



Jaarverslag

Monitor Implementatie Zorgpaden Levinas 2008

Inhoudsopgave:

1.	zorgpad voor patiënten met COPD	3
2.	zorgpad voor patiënten met DM	7
3.	zorgpad voor patiënten met psychosociale problematiek	10
4.	zorgpad voor volwassen patiënten met obesitas	11
5.	zorgpad voor junioren met spraak/ taalproblematiek	13
6.	zorgpad terminale zorg	15
7.	het spreekuur geestelijke verzorging	17

Bijlagen:

1.	zorgpad voor patiënten met COPD	18
2.	zorgpad voor patiënten met DM	23
3.	zorgpad voor patiënten met psychosociale problematiek	26
4.	zorgpad voor volwassen patiënten met obesitas	30
5.	zorgpad voor junioren met spraak/ taalproblematiek	35
6.	zorgpad terminale zorg	36
7.	het spreekuur geestelijke verzorging	39

Monitor Implementatie Zorgpaden Levinas

Inleiding

In navolging van het opstellen van plannen voor geïntegreerde zorg vanuit het toekomstige gezondheidscentrum Levinas werd eind 2007 besloten om te starten met deze geïntegreerde zorg. Hiervoor werd een stafmedewerker aangetrokken die met een vertegenwoordiging van de disciplines de plannen in de praktijk gestalte heeft gegeven. Achtereenvolgens komen de zorgpaden aan bod in de hoofdstukken 1 tot en met 6:

1. zorgpad voor patiënten met COPD
2. zorgpad voor patiënten met DM
3. zorgpad voor patiënten met psychosociale problematiek
4. zorgpad voor volwassen patiënten met obesitas
5. zorgpad voor junioren met spraak/ taalproblematiek
6. zorgpad terminale zorg

Daarnaast zal in hoofdstuk

7. het spreekuur geestelijke verzorging besproken worden.

1. Verbetering van de zorg voor patiënten met COPD, *zorgpad voor patiënten met COPD*

De zorg voor patiënten met COPD wordt gegeven op basis van afspraken gemaakt in het COPD behandelplan. (zie bijlage 1: Zorgpad COPD)

De doelstelling voor 2008 ten aanzien van het COPD pad werd:

De behandeling van COPD patiënten op 1 niveau te brengen voor alle huisartsenpraktijken.

Voor de praktijk van Baar en van der Does

Voor de groep door wie de Glaxo-enquête is teruggestuurd:

80% van de groep patiënten met code groen (rest 35) heeft recent een spirometrie gedaan en heeft een classificatie volgens Gold ten behoeve van het behandelplan. Waarbij spirometrie voor 50% door de POH en 50% door de STAR wordt uitgevoerd. Bij 80% van de reeds daarvoor geoordeelde groep (27) is sprake van een jaarcontrole volgens vastgelegd zorgpad 2 en 3.

Voor de praktijken Hohman & de Vet en Kremer Hovinga

Volgens format Baar & van der Does krijgen alle geselecteerde patiënten een enquête toegestuurd.

Bij 80% van patiënten van wie de vragenlijst is geretourneerd is een classificatie volgens Gold ten behoeve van het behandelplan.

Monitor

4 x kwam de werkgroep COPD bijeen voor monitoring van de implementatie van het zorgpad.

Huisartsenpraktijken

Om de doelstelling te kunnen halen, de zorg voor de COPD patiënten daadwerkelijk te verbeteren volgens de gekozen aanpak gebaseerd op snijdende lijnen en de NHG standaard voor COPD, bleek dat er extra praktijkondersteuning van de huisartsen nodig was. Hiervoor werd een goede partner gevonden in de STAR. Zij zijn zich gaan inzetten

voor de screening en advies/ begeleiding naast de eigen poh kracht die in twee van de huisartspraktijken werkzaam is.

Fysiotherapie

Op basis van de afspraken zijn patiënten met Gold 2 naar de fysiotherapeut gestuurd voor de 6 MinutenWandelTest. Niet alle doorgestuurde patiënten doen hier aan mee. Ditzelfde geldt voor de groepsbehandeling. Door de geringe respons is een aparte groep lastig te organiseren in tegenstelling tot gemengde beweeggroepen. Patiënten trainen in de groepen gedurende de eerste drie maanden 2 x per week en daarna 1 x per week. Met Achmea is een apart contract voor deze groepsbehandeling afgesloten door de fysiotherapie praktijk.

Betere promotie van het COPD aanbod is wenselijk om de groepen vol te krijgen. De fysiotherapie gaat dit doen door het realiseren van een vermelding bij het COPD platform van dit aanbod. De longspecialist/ longverpleegkundige zou mensen ook kunnen verwijzen naar de fysiotherapie. Hiervoor werden gegevens uitgewisseld met de longarts.

Diëtetiek

De diëtist heeft mensen met COPD gezien om de voedingstoestand te bepalen met behulp van de bio-impedantiemeting, die nauwkeuriger resultaten geeft dan de BMI. Bij een aantal mensen werd een eiwit ondervoeding geconstateerd. Dit is in beginsel twee keer zoveel dan je vanuit de literatuur zou verwachten.

Mensen die ondervoed zijn worden door de diëtist meerdere malen gezien.

Het totaaloverzicht van mensen die verwezen zijn en of die ook daadwerkelijk naar de diëtist gaan/ gezien zijn ontbreekt. Tussen de POH en de diëtist werden afspraken gemaakt over de afstemming en registratie.

De diëtetiek gegevens van 2008

Aantal patiënten	
3 patiënten	bmi < 21
2 patiënten	een vvmi ,15/16
1 patiënt	gestart met aanvullende drinkvoeding
17 patiënten	Op de lijst om op te roepen voor 2009
totaal 2008 = 7	vvmi gemeten

Apotheek

De apotheker zorgt voor een goede verwerking van de verstrekking en advisering met betrekking tot medicatie aan COPD patiënten. Ten aanzien van de eigen bijdrage voor medicatie; dit kan oplopen tot 150,- euro per persoon.

De terugkoppeling over de aan een patiënt verstrekte medicatie verloopt geautomatiseerd. Een overzicht van verstrekte medicatie aan Levinas patiënten blijkt desgewenst ook mogelijk.

Service en begeleiding door de STAR

Bij aanvang van de samenwerking heeft de STAR een presentatie gegeven over de

COPD begeleiding door de STAR. De STAR heeft een heel pakket aan service en begeleiding voor patiënten van de huisartsen. Het zorgpad dat het Havenziekenhuis met Levinas heeft gemaakt is leidend in de afspraken die met de STAR gemaakt worden voor de begeleiding. De huisarts blijft degene die bepaalt wat de STAR per patiënt doet en of er wel of geen adviestraject gekoppeld wordt aan de metingen. De praktijk is dat de huisarts de STAR inschakelt voor de screening/ onderzoek en diagnostiek bij COPD. Life-line is er voor de connectie met het HIS.

'Non respons' verminderen

Als mensen niet reageren op de oproep van de STAR wordt veelal een tweede oproep gedaan. Het systeem is nog niet waterdicht.

Gezamenlijk werd hiervoor een oplossing gevonden namelijk: het overleggen van een lijstje van 'non respons' tussen de praktijkverpleegkundige en STAR. De patiënten worden desgewenst een tweede maal opgeroepen en/ of via het spreekuur van de praktijkverpleegkundige of huisarts hierop aangesproken.

Of mensen wel of niet een tweede keer worden opgeroepen wordt afgewogen door de arts die de mensen kent en kan inschatten of dit zinvol is of niet.

Samenwerking met het Havenziekenhuis/ de ziekenhuizen

Bianca Mennema nam in 2008 structureel deel aan de monitor- de werkgroep van Levinas/ Havenziekenhuis.

In oktober gaf Corine Baar samen met Bianca Mennema een presentatie voor huisartsen uit Rotterdam over het zorgpad COPD. De werkwijze van Levinas werd als voorbeeld gesteld en besproken. Er waren een groot aantal deelnemers.

Hier werden werkafspraken voorgesteld over het screenen en de nodige zorgroutes en het ontwikkelen van een gemeenschappelijk verwijfsformulier voor overdracht van de 1 e naar de tweede lijn.

Er is een diagnostisch spreekuur bij de ziekenhuizen waarbij alle COPD onderzoeken ineens kunnen plaatsvinden en er een diagnose gesteld wordt. Hierbij is het terugverwijzen van de patiënt voor behandeling in de eerste lijn altijd het streven.

Voor de specialisten is het van belang om zicht te krijgen op de functies/ verwijfsmogelijkheden die de huisartsen ter beschikking hebben. Dit is een taak voor het gezondheidscentrum.

Samenwerking

Om de coördinatie en informatiestromen tussen de disciplines goed te laten verlopen werd gezocht naar een elektronisch dossier. In de praktijk bleken een aantal programma's in ontwikkeling te zijn maar nog onvoldoende inzetbaar in de huidige huisartsenpraktijken. In de tussentijd werd afgesproken om de uitwisseling van berichten tussen de zorgverleners van Levinas soepel te laten verlopen met de nu beschikbare middelen; telefoon, brief, fax, life-line. Het medium van de e-mail is gemakkelijk. Gezien de privacygevoeligheid wordt alleen zorgvuldig gebruikt toegestaan voor onderling contact.

Evaluatie

Het nut van het gehele traject kan onmogelijk nu al afgelezen worden aan de deelnemers van de praktijken. De wetenschappelijke onderbouwing en effecten van andere partijen zijn wel bekend. De kwaliteit van leven op de lange duur, zelfmanagement, in aanvang meer medicatie maar op lange termijn minder, aandacht voor training en conditieverbetering en op peil houden van het gewicht & conditie...

Wat wel als winstpunt wordt gezien is dat de huisarts meer kennis/grip heeft gekregen op het ziektebeeld en het beter herkend. De POH merkt op dat patiënten zich beter voelen en vaak beter omgaan met de medicatie.

Verder is de zorg beter afgestemd met de betrokken disciplines en zijn er onderlinge afspraken over de samenwerking gemaakt.

Een overzicht van de getallen en resultaten ten aanzien van dit zorgpad, de zorgroutes en PIG indicatoren is in de bijlage 1: Zorgpad COPD te lezen.

Plannen voor 2009

- Nader onderzoek

Ten aanzien van dit zorgpad blijft een 'lastige groep' te onderscheiden, nl. mensen die wel medicatie ontvangen en waarbij de diagnose COPD niet geldt.

Er zijn vaak wel veel klachten (bij eerste screening op basis van de enquête code rood/oranje) en een normale longfunctie. Op basis van Gold classificatie leert dat Gold 0-1 (instabiel), waar deze groep onder valt, wel degelijk in zorgpad 3 thuishoort. Deze groep wordt het komende jaar nog eens opgeroepen voor longfunctie en kritische differentiaaldiagnostiek! Hierbij wordt vooral kritisch gekeken naar het feit of blijvende vervolging via zorgpad 3 geïndiceerd is. Nader onderzoek zou hier meer inzicht kunnen geven.

- Voorgenomen is om de organisatie van de jaarlijkse controles te verbeteren. Op basis van 'het carrouselmodel' zal naar verwachting de opkomst vergroten en de kwaliteit van de zorg te verbeteren. Het lijkt ideaal. De praktijkverpleegkundige, diëtist en fysiotherapeut zouden de jaarlijkse patiënt controles dan samen organiseren. Op eenzelfde dagdeel krijgt de patiënt achtereenvolgens 3 afspraken met zorgverleners uit de keten. Voor patiënten is het prettig. De compliance zou hierdoor verbeterd kunnen worden en het is goed voor de onderlinge afstemming, wat de kwaliteit ten goede zal komen. Dit te organiseren wordt de volgende uitdaging in het zorgpad COPD.

- ICT is de grootste uitdaging voor de geïntegreerde aanpak. De ICT opties zullen verder verkend worden en ingezet worden voor een optimale gebruikersvriendelijke informatie uitwisseling tussen de zorgverleners, kwalitatief goede zorg en voor het beschikbaar krijgen van evaluatiegegevens. Zorgdraad lijkt hiervoor het meest geschikt.

- De longarts van het Havenziekenhuis gaat een nascholingsactiviteit organiseren voor de huisartsen en POH's om hen bij te scholen in de spirometrie.

- De zorg voor de COPD patiënten te blijven monitoren.

2. Verbetering van de zorg voor patiënten met DM, zorgpad voor patiënten met DM

Vanuit de NHG standaard en de professionele standaarden van de disciplines betrokken bij de zorg voor patiënten met diabetes zijn afspraken vastgelegd over de geïntegreerde zorg in het zorgpad diabetes mellitus (zie bijlage 2: Zorgpad DM).

De betrokken disciplines bij DM zijn de huisartsenpraktijken, de apotheek, diëtist, fysiotherapie en STAR.

De DBC diabetes mellitus voor de eerste lijn is in ontwikkeling. De zorggroep IZER beheert het geld voor Kralingen e.o. De NHG standaard is de basis voor de afspraken in de DBC. De ontwikkeling van de DBC maakte het oorspronkelijke Levinas zorgpad waarin gewerkt wordt met verschillende categorieën van zorg-intensiteit voor diabetes niet meer bruikbaar en deze werd herzien.

De doelstelling voor 2008 ten aanzien van het DM pad werd:

- geïntegreerde zorg volgens de professionele protocollen in te voeren,
- de vorm van het aanbod nader te onderzoeken (o.a. groepsconsulten en bewegingsaanbod in een groep).

Dit betekent dat er in de praktijk een gestructureerd aanbod gedaan wordt aan de patiënten met diabetes mellitus en dat er gefocusseerd wordt op de knelpunten en mogelijke verbeteringen in de praktijk en in de onderlinge afstemming.

Hiervoor is het o.a. nodig om de patiënten met diabetes mellitus te coderen.

Het streven is dat:

- alle patiënten met diabetes type 2 een codering hebben in het huisartsendossier. Hier is de hoofdbehandelaar de huisarts.
- alle diabetespatiënten aangemeld zijn voor het STAR oproepsysteem.
- meetwaarden door alle huisartsen op eenzelfde wijze worden ingevoerd in de patiëntendossiers zodat een goede evaluatie kan plaatsvinden.
- alle e-mail en life-line berichten in de patiëntendossiers van de huisartsen worden toegevoegd.
- de apotheek structureel aan de huisarts rapporteert over de afgehaalde medicatie.

Monitor

2 x kwam de werkgroep diabetes mellitus bijeen voor monitoring van de implementatie van het zorgpad.

Huisartsenpraktijken

De NHG standaard wordt door alle huisartsenpraktijken gehanteerd.

Fysiotherapie

Er zijn geen bewegingsgroepen voor patiënten met diabetes mellitus bij de aangesloten fysiotherapiepraktijken.

Diëtetiek

Of de DBC voorziet in voldoende uren diëtistenbegeleiding moet voor onze situatie in Levinas worden afgewacht. Verder is voor een goede zorg de informatie uitwisseling en het maken van afspraken tussen de huisartsen / POH en diëtist van belang en dit wordt ook in de praktijk gebracht.

Apotheek

De apotheker zorgt voor een goede verwerking van de verstrekking en advisering met betrekking tot medicatie aan DM patiënten.

De apothekers hebben een overzicht van alle medicatie die diabetespatiënten voorgeschreven krijgen, ook door de specialisten. De verzekeraar vergoedt de preferente geneesmiddelen.

De terugkoppeling over de aan een patiënt verstrekte medicatie verloopt desgewenst geautomatiseerd. Een overzicht van verstrekte medicatie aan Levinas patiënten blijkt ook mogelijk.

Service en begeleiding door de STAR

De STAR roept mensen op voor de 3 maandelijkse controles. Dit loopt zoals met de dienst is afgesproken. Een aandachtspunt is de personele wisselingen in het oog te houden.

Samenwerking met de ziekenhuizen

Specialisten hebben een eigen ziekenhuis DBC.

Samenwerking

Om de coördinatie en informatiestromen tussen de disciplines goed te laten verlopen werd gezocht naar een elektronisch dossier. In de praktijk bleken een aantal programma's in ontwikkeling te zijn maar nog onvoldoende inzetbaar in de huidige huisartsenpraktijken. In de tussentijd werd afgesproken om de uitwisseling van berichten tussen de zorgverleners van Levinas soepel te laten verlopen met de nu beschikbare middelen; telefoon, brief, fax, life-line. Het medium van de e-mail is gemakkelijk maar gezien de privacygevoeligheid wordt alleen zorgvuldig gebruikt toegestaan voor onderling contact.

In 2009 zal een webapplicatie, PortaVita®, beschikbaar komen waar per consult een journaal kan worden bijgehouden en waar gegevens van metingen worden ingevuld. Toegang is er voor alle zorgverleners behalve de apotheken en fysiotherapeuten. Na afsluiten van elk contact wordt een samenvatting gestuurd naar het HIS.

Evaluatie

Het bepalen van een nieuwe opzet en het bepalen van de doelen voor het eerste jaar stonden hierbij centraal.

In 2009 wordt gekeken naar de resultaten.

Plannen voor 2009

- Doelen en actiepunten kortsluiten met huisartsen van de Levinasgroep.

- Beweging een uitgesprokener onderdeel maken van de geïntegreerde zorg voor patiënten met diabetes mellitus. Hierbij hoort o.a. het onderzoeken of er financiering mogelijk is van een standaard conditietest door onze fysiotherapeuten. Verder is het van

belang zicht te krijgen op aanbieders van beweeggroepen in de buurt van het GCLevinas of een eigen aanbod vanuit het toekomstige gezondheidscentrum te starten.

- Onderzoeken of het werken met groepsconsulten, zoals bij het EMC, een mogelijkheid is.

- Presentatie van de werkwijze van diëtetiek in relatie tot de DBC.

- Invoering van een webapplicatie, PortaVita®.

- Overzicht te krijgen van de gezamenlijke DM-patiënten en deze bij alle disciplines te registreren als behorende tot de Levinas groep. Het maakt een evaluatie mogelijk van de gezamenlijke patiëntengroep.

3. Verbetering van de zorg voor patiënten met psychosociale problematiek, *zorgpad voor patiënten met psychosociale problematiek*

De zorg voor patiënten met psychosociale problematiek wordt gegeven op basis van afspraken gemaakt in het behandelpad psychosociale problematiek. (zie bijlage 3: Zorgpad psychosociale problematiek)

De betrokken disciplines zijn de huisartsenpraktijken, de fysiotherapie, het algemeen maatschappelijk werk, de SPV én en de eerstelijns psycholoog.

De kenmerken van de huidige situatie:

- Er is geen overleg of zorgnetwerk waarin zorgverleners met elkaar afstemmen.
- 'De beslisboom eerstelijns ggz' is deels onbekend en wordt niet gebruikt door zorgverleners. De verwachting is dat het een goed hulpmiddel zou kunnen zijn voor de samenwerking en verwijzing tussen disciplines die een rol spelen bij dit behandelpad.
- Er is geen poh GGZ werkzaam voor Levinas. Onbekend is of deze er nu of in de toekomst zou moeten komen.
- Over terugkoppeling zijn geen eenduidige afspraken.

Doelstelling voor 2008

- Binnen 1 jaar een pilot te starten en uit te voeren waarbij 'de beslisboom eerstelijns ggz' wordt uitgetest.
- Op patiëntniveau een goede terugkoppeling te realiseren tussen behandelaars en huisarts.

Doelen voor de langere termijn:

- De poh GGZ in het behandelpad te introduceren.
- Een regelmatig overleg/ zorgnetwerk over gezamenlijke patiënten, een Zorgnetwerk op zetten naar voorbeeld van de Esch.

Monitor

2 x kwam de werkgroep psychosociale problematiek bijeen voor monitoring van de implementatie van het zorgpad.

Evaluatie

Het werkte verhelderend om bij elkaar te gaan zitten en samen te praten over verbeteringen in de samenwerking en hier een structuur voor op te zetten.

Er werd een overeenkomst aangegaan met MOVISIE en Zorgimpuls voor het werken met 'de beslisboom eerstelijns ggz'.

Het plan van aanpak werd voorbereid. De uitvoering van de pilot start in 2009.

Plannen voor 2009

- Een pilot uitvoeren met 'de beslisboom eerstelijns ggz'.
- Ontwikkelen van een vragenlijst die ingevuld kan worden door patiënten en te koppelen is aan een website.
- Monitoren van de implementatie van het zorgpad psychosociale problematiek.

4. Verbetering van de zorg voor volwassenen met obesitas, *zorgpad voor volwassenen met obesitas*

De zorg voor volwassenen met obesitas wordt gegeven op basis van afspraken gemaakt in het behandelplan Obesitas -volwassenen (zie bijlage 4: Zorgpad Obesitas - volwassenen). Betrokken disciplines bij dit zorgpad zijn de huisartspraktijken, diëtist, fysiotherapie en de SPV ér.

In de huidige praktijk is de diëtist vaak de hoofdbehandelaar van mensen met obesitas. Er is naar verhouding veel aandacht voor het dieet. Behandeling van mensen met obesitas gericht op eetgedrag is vaak onderbelicht. De mening van de werkers is dat de spv ér hier een rol kan vervullen.

Verder is kenmerkend voor de bestaande praktijk van de zorg dat er bij de fysiotherapie geen speciale oefengroepen zijn voor mensen met overgewicht.

De doelstelling voor 2008 ten aanzien van het Zorgpad Obesitas - volwassenen werd:

- Een pilot te starten en te evalueren voor begeleiding van de doelgroep volgens het behandelplan.

Monitor

4 x kwam de werkgroep obesitas bijeen voor monitoring van de implementatie van het zorgpad.

De pilot

De doelgroep werd patiënten met BMI>25.

2 huisartsenpraktijken deden mee aan de werving van patiënten.

Op 3 dagdelen werden 9 intakes uitgevoerd waarbij patiënten achtereenvolgens een spv ér, diëtist en fysiotherapeut (carrouselmodel) spraken.

Gezamenlijk werd het behandelplan opgesteld en een hoofdbehandelaar gekozen.

De werkwijze werd na 3 en 6 maanden geëvalueerd en bijgesteld.

Om de pilot goed te laten verlopen werd voor een periode van 6 mnd een stagiair diëtist ingezet.

Zij was er voor:

- de coördinatie van de pilot,
- het begeleiden van wat er tussen de disciplines diende te worden afgestemd (afspraken, behandelplan, intake, werving) en
- voor het verzamelen van de gegevens voor de evaluatie.

Verder werd als werkplek voor de intake één locatie gekozen (Pniël) om het voor de patiënten gemakkelijk te maken. Voor de onderlinge afstemming tussen de disciplines was dit ook een voorwaarde.

Evaluatie

De door de werkgroep ontwikkelde pilot van het zorgpad is uitgevoerd. Het betreft de 'carrousel aanpak'. Er is begin 2009 een evaluatieverslag beschikbaar gekomen van de resultaten van de eerste 27 behandelde patiënten over de periode tot december (zie bijlage 4b).

De werkgroepleden presenteerden de Levinas aanpak tijdens een obesitas dag voor de buurt in verpleeghuis Pniël.

Plannen voor 2009

- Er komt een evaluatierapport met aanbevelingen.
- De verbeterpunten worden opgepakt door de zorgverleners, er zal een fine tuning plaatsvinden.
- Alle artsen van Levinas worden benaderd voor het verwijzen van patiënten.
- In april wordt een nieuwe carrousel gepland.
- Monitoren van de implementatie van het obesitas zorgpad.

5. Verbetering van de zorg voor patiënten (juniores met spraak/taalproblemen, *zorgpad voor patiënten (juniores met spraak/ taalproblemen)*

De zorg voor kinderen met spraak/ taalproblemen wordt gegeven op basis van afspraken gemaakt in het Zorgpad junioren met spraak/ taalproblemen (zie bijlage 5: Zorgpad junioren met spraak/ taalproblemen).

Bij dit zorgpad zijn de volgende disciplines betrokken: de logopedie, de kinderfysiotherapie en huisartspraktijken.

De praktijksituatie was bij aanvang van het zorgpad:

- De logopedist krijgt kinderen op verwijzing van het consultatiebureau, de scholen of de huisarts en verwijst soms door naar de kinderfysiotherapeut.
- Er is geen sprake van een geïntegreerde werkwijze.
- De kinderfysiotherapeut van Levinas heeft met ingang van november een werkplek in de buurt en start dan weer met werken na haar zwangerschapsverlof.

De doelstelling voor 2008 ten aanzien van het Zorgpad junioren met spraak/ taalproblemen werd:

- Per november een pilot te starten voor een geïntegreerde werkwijze.

De pilot

Op indicatie van de huisarts worden naar verwachting 4-5 kinderen per maand, zowel door de kinderfysiotherapeut en logopedist gezien voor een intake/ onderzoek.

Dit gebeurt liefst op eenzelfde dagdeel, waarna zij samen de noodzaak tot medebehandeling door de kinderfysiotherapeut afstemmen en een behandelplan maken.

Monitor

1 x kwam de werkgroep spraak-taal ontwikkeling bijeen voor implementatie van het zorgpad.

Evaluatie

De kinderfysiotherapeut startte haar praktijk in oktober 2008. Zij vestigde haar praktijk naast de praktijk van de logopediste.

De door de werkgroep ontwikkelde pilot van het zorgpad is 1 x in de praktijk gebracht. Het betreft de 'carrousel aanpak'.

De eerste indruk is dat de aanpak werkt. De logopedist en kinderfysiotherapeut versterken elkaars adviezen door:

- Herhaling en dezelfde focus op bepaalde afwijkingen/ verbeterpunten
- Diverse invalshoeken maakt dat je samen betere kwaliteit van zorg levert
- Gemeenschappelijke consulten kunnen doen en samen naar de patiënt te kijken, mondeling contact te hebben over de behandeling

Teleurstellend is het dat scholen van een Caesartherapeut 'in huis' hebben. Dit geeft de kinderfysiotherapeut een achterstand bij het aanbieden van haar specifieke zorg en voor de gezamenlijke zorg met de logopediste op het gebied van de spraak-taal ontwikkeling.

Plannen voor 2009

- Gezamenlijk aanbod promoten bij:

- Bij de Montessori school in Kralingen is de logopedist weggegaan. Men wil graag weer een logopediste (in huis halen). Hier is geen Caesartherapeut actief.
- Koningin Wilhelminaschool.
- Jan Prins
- Willibrord
- Noen, Islamitische BS

Het plan is om bij deze scholen langs te gaan met informatie of ze op te bellen.

- Ter promotie van het gezamenlijke aanbod bij verwijzers zal er een aanvulling geschreven worden op de folders die nu gebruikt worden.

- Langzame groei door te maken naar 4/5 gezamenlijke patënten per maand in nov./ Dec. 2009 en hierbij de werkwijze en bijbehorende formulieren nader vorm te geven.

- Evaluatie van de pilot in september 2009 en formuleren van verbeterpunten.

- Monitoren van de implementatie van het zorgpad spraak-taalontwikkeling.

6. Verbetering van de zorg voor terminale patiënten, zorgpad terminale zorg

Om de zorg voor terminale patiënten te verbeteren werd een project opzet gekozen genaamd 'Project Samenwerken in palliatieve zorg in de eerste lijn'. Een verkorte versie van de projectopzet leest u in bijlage 6.

Om de doelstelling van het project te bereiken werd besloten het Zorgprogramma Palliatieve Eerstelijnszorg (ZPE) te vullen, door de implementatie van bestaande "evidenced based" instrumenten.

Deze instrumenten zijn:

- het Continuïteitshuisbezoek,
- het Zorgpad Stervensfase,
- vroegtijdige consultering van het Consultatief Palliatief Team en
- een ingevulde LESA, Landelijke Eerste Lijns Afspraken.

Voorgaand aan de implementatie worden zorgaanbieders geïnformeerd en vindt benodigde scholing plaats.

Onderzoek

Parallel aan de implementatie vinden er twee onderzoeken plaats, waarvan één uitgevoerd door Hogeschool Rotterdam, kenniskring eerste lijn en de andere door IKR en het Erasmus MC. Het doel van het onderzoek is te "meten" of de implementatie van het Zorgprogramma Palliatieve Eerstelijnszorg bijdraagt tot het een verbetering van de palliatieve zorg in de eerste lijn.

Evaluatie

In 2008 hebben voorbereidingen plaatsgevonden om het project vorm te geven, het onderzoek uit te schrijven en financiering te vinden.

Drie keer is een focusgroepsbijeenkomst georganiseerd, twee voor huisartsen en 1 voor wijkverpleegkundigen. In deze bijeenkomsten stond de inventarisatie van positieve en negatieve ervaringen rond palliatieve zorgverlening en samenwerken met andere discipline, met name met de wijkverpleegkundigen, centraal.

Eind 2008 is in het onderzoek de voorbereidingsfase afgerond en is men overgegaan naar de uitvoeringsfase.

Eén en ander heeft er toe geleid dat op 22 januari jongstleden tijdens een feestelijke kickoff de intentieverklaring werd getekend door een aantal huisartsen, bijna alle betrokken thuiszorgorganisaties en zorgcentrum Rubroek. Door het ondertekenen van de intentieverklaring nemen uitvoerende partijen actief deel aan de implementatie en uitvoering van het Zorgprogramma Palliatieve Eerstelijnszorg (ZPE) in de deelgemeente Rotterdam Kralingen – Crooswijk. Het Projectplan "Samenwerken in de palliatieve zorg in de eerste lijn" is integraal onderdeel van deze intentieverklaring.

Scholing

Van de 31 huisartsen die in Kralingen/Crooswijk werkzaam zijn, nemen 6 huisartsen geen deel aan het project. Van de overige 25 huisartsen hebben in het afgelopen jaar 18 huisartsen de scholing palliatieve zorg voor huisartsen gevolgd. In deze scholing is ook aandacht voor het Zorgpad Stervensfase. Vijf van de zes thuiszorgorganisaties werkzaam in Kralingen/Crooswijk zijn betrokken, namelijk Thuis in Zorg, Thuiszorg Rotterdam, Agathos Thuiszorg, Thuiszorg De Stromen-Opmaat en Laurens Extra Murale Zorg. Ook verzorgingshuis Rubroek van organisatie De Singels participeert.

De Nieuwe plantage en Hoppesteijn doen op dit moment niet mee, mogelijk stromen zij op een later tijdstip in.

Alle werknemers verpleegkundigen en verzorgenden – totaal zo'n 900 medewerkers - van Thuiszorg Rotterdam zijn in 2008 geschoold in het werken met het Zorgpad stervensfase. Van de overige Thuiszorgorganisaties zullen in april en mei 2009 deelnemers worden geschoold in het scholen en implementeren van het Zorgpad Stervensfase in hun eigen organisatie.

Samenwerking

Naast de scholing in het werken met het Zorgpad Stervensfase is er aandacht voor het samenwerken en de bereikbaarheid van de organisaties.

Gegevens worden geïnventariseerd en zullen op termijn in de LESA inzichtelijk worden. Dat geldt overigens ook voor de gegevens van de huisartsen.

Plannen voor 2009

Daar het project model redelijk uniek genoemd mag worden, en mogelijk uitrol verder in Rotterdam zal hebben, maar ook model staat voor ontwikkelingen buiten Rotterdam, is het belangrijk ontwikkelingen te monitoren. Dit vraagt wat van de betrokken huisartsen en wijkverpleegkundigen.

Wij willen, per kwartaal, het aantal overleden patiënten uit eigen praktijk en plaats van overlijden, bijv. ziekenhuis of thuis, inzichtelijk maken. Tevens te noteren welke instrumenten zijn toegepast, dus de inzet van het CPT, gebruik van het Zorgpad Stervensfase en of u een continuïteitshuisbezoek heeft aangevraagd bij een Thuiszorginstelling.

7. Spreekuur geestelijke verzorging

Het spreekuur geestelijke verzorging is de uitkomst van een kleinschalig zorgvernieuwend déélproject ELC Levinas.

De projectopzet leest u in bijlage 7. Het betreft een plan rond de inzet van geestelijk verzorgers - welke een afspiegeling vormen van de bewoners in Kralingen - in het GC Levinas.

De doelstelling van dit project werd als volgt geformuleerd : een vernieuwend zorgaanbod te realiseren, als antwoord op de levensvragen binnen een multiculturele woon/werkgemeenschap/wijk.

Door de inzet van geestelijk verzorgers – een evenredige vertegenwoordiging van de multiculturele bewonersgroep in Kralingen- werd de uiteindelijke werkdoelstelling. Vanuit de filosofie van Levinas, mensen aanspreken op hun eigen krachtbronnen en verantwoordelijkheden. De behoeften van de totale mens: het héle wezen dat in de zoektocht naar kwaliteit van leven, in genieten  n lijden, een hulpaanbod vraagt, waarin het geestelijk aspect een belangrijk onderdeel vormt

Bovendien de huisartsen en andere eerstelijnszorgverleners ontlasten van levensvragen, die om veel tijd en specifieke aandacht vragen. Daarbij door het aanbod van geestelijke verzorging binnen ELC Levinas de hulpverleners de mogelijkheid te bieden in uitwisseling van beider deskundigheid zelf de groei door Levinas ingezet, te blijven realiseren. (de dialoog!)

De doelgroep: de Kralingse, multiculturele gemeenschap.

Het spreekuur geestelijke verzorging

Om dit te concretiseren is een scholings- en intervisie plan gemaakt door Reliëf voor de geestelijk verzorgenden die, zoals we nu aannemen, voorlopig 1x per week een nog nader te bepalen dagdeel, eerst in het verpleeghuis Pniël en later in het GC Levinas aanwezig zullen zijn om geconsulteerd te worden door zorgvragers en (eerstelijns)zorgverleners.

De insteek is dat deze geestelijk verzorgenden regionaal, onafhankelijk van hun denominatie, een intake van de geboden vragen zullen doen.

Het streven is om na een eerste scholing en afstemming begin 2009 daadwerkelijk met het spreekuur te beginnen. De opstart wordt ondersteund door middel van intervisie onder leiding van Mw Corry van Straten van Reliëf.

Bijlage 1. Verbetering van de zorg voor patiënten met COPD

Praktijk Baar & Van der Does

Na scholing in het **Kroonluchterprotocol** (N.Chavannes), met informatie uit van **Snijdende lijnen** (N.Chavannes en H. in 't Veen) en de **NHG standaard COPD** zijn afspraken gemaakt met B. Mennema, longarts Havenziekhuis, W. van den Oever fysiotherapeut, J. Van Teeffelen, diëtiste en de STAR met als doel diagnostiek en monitoring van de patiënten met COPD.

De samenvatting van gemaakte afspraken ziet u in bijgaand stroomdiagram(bijlage ..) en uitleg van de afspraken rond de zorgroutes(bijlage ..).

Begin 2007 is ism *GlaxoWellcome* afgesproken om een enquête toe te sturen aan de door ons geruiterde COPD patiënten(~40) en aan een oproepbestand geselecteerd op ATC- code en leeftijd > 45 jaar, waarbij het volgende medicatie gebruik gedurende laatste jaar, ic vanaf 1-1-2006:

Kort werkende β -mimetica	R03AC	Salbutamol Terbutaline Fenoterol	R03AC02 R03AC03 R03AC04
Inhalatiesteroiden	R03BA	Beclomethason Budesonide Fluticason	R03BA01 R03BA02 R03BA05
Lang werkende β -mimetica	R03AC	Salmeterol Formoterol	R03AC12 R03AC13
Anticholinergica	R03BB	Ipratropium	R03BB01
Antileukotriënen	R03DC	Montelukast	R03DC03
Combinatie preparaten	R03AK	Seretide Symbicort	R03AK06 R03AK07

In totaal is aan 129 patiënten een enquête gestuurd.

Op basis van teruggestuurde enquêtes zijn personen ingedeeld in een groep met code rood: veel klachten en een groep met code groen:weinig klachten
De groep die niet reageerde op de toegestuurde enquête is behoorlijk groot (44/129). De verwachting is dat hier zeker nog een aantal COPD patiënten onder te vinden zijn.

Van de groep die wel gereageerd heeft zijn alle patiënten inmiddels eenmaal door de POH gezien, tenzij ze al onder behandeling waren van de longarts (25).

De patiënten met de meeste klachten(code rood), zijn allen in 2007 gezien en, op twee na, nog een tweede keer in 2008, zoals vastgelegd in de zorgroutes. Drie van deze groep patiënten zijn al na de eerste screening verwezen naar de longarts. Hiermee komt het totaal van bij de longarts behandelde patiënten met COPD op 28. Bij de tweede screening is één patiënt van zorgroute 2 naar 3 gegaan.

In 2008 is de last van de screening gedeeld door onze POH en de afdeling spirometrie van de STAR. Het is op die manier gelukt om, op drie na, ook bij alle patiënten met code groen een valide diagnose te stellen en een daarop toegesneden zorgroute aan te bieden. Uit deze groep zijn uiteindelijk 3 patiënten niet voor screening gekomen en bleken er totaal 15(7 +8) astma te hebben.

	2007	07	07	07	2008	08	08	08	08	
	129 enquêtes	ZR1	ZR2	ZR3	rest	ZR1	ZR2	ZR3	astma	geen reactie
Longarts	25	25				28				
POH	code rood 14	3	5	6			3(1)	6(1)		
	code groen 44				26		2	17	7	0
STAR					18		2	5	8	3
overigen	44 geen reactie 2 astma									

*Resultaten screening en monitoring COPD uitgedrukt in toegekende zorgpaden
POH= Praktijk Ondersteuner Huisarts, STAR= Stichting Artsenlaboratorium
ZR=zorgroute, (x)= aantal geen 2^e screening*

Ons streven om eind 2008 voor 80% van de patiënten met beantwoorde enquêtes en code groen een classificatie volgens Gold en een indeling in een zorgpad te hebben is met 41 van de 44, 93%, ruim gehaald.

De planning om 80% van de reeds in 2007 gescreende patiënten met code rood nogmaals te screenen volgens toegekende zorgroute is met 9 van de 11, 82%, ook geslaagd.

Begin 2009 worden 28 patiënten gevolgd volgens zorgroute 1, $8(3(1)+2+2)$ volgens zorgroute 2 en $29(6(1)+17+5)$ volgens zorgroute 3. zoveel haakjes en tussen haakjes, wat betekent dit?

Naast de onderzoeken op basis van de enquête zijn er ook toenemend patiënten gezien op grond van klachten die zij bij spreekuur bezoek melden.

Voor de totale groep (instroom uit enquête en middels casefinding) zijn over 2008 de volgende data beschikbaar:

PIG*	Gold 0/ astma	Gold 1	Gold 2	Gold 3	Gold 4
Totaal aantal	32	17	19	6	0
Aantal Prednison < 50 dg	0	1(6%)	7(37%)	1(17%)	0
Aantal in FT beweegprogramma	0	1(6%)	1(5%)	1(17%)	0
Aantal met bronchusverwijders	31(97%)	5(30%)	17(89%)	5(83%)	0
Aantal ZH opnames	0	0	1(5%)		0

**PIG=PrestatieIndicatoren Gezondheidscentra*

Praktijk Hohmann & De Vet

Door gebrekkige digitalisering van gegevens van de vorige huisarts is er maar een beperkt resultaat van de zoekactie als boven beschreven geweest.

Dit heeft geresulteerd in een dertigtal verstuurdde enquêtes.

Daarnaast heeft de praktijk zich met name ingespannen om door middel van casefinding COPD-patiënten op te sporen.

Op deze manier heeft de POH in 2 jaar tijd ruim 60 patiënten van 40+ gezien voor spirometrie. Van deze personen hebben 35 een valide diagnose COPD.

De gold-waardes van deze COPD-patiënten waren op dit moment nog niet te achterhalen. Reden hiervoor is dat in de eerste periode na de overname van de praktijk prioriteit is gegeven aan de zorg en er pas nu ruimte is voor optimalisering van de verslaglegging.

De Star heeft 11 (10 groen, 1 rood) patiënten gescreend: 1 is niet verschenen, 1 bleek normaal, 2 bleken astma te hebben, 5 gold 2 (1 onder behandeling bij de longarts), 2 gold 1 (1 rood)

2007 & 2008	07/08	07/08	07/08	07/08	07/08	07/08	07/08	
	30enquêtes	casefinding	ZR1	ZR2	ZR3	COPD	astma	geen reactie
Longarts	1			2		2		
POH		60				35		
STAR	code rood 1				1	2		
	code groen 10		0	4		4	2	1

Er is door deze duopraktijken een plan gemaakt voor een gezamenlijke NHG-accreditatie. De data-verzameling daarvoor is nu in volle gang. De het vervolg van verbetering van monitoring en behandeling van Astma en COPD zal afhangen van de evaluatie van de door de NHG geformuleerde data-set.

levinas
zorg voor welzijn

COPD-PAD

- gescreende patiënt
rood oranje groen
- (ex)rokers > 40 jaar
- nieuwe patiënten

POH spirometrie
MRC
BMI
Stop met roken!

beoordeling huisarts
FEV1/FVC < 70%

FEV1 > 80%
mild COPD
(Gold 0-1)

zorgroute 3

FEV1 < 80%

< 9% pred.

COPD ??

>> 4 weken
krachtig behandelen

reversibiliteitstest

> 9% pred.

astma

behandelen

FEV1 < 50%

dd: cor pulmonale

POH spirometrie

huisarts

FEV1 50-80%

FT: Gmwt

Die: BMI
VvMI

dd: cor pulmonale

huisarts

FEV1 50-80% matig
COPD (Gold 2)
Bode < 5

zorgroute 2

onduidelijk of
FEV1 < 50% pred

inventarisatie consult
longarts

FEV1 50-80%
ernstig COPD
(Gold 2)
Bode > 5

FEV1 30-50%
ernstig COPD
(Gold 3)

FEV1 < 30%
zeer ernstig COPD
(Gold 4)

longarts

zorgroute 1

2e lijn

< 50jr
> 2 exac/jr
snel progressief

22-04-2009

zorgroute 1

- Gold 3 (instabiel), 4 en indien Bode index >5
- longarts is hoofdbehandelaar
- 1-2x per jaar consult bij longarts/LVPK
- longarts en huisarts hebben overleg

zorgroute 2

- Gold 2 (instabiel) en 3 (stabiel)
- huisarts is hoofdbehandelaar
- altemnerend controle
 - ene jaar huisarts/POH(met FEV1 meting)
 - andere jaar longarts/LVPK
- huisarts en longarts hebben overleg

zorgroute 3

- Gold 1-2 (stabiel)
- huisarts is hoofdbehandelaar
 - 1x per jaar consult bij POH(met FEV1 meting)
 - 1x per jaar bij de huisarts
 - stop met roken programma via LVPK of POH
 - dieetadviezen
 - meer bewegen, conditie verbetering via fysio
- Gold 0-1 (instabiel)
- huisarts is hoofdbehandelaar
 - 1x per jaar consult bij POH(met FEV1 meting)
 - 1x per jaar bij de huisarts

Bijlage 2: Zorgpad voor patiënten met diabetes mellitus type 2

1. Doelgroep: % patiënten van de totale patientengroep¹ van het Eerstelijns Gezondheidscentrum Levinas waarop het behandelpad betrekking heeft:
 - 2,75 % (aantal patiënten is 212).
2. Doel van de implementatie van het behandelpad:
 - Kwalitatieve doelstellingen;
 - streven naar bewustwording en zelfmanagement van patiënten;
 - intensiteit van de zorg afstemmen op de ernst van de ziekte (risicomanagement);
 - leveren van geprotocolleerd maatwerk;
 - monitoring van en uitvoeren kwaliteitscycli in diabeteszorg.
 - Kwantitatieve doelstellingen:
 - % patiënten met HbA1c lager dan 7,0 %;
 - % patiënten met HbA1c lager dan 8,5 %;
 - % patiënten systolische bloeddruk lager dan 140;
 - % patiënten LDL lager dan 2,5;
 - % patiënten LDL lager dan 3,5.
3. Resultaten van de implementatie van het behandelpad:
 - Kwalitatieve resultaten:
 - mee gaan doen aan het behandelpad is voor nieuwe patiënten vanzelfsprekend;
 - %-age patiënten met de combinatie van gegevens op de volgende indicatoren: HbA_{1c}, bloeddruk, lipidenprofiel, nierfunctie, rookgedrag, BMI, voetonderzoek en oogonderzoek.
 - Kwantitatieve resultaten:
 - 75 % patiënten met HbA1c is lager dan 7,0 %;
 - 95 % patiënten met HbA1c is lager dan 8,5 %;
 - 50 % patiënten systolische bloeddruk lager dan 140;
 - 60 % patiënten ldl lager dan 2,5;
 - 80 % patiënten ldl lager dan 3,5;
4. Hoofdpunten van de werkwijze:
 - Betrokken disciplines: huisartsen en POH, diëtiste, fysiotherapie, apotheek (medicatiebewaking) en STAR;
 - Model zorgproces van Stichting Ketenzorg Rotterdam wordt gevolgd:
 - diagnose stellen door huisarts; aanmelden patiënt door POH bij STAR;
 - oproepen door STAR voor driemaandelijks en jaarlijks bloed- en urineonderzoek; i.p. jaarlijkse fundusfotografie; z.n. eenmalig ECG (indien geen ECG in dossier dat jonger is dan twee jaar)
 - educatie tijdens de intakefase door POH en diëtiste;
 - afsluitend consult intakefase door huisarts;
 - instelfase met kortere intervallen, diëtist/fysiotherapeut; POH/huisarts;
 - behandeling in 3-maandelijkse cyclus door huisarts en POH, apotheek, diëtiste, fysiotherapeut;
 - zo nodig terugkeer naar instelfase;

¹ Totaal aantal patiënten van de huisartsen van EGC Levinas: ± 7.700

- zo nodig verwijzing of eenmalig consult internist in overleg tussen huisarts en internist;
- ander mogelijke verwijzingen naar podotherapeut, dermatoloog, chirurg;
- jaarconsult door huisarts en POH.

5. Meetwijze resultaten van het behandelpad:

- Er worden zo veel mogelijk bestaande meetwaarden uit de NHG-codetabel gebruikt. Deze zijn voorgedefinieerd in het HIS. Deze worden op een handige manier samengevoegd in sjablonen om snel te kunnen invullen tijdens het consult. Alleen dan kan monitoring en rapportage plaatsvinden zoals de verzekeraar dat verlangt (op zorggroepniveau);
- Zorgparameters waarover gerapporteerd wordt (de Diabetesindicatoren van NHG/LHV/HIS-leveranciers):

Eerste toelichting

Bij de eerste vijf indicatoren (1-5) wordt in de *teller* het aantal patiënten gevraagd dat aan een bepaalde voorwaarde voldoet. De *noemer* bestaat uit de omvang van de (praktijk-/zorggroep-)populatie aan het einde van de rapportageperiode.

Bij alle indicatoren gaat het om alle patiënten met diabetes mellitus (IPCI T90). Er wordt hier geen onderscheid gemaakt in DM type 1 (IPCI T90.01) en DM type 2 (IPCI T90.02). Bij twee indicatoren gaat het om de verdeling type 1 en type 2 in de groep diabetespatiënten. Het is daarom wel van belang om bij de registratie van diabetespatiënten het onderscheid te handhaven.

Indicator 4 heeft betrekking op het totaal aantal diabetespatiënten *onder behandeling in de eerste lijn* (hiervoor bestaat een officiële NHG-labcode: 'Hoofdbehandelaar DM2, keuzes: [1] huisarts; [2] specialist; [3] overig/onbekend) in verhouding tot het *totaal aantal* diabetespatiënten in de praktijkpopulatie.

Indicator 5 heeft betrekking op het aantal diabetespatiënten waarover in de daaropvolgende indicatoren wordt gerapporteerd.

Indicatoren over de gehele praktijkpopulatie

1. %-age bekende diabetespatiënten (eerste en tweede lijn) in de praktijkpopulatie (noemer is praktijkpopulatie)
2. %-age diabetespatiënten type 1 van alle bekende diabetespatiënten (eerste en tweede lijn) in de praktijkpopulatie (noemer is bekende diabetespatiënten)
3. %-age diabetespatiënten type 2 van alle bekende diabetespatiënten (eerste en tweede lijn) in de praktijkpopulatie (noemer is bekende diabetespatiënten)
4. %-age van alle diabetespatiënten dat in de eerste lijn wordt behandeld (definitie: huisarts is hoofdbehandelaar) van alle bekende diabetespatiënten (noemer is bekende diabetespatiënten)
5. %-age van alle diabetespatiënten dat in de eerste lijn wordt behandeld (definitie: huisarts is hoofdbehandelaar) van alle bekende diabetespatiënten én 12 maanden of meer ingeschreven is aan het einde van de rapportageperiode (noemer is bekende diabetespatiënten). Dit is de populatie waarover via de indicatoren hieronder over wordt gerapporteerd.

Tweede toelichting

Indicatoren 6 t/m 30 hebben betrekking op alle diabetespatiënten van wie de huisarts hoofdbehandelaar is en die 12 maanden of meer zijn ingeschreven.

Indicatoren 6 t/m 30 hebben betrekking op het handelen in een rapportageperiode van 12 maanden, tenzij anders aangegeven.

HbA_{1c}

6. %-age diabetespatiënten bij wie HbA_{1c} is bepaald
7. %-age diabetespatiënten met HbA_{1c} onder de 7,0 %
8. %-age diabetespatiënten met HbA_{1c} boven de 8,5 %

Bloeddruk

9. %-age diabetespatiënten bij wie de bloeddruk is bepaald
10. %-age diabetespatiënten met systolische bloeddruk lager dan 140 mm Hg

Lipidenprofiel

11. %-age diabetespatiënten bij wie lipidenprofiel (totaal cholesterol, triglyceriden, HDL en LDL) is bepaald
12. %-age diabetespatiënten met totaal cholesterolwaarde lager dan 4,5 mmol/l.
13. %-age diabetespatiënten met LDL-cholesterolwaarde lager dan 2,5 mmol/l
14. %-age diabetespatiënten dat een lipidenverlagend medicament (bijv. statine) gebruikt

Nierfunctie

15. %-age diabetespatiënten bij wie de kreatinineklaring is berekend of bepaald
16. %-age diabetespatiënten met een (berekende) kreatinineklaring tussen 30 en 60 ml/min
17. %-age diabetespatiënten met een (berekende) kreatinineklaring lager dan 30 ml/min
18. %-age diabetespatiënten met urineonderzoek op albumine of albumine/kreatinine-ratio

Roken

19. %-age diabetespatiënten waarvan het rookgedrag bekend is
20. %-age patiënten dat rookt

BMI

21. %-age diabetespatiënten bij wie de Body Mass Index bekend is
22. %-age diabetespatiënten bij wie de Body Mass Index lager is dan 25 kg/m²

Voetonderzoek

23. %-age diabetespatiënten bij wie voetonderzoek is verricht
24. %-age patiënten met diabetische voetafwijkingen (bevindingen voetonderzoek afwijkend bij laatste controle)

Oogonderzoek

25. %-age diabetespatiënten met een funduscontrole in de afgelopen 24 maanden
26. %-age diabetespatiënten met diabetische retinopathie

Behandeling

27. %-age patiënten alleen **niet**-medicamenteus behandeld (lifestyle en/of dieet)
28. %-age patiënten medicamenteus alleen behandeld met orale antidiabetica
29. %-age patiënten medicamenteus behandeld met orale antidiabetica en insuline
30. %-age patiënten medicamenteus alleen behandeld met insuline

Totaal controlebeleid

31. %-age patiënten met de combinatie van gegevens op de hierboven telkens als eerste genoemde procesindicatoren (HbA_{1c}, bloeddruk, lipidenprofiel, nierfunctie, rookgedrag, BMI, voetonderzoek en oogonderzoek)

Derde toelichting

Outcome-indicatoren berekenen over de hele groep diabetespatiënten (dwz. de diabetespatiënten waar de huisarts hoofdbehandelaar is en die 12 maanden of langer zijn ingeschreven); dus niet over de subgroep waarvan de specifieke gegevens bekend zijn Vb. "rokers/diabetespatiënten" en **niet** "rokers/diabetespatiënten met bekende rookstatus".

Alle outcome-indicatoren hebben ook een overeenkomstige procesindicator. De uitkomst van de procesindicator geeft de context voor de interpretatie voor de bijbehorende outcome-indicator.

- Specifieke behandelparameters voor Levinas Zorgpad DM-2:
 - aantal naar diëtiste fysiotherapeut verwezen deelnemers;
 - aantal voor bewegingsadvies naar fysiotherapeut verwezen deelnemers;
 - afname middelomtrek en BMI;
 - aantal naar internist verwezen deelnemers en om welke redenen (glykemische controle, dyslipidemie, bloeddruk, nierfunctie, co-morbiditeit);
 - berekening SCORE risicofunctie ongeacht cardiovasculaire voorgeschiedenis;
 - redenen om geen statine te gebruiken indien wel geïndiceerd;

6. Welke kosten zijn er aan het zorg/behandelpad verbonden: per patiënt per jaar.nvt

Bijlage 3: Behandelpad patienten met psychosociale problematiek

1. Doelgroep: % patiënten van de totale patientengroep² van het Eerstelijnscentrum Levinas (ECL) waarop het behandelpad betrekking heeft:
 - Nivel 2006³:
 - 8% van burgers heeft minstens 1 psychische diagnose;
 - 2% van burgers heeft minstens 1 sociale diagnose.
 - BAVO-RNO Rotterdam - wijk Kralingen-Crooswijk (51.510 inwoners⁴):
 - 15% bewoners heeft psychosociale problematiek (7.727 bewoners).
2. Doel van de implementatie van het behandelpad:
 - Kwalitatieve doelstellingen:
 - een sterke 1^{ste} lijn: zorgverleners werken op structurele wijze met elkaar samen. Via een duidelijke taakverdeling tussen beroepsbeoefenaren wordt de juiste zorg op het juiste moment en op de juiste plaats geleverd. Gestreefd wordt om psychosociale stoornissen in de 1^{ste} lijn te behandelen waar dat mogelijk en verantwoord is en anders gericht te verwijzen naar de 2^{de} lijns GGZ;
 - gerichte verwijzing: door consultatiegever/SPV'er uit de 2^{de} lijns GGZ naar 2^{de} lijns GGZ.
 - tijdelijke ondersteuning door 1^{ste} lijns GGZ indien een patiënt naar de 2^{de} lijn wordt doorverwezen en daar met een wachtlijst te maken krijgt.
 - Kwantitatieve doelstellingen:
 - steeds meer zal gestreefd worden naar kortdurende psychosociale behandelingen. Het opnemen van kortdurende psychosociale behandelingen in het basisverzekeringspakket zal de toegankelijkheid tot de 1^{ste} lijns GGZ aanzienlijk verbeteren;
 - verminderen van verwijzingen naar de 2^{de} lijns GGZ: gestreefd wordt om psychosociale stoornissen in de 1^{ste} lijn te behandelen waar dat mogelijk en verantwoord is en anders gericht te verwijzen naar de 2^{de} lijns GGZ;
 - laagdrempeligheid;
 - toegankelijkheid, dus korte wachtlijst.
3. Resultaten van de implementatie van het behandelpad:
 - Kwalitatieve resultaten:
 - onnodige verwijzingen voorkomen;
 - zorgen dat de patiënten in de voor hen meest effectieve behandelconfiguratie terecht komen;
 - Kwantitatieve resultaten:
 - vermindering van onnodige 2^{de} lijns verwijzingen;
 - verkorten van de behandelduur;
 - verlagen % "draaideur" patiënten.
4. Hoofdpunten van de werkwijze:
 - Preventie:
 - milde psychosociale zorg voor 1^e lijn; behandeling van patiënten met:

² Totaal aantal patiënten van de huisartsen van EGC Levinas: ± 7.700

³ Nivel 2006, MJ Emmen, PFM Verhaak: Rapport monitoring van capaciteit, hulpverlening en patientenstromen in de eerstelijns GGZ

⁴ Bron: Praktijkplan Hoed Kralingen 2006

- ‘parkeer problematiek’ in de 2^{de} lijn;
 - depressieve klachten;
 - surmenage;
 - angststoornissen;
 - burn-out;
 - sociale problematiek;
 - life events;
 - chronische psychosociale problematiek.
 - verslavingszorg met name alcoholproblematiek;
 - inzet allochtone zorgconsulent bij allochtone cliënten (conform NOAGG project Rotterdam Zuid) bij somatisatie;
 - milde psychosociale zorg voor kinder- & jeugdproblematiek bij ADHD; werkwijze:
 - screening ADHD;
 - kortdurende begeleiding en behandeling ook van ouders.
 - Behandeling:
 - GGZ SPV-er 1^{ste} lijn:
 - diagnostiek en onderzoek (OZ);
 - kortdurende behandeling (5 gesprekken).
 - GGZ Psycholoog 1^{ste} lijn:
 - diagnostiek en OZ;
 - kortdurende behandelingen (maximaal 10 gesprekken).
 - AMW:(±15- 20 gesprekken)
 - diagnostiek en OZ ;
 - korte begeleiding;
 - leun en steuncontacten;
 - indien nodig: bevorderen zelfredzaamheid;
 - indien nodig: patiënt in laten stromen in Project Huiselijk Geweld.
 - Fysiotherapie
 - Overleg:
 - maandelijkse voortgangsbesprekingen van participanten waar patiënten besproken worden.
5. Meetwijze resultaten van het behandelpad:
- patiënten in behandelpad krijgen een zogenaamde “ruiter” (worden gemarkeerd) in het huisartsendossier;
 - eenmaal per jaar evaluatie van deze patiënten in een jaarlijkse vergadering a.d.h.v. nog te ontwikkelen vragenlijst.
6. Welke kosten zijn er aan het zorg/behandelpad verbonden: per patiënt per jaar.
Nvt

Bijlage 4: Behandelpad volwassen obesitas patienten

1. Doelgroep: % patiënten van de totale patientengroep⁵ van het Eerstelijns Gezondheidscentrum Levinas (EGCL) waarop het behandelpad betrekking heeft:
 - Behandelpad 1: bij ± 41 % patiënten overgewicht⁶ (BMI ≥ 25 bij 3.157 patiënten);
 - Behandelpad 2: bij ± 9 % patiënten ernstig overgewicht⁷ (BMI ≥ 30 bij 693 patiënten).
2. Doel van de implementatie van het behandelpad:
 - Kwalitatieve doelstellingen:
 - risico op achteruitgang gezondheid bij multiple pathologie verlagen;
 - verbetering gezondheid;
 - mens wordt als totaal gezien.
 - Kwantitatieve doelstellingen:
 - 5 % gewichtsverlies in 3 maanden;
 - 10 % gewichtsverlies in 6 maanden;
 - verbeteren van welbevinden;
 - verbeteren van 6 minuten looptest.
3. Resultaten van de implementatie van behandelpad 1 en 2:
 - Kwalitatieve resultaten:
 - welbevinden is toegenomen.
 - Kwantitatieve resultaten:
 - gewicht is in 3 maanden 5 % lager;
 - gewicht is in 6 maanden 10 % lager;
 - resultaat looptest is verbeterd;
 - taille-omvang mannen: < 94 cm;
 - taille-omvang vrouwen: < 80 cm).
4. Hoofdpunten van de werkwijze⁸:
 - Behandelpad 1 (bij patiënten met BMI 25 tot en met 25,9):
 - 4 consult-uren POH/diëtist (dieetadviezen);
 - consult/behandeling fysiotherapeut (bewegingsadviezen);
 - consult/behandeling SPV/psycholoog (gedragsadviezen);
 - bij hoog risico-patiënt (multiple pathologie) en onvoldoende resultaat (gewichtsafname): mogelijk adjuvante farmacotherapie.
 - Behandelpad 2 (bij patiënten met BMI ≥ 30):
 - 4 consult-uren diëtist (dieetadviezen);
 - consult/behandeling fysiotherapeut (bewegingsadviezen);
 - consult/behandeling SPV/psycholoog (gedragsadviezen);
 - bij onvoldoende resultaat (gewichtsafname): mogelijk adjuvante farmacotherapie;
 - bij onvoldoende resultaat (gewichtsafname): mogelijk bariatrische chirurgie.

⁵ Totaal aantal patiënten van de huisartsen van EGC Levinas: ± 7.700

⁶ Bron: Gezondheidsenquête 2005 GGD Rotterdam e.o.

⁷ Bron: Gezondheidsenquête 2005 GGD Rotterdam e.o.

⁸ Conform Behandelkaart Overgewicht bij volwassenen (Zelissen, Mathus-Vliegen)

5. Meetwijze resultaten van behandelpad 1 en 2:
 - Periodieke gewichtmeting;
 - Onderzoek welbevinden (vragenlijst; nul- en eindmeting);
 - Looptest;
 - Meting taille-omvang.
6. Kosten verbonden aan het zorg/behandelpad: per patiënt per jaar.
Nvt

Bijlage 4b: Evaluatie Multidisciplinaire behandeling Obesitas

Van de 27 aanmeldingen die binnen zijn gekomen vanuit de dokterspraktijken Hohman & de Vet en CH Baar-Poort & dr.FEE van der Does zijn 13 patiënten gestart met een voor hen gepaste behandeling.

Geen van deze 13 patiënten kwam in aanmerking voor een behandeling bij zowel diëtiste, fysiotherapeute als SPVer.

9 van deze 13 patiënten is tot op heden nog onder behandeling bij de diëtiste en 4 hiervan zijn ook onder behandeling bij de SPVer.

1 patiënt werd alleen gezien door de fysiotherapeute. Onduidelijk is of deze nog steeds onder behandeling is. Dit mede door het ontbreken van een inzage in het dossier van deze desbetreffende patiënt.

Doelstelling van 5% gewichtsverlies in 3 maanden is slechts door 1 patiënt gehaald.

- Het werven van patiënten voor deelname aan het Zorgpad door de assistente of POH:
Er zou een betere informatievoorziening moeten zijn over het zorgpad. Door de patiënt een vragenlijst te laten invullen, worden de verwachtingen en de motivatie van de patiënt duidelijk (zie bijlage). Ook is de eigen bijdrage voor veel mensen niet duidelijk. Voor tenminste drie patiënten reden om niet door te gaan met de behandeling. De ingevulde formulieren kunnen worden behandeld tijdens de screening.
- De folder is aangepast, psychiatrisch verpleegkundige bleek voor tenminste twee patiënten reden te zijn om niet aan de multidisciplinaire behandeling deel te nemen. Deze benaming bleek af te schrikken.
- Tijdsfasering: 20 min. blijkt te krap, voorstel 30 minuten. Dit komt neer op 6 patiënten per carrousel 's ochtends met afsluitend een overleg met de desbetreffende disciplines of 12 patiënten over de gehele dag met afsluitend een overleg met de desbetreffende disciplines.
- Dossierbeheer: Gezien het feit dat de dossiers van de patiënten niet op één locatie door de verschillende disciplines kunnen worden ingezien, is het voorstel dat er op de HRC site de mogelijkheid komt om bij de desbetreffende patiënten door de verschillende disciplines informatie kan worden ingelezen dan wel bijgeschreven. Deze mogelijkheid wordt gerealiseerd. Op deze manier kunnen deelnemers aan het zorgpas beter
- Structureel meten van de bloeddruk, polsfrequentie, lichaamsvet, lengte, gewicht, nuchter glucose en cholesterol bij aanvang van de behandeling. De diëtist krijgt het bloedprikformulier en ook voor het volgende meetmoment na 3 maanden. De rapportage van de STAR gaat naar de huisarts en een kopie naar de diëtist.

Nr	Patiënt	BMI	Geb. dat.	Resultaten
1.			27-03-1937	Hebben na afspraak gemaakt te hebben toch afgebeld. "vinden de psychiatrisch verpleegkundige toch wat te veel van het goede".
2.			01-11-1935	Idem
3.		30	23-12-1934	Alleen diëtiste. Dossier is afgesloten, omdat mevr. Niet afviel. Heeft veel last van Hypo's en gaat dan snoepen. "ik ben gewoon een zoetekauw".
4.			16-05-1993	Telefonisch niet kunnen bereiken, na versturen van brief tevens geen reactie. Staat wel al onder behandeling bij Health Risk Control.
5 X		33	05-04-1954	Onder behandeling bij diëtiste en SPVer, is 8 kilo afgevallen sinds start behandeling. Gaat heel goed!
6.			30-05-1953	Had toch geen interesse
7.			20-10-1972	Fysio hoofdbehandelaar. Wil eerst bewegen aanpakken. Nog onder behandeling?
8.		28.7	15-08-1962	Is gestopt met de behandeling omdat het haar eigen bijdrage kostte, is van plan zelf te gaan sporten.
9.		25.6	07-09-1939	Dhr. blijkt niet in aanmerking te komen voor een multidisciplinaire behandeling. Meneer wil graag in een groepje sporten voor de sociale contacten en wil graag nog 5 kilo afvallen. Afgesloten in goed overleg.
10.			16-08-1950	Had toch geen interesse
11.			22-08-1950	Kon niet op de dinsdag
12.X		35.8	01-02-1949	Onder behandeling bij SPVer en diëtiste, mevr. Is 3 ½ kilo afgevallen na start behandeling. BMI 34.6
13.			26-12-1962	Wilde geen eigen bijdrage betalen.
14.		30	22-04-1952	dhr. denkt zelf last te hebben van ADHD, nooit voor behandeld, maar zijn zoon is er wel bekend mee. Dorrie Winkler heeft dhr. Info gegeven over ADHD. Dossier is afgesloten.
15.X		28.3	08-08-1946	Alleen behandeling diëtiste. Niet afgevallen sinds start behandeling
16.		32	20-10-1955	Komt niet in aanmerking voor behandeling bij SPV of fysio en is al onder behandeling bij diëtist in Schiebroek.

CH Baar-Poort & dr.FEE van der Does

Nr	Patiënt	BMI	Geb. dat.	Resultaten
17.X		29.6	05-01-1961	Behandeling alleen bij diëtiste. Is de laatste paar keer niet komen opdagen. Zegt zelf te bellen voor een nieuwe afspraak. 28-10-08 laatste consult geweest.
18.		34	12-09-1958	Motivatie en vertrouwen erg laag. Eventueel alleen behandeling bij diëtiste, mevr. Heeft geen vervolgspraak gemaakt.
19.X		37	02-11-1957	Diëtiste en SPVer: vaak niet verschenen zonder af te bellen. Één keer geweest.
20.X		35	12-03-1951	Alleen onder behandeling bij diëtiste. 2 kilo afgevallen sinds start behandeling.
21.X		31	16-11-1987	Alleen behandeling bij diëtiste, wil graag begeleid worden bij het aanwennen van een beter eetpatroon. 2 kilo afgevallen sinds start behandeling.
22.		26	14-11-1944	Alleen diëtiste. Wil het verder zelf proberen "het is maar een paar kilo, dat kan ik ook alleen". Behandeling in goed overleg beëindigd.
23.X		35	16-04-1949	Diëtiste en SPVer. 0,5 kilo afgevallen sinds start behandeling.
24.			22-01-1935	Meneer is meegegaan, omdat zijn vrouw dat wilde, ondervindt zelf geen hinder van overgewicht en is niet gemotiveerd om iets aan het overgewicht te doen, ondanks waarschuwen van het gevaar van vet in de buikholte.
25.X		29	02-11-1942	Behandeling alleen bij diëtiste. In dec. 2008 voor 2 maanden naar Portugal. Mevr. Lust graag een wijntje met een toastje en geniet daar ook erg van. Belt zelf voor een nieuwe afspraak.
26.X		27	21-12-1956	Behandeling alleen bij diëtiste. Heeft arm gebroken, belt zelf eventueel weer voor nieuwe afspraak. Mevr. Is 1 kilo afgevallen sinds start behandeling.
27.X		35	08-08-1962	Diëtiste en SPVer. Is één kilo aangekomen, sinds start behandeling.

Deel 1: Vragenlijst deelname multidisciplinaire behandeling bij overgewicht

Waarom afvallen?

Wat kunnen voor u redenen zijn om af te willen vallen?

-
-
-

Wilt u starten?

U beslist of u wilt starten met het aanpakken van overgewicht. De volgende vragen zijn bedoeld om u te helpen bij het maken van deze beslissing. Beantwoord de vragen en bespreek uw antwoorden met uw huisarts of praktijkondersteuner.

Wat vindt u van uw gewicht?

-

Ervaart u gezondheidsklachten van uw gewicht? Zo ja welke?

-

Zou u willen afvallen?

- ☐ Ja
- ☐ Misschien
- ☐ Nee, (nu) niet

Afvallen gaat niet vanzelf, het kost veel energie, wilt u die energie erin steken?

- ☐ Ja
- ☐ Misschien
- ☐ Nee, (nu) niet

Heeft u vaker geprobeerd af te vallen? Zo ja, hoe ging dat?

-
.....

Denkt u dat het u zal lukken om af te vallen, heeft u er vertrouwen in?

Waarom wel/niet?

-
.....

Wilt u starten met de behandeling van overgewicht?

- ☐ Ja
- ☐ Misschien
- ☐ Nee, (nu) niet

Deel 2: Vragenlijst deelname multidisciplinaire behandeling bij overgewicht
Bepalen van doelstelling of streefgewicht
Beantwoord de volgende vragen:

Hoeveel zou u af willen vallen?
..... kg.

Wanneer wilt u dit gewicht bereikt hebben?
.....

Hoeveel kilo verwacht u af te kunnen vallen in de komende maand?
.....kg.

En in het komende half jaar?
.....kg.

Ter voorbereiding
Beantwoord de volgende vragen:

Wat denkt u dat de oorzaak van uw overgewicht is?
.....

Wat zal uw omgeving (uw partner, kinderen, broers/zussen, vrienden etc.) ervan vinden als u gaat proberen om af te vallen?
.....

Denkt u dat u omgeving u zal gaan helpen/ondersteunen?

- ☐ Ja
- ☐ Misschien
- ☐ Nee, (nu) niet

Denkt u dat het lukt om af te vallen?

- ☐ Ja
- ☐ Misschien
- ☐ Nee, (nu) niet

Waarom wel/niet?
.....

Wat verwacht u dat wel eens moeilijk kan worden bij het afvallen?
.....

Heeft u al een idee hoe u het afvallen wil gaan aanpakken? Zo ja, hoe?
.....

Wat verwacht u van de (eventuele) behandelaars (diëtist/fysiotherapeute/ psychosociaal verpleegkundige)?
.....
.....

Bijlage 5: Behandelpad junioren met spraak/taalproblemen

1. Doelgroep: % patiënten van de totale patientengroep⁹ van het Eerstelijns Gezondheidscentrum Levinas (EGCL) waarop het behandelpad betrekking heeft:
 - 0,5 % (aantal patiënten is ± 39 per jaar);
 - Leeftijd junioren: 3 tot en met 8 jaar;
 - Aantal behandelingen: ± 1.000 per jaar.
2. Doel van de implementatie van het behandelpad:
 - Kwalitatieve doelstellingen:
 - snellere diagnosestelling spraakproblemen;
 - sneller behandeling.
 - Kwantitatieve doelstellingen:
 - behandeltijd korter door samenwerking met kinderfysiotherapeut.
3. Resultaten van de implementatie van het behandelpad:
 - Kwalitatieve resultaten:
 - vergroting verbaal vermogen in groepsverband (op school, op straat);
 - betere schoolresultaten.
 - Kwantitatieve resultaten:
 - TQ test (taalquotient): behandeling bij TQ tussen > 55 en < 85;
 - na 6 maanden (24 behandelingen) is de TQ bij 75 % van de junioren hoger t.o.v. de nulmeting (richtlijn: er wordt gestreefd naar verbetering van 15 punten t.o.v. nulmeting).
4. Hoofdpunten van de werkwijze:
 - Intake - TQ-test - diagnose - behandelplan;
 - 10 % Van de behandelingen wordt samen gedaan met kinderfysiotherapeut; dan ± 10 van de 24 behandelingen door kinderfysiotherapeut (sensorische integratie).
5. Meetwijze resultaten van het behandelpad:
 - TQ-test.
6. Welke kosten zijn er aan het zorg/behandelpad verbonden: per patiënt per jaar.
Nvt

⁹ Totaal aantal patiënten van de huisartsen van EGC Levinas: ± 7.700

Bijlage 6:



Verkorte versie projectplan

**SAMENWERKEN IN PALLIATIEVE ZORG IN DE
EERSTE LIJN**

De ontwikkeling en implementatie van een Zorgprogramma Palliatieve Eerstelijnszorg (ZPE) in de deelgemeente Rotterdam Kralingen-Crooswijk, teneinde de zorg voor palliatieve patiënten te verbeteren.

In opdracht van:

NETWERK PALLIATIEVE ZORG ROTTERDAM & OMSTREKEN (NPZR&o)

Zorgprogramma Palliatieve Eerstelijns Zorg Kralingen-Crooswijk

Gezondheidscentrum Levinas i.o. gelegen in de Rotterdamse deelgemeente Kralingen – Crooswijk , heeft de intentie uitgesproken de komende jaren, in samenwerking met betrokken partners binnen de deelgemeente, de kwaliteit van de zorg in de eerstelijns te verbeteren. Het project “samenwerken in de palliatieve zorg in de eerstelijns” richt zich op het verbeteren van de eerste lijns palliatieve zorg onder andere door het verbeteren van de samenwerking met andere partijen (thuiszorg en verzorgingshuizen). Het Netwerk Palliatieve Zorg Rotterdam & Omstreken ontwikkelt gezamenlijk met partijen ¹⁰het Zorgprogramma Palliatieve Eerstelijns Zorg. In een 3 jarige pilot (2008-2010) in de Rotterdamse deelgemeente Kralingen-Crooswijk zal een Zorgprogramma Palliatieve Eerstelijnszorg (ZPE) worden ingevoerd en gemonitord.

De doelstelling

De doelstelling van het zorgprogramma is *‘het verbeteren van de kwaliteit van de palliatieve zorg van patiënten en hun naasten in de eerstelijnszorg in Rotterdam Kralingen - Crooswijk’*.

Invulling van het lokale Zorgprogramma Palliatieve Eerstelijnszorg kan worden bereikt door implementatie van bestaande “evidenced based” instrumenten. Voorgaand aan de implementatie worden zorgaanbieders geïnformeerd en vindt benodigde scholing plaats. Parallel aan de implementatie vinden er twee onderzoeken plaats, waarvan één uitgevoerd door Hogeschool Rotterdam, kenniskring eerste lijn en de andere door IKR. Het doel van het onderzoek is te “meten” of de implementatie van het Zorgprogramma Palliatieve Eerstelijnszorg bijdraagt tot het een verbetering van de palliatieve zorg in de eerste lijn.

Het Zorgprogramma Palliatieve Eerstelijnszorg bestaat uit de volgende instrumenten:

1. LESA palliatieve zorg

De LESA is opgesteld door een werkgroep van het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) en door de Landelijk Vereniging van Wijkverpleegkundigen, nu V&VN Eerstelijns en geeft richtlijnen voor samenwerking tussen huisartsen en wijkverpleegkundigen bij het verlenen van palliatieve zorg.

2. Continuïteitshuisbezoeken

Het aanbieden van continuïteitshuisbezoeken door wijkverpleegkundigen aan palliatieve patiënten die al of niet (poli)klinische behandelingen ondergaan en die op het moment van aanmelding geen CIZ indicatie hebben voor verpleegkundige thuiszorg.

3. Consultatief Palliatieve Teams (CPT)

Team van deskundigen binnen de palliatieve zorg, die door andere hulpverleners uit het veld kunnen worden geconsulteerd bij vragen over patiënten in de palliatieve fase. De doelstelling is het optimaliseren van de palliatieve zorgverlening aan de individuele patiënt en diens naasten, ongeacht de plaats waar de patiënt verblijft.

4. Implementatie Zorgpad voor de stervensfase

Het zorgpad bestaat uit een checklist en suggesties met betrekking tot behandeling, verzorging en begeleiding van terminale patiënten gedurende de laatste levensdagen en is gericht op de verbetering van de organisatie en kwaliteit van de zorg. Implementatie van het zorgpad vindt plaats d.m.v. scholing en door implementatie binnen de organisaties.

Scholing

¹⁰ Betrokken partijen ; Huisartsen, Thuiszorgorganisaties, Consultatieve Palliatieve Teams (CPT's) van de gespecialiseerde palliatieve zorgvoorzieningen, Leerhuizen Palliatieve Zorg, IKR, Zorgimpuls, Hogeschool Rotterdam en omstreken kenniskring eerste lijn, Erasmus MC (Maatschappelijke Gezondheidszorg) en Achmea Zorg.

- a. Huisartsen volgen een tweedaagse cursus, aangeboden door Stichting Leerhuizen Palliatieve Zorg. De cursus “palliatieve zorg in de huisartsenpraktijk” bestaat uit scholing over het Zorgpad voor de stervensfase en behandeling van symptomen. Tevens over de organisatie van zorg, communicatie en ethiek in de palliatieve zorg.
 - b. Wijkverpleegkundigen volgen een scholing “Zorgpad voor de stervensfase” georganiseerd door het IKR. Daarnaast ondersteunt het IKR de implementatie van het zorgpad in de thuiszorgorganisatie en in de eerste lijn. Ook wordt onderzocht of implementatie van het Zorgpad in de verzorgingshuizen mogelijk is.
5. Onderzoek
- a. Hogeschool Rotterdam, kenniskring eerstelijns: Het onderzoek richt zich op de ervaringen in de samenwerking van huisartsen en verpleegkundigen in de palliatieve zorgverlening in de eerste lijn. Het onderzoek bestaat uit een 0-meting (focusgroepbijeenkomsten) tussenmeting en nameting.
 - b. IKR Geanonimiseerde gegevens van de ingevulde Zorgpaden zullen gebruikt worden voor “Benchmarking” en voor wetenschappelijk onderzoek t.b.v. van de implementatie van het zorgpad en de kwaliteit van de palliatieve zorg.

De gewenste situatie na invoering van het Zorgprogramma Palliatieve Eerstelijnszorg (ZPE) is als volgt:

1. Betrokken zorgaanbieders hebben afspraken gemaakt over verantwoordelijkheden ten aanzien van regie en onderlinge afstemming. Deze afspraken zijn gebundeld en vastgelegd in de LESA.
2. Betrokken zorgaanbieders hebben inzicht in (elkaars) (on)mogelijkheden.
 - De huisartsen bieden patiënten en hun naasten de mogelijkheid van een continuïteitshuisbezoek aan.
 - De huisartsen en verpleegkundigen consulteren na overleg met elkaar ook in een vroeg stadium het CPT.
3. Betrokken zorgaanbieders hebben een adequaat deskundigheidsniveau.
 - De huisartsen en verpleegkundigen achten zichzelf in voldoende mate deskundig aangaande het verlenen van palliatieve zorg.
 - De huisartsen hebben het scholingsprogramma over het Zorgpad gevolgd.
 - De verpleegkundigen hebben het scholingsprogramma over het Zorgpad gevolgd.
4. Betrokken zorgaanbieders hanteren uniforme verslaglegging.
5. Het onderzoek toont aan dat de implementatie van het Zorgprogramma Palliatieve Eerstelijnszorg leidt tot;
 - verbeterde samenwerking tussen huisartsen en wijkverpleegkundigen bij het geven van zorg en begeleiding aan palliatieve zorg in Kralingen- Crooswijk
 - kwaliteitsverbetering van de palliatieve zorg volgens de mening van huisartsen en wijkverpleegkundigen en verzorgingshuizen
 - vermindering van ervaren problemen van patiënten,

Vervolgprojecten

De resultaten van het ZPE worden door het Netwerk Palliatieve Zorg Rotterdam & Omstreken gebruikt voor brede implementatie van het zorgprogramma palliatieve zorg in de eerste lijn in de regio.

Bijlage 7:

projectbeschrijving

spreekuur geestelijkverzorgenden

..... zorg door ontmoeting, opdat we ons laten leiden door wat ons vermogen tot bewondering en verrukking, ons besef van het levensmysterie aanspreekt.....

Kleinschalig zorgvernieuwend déélproject ELC Levinas.
Versie dd 27-09-08 CB

Plan rond de inzet van geestelijk verzorgers - welke een afspiegeling vormen van de bewoners in Kralingen - in het GC Levinas.

Doel: een vernieuwend zorgaanbod, als antwoord op de vraag binnen een multiculturele woon/werkgemeenschap/wijk.

Uitgangspunten: vanuit de eigen culturele en spirituele beleving (patronen van gedachten en gevoelens) van mensen bestaan er verschillende opvattingen over ziekte/oorzaken/hulpzoekgedrag/ zingeving en levensbeschouwing
Migratie met aspecten rond vervreemding en verlies kan in extra mate bijdragen tot een specifieke behoefte en verwachting rond het hulpaanbod.

Doelgroep: de Kralingse, multiculturele gemeenschap:

- ouderen (een sterk groeiende groep waarbij de opvang vaak niet meer geschiedt vanuit de traditionele aanpak/ opvang door kinderen- problemen rond eenzaamheid/depressie)
- gezinnen met kinderen (opvoeding/ generatiekloof)
- echtparen zonder kinderen (acceptatie/ verwachtingen/ tradities)
- jongeren (identiteit)
- voor alle leeftijdscategorieën: terminale-palliatieve zorg en/of zorg rond een ander chronisch ziekbed, verwerking/zorg rond een (verstandelijk) gehandicapt kind

Doelstelling: Door de inzet van geestelijk verzorgers – een evenredige vertegenwoordiging van de multiculturele bewonersgroep in Kralingen- verbeteren van de psycho-sociale, geestelijke gezondheid en de sociale/algemene kwaliteit van het dagelijks leven .

Vanuit de filosofie van Levinas, mensen aanspreken op hun eigen krachtbronnen en verantwoordelijkheden. De behoeften van de totale mens: het héle wezen dat in de zoektocht naar kwaliteit van leven, in genieten én lijden, een hulpaanbod vraagt, waarin het geestelijk aspect een belangrijk onderdeel vormt.(zie ook zorgvisie GC Levinas, bijlage1)

Bovendien de huisartsen en andere eerstelijnszorgverleners ontlasten van levensvragen, die om veel tijd en specifieke aandacht vragen. Daarbij door het aanbod van geestelijke verzorging binnen ELC Levinas de hulpverleners de mogelijkheid te bieden in uitwisseling van beider deskundigheid zelf de groei door Levinas ingezet, te blijven realiseren. (de dialoog!)

Werkwijze: inzet van geestelijk verzorgers d.m.v. spreekuren op ELC Levinas.
Laagdrempelig aanbod, evt. in combinatie met huisbezoek.

Spreekuur:

Om dit te concretiseren is een scholings- en intervisie plan gemaakt door Reliëf (zie bijlage2) voor de geestelijk verzorgenden die, zoals we nu aannemen, voorlopig 1x per week een nog nader te bepalen dagdeel, eerst in het verpleeghuis Pniël en later in het GC Levinas aanwezig zullen zijn om geconsulteerd te worden door zorgvragers en (eerstelijns)zorgverleners.

De insteek is dat deze geestelijk verzorgenden regionaal, onafhankelijk van hun denominatie, een intake van de geboden vragen zullen doen.

Het streven is om na een eerste scholing en afstemming begin 2009 daadwerkelijk met het spreekuur te beginnen. De opstart wordt ondersteund dmv intervisie onder leiding van Mw Corry van Straten, Reliëf.

Platform:

Rond deze eerste kring verzorgenden is er een tweede kring gevormd die categoriaal werkend beschikbaar is om hulpvragen te beantwoorden die niet in de eerste kring afgehandeld kunnen worden. (zie voor huidige “bemanning” bijlage 3).

Toekomst:

Tevens inzet van geestelijk verzorgers in samenwerking met de aanwezige hulpverleners om tot uitwisseling van deskundigheid te komen d.m.v. overlegvormen. Aansturen van deze samenwerkingsrelatie om tot een optimaler zorgaanbod te komen.

Structurele evaluatie:

Door studenten van de Hogeschool Rotterdam onder supervisie van Nico van Hal:

1. Een behoeftepeiling naar het beschreven zorgaanbod waarvan de presentatie begin 2009 zal plaatsvinden ten tijde van de daadwerkelijke start van het spreekuur(zie bijlage 4) Het plan voor dit onderzoek wordt momenteel gemaakt.
2. Een evaluerend onderzoek van het spreekuur zodra dat loopt. Hiertoe zal de tweede helft van 2009 een voorstel worden gemaakt. Streven is om in begin 2010 met de uitkomst van dit onderzoek te kunnen komen.

Financiering:

Bedrag voor scholing en administratieve ondersteuning ontvangen van Stichting van Kleef.

Inzet van geestelijk verzorgenden voor de scholing en bezetting van het spreekuur met een frequentie van 1x per 6 weken voorlopig pro deo. Waarvoor veel erkentelijkheid richting persoonlijke inzet van geestelijk verzorgenden en aan de hun steunende besturen. Het plan is overigens nadrukkelijk om uit te zoeken hoe een en ander in de toekomst op een “gezonde manier” gefinancierd kan worden.

Ruimtes voor vergadering, scholing en een spreekkamer worden door verpleeghuis Pniël om niet ter beschikking gesteld. Prettige bijkomstigheid voor het verpleeghuis is dat het gevormde netwerk van pastores mogelijk ook steun & zorg kan bieden in het door hen in 2009 te openen Hospice en Inloophuis “de Regenboog”.

Borging:

In de verwachting dat ons plan een blauwdruk kan leveren voor initiatieven elders in de stad en om te voorkomen dat op meer plaatsen hetzelfde wiel uitgevonden gaat worden is, naar aanleiding van nieuwsberichten rond de oprichting van het Platform Levensbeschouwing & Religie, contact gezocht met Mw Kriens, wethouder. Op haar

voorspraak heeft inmiddels een eerste contact plaatsgevonden met de Stichting Samenwerking .

Dat heeft geresulteerd inde afspraak dat:

1. Stichting Samenwerking ons project naast dat van de SGVR als pilot zal melden binnen het Platform L&R
2. er aandacht besteed wordt aan de oplossing mogelijke diaconale vragen die op ons af gaan komen en de samenwerking daartoe met AMW en GGz.
3. dat ons project gemeld wordt in de landelijke werkgroep Diaconaat & Zorg
4. er aandacht komt voor financiering van het werk van de geestelijk verzorgenden.

Bijlagen:

1. zorgvisie GC Levinas
2. scholing en intervisie plan Corry van Straten, Reliëf
3. namen van deelnemers
4. opdracht aan HR voor behoefte onderzoek

BIJLAGE 1

GC Levinas*) i.o.

Visie op zorg

De deelnemers aan het toekomstige centrum hebben een visie op de zorg geformuleerd.

Zij onderschrijven het algemene uitgangspunt, dat elk mens uniek is en functioneert binnen een context die somatische, sociale, psychische en spirituele facetten heeft.

Onder het verlenen van zorg verstaan zij het beantwoorden aan een zorgbehoefte, waarbij de zorgvrager, waar dat mogelijk is, wordt gesteund in het nemen van zijn (haar) verantwoordelijkheid en streven naar zelfstandigheid.

Vanuit deze algemene visie op zorg zijn concrete doelstellingen geformuleerd ten aanzien van de zorginhoudelijke aspecten en ten aanzien van de onderlinge samenwerking.

De zorginhoudelijke doelstellingen zijn de volgende:

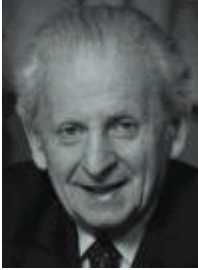
- de zorgvrager dient met respect en met een open houding tegemoet getreden te worden;
- de zorgbehoefte van de zorgvrager dient zorgvuldig in kaart gebracht te worden;
- de zorgvrager dient actief te worden betrokken in de formulering van de zorgbehoefte;
- bij het vaststellen van de zorgbehoefte dient waar nodig rekening gehouden te worden met de naasten van de zorgvrager en moeten zo nodig andere hulpverleners betrokken worden;
- de zorgvrager heeft recht op de juiste, samenhangende en kwalitatief hoogwaardige zorg volgens de algemeen aanvaarde normen;
- hanteren van de principes van "evidence based medicine".

Alle hulpverleners spreken verder uit dat zij zich minimaal conformeren aan de kwaliteitseisen van hun eigen beroepsgroep.

Ten opzichte van de onderlinge samenwerking zijn de volgende concrete doelstellingen geformuleerd:

- een open werkhouding;
- bereidheid tot kritische reflectie;
- openstaan voor kritiek van anderen;
- gerichtheid op samenwerking met de zorgvrager en andere hulpverleners;
- toelating van nieuwe leden binnen het eerstelijns centrum dient te geschieden via nog nader te preciseren democratische besluitvorming.

***)Emmanuel Levinas**



Emmanuel Levinas[1906-1995] was een Franse filosoof die het uitgangspunt van het westerse denken op zijn kop zette. Dat uitgangspunt, de basis van waaruit in het Westen werd gedacht, was het *ik*. Exemplarisch voor het *ik*-denken is de beroemde uitspraak van Descartes: 'ik denk, dus ik besta'(cogito ergo sum). Levinas daarentegen stelt dat niet het *ik*, maar de *ander* als uitgangspunt genomen moet worden.

De ander is volgens Levinas degene dankzij wie ik leef(mij ouders hebben mij het leven gegeven) en denk. Hij beziet die ander dan primair in *ethisch* perspectief: de ander is voor mij degene die mij onder een ethische kritiek stelt. Precies die kritiek geeft mij dan een kritisch vermogen, dankzij welk ik kan denken. Anders gezegd: omdat ik kritiek kan ontvangen, omdat ik *gevoelig* ben voor kritiek kan ik leren denken. Het denken is zo gefundeerd op een ethische relatie tot de ander, waarin ik de ander als ander erken: ik denk, dus jij bestaat.

Levinas beweert zo dat het denken, de taal, pas ontstaat op grond van een betrekking tot de ander. En juist omdat het denken in betrekking staat, is het ook betrekkelijk, relatief in de zin van dienstbaar aan de mens.

Daarnaast is er een relativiteit van de theorie omdat het denken een vermogen van vergelijking is. Vergelijken is echter een oneindig proces, want het aantal elementen dat in de vergelijking kan worden betrokken is oneindig. Daarom is elke vergelijking in zekere zin een toevallige, een voorlopige. Levinas stelt op grond hiervan dat het denken *ambigu*(dubbelzinnig) is. Dit komt neer op het relativisme van de theorie: op een *theoretisch* relativisme.

Levinas'filosofie is te uitgebreid en te moeilijk om in zo'n korte schets goed weer te kunnen geven. Bovendien schets ik hier slechts het postmoderne kenmerk van zijn denken. Oor wie meer wil weten verwijs ik daarom naar mijn boek *Eenvoudig gezegd: Levinas* (Kampen 1997)

Uit "Zekerheid over onzekerheid"" van Jan Keij, pg 92 & 93:

BIJLAGE 2

Scholing en intervisie geestelijken t.b.v. spreekuur Levinas

- Dagdeel 1: *Kennismaking met elkaar:*
kennismaken met degenen die het spreekuur zullen bemensen;
Korte afbakening van de hoofdtaken: gesprekken, doorverwijzen,
overdracht
inzicht in elkaars levensbeschouwelijke achtergronden;
ieders eigen accenten in de begeleiding: waar let je zelf vóóral op?
basishouding voor het werk, vanuit de zorgvisie van Levinas (zie
basisdocument)
- Dagdeel 2: *kennismaken met andere zorgdisciplines:*
naar wie kan worden doorverwezen, wat heb je zelf nodig om meer te
weten over andere disciplines?
Het eigene van de geestelijke begeleiding: inleiding in de
levensbeschouwelijke diagnostiek t.b.v. administratie en overdracht en
eigen plek in totale zorgverlening;
Rollenspel
- Dagdeel 3: *kennismaken met (mogelijke) zorgvragers/ patiënten*
Inleiding in ziekte en zingeving/ levensvragen in multi-religieus
perspectief: visies,
vormen van begeleiding; ieders 'eigenheid' hierin beter leren kennen;
casusbespreking ter oefening
- Dagdeel 4: *leren reflecteren*
Verdieping levensbeschouwelijke diagnostiek en eigen reflectie op
contacten tijdens
het spreekuur: omgaan met jezelf, je beroep(sopvatting), overdracht
oefenen in reflecteren
- Dagdeel 5 t/m 8:
begeleide intervisie a.d.h.v. door deelnemers ingebrachte casus; De eigen
leervragen van de deelnemers zijn leidend bij de bespreking.
Na elke intervisiebijeenkomst maakt elke deelnemer een reflectieverslag;
deze zullen o.a. aandacht krijgen tijdens de volgende bijeenkomst;
- Dagdeel 9: *evaluatie spreekuur*
Benoemen successen en knelpunten; terugblikken en vooruitkijken; wat is
nodig voor
een vervolg (persoonlijk, als groep en t.a.v. het spreekuur)

De deelnemers ontvangen een certificaat voor deelname aan de intervisie en de intervisie kan ook ingebracht worden t.b.v. de (her)registratie als geestelijk verzorger.

Dagdelen van 2 uur; Voorbereiding voor elk dagdeel: 2 uur;

Een dagdeel van 4 uur wordt gerekend ter voorbereiding op het totaal van de 9 bijeenkomsten.

Tijdspad: september 2008 – mei 2010

Cursusleidster: drs. Corry van Straten, supervisor binnen Parnassia, Den Haag.

Punt van nader overleg: reiskosten Den Haag – Rotterdam en reistijd;

BIJLAGE 3

initiatiefgroep spreekuur geestelijk verzorgers

1e ring

functie	voornaam	tv	achternaam
Predikant Kom en Zie	Dick	van	Steenis
lid raad L&R			
Predikant PKN Hoflaankerk	Laurens		Koorevaar
betrokken bij opzet pall.centrum de Regenboog			
Predikant PKN Hoflaankerk	Mark	van	Pelt
Pandit/opleider	Varun		Mahtabsing
voorzitter sti Pandit/lid raad L&R			
pastoraalwerker	Wim		Tobe
geestelijk verz. Pniel/prot.chr.	Rita		Renema
imam /islamitisch geestelijk verz./soefist	La Houcine		Armins

vacant:

humanistisch raadsman/-vrouw

meditatieleraar/boeddhist

2e ring

functie	voornaam	tv	achternaam
arabist/islamkenner/lid SPIOR	Rafiq Ahmad		Fris
gepension. geestelijkverzorger			
geestelijkverzorger Reuma VPH			
bestuurslid Sti GV Rijnmond	Liesbeth		Gerritsen
psycholoog met multiculturele expertise	Marina	van	Dijk
bestuurslid Sti GV Rijnmond	Ben	van	Dam
Predikant PKN Hoflaankerk/Pro Rege	Peter	van	Helden
voorzitter initiatiefgroep spreekuur GV			
geestelijkverzorger Nwe Plantage			
officier Leger des Heils	Immy		Hoekstra

verpleegkundigconsulent CPT
betrokken bij opzet inloophuis de Regenboog
huisarts/initiatiefneemster ELC Levinas

Renske

Boogaard

Corine

Baar-Poort

belangstellenden

meditatieleraar/boeddhist
pastoor Lambertuskerk

Jerry
R
Marjan

van der
Capellen
Gouw
van
Weerden

BIJLAGE 4

Opdracht voor onderzoek naar de behoefte aan een loket 'Geestelijk raadswerk' in het nog te bouwen gezondheidscentrum 'Levinas' voor de wijken Kralingen en Crooswijk te Rotterdam.

Aan:

Drs. Nico van Hal
Kenniskring Geïntegreerde Eerstelijns Gezondheidszorg
Hogeschool Rotterdam

18 maart 2008

Aanleiding

Ten behoeve van het nieuwe Gezondheidscentrum 'Levinas' wordt gedacht aan een verbreding van het zorgaanbod in de vorm van 'geestelijk raadswerk'. Huisartsen worden opvallend vaak geconfronteerd met hulpvragen die niet medisch zijn maar veel meer een existentieel karakter hebben. Om deze hulpvragen adequater te kunnen benaderen wordt een behoefte verondersteld aan 'geestelijk raadswerk'.

Onderzoeksvraag

Om de behoefte aan 'geestelijk raadswerk' duidelijker in kaart te brengen en het initiatief te onderbouwen zal onderzoek gedaan worden naar de behoefte aan 'geestelijk raadswerk'. Uit het onderzoek moet duidelijk worden hoeveel formatie-eenheden nodig zijn om in een realistische behoefte te kunnen voorzien. Om een realistische inschatting te kunnen maken zal onderzoek gedaan worden onder eerstelijnsprofessionals: huisartsen, maatschappelijk werkers, wijkverpleegkundigen, fysiotherapeuten en eerstelijnspsychologen. Daarnaast wordt bij Zorgbelang, de patiënten- en consumentenorganisatie in deze regio eveneens een behoefte peiling gedaan. Deze partijen mogen verondersteld worden een behoefte aan geestelijk bijstand te kunnen herkennen.

Methode

Het onderzoek wordt uitgevoerd door middel van semi-gestructureerde interviews. Deze gegevens worden in verband gebracht met demografische, epidemiologische en andere relevante trends en ontwikkelingen (secularisering, vereenzaming, vervreemding, etc).

Betrokken aan het project achten het van belang dat de onderzoekers door hen van tevoren worden geïnformeerd over de aard en inrichting van te bieden zorg. Dit opdat zij op pad gaan met een zo helder mogelijk beeld van de zorg/ het raadswerk waarnaar de behoefte gepeild wordt.

Doelstelling

Het onderzoek levert een helder en realistisch beeld op van de behoefte aan geestelijk raadswerk in de wijken Crooswijk en Kralingen tussen nu en 5 jaar.

Praktijk

Het onderzoek wordt uitgevoerd door studenten aan de minor Geïntegreerde Eerstelijnszorg van de Hogeschool Rotterdam. Het onderzoek vindt plaats tussen 1 september 2008 en 1 februari 2009.

Namens voorbereidingsgroep "pastoresspreekuur"

P.J. van Helden

E: pjvanhelden@hetnet.nl

M. van Dijk:

E: marinavandijk@hotmail.com

C.H.Baar-Poort

M: 0612259421

E: corine.baar-poort@planet.nl