




Beleidsplan

STICHTING DE KOPPELING MET SCHOTHORST
2018

Stichting de Koppeling met Schothorst	Beleidsplan 2018	
	Auteur: Annemieke de Jong	Versie 1.0
	Beheerder Annemieke de Jong	
	Bestemd voor (functie(s)): bestuur en aangeslotenen	

INHOUD

1. Samenvatting.....	3
2. Inleiding en vraagstelling.....	3
2.1 Ontstaan van de stichting.....	4
2.2 Missie, visie en doelstellingen.....	4
3. Huidige situatie.....	5
3.1 Trends in de gezondheidszorg.....	5
3.2 Gebiedsanalyse.....	5
3.3 Stakeholders.....	6
3.4 Inzet ICT.....	6
3.5 bestuur en SWOT-analyse.....	6
4. Gewenste situatie.....	8
4.1 Rol en taakopdracht stichtingsbestuur.....	8
4.1.1 Organisatie van bestuur.....	8
4.1.2 Mandaat en besluitvorming.....	8
4.1.3 Verhouding tot werkgroepen.....	9
4.2 Zorgpaden en ontwikkeling.....	9
4.2.1 Doelgroepbepaling en keuze voor een onderwerp.....	9
4.2.2 Samenwerking en ondersteuning.....	10
4.2.3 Rol van patiënt.....	10
4.2.4 Aansluiting overige (zorg)aanbieders.....	11
4.3 Communicatie en informatie.....	11
5. Realisatie.....	12
5.1 Bestuur.....	12
5.2 Communicatieplan.....	12
5.3 Zelfsturing werkgroepen.....	13
5.4 Inzet van gedeelde passie en gevoelde urgentie.....	13
5.5 Oriëntatie op patiëntenparticipatie.....	14
5.6 Overzicht zorgpaden 2018.....	14
5.6.1 Palliatieve zorg.....	14
5.6.2 Ondervoeding.....	14
5.6.3 Medicatieveiligheid.....	15
5.6.4 Expertise in de wijk.....	15
5.6.5 Ontsluiting zorg en welzijn.....	15

1. SAMENVATTING.

Op deze pagina leest u een beknopte weergave van het beleidsplan 2017-2018 van Stichting de Koppeling met Schothorst. De focus van ons beleid loopt tot eind 2018, omdat het nog onzeker is of de financiering daarna doorloopt.

De stichting is in 2015 opgericht en verbetert de samenwerking en afstemming tussen zorgprofessionals in de eerste lijn in de wijken Schothorst en de Koppel/Kruiskamp in Amersfoort. Daarbij richten ze zich op de zorg aan kwetsbare groepen, zoals ouderen, mensen met psychische problemen en leefstijlproblematiek. In de inleiding vertellen we wat onze missie en visie is en de stichtingsdoelen die hieraan gekoppeld zijn.

De eerste jaren na de oprichting heeft het stichtingsbestuur zich beziggehouden met het vormgeven van de organisatie. Medio 2017 concludeerde het bestuur samen met de aangeslotenen dat er een solide basis was en bleek er behoefte aan meer strategie en beleid. Het bestuur is zich toen onder begeleiding van een strategisch adviseur gaan professionaliseren. Dit beleidsplan is daar een uiting van.

In het beleidsplan beschrijven we allereerst de huidige situatie. We gaan in op de gebiedsanalyse die we van onze wijken hebben gemaakt en bespreken de SWOT-analyse van onze organisatie. In onze wijken wonen ten opzichte van het Amersfoorts gemiddelde een hoog percentage ouderen, niet westerse allochtonen en inwoners met een laag inkomen. Er is sprake van meer leefstijl- en psychische problematiek dan gemiddeld. De uitkomsten van de SWOT-analyse zijn voorgelegd aan mensen en partijen die aangesloten zijn bij de stichting. Samen met de aangeslotenen hebben we gesproken over het bestuursmodel, besluitvorming en mandaat, zorgontwikkeling, communicatie en samenwerking. Dit alles vormt de basis van de situatie die we wensen.

In het hoofdstuk Realisatie leest u welke doelen we ons stellen om tot deze gewenste situatie te komen. In deze realisatie geven we prioriteit aan het verder professionaliseren van ons bestuur, het in kaart brengen van onze stakeholders en het opstellen van een communicatieplan. Ook willen we zelfsturende werkgroepen ontwikkelen, aandacht voor de rol van patiëntenparticipatie en een overzicht maken van de zorgpaden. Bij al deze onderwerpen beschrijven we het doel dat we hiermee voor ogen hebben en brengen we de noodzakelijke maatregelen in kaart.

2. INLEIDING EN VRAAGSTELLING

“Een goed begin is het halve werk” (Aristoteles)

De meeste zorgprofessionals zijn doeners. Vaak regeert de waan van de dag, we verzetten veel werk in korte tijd. Bezinnen voor we beginnen vraagt daarom bijzondere aandacht. Het stichtingsbestuur neemt met dit beleidsplan hierin het voortouw.

We hebben het beleidsplan concreet en realistisch opgesteld om ons te behoeden voor het creëren van een papieren wensbeeld waaraan wij in de praktijk niet kunnen voldoen. Daarom ook is dit beleidsplan op strategische punten tot stand gekomen in overleg met onze aangeslotenen.

De focus van ons beleid richt zich in eerste instantie op de periode tot januari 2019. Tot die tijd zijn wij verzekerd van financiering. U kunt dit document daarom ook beschouwen als jaarplan. Uiteraard kijken wij daar waar dit noodzakelijk is, over deze grens heen, we kunnen evenwel geen projectverplichtingen aangaan voordat de financiering na januari 2019 is gegarandeerd. Het is lastig beleid te maken als financiële garanties ontbreken. Op het moment dat de financiering structureel doorloopt, gaat onze beleidscyclus drie jaar beslaan.

In ons beleidsplan geven we onze doelstellingen weer in samenhang met beschikbare middelen en tijd. Hiermee brengen we structuur en richting aan in onze activiteiten. De centrale vraag die wij in ons beleidsplan willen beantwoorden, is hoe de stichting kan bijdragen aan het realiseren van breedgedragen wijkgerichte eerstelijnszorg. Bij het beantwoorden van deze vraag toetsen we onze plannen op efficiëntie, haalbaarheid, draagvlak, effectiviteit en patiëntgerichtheid.

2.1 ONTSTAAN VAN DE STICHTING

Stichting de Koppeling met Schothorst is een samenwerkingsverband tussen Huisartsenpraktijk Sagenhoek, Huisartsenpraktijk Orion, Apotheek Orion en het Medisch Trainingscentrum (MTC). Alle organisaties zijn gevestigd in de Amersfoortse wijken Schothorst en de Koppel. Het samenwerkingsverband werd in 2015 opgericht om de Organisatie Wijkgerichte Zorginfrastructuur (OWZ) te kunnen contracteren.

Het bestuur van onze organisatie bestaat uit twee huisartsvertegenwoordigers (waarvan één voorzitter), een vertegenwoordiger van apotheek Orion en een vertegenwoordiger van het MTC. Een stichtingssecretaris ondersteunt het bestuur. Ten minste tweemaal per jaar organiseert de stichting een vergadering van aangeslotenen, waarvoor vertegenwoordigers van de aangesloten organisaties worden uitgenodigd. De grondregels en bepalingen zijn vastgelegd in een huishoudelijk reglement en statuten.

2.2 MISSIE, VISIE EN DOELSTELLINGEN

Missie:

Stichting de Koppeling met Schothorst staat voor het verbeteren van de afstemming en samenwerking tussen zorgverleners binnen de eerste lijn. Wij richten ons daarbij op zorg aan kwetsbare groepen binnen de Amersfoortse wijken de Koppel en Schothorst. De Koppeling met Schothorst ontsluit daarbij waar nodig de domeinen zorg en welzijn en faciliteert patiënten bij het nemen van de regie en verantwoordelijkheid.

Visie:

Op basis van een wijkscan van de wijken de Koppel en Schothorst ontwikkelen wij multidisciplinaire zorgpaden, waarbij samenhang tussen preventie, cure en care de kwaliteit en efficiëntie verbeteren. Waar mogelijk maken we gebruik van wetenschappelijk gefundeerde methodes en interventies.

Door een proactieve en preventieve aanpak gericht op gezondheidsbescherming en -bevordering, verwachten wij de gezondheid en het welzijn van onze wijkbewoners te verbeteren. Wij doen dit in samenwerking met de Gezonde Wijk-aanpak van de gemeente Amersfoort. Zo maken we optimaal gebruik van beschikbare kennis en middelen.

Doelstellingen:

- Een samenhangend wijkgericht zorgaanbod dat resultaten oplevert voor patiënten (in hun eigen leefomgeving).
- Eén aanspreekbare organisatie.
- Samenhang tussen preventie, cure en care en de kwaliteitsvoordelen en toename van de efficiëntie die dit bewerkstelligt.
- Substitutie door een helder verwijsbeleid en constructieve samenwerking met de tweede lijn.
- Een proactieve en preventieve aanpak gericht op gezondheidsbescherming en -bevordering: inzicht in kwetsbare doelgroepen en individuele behoeften.
- Meer regie en verantwoordelijkheid bij de patiënt: zelfmanagement.
- Inhoudelijke afstemming rondom onderwerpen als chronische ziekten, ouderenzorg, psychosociale problematiek en leefstijl.
- Bijdragen aan samenwerking en afstemming met andere domeinen in samenwerking met de gemeente Amersfoort.

Binnen onze wijkgerichte samenwerking hebben alle zorgverleners één ding met elkaar gemeen: de passie voor de patiënt. Dit is dan ook een belangrijk instrument om binnen onze activiteiten de focus te houden op waar het om draait: het welzijn van onze patiënten.

3. HUIDIGE SITUATIE

Om voor onszelf te kunnen bepalen waar we naartoe willen en wat daarvoor nodig is, brengen we de huidige situatie in beeld. We streven geen volledigheid na, we beperken ons tot relevante gegevens.

3.1 TRENDS IN DE GEZONDHEIDSZORG

Maatschappelijke, demografische en politieke ontwikkelingen houden de gezondheidszorg voortdurend in beweging.

Nederland vergrijst. Het aantal (kwetsbare) ouderen neemt toe, de zorgproblematiek wordt steeds complexer. De oudere woont steeds vaker en langer zelfstandig. In veel gevallen is dit goed te organiseren, de kwetsbaarheid van de situatie komt pas naar voren als zich acute gezondheidsproblemen voordoen of wanneer er bijvoorbeeld een mantelzorger wegvalt. Daarnaast spelen vaak andere problemen mee die de kwetsbaarheid nadelig beïnvloeden, zoals eenzaamheid en het ontbreken van een gedegen netwerk waar iemand op terug kan vallen.

Ook kent de Nederlandse bevolking steeds meer diversiteit. Verschillende culturele achtergronden vragen om een andere benadering.

We zien ook een verschuiving van het begrip gezondheid. Steeds vaker worden wij geconfronteerd met nieuwe opvattingen over het begrip gezondheid en kwaliteit van leven. Daarin is een grotere rol weggelegd voor eigen regie en zelfmanagement, al dan niet ondersteund door ICT.

Dit alles gebeurt tegen de achtergrond van stijgende zorgkosten (lees bezuinigingen), substitutie van eerste- naar tweedelijnszorg en een overheid die zich in een snel tempo terugtrekt. Dit vraagt bijna het onmogelijke van de eerstelijnszorg. Het zorgsysteem sluit nog niet aan bij alle overheidsmaatregelen: gemeenten hebben zich nog steeds niet volledig ontwikkeld in hun nieuwe rol en financiële stromen blijven achter, zijn onduidelijk of onzeker. Ook moeten domeinen ontsloten worden en liggen vraag en aanbod – zeker in de GGZ en ouderenzorg – te ver uit elkaar.

Uit bovenstaande globale opsomming blijkt de uitdaging waar de eerste lijn zich voor gesteld ziet. Dat deze uitdaging juist in onze wijk voelbaar is, leest u in de volgende paragraaf.

3.2 GEBIEDSANALYSE

Bij de oprichting van de stichting hebben we een analyse van onze wijken gemaakt. Daarbij hebben we gebruikgemaakt van de Wijkscan van de gemeente uit 2017 en gegevens uit de registratie van de huisartsenpraktijken en apotheek. Daaruit blijkt ten opzichte van gemiddelden van de gemeente Amersfoort een:

- hoger percentage ouderen;
- hoger percentage niet-westerse allochtonen;
- hoger percentage mensen met lage inkomens;
- hoger percentage rokers en mensen met overgewicht;
- hoger percentage jeugdigen die onvoldoende bewegen;
- hoger percentage psychologische consulten;
- hoger percentage mensen met eenzaamheidsproblematiek.

Stichting de Koppeling met Schothorst richt zich primair op de organisatie van zorg rondom de meest kwetsbare groepen in onze wijken en heeft op dit moment als speerpunten de GGZ, ouderen en leefstijl. Uit de analyse blijkt dat we bovengemiddeld te maken hebben met achterstandsproblematiek, taal- en cultuurbarrières en minder goed ontwikkelde gezondheidsvaardigheden.

3.3 STAKEHOLDERS

Het begrip stakeholders associëren we wellicht met profitorganisaties. Toch is het ook voor de stichting zinvol om deze voor onze eigen organisatie in beeld te brengen. Dit is nog niet gebeurd. Naast het identificeren van onze stakeholders is het belangrijk te inventariseren hoe zij zich tot ons verhouden en hoe wij verwachtingen, belangen en bijdragen van alle betrokkenen in goede banen kunnen leiden. Dit kan per zorgpad en activiteit van de stichting verschillen.

Interne stakeholders

Alle medewerkers en direct aangeslotenen van de organisaties die in onze stichting vertegenwoordigd zijn.

Gemeenschappelijke stakeholder voor alle betrokken organisaties

Bewoners van de wijken Schothorst en de Koppel.

Externe stakeholders, gelijkwaardig en met vergelijkbaar gemeenschappelijk doel en belang

Wijkverpleging en overige eerstelijnszorgverleners, zoals diëtisten, psychologen, informele zorg, welzijn, Huisartsen Eemland en tweedelijnszorg en OWZ-collega's uit andere wijken en gemeenten.

Externe stakeholders met op onderdelen verschil in doel en belang

Verzekeraar, gemeente Amersfoort.

Bij het ontwikkelen en invoeren van onze zorgpaden en bij stichtingsactiviteiten moet communiceren en samenwerken met onze stakeholders onderdeel zijn van ons plan van aanpak.

3.4 INZET ICT

De inzet van ICT om gezondheid en de gezondheidszorg te ondersteunen, oftewel eHealth, moet bijdragen aan betaalbare toegankelijke zorg van goede kwaliteit. Stichting de Koppeling met Schothorst onderschrijft dit uitgangspunt. We constateren dat binnen onze wijkgerichte activiteiten verschillende disciplines met verschillende systemen werken die (nog) niet met elkaar communiceren. Waar nodig werken we met pragmatische oplossingen, maar voor duurzame trajecten sluiten wij aan bij de regionale initiatieven van de Huisartsen Eemland bv. Onze aangeslotenen hebben aangegeven naast de regionaal gangbare ICT-systemen geen eigen wijkgerichte systemen op te willen zetten.

De stichting zal zich dan ook richten op het optimaal gebruik van regionaal gangbare systemen en deze in gesprek met Huisartsen Eemland zo passend mogelijk verder ontwikkelen.

3.5 BESTUUR EN SWOT-ANALYSE

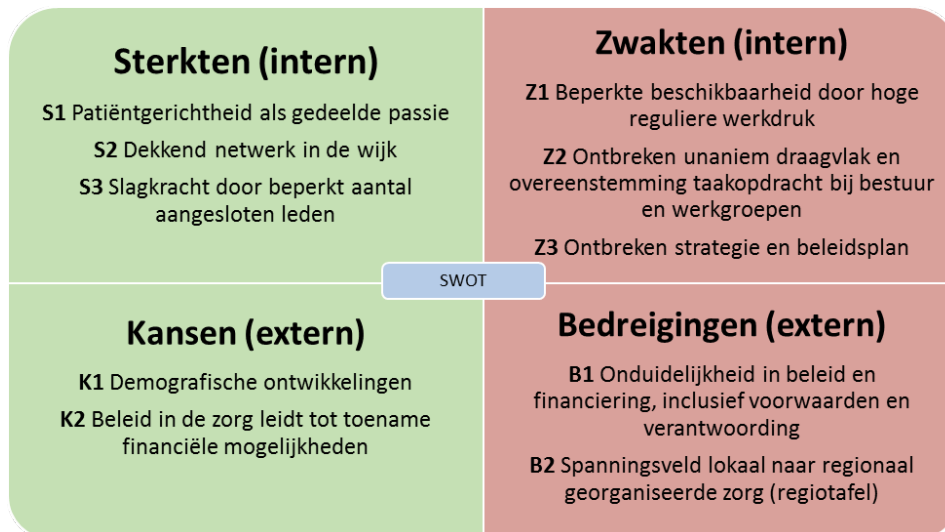
De eerste jaren na de oprichting van de stichting heeft het bestuur vooral tijd geïnvesteerd in het vormgeven van de organisatie, het opstarten van de eerste zorgpaden en het inregelen van de financiën. In deze beginjaren van de stichting wordt veel gevraagd van de bestuursleden. Dit laat zich soms moeilijk combineren met het reguliere werk waar de druk al hoog is. Deze uitdaging blijft om aandacht vragen.

Het bestuur bestaat uit autonome zorgprofessionals en heeft een collegiaal en informeel karakter. Hetzelfde geldt voor (de relatie met) de aangeslotenen. Dit heeft veel voordelen, maar kent ook een aantal aandachtspunten, bijvoorbeeld op het gebied van besluitvorming, slagvaardigheid en een goede balans tussen trust en control.

Gaandeweg groeit de vraag naar een duidelijke structuur, koers en onderbouwd beleid. Niet alleen in het bestuur zelf, maar ook onder de aangeslotenen. Dit uit zich bijvoorbeeld in te weinig onderbouwde keuzes voor zorgpaden, ontbreken van een duidelijke taakopdracht aan de verschillende werkgroepen en onvoldoende doelgerichte en effectieve communicatie.

In het voorjaar 2017 startte het bestuur met het vormgeven van stichtingsbeleid en strategie.

Tijdens een Heisessie stelde het stichtingsbestuur onder begeleiding van een strategisch adviseur een SWOT-inventarisatie op. Vanuit deze SWOT is een selectie gemaakt op basis van prioriteit en relevantie. De selectie ziet er als volgt uit:



De SWOT is verder uitgewerkt in een confrontatiematrix. Dit geeft ons een goed inzicht hoe we onze sterke punten in kunnen zetten, hoe we kansen kunnen benutten, welke zwakten prioriteit moeten krijgen en met welke bedreigingen we rekening moeten houden.

Deze analyse vormt de basis voor ons beleid en legitimeert onze activiteiten. Daarom hebben de uitkomsten aan onze aangeslotenen voorgelegd om deze te beoordelen en aan te vullen. Daar kwamen geen nieuwe inzichten uit voort.

Tijdens de vergadering van aangeslotenen is verder input verkregen over:

- bestuursmodel, mandaat en besluitvorming;
- zorgontwikkeling, keuze voor zorgpaden, bepalen doelgroep;
- communicatie (waarover en op welke manier informeren, inspraak en interactie);
- ondersteuning en samenwerking, inzet externen, voorzitterschap werkgroepen, schaalvergroting met andere collega's.

Dit alles werken we in de komende hoofdstukken verder uit.

4. GEWENSTE SITUATIE

In dit hoofdstuk schetsen we de gewenste situatie. We doen dit op concrete onderwerpen. Dit vergroot het inzicht in wat er moet gebeuren om deze gewenste situatie ook daadwerkelijk te realiseren.

4.1 ROL EN TAAKOPDRACHT STICHTINGSBESTUUR

Het stichtingsbestuur heeft als taak de gestelde doelstellingen en de activiteiten die hierbij horen, mogelijk te maken. Dit betekent randvoorwaarden realiseren en borgen. Daarnaast heeft het bestuur een toezichhoudende en controlerende taak, met name op financieel vlak. Ook beoordeelt het bestuur of de voortgang van de projecten in lijn is met de doelstellingen. Tot slot is het de taak van het stichtingsbestuur om de koers (visievorming) te bepalen en de achterban betrokken te houden, te motiveren en te enthousiasmeren.

Bovenstaande omschrijving geeft echter geen houvast om dit naar concrete activiteiten te vertalen. Daarom hebben we een aantal sturende activiteiten nader beschreven. Dit hebben we gedaan in overleg met onze direct aangeslotenen.

4.1.1 ORGANISATIE VAN BESTUUR

Het stichtingsbestuur komt elke maand bijeen in vergadering. De voorzitter en stichtingssecretaris bereiden deze vergadering voor. Hieruit volgt een voorlopige agenda. Tijdens vergaderingen werken we met een actielijst. De acties voorzien we van een opleveringsdatum en beleggen we bij één of meerdere personen. Van elke vergadering maken we notulen.

Het bestuur wil naar een situatie waarin de vergadering volledig benut kan worden voor opinie- en besluitvorming op grote beleidsonderwerpen. Een bestuursvergadering moet de individuele deelnemers van voldoende input voorzien om tussen de vergaderingen in aan het werk te gaan met het ontwikkelen, ondersteunen en aansturen van werkgroepen. Dit gebeurt als het kan ook in kleinere formatie. Ook beleggen we taken bij duo's zodat in samenwerking iets tot stand kan komen. Tussentijds maken we gebruik van e-mail of bilateraal overleg om elkaar te informeren en te voorzien van feedback. Hiermee voorkomen we dat voortgang van stichtingswerkzaamheden blijft liggen tot de volgende bestuursvergadering.

We beogen een proactief bestuursfunctioneren waarin ad-hocvraagstukken en acute situaties ons niet of nauwelijks afleiden van het uitzetten en volgen van de beleidskoers.

4.1.2 MANDAAT EN BESLUITVORMING

Aangeslotenen hebben aangegeven dat de achterban leiderschap verwacht van het bestuur. Grote onderwerpen legt het bestuur voor aan de aangeslotenen. Het bestuur maakt hierin een eigen inschatting. Het voorleggen kan via e-mail, waarbij helder moet zijn:

- hoe de informatie gelezen moet worden (informatief, opiniërend of besluitvormend);
- welke termijn van reageren geldt als een opinie wordt gevraagd of besluit moet worden genomen.

Besluiten die consequenties hebben voor de individuele zorgverlener, worden altijd voorgelegd.

Naast de stichtingsstatuten hebben we een reglement dat de stemverhoudingen en de relatie met aangeslotenen beschrijft.

4.1.3 VERHOUDING TOT WERKGROEPEN

Rondom een zorgpad of zorgonderwerp richten we een werkgroep op. De voorzitter van de werkgroep is afkomstig uit de discipline met de meeste inhoudelijke kennis en expertise over dit onderwerp. Elke werkgroep wordt gekoppeld aan een bestuurslid. Dit bestuurslid is direct aanspreekpunt bij vragen of problemen en sluit periodiek aan bij een werkgroepbijeenkomst. De stichtingssecretaris sluit aan bij alle werkgroepen en vormt zo een coördinerende en afstemmende schakel tussen werkgroepactiviteiten en stichtingsverantwoordelijkheden. Bestuurslid en stichtingssecretaris monitoren de voortgang van de werkgroep, koppelen relevante informatie terug aan het bestuur en sturen waar nodig de voorzitter van de werkgroep aan.

Bij de start van de werkgroep legt het bestuur een duidelijke opdracht neer bij de voorzitter van de werkgroep. Deze opdracht betreft veelal een oriëntatie op het onderwerp:

- inventariseren van de huidige situatie en in kaart brengen van knelpunten en behoeftes;
- onderzoek naar best practices en bewezen effectieve interventies;
- beschrijving van de gewenste situatie.

Bij de uitvoer van deze oriëntatie kan de voorzitter van de werkgroep zich laten ondersteunen door de stichtingssecretaris en collega-zorgverleners.

De uitkomsten van deze eerste oriëntatie komen samen in een voorlopig plan van aanpak. Het bestuur beoordeelt daarna of er voldoende aanleiding is om aan de slag te gaan met een bepaald onderwerp of zorgpad.

Als er voldoende aanleiding is een onderwerp of zorgpad een vervolg te geven, stellen we de definitieve multidisciplinaire werkgroep samen. Voor de werkgroepen hebben we een format projectplan opgesteld, dit geeft overzicht en structuur aan het werk dat gedaan moet worden.

Het proces tussen de opdracht vanuit het bestuur naar het uiteindelijk aan de slag gaan van de werkgroep moet soepel en vlot verlopen. Dit om enthousiasme en commitment vast te houden.

4.2 ZORGPADEN EN ONTWIKKELING

Het begrip zorgpad voelt voor velen wat groot en abstract. Ook rijst de vraag hoe het vastleggen van een zorgpad zich verhoudt tot vraaggestuurde zorg. Kan een zorgpad vraaggestuurde zorg misschien zelfs ondermijnen?

Een zorgpad beschrijft de stappen, beslismomenten en criteria in een zorgproces rondom een doelgroep met een specifieke zorgvraag. Het concretiseert een bepaald zorgprogramma en beoogt de kwaliteit en efficiëntie van de zorg te verbeteren. De stichting stemt de activiteiten van verschillende organisaties die bij een bepaald zorgpad betrokken zijn, op elkaar af. De individuele zorgverleners zijn verantwoordelijk voor maatwerk, waarmee vraaggestuurde zorg gegarandeerd blijft.

4.2.1 DOELGROEPBEPALING EN KEUZE VOOR EEN ONDERWERP

De zorg kunnen we op verschillende manieren indelen: naar de plaats waar zorg geleverd wordt, naar het niveau van de zorg, naar zorgbehoefte en op doelgroep. De stichting houdt zich bezig met extramurale zorg die de eerste lijn in onze wijken levert. Natuurlijk stemmen we de zorg ook af met andere lijnen en intramurale zorg. Verder richten we ons op gezond blijven (leefstijl en primaire preventie), beter worden (cure/care, secundaire preventie), leven met een ziekte (chronische zorg en GGZ) en zorg aan het einde van het leven (ouderenzorg en palliatieve zorg). Hierin zijn verschillende doelgroepen te bepalen. Bijzondere aandacht hebben we voor de meest kwetsbare inwoners van onze wijken: ouderen, mensen met psychische problemen en mensen met leefstijlproblematiek.

Voor veel onderwerpen bestaan al Landelijke Eerstelijns Samenwerkingsafspraken (LESA's). Een LESA formuleert de landelijke uitgangspunten voor het maken van werkafspraken in de regio. Een LESA sluit aan bij bestaande richtlijnen van de beroepsgroepen. Dit instrument kunnen wij goed langs onze bestaande afspraken leggen.

De stichting heeft een centraal punt ingesteld waar ideeën voor zorgpaden en projectonderwerpen gemeld kunnen worden. We willen dan wel graag een onderbouwing en argumenten waarom de stichting iets op zou moeten pakken. Misschien worden nu of in de toekomst bijvoorbeeld knelpunten ervaren in de samenwerking, misschien ontbreekt er zorg, misschien is iemand ergens gepassioneerd over of zijn er nieuwe ontwikkelingen.

Uiteraard heeft het bestuur zelf ook een rol in het initiëren van projectonderwerpen. Daarbij maken we gebruik van reeds aanwezige kennis, aanwezige bestaande bronnen, zoals de Wijkscan van de gemeente, ons contact met InEen, overleg met andere OWZ-stichtingen, vergaderingen met onze direct aangeslotenen en expertise- en netwerkwerkbijeenkomsten.

4.2.2 SAMENWERKING EN ONDERSTEUNING

Samenwerking wordt gedefinieerd als het richten van de inspanningen van twee of meer personen of organisaties op een gemeenschappelijk doel. Dit gemeenschappelijke doel is bij ons helder: goede, op elkaar afgestemde zorg voor de inwoners van onze wijk. Daarnaast beschouwen we samenwerken ook als doel op zich. We merken dat het formaliseren van onze samenwerking resulteert in het steeds gemakkelijker bij elkaar binnenstappen en laagdrempelig contact – juist ook naast de geformaliseerde paden. Dit komt de directe patiëntenzorg ten goede.

We weten steeds beter wie wat kan, waar we elkaar kunnen vinden en wat we van elkaar mogen verwachten. De samenwerking vond voornamelijk plaats tussen de organisaties van de direct aangeslotenen. De aandacht ging uit naar goede aansluiting van bestaande zorg en signalering van ontbrekende zorg. Nu willen we ook gaan kijken waar zorg overlapt, of we dingen niet dubbel doen en of we niet meer gebruik kunnen maken van elkaars bevindingen.

De wijkverpleging is een belangrijke samenwerkingspartner, waar we tot nu toe nog te weinig aandacht voor hebben gehad. In de praktijk blijkt er veel overlap te zijn tussen het werk van de wijkverpleging en de praktijkverpleegkundige van de huisarts. Dit geldt vooral binnen de ouderenzorg. Ook heeft de wijkverpleegkundige een groot signalerend vermogen, hier maken we nu nog onvoldoende gebruik van. Het is daarom belangrijk wijkverpleegkundigen meer en in een vroeger stadium bij onze plannen te betrekken. Een uitdaging is wel het grote aantal aanbieders, waardoor het onmogelijk is alle betrokkenen aan tafel te krijgen.

We willen ons verder oriënteren op de samenwerking met omliggende wijken en regionale samenwerkingsverbanden, daar waar doelgroepen of problematiek overeenkomen. Waar bijzondere expertise is gewenst, huren we vaker externe krachten in. Dit kan adviserende ondersteuning zijn, dit kan strategisch zoals we bij de Heisessie gedaan hebben en dit kan inhoudelijk zijn door kaderhuisartsen en specialistische artsen. Het kan ook gelden voor uitvoerende ondersteuning op bijvoorbeeld het gebied van ICT en websitebeheer.

4.2.3 ROL VAN PATIËNT

De rol van de patiënt bij het ontwikkelen van onze activiteiten is tot nu toe beperkt. Uiteraard verdiepen we ons in de ervaring en wensen van patiënten. Dit gebeurt nu op basis van onderzoek door instanties als Nivel, Patiëntenfederatie Nederland, patiëntenverenigingen en eigen tevredenheidsonderzoek van organisaties die bij de stichting zijn aangesloten. Ook nodigen we patiënten (of een vertegenwoordiging) uit op onze netwerkbijeenkomsten.

Hier kunnen we nog stappen in zetten. We moeten hier wel goed over nadenken, omdat dit ook op lange termijn om commitment vraagt. En juist deze lange termijn kunnen wij nog niet overzien, omdat financiële zekerheid ontbreekt. En daarmee het voortbestaan van onze stichting. Zodra we hier zekerheid over hebben, gaan we ook deze samenwerking met patiënten in brede zin exploreren.

4.2.4 AANSLUITING OVERIGE (ZORG)AANBIEDERS

Zoals eerder beschreven richten wij ons primair op de multidisciplinaire samenwerking binnen de eerste lijn. Uiteraard kijken we daarbij naar afstemming en waar nodig ontsluiting met andere lijnen, domeinen en aan zorg gerelateerde organisaties.

Daar waar het grote, regionaal werkende organisaties betreft, is zorgafstemming op wijkniveau een brug te ver. Hiervoor zoeken we de samenwerking met regionale vertegenwoordigers om de zorg tussen de verschillende lijnen af te stemmen. Het gaat hierbij onder andere om Huisartsen Eemland (HE) en het Medisch Coördinerend Centrum Eemland (MCCE). Wij kunnen hen input geven welke problemen we op wijkniveau tegenkomen en waar we behoefte aan hebben. Ook kunnen de regionale vertegenwoordigers hun voordeel doen met onze ervaring en ontwikkeling van zorgpaden.

Met de gemeente Amersfoort werken we samen binnen het kader van de gezonde Wijkaanpak. De gezonde Wijkaanpak kent vergelijkbare focusgroepen (ouderen, GGZ en leefstijl). Hierin is afstemming mogelijk met bijvoorbeeld het welzijnsdomein en wijkteams.

Binnen de ouderenzorg zoeken we de samenwerking met de verzorgingshuizen in onze wijken.

Met het Utrechts Fonds Achterstandswijken werken we samen op het gebied van achterstandsproblematiek.

4.3 COMMUNICATIE EN INFORMATIE

Succesvol communiceren is overall een uitdaging, de zorg vormt daarop geen uitzondering. De grootste kans van slagen bestaat als communicatie structureel, eenduidig en planmatig wordt aangepakt. In het communicatieplan dat we gaan opstellen, gaat de aandacht uit naar de volgende onderdelen:

- **Doelgroep**
Wie willen we bereiken? Wat zijn onze belangrijkste doelgroepen en waarom? Gaat het om interne of externe communicatie?
- **Wat willen we met de communicatie bereiken?**
Welk doel beogen we met de communicatie en hoe weten we dat we dit bereiken?
- **Boodschap**
Welke boodschap willen we communiceren en hoe moeten we deze formuleren? Welke voorkennis en attitude heeft de ontvanger van de boodschap? Voor de ontvanger moet helder zijn wat de bedoeling is: is de boodschap informatief, opiniërend of besluitvormend? Wordt een reactie verwacht en zo ja, binnen welke termijn?
- **Middelen en media**
Welke middelen en welke media hebben we tot onze beschikking en wat is meest passend bij een bepaalde doelgroep?
- **Planning**
In de planning bepalen we de volgorde waarin we onze middelen inzetten of hoe we de boodschap opbouwen.
- **Wie doet wat?**
Belangrijk is dat we van elkaar weten wie wat communiceert met wie en wanneer.

5. REALISATIE

In het hoofdstuk Realisatie beschrijven we hoe we de gewenste situatie willen gaan bereiken. Het betreft een beschrijving van het plan van aanpak op hoofdlijnen. Ook beschrijven we de maatregelen die we willen treffen.

5.1 BESTUUR

Doelstelling:

Medio 2018 heeft het stichtingsbestuur zich geprofessionaliseerd. Het bestuur draagt doelgericht zorg voor de voortgang van de beleidsvoornemens en stichtingsactiviteiten. Dit houdt in:

- Bestuursleden kennen de eigen bestuurlijke en meewerkende taken en verantwoordelijkheden.
- Bestuursvergaderingen gaan over beleid (ontwikkeling en toetsing) en het creëren van randvoorwaarden om het beleid uit te kunnen voeren.
- Bestuursvergaderingen kennen een maximaal rendement door goede voorbereiding en uitvoer van meewerkende activiteiten, al dan niet ondersteund door externen.

Maatregelen:

- Opstellen van taakomschrijving per bestuursfunctie.
- Aanvullen van taakomschrijving met individuele bijdrage op basis van persoonlijk profiel en vaardigheden.
- Bespreken van de optimale balans tussen trust en control. Met andere woorden: waar eindigt de inhoudelijke sturing van het bestuur en waar begint de verantwoordelijkheid van de verschillende werkgroepen?
- Opstellen format opdracht aan werkgroepen.
- Opstellen format terugkoppeling van voortgang aan bestuur.
- In kaart brengen van ondersteunende meewerkende activiteiten die belegd kunnen worden bij externen.

5.2 COMMUNICATIEPLAN

Doelstelling:

Medio 2018 beschikt het bestuur over een communicatieplan dat beschrijft vanuit welke motieven, wensen, verantwoordelijkheden en achtergronden we zorgverleners of (zorgverlenende) organisaties willen bereiken en willen beïnvloeden voor wat betreft kennis, attitude of gedrag. Dit houdt in:

- Het bestuur heeft inzicht in wie de stakeholders zijn, hoe we ons tot hen verhouden, wat wij van hen en wat zij van ons nodig hebben.
- Het bestuur heeft inzicht in welke media we tot onze beschikking hebben en welk medium het meest geschikt is voor welke doelgroep en welke boodschap.
- Het bestuur weet op onderwerpen en doelstelling interactie tot stand te brengen met de aangeslotenen.

Maatregelen:

- Opstellen van een stakeholdersanalyse met daarin aandacht voor:
 - Interne, externe en interface stakeholders
 - Belangen van stichting in relatie tot een stakeholder en vice versa

- Opstellen communicatiematrix met daarin aandacht voor:
 - doelgroep
 - doel
 - middel
 - boodschap
 - frequentie
- Opleveren stichtingswebsite
- Opleveren nieuwsbrief (format en frequentie)
- Vormgeven samenwerking met tekstschrijver

5.3 ZELFSTURING WERKGROEPEN

Doelstelling:

De werkgroepen die op zorgonderwerp samengesteld zijn, voelen zich gezamenlijk verantwoordelijk voor het totale proces waarin het project wordt vormgegeven. Ook hebben ze het vermogen om binnen de gestelde kaders de eigen voortgang te plannen, te organiseren, uit te voeren en te evalueren. Dit houdt in:

- Werkgroepleden kennen en onderschrijven de missie en visie van de stichting.
- De werkgroep krijgt een duidelijke opdracht vanuit het bestuur.
- De werkgroep heeft groen licht van het bestuur voor eigen plan van aanpak.
- De werkgroep weet welk budget beschikbaar is en gaat efficiënt om met beschikbare tijd en middelen.
- De werkgroep weet wanneer te overleggen met bestuur (bijvoorbeeld als het plan van aanpak afwijkt of de begroting wordt overschreden).
- De werkgroep houdt de focus op samenwerking en stuurt op opbrengst voor de patiënt.
- Werkgroepleden maken gebruik van gedeelde passies.

Maatregelen:

- Opstellen vigerende richtlijn voor plan van aanpak en projectplan.
- Efficiënt en effectief vergaderen.
- Opstellen format actie- en besluitenlijst.
- Apart beschreven groep en doelstelling binnen communicatieplan.
- Vormgeven ondersteuning en coördinatie vanuit bestuur.

5.4 INZET VAN GEDEELDE PASSIE EN GEVOELDE URGENTIE

Doelstelling:

Bij het vormgeven van de samenwerking op zorgonderwerpen maken we gebruik van gedeelde passie en gezamenlijk gevoelde urgentie. Dit houdt in:

- Inzicht in hoe een integrale aanpak en samenhang leidt tot commitment en gedeeld probleemeigenaarschap.
- Inzicht in waar een integrale aanpak en samenhang leidt tot opbrengst voor de patiënt.

Maatregelen:

- Onderwerp in communicatieplan (hoe zorgen we voor interactie met onze zorgcollega's).
- Brainstorm met directe collega's in de wijk (benutten expertise in de wijk).

- Investering in onderlinge relaties, creëren gezamenlijke waarden, recht doen aan belangen, inzet op expertise.

5.5 ORIËNTATIE OP PATIËNTENPARTICIPATIE

Zodra de stichting zekerheid heeft over de financiering na 2018 start de oriëntatie op de mogelijkheden van patiëntenparticipatie.

Doelstelling:

Verhoging van relevantie en kwaliteit van stichtingsactiviteiten door inzicht in hoe onze activiteiten beter aan kunnen sluiten bij behoeften van bewoners in onze wijk.

Maatregelen:

- Prioriteren van patiëntenparticipatie op agenda van verschillende vergaderingen.
- Ontwikkelen stichtingsvisie op patiëntenparticipatie.
- Opstellen van thema's.
- Communicatie met doelgroep.
- Onderzoek naar ervaringen en best practices.

5.6 OVERZICHT ZORGPADEN 2018

Hoewel deze paragraaf eerder in een jaarplan thuishoort, presenteren we hem hier toch. Dit omdat de focus van het beleidsplan zich richt tot eind 2018 en in die zin samenvalt met een jaarplan.

Het gaat hier om een overzicht. Inhoudelijk verwijzen we naar de verschillende plannen van aanpak van de werkgroepen.

5.6.1 PALLIATIEVE ZORG

Doelstelling:

In december 2018 leveren we de palliatieve zorg in de terminale fase vanuit een geïntegreerd samenwerkingsverband van bestaande zorgvoorzieningen. De zorg voorziet in de individuele vraag en behoefte van patiënten en hun naasten.

- We werken met een individueel zorgplan.
- We werken met een regievoerder/casemanager.
- We verstrekken eenduidige informatie.
- Er is sprake van proactieve zorgplanning, waardoor voorkeuren en wensen van de patiënt beschermd worden tegen crisissituaties.

5.6.2 ONDERVOEDING

Doelstelling:

Tijdig opsporen, signaleren en behandelen van ondervoeding bij ouderen van 65 jaar en ouder.

- Gebruik van de SNAQ65+.
- Diëtist leidt de werkgroep.
- Wijkverpleging neemt deel.

5.6.3 MEDICATIEVEILIGEHD

Doelstelling:

Optimaliseren huidige proces van medicatiereviews.

- Meer actieve rol huisarts in oproepen van patiënten voor review.
- Geen dubbele werkzaamheden door de verschillende organisaties, meer continuïteit in doorlooptijd tussen oproep en uiteindelijke terugkoppeling uitkomsten aan patiënt.
- Herdefiniëren selectiecriteria, waardoor we gericht risicogroepen kunnen beoordelen (kwetsbare ouderen en mensen in palliatieve fase).
- Review deel laten uitmaken van reguliere zorg aan deze groepen.
- Aansluiting bij 'shared decision making' en 'advance care planning'.
- Wijkverpleging opnemen als signalerende partner.

5.6.4 EXPERTISE IN DE WIJK

Doelstelling:

In 2018 hebben minimaal twee scholingsactiviteiten plaatsgevonden vanuit de Stichting de Koppeling met Schothorst. Hierbij zijn minimaal 70% van de medewerkers van de zorgorganisaties van aangeslotenen aanwezig. Na elke bijeenkomst evalueren we de scholingsactiviteiten. Dit gebruiken we voor het verder optimaliseren van het scholingsplan 2019, met als doel het succesvol invoeren van zorgpaden van de Stichting de Koppeling met Schothorst te verbeteren.

- Jaarlijks scholingsplan/kostenbegroting.
- Evaluatie van elk scholingsmoment (SWOT).
- Jaarlijkse inventarisatie scholingsbehoefte onder aangeslotenen.
- Jaarlijks advies bestuur onderwerpen en prioritering.

5.6.5 ONTSLUITING ZORG EN WELZIJN

Doelstelling:

Realiseren van een eenvoudig en laagdrempelig verwijzingsproces van een patiënt met een welzijnsvraag vanuit de zorg naar een welzijnswerker.

- Als de zorgverlener de aanmelding op zich neemt, is de bereikbaarheid van de welzijnswerker gegarandeerd via één centraal nummer.
- Als de zorg actief verwijst, dan altijd terugkoppeling vanuit welzijnswerk.
- Duidelijkheid welke verwijzing bij wijkteam of welzijnswerk thuishoort.

Verwijsscheurblok met centraal aanmeldnummer voor zorgverlener, informatie voor patiënt en stroomdiagram wijkteam en welzijnswerk.



2018