 1e en 2e lijn.	2026-2027 - Flowchart persoonsgerichte ouderenzorg is opgesteld; - Jaarlijks geactualiseerde Praktijkwijzers; - Scholingsplan is uitgevoerd; - Ouderenzorg dashboard is geoptimaliseerd en geactualiseerd, aansluitend bij de ontwikkelingen van VIPLive; - RTA Ouderenzorg is jaarlijks geëvalueerd en geactualiseerd; - Netwerk overlegstructuur is vormgegeven en uitgevoerd; 1x per jaar is spiegelinformatie aangeleverd bij de praktijken en besproken in het POH-netwerk en de geplande praktijkbezoeken; - Ad hoc en periodieke afstemmingsmomenten met 0e, 1e en 2e lijnsparthij n.a.v knelpunten waardoor processen worden geoptimaliseerd en nieuwe samenwerkingsafspraken worden gemaakt; - Er is een ACP knelpuntenanalyse gemaakt. Het ACP-proces is verhelderd, waarbij ICT-knelpunten worden geadresseerd aan het Hybride Netwerk IZA; - Er is voor huisartsen een vernieuwde instructie ACP gemaakt.	2026-2027 - In 2026 wordt een Flowchart Persoonsgerichte Ouderenzorg ontwikkeld in samenwerking met kaderartsen ouderenzorg en chronische zorg; - Samenwerkingsafspraken jaarlijks evalueren en actualiseren met samenwerkingspartners; - Evalueren en bijstellen van het ouderenzorg dashboard o.b.v. de indicatoren kwetsbare ouderen; - Organiseren en opstellen van vergaderrooster, agenda en notulen, actief bijdragen van kaderarts en voorzitterschap van coördinator t.a.v. Werkgroep Ouderen en Netwerk Veerkrachtige Ouderen; - Consulteren van kaderarts ouderenzorg voor huisartsen en POH; - Praktijkbezoeken door kaderarts en coördinator ouderenzorg; - Regionale en interregionale afstemming ouderenzorg (Partners NOB en NL); - Opstellen van spiegelinformatie ouderenzorg; - Het in kaart brengen van knelpunten, in afstemming met SEH, medisch specialisten en specialisten ouderenzorg.
Transformatieplan: GOET - Casemanagement voor kwetsbare ouderen	2026-2027 - Voor kwetsbare ouderen is vaker een professionele casemanager beschikbaar, wanneer noodzakelijk; - Verbeteren van de samenwerking tussen huisarts/casemanager. <i>Zie verder Transformatieplan</i>	2026-2027 - Er is een gemeenschappelijke definitie van casemanagement voor kwetsbare ouderen; - Er zijn beschrijvingen van best-practices incl. een ambassadeur; - Er zijn gebruikerswensen opgesteld omtrent digitaal samenwerken rondom casemanagement voor het Hybride Netwerk; - Er is een overzicht van rollen/taken van de verschillende disciplines, incl. een beschrijving rondom persoonlijk leiderschap; - Er is een implementatieplan voor de gehele regio; - In iedere kern zijn lokale samenwerkingsafspraken vastgelegd; - Casemanagement is gefaseerd geïmplementeerd en geborgd incl. evaluatie. <i>Zie verder KPI's Transformatieplan</i>	<i>Zie Transformatieplan</i>

Thema's en demografische gegevens	Doelen	Resultaten	Activiteiten
Transformatieplan: HA en SO in de eerste lijn	2026-2027 • Door multidisciplinaire 1elijns ouderenzorg zijn inwoners én professionals beter voorbereid op (sub)acute situaties waardoor zwaardere zorg niet nodig is/wordt uitgesteld; • Met een lokaal kernteam (HA-SO-wvk/ovk) kwetsbare ouderen samen met de oudere op weg naar langer thuis met kwaliteit van leven. <i>Zie verder Transformatieplan.</i>	2026-2027 • Er is een doorvertaling van het bestaande convenant HA-SO gemaakt zodat deze bruikbaar is voor de professionals; • Er is een concretisering rondom taal, rollen en taakverdeling HA, SO, geriater; • Analyse waar en hoe de samenwerking doorontwikkeld kan worden; • Convenant HA-SO is opgesteld voor MooiMaasvallei (nu tussen HA en Pantein); • Sterker positioneren van bestaande regionale overleggen/netwerken rondom kwetsbare ouderen; • Best-practice beschrijven; • Er is een implementatieplan beschreven; • Implementatie en borging in gehele regio; • Het opstellen van gebruikerswensen t.b.v. Hybride Netwerk. <i>Zie verder KPI's Transformatieplan</i>	<i>Zie Transformatieplan</i>
Palliatieve Zorg Elk jaar hebben 120.000 mensen in de laatste levensfase behoefte aan palliatieve zorg, waarbij kwaliteit van leven en sterven centraal staat. Door de sterke vergrijzing in MooiMaasvallei zal de vraag naar deze zorg in 2040 sterk toenemen, zowel thuis als in instellingen. Dit vraagt om gespecialiseerde zorgteams en een krachtig netwerk van vrijwilligers en mantelzorgers.	2026-2027 • Verder brengen van ACP; • Bevorderen van maatschappelijke bewustwording over palliatieve zorg; • Uitbreiden van palliatieve thuiszorg groepen (PaTz-groepen); • Bevorderen van eerstelijnsamenwerking op wijk- en praktijkniveau; • Bevorderen van onderlinge regionale samenwerking met de 0e, 1e en 2e lijn.	2026-2027 • Er is een overzicht van lopende activiteiten o.g.v. ACP i.s.m. het ziekenhuis, SEH, zorginstellingen en huisartsen; • Er is een gezamenlijke scholing t.a.v. ACP georganiseerd; • ACP t.a.v. ziekte-specifieke zorg is gedocumenteerd; • Er is een visie beschreven rondom maatschappelijke bewustwording inzake palliatieve zorg; • Er is een communicatieplan rondom verspreiding van de visie naar de inwoners van MooiMaasvallei; • Uitbreiden van PaTz naar 3 locaties: Afferden, Bergen en Well; • Netwerk overlegstructuur is vormgegeven en uitgevoerd.	2026-2027 • Organiseren van 4 publieksbijeenkomsten afgestemd op regionale en landelijke ontwikkelingen; • Ontwikkelen van een informatiegids voor mensen die niet meer beter worden; • Bijdragen aan informatiebijeenkomsten van de ouderenbonden; • Ambities en mogelijkheden van een PaTz-groep in kaart brengen voor Afferden, Bergen en Well; • Deelname aan PaTz-groepen op basis van de RTA; • Presentaties en communicatiestukken beschikbaar stellen; • Organiseren en opstellen van vergaderrooster, agenda en notulen, actief bijdragen van kaderarts en voorzitterschap t.a.v. stuurgroep PZ en netwerk PZ; • Consulteren van kaderarts palliatieve zorg voor huisartsen en POH.
Transformatieplan:	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.

	Doelen	Resultaten	Activiteiten
Thema's en demografische gegevens			
Mentale gezondheid			
Inzet POH-GGZ en ondersteuning huisartsenpraktijk			
• Laagdrempelige, toegankelijke zorg bieden binnen de huisartsenpraktijk; • Voorkomen van verergering of chroniciteit van klachten; • Indiceren of verwijzing naar de generalistische basis-GGZ of specialistische GGZ nodig is.	2026-2027 • Relatiebeheer huisartsen; • Relatiebeheer aanbieders POH-GGZ; • Relatiebeheer EVIE; • Faciliteren inzet POH-GGZ (jeugd); • Verwijzing verkennend gesprek faciliteren; • Bevorderen inzet consultatie; • Bevorderen gebruik maken van het verkennend gesprek; • Bevorderen van het gebruik van de Overlegtafel Mentale Gezondheid MooiMaasvallei.	2026-2027 • Gepaste inzet POH-GGZ (jeugd) in de huisartsenpraktijken; • Digitale verwijzing verkennend gesprek is mogelijk gemaakt; • Alle huisartsenpraktijken zijn geïnformeerd over consultatie, verkennend gesprek en Overlegtafel en weten wanneer deze in te zetten en hoe; • Contractering POH-GGZ-aanbieders-huisartsenpraktijk; • Contractering consultatie POH-GGZ; • Contractering EVIE.	2026-2027 • Contractbeheer POH-GGZ; • Aanvraag POH-GGZ module; • POH-GGZ en huisartsen informeren over consultatie, verkennend gesprek en Overlegtafel; • Per kwartaal uitvragen wat de inzet POH-GGZ is; • Jaarlijks relatiegesprek met POH-GGZ aanbieders; • Elke HAGRO wordt tenminste jaarlijks bezocht; • Ontwikkelen en geven van scholingen rondom actuele GGZ-thema's; • Exploreren opties wachttijdoverbrugging (bijvoorbeeld inzet ervaringsdeskundigheid of sociaal domein).
Transformatieplan:	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.
Netwerk mentale gezondheid			
Syntein bevordert de mentale gezondheid van inwoners door samenwerking met verschillende zorg- en welzijnspartijen. Daarbij wordt de bijdrage van de huisarts helder afgebakend, zodat inwoners snel passende hulp krijgen en zorg efficiënt wordt ingezet.	2026-2027 • Relatiebeheer Netwerk Mentale Gezondheid; • Verslavingszorg nauwer betrekken in de regio.	2026-2027 • Communicatieplan richting huisartsen m.b.t. IZA; • Verwijsroute verkennend gesprek faciliteren.	2026-2027 • Organiseren van kerngroepbijeenkomsten Netwerk Mentale Gezondheid; • Bijdragen aan regionale netwerkbijeenkomsten; • Ontwikkelen communicatieplan richting huisartsen m.b.t. IZA; • Werkgroep Jeugd komt halfjaarlijks bij elkaar en delen signalen, trends en ontwikkelingen; • Exploreren inzet modulaire zorg; • Wekelijks structurele deelname Overlegtafel.
Transformatieplan: • Communicatieplan consultatie; • Communicatieplan ervaringskennis en laagdrempelige steunpunten (zelfregiecentra).	2026-2027 • Het faciliteren en aanjagen van consultatie in de huisartsenpraktijken; • Het delen van de mogelijkheden van het inzetten van ervaringskennis en verwijzen naar laagdrempelige steunpunten en waar mogelijk het uitbreiden hiervan.	2026-2027 • Netwerkpartners en HAGRO's zijn geraadpleegd en geïnformeerd m.b.t. het communicatieplan consultatie; • Netwerkpartners en HAGRO's zijn geïnformeerd over het inzetten van ervaringsdeskundigen en het verwijzen naar laagdrempelige steunpunten.	2026-2027 • Ontwikkelen communicatieplan consultatie; • Ontwikkelen communicatieplan ervaringskennis.

	Doelen	Resultaten	Activiteiten
Thema's en demografische gegevens			
Jeugdzorg			
Syntein vertegenwoordigt de huisartsen in de regio t.a.v. jeugdzorg en -ondersteuning en maakt waar nodig samenwerkingsafspraken.	2026-2027 • Afspraken maken met partners over het invullen van de randvoorwaarden; • Syntein levert een bijdrage aan regionale projecten.	2026-2027 • Afspraken ten aanzien van samenwerking tussen huisartsenpraktijk en aanbieders jeugdzorg en -ondersteuning; • Faciliteren verwijlsroute CJG Land van Cuijk.	2026-2027 • Deelnemen evaluatieoverleggen jeugdconvenant gemeente Land van Cuijk; • Huisartsen ondersteunen bij jeugd-overleggen Gennep/Bergen; • Deelnemen evaluatieoverleggen inzet POH-GGZ jeugd; • Communicatie richting huisartsen rondom Kansrijke start vormgeven en delen; • In samenwerking met partners scholingen opzetten en aanbieden aan huisarts en POH-GGZ (jeugd).
Transformatieplan:	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.