

# Jaarverslag 2016



**Bestuur SOWZ Kromme Rijn**

Opgesteld door: Bianca van Rooijen, OWZ coördinator  
Met bijdragen van het bestuur en de diverse werkgroepen

November 2016

## Inhoud

Voorwoord	3
1 De gemeente Bunnik	5
1.1 ROS-wijkscan	5
1.2 Ziektebeelden en zorgaanbod in de huisartsenpraktijk	7
2 Deelnemers SOWZ Kromme Rijnstreek	9
2.1 Organisatiestructuur	9
2.1.1 Bestuur	9
2.1.2 Werkgroepen	10
2.2 Financiën	10
2.3 Communicatie en PR	11
3 Activiteiten en projecten	15
3.1 Preventie en bewegen	15
3.2 Bekkenzorg rondom zwangerschap	17
3.3 Kinderen met overgewicht	19
3.4 Polyfarmacie	21
3.5 Palliatieve zorg	23
3.6 Sociale kaart ouderen	25
3.7 ICT-ondersteuning	26
3.7.1 MDO	26
3.7.2 Website SOWZKR	28
Bijlage 1 Stroomdiagram Preventie en bewegen	29
Bijlage 2 Stroomdiagram Bekkenzorg rondom zwangerschap	30
Bijlage 3 Stroomdiagram Kinderen en overgewicht	31
Bijlage 4 Stroomdiagram Polyfarmacie	32

## Voorwoord

Voor u ligt het inmiddels tweede jaarverslag van de Stichting OWZ Kromme Rijn. Deze Stichting is einde 2014 met verve van start gegaan en heeft in 2015 een start gemaakt met diverse projecten en daarnaast de voorbereiding op een aantal basisbehoeftes: overleg met de Gemeente en ondersteuning middels ICT.

Anno 2016 kunnen we betreffende onze twee verstreken jaren het volgende constateren:

- In 2015 werd een goede start gemaakt door een aantal actieve interdisciplinaire werkgroepen. Er is anno 2016 bijvoorbeeld een goed functionerend FTO ( voor de gehele Gemeente een eenduidig proces inclusief bewaking op de resultaten ) en een goed functionerend PaTz overleg ( waarbij we in sommige opzichten voorop lopen bijvoorbeeld ten opzichte van de omliggende ziekenhuizen ).

Daar hebben we op een drukbezocht symposium voor eerstelijns werkers in het voorjaar van 2016 ( `Nieuwe samenhang in de eerste lijn` ) op teruggekeken, en ook vooruit gekeken naar nieuwe gewenste ontwikkelingen. Wat opvalt is, dat de SOKR voorziet in een behoefte, zoals de oprichters in 2014 hadden verwacht. Er is gebleken, dat er met enthousiasme interdisciplinaire contacten worden gelegd en onderhouden. En ook, dat dat om zeer verschillende onderwerpen kan gaan: van beperkt en concreet (bijvoorbeeld het maken van een digitaal toegankelijke sociale kaart) tot veel breder: beweegprogramma's voor zowel ouderen (BunnIK in vorm) als schoolgaande kinderen (SportieFIT). Wij willen bewaken, dat we blijven komen met aantoonbare resultaten.

- In 2016 liggen de kaarten alweer iets anders:

Er is inmiddels een bestuurslid (Magdaleen Cozijnsen ) die zich met de PR bemoeit, een basis behoefte, waar we vanaf 2016 meer aandacht aan schenken.

Wat betreft de zorgprogramma's:

- Er is een frisse start van een nieuwe werkgroep ( rondom bekkenbodempromotie en de zwangerschap ) en een doorstart van oude werkgroepen, met nieuwe aandachtspunten ( bij Polyfarmacie de medicatie bij ontslag en bij PaTz de samenwerking tussen 1<sup>e</sup> en 2<sup>e</sup> lijn ).
- Einde 2016 hebben we vanuit de huisartsengroep de behoefte aangekaart om meer aandacht aan ouderenzorg te gaan bieden. We willen daartoe een nieuwe werkgroep oprichten om daar binnen de SOWZ vorm aan te geven: het ontwikkelen van een multidisciplinair programma, wat aansluit bij de behoefte van ouderen zelf, hun hulpverleners en hun verzorgers en mantelzorgers en wat effectieve verbetering van zorg zal moeten brengen.

Wat betreft overige thema's, er zijn zaken die redelijk urgent worden gemist:

- Het contact met de Gemeente is verbeterd door contacten vanuit het Bestuur en onze begeleiding vanuit Raedelijk met de Wethouder en beleidsfunctionarissen en door contacten vanuit diverse werkgroepen. Ook was er veelvuldig contact ( buiten de OWZ om vanuit de huisartsen ) wat betreft het Centrum voor Elkaar met name aangaande de jeugdzorg. Daarnaast kwam vanuit de Gemeente voorjaar 2015 een initiatief om van Bunnik 'een proeftuin' te maken ( kort geformuleerd inzetten op facilitaire ondersteuning vanuit de Gemeente om de zorg in de eerste lijn beter te verbinden met het sociale domein en de woonomgeving met behulp van een innovatieve aanpak en 'ontschotting': aandachtspunten onder meer: jeugd, ouderen, wonen, ICT-ondersteuning ). Einde 2016 is er toch behoefte aan een betere afstemming van de wensen vanuit de verschillende betrokken partijen.
- Ook de ICT is nog niet rond: onze website is nog niet in de lucht, maar willen we beperkt houden, omdat er einde 2016 middels de werkgroep sociale kaart een actueel digitaal overzicht van hulpverlening tot stand zal komen.
- Wat betreft MDO multidisciplinair overleg is er een verschuiving van ons focus van het kiezen en implementeren van een bestaand systeem (als MSM of eGPO ) naar het mede ontwikkelen ( door meedoen in een pilot ) van een nieuw systeem ( via VIP/Preventzorg ). We vinden het van groot belang om een duurzame keuze te maken, waar een grote partij achter staat.

En verder:

- Eind 2016 hebben we besloten om intern in de SOKR zowel op Bestuurs als op Werkgroep niveau te willen verbeteren in de procesgang. We werken wel hard, maar het kan waarschijnlijk een stuk efficiënter. Onder meer evalueerden we in het Bestuur, deden we mee aan de OWZ-intervisie bijeenkomst van Raedelijk en gaan we een aantal workshops doen onder begeleiding vanuit Raedelijk.
- Vanuit het Bestuur zullen we komen met een voorstel om de organisatievorm van de Stichting zodanig te wijzigen, dat er meer input uit meer eerstelijns disciplines en ook vanuit de bevolking kan worden gegeven.
- Er zijn voor een nieuw Symposium in 2017 plannen om breder contact te leggen met reeds bestaande vrijwilligersorganisaties in Bunnik en het te betrekken bij de OWZ: 'Bruitend Bunnik', 'huiskamer van Odijk', Ouderen Cursussen via Buurtzorg en wellicht de Rotary (die al jaren activiteiten voor ouderen organiseert).

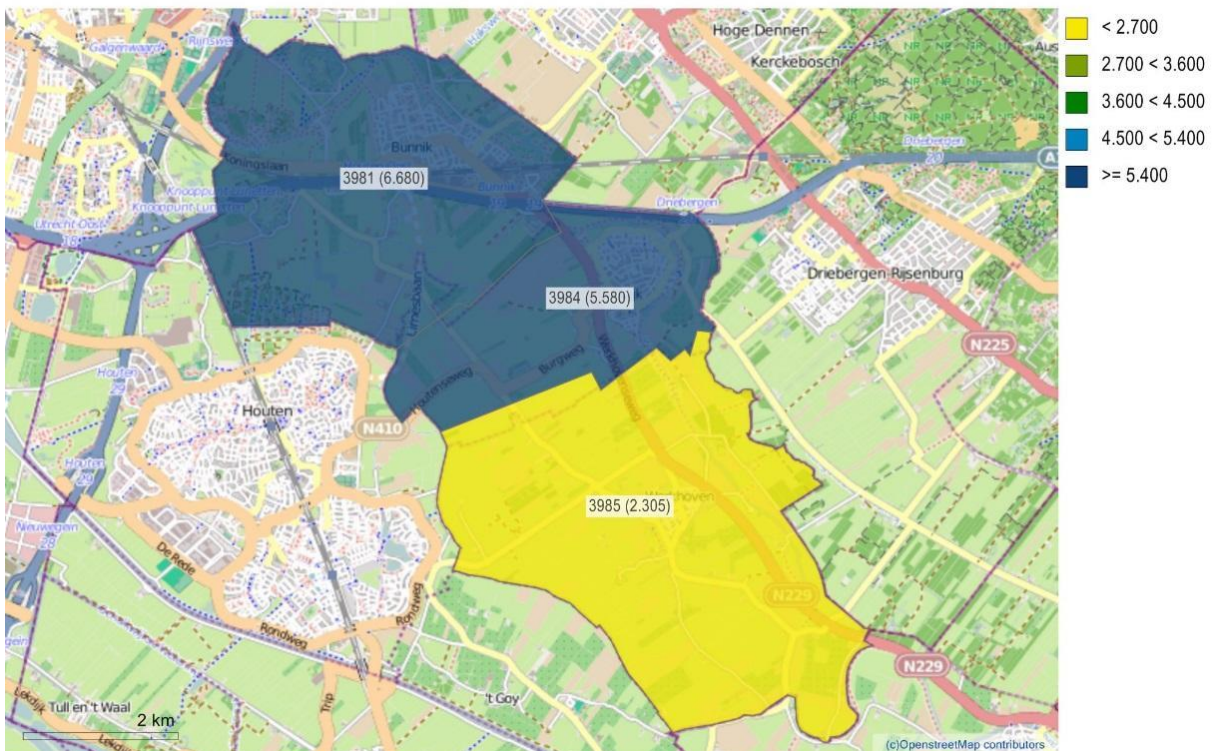
U zult wellicht denken, de inleiding is te lang: maar een nog kortere inleiding zou onszelf tekortdoen: de SOKR is na een vliegende start (zie ons logo!) volop in de lucht, maakt gestaag vorderingen en heeft wat ons betreft nog een lange weg te gaan.

# 1 De gemeente Bunnik

## 1.1 ROS Wijkscan

De gemeente Bunnik bestaat uit de drie dorpskernen Bunnik, Odijk en Werkhoven. In de gemeente Bunnik bedienen de huisartsenpraktijken gezamenlijk 14.994 patiënten (Bron: Vip-Calculus, derde kwartaal 2016). In 2016 is het inwonertal dus opgelopen tot bijna 15.000 inwoners. Dit door uit- en inbreidingen in de kernen Bunnik en Werkhoven. Voor Odijk zijn er op korte termijn ook (beperkte) uitbreidingsplannen ten Westen van de kern.

Bevolking totaal [personen], 2013 - Postcodes

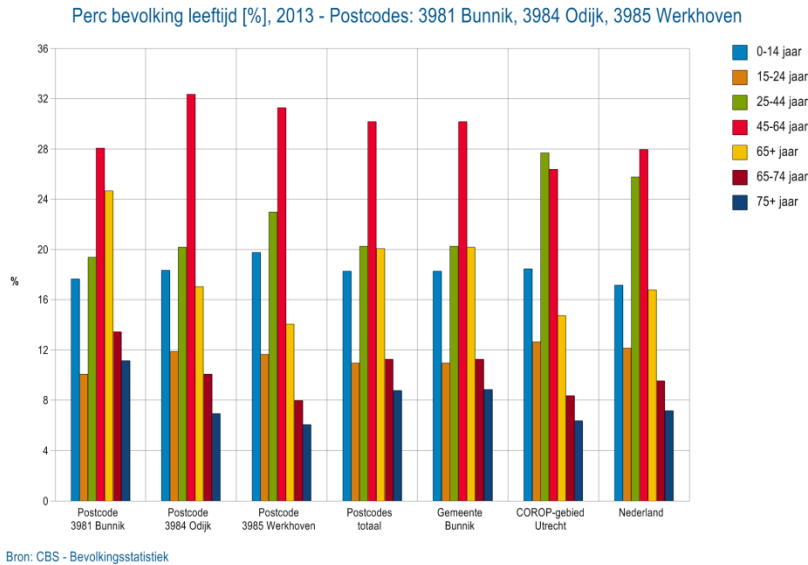


Bron: CBS - Bevolkingsstatistiek

Wat opvalt uit de gebiedsanalyse:

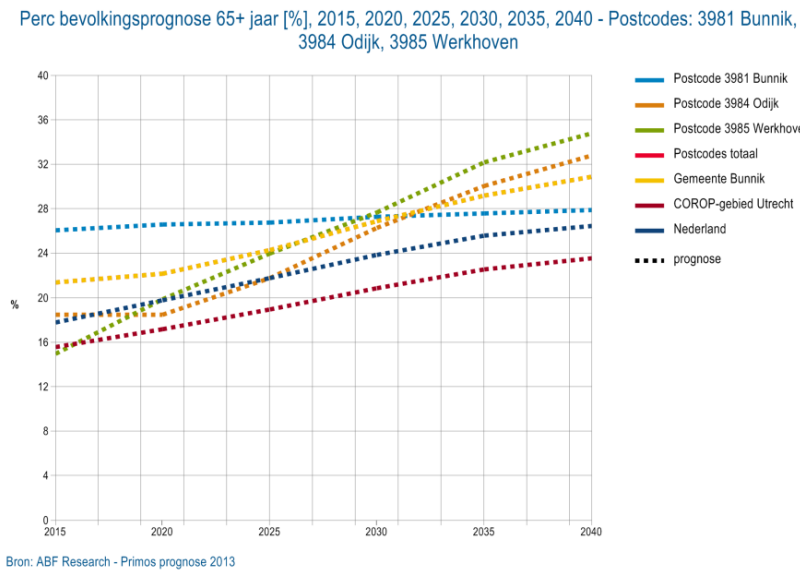
Hoog percentage ouderen: het aantal 25-44 jarige ligt lager in de pc's waar het aantal 45-64 jarigen en 65+ juist hoger ligt t.o.v. Nederland

## 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.

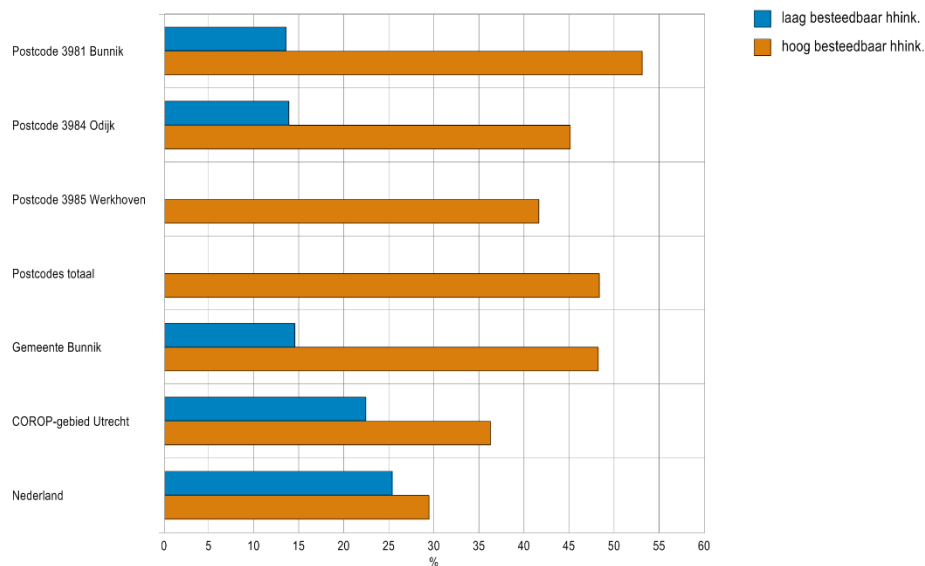
### Prognose 65+



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. (peildatum 2014)

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)

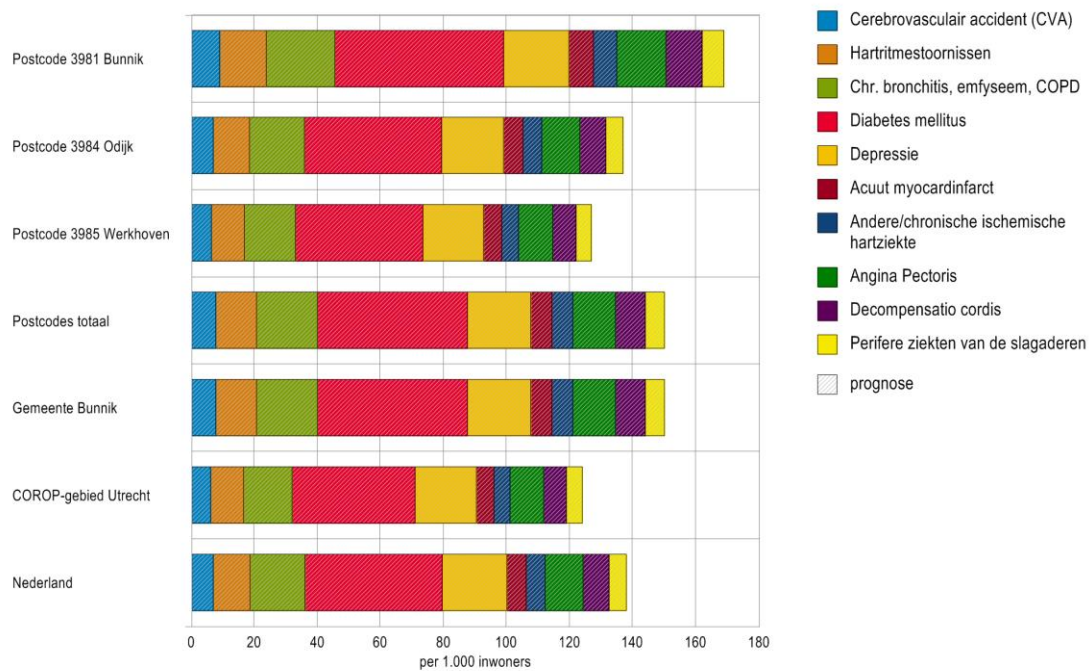
Er is gebrainstormd over wat een “top 3” van psychische aandoeningen zou kunnen zijn. Hieruit kwam het volgende naar voren:

1. Angststoornis
2. Depressie
3. ADHD

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

## Huisartsen episodes chronische aandoeningen

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



Bron: CBS LINH

Vooral Bunnik scoort hoger op bijna alle CA



## 2. Deelnemers SOWZ Kromme Rijn

### 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 samenwerkingsinitiatieven 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

Er zijn binnen de stichting verschillende werkgroepen opgericht. In hoofdstuk 3 wordt verder ingegaan op de thema's en de resultaten.

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, implementatieplan 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 eden 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.

Naast de werkgroepen is er overleg met de Wethouder Sociaal Domein van de Gemeente vanuit het Bestuur. Dit werd in 2016 gedaan vanuit de SOKR (eerder was er frequent contact vanuit de HAGRO )

### 2.2 Financiën

Ter financiering van de activiteiten van de stichting is een begroting gemaakt, die goedgekeurd is door Zilveren Kruis/Achmea. Evenals voorgaand jaar wordt deze begroting 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 normale declaraties van de huisartsen(ingeschreven patiënten per praktijk).

#### **Btw-plichtig**

Sinds 1 januari 2016 is de stichting vrijgesteld van btw. De aangeslotenen en andere instellingen, die diensten verrichten voor de stichting vallen echter niet onder deze vrijstelling. De financiële situatie is hierdoor in feite verslechterd, we moeten wel btw betalen, maar kunnen deze niet in mindering brengen.

Met Zilveren Kruis zijn we nog in bespreking over het hierdoor ontstane gat in de begroting van de stichting.

## 2.3 Communicatie en PR

Binnen het bestuur van de Stichting OWZ Kromme Rijn heeft één persoon de portefeuille Communicatie en PR. Tot haar takenpakket behoren:

- Nieuwsbrieven (elk kwartaal)
- Jaarlijks symposium
- Eventuele publicaties in lokale media
- Toezien op PR en communicatie naar de achterban in het algemeen

Het afgelopen jaar, 2016:



### Een logo

Om eenduidig en herkenbaar naar buiten te kunnen treden is voor onze Stichting OWZ Kromme Rijn het afgelopen jaar een logo ontworpen. In het logo is de Kromme Rijn afgebeeld met overvliegende ganzen.

Iedereen kent het beeld van gakkende ganzen die in V-formatie overvliegen, ook geregeld over de gemeente Bunnik.

Er zit een gedachte achter het feit dat juist deze vogels in ons logo te zien zijn. We kunnen namelijk veel van de gans leren:

Bij ganzen is het zo dat elke vogel die met zijn vleugels wappert een opwaartse kracht creëert voor de vogel die hem volgt. Vliegen in “V” formatie resulteert zo in 71% meer vliegbereik dan wanneer de gans alleen zou vliegen.

Dit is een les voor ons: Mensen die een gemeenschappelijke richting delen, bereiken sneller en gemakkelijker hun doel als ze bouwen op elkaar. Met andere woorden, als je dromen en doelen wilt realiseren met minder inspanning is het belangrijk dat je samenwerkt met mensen die dezelfde dromen en doelen hebben.

Ook is het zo dat wanneer de gans, die aan kop vliegt, vermoeid raakt, hij terugdraait in de formatie. Een andere gans gaat voorop vliegen.

Ook hierin ligt een les: Teamwork is belangrijk. Het loont de moeite om taken en leiderschap te delen en moeilijke taken om de beurt op te pakken. Mensen zijn net als ganzen onderling afhankelijk van elkaar. Delegatie en uitbesteding zijn twee belangrijke sleutels die ons kunnen helpen om de kwaliteit en de duurzaamheid van ons werk te waarborgen.

De ganzen in formatie “gakken” van achteren om de ganzen vooraan aan te moedigen om op snelheid te blijven.

De les: Als we in een groep reizen heb je meer plezier en fun. En het werkt veel bemoedigender. Het is dus belangrijk ervoor te zorgen dat ons “gakken” stimulerend is !

## Nieuwsbrieven

Om de achterban te informeren over de activiteiten binnen de Stichting OWZ Kromme Rijn verschijnt vier keer per jaar een nieuwsbrief die naar alle zorgverleners die werkzaam zijn binnen de eerste lijn van Bunnik, Odiijk, Werkhoven wordt verstuurd. Dit jaar zijn reeds drie nieuwsbrieven verschenen.

Stond de eerste nieuwsbrief, welke eind februari verscheen, voornamelijk in het teken van de fase van oprichting van het Stichting, het voorstellen van het bestuur en de coördinator en het noemen van de verschillende zorgprogramma's/werkgroepen.

In de tweede nieuwsbrief, welke net voor de zomer verscheen, werd teruggeblikt op het symposium, en werd een update gegeven van de vorderingen van de verschillende werkgroepen. In elke nieuwsbrief krijgt een eerstelijns zorgverlener de gelegenheid zich kort voor te stellen.

De derde nieuwsbrief, die eind september is verschenen, stond in het teken van de twee beweegprogramma's en heeft de beweegcoach, die werkzaam is voor de gemeente Bunnik, zich kunnen voorstellen.

## Symposium "Nieuwe Samenhang in de Eerste Lijn" op 16 maart 2016



Het bestuur van de Stichting OWZ Kromme Rijn nodigt je van harte uit om aanwezig te zijn bij het symposium.

*"Nieuwe Samenhang in de Eerste Lijn!"*

De Stichting OWZ Kromme Rijn heeft als doel de onderlinge samenwerking tussen verschillende eerstelijns zorgverleners te versterken en professionaliseren. Dit doen we door multidisciplinaire zorgprogramma's te ontwikkelen die gericht zijn op preventie, leefstijl, psychosociale problematiek, ouderenzorg, en zorg voor mensen met een chronische ziekte of multi-probleem. Bij de implementatie van deze multidisciplinaire zorgprogramma's ben jij ook nodig en om die reden willen we je vertellen wat we het afgelopen jaar hebben gedaan en wat onze plannen zijn voor 2016. Daarnaast bieden we de gelegenheid om, voor waar nodig, met elkaar kennis te maken en elkaar te ontmoeten.

We hopen je op 16 maart te begroeten!

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

Graag horen wij vsm de catering uiterlijk 1 maart of je aanwezig zult zijn. Ook of er rekening gehouden moet worden met allergieën of dieetwensen. Dit kan per mail bij de coördinator: SOWZKR, Bianca van Rooijen, mailadres: coe@owzkr.nl

**Programma**

17.00 uur ontvangst

17.30 uur aanvang programma met welkom en onderlinge kennismaking

18.00 uur enkele korte presentaties en mogelijkheid tot het stellen van vragen

Dominique van Steenis, huisarts te Bunnik en voorzitter SOWZKR, onderwerp 'de oprichting en het eerste jaar van de SOWZKR'

Erica van Maanen, huisarts te Odiijk tevens kaderarts palliatieve zorg, onderwerp 'Het zorgprogramma palliatieve zorg'

Gerit-Jan te Bovelde, apotheker te Odiijk, onderwerp 'Het zorgprogramma polyfarmacie en medicatiebegeleiding patiënt bij opname en ontslag in/het ziekenhuis'

Ellis Peltenburg, kinderfysiotherapeute te Odiijk, onderwerp 'Het zorgprogramma Sportiefit, preventie overgewicht bij kinderen'

Mirjam Reedijk, huisarts te Bunnik, onderwerp 'Het zorgprogramma sociale kaart ouderen voorzieningen'

Monique Labbers, fysiotherapeute te Bunnik, onderwerp 'Het zorgprogramma preventie en bewegen, Bunnik in vorm'

1900 borrel en aansluitend buffet

20.30 uur einde

Woensdag 16 maart jl was het eerste symposium van de SOKR.

Maar liefst tachtig eerstelijns zorgverleners van allerlei pluimage zaten bij elkaar in "De Landgoederij" in Bunnik, o.a. huisartsen, fysiotherapeuten, apothekers, logopedisten, psychologen, wijkverpleegkundigen, diëtisten, ergotherapeuten, verloskundigen etc. De gemeente werd vertegenwoordigd door mensen van het Centrum voor Elkaar en wethouder Jorrit Eijbersen.

De voorzitter opende de bijeenkomst en nodigde de aanwezigen uit om met elkaar kennis te maken en te netwerken. Vervolgens was het woord aan de vijf werkgroepen die ieder hun zorgprogramma presenteerden.

Er werd een oproep gedaan om ideeën aan te leveren en suggesties te doen. Deze zijn allemaal bekeken en teruggekoppeld.

De afsluiting met borrel en buffet was zeer geanimeerd en als onze samenwerking zo goed uitpakt als de sfeer tijdens het symposium belooft dat veel goeds !

Hieronder een kleine impressie met enkele foto's.



## Publicaties in lokale huis aan huis bladen

Eind 2015 heeft de Stichting OWZ Kromme Rijn zich gepresenteerd aan de lokale bevolking middels een artikel in de huis-aan-huisbladen: 't groentje en de Nieuwsbode:

### Door samenwerking betere zorg in de gemeente Bunnik

**BUNNIK/ODIJK/WERKHOVEN -** Ruim een jaar geleden hebben de huisartsen van de gemeente Bunnik, Odiijk en Werkhoven samen met de twee apotheken en twee fysiotherapiepraktijken de koppen bij elkaar gestoken om te kijken hoe ze de onderlinge samenwerking kunnen verbeteren en professionaliseren.

Dit was de aftrap die uiteindelijk heeft geleid tot de oprichting van de Stichting OWZ Kromme Rijn. OWZ staat voor Organisatie Wijkgerichte Infrastructuur. Het is een term die door de grootste zorgverzekeraar in de regio, Zilveren Kruis, is geïntroduceerd met als doel de samenwerking tussen verschillende disciplines binnen de eerste lijn, zoals huisartsen, fysiotherapeuten, apothekers te bevorderen. Zorgverzekeraar Zilveren Kruis stelt financiële middelen beschikbaar waarmee ze dit samenwerkingsverband hebben kunnen oprichten en waarmee ze zorgprogramma's kunnen ontwikkelen die gericht zijn op preventie, leefstijl, psychosociale problematiek, ouderenzorg, en zorg voor mensen met een chronische ziekte of multiproblematiek.

De bedoeling is natuurlijk dat dit de gezondheid en het welbevinden van u, als inwoner en gebruiker van de zorg binnen de gemeente Bunnik, ten goede komt. Men streeft naar goede zorg, dichtbij huis, waarbij de verschillende eerstelijnszorgverleners elkaar kennen en hun werk op elkaar afstemmen. Behalve huisartsen, apothekers en fysiotherapeuten denkt men hierbij ook aan wijkverpleegkundigen, diëtisten, verloskundigen etc. Ook de samenwerking met de gemeente en het Centrum Voor Elkaar, die een grote rol heeft gekregen in allerlei eerstelijnsvoorzieningen zoals jeugdzorg, hoort daarbij.

Het afgelopen jaar is de Stichting OWZ Kromme Rijn binnen de gemeente Bunnik gestart met het opzetten van een vijftal projecten, te weten 'preventie en bewegen', 'kinderen met overgewicht', 'polyfarmacie', 'palliatieve zorg', en 'een sociale kaart ouderen voorzieningen'.

In 2016 gaat men door met het verder uitwerken, uitvoeren en implementeren van deze projecten en starten ook nieuwe projecten.

Als u vragen of suggesties heeft betreffende de samenwerking of de zorgprogramma's kunt u deze kwijt bij uw zorgverlener of schriftelijk melden aan de SOWZKR, Langstraat 4c, 3981 EV Bunnik.



Van links naar rechts: Dhr. J. Overgoor (fysiotherapeut), Mevr. M. Cozijnsen (huisarts), Dhr. D.J.H. van Steenis (huisarts) en Mevr. B. van Rooijen (praktijkondersteuner en coördinator SOWZKR) en Dhr. R. Bots (apotheker).

Ook is er in de Nieuwsbode verslag gedaan van het Symposium op 16 maart:

**Ruim zestig eerstelijns zorgverleners uit de gemeente Bunnik en directe omgeving woonden woensdag 16 maart in de Landgoederij een symposium bij van de Stichting Organisatie Wijkgerichte Infrastructuur Kromme Rijnstreek.**

*Door Margriet Hurse*

**BUNNIK** - Nog nooit zaten er in Bunnik zoveel huisartsen, fysiotherapeuten, diëtisten, apothekers, logopedisten, thuiszorgmedewerkers, psychologen, wijkverpleegkundigen en andere zorgverleners in één zaal. De gemeente werd vertegenwoordigd door medewerkers van het Centrum voor Elkaar en wethouder Jorrit Eijbersen.

Voorzitter Dominique van Steenis opende het symposium door het publiek eerst zelf aan het werk te zetten: ieder zocht een onbekende partner om ervaringen uit te wisselen over het werk. Zo raakten bijv. logopedisten, aan de praat met fysiotherapeuten en psychologen met thuiszorgmedewerkers.

Daarna was het woord aan de vijf verschillende projectgroepen. Elke groep werkte het afgelopen jaar een onderwerp uit, waarbij zorgverleners uit verschillende hoeken samenwerkten om hun

ervaring te kunnen delen en met een frisse blik naar het onderwerp en andermans werkzaamheden te kijken. Er werden concrete resultaten gepresenteerd en een paar projectgroepen konden zelfs al iets vertellen over hun volgende onderwerp.

"Deze keer zijn we met zorgverleners bij elkaar, de volgende keer betrokken we ook de inwoners van Bunnik erbij," beloofde Van Steenis. Na het symposium was het volgens hem tijd voor het belangrijkste gedeelte: het netwerken en uitwisselen van ervaringen tijdens een buffet. Vrijwel alle aanwezigen waren enthousiast over het initiatief en over de concrete resultaten die waren geboekt.

**Netwerk**  
Ook Eijbersen was verheugd over het actieve eerstelijns overleg. "Dit is een heel belangrijke en cruciale ontwikkeling. De gemeente omarmt dit soort initiatieven en biedt ook financiële ondersteuning. Nu is het tijd om door te pakken."

Buurtzorgmedewerkers Barbara van Straalen en Shirley Verweij: "Wij waren ons er niet van bewust dat deze projecten allemaal gestart waren in de gemeente. Ook al sluiten de meeste onderwerpen niet direct aan bij onze werkzaamheden, we vinden het heel interessant. Deze bijeenkomst is sowieso al heel goed voor ons netwerk, we hebben nu gezichten bij mensen die we regelmatig aan de telefoon hebben."

Kindersycholoog Marjolein Blok had ook veel nieuws gehoord en was genteresseerd in de projectgroep Sportiefit. Ter plekke werden daarom kaartjes uitgewisseld met betrokken buurtsportcoach Mieke Hilhorst. De buurtsportcoaches spelen een grote rol in beide projecten rond bewegen en leefstijl. Hilhorst: "wij vormen de



Deelnemers uit verschillende vakgebieden maken kennis en wisselen ervaringen uit tijdens het symposium van de Stichting Organisatie Wijkgerichte Infrastructuur Kromme Rijnstreek. Beel van het OWZKR is om het werk van eerstelijns zorgverleners beter op elkaar af te stemmen en zo samen nog betere zorg bieden. Ook werd het logo van SOWZKR onthuld: een vlucht ganzen boven de Kromme Rijn. Immers: 'Alleen ben je sneller, maar samen kom je verder!' *Foto: Margriet Hurse*

schakel tussen de eerstelijns zorg en het aanleren van een actievare leefstijl door met de deelnemers uit te zoeken welke vorm van beweging het beste bij ze past."

**De vijf zorgprogramma's**  
**Palliatieve zorg:** Huisarts Erinda van Maanen liet zien dat terminale patiënten in veel gevallen overlijden in een ziekenhuis, terwijl palliatieve zorg thuis ook goed mogelijk is. Met goede informatie en gerichte training zijn

is het risico op ziekenhuisopname groot, het is dus belangrijk om dat in overleg met de patiënt en de behandelend arts terug te dringen. Dit behoorde uiteraard al tot de werkzaamheden van een apotheker, maar het hele proces is nu beter gedocumenteerd en gestroomlijnd. In een volgend project wordt gekeken naar medicatie van patiënten tijdens of na een ziekenhuisopname.

**Sportiefit:** Hoewel het in de gemeente Bunnik best goed gaat, neemt het aantal kinderen met overgewicht nog steeds toe, aldus kindersporttherapeut Ellis Pellenburg. Sportiefit is een preventieprogramma om overgewicht tegen te gaan. Huisarts, diëtist, psycholoog, buurtsportcoach en jongerenwerker werken samen om kinderen en hun ouders een gezonde levensstijl aan te leren.

**Sociale kaart:** Deze projectgroep is bezig een overzicht van alle zorgaanbieders in de gemeente te maken, vertelde huisarts Mirjam Reedijk. Digitaal te raadplegen voor zowel inwoners als zorgverleners. Er wordt samengewerkt met de gemeente om hier een goed systeem voor te ontwikkelen dat ook actueel gehouden wordt.

**Bunnik in vorm:** Ook dit is een preventieprogramma voor bewegen en gezondheid, ditmaal voor volwassenen. Fysiotherapeut Monique Lubbers legde uit hoe dit multidisciplinaire programma deelnemers kan helpen overgewicht kwijt te raken en meer in beweging in hun dagelijks leven in te passen.

### 3 Activiteiten en Projecten

Onderstaand wordt eenduidig een weergave gegeven van de doelstellingen, samenstelling en verrichte activiteiten en borging in 2016 per werkgroep. De achterliggende documenten zijn niet toegevoegd, wel zijn stroomdiagrammen (waar van toepassing) toegevoegd als bijlage.

#### 3.1 Bewegen & Preventie – Bunnik in Vorm

**Doel & doelgroep:** leefstijlverbetering, het ontwikkelen van een beweeg zorgprogramma voor volwassenen vanaf 18 jaar met een BMI >25. De potentiële deelnemer voldoet niet aan de beweegnorm en is gemotiveerd voor leefstijlverandering.

**Trekker:** Monique Lubbers (fysiotherapeut)

**Deelnemers:** Lieke Hassink-Franke (huisarts), Jacomien Markusse (poh-s), Cleo van Raalte (diëtiste) en Mieke Hillhorst (beweegcoach gemeente Bunnik)

**Status en resultaat:** In de beginfase had de werkgroep een moeizame start; er was een wijziging van trekker en een concreet plan en doel ontbrak. De doorbraak kwam toen de werkgroep de doelgroep specifieker had gemaakt, rekening houdend met de verwachte impact en wat haalbaar is. Gekeken is naar goede voorbeelden in de regio en de werkgroep heeft contacten gelegd met een vergelijkbaar project in Amersfoort (Keivitaal).

De beweegcoach, Mieke Hillhorst, heeft een beweegwijzer samengesteld met daarop alle sport en/of beweegmogelijkheden in de gemeente Bunnik. Deze beweegwijzer is, in afwachting van de sociale kaart, gekoppeld aan de website van Bunnik beweegt3.

Het zorgprogramma is in juni 2015 geïmplementeerd. Momenteel (september) zijn er 10 deelnemers ingestroomd in het zorgprogramma Bunnik in Vorm.

**Dit betekent voor:**

Patiënt -> Door duidelijke verwijzing, plan en controle momenten wordt de motivatie om een gezondere leefstijl aan te meten (waaronder voldoende te bewegen en gezond te eten) groter. Begeleiding naar blijvend zelfstandig bewegen; waardoor obesitas en andere chronische klachten zullen verminderen.

Zorgverlener -> Door de beweegwijzer heeft de 1<sup>e</sup> lijn een totaaloverzicht welke mogelijkheden van georganiseerde sportbeoefening er in de gemeente is.

Verwijsmogelijkheden naar een leefstijlprogramma met een motiverende aanpak. Verbetering van leefstijl geeft minder somatische en psychische klachten waardoor de patiënt minder beroep op de zorgverlener zal doen.

Zorgverzekeraar -> Verbetering van leefstijl voorkomt somatische en psychische klachten; geeft verbetering van de kwaliteit van leven bij chronisch zieken en zal daarmee minder beroep op de zorgverlener en zijn zorgverzekering doen.

**Nog niet behaalde resultaten en/of openstaande acties:**

- De instroom van deelnemers vanuit de kernen Odijk en Werkhoven bleef nog nihil. De reden is waarschijnlijk onbekendheid bij de zorgverlener en patiënt. Om het zorgprogramma goed onder de aandacht te brengen worden er posters gemaakt om in de wachtkamers op te hangen.
- Gebruiksvriendelijker maken van het werkboekje. Er wordt gedacht aan een gedigitaliseerde vorm, zodra de gedrukte versies gebruikt zijn, zodat er sneller kan worden aangepast.
- De werkgroep gaat tijdens een evaluatie bekijken wat de verdere stappen kunnen zijn.

**Evaluatie:** De instroom vanuit Bunnik is beter dan verwacht. Tien deelnemers in drie maanden, waar de zomervakantie ook inviel is meer dan gedacht. Wij hadden als doel gesteld in 1 jaar van iedere huisartsenpraktijk 5 deelnemers te hebben. In Bunnik redden we dit dus met gemak.

We hadden gedacht dat de kernen Odijk /Werkhoven ook actiever zouden participeren. Ondanks aanwezigheid op de lanceringsavond zijn er geen aanmeldingen vanuit deze kernen. Alle informatie is daar wel beschikbaar (folders, werkboeken). Er is reclamemateriaal in de vorm van posters in ontwikkeling waardoor het project meer aandacht zal krijgen. Daar is extra inspanning nodig.

**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 gezondheidssituatie 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. Om de betrokkenheid van de deelnemer te vergroten krijgt hij een werkboekje mee waarin persoonlijke doelen en uitslagen van testen worden genoteerd. Het programma is opgedeeld in stappen (intake, aan de slag en zelfstandig) en per stap zijn afspraken gemaakt over aanpak, rolverdeling en informatie-uitwisseling tussen de zorgverleners. Ook is er een geanonimiseerde registratie van deelnemers ter controle op het effect.

Het processchema is opgenomen in bijlage 1.



### 3.2 Bekkenzorg rondom zwangerschap

**Doel & doelgroep:** opzetten van een multidisciplinair zorgplan tussen de betrokken disciplines in de gemeente Bunnik, waarbij er een helder en eensgezind beleid gevormd wordt omtrent het signaleren van risicofactoren van bekkenproblematiek bij pas bevallen vrouwen, waardoor er tijdig een behandeling ingesteld kan worden.

**Trekker:** Marjolein van der Nolle (bekkenfysiotherapeut)

**Deelnemers:** Frederique Ummels (huisarts) en Nathalie Ottink (verloskundige)

**Status en resultaat:** gestart in februari 2016; verwachte implementatie november 2016

**Dit betekent voor:**

**Patiënt** -> snel verwijzbeleid indien er klachten optreden tijdens zwangerschap en na partus.

**Preventie** tot ontwikkelen van klachten door middel van informatiemateriaal (folders)

**Zorgverlener** -> optimaliseren kennis omtrent klachtherkenning en signaleren risicofactoren. Korte lijnen tussen zorgverleners. Verbeterde kwaliteit van zorg.

**Zorgverzekeraar** -> door snelle inzet juiste zorg kan een lang zorgtraject (bijvoorbeeld chronische bekkenpijn) voorkomen worden. Consulten in de tweede lijn zullen afnemen en daardoor afname zorgkosten.

**Openstaande acties 2016:**

- verder ontwikkelen screeningslijst, adviezen en foldermateriaal.
- Vervolgoverleg verloskundige. Dit loopt al bijzonder goed.
- Informeren kraamzorg.
- Inzetten CJG in het zorgplan.
- Plannen van implementatie.

**Samenvatting werkwijze:** Voor vrouwen rondom de zwangerschap met klachten van de bekkenbodem is in de huidige zorg geen richtlijn waar een samenwerking wordt nagestreefd. De vrouwen lopen langer door met klachten zoals bekkenpijn, urineverlies, verzakkingsklachten of ontlastingsproblematiek, omdat ze denken dat "het" erbij hoort. Het gevolg is dat deze klachten verergeren en vrouwen eerst worden doorverwezen naar een gynaecoloog in de tweede lijn voordat ze een bekkenfysiotherapeutische behandeling krijgen. De werkgroep wil door middel van voorlichting en screening tijdens de zwangerschap en direct postpartum ervoor zorgen dat er tijdig zorg ingezet wordt en voorkomen dat vrouwen langdurig doorlopen met bekkenproblematiek. Gekeken is naar een vergelijkbaar project van het Maxima Medisch Centrum in Veldhoven; dit is opgezet vanuit de 2<sup>de</sup> lijn. Na contact van de trekker met het MMC mocht gebruik gemaakt worden van de door hen gebruikte screeningslijst en foldermateriaal. De werkgroep heeft deze materialen

aangepast aan de eigen behoefte. Om de draagkracht van het project te vergroten en omdat vrouwen uit de gemeente Bunnik naar diverse verloskundige praktijken gaan wanneer ze zwanger zijn zijn alle verloskundige in de regio uitgenodigd om te inventariseren hoe zij momenteel de zorg met betrekking tot de bekkenproblematiek organiseren en is hun inbreng gevraagd met betrekking tot het door de werkgroep ontwikkelde stappenplan en screeningslijsten. Hierop werd door de verloskundige uit de regio positief gereageerd.

Het processchema is opgenomen in bijlage 2.

### 3.3 Kinderen en overgewicht – SportieFIT

**Doel en doelgroep:** vanuit een ketensamenwerking in de eerste lijn willen we komen tot een duurzaam zorgprogramma voor kinderen van 4 t/m 12 jaar met overgewicht en obesitas. Het zorgprogramma is gericht op signalering, preventie, zorg en begeleiding van zowel het kind als de ouders.

**Trekker:** Ellis Peltenburg (Kinderfysiotherapeut)

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

**Status:** het zorgprogramma is in juni 2016 geïmplementeerd.

**Resultaat:** momenteel zijn er negen kinderen die deelnemen aan het zorgprogramma. Bij nieuwe aanmeldingen wordt er met een tweede groep gestart. Ook wordt er gekeken naar uitbreiding van de locaties waar kan worden getraind zodat de deelnemer in de eigen kern kan oefenen. Gezien de leeftijd en vervoersproblemen is dit een voornaam punt en dat heeft dus de nodige aandacht. Overleg met zorgpartners, twee keer per jaar, is opgezet.

#### **Dit betekent voor:**

**Patiënt** -> Betere kwaliteit van leven. Herkenning, erkenning en voorkomen overgewicht. Plezier in bewegen in de eigen omgeving. Kennis gezonde leefstijl.

**Zorgverlener** -> Tijdige signalering overgewicht en obesitas en de patiënt ook daadwerkelijk begeleiding kunnen aanbieden. Heldere rol- en taakverdeling zorgverleners. Multidisciplinair protocol & samenwerking. Korte lijnen tussen zorgverleners.

**Zorgverzekeraar** -> Afname zorgkosten door afname bewegingsarmoede en overgewicht op kinderleeftijd.

**Openstaande acties:** ontwikkelen postermateriaal. Gezamenlijke afsprakenkaart. Ontwikkelen evaluatieformulier. Betrekken van de scholen.

**Evaluatie:** Wat gaat er goed?

- Samenwerking binnen de werkgroep.
- Multidisciplinair samenwerken
- De intake bij de kinderfysiotherapeut en het bewegen onder leiding van een kinderfysiotherapeut.
- De behandeling door de diëtist.
- Foldermateriaal

**Wat loopt er anders dan verwacht:**

- Communiceren patiëntgegevens. Het blijkt niet eenvoudig patiëntgegevens op een veilige manier tussen de zorgpartners te kunnen communiceren. Op dit moment zoeken we hier nog een oplossing voor. Een idee is om de deelnemers zelf te laten zorgdragen voor zijn/haar gegevens

middels een boekje. Mogelijk komt met het lopende te ontwikkelen ICT programma hiervoor een oplossing.

- Verantwoordelijkheid voor de patiënt afspraken. Duidelijke afspraken met ouders; zij zijn zelf verantwoordelijk voor de afspraken.
- Kosten verbonden aan het zorgprogramma. De kosten worden voldaan bij het eerste consult bij de diëtist.
- Verwijzen en aanmeldingen van patiënten. De huisartsen verwijzen de patiënten naar ons idee nog onvoldoende door.
- Bereikbaarheid online. Er is nog geen website waarop informatie over het zorgprogramma terug te vinden.

**Samenvatting werkwijze:** Verschillende zorgpartners, betrokken bij het onderwerp “kinderen met overgewicht” zijn actief in een ketensamenwerking en hebben jaarlijks minimaal twee keer overleg met als doel het verbeteren van de kwaliteit van de eerstelijns zorg gericht op deze doelgroep. Denk hierbij aan: centrum voor elkaar, GGD, Buurtsportcoaches, Psycholoog en Jongerenwerk. Er is 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 eerstelijns zorg maar ook via de ouders lopen. De deelnemer krijgt een intake bij de kinderfysiotherapeut waarbij de behandeldoelen vastgesteld worden; deze kunnen per kind uiteenlopen. Bijvoorbeeld: verbeteren grove motoriek, verbeteren belastbaarheid bij overgewicht, verminderde conditie of blessure. Eens in de 2 a 3 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.

Het processchema is opgenomen in bijlage 3.

### 3.4 Polyfarmacie

**Doelstelling en doelgroep:** betere structurering uitvoering medicatiebeoordeling bij 65+ patiënten met > vijf chronische medicijnen. Waarbij eenzelfde manier van patiënten selectie, naleving richtlijnen en contact met patiënten en 2<sup>de</sup> lijn wordt bereikt voor alle huisartsen en apothekers binnen de gemeente Bunnik.

**Trekker:** Gert-Jan te Boveldt (apotheker)

**Deelnemers:** Esther Bouman (huisarts), Shari Nicatia (apotheker)

**Status:** geïmplementeerd mei 2016. Borging. Daaropvolgend project: medicatieverificatie bij ontslag ziekenhuis. Dit project zit in opstartfase. Verwachte implementatie april/mei 2017

**Resultaten:** na implementatie is het zorgprogramma uitgerold over alle apotheken en huisartsenpraktijken in de gemeente Bunnik. Eerdere jaren werden er binnen het kernwerkgebied wel medicatiebeoordelingen uitgevoerd, maar minder gestructureerd en tevens verschilde de werkwijze per apotheek/huisartsenpraktijk. Verder werden niet tussen alle apotheken en huisartspraktijken medicatiebeoordelingen uitgevoerd.

In 2015 heeft de Kromme Rijn apotheek 38 medicatiebeoordelingen uitgevoerd met de praktijken Franssens, Reedijk en van Steenis. Apotheek Odijk heeft 21 beoordelingen uitgevoerd met de huisartsenpraktijken van Steenis en 'de Brink'. Vanaf 2016 worden er tussen alle huisartsenpraktijken en apotheken medicatiebeoordelingen uitgevoerd binnen de gemeente Bunnik. In de periode na de implementatie vanaf mei tot oktober zijn er 15 reviews uitgevoerd door de Kromme Rijn apotheek en 45 door apotheek Odijk.

Verder heeft er een evaluatie plaatsgevonden tussen de apotheken en is er een evaluatie gepland tussen de huisartsenpraktijken. Uit de evaluatie tussen de apotheken bleek dat het plannen van een datum moeizaam gaat door 'volle agenda's' bij zowel de apotheken als huisartsenpraktijken. Daarnaast gaat het doorvoeren van wijzigingen bij medicatie die door een specialist gestart was en door de huisarts herhaald wordt moeizaam. Aankomend jaar worden deze belemmeringen besproken binnen het kernwerkgebied en mogelijk een aanpassing in de werkwijze doorgevoerd.

#### **Dit betekent 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. Patiënt wordt betrokken bij medicatiegebruik.

**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 medicatiebeoordeling. Daarbij wordt de continuïteit gewaarborgd.

**Zorgverzekeraar** -> verbetering doelmatigheid medicatiereviews, waarbij een optimale kosteneffectiviteit wordt nagestreefd bij de behandeling van de patiëntenpopulatie.

**Samenvatting werkwijze:** Er werden reeds medicatiebeoordelingen uitgevoerd tussen de apotheken en huisartsenpraktijken. Hierbij waren een aantal tekortkomingen: verschillen in werkwijze, selectie polyfarmacie patiënten, onduidelijk wie verantwoordelijk is, verschillen tussen apothekers/huisartsen in naleving richtlijnen en geen vaste frequentie medicatiebeoordelingen. Om een eenduidige en gestructureerde werkwijze in de gemeente Bunnik te bewerkstelligen werd een opdrachtbeschrijving gemaakt met daarin een beschrijving van patiënte selectie, uitgangspunten, medicatiebeoordeling, verantwoordelijkheid, rolverdeling, uitvoering, borging en evaluatie. Deze werkwijze is inmiddels door de hele gemeente Bunnik overgenomen. Met de huisartsen en apothekers is geëvalueerd en waar nodig aangepast.

Processchema bijgevoegd in bijlage 4

**Nieuw Project:** Als vervolg op de polyfarmacie heeft de werkgroep een nieuw project gestart; medicatieverificatie na ontslag ziekenhuis. Bij ontslag ziekenhuis is er vaak veel onduidelijkheid over de medicatie die de patiënt dient te gebruiken in de thuissituatie. Het belang in kader van gezondheid is hier bijzonder groot gezien de leeftijd en kwetsbaarheid van de doelgroep.

**Doelstellingen medicatieverificatie na ontslag ziekenhuis:** Een jaar na het starten van het project moet door een gestructureerde aanpak van de ziekenhuis- en thuisapotheek de medicatie gerelateerde fouten en/of onduidelijkheden bij ontslag met minstens 30% zijn afgenomen ten opzichte van de nulmeting.

**Dit betekent voor:**

**Patiënt ->** De patiënt loopt minder onnodige risico's en is voor hem/haar duidelijk welke medicatie gecontinueerd moet worden in de thuissituatie.

**Zorgverlener ->** Door het stroomlijnen zal ontslag van patiënten uit het ziekenhuis een veel efficiënter en veiliger proces worden. Ook zal het direct duidelijk zijn wat de thuismedicatie is na ontslag uit het ziekenhuis. Het bespaart zowel tijd als geld voor alle betrokkenen.

**Zorgverzekeraar ->** Het stroomlijnen van het ontslag uit het ziekenhuis bespaart veel tijd en geld wat gunstig is voor de zorgverzekeraars. Tevens is de kans op medicatiegerelateerde fouten kleiner, waardoor er een kleiner risico is op medicatie gerelateerde ziekenhuisopnames.

**Nog geplande acties voor 2016:**

- Contact met poliklinisch apotheker van het Diaconessen Ziekenhuis met als doel het uitwerken van een protocol voor de werkwijze bij ontslag vanuit ziekenhuis.
- In later stadium zal dit protocol ook uitgerold worden over andere ziekenhuizen.
- Implementatie nulmeting in de apotheken.
- Contact met apotheker Driebergen over het Convenant Medicatieproces Midden Nederland, met als doel de lokale afspraken zoveel mogelijk te laten aansluiten bij de regionale afspraken. Dit convenant is in de laatste periode 2015/6 opgesteld tussen alle betrokken partijen en is veelomvattend en bruikbaar in het kader van dit OWZ-project.

### 3.5 Palliatieve Zorg

**Doelstelling en doelgroep:** 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 Palliatieve zorg), deelnemers: Frederique Fiévez (apotheker), Ilonka Brinkhof (oncologisch wvp), Myrte Schoenmakers (oncologisch fysioth), Cindy Lots (poh GGZ) en Anne de Graaf (psycholoog)

**Status:** geïmplementeerd in mei 2016. Als vervolg op palliatieve zorg in de thuissituatie heeft de werkgroep nieuwe doelen gesteld waarbij de nadruk ligt op de transmurale samenwerking met de ziekenhuizen in de regio betreffende palliatieve zorg.

**Resultaten zorgpad palliatieve zorg 2015 en 2016:** gestructureerd PaTz overleg minimaal 6x per jaar. Ontwikkelen palliatief zorgregister. Ontwikkeling handreiking voor zorgverleners inclusief checklist en diverse scorelijsten. Deskundigheidsbevordering voor de betrokkenen; er zijn twee inhoudelijke presentaties gegeven m.b.t. de onderwerpen: palliatieve sedatie en ascites & ascitespunctie. Contacten gelegd met de 2<sup>de</sup> lijn. Deelname consortium Septet m.b.t. het Nationaal Programma Palliatieve Zorg.

- Structureren en bestendigen van het PaTz overleg waarin zorgverleners gezamenlijk casuïstiek bespreken. Het PaTz overleg is in 2016 verder uitgebreid met andere zorgverleners en de coördinator van Proxima vrijwilligers en er is inmiddels een goed bezocht PaTz+ overleg wat wisselend op de dinsdag en de donderdag wordt gehouden met een frequentie van 6x per jaar.
- Ontwikkeling handreiking inclusief checklist waar de zorgverlener mee aan de slag kan wanneer een palliatieve patiënt zich aandient. Dit document dient als leidraad. Als bijlage bij deze handreiking zijn diverse scorelijsten met uitleg gevoegd voor het registreren en vervolgen van symptomen, belasting voor de mantelzorger en depressieve klachten bij de patiënten. Hierdoor kan er beter geanticipeerd worden op problemen en kunnen interventies getoetst worden op hun effect. Deze handreiking is begin 2016 gepresenteerd worden aan de zorgverleners van de verschillende disciplines tijdens een implementatie bijeenkomst en in het najaar van 2016 uitgereikt aan de diverse praktijken en thuiszorgorganisaties. Dit document is eind 2016 beschikbaar via Google Drive
- Ontwikkelen palliatief zorgregister waarin palliatieve patiënten worden opgenomen zodat deze ook met regelmaat kunnen worden besproken in het PaTz en er meer geanticipeerd kan worden op te verwachten problemen. Dit is in te zien via HAWEB voor de deelnemers aan het PatZ+ overleg
- Er is sprake van continue deskundigheidsbevordering voor de betrokkenen: in 2015/2016 zijn steeds naast de casuïstiekbepreking ook inhoudelijke presentaties gegeven.
- Er is een aanvang gemaakt met het verbeteren van de transmurale samenwerking door overleg met de Diakonessenhuis: helaas bleek echter dat intern daar het palliatief team nog niet goed te functioneren waardoor onze doelen m.b.t de transmurale samenwerking nog niet behaald kunnen worden, wel is een aanzet gegeven tot het gebruik van een

gestructureerd overdrachtsformulier vanuit het palliatief team naar de huisarts. En er zijn afspraken m.b.t een voortgaand overleg tussen de werkgroep en het palliatief team van het Diaconessenhuis.

- De voorzitter van de werkgroep heeft inmiddels zitting in het MDO van het palliatief team van het UMCU via het IKNL, hierdoor hopen we ook met het UMCU verbeteringen in de transmurale samenwerking te zoeken

**Openstaande acties 2016:** Overleg met Diaconessen Ziekenhuis staat gepland voor eind van het jaar  
**Evaluatie:** er staat een proces evaluatie gepland voor volgend jaar (2017).

**Samenvatting werkwijze:** De palliatieve zorg voor patiënten ingeschreven bij de huisartsen in de Gemeente Bunnik wordt op praktijkniveau uitgevoerd in samenwerking met de wijkverpleging en andere eerstelijns disciplines. Om de samenwerking binnen de palliatieve zorg te verbeteren is er een zogeheten PaTz overleg opgezet. Hierin worden palliatieve patiënten besproken en adviezen gegeven m.b.t. de zorg. Dit overleg vindt gestructureerd minimaal 6 x per jaar plaats. De werkgroep heeft een palliatief zorgdossier opgesteld die bij de patiënt in beheer komt. Hierin zit onder andere een checklist voor de zorgverlener, scorelijsten en informatiemateriaal voor de patiënt.

Voor 2016 heeft de werkgroep nieuwe doelen opgesteld; transmurale opzet. Wat kan het ziekenhuis en de huisarts voor elkaar betekenen? In eerste instantie is contact gezocht met het Diaconessen Ziekenhuis. Het doel was afspraken met betrekking tot medicatie overdracht, afstemming van ontslag van patiënten. Markering van de palliatieve fase, overdracht van hoofdbehandelaarschap, inzet van thuiszorg en fysiotherapie en consultatie mogelijkheden vanuit het ziekenhuis. Deze doelen zijn nog onvoldoende gerealiseerd omdat in de tweede lijn - in casu het Diaconessenhuis - helaas het intern functioneren van het palliatief team nog niet zover is dat zij al bezig zijn met de transmurale samenwerking. Er zijn echter wel eerste stappen gezet o.a. het gebruik van een overdrachtsformulier met aandacht voor de wensen m.b.t het levenseinde. Hiertoe moesten de doelen iets naar beneden bijgesteld worden en is de samenwerking toch ook met de andere ziekenhuizen gezocht. Verder is de kaderarts betrokken bij het palliatief MDO van het UMCU. Ook zijn er contacten gelegd met Consortium Septet met betrekking tot het Nationaal Programma Palliatieve Zorg omdat er reeds regionale initiatieven gaande zijn naar de ziekenhuizen. Hiervan is op korte termijn niet te verwachten dat afspraken gemaakt kunnen worden die uitgezet kunnen worden naar alle ziekenhuizen.



### 3.6 Sociale Kaart

**Doelstelling en doelgroep:** 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, blijft up-to-date en is goed toegankelijk voor zowel de oudere en/of mantelzorger als de zorgverlener. Idealiter wordt de sociale kaart ouderen gekoppeld aan de sociale kaart van de gemeente (deze is er ook nog niet).

**Trekker:** Mirjam Reedijk (huisarts), deelnemers: Mark Munro (fysiotherapeut Bunnik), Coby van Wijngaarden (stichting Binding), Jonathan van de Kamp en Heleen Morren (maatschappelijk werk)

**Status en resultaat:** het verzamelen van de gegevens (met betrekking tot ouderen) was eind 2015 gereed. Verwachte implementatie eind 2016

**Openstaande actie 2016:** Het ontsluiten van de digitale sociale kaart via de gemeentelijke website (dec 2016) en afspraken maken betreffende de borging.

**Dit betekent voor:**

Patiënt -> overzichtelijke wijze inzicht in het aanbod van alle instanties, instellingen, organisaties en zorgverleners die voor hem van belang zijn

Zorgverlener -> beter inzicht in het aanbod in de wijk en hierdoor gericht kunnen verwijzen

Zorgverzekeraar -> welzijn van de oudere neemt toe; betere kwaliteit van leven en hierdoor minder ziektelast en verbeterde zelfstandigheid.

**Borging:** om de borging te garanderen zullen naast de Gemeente Bunnik meerdere partijen, waaronder ook de SOWZKR, (financieel) bijdragen. Voor het up-to-date houden van de sociale kaart zullen afspraken gemaakt worden. Wie doet wat en welke rol speelt de leverancier hierin.

**Samenvatting werkwijze:** 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 elkaar inzichtelijk. Omdat de sociale kaart ook een taak is van de gemeente Bunnik heeft de werkgroep en het OWZ-bestuur overleg gehad met wethouder J.J. Eijbersen. De ideale situatie zou zijn als de sociale kaart ouderen als onderdeel van de algemene sociale kaart van de gemeente Bunnik opgenomen zou worden; digitaal.

Omdat de gemeente gemotiveerd moest worden voor een complete, digitale sociale kaart liep het project enige vertraging op. De gemeente wil de opstart financieren en deels het onderhoud voor rekening nemen, samen met andere partijen. De gemeente is nu akkoord gegaan en heeft als leverancier Sociale Kaart Nederland gekozen; deze gaat de algemene sociale kaart voor Bunnik maken en jaarlijks een update verzorgen. Het is dus uiteindelijk niet een sociale kaart voor ouderen geworden, maar een digitale sociale kaart voor alle inwoners van de Gemeente Bunnik en hun zorgverleners. Van SOWZKR wordt verwacht dat zij ervoor zorgt dat de gegevens van de zorgverleners door het jaar heen zoveel mogelijk actueel worden gehouden. Deze toezegging hebben we gedaan.

## 3.7 ICT Ondersteuning (MDO en website)

### 3.7.1 Multi Disciplinair Overleg

**Doelstelling en doelgroep:** over een jaar (uiterlijk december 2016) zal binnen de gemeente Bunnik een ICT-systeem gebruikt worden om de samenwerking tussen zorgverleners rond ouderen met complexe problematiek te structureren, waarbij het MDO digitaal is.

**Trekker:** Jan Overgoor (fysiotherapeut Odijk)

**Deelnemers:** Dominique van Steenis (huisarts) en Daisy van der Tol (wijkverpleging Vitras)

**Status:** De planning loopt om verschillende redenen enige vertraging op. De eerste was een wisseling in de samenstelling van de werkgroep. De tweede reden was het wachten op stappen van Preventzorg. Preventzorg, de ketenpartner binnen de gemeente Bunnik, gaf namelijk in eerste instantie aan dat er een programma ontwikkeld zou gaan worden die de patiëntgegevens uit het, door ons gekozen ICT-systeem, zou omschrijven, zodat het in het HIS geplaatst zou kunnen worden. (Een van onze eisen met hoge prioriteit). Uiteindelijk heeft Preventzorg in combinatie met VIP-calculus besloten een eigen programma te gaan schrijven. Dit proces loopt nog.

**Resultaten 2015/2016 MDO:** de werkgroep heeft een ambitie beschreven. Van hieruit is een eisenpakket gekomen waar een ICT-systeem aan moet voldoen. De verschillende eisen zijn geprioriteerd door de werkgroep. Vervolgens zijn verschillende ICT programma's bekeken en vergeleken. De stappen die we als werkgroep hebben genomen zijn voorgelegd in de vergadering van aangeslotenen. Zowel de stappen, als de eisen en de prioriteiten waren zeer herkenbaar. We hebben nu mandaat om in gesprek te gaan met Preventzorg om eventueel te starten met een pilot.

**Dit betekent voor:**

**Patiënt ->** Een persoonlijk forum. De patiënt heeft zorg meer in eigen hand en kan zelf bepalen wie er komt helpen. Er is geen sprake meer van versnipperde zorg want alle zorgverleners zijn op de hoogte van de problemen.

**Zorgverlener ->** Nog kortere lijnen dan die er nu al zijn tussen zorgverleners (ook 2<sup>de</sup> lijn) en/of patiënt. Er is sprake van gerichtere zorg multidisciplinair als dat nodig is. Overleg kost minder tijd en daardoor kosteneffectief.

**Zorgverzekeraar ->** Effectievere zorg geeft lagere zorgkosten.

**Nog niet behaalde resultaten, redenen en acties:** Er zal in december 2016 nog geen systeem werkzaam zijn, maar we verwachten te kunnen starten in een pilot van VIP/Preventzorg.

**Openstaande acties 2016:** Bespreking met Preventzorg en VIP-calculus met de aangeslotenen van de stichting over een pilot (informatief), besluit nemen (in overleg met aangeslotenen) betreffende ICT

programma, bespreking ontwerpers van het gekozen programma hoe te implementeren en implementeren en borgen van het systeem

**Samenvatting werkwijze:** werkgroep heeft de opdracht op zoek te gaan naar een ICT systeem dat het delen van informatie digitaal mogelijk maakt; zowel tussen zorgverleners onderling als tussen zorgverlener en patiënt. Verder moet het systeem aan een aantal geprioriteerde eisen voldoen en moet het voldoen aan een aantal basisprincipes: privacy, betrouwbaar, duurzaam en kosteneffectiviteit.

De reeds bestaande systemen (o.a. eGPO en MSM) zijn door de werkgroep op hun bruikbaarheid onderzocht. Inmiddels is Preventzorg samen met VIP Calculus een eigen programma aan het ontwikkelen. Dit ICT-programma zal aan veel van de, door de werkgroep, geprioriteerde eisen voldoen. Het programma is echter nog in ontwikkeling.

Aangezien Preventzorg een belangrijke speler is in de gemeente Bunnik (in verband met de ketenzorg) en VIP Calculus aangetoond heeft een betrouwbare partner te zijn, is wachten de moeite waard in dit geval. Binnenkort is er een bespreking over een pilot binnen de gemeente Bunnik van het nieuwe Preventzorg/VIP-calculus systeem.

### 3.7.2 Website voor SOWZKR

**Doelstelling en doelgroep:** Over een jaar (december 2016) is er vanuit de stichting OWZ Kromme Rijn een website beschikbaar voor de inwoners van de gemeente Bunnik en de zorgverleners.

**Trekker:** Jan Overgoor (fysiotherapeut Odijk) Deelnemers: Dominique van Steenis (huisarts)

**Status:** Op dit moment is er nog geen website. De eerste opzet was een website waarbij alle zorgverleners, aangesloten bij de stichting, een plek zouden krijgen. Het zou zo iets worden als een virtueel gezondheidscentrum waarbij met iconen in een oogopslag helder is waar welke zorg beschikbaar is. Het ontwerp was klaar en een informatief gesprek met een webdesigner was achter de rug.

Toen bleek plotseling dat de gesprekken met de gemeente en werkgroep sociale kaart ouderenzorg de richting op gingen van een totale sociale kaart voor de gemeente Bunnik. De website zou in dat geval alleen maar dubbele informatie verstrekken. Omdat dit niet de bedoeling is, heeft de werkgroep besloten om de website om te vormen tot een basaal informatie-verstrekking-medium voor de verschillende werkgroepen. We zitten weer aan de tekentafel.

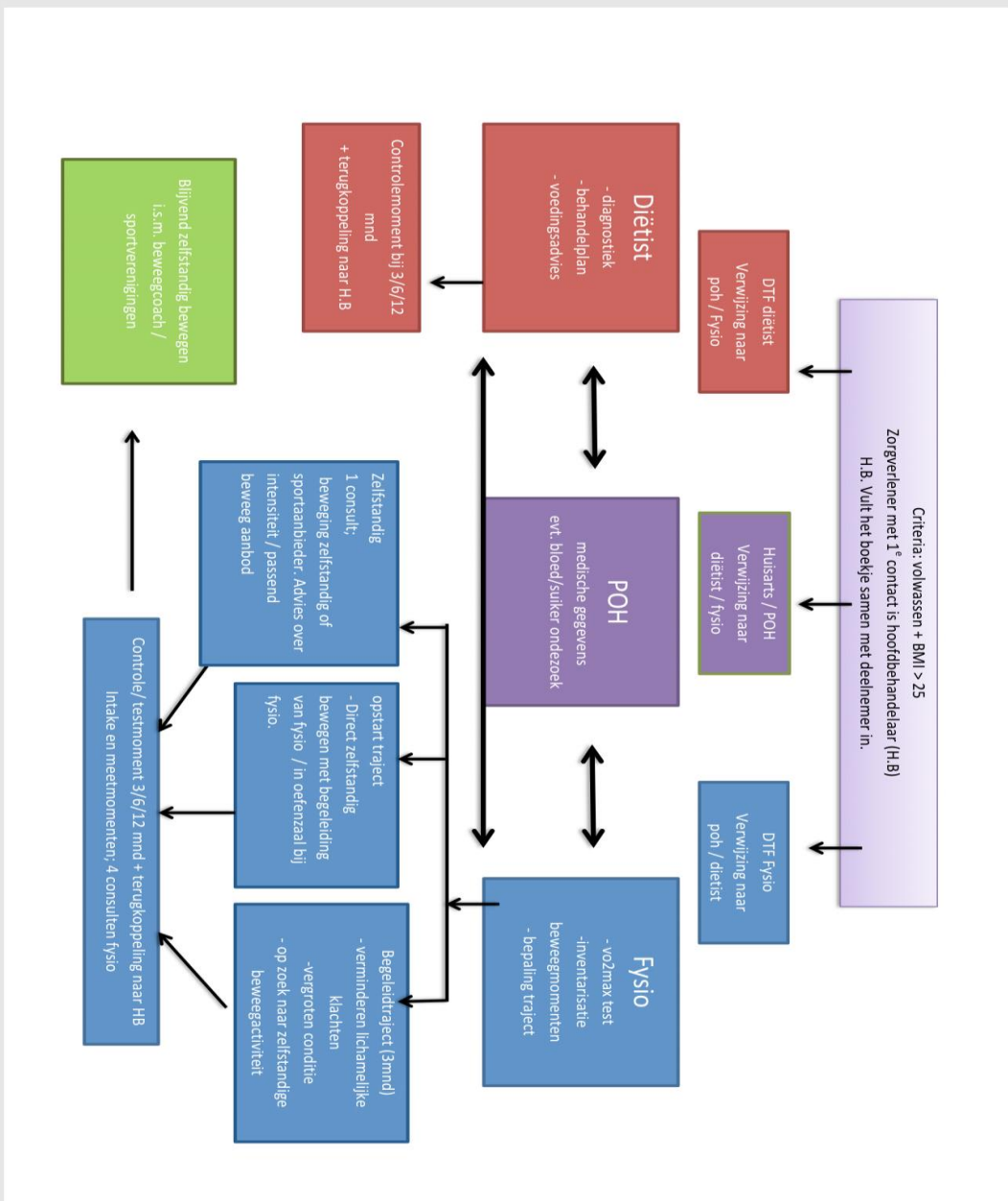
**Resultaten:** Als de website klaar is, betekent dat voor:

de Patiënt -> snel informatie kunnen vinden over de verschillende zorgprogramma's die binnen de gemeente Bunnik lopen, namens de stichting OWZ Kromme Rijn.

de Zorgverlener -> snel informatie kunnen vinden over de verschillende zorgprogramma's die namens de stichting in de gemeente Bunnik lopen.

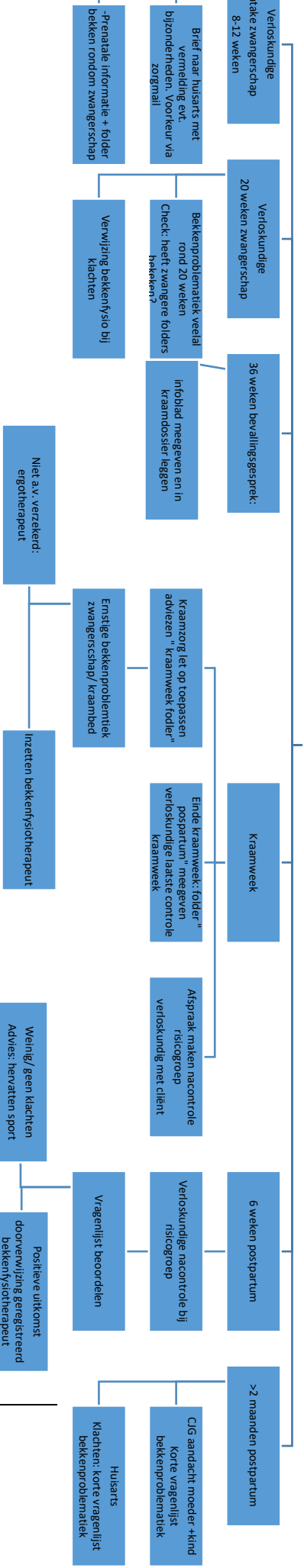
de Zorgverzekeraar -> Door als zorgverlener snel door te kunnen verwijzen kunnen mensen snel aangemeld worden bij een zorgprogramma. Hoe korter de lijnen, hoe sneller adequate hulp geboden kan worden.

**Openstaande acties 2016:** In november 2016 is opnieuw een gesprek gepland met een webdesigner om de nieuwe plannen te bespreken en te gaan uitvoeren. Dan kan de website snel klaar en 'in de lucht' zijn.



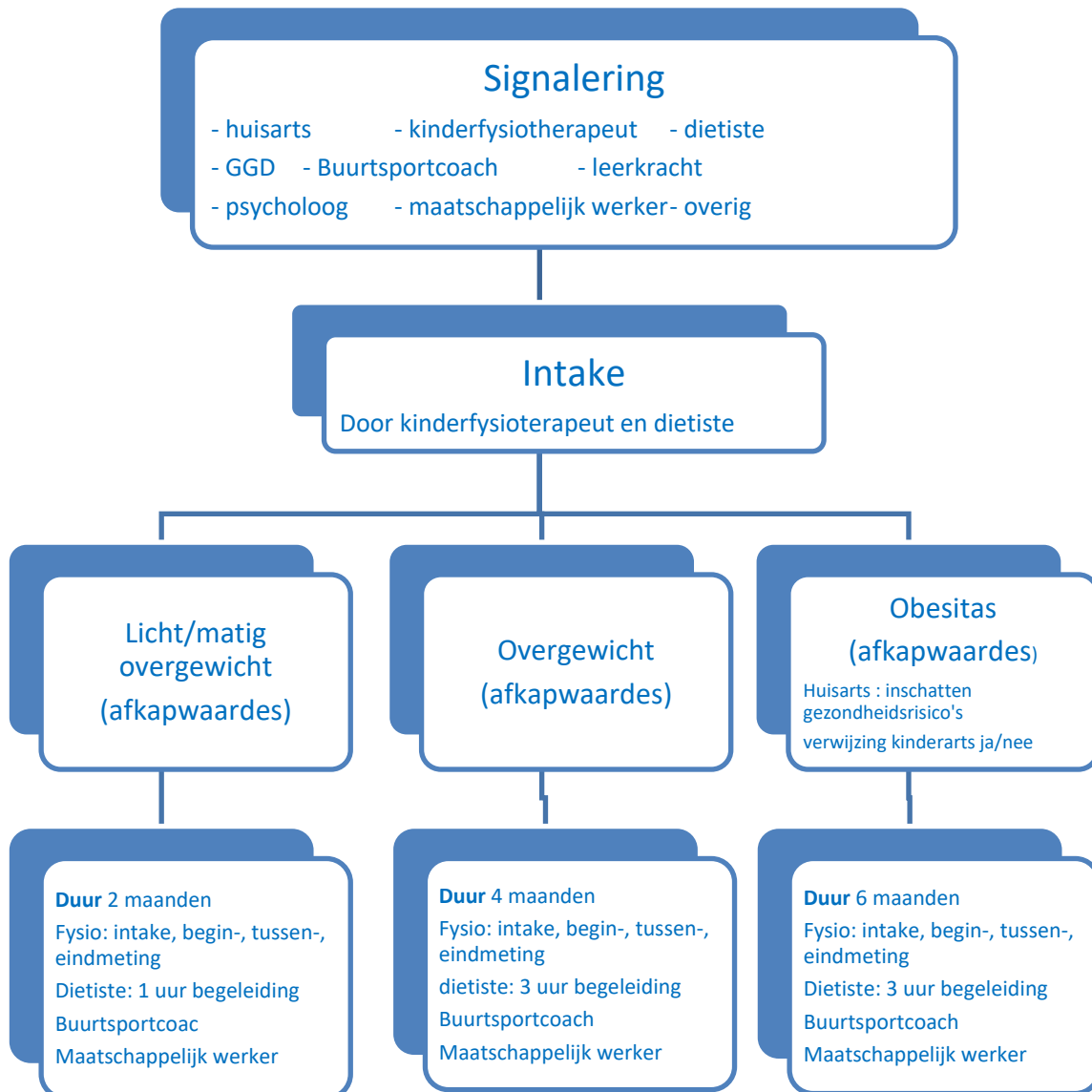
Bijlage 1

# Ketenzorgplan Verloskundige bekkenfysiotherapeut en huisarts



## Bijlage 3

### SportieFIT



## Bijlage 4

### Polyfarmacie

