

Jaarverslag 2017



Bestuur Stichting OWZ Kromme Rijn, November 2017

Opgesteld door Bianca van Rooijen, OWZ coördinator

Met bijdragen van het bestuur en de diverse werkgroepen

Inhoud

1. Inleiding
2. Bestuur
 - 2.1. Bestuursactiviteiten
 - 2.2. Bereikte doelen 2017
 - 2.3. Financiering
3. Werkgroepen
 - 3.1. Preventie en bewegen
 - 3.2. Kinderen met overgewicht
 - 3.3. Medicatie bij ontslag ziekenhuis
 - 3.4. Transmurale samenwerking Palliatieve zorg
 - 3.5. Bekkenzorg rondom zwangerschap
 - 3.6. Ouderenzorg
 - 3.7. ICT ondersteuning
 - 3.7.1 MDO
 - 3.7.2 Website SOWZKR

1 Inleiding

De stichting OWZ Kromme Rijn (SOWZKR) is eind 2014 opgericht. De SOWZKR is een multidisciplinair samenwerkingsverband binnen de Gemeente Bunnik met als doel het versterken van de eerstelijnszorg. Hieruit voort vloeiende in 2015 diverse multidisciplinaire projecten. Deze projecten werden in 2016 geïmplementeerd, gecontinueerd en in sommige gevallen uitgebreid met nieuwe aandachtspunten; ook werd een nieuwe werkgroep gestart.

2017 Was een jaar waarin grote stappen gemaakt werden. De sociale kaart werd geïmplementeerd op de gemeentelijke website. De werkgroep Ouderenzorg werd opgericht. Er werd gestart met een pilot MDO (multidisciplinair overleg) via Calculus VIP Live, en de website werd gelanceerd.

Er was veelvuldig contact vanuit het bestuur met de gemeente op verschillende niveau's en met organisaties als Krachtig Krommerijn en Bruisend Bunnik om de onderlinge activiteiten beter op elkaar af te stemmen en de contacten te versterken.

Het bestuur heeft stappen genomen om de wijkverpleging toe te laten tot de aangeslotenen van de Stichting. Dit is een stroperig proces onder andere door de verschillend georganiseerde verschillende organisaties.

2 Bestuur

Het bestuur van de SOWZKR is in 2017 ongewijzigd gebleven en bestaat uit de volgende personen:

- Dominique van Steenis, huisarts (voorzitter)
- Roel Bots, apotheker (penningmeester)
- Jan Overgoor, fysiotherapeut (secretaris)
- Magdaleen Cozijnsen, huisarts (algemeen bestuurslid, communicatie PR)

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. Het bestuur wordt hierin ondersteund door een coördinator, Bianca van Rooijen. Tot eind januari 2017 werd het bestuur ondersteund door Renée Geerse als strategisch adviseur namens Raedelijk. Door veranderingen binnen de organisatie van Raedelijk, werd er na haar vertrek, geen opvolger benoemd. Bij eventuele vragen kan het bestuur Marjan Kessler contacten. Dit gebeurde in 2017 sporadisch (advies t.a.v. contacten met de Wijkverpleging en de Gemeente en t.a.v. de ontwikkelingen aan O&I na 2018)

2.1 Bestuursactiviteiten

Het bestuur heeft in 2017 maandelijks vergaderd. In deze vergaderingen werden lopende zaken besproken. Daarnaast werden er drie trekkers lunchen georganiseerd waarbij met de trekkers van de werkgroepen van gedachten werd gewisseld over probleemstelling en de voortgang van het project besproken werd. In 2017 zijn twee vergaderingen van de Raad van Aangeslotenen geweest. Elk kwartaal wordt er vanuit het bestuur een nieuwsbrief verspreid om de achterban te informeren over lopende zaken en projecten. Kopieën daarvan zijn naar Zilveren Kruis gezonden.

- In januari 2017 heeft Raedelijk voor het bestuur, coördinatie en de trekkers van de werkgroepen een workshop “Zichtbaar en effectief de kwaliteit van zorg verbeteren door integrale samenwerking” georganiseerd. De workshop bestond uit twee avonden met als doel met een professionele en/of zakelijke inslag naar het eigen zorgprogramma kijken. Ze waren goed bezocht en goed interactief.
- In april 2017 is gestart met een nieuw project multidisciplinaire ouderenzorg; met als trekker Frederique Ummels (huisarts) Zij kreeg de opdracht: het ontwikkelen van een multidisciplinair programma; wat aansluit bij de behoefte van ouderen zelf, hun hulpverleners, hun verzorgers en mantelzorgers en wat effectieve verbetering van zorg zal moeten brengen. Hierover wordt bij het hoofdstuk “werkgroepen” meer geschreven.
- Op 4 oktober heeft de SOWZKR in samenwerking met Krachtig Krommerijn, Bruisend Bunnik en de gemeente Bunnik het symposium “Samen sterk in zorg” georganiseerd. Het doel was de formele en de informele zorg te verbinden; waarbij we onszelf en elkaar de vraag stelden “hoe wordt de burger in de gemeente Bunnik gelukkig en gezond oud?” Dit werd een goed bezocht en enthousiast gebruikt initiatief.
- Overleg Gemeente. In de loop van 2017 waren er twee trajecten:
Vanuit de Gemeente kwam er eind 2016 een initiatief om de zorg te innoveren. Daartoe zijn er – na aanvankelijk het verzoek om mee te werken aan een andere opzet: werken volgens de methode Voort, wat we te arbeidsintensief vonden – een aantal bijeenkomsten geweest rondom het thema zorgvernieuwing samen met het sociale domein en de Gemeente. Die waren niet alleen druk bezocht maar ook productief en zullen in 2018 worden vervolgd: De OWZ blijft daarbij betrokken
Daarnaast is er in 2017 een formeler kwartaaloverleg gestart vanuit het Bestuur van de OWZ met de wethouder sociaal domein Jorrit Eijberse. Daar worden ontwikkelingen besproken van belang voor de samenwerking van beide partijen.

2.2 Bereikte doelen 2017

Wat heeft de SOWZ betekend voor de inwoners en zorgaanbieders van de gemeente Bunnik

- Eind januari 2017 werd de digitaal toegankelijke sociale kaart gelanceerd op de gemeentesite van Bunnik. Dit in samenwerking met de werkgroep sociale kaart die zich hier in 2015/2016 voor heeft ingezet. Er is over gepubliceerd in de lokale media en per Google is de kaart gemakkelijk vindbaar.
- Er is een beweegwijzer ontwikkeld, waarop zorgverleners en inwoners gericht kunnen zoeken welk beweegaanbod aangeboden wordt in de gemeente.
- Inwoners met overgewicht die onvoldoende bewegen kunnen via het leefstijlprogramma, Bunnik in Vorm, begeleiding krijgen om een nieuwe leefstijl eigen te maken. De begeleiding bestaat uit een fysiotherapeut, diëtiste en poh.
- Voor kinderen met overgewicht is er Sportiefit; hierbij bestaat de begeleiding uit een kinderfysiotherapeut en diëtiste. Ook de ouders worden bij de begeleiding betrokken.
- Er loopt een polyfarmacieproject, waarbij apothekers en huisartsen bij 65+ patiënten met >5 medicijnen de medicatie bespreken en indien nodig wijzigen. De gebruiker loopt hierdoor minder kans op onjuiste doseringen, te veel of te weinig medicatie, minder interacties en bijwerkingen en uiteindelijk ook minder kans op opname in een ziekenhuis.
- De palliatieve patiënt krijgt optimale zorg, omdat deze wordt besproken in het Palliatieve thuiszorg team (PaTz). Het PaTz wordt tweemaandelijks georganiseerd en geaccrediteerd voor huisartsen en apothekers en word drukbezocht. Voor de zorgverleners is een handreiking gemaakt: een handzame klapper.
- Deelname pilot MDO waarin een huisarts deelneemt met wijkverpleging, fysiotherapie en poh via Calculus Vip Live en samenwerking met Topicus. Tevens start eigen website.
- Zwangere vrouwen met bekkenklachten worden, via de verloskundige en/of huisarts, in een vroeg stadium opgespoord en kunnen terecht bij de bekkenbodem fysiotherapeut.

2.3 Financiering

Ter financiering van de activiteiten van de stichting is een begroting gemaakt, die goedgekeurd is door Zilveren Kruis. Evenals voorgaande jaren wordt deze begroting gevolgd door de andere zorgverzekeraars.

De declaraties zijn uitbesteed aan Vip Calculus; zij volgen en bewaken de debiteuren (zorgverzekeraars) op basis van de normale declaraties van de huisartsen (ingeschreven patiënten per praktijk).

De penningmeester betaald vervolgens op basis van de begrootte uren de diverse deelnemers, een enkele keer na bijstelling (na goedkeuring door het Bestuur)

3 Werkgroepen

In 2017 waren de volgende werkgroepen actief:

1. Preventie en bewegen
2. Kinderen met overgewicht
3. Medicatie bij ontslag ziekenhuis
4. Palliatieve zorg
5. Bekkenzorg rondom zwangerschap
6. Ouderenzorg
7. ICT-ondersteuning
8. Afronding Sociale kaart

3.1 Werkgroep preventie en bewegen – Bunnik in vorm

Samenvatting werkwijze: de werkgroep heeft een multidisciplinair leefstijlprogramma ontwikkeld voor patiënten met een BMI >25, die niet voldoen aan de Nederlandse Norm Gezond Bewegen (NNGB) en gemotiveerd zijn voor een leefstijl verandering. In het leefstijlprogramma staan beweging en voeding centraal. De deelnemer wordt begeleid door een praktijkondersteuner, diëtiste en fysiotherapeut en gaat aan de slag met zijn persoonlijke doelen en een persoonlijk beweeg- en voedingsprogramma. De mate van begeleiding en intensiteit is afhankelijk van de gezondheid situatie en de behoefte van de deelnemer en duurt maximaal een jaar. Waarbij het uiteindelijke doel is dat de deelnemer zelfstandig blijft bewegen en een gezondere leefstijl heeft geïntegreerd in zijn dagelijkse leven.

De werkgroep is in onveranderde vorm doorgedaan en functioneert naar tevredenheid. De eerste deelnemers zijn in juni 2016 ingestroomd en in juni 2017 liep het project een jaar. 2017 was vooral een jaar van evalueren, verbeteren en continueren. De vooraf gestelde doelstelling van vijf patiënten per huisartsenpraktijk zijn behaald. In juni 2017 waren er 29 deelnemers. Er waren in totaal 5 uitvallers; waarbij motivatie de hoofdreden was.

De instroom vanuit de huisartsenpraktijken verloopt goed. Er wordt reclame gemaakt in de vorm van poster- en foldermateriaal, artikel in plaatselijke krant en mond-op-mond reclame.

Actiepunten zijn:

- Naamsbekendheid vergroten zodat het project nog meer aandacht krijgt en de instroom van deelnemers gewaarborgd blijft. Zo liggen er nu weer nieuwe folders bij diverse hulpverleners aan de balie en in de spreek/behandelkamers

3.2 Werkgroep kinderen met overgewicht – Sportiefit

Samenvatting werkwijze: de werkgroep heeft een zorgprogramma ontwikkeld voor kinderen van 4 t/m 12 jaar met overgewicht of obesitas, gericht op signalering, preventie, zorg en begeleiding. De aanmelding is laagdrempelig en kan vanuit de eerste lijn maar ook via de ouders lopen. De deelnemers krijgen een intake bij de kinderfysiotherapeut waarbij de behandoelen vastgesteld worden; deze kunnen per kind uiteenlopen. Eens in de drie maanden krijgen de deelnemers een fitheidstest. De diëtiste betreft ouders en kind in de behandeling van goede voeding; geeft een gezamenlijke instructie les voor de kinderen over proeven en organiseert een ouderbijeenkomst. De duur van het zorgprogramma loopt uiteen van twee tot zes maanden.

De samenstelling van de werkgroep is veranderd. Huisarts Tineke Mulder heeft afscheid genomen van de huisartsenpraktijk en daarmee ook van de werkgroep; haar plaats is ingenomen door huisarts Anouk Oostveen. De trekker van de werkgroep, Ellis Peltenburg, is met zwangerschapsverlof geweest. Door deze veranderingen is de werkgroep niet aan hun oorspronkelijke plan toegekomen om begin 2017 een plan van aanpak te schrijven om de scholen bij het project te betrekken.

In juni 2016 is Sportiefit gestart met een groep van 12 kinderen; 8 met overgewicht en 4 met obesitas. In juni 2017 zijn nog 5 kinderen met obesitas in een fitness groepje bezig onder begeleiding van een fysiotherapeut. De diëtiste ziet zowel de kinderen als de ouders in groepjes. Er is een evaluatie geweest door middel van een vragenlijst gericht aan de ouders van de kinderen. Gekeken is of er werd voldaan aan de verwachtingen en of de doelstellingen behaald werden. Voor de werkgroep werd uit de evaluatie duidelijk dat met name de gedragsverandering bij de ouders en de cultuurverschillen een moeilijk punt is. Er vond einde 2017 een nieuwe evaluatie plaats ter verhoging van het aantal aanmeldingen.

Om de naamsbekendheid van Sportiefit te vergroten heeft de werkgroep poster- en foldermateriaal gemaakt. Vooral de verwijzing en aanmeldingen van nieuwe deelnemers is teleurstellend. Huisartsen

zien de kinderen vaak voor andere klachten en de jeugdarts van de GGD verwijst naar een vergelijkbaar project in Zeist.

Actiepunten zijn dan ook:

- Huisartsen blijven wijzen op sportiefit
- Buurtsportcoaches blijven betrekken
- Plan van aanpak voor betrekken scholen

3.3 Werkgroep medicatie bij ontslag ziekenhuis

Als vervolg op de polyfarmacie heeft de werkgroep een nieuw project gestart; medicatie verificatie na ontslag ziekenhuis. Bij ontslag van patiënten uit het ziekenhuis is er vaak veel onduidelijkheid over de medicatie die gebruikt wordt door de patiënt of gebruikt dient te worden in de thuissituatie. Ziekenhuizen geven bij ontslag niet altijd informatie mee over de gestopte medicatie, het overzicht bevat regelmatig fouten en/of is incompleet. Ook voor de huisarts is het niet altijd duidelijk.

De werkgroep is begin 2017 gestart met een nulmeting uitgevoerd door de apotheek in Odijk en Bunnik. Gedurende drie maanden wordt bij ieder ontslagrecept bijgehouden of er fouten en/of onduidelijkheden op het recept staan. Na implementatie van het project wordt nogmaals gedurende drie maanden bepaald hoeveel ontslagrecepten fouten en/of onduidelijkheden bevatten. Er werd contact gelegd met de poliklinische apotheken van het Diaconessen ziekenhuis en met het Antonius ziekenhuis met als doel het uitwerken van een protocol voor de werkwijze bij ontslag vanuit het ziekenhuis.

Er werden contacten gelegd met omliggende apothekers zoals Driebergen en Zeist over het Convenant Medicatie proces Midden Nederland om de lokale afspraken zoveel mogelijk te laten aansluiten bij de regionale afspraken. Ook bleek in Zeist een vergelijkbaar project te lopen; informatie werd gedeeld.

Doelstelling: eind 2017 is door een gestructureerde aanpak van de ziekenhuis- en thuisapotheek de medicatie gerelateerde fouten en/of onduidelijkheden bij ontslag met minstens 30% afgenomen t.o.v. de nulmeting.

De planning loopt niet geheel volgens het plan van aanpak. Contacten leggen met de tweede lijn kost veel meer tijd dan gepland en het blijkt moeilijk om de organisatie binnen een grote organisatie te veranderen. Bovendien lijken ziekenhuisapothekers meer gefocust op de huisarts dan op de apothekers in de regio. De begrote uren blijven staan. Verder vertrok september 2017 de trekker van de werkgroep Gert-Jan te Boveldt, apotheker in Odijk, zijn taak wordt tijdelijk waargenomen door Roel Bots, apotheker in Bunnik (met de bedoeling de opvolger van de apotheker in Odijk te vragen).

3.4 Werkgroep Transmurale samenwerking 2^{de} lijn palliatieve zorg

Na het eerste project "palliatieve zorg" van deze werkgroep, is de werkgroep in onveranderde vorm gebleven en heeft in 2016 gekozen voor een vervolgproject: "transmurale samenwerking met de ziekenhuizen in de regio betreffende palliatieve zorg.

De doelstellingen van 2017 waren:

- Aanwezigheid van transmurale afspraken op gebied van de palliatieve zorg met name gericht op verbetering m.b.t. de overdracht tussen eerste en tweede lijn m.b.t. de patiënten in de gemeente Bunnik met het Diaconessenhuis, het UMCU en het Alexander Monro Ziekenhuis
- Een goed geïmplementeerd zorgpad palliatieve zorg
- Een goed lopend PaTz overleg waarin gebruik gemaakt wordt van het palliatief zorgregister
- Scholingsprogramma voor zorgverleners in de palliatieve zorg in de gemeente Bunnik

Afgelopen jaar bleek dat de ziekenhuizen nog niet in staat waren om concrete werkafspraken met de werkgroep te maken. Er is overleg maar het werk van de palliatieve advies teams in de ziekenhuizen

is nog niet goed vormgegeven en staat nog in de kinderschoenen. Eigenlijk is de werkgroep verder in wat ze willen. De werkgroep heeft het Diakonessenhuis overdrachtsformulieren aangeleverd met het verzoek om dat formulier naar huisartsen toe te sturen voor overdracht. Het doel is dat dit formulier regionaal ingezet gaat worden. Het proces verloopt trager dan verwacht en het is moeilijk om iets te veranderen in een grote organisatie. Waarschijnlijk schuift het plan van aanpak door naar 2018.

De overige doelstellingen verlopen goed:

- De handreiking palliatieve zorg is klaar en is, in een papieren exemplaar: een handzame map, uitgedeeld aan elke huisartsenpraktijk. Het document dient als leidraad en bevat een checklist voor zorgverleners, diverse scorelijsten en informatiemateriaal voor de patiënt. Eind van het jaar volgt er een evaluatie hiervan.
- Het PaTz overleg verloopt, met een frequentie van 6x per jaar, goed en wordt sinds dit jaar voor arts en apotheker geaccrediteerd. Hieraan gekoppeld is een scholingsprogramma voor zorgverleners in de palliatieve zorg in de gemeente Bunnik. Palliatieve patiënten zijn opgenomen in een palliatief zorgregister en worden met regelmaat in het PaTz besproken. Het palliatief zorgregister is voor deelnemers in te zien via HA web. Ook staan daar de notulen van de bijeenkomsten op.

De kaderarts en trekker van de werkgroep is betrokken bij het palliatief MDO van het UMCU en heeft contacten met het Consortium Septet met betrekking tot het Nationaal Programma Palliatieve Zorg over regionale initiatieven naar de ziekenhuizen.

3.5 Werkgroep bekkenzorg rondom zwangerschap

Samenvatting werkwijze: de werkgroep wil door middel van voorlichting en screening tijdens de zwangerschap en direct postpartum ervoor zorgen dat er tijdig zorg ingezet wordt bij pas bevallen vrouwen met bekkenproblematiek. Hiermee wordt voorkomen dat de klachten verergeren en de vrouwen doorverwezen worden naar een gynaecoloog in de tweede lijn.

Hiervoor hebben zij een stappenplan en screeningslijsten ontwikkeld en die met de verloskundigen uit de regio gedeeld.

Eind 2016 heeft de werkgroep, de plannen geïmplementeerd in het bijzijn van de vijf verloskundigen praktijken uit de regio. Hierop werd door de verloskundigen positief gereageerd. De werkgroep is in 2017 verder gegaan zonder de huisarts Frederique Ummels, die wel bij de opzet van de plannen betrokken was. Doordat de trekker van de werkgroep, Marjolein van der Nolle, met zwangerschapsverlof is geweest heeft het project, dat eigenlijk net geïmplementeerd was, gedurende vier maanden op een lager pitje gedraaid. 2017 is vooral het jaar van het implementeren en evalueren. Om de implementatie te waarborgen en kennis te delen wordt elke half jaar, door Marjolein van der Nolle, een bijeenkomst georganiseerd voor verloskundigen en bekkenfysiotherapeuten. Het implementeren blijft dan ook het grootste actiepunt. Het project draait nog te kort voor cijfers en/of effecten van het zorgplan.

3.6 Werkgroep ouderenzorg

Het afgelopen jaar is de werkgroep ouderenzorg van start gegaan onder leiding van trekker Frederique Ummels, huisarts. In de eerste helft van het jaar kwam de werkgroep informeel bij elkaar ter kennismaking. De werkgroep bestaat nu uit een huisarts, een specialist ouderenzorg, een wijkverpleegkundige ouderenzorg, een case manager dementie en de coördinator voor de WLZ opnames van Quarijn. Deze kwam een aantal malen bijeen, en verzocht na de zomer aan de trekker om een uitgewerkte concretere visie vanuit de HAGRO. Hiertoe is een subgroep van 3 HA en benoemd als tussenstap, die aan de HAGRO adviseerde een aantal concrete doelen te formuleren in subgroepen:

- Meer bewegen voor ouderen/valpreventie

- NRRB bespreken en vastleggen voor kwetsbare ouderen
- Mantelzorg gegevens vastleggen voor kwetsbare ouderen
- Toegankelijk maken van S.O.G. voor consultatie
- Dementie D en therapie binnen de 1^e lijn door verhogen kennis HA via de kaderarts in opleiding F. Ummels
- Ondersteuning ICT voor onderlinge communicatie, aansluitend bij het VIP app project, en tevens onderzoeken mogelijkheden voor virtueel overleg via de PC

3.7 Werkgroep ICT ondersteuning

De werkgroep ICT heeft twee opdrachten:

1. Multidisciplinair Overleg (MDO)

De ICT-werkgroep is van samenstelling veranderd en bestaat momenteel uit: trekker Jan Overgoor (fysiotherapeut) en Dominique van Steenis (huisarts). De wijkverpleegkundige Daisy van der Tol heeft in verband met verandering van werkzaamheden de werkgroep verlaten.

Samenvatting werkwijze: de werkgroep heeft de tijd genomen om te zoeken naar een ICT-systeem voor MDO. Het ICT-systeem moest het delen van informatie mogelijk maken; zowel tussen zorgverleners onderling als tussen zorgverlener en patiënt. Het systeem moest aan een aantal geprioriteerde eisen en basisprincipes (privacy, betrouwbaar, duurzaam en kosteneffectief) voldoen. Preventzorg is samen met VIP Calculus een eigen ICT-programma aan het ontwikkelen dat aan veel van de door de werkgroep geprioriteerde eisen voldoet. Het is een soort WhatsApp systeem. Hiertoe waren er een aantal bijeenkomsten met aanvankelijk een algemene presentatie aan de 1e lijn, later een pilotgroepje van een HA, een Fysio en een WV-organisatie die door mail en live contacten met de ontwikkelaars van de App (VIP-app) de communicatie mogelijkheden testten: daar werden goede en vernieuwende resultaten mee geboekt, die ook werden gecommuniceerd aan de ketenpartner PreventZorg (later door reorganisatie: Unicum ZO).

Einde 2017 vond een verdere uitrol plaats ook in de naburige gemeente Wijk bij Duurstede.

2. Website

In Oktober 2017 is deze in de lucht gekomen en gevuld met aanvangsinformatie: over de organisatie OWZ en de werkgroepen en hun activiteiten. www.SOKR-KrommeRijn.nl. Vanuit de werkgroepen was er dringend behoefte aan website ondersteuning, die is na een lange aanloop nu goed geïmplementeerd.

3.8 Afronding Sociale kaart (zie bereikte doelen)