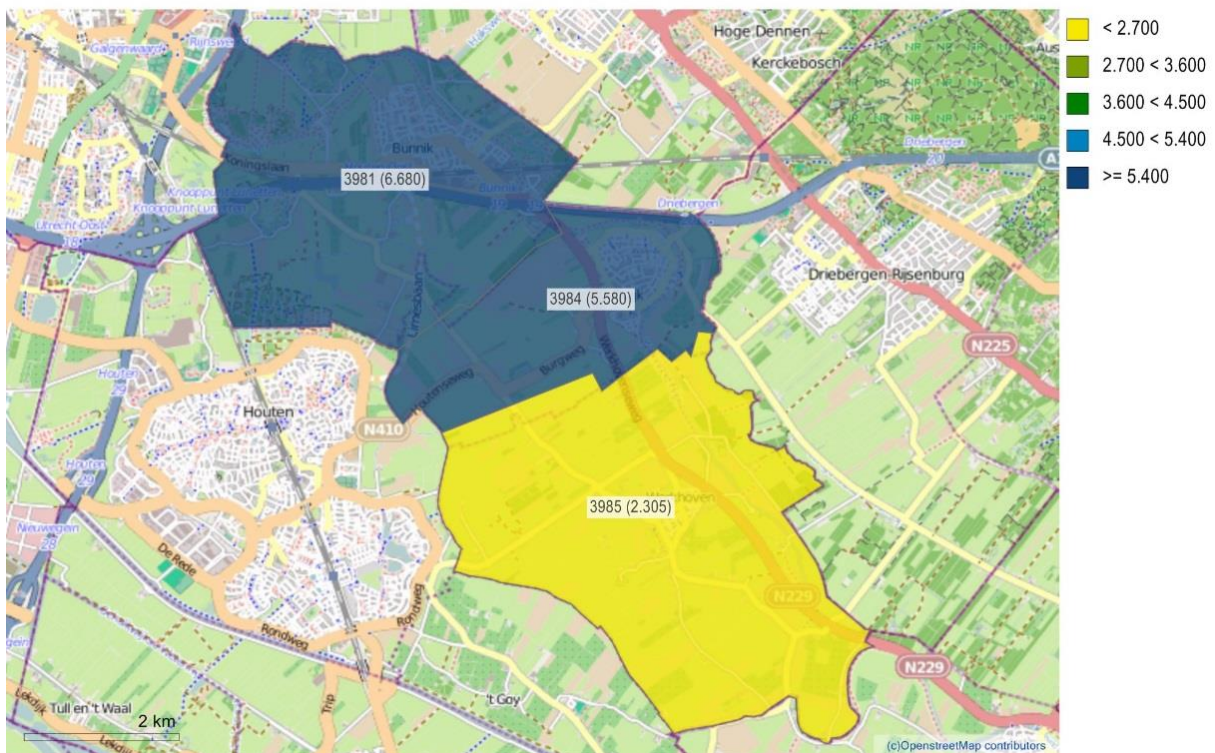


Jaarverslag 2015

Bevolking totaal [personen], 2013 - Postcodes



Bron: CBS - Bevolkingsstatistiek

Bestuur SOWZ Kromme Rijn

Opgesteld door: Bianca van Rooijen, OWZ coördinator

Met bijdragen van de diverse werkgroepen

November 2015

Inhoud

Voorwoord	3
1 De gemeente Bunnik	4
1.1 ROS-wijkscan	4
1.2 Ziektebeelden en zorgaanbod in de huisartsenpraktijk	6
2 Deelnemers SOWZ Kromme Rijnstreek.....	8
2.1 Organisatiestructuur	8
2.1.1 Bestuur	8
2.1.2 Werkgroepen.....	8
2.2 Financiën	9
3 Activiteiten en projecten.....	10
3.1 Polyfarmacie 65+.....	10
3.2 Sociale kaart ouderen.....	10
3.3 Kinderen met overgewicht/obesitas	11
3.4 Preventie en bewegen.....	12
3.5 Palliatieve zorg	13
3.6 ICT ondersteuning	14
3.7 Verbanden tussen verschillende projecten.....	15
3.8 Doorlopende activiteiten en Ondersteuning zorginfrastructuur	15
Bijlage 1 Stroomdiagram Stappenplan Polyfarmacie 65+	17
Bijlage 2 Stroomdiagram Kinderen en overgewicht.....	18

Voorwoord

Voor u ligt het jaarverslag 2015 van de Stichting Organisatie Wijkgerichte Zorg Kromme Rijn, hierna genoemd SOWZKR. Het eerstelijns samenwerkingsverband heeft de SOWZKR opgericht in oktober 2014. Per 1 januari 2015 is de SOWZKR gecontracteerd bij Achmea. Het samenwerkingsverband voldoet aan de algemene inkoopvoorwaarden OWZ 2015. Wij zijn gestart met drie kerndisciplines te weten huisartsen, apothekers en fysiotherapeuten. Met als doelstelling de onderlinge communicatie en samenwerking ten behoeve van een sterkere eerste lijn, op wijkgericht niveau, te intensiveren en daarnaast ruimte te creëren voor nieuwe ideeën en ontwikkelingen. De OWZ levert tevens een belangrijke bijdrage aan het verbeteren van zorg en profilering naar patiënten en zorgaanbieders.

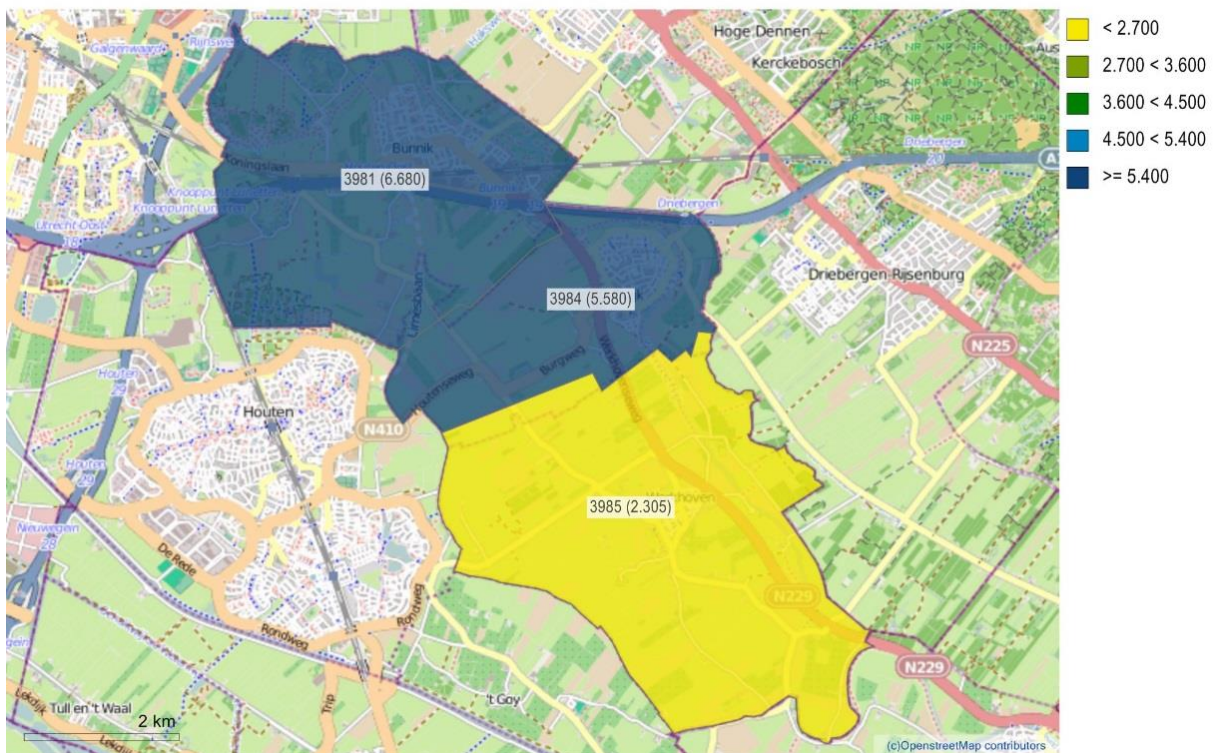
De deelnemende zorgverleners hebben een gezamenlijke visie ontwikkeld. De SOWZKR is een multidisciplinair samenwerkingsverband binnen de gemeente Bunnik met als doel het versterken van de eerstelijns zorg. We werken in een goede sfeer, met respect en beloning naar inzet. Hierdoor ontstaat een efficiënte, krachtige samenwerking met een breed gezamenlijk draagvlak waardoor de nodige (kwaliteit)verbeteringen effectief kunnen worden doorgevoerd. De versterking en continuïteit van de eerstelijns zorg wordt op deze manier op lange termijn gewaarborgd.

1 De gemeente Bunnik

1.1 ROS-wijkscan

De gemeente Bunnik bestaat uit de drie dorpskernen Bunnik, Odijk en Werkhoven. In de gemeente Bunnik wonen 14.627 mensen. De verdeling per dorp is Bunnik 6.706, Odijk 5.554 en Werkhoven 2.367. De huisartsenpraktijken bedienen gezamenlijk 14.712 patiënten.

Bevolking totaal [personen], 2013 - Postcodes

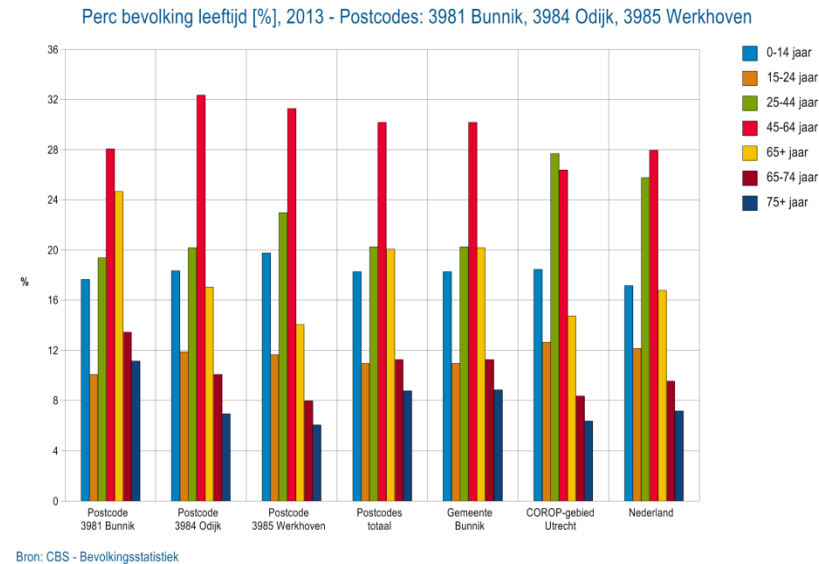


Bron: CBS - Bevolkingsstatistiek

Wat opvalt uit de gebiedsanalyse:

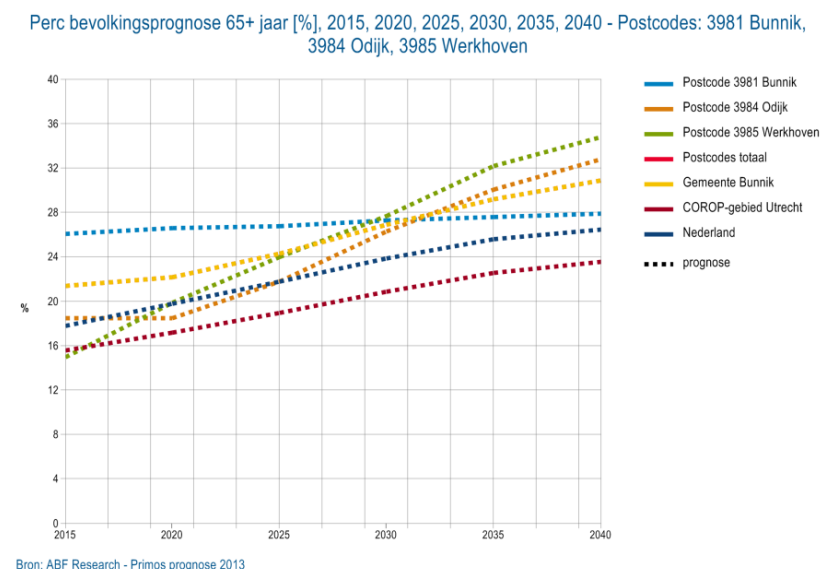
Hoog percentage ouderen: het aantal 25-44 jarige ligt lager in de pc's waar het aantal 45-64 jarige en 65+ juist hoger ligt t.o.v. Nederland

Bevolkingsprognose naar leeftijd



Vergrijzing neemt komende jaren toe: pc's laten sterke, diverse groei aantal 65+ zien. Bunnik stagneert, waar Odijk tot 2020 gelijk blijft waarna groei sterk toeneemt.

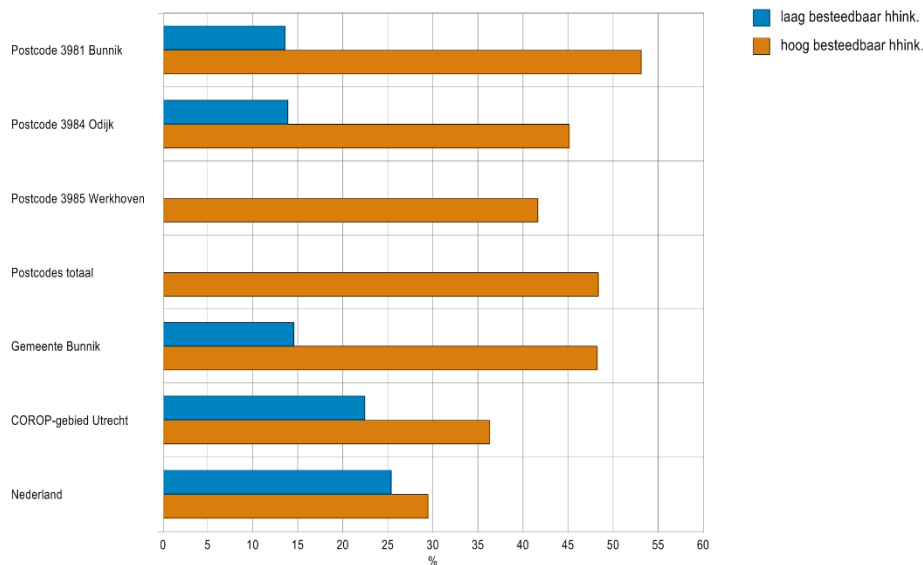
Prognose 65+



75+ers laat eenzelfde beeld zien als 65+ers; waarbij het percentage boven het landelijk en provinciaal gemiddelde blijft.

Inkomen

% personen met [%], 2009 - Postcodes: 3981 Bunnik, 3984 Odijk, 3985 Werkhoven



Bron: CBS - Regionaal InkomensOnderzoek (RIO)

Percentage hoge inkomens ligt boven het landelijk gemiddelde. Dit heeft zowel een relatie met de bovenbeschreven leeftijdsopbouw als ook met de duurdere huizen in de gemeente ('onder de rook van Utrecht`)

1.2 Ziektebeelden en zorgaanbod in de huisartsenpraktijk

De volgende gegevens komen uit het HIS-en van de deelnemende huisartsenpraktijken.

Groep	Van Steenis	Reedijk	Franssens & Hassink	Van Maanen	Bouman & Cozijnsen	totaal
Pre DM	37	30	35	11	31	144
DM 2	101	104	125	206	141	677
COPD	44	25	41	87	35	232
VRM	577	429	462	650	445	2563
Astma	153	85	78	239	97	652
75+ *	282	282	319	279	174	1336

* extramuraal wonend

Top 3 psychische aandoeningen (vermoeden)

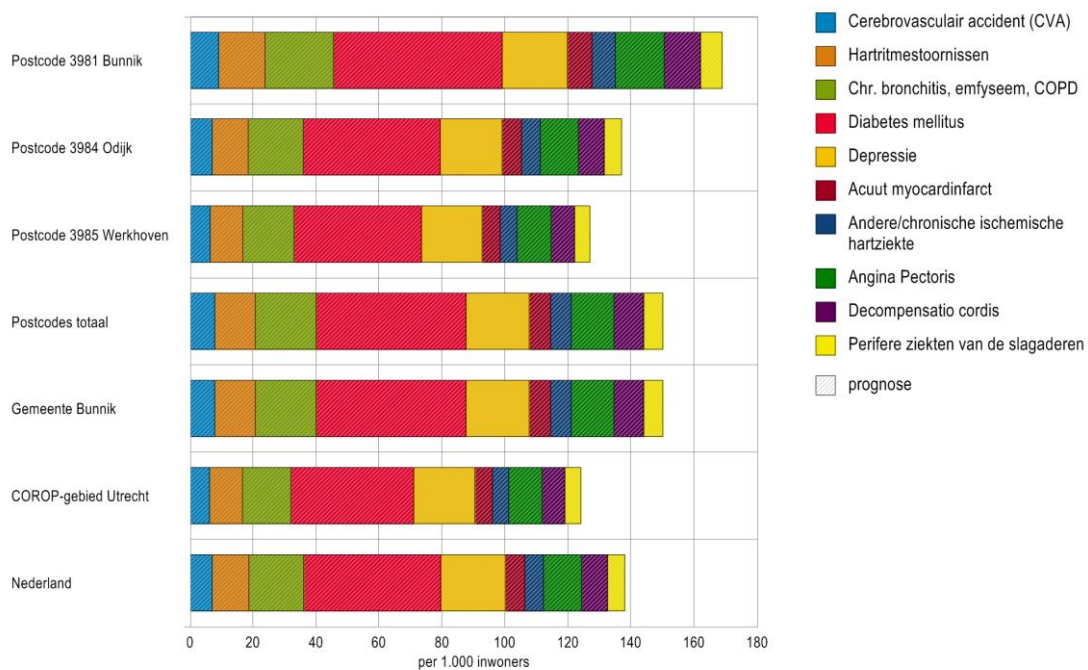
Er is gebrainstormd over wat een “top 3” van psychische aandoeningen zou kunnen zijn. Hieruit kwam het volgende naar voren:

1. Angststoornis
2. Depressie
3. ADHD

Een goede onderbouwing kan niet gegeven worden. Dit wordt in een later stadium onderzocht.

Huisartsenepisodes chronische aandoeningen

Huisartsenepisodes [per 1.000 inwoners], 2012 - Postcodes: 3981 Bunnik, 3984 Odijk, 3985 Werkhoven



Bron: CBS LINH

Voorals Bunnik scoort hoger op bijna alle CA

2 Deelnemers SOWZ Kromme Rijnstreek

2.1 Organisatiestructuur

Het eerstelijns samenwerkingsverband heeft de 'Stichting OWZ Kromme Rijn' opgericht in oktober 2014. In het bestuur zijn in eerste instantie drie zogenaamde kerndisciplines vertegenwoordigd door twee huisartsen, een apotheker en een fysiotherapeut. Het bestuur is belast met het besturen en het vertegenwoordigen van de stichting.

Disciplines en hun medewerkers zullen worden betrokken bij de organisatie door middel van een Vergadering van Aangeslotenen. Deze vergadering kan informatie vragen en advies uitbrengen over alle samenwerkingszaken van de Stichting. Ten minste eenmaal per jaar initieert het bestuur een vergadering met de aangeslotenen. Medewerkers van het samenwerkingsverband worden actief betrokken bij de OWZ-activiteiten door bijvoorbeeld deelname aan werkgroepen.

Het bestuur kan het reglement alleen wijzigen met algemene stemmen en na vooraf verkregen goedkeuring van de vergadering van aangeslotenen.

Het bestuur heeft via Raedelijk een strategisch adviseur aangetrokken met implementatie ervaring van een OWZ samenwerkingsverband. De strategisch adviseur adviseert het bestuur over de inrichting van de organisatie en de te volgen strategie bij het uitvoeren van de stichtingsactiviteiten. Daarbij fungeert ze als vraagbaak voor de coördinator.

2.1.1 Bestuur

Het bestuur van de SOWZKR bestaat uit de volgende leden:

- Dominique van Steenis, voorzitter
- Jan Overgoor, secretaris
- Roel Bots, penningmeester
- Magdaleen Cozijnsen, algemeen bestuurslid

Het bestuur stelt het jaarplan, de begroting en het jaarverslag vast. Het bestuur heeft de opdracht om de werkgroepen aan te sturen en te faciliteren bij het bereiken van de vooraf gestelde ambities.

De coördinator, Bianca van Rooijen, verzorgt de centrale coördinatie van de OWZ activiteiten. Ze is het eerste aanspreekpunt voor de werkgroepen bij afwijkende planning of behoefte aan project advies en/of ondersteuning en rapporteert dit aan het bestuur. Ze wordt gecoacht door de strategisch adviseur Renée Geerse van Raedelijk, Utrecht

2.1.2 Werkgroepen

Voor de onderstaande thema's zijn werkgroepen ingericht:

- Polyfarmacie
- Sociale kaart ouderen
- Kinderen met overgewicht/obesitas
- Preventie en bewegen
- Palliatieve zorg

- ICT ondersteuning

Elke werkgroep bestaat uit een 'trekker' en deelnemers (multidisciplinair en gekozen op basis van onderwerp). De trekker is verantwoordelijk voor het leiden van de werkgroep (taakverdeling, bewaken planning en begroting, implementatie plan en borgen, informeren OWZ coördinator) De werkgroep komt ongeveer eens in de twee maanden bijeen, afhankelijk van de wensen van de deelnemers. De werkgroep heeft op Google Drive een eigen project map waarin de werkgroep leden documenten met elkaar kunnen delen en elkaar goed op de hoogte kunnen houden. Vier keer per jaar is er een bijeenkomst van de trekkers met het bestuur om elkaar te informeren.

2.2 Financiën

Ter financiering van de activiteiten van de stichting is een begroting gemaakt, die goedgekeurd is door Zilveren Kruis/Achmea en die wordt gevolgd door de andere zorgverzekeraars.

De declaraties zijn uitbesteed aan VIP-Calculus omdat daar de kennis en infrastructuur aanwezig is om dit efficiënt uit te voeren. Zij volgen en bewaken de debiteuren(zorgverzekeraars) op basis van de ION ingeschreven patiënten van de huisartsen(ingeschreven patiënten per praktijk).

Ten aanzien van de Btw-plicht is en wordt er nog gecorrespondeerd met de belastingdienst over het wel of niet Btw-plichtig zijn van de stichting. In deze wordt samen opgetrokken met de Geïntegreerde Eerstelijns Zorggroepen uit de regio. Raedlijn heeft hierin een ondersteunende functie. De laatste stand van zaken is, dat wij bezwaar maken tegen de Btw-plicht.

Achmea/Zilveren Kruis heeft mondeling toegezegd dit Btw-gat te zullen suppleren indien het bezwaar door de belastingdienst wordt afgewezen.

3 Activiteiten en projecten

Onderstaand wordt eenduidig een weergave gegeven van de doelstellingen, samenstelling en verrichte activiteiten in 2015 per werkgroep. De achterliggende documenten zijn niet toegevoegd, wel zijn stroomdiagrammen (waar van toepassing) toegevoegd als bijlage.

3.1 Polyfarmacie 65+

Doel: betere structurering uitvoering medicatie beoordeling bij 65+ patiënten met > vijf chronische medicijnen. Waarbij eenzelfde manier van patiënten selectie, naleving richtlijnen en contact met patiënten en 2^{de} lijn wordt bereikt voor alle huisartsen en apothekers binnen de OWZ

Trekker: Gert-Jan te Boveldt (apotheker)

Deelnemers: Esther Bouman (huisarts) en Annemarie Vrieler (haio)

Status: in november 2015 wordt het project gepresenteerd aan alle betrokkenen. Start implementatie december 2015. Evaluatie project 2016.

Samenvatting

Er worden medicatiebeoordelingen uitgevoerd tussen de apotheken en huisartsenpraktijken. Hierbij zijn een aantal tekortkomingen: verschillen in werkwijze, selectie polyfarmacie patiënten, medicatie beoordeling worden niet getoetst op aantal wijzigingen, onduidelijk wie verantwoordelijk is, verschillen tussen apothekers/huisartsen in naleving richtlijnen en geen vaste frequentie medicatie beoordelingen.

Er is een opdrachtbeschrijving gemaakt met daarin een beschrijving van patiënten selectie, uitgangspunten, medicatiebeoordeling, verantwoordelijkheid, rolverdeling, uitvoering, borging en evaluatie. Met als resultaat voor:

- Patiënt: optimale therapie voor zijn/haar aandoening in een vorm die past bij de patiënt, minder bijwerkingen, betere therapietrouw en minder kans op ziekte of opname door medicatiefouten. Wordt betrokken bij medicatie gebruik.
- Zorgverlener: eenduidige wijze van uitvoering waardoor er een efficiëntere werkwijze ontstaat met als gevolg een betere balans tussen de geïnvesteerde tijd en uitkomst van de medicatie beoordeling. Daarbij wordt de continuïteit gewaarborgd.
- Zorgverzekeraar: verbetering doelmatigheid medicatiereviews, waarbij een optimale kosteneffectiviteit wordt nagestreefd bij de behandeling van de patiënten populatie.

Probleem is medicatie geïnitieerd door een medisch specialist. Om te zorgen dat de huisarts en de specialist overeenstemming hebben over de medicatie wijziging en de motivatie hiervoor worden de specialisten, in het bijzonder cardiologen, internisten en longartsen, in de regio op de hoogte gebracht van het polyfarmacie projectplan Bunnik. Bij een eventuele medicatiewijziging brengt de huisarts de medische specialist op de hoogte, als hij/zij betrokken is bij het voorschrijven van de medicatie.

3.2 Sociale kaart ouderen

Doel: het ontwikkelen van een sociale kaart voor ouderen woonachtig in de gemeente Bunnik, op het gebied van zorg en welzijn. De sociale kaart is up-to-date (en wordt dit ook gehouden) en is goed toegankelijk voor de oudere zelf (of mantelzorger) en de zorgverlener

Trekker: Mirjam Reedijk (huisarts)

Deelnemers: Mark Munro (fysiotherapeut), Coby van Wijngaarden (stichting Binding) J.van de Kamp en H. Morren (maatschappelijk werk)

Status: gestart in mei 2015; het verzamelen van de gegevens is eind december 2015 klaar. Het wachten is op het digitale portaal van de gemeente waarna de gegevens overgedragen kunnen worden. Verwachting is dat dit in het voorjaar van 2016 zover is.

Samenvatting

Momenteel zijn er meerdere sociale kaarten in omloop in de gemeente Bunnik. Ze zijn niet aan elkaar gekoppeld, onvolledig en niet up-to-date. Bovendien zijn ze niet voor iedereen inzichtelijk.

Er is contact opgenomen met de gemeente met als doel de sociale kaart voor ouderen als onderdeel van de algemene sociale kaart van de gemeente digitaal op te nemen. Momenteel is nog niet helemaal duidelijk of de gemeente voldoende financiële middelen voor de ICT wil investeren voor een digitale sociale kaart. Indien de gemeente afhaakt moeten de doelstellingen aangepast worden en wordt er een sociale kaart voor ouderen opgesteld alleen voor zorgverleners. Een optie zou zijn dat deze in de toekomst gekoppeld zou kunnen worden aan de (nog op te zetten) website van de SOWZKR. Voordelen digitale sociale kaart voor:

- Patiënt / mantelzorger: heeft op een overzichtelijke wijze inzicht in het aanbod van alle instanties / instellingen / organisaties / zorgverleners die voor hem van belang zijn
- Zorgverlener: heeft beter inzicht in het aanbod en kan hierdoor gerichter verwijzen
- Zorgverzekeraar: welzijn van de oudere neemt toe; hierdoor afname ziekte last

Omdat de sociale kaart ook een taak is van de gemeente Bunnik heeft het bestuur contact en overleg met wethouder Eijbersen: voor de ICT en om de borging te garanderen.

3.3 Kinderen met overgewicht/obesitas

Doel: ontwikkelen van een zorgprogramma voor kinderen van 4 t/m 12 jaar met overgewicht en obesitas gericht op signalering, preventie, zorg en begeleiding

Trekker: Ellis Peltenburg (kinderfysiotherapeut)

Deelnemers: Tineke Mulder (huisarts) en Hanneke Achterberg (diëtiste)

Status: gestart in mei 2015; eind december 2015 bestaat er een ketensamenwerking 'kinderen en overgewicht' tussen de zorgpartners. Acties voor 2016: zorgprogramma voor kinderen 4 t/m 12 jaar met overgewicht en/of obesitas ontwikkelen. Streven voor implementatie is 2^{de} of 3^{de} kwartaal 2016.

Samenvatting

In de gemeente Bunnik zijn verschillende professionals betrokken bij de zorg en preventie van kinderen met overgewicht en obesitas, o.a. de huisarts, de wijkverpleegkundige JGZ, GGD, de diëtiste, de fysiotherapeut en/of de psycholoog maar ook de scholen, de kinderopvang en sportverenigingen. Er is echter een gebrek aan onderlinge samenwerking en communicatie en er bestaat geen zorgprogramma of beweeggroep voor kinderen met overgewicht. De JGZ en GGD richten zich op de preventie en signalering van kinderen met overgewicht; ook de huisarts heeft hier een taak in.

Er zijn in Bunnik een aantal initiatieven door inwoners gestart zoals Bunnik Beweegt3, zij proberen met een aantal enthousiaste buursportcoaches mensen aan het sporten / bewegen te krijgen. Stichting Sporthuis Bunnik is opgericht om activiteitenverenigingen te faciliteren. In eerste instantie zijn de diverse zorgpartners zoals Bunnik beweegt3, de jeugdverpleegkundige, Centrum voor elkaar en Sporthuis Bunnik uitgenodigd om met elkaar kennis te maken en te kijken wat een ieder kan inbrengen om gezamenlijk naar een zorgprogramma te komen.

Wat betekend dit voor:

- Patiënt (kind en/of ouders): betere kwaliteit van leven door afname BMI, verbeterd zelfbeeld, plezier in gezonde leeftijd. Herkenning, erkennen en voorkomen overgewicht, kennis gezonde leefstijl
- Zorgverlener: uniforme screening voor alle zorgverleners, tijdig signaleren overgewicht en obesitas, multidisciplinair protocol, heldere rol- en taakverdeling zorgverlener, korte lijnen betrokken zorgpad en verbeterde kwaliteit van zorg
- Zorgverzekeraar: door betere leefstijl voorkomen van aandoeningen en daardoor minder kosten.

3.4 Preventie en bewegen

Doel: totaaloverzicht verkrijgen van het aanbod aan mogelijkheden voor sporten/bewegen binnen de gemeente Bunnik. Een behandelprotocol ontwikkelen voor een welomschreven groep patiënten (chronische ziekte met verhoogd BMI)

Trekker: Monique Lubbers (fysiotherapeut)

Deelnemers: Lieke Hassink-Franke (huisarts), Jacomien Markusse (POH-S), Cleo van Raalte (diëtiste) en Mieke Hillhorst (Beweegcoach)

Status: gestart in augustus 2015, door wijzigen van trekker in de beginfase en het ontbreken van een concreet plan en doel had het project een moeizame start. De werkgroep stoeit met de concretisering: hoe doelgroep specifiek maken, wat is verwachte impact en wat is haalbaar. Wat is de rol van de eerste lijn en wat van gemeente. Voorkomen van overlap met de ketenzorgactiviteiten (DM en COPD) Bij de uitwerking van het nieuwe plan zijn goede voorbeelden in de regio verkend (KeiVitaal). De contacten met Bunnik Beweegt3 zijn gelegd. De gemeente is bezig met het ontwikkelen van een beweegwijzer. Er is een opzet van een multidisciplinair behandelplan gemaakt. Deze wordt in 2016 verder uitgewerkt, geïmplementeerd en geëvalueerd.

Samenvatting

Uit de gebiedsanalyse van de gemeente Bunnik bleek dat overgewicht een belangrijke gezondheidsfactor is. Bij veel chronische aandoeningen speelt overgewicht een belangrijke rol. In de gemeente Bunnik blijken veel burgerinitiatieven te zijn. Vanuit de eerstelijns disciplines ontbreekt het totaaloverzicht aan mogelijkheden van georganiseerde sportbeoefening in de gemeente. Er is geen samenhangend multidisciplinair behandeltraject voor patiënten met overgewicht in combinatie met een chronische aandoening.

Acties:

- Een totaaloverzicht verkrijgen van het aanbod aan mogelijkheden voor sporten/bewegen binnen de gemeente Bunnik (gemeentetaak)
- Inventariseren populatie overgewicht in combinatie met hypertensie, COPD, DM of verhoogd cholesterol
- Inventariseren wat de kenmerken zijn van deze populatie, de motivatie voor leefstijlaanpassing en welke barrières deze mensen ondervinden om (meer) te bewegen
- Met bovenstaande uitkomsten een integraal, multidisciplinair en eenduidig behandelprotocol ontwikkelen voor patiënten met verhoogd BMI in combinatie met chronische ziekte (2016)

Dit betekend voor:

- Patiënt: door duidelijke verwijzing, plan en controle momenten wordt de motivatie om een gezondere leefstijl aan te nemen groter. Waardoor obesitas en andere chronische klachten zullen verminderen.
- Zorgverlener: de 1ste lijn heeft een beter overzicht in de leefstijl / motivatie en beweegactiviteiten van deze patiëntenpopulatie waardoor gerichtere aanpak mogelijk is. Gerichter verwijzen naar beweegmogelijkheden.
- Zorgverzekeraar: door betere leefstijl voorkomen van aandoeningen en daardoor minder kosten

3.5 Palliatieve zorg

Doel: verbeteren van de zorg rond de palliatieve patiënt door het systematisch in kaart brengen van de problemen, hierop te anticiperen en middels een multidisciplinair zorgpad palliatieve zorg optimale zorg te leveren voor de patiënt en zijn mantelzorger

Trekker: Erica van Maanen (huisarts en kaderarts)

Deelnemers: Frederique Fiévez (apotheker), Ilonka Brinkhof (oncologisch wvp), Myrthe Schoenmakers (oncologisch fysioth), Cindy Lots (poh GGZ) en Anne de Graaf (psycholoog)

Status: gestart in maart 2015. De voorgestelde werkafspraken worden in november 2015 aan alle betrokkenen gepresenteerd en worden daarna geïmplementeerd. Voor 2016 staat nog een tussenevaluatie van de werkgroep gepland en een evaluatie onder de deelnemers en mantelzorgers/nabestaanden.

Samenvatting

De palliatieve zorg voor patiënten ingeschreven bij de huisartsen in de Gemeente Bunnik wordt op praktijkniveau uitgevoerd in samenwerking met de wijkverpleging en ander eerstelijns disciplines. Om de samenwerking binnen de palliatieve zorg te verbeteren is er een pilot gedaan met een zogeheten PaTz overleg waarin huisartsen, wijkverpleegkundigen en andere disciplines palliatieve patiënten kunnen bespreken en elkaar kunnen adviseren m.b.t de zorg. Er bleek in de pilot zeker waardering voor een dergelijk overleg maar om ook dit overleg echt structureel in te zetten en ervoor zorg te dragen dat er een kwaliteitsverbetering van onze zorg voor palliatieve patiënten plaatsvindt is dit in de werkgroep verder besproken. Ook het ondersteunen van de mantelzorger in de zorg voor zijn naaste is een streven.

In de huidige situatie levert de HA zorg aan de palliatieve patiënt en wordt wijkverpleging en mantelzorg ingeschakeld waar nodig. Het nadeel hiervan is dat er geen structurele evaluatie van de situatie plaatsvindt en dat er te weinig geanticipeerd wordt op te verwachten problemen en welke maatregelen hiervoor kunnen worden genomen.

Middelen:

- Het verder opzetten van een PaTz overleg met een minimale frequentie van 6x/jaar voorgezeten door een inhoudelijke deskundige in casu een kaderarts palliatieve zorg.
- Het hanteren van een palliatief zorgregister bij de besprekingen waardoor ook meer geanticipeerd zal worden op te verwachten problemen bij de palliatieve patiënt, hierdoor kunnen spoedopnames deels voorkomen worden en wordt zorg ook in ANW verbeterd.

Dit betekent voor:

- Patiënt: overlijdt vaker op plaats van keuze. Zorg voor patiënt wordt geoptimaliseerd. Aandacht voor mantelzorger en ervaren druk
- Zorgverlener: verbetering van werkafspraken met andere zorgverleners, korte lijnen. Toename van kennis
- Zorgverzekeraar: verminderen van te voorkomen ziekenhuisopnames door beter te anticiperen op zorgproblemen

Acties 2015:

- Ontwikkelen van een stroomdiagram of checklist waar de zorgverlener mee aan de slag kan wanneer een palliatieve patiënt zich aandient. Dit document kan dienen als leidraad
- Scorelijst depressieve patiënt speciaal voor oncologische patiënten
- Samenstellen van een palliatief zorgdossier; waarin alle documenten en informatiemateriaal in een map zitten die bij de patiënt in beheer komt
- Contacten leggen met de 2^{de} lijn; transmurale opzet (2016). Wat kan het ziekenhuis en de huisarts voor elkaar betekenen
- Aandacht voor meetbare indicatoren.

3.6 ICT ondersteuning

Doel: Binnen de gemeente te komen op korte termijn tot een nieuwe communicatievorm via beveiligde internet techniek, tussen diverse betrokken eerste lijns hulpverleners en de hulpvrager (of mantelzorger). Er zal worden bekeken of ook contact met de Gemeente via hetzelfde ICT-medium kan worden gerealiseerd. De coördinatie ligt in handen van of wordt teruggekoppeld aan de huisarts, en er is een terugkoppeling naar bestaande ICT systemen voor de huisarts. Opstellen van een totaal behandelplan en communiceren onderling, ook in een gezamenlijk overleg (zonder fysiek contact maar via ICT) moeten daarbij gemakkelijk mogelijk zijn. De hulpvrager behoudt keuzemogelijkheden voor verschillende hulpverleners. De ICT werkgroep dient te komen met een onderbouwd voorstel aan de vergadering van afgevaardigden, die dan zal beslissen over invoering, bij voorkeur in de tweede helft van 2016.

Trekker: Jan Overgoor (fysiotherapeut)

Deelnemers: Magdaleen Cozijnsen (huisarts) en Dominique van Steenis (huisarts) Einde 2015 zal de samenstelling van de ICT werkgroep veranderen: M. Cozijnsen stopt: er wordt gezocht naar bij

voorkeur een vertegenwoordiging vanuit de wijkverpleging.

Status: gestart in september 2015 loopt door in 2016

Samenvatting:

In het plan van aanpak 2014/2015 van de Stichting OWZ Kromme Rijn staan in hoofdstuk 5.5 activiteiten genoemd die de zorginfrastructuur moeten gaan versterken. Een daarvan is het organiseren van periodiek overleg over complexe patiënten in multidisciplinair verband.

Afgelopen jaar is het voor het bestuur van de Stichting OWZ Kromme Rijn steeds duidelijker geworden dat, als we de multidisciplinaire zorg kwalitatief willen verbeteren, effectiever willen maken en goedkoop willen organiseren, we een nieuw extra ICT-programma nodig hebben om dit te realiseren. Dit programma zal vooral ingezet worden om de complexe zorg rond patiënten, waarbij meerdere zorgverleners hulp bieden (zoals kwetsbare ouderen), beter te kunnen coördineren. Einde 2015 is dan ook serieus gekeken vanuit de huisartsen naar het al starten met de module kwetsbare ouderen van Zilveren Kruis. Zij wilden echter de ontwikkelingen in 2016 (onder meer van deze werkgroep, maar ook van onze coöperatie Preventzorg) daarin afwachten, en eventueel in 2017 gaan contracten.

Het bestuur heeft in juni 2015 besloten om zelf een werkgroep te formeren, omdat de keus voor een ICT programma alles zegt over de ambitie van de stichting.

Na formulering van de uitgangspunten in een visie, in september 2015, is er besloten om na het opstellen van onze eisen aan een ICT systeem (onder meer aandacht voor de leverancier, de door ons gewenste mogelijkheden, gemakkelijke veilige en berouwvolle werking, planningsmogelijkheden in het systeem) ons te oriënteren op reeds bestaande mogelijkheden. Renée Geerse van Raedelijk kwam hiervoor met input. In Q3 2015 zijn er twee presentaties geweest, te weten van MSM en van ePGO. Een derde partij: Zorgplan zal nog worden uitgenodigd, en ook zal door contacten met Preventzorg en diverse HIS leveranciers worden gelet op nieuwe ontwikkelingen in de KISsen.

Resultaat voor:

- Patiënt: door de nieuwe manier van communiceren meer snelheid , en duidelijkheid en minder kans op miscommunicatie tussen de hulpverleners onderling.
- Zorgverlener: kortere lijnen, beter overzicht. Tijd- en daardoor kosten effectief.
- Zorgverzekeraar: kostenbesparing en verbetering van de zorg aan cliënten.

3.7 Verbanden tussen verschillende projecten

In drie projecten (kinderen & overgewicht, preventie & bewegen en sociale kaart) vinden activiteiten plaats die erg op elkaar lijken vanwege het aanbod leefstijlverbetering en de betrokkenheid van de gemeente. De coördinator bewaakt dat er geen dubbel werk gedaan wordt door de afzonderlijke werkgroepen; door intensief contact en korte lijnen met de trekkers.

3.8 Doorlopende activiteiten en Ondersteuning zorginfrastructuur

Naast de projecten is nog een tweetal doorlopende activiteiten te noemen en activiteiten die de zorginfrastructuur verder versterken.

De doorlopende activiteiten zijn:

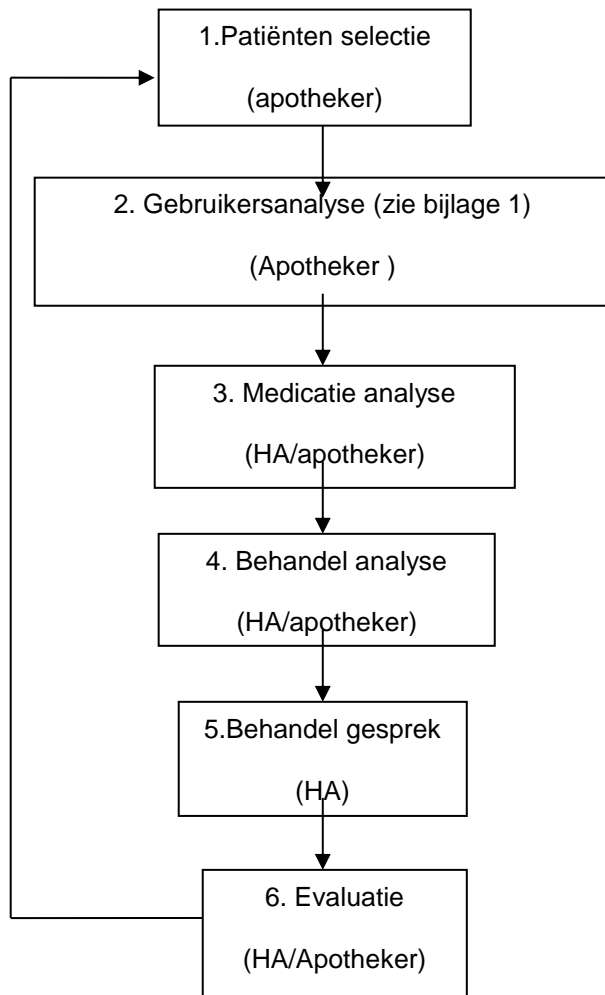
- Het organiseren van periodiek overleg over complexe patiënten in multidisciplinair verband. Van hieruit is ook de werkgroep ICT-project gestart (zie 3.6)

- Het evalueren van lopende trajecten.
- Het opzetten vanuit de Stichting van een gestructureerd overleg met de gemeente Bunnik. Dit is nodig, omdat er bij een aantal projecten raakvlakken met gemeentelijk apparaat zijn en gezamenlijke belangen. Ook is huidige Gemeentelijke wet- en regelgeving met grote consequenties voor de eerstelijns zorg. Denk aan veranderingen AWBZ, ouderen- en jeugdzorg. De nieuwe overlegstructuur moet lijden tot meer helderheid over taakverdeling en verwachtingen naar elkaar rondom diverse complexe patiëntengroepen. Het bestuur heeft contact en is in overleg met de wethouder, de heer J.J. Eijbersen, gericht op samenwerking op de gekozen thema's en ICT. Daarbij is de gedachte naast de partijen HA en Gemeente de wijkverpleging intensief te betrekken in het kader van een wijkgerichte aanpak voor de burgers van de gemeente Bunnik.

De zorginfrastructuur ondersteunende activiteiten zijn:

- Zorgen voor een website die de toegankelijkheid van het samenwerkingsverband makkelijker maakt voor zowel de patiënt als ook de zorgverleners onderling. Er is een start gemaakt met inventariseren. Wat willen we, wat moet de website kunnen. Wat zijn de opties en mogelijkheden. Deze taak zal onder de ICT werkgroep vallen. Er zal pas in 2016 meer tijd zijn om daar werk van te maken.

Bijlage 1 Stroomdiagram Stappenplan Polyfarmacie 65+



Bijlage 2 Stroomdiagram Kinderen en overgewicht

