

Zicht op zorg

Jaarbericht van OCE Nijmegen 2013

Individueel Zorgplan
**Oog voor de mens
áchter de ziekte**

ZWIP zorgt voor samenhang
**'Het netwerk is
altijd inzetbaar'**



OCE NIJMEGEN

STERK IN DE EERSTE LIJN



Samen optrekken, betere zorg

Samen optrekken levert betere zorg op voor de patiënt. Dat is waar OCE Nijmegen voor staat. Dat hiervoor iedere speler belangrijk is, is voor ons vanzelfsprekend. Een organisatie kan geen goede zorg leveren zonder voldoende bureau-ondersteuning en zonder betrokkenheid van de professionals. In 2013 hebben we met z'n allen hard gewerkt en het resultaat mag er zijn.

Tijdens onze jaarlijkse netwerkbijeenkomst presenteerden we dan ook met gepaste trots de ontwikkelingen, gericht op een sterke samenhang en samenwerking in de eerstelijnszorg. De zorgprogramma's DM2, CVRM en COPD zijn daar prachtige voorbeelden van. Ook het programma Basis GGZ krijgt steeds verder vorm. We detacheerden vier praktijkondersteuners GGZ in tien huisartsenpraktijken; dit aantal zal in 2014 groeien naar twintig.

Het zorgprogramma Ouderenzorg is klaar en als pilot ingevoerd. Het programma vloeit voort uit het Nationaal Programma Ouderenzorg (NPO) om betere ouderenzorg in de eerste en tweede lijn te ontwikkelen. OCE Nijmegen vertaalde de onderzoeks- en transitieprojecten zodat ze

geschikt zijn voor de huisartsenpraktijk. Een mooi voorbeeld van de samenwerking tussen professionals en bureau. De programma-adviesgroep (PAG) Ouderenzorg, met professionals uit alle disciplines, zorgde voor de juiste inhoud van het programma en OCE Nijmegen faciliteert als organisatie de implementatie. Een taak die steeds belangrijker wordt omdat er veel druk op de eerste lijn komt door de politieke en maatschappelijke ontwikkelingen. Voldoende ondersteuning van de professionals is nodig om goede zorg aan de patiënten te kunnen blijven geven. De overheid en de zorgverzekeraars zullen voldoende budget voor deze ondersteuning moeten vrijmaken.

In 2014 nodigen we alle partijen opnieuw uit om hierin samen op te trekken. Zodat we samen verder kunnen werken aan een samenhangende eerstelijnszorg, die dicht bij de mensen staat.

Theo Bluemer, voorzitter OCE B.V.

Marion Borghuis, directeur OCE B.V.

De patiënt is meer dan zijn ziekte

Niet alleen handelen vanuit medisch oogpunt, maar de mens achter de ziekte zien; volgens huisarts Erik Bischoff is dat onmisbaar om patiënten met een chronische aandoening goed te begeleiden. OCE Nijmegen ontwikkelde in 2013 het programma Zelfmanagementondersteuning met bijbehorende training. De basis wordt gevormd door het Individueel Zorgplan (IZP).

Erik Bischoff is adviseur Zelfmanagementondersteuning bij OCE Nijmegen. 'Ieder mens met een chronische aandoening gaat op zijn eigen manier hiermee om. Binnen de zorg willen we maatwerk leveren en de patiënt betrekken bij het zorgproces. Het doel: zo lang mogelijk zélf de regie houden en weloverwogen keuzes maken om zo goed mogelijk met je ziekte om te gaan.'

Afstemming

'Een ander belangrijk aspect is de samenwerking tussen de zorgverleners', legt Erik uit. 'Chronische zorg is complex. Om alle lijnen bij elkaar te brengen met de patiënt in het middelpunt, is het Individueel Zorgplan (IZP) onmisbaar.' Dit plan stellen zorgverlener en patiënt samen op. De zorgverlener kijkt wie en wat nodig is om de doelen van de patiënt te bereiken. 'Het IZP gaat mee naar alle

betrokken zorgverleners; iedereen is op de hoogte en de begeleiding wordt beter afgestemd.'

Training

Om met een IZP te kunnen werken, biedt OCE Nijmegen de training Zelfmanagementondersteuning aan. In 2013 volgden 6 zorgteams deze training, als pilot. Ze leerden onder meer hoe ze zorg beter kunnen afstemmen op de patiënt en hoe ze een IZP kunnen implementeren binnen hun eigen organisatie.

Landelijke norm

'De pilot is nu afgerond. Volgende stap: evalueren en verbeteren. We volgen met onze zorgprogramma's de landelijke zorgstandaarden. Daarin staat het IZP centraal. Zorgverleners móeten het dus gaan gebruiken. Om dit te ondersteunen gaan we in 2014 de training breed aanbieden.'



Een luisterend oor en praktisch advies

In 2013 verdubbelde het aantal praktijkondersteuners (POH)-GGZ in huisartsenpraktijken van twee naar vier. Gedetacheerd vanuit OCE Nijmegen begeleiden ze mensen met psychische klachten of problemen. Direct doorverwijzen hoeft niet meer: 'We bieden een goed alternatief.'

POH-GGZ Sjoerd Keizers werkt in verschillende huisartsenpraktijken. 'Ik kan de tijd nemen voor een afspraak. De drempel is laag. Ik luister, leg uit wat er mogelijk aan de hand kan zijn, geef pragmatische adviezen en probeer patiënten op weg te helpen. Zo'n drie tot vier gesprekken zijn meestal voldoende.'

'De praktijkondersteuner GGZ is een aanwinst voor patiënten en voor de praktijk'

Aanwinst

'De huisartsen zijn blij met de POH-GGZ in de praktijk', vertelt Sjoerd. 'Naast ons spreekuur ondersteunen we het team met een training. En we onderhouden de contacten met netwerkpartners. In 2014 komen er meer POH-GGZ in dienst en willen we de scholing uitbreiden. Dankzij deze aanpak hoeven we patiënten minder snel door te verwijzen naar de tweede lijn. En blijkt doorverwijzen tóch nodig, dan is de hulpvraag duidelijker.'



Zorgprogramma Ouderenzorg en ZWIP

Het netwerk is altijd inzetbaar

Achttien praktijken werkten in 2013 mee aan de pilot. In 2014 wordt het zorgprogramma Ouderenzorg gelanceerd. Volgens "Nijmeegs model" met een belangrijke rol voor ICT. Samen proactieve zorg bieden, daar draait het om.

Huisarts Marianne Dees is voorzitter van de programma-adviesgroep (PAG) Ouderenzorg. 'Het programma werkt met instroommodules waarin stapsgewijs méér zorg wordt aangeboden. Huisarts, praktijkondersteuner (POH) of wijkverpleegkundige brengt met het Easycare-instrument de oudere patiënten met hun (toekomstige) zorgbehoefte in kaart. Voor kwetsbare ouderen in een complexe zorgsituatie richten we het multidisciplinair overleg (MDO) in. Alle betrokken zorgverleners overleggen regelmatig met elkaar. Gedurende de pilot kregen we daarbij steun van de specialist Oudergeneeskunde.'

Multidisciplinair zorgplan

'Tijdens het MDO maken we een multidisciplinair zorgplan met ruimte

voor medische zaken, welzijn en wonen. Bij de uitvoering neemt de huisarts de regie en spelen alle partijen samen. Hoofdpersoon is de patiënt: hij of zij staat centraal.'

Altijd bereikbaar

'Om optimale zorg te bieden is actuele informatie nodig. In een HIS (huisartseninformatiesysteem) is deze voorhanden, maar niet vrij toegankelijk. Daarom werken we ook met ZWIP (zorg welzijn informatieportaal). Een digitaal

platform waar ouderen, mantelzorgers en zorgverleners 24 uur per dag niet-urgente vragen en antwoorden kunnen uitwisselen.'

Uitlaatklep

ZWIP wordt in de praktijk ook regelmatig gebruikt als uitlaatklep voor de partner of mantelzorger. Ze kunnen bijvoorbeeld midden in de nacht even hun zorgen kwijt. Marianne: 'Zie je als hulpverlener dit soort berichten vaker verschijnen, dan kan dit een aanleiding zijn om eens te gaan praten.'

Altijd beschikbaar

'Dankzij ZWIP is het netwerk rond een oudere altijd inzetbaar. Snel schakelen met zoon of dochter op afstand wordt bij een nachtelijke crisis gemakkelijker. Alles is vooraf geregeld, iedereen weet wat hij moet doen. Dat scheelt stress. Een betere koppeling tussen KIS (keteninformatiesysteem), HIS en ZWIP is wel nodig. Daar werken we in 2014 aan verder.'

De juiste woorden. Het open karakter van ZWIP vraagt er om dat je als zorgverlener op het platform bewust je woorden kiest; ook de patiënt leest mee.

'ZWIP zorgt voor meer saamhorigheid!'

Zorgteams die met het zorgprogramma aan de slag willen, krijgen ondersteuning van OCE Nijmegen. Programma-coördinator Jean Nielen helpt onder meer bij het invoeren van ZWIP:

'We organiseren startbijeenkomsten voor huisartsen en hun ketenpartners. Dan zie je vaak al goede contacten ontstaan. ZWIP brengt samenhang, maar vooral saamhorigheid binnen teams.'

Gebruiksvriendelijk

'Werken met ZWIP is niet ingewikkeld. We pakken het zorgvuldig aan, want het gaat om privacy en vertrouwelijke gegevens', aldus Jean. 'De meeste ouderen die in aanmerking komen voor ZWIP geven toestemming, maar willen hun account niet zelf beheren. Daarvoor is de huisarts de aangewezen persoon. Hij of zij kent de patiënt al lang en is de stabiele factor binnen de keten. Na invoering van ZWIP worden de lijnen tussen zorgverleners een stuk korter. Er is minder miscommunicatie, waardoor de patiënt eenduidige adviezen krijgt. Iedereen is op de hoogte. En moet je in actie komen, dan is één mailtje genoeg!'



Berichten in ZWIP van een mantelzorgers kunnen een seintje zijn om eens verder te gaan praten

Wijkverpleegkundige als casemanager

Wijkverpleegkundige Mariken Gaakeer werkt sinds april 2013 in woonzorgcentrum Vijverhof. Met haar collega Marleen Lenkens is ze betrokken bij het project Proactieve Ouderenzorg. 'Je kunt ons zien als casemanager die vanuit de helicopterview de zorg coördineert voor ouderen hier in huis.'

Mariken Gaakeer werkt nauw samen met twee huisartsen en kan ook gemakkelijk even met verzorgenden in overleg. 'Ieder half jaar bespreken we iedere bewoner in een MDO.'

Ook dit overleg bereid ik voor met de bewoner, mantelzorgers en met andere disciplines. Daarnaast richten wij ons natuurlijk ook op de actieve zorg. We bieden coaching, scholing en klinische lessen aan de verzorgenden.'

Mevrouw Kuypers:

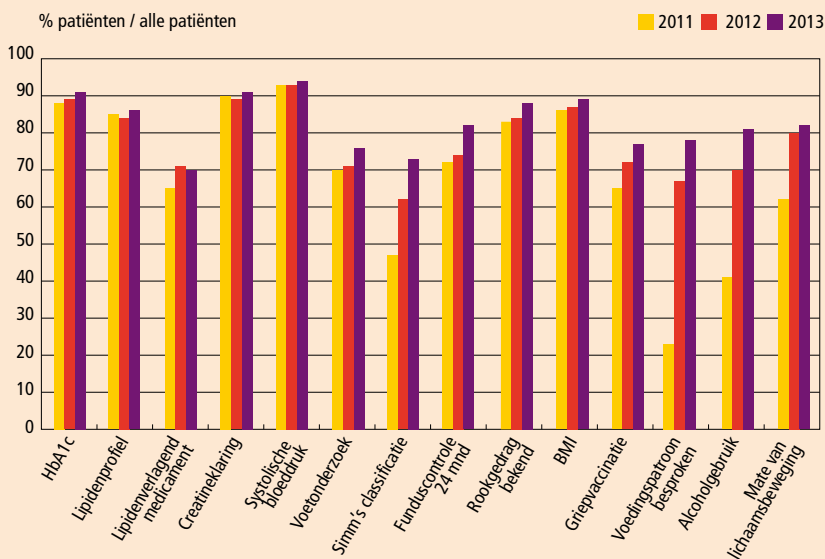
'Ik woon in de Vijverhof. Mariken komt eens in de week even langs voor overleg. Maar we zien elkaar ook veel in de gang. Ik kan altijd mijn verhaal bij haar kwijt. Vorig jaar ben ik erg ziek geweest. Toen heeft zij alles geregeld: onderzoeken, overleg met de huisarts, praktische afspraken met mijn dochter... dat was voor mij heel prettig.'



Kortom

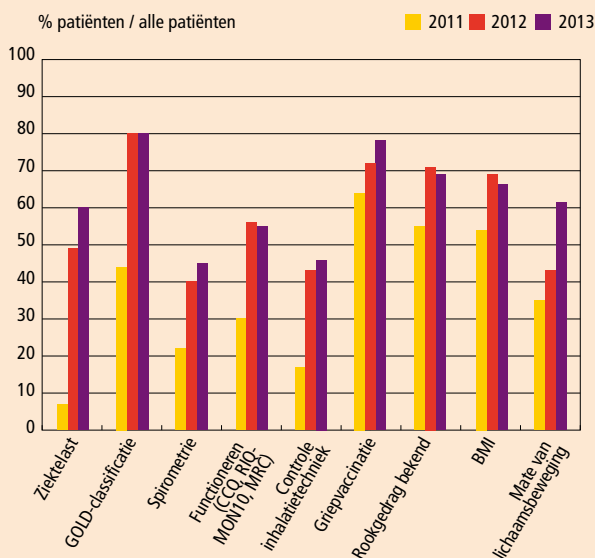
Indicatoren diabetes mellitus 2

De scores op fundus, HbA1c en Simm's zijn in het algemeen goed in 2013. Zo steeg het percentage "fundus-controle" van 74% (in 2012) naar 82% in 2013. In 2014 worden de normen en het zorgprogramma bijgesteld op basis van de gewijzigde NHG-standaard.



Indicatoren COPD

De registratie van COPD-zorg verbeterde flink ten opzichte van de start in 2011. Dit is bijvoorbeeld goed te zien aan de registratie van ziektelast: 49% in 2012, 60% in 2013.



Tools voor goede zorg

Diëtisten aan de slag met indicatoren

In september 2013 stelde de werkgroep Voeding voor het zorgprogramma DM2 een aantal indicatoren op om de voedingszorg voor patiënten met DM2 te monitoren in de hele keten. De eerste stap is nu gezet en in 2014 worden de eerste rapportages uitgedraaid.

Werkafspraken voor voedingsadvies

De praktijkondersteuner (POH) en de diëtist hebben allebei contact met diabetespatiënten. Hoe zorg je dat hun voedingsadviezen op elkaar aansluiten? Met werkafspraken.

In 2013 stelde de werkgroep Voeding DM2 ze op. Zo zijn POH en diëtiste goed op de hoogte van elkaars adviezen. Dat is goed voor de continuïteit binnen de zorg voor patiënten met DM2. Door de afspraken is het ook mogelijk om te checken of de patiënt het advies van de andere zorgverlener heeft gevolgd. En mocht het nodig zijn, dan is het document handig voor de overdracht. Kortom: de werkafspraken dragen bij aan betere kwaliteit en de continuïteit van zorg.

2013 in cijfers

In 2013 stegen de Diagnose Behandel Combinaties (DBC's) en daardoor onze inkomsten: van 4.500.000 naar 5.900.000 euro.

De organisatiekosten zijn nauwelijks gestegen ten opzichte van 2012. De kosten voor de zorgverleners daarentegen wel, van 3.000.000 naar 3.900.000 euro. Dit werd veroorzaakt door het feit dat meer huisartsen deelnamen. Dit leverde meer DBC's op dan begroot. De gecontracteerde kosten die niet geleverd zijn worden door OCE B.V. terugbetaald aan de zorgverzekeraars.



Work in progress

COPD-zorg in de wijk. Een screening voor COPD-patiënten bij de huisarts. Risicomangement bij hart- en vaatziekten en een voetzorgmodule voor diabetespatiënten. Ontwikkelingen genoeg in 2013. De koplopers vertellen.

'De longarts komt naar de patiënt, in plaats van andersom'

Huisarts Hans Peerden over specialistisch spreekuur in Gezondheidscentrum Daniëlsplein

'Bij COPD is de huisarts het eerste aanspreekpunt, maar soms blijven mensen klachten houden. Binnen het zorgprogramma kun je dan een longarts consulteren. Dit wilden we in onze eigen praktijk doen; dicht bij de mensen. In 2013 kwam daarom maandelijks de longarts van CWZ hier spreekuur houden. De specialist sprak met patiënten en deed zo nodig lichamelijk onderzoek. De uitslagen en het plan besprak hij met ons erbij. Als arts doe je zo extra kennis op. De patiënt blijft bij iedereen in beeld. Dat leidt tot betere samenwerking tussen specialist en eerstelijnszorg. In 2014 gebruiken we de resultaten van dit project om die samenwerking verder vorm te geven.'

'De juiste vragen stellen'

Huisarts Erik Bischoff over NCSI

'Met het Nijmegen Clinical Screening Instrument (NCSI) bieden we COPD-patiënten zorg op maat. In 2013 werd het in vijf huisartsenpraktijken ingezet, als proef. Een eyeopener voor patiënten en een methode om tot de kern te komen voor zorgverleners. Het is een digitale vragenlijst met een score op verschillende gebieden. Patiënt en praktijkverpleegkundige bespreken deze samen. NCSI brengt problemen in kaart, ook problemen zoals acceptatie van de ziekte. De patiënt voelt zich beter begrepen. Aan de andere kant wordt de zorg efficiënter.'

'Risico's in kaart betekent betere zorg'

Kaderarts OCE Nijmegen Claudia Lobo over zorgprogramma CVRM

'Steeds meer mensen lopen risico om hart- en vaatziekten te krijgen. Patiënten met vasculaire problemen krijgen dankzij het zorgprogramma CVRM betere zorg in de eerste lijn. In juli 2013 ging het zorgprogramma van start in elf huisartsenpraktijken. Dit aantal groeit ieder kwartaal. Huisartsen en praktijkondersteuners krijgen scholing om risico's in kaart te brengen en deze te vertalen naar het individueel zorgplan. Daarnaast hebben we regionale transmurale afspraken opgesteld tussen specialisten van CWZ en Radboudumc. Een betere samenwerking en overdracht betekent betere zorg. Dat geeft de patiënt meer rust.'

'We zitten niet meer op ons eigen eiland'

Medisch pedicure Debora Roelofs over de Voetzorgmodule binnen Diabeteszorg

'Ik heb veel cliënten met DM2 in mijn praktijk; goede voetzorg is voor hen heel belangrijk. Sinds 2013 ben ik aangesloten bij de zorggroep Diabeteszorg en ik werkte mee aan de ontwikkeling van de Voetzorgmodule. We hebben bijvoorbeeld afspraken gemaakt waardoor we beter kunnen samenwerken. Huisartsen verwijzen gerichter door: naar medisch pedicure (pedicure +), podotherapeut of voetenteam in het ziekenhuis. Andersom verwijs ik ook gemakkelijker terug naar de huisarts. Voor 2013 werkten we ieder op een eiland. Er was afstand en onduidelijkheid over wat we nu eigenlijk deden. Nu we samen optrekken, kunnen we sneller aan de bel trekken als we vermoeden dat er meer aan de hand is. We bieden betere zorg.'

Onze speerpunten in 2014

Samen met zorgprofessionals brengt OCE Nijmegen zorg dichtbij mensen in de wijk. Ook onze speerpunten voor 2014 gaan daarover. We lichten er een paar uit:

- **Meer praktijkondersteuners GGZ 'bij de huisarts'**
Vier praktijkondersteuners GGZ (POH-GGZ) zijn in 2013 gedetacheerd bij tien huisartsenpraktijken. Een aanwinst, vinden zowel patiënten als zorgverleners. Eind 2014 willen we dat 80% van de huisartsen in de praktijk samenwerkt met een POH-GGZ.
- **Het verschuiven van zorgverlening van de tweede naar de eerste lijn**
We nemen hiervoor diverse initiatieven. We willen er zo onder meer voor zorgen dat het aantal verwijzingen naar de tweede lijn vermindert, of dat een gerichtere verwijzing ontstaat. Zo richten we een expertteam op vanuit het zorgprogramma COPD.
- **Het verder ontwikkelen van zorgprogramma Basis GGZ**
We zijn goed op weg met het ontwikkelen van het zorgprogramma Basis GGZ. Zodra structurele financiering beschikbaar komt, kunnen we het verder uitwerken én doorvoeren. We rekenen erop dat dit in 2014 gaat lukken.
- **Digitale verwijzing en declaratie voor alle ketenpartners**
In 2014 zorgen we dat 'papieren' verwijzingen en declaraties vervangen worden door de digitale variant. Dit scheelt tijd en kosten.
- **Integreren zelfmanagement en implementeren IZP in de zorgprogramma's**
In 2014 willen we het Individueel Zorgplan (IZP) digitaal inzetten en zelfmanagement integreren in alle zorgprogramma's. Om huisartsen en ketenpartners te stimuleren biedt OCE Nijmegen advies, ondersteuning en scholing. Via zelfmanagementondersteuning en het IZP wordt de patiënt partner in zijn of haar eigen zorgproces.
- **Ons eerste lustrum!**
In 2014 bestaat OCE Nijmegen 5 jaar. De Huisartsenposten Nijmegen en Boxmeer bestaan dan 15 jaar. Dat gaan we vieren met een lustrumviering en een symposium op 30 oktober.



Bijeen

Door het jaar heen organiseren we meerdere bijeenkomsten. Zo is er de jaarlijkse netwerk bijeenkomst die als doel heeft de samenhang en de samenwerking tussen de professionals te bevorderen. Dit jaar vond die plaats op 12 november. Thema van de bijeenkomst was "samen werken aan verbetering en versterking van de eerstelijnszorg". 165 professionals dachten met elkaar mee over de chronische eerstelijnszorg; hoe kunnen we de samenwerking verbeteren op lokaal niveau?

Ook vaste prik: de spiegelbijeenkomst. Op 17 april organiseerden we de vierde op rij. Die stond dit keer in het teken van de zorgprogramma's Diabetes mellitus type 2 (DM2) en COPD. Deelnemers konden kiezen uit verschillende workshops. Verder presenteerden we de resultaten van de zorggroep en van de individuele huisartsenpraktijken. Voor het eerst bespraken we de resultaten van de zorggroep samen met alle betrokken ketenpartners. Aspecten als samenwerking, of specifieke onderdelen van de zorgverlening kwamen aan de orde. Ook formuleerden we samen verbeteracties.