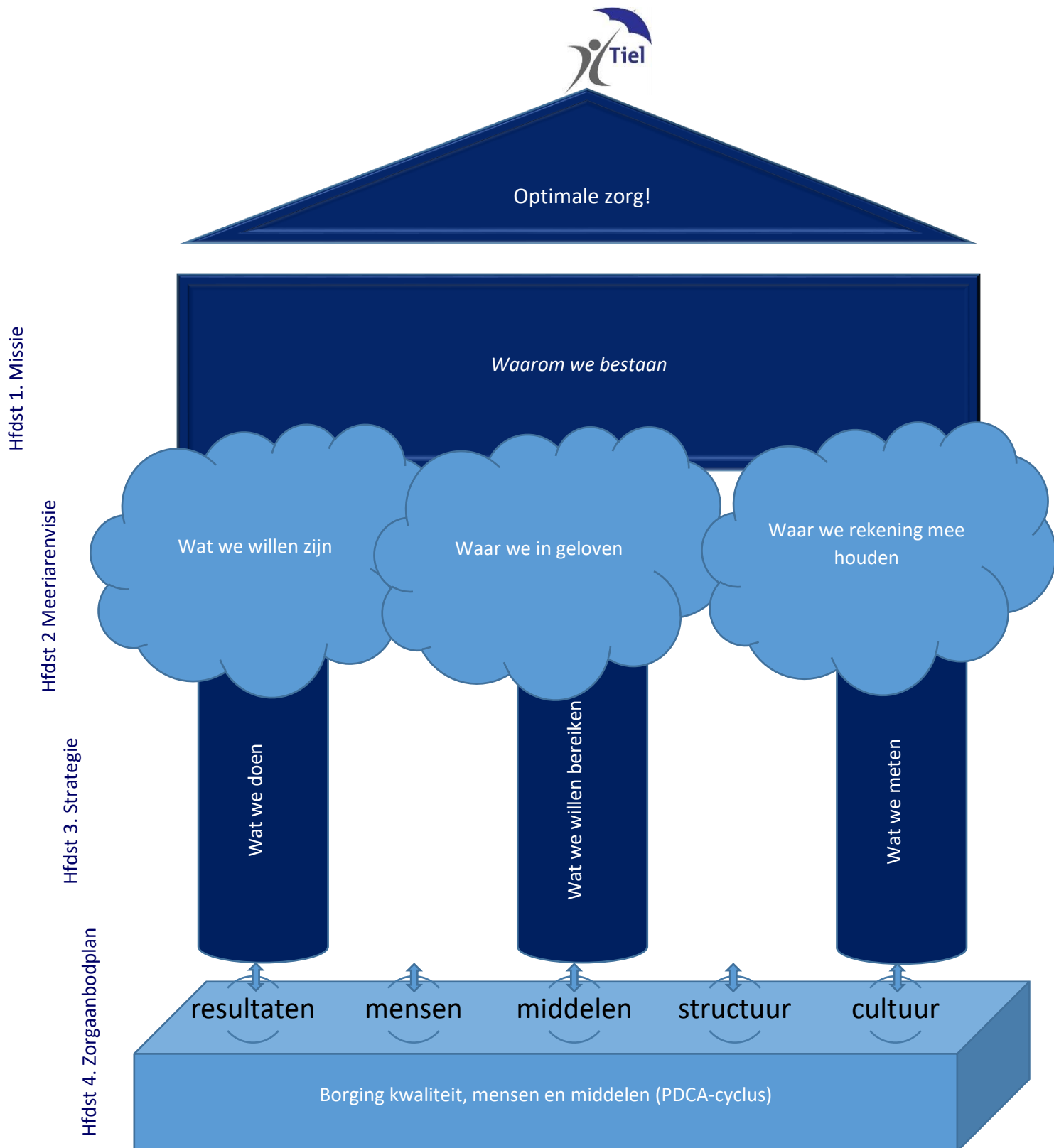


Inleiding, het ECT kompas

Een kompas dient om richting te houden ten einde op de gewenste bestemming uit te komen. Dit document beschrijft de verschillende niveaus waarop de koers van het ECT bepaald wordt. We gebruiken hiervoor onderstaande structuur.



Inhoud

1.	Missie.....	5
2.	Meerjarevisie 2020-2025	6
2.1	Ontwikkeling 1 - Zorgvraag in Tiel en omgeving	7
2.2	Ontwikkeling 2 - Behoeft van patiënten.....	7
2.2.1	Brede kijk op gezondheid	7
2.2.2	Bespreekbaar maken van socialen uitdagingen	7
2.2.3	Toegang tot en werken met het eigen gezondheidsdossier	7
2.2.4	Alle hulp- en zorgverleners communiceren via hetzelfde systeem	7
2.2.5	Eén contactpersoon.....	8
2.2.6	Overbruggen van wachttijden	8
2.2.7	Ondersteuning bij (zelf)zorg en zorg op afstand	8
2.3	Ontwikkeling 3 - Behoeft van zorgverleners	8
2.3.1	Toekomstbestendige zorg	8
2.3.2	Voldoende personeel	8
2.3.3	Lokaal waar het kan, regionaal waar nodig.....	8
2.3.4	Zelfstandige zorggroep blijven	9
2.3.5	Optimale ondersteuning lijnen en domein overstijgend	9
2.3.6	Versterken van strategische positie	9
2.3.7	Duidelijke afspraken over regie en verantwoordelijkheden	9
2.3.8	Voorop lopen en innovatiekracht vergroten.....	9
2.3.9	Continu leren en verbeteren	9
2.3.10	Goed werkend communicatiesysteem voor alle betrokkenen	9
3.	Strategie: de focus voor de komende jaren	10
3.1	Pijler 1 - Kwalitatief hoogwaardige en doelmatige zorg	10
3.1.1	Aanvullende kwaliteitsafspraken	10
3.1.2	Uitbreiding en verfijning van het zorgaanbod.....	10
3.2	Pijler 2 – Optimale ondersteuning van patiënten	11
3.2.1	Persoonsgerichte zorg en positieve gezondheid als concept voor de ondersteuning..	11
3.2.2	Intensievere samenwerking om goed naar het bestaand hulpaanbod toe te leiden ...	11
3.2.3	Toegang tot en werken met het eigen gezondheidsdossier	11
3.2.4	Alle hulp- en zorgverleners communiceren via hetzelfde systeem	11
3.2.5	Netwerkafspraken over regie en verantwoordelijkheden	11
3.2.6	Intensieve samenwerking gemeente en sociaal domein t.b.v. optimale jeugd-GGZ....	11
3.2.7	Intensieve samenwerking Specialistische-GGZ	11
3.2.8	Ondersteuning van (zelf)zorg	11
3.3	Pijler 3 – Optimale ondersteuning van zorgverleners.....	12

3.3.1	Afspraken over samenwerking en substitutie.....	12
3.3.2	Ondersteuningsniveau naar behoefte aanpassen.....	12
3.3.3	De meerwaarde van het ECT zichtbaar maken	12
3.3.4	Leren en innoveren	12
4.	Zorgaanbodplan 2020	13
4.1	Samenvatting Zorgaanbodplan	13
4.2	Multidisciplinaire zorg.....	14
4.2.1	Persoonsgerichte zorg.....	14
4.2.2	Hart- en vaatzorg.....	14
4.2.3	Longzorg	14
4.2.4	Ouderenzorg.....	14
4.2.5	Dementie	15
4.2.6	GGZ.....	15
4.2.7	Palliatieve zorg	15
4.2.8	Gecombineerde Leefstijl Interventie (GLI)	16
4.2.9	Wond Expertise Netwerk (WEN)	16
4.3	Zorginnovatie.....	17
4.3.1	Multidisciplinaire Eerstelijnsouderenzorg met een Specialist Ouderenzorg (MESO) ...	17
4.3.2	Optimale medicatiegebruik bij COPD (ACOPD-project)	17
4.3.3	Tele- dermatologie	17
4.3.4	Kansrijke Start.....	17
4.3.5	COPD Integrale anderhalvelijns zorg.....	17
4.3.6	Communicatie tussen zorgverleners en patiënten	17
4.3.7	Kind Expertise Centrum (KEC)	18
4.4	Wijk management en preventie.....	18
4.4.1	Tielse wandel challenge.....	18
4.4.2	Coalitie Tiel Rookvrij.....	18
4.4.3	Farmaco Therapeutisch Overleg (FTO).....	18
4.4.4	Convenant gemeente Tiel	18
4.5	Regio management	19
4.6	Ondersteuning.....	19
4.7	Borging	20
4.7.1	Borging kwaliteit.....	20
4.7.2	Governance	20
4.7.3	Financiële borging	20

1. Missie

Waarom we bestaan...



Optimale zorg!

Uw gezondheidsbehoefte vormt voor het uitgangspunt voor ons. Samen bespreken we wat voor u waardevol is en wat u graag zou willen bereiken. Aan de hand hiervan lichten we de mogelijkheden toe. Om u optimaal te kunnen helpen, hebben we met onze partners samenwerkingsafspraken gemaakt. Gezamenlijk bepalen we welke stappen u kunt ondernemen en welke ondersteuning het beste bij uw behoefte aansluit.

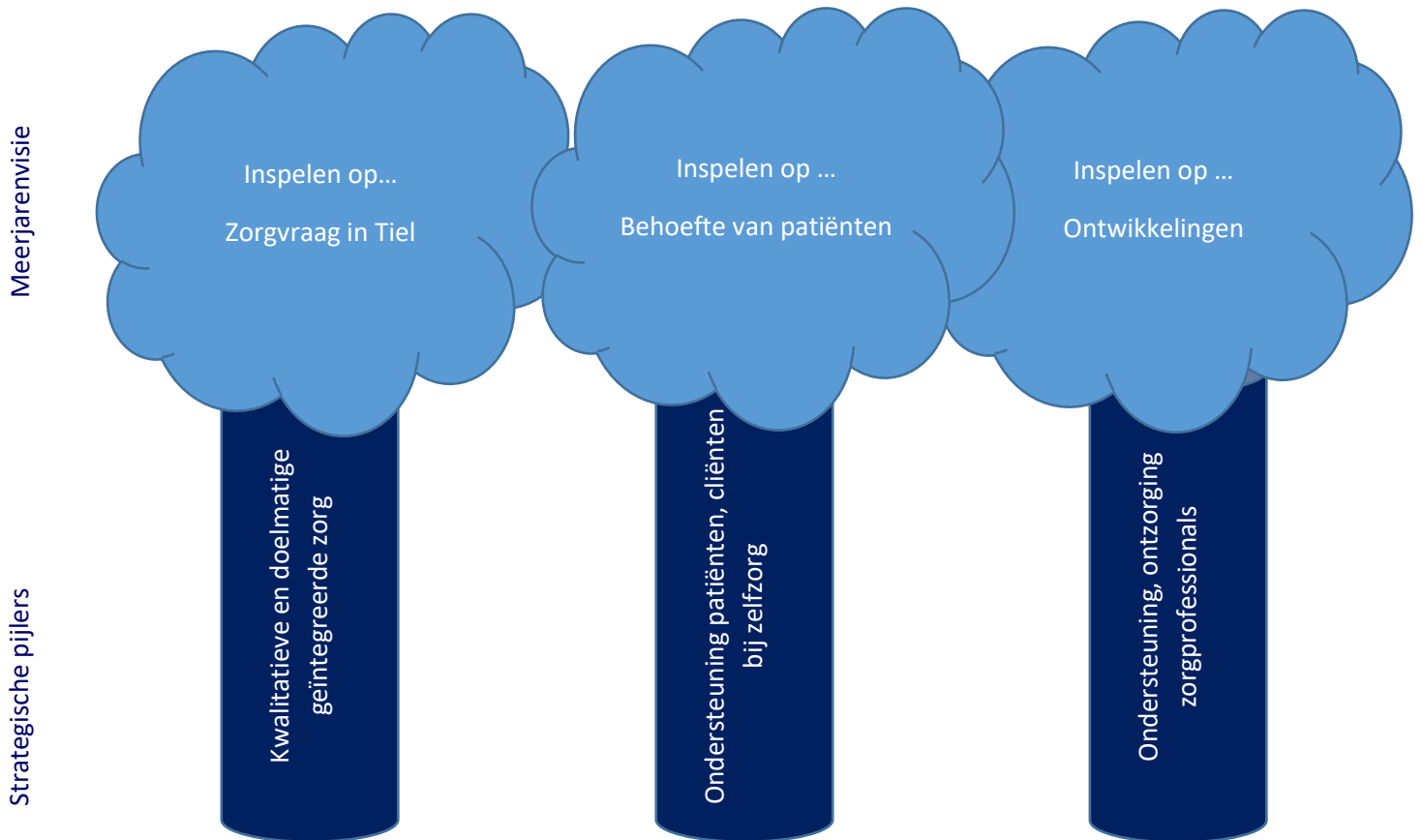
2. Meerjarenvisie 2020-2025

Optimale zorg – samen realiseren

Wat we willen zijn

Waar we in geloven

Waar we rekening mee houden...



Een kader voor optimale zorg: 3 ontwikkelingen

Binnen dit visie hoofdstuk kijken we vooruit. We gaan in op de (verwachte) zorgvraag in Tiel, brengen de behoefte van patiënten en zorgverleners in beeld en schetsen een gewenste ontwikkeling van de organisatie. Hiermee maken we de geplande koers van de organisatie inzichtelijk en bieden alle belanghebbenden een kader. Zo kunnen we gezamenlijk invulling geven aan optimale zorg. Uitgangspunt is dat onze inspanningen waarde toevoegen aan de gezondheid van de Tielse inwoners.

2.1 Ontwikkeling 1 - Zorgvraag in Tiel en omgeving

De meeste inwoners van Tiel en omgeving (hierna genoemd "Tiel") kennen grote gezondheidsuitdagingen. Zowel wat een gezonde leefstijl betreft, als ook het leven met één of meerdere chronische aandoeningen. Dat is in het dagelijks leven zichtbaar. Mensen bewegen minder dan gemiddeld, eten minder fruit en groente en roken meer. Ook hebben in Tiel bovengemiddeld veel mensen één of meerdere chronische aandoeningen. Mensen maken vaker gebruik van geestelijke gezondheidszorg en worden vaker in het ziekenhuis opgenomen.

Waar het RIVM in de toekomstige verkenning op landelijk niveau een *gezond vooruitzicht* schetst, is dit beeld voor de inwoners van Tiel minder herkenbaar. Kenmerkend is wel het verschil in levensverwachting.

De gezondheidsuitdagingen voor de Tielse inwoners lijken met het jaar groter en complexer te worden. Voor de komende jaren is de verwachting dat in Tiel het aantal mensen met een chronische aandoening verder gaat toenemen. Met name het aantal mensen met hart- en vaatziekten of psychische problematiek, oudere in een kwetsbare situatie (en die palliatieve zorg behoeven) en mensen met dementie die thuis wonen gaat verder oplopen.

2.2 Ontwikkeling 2 - Behoeft van patiënten

Onder patiënten verstaan wij inwoners van Tiel en Ophemert die met hele diverse hulp- en zorgvragen naar het ECT. Zij vragen aan zorgverleners in de breedte naar hun gezondheid te kijken en ook oog te hebben voor sociale uitdagingen. Er is meer behoefte aan persoonsgerichte zorg.

Daarnaast groeit de interesse in ondersteunende ICT-mogelijkheden. Zowel wat betreft de toegang tot het eigen dossier, het communiceren met zorgverleners alsmede ondersteuning op afstand. Een grote zorg van patiënten zijn wachttijden en de regie over de zorg. Welke zorgverlener heeft een goed beeld van alle lopende zorgactiviteiten als zijzelf het overzicht verliezen? Wij verwachten echter ook dat in Tiel en omgeving een grote groep mensen zal blijven bestaan die geen gebruik maakt van ICT oplossingen

2.2.1 Brede kijk op gezondheid

Een deel van de inwoners heeft meer behoefte aan een brede kijk op gezondheid. Naast het dagelijks functioneren, lichaamsfuncties, mentaal welbevinden en de kwaliteit van leven, komen ook de aspecten *meedoen* en *zingeving* meer op de voorgrond te staan. Het concept van positieve gezondheid wordt door inwoners omarmd. In de praktijk zien we dit bijvoorbeeld bij de diabetes challenge terug. Gedurende een half jaar wandelen mensen wekelijks in een groep. Voor deelnemers vormt de groep een belangrijke meerwaarde. Het aspect erbij horen heeft een positieve bijdrage aan de gezondheidsbeleving van de deelnemers.

2.2.2 Bespreekbaar maken van sociale uitdagingen

Naast een toenemende zorgvraag zien we een verdere vermenging en versterking van gezondheids- en sociale uitdagingen. Een bovengemiddeld groot aandeel (16%) van de beroepsbevolking in Tiel heeft moeite met lezen en schrijven. Meerdere wijken zijn formeel bestempeld als "achterstandswijken". Er is een grote groep bekend met schulden-/ armoedeproblematiek. Deze sociale aspecten beïnvloeden de gezondheidstoestand van een specifieke groep. Mensen hebben naast één of meerdere zorgvragen ook steeds meer sociale zorgen die ze in de spreekkamer delen of door de zorgverlener gesignaleerd worden. Vaak is het nodig om eerst aan de sociale aspecten het hoofd te bieden, voordat er ruimte ontstaat om zich te focussen op de eigen gezondheid. Voor de meeste mensen is een toeleiding naar hulp (vaak in het sociale domein) nodig om aan de slag te kunnen gaan.

2.2.3 Toegang tot en werken met het eigen gezondheidsdossier

Het eigen gezondheidsdossier (PGO=Persoonlijke Gezondheids Omgeving) is voor de meeste mensen een goed bewaard geheim. In de praktijk is de informatie over de eigen gezondheid in verschillende dossiers bij de betrokken hulp- en zorgverleners geregistreerd. Hierdoor is de informatie versnipperd en weinig toegankelijk voor de belanghebbenden. Mensen hebben steeds meer behoefte om hun eigen dossier in te zien en o.a. zelfmetingen daarin vast te leggen.

2.2.4 Alle hulp- en zorgverleners communiceren via hetzelfde systeem

Voor een goede ondersteuning is het noodzakelijk dat de betrokken personen goed op de hoogte zijn van de laatste gezondheidsinformatie. Er is een groeiende behoefte aan één plek waar alles beschikbaar is en tegelijk informatie gedeeld kan worden door alle betrokken personen.

2.2.5 Eén contactpersoon

Met name oudere mensen hebben behoefte aan één contactpersoon. Naarmate de zorgvraag complexer wordt en meer zorgverleners betrokken zijn, wordt het als prettig ervaren om met één persoon afspraken te maken en dat deze persoon op de hoogte is van alle lopende zorgactiviteiten.

2.2.6 Overbruggen van wachttijden

Diverse aanbieders binnen de GGZ (voor jeugd en volwassenen) werken met een wachtlijst. De wachttijd varieert van enkele dagen, maanden tot zelfs één jaar. Mensen hebben behoefte aan zorg gedurende de overbruggingsperiode.

2.2.7 Ondersteuning bij (zelf)zorg en zorg op afstand

De behoefte aan ondersteuning bij zelfzorg is groot. De manier van ondersteuning is divers. Steeds meer mensen maken juist in de thuishouding gebruik van zelfzorgondersteuning. Een toenemend aantal mensen maakt gebruik van ondersteunende e-health programma's en/of gezondheidsapp's. De vraag hiernaar gaat de komende jaren verder toenemen.

2.3 Ontwikkeling 3 - Behoeft van zorgverleners

Onder zorgverleners verstaan wij alle professionals die werkzaam zijn in de ECT locaties en de ketenpartners in de chronische zorg, jeugdzorg en in expertise centra zoals het WEN (Wond Expertise Netwerk).

De werkintensiteit in de eerstelijns is de afgelopen jaren enorm gestegen. De manier van werken is sterk aan verandering onderhevig door technische innovaties maar ook door de wens om meer parttime te werken. Zorgverleners willen door het ECT optimaal ondersteund en ontzorgd worden. Hierbij gaat het om grote vraagstukken zoals de krapte op de arbeidsmarkt en de oplopende totale zorgvraag. Hiervoor zijn het coördineren van de lokale en regionale samenwerking en versterken van de strategische positie belangrijke taken voor het ECT. Een goed werkend communicatiesysteem en duidelijke afspraken over de regie en verantwoordelijkheden zijn daarbij essentieel. De huisarts is voor de patiënt de constante factor in de gezondheidszorg. Hij zorgt voor continuïteit van zorg tijdens ziekte-episodes en gedurende de levensloop. De huisarts werkt samen met andere zorgverleners en zorgt door zijn regierol voor samenhang in de zorg. Ook willen de zorgverleners binnen het ECT continu leren, voorop lopen en de innovatiekracht vergroten. Hiervoor vragen ze de ondersteuning van het ECT.

2.3.1 Toekomstbestendige zorg

De druk op de gezondheidszorg neemt verder toe. In de dagelijkse praktijk stijgt het aantal zorgvragen en de complexiteit ervan groeit. Ook is de substitutie van somatische en GGZ zorg vanuit de tweede lijn steeds meer voelbaar voor de zorgverleners binnen de eerste lijn.

Om goede zorg te bieden, is meer afstemming en samenwerking met andere disciplines en partnerorganisaties nodig. Ook dienen grote vraagstukken gezamenlijk opgepakt te worden. We denken aan de zorg voor kwetsbare groepen en communicatie tussen digitale informatie systemen. Hiervoor zijn goede samenwerkingsafspraken en een passende vergoeding noodzakelijk.

2.3.2 Voldoende personeel

De arbeidsmarkt verandert. Goede professionals zijn in toenemende mate schaars. Mensen zoeken in toenemende mate werk dat parttime gedaan kan worden. Die trend is waarneembaar bij zelfstandigen en bij professionals in loondienst. Opleidingsmogelijkheden, carrière kansen en een prettige werkomgeving zijn belangrijke factoren om mensen te blijven boeien en binden.

2.3.3 Lokaal waar het kan, regionaal waar nodig

De zorg organiseren we op verschillende niveaus. De uitvoering van de zorg is lokaal. Het ontwerp en de ontwikkeling van de zorg vindt merendeels op regionaal niveau plaats. Daarbij stemmen de netwerkpartners de taken onderling af. Hierdoor hebben de zorgverleners binnen het ECT een optimale slagkracht. De netwerksamenwerking biedt een grote ontwikkelkracht en de lokale invulling een snelle implementatie en flexibiliteit.

2.3.4 Zelfstandige zorggroep blijven

Het ECT kenmerkt zich door intrinsieke gedrevenheid om kwalitatief hoogwaardige zorg te bieden, een hoog ambitieniveau en een sterke innovatiekracht. Dat zorgt voor veel trots en loyaliteit onder de zorgverleners. Dat heeft weer een positieve invloed op het naleven van onze afspraken.

2.3.5 Optimale ondersteuning lijnen en domein overstijgend

Met een toenemende complexiteit van de zorgvragen, is er meer behoefte aan ondersteuning vanuit verschillende lijnen en domeinen. Om optimale ondersteuning te kunnen bieden, is een intensievere samenwerking met de specialistische zorg en het sociale domein steeds belangrijker. Zowel met het ziekenhuis alsook met de gemeente bestaat een goede samenwerking. De komende jaren focussen zorgverleners op dezelfde speerpunten.

2.3.6 Versterken van strategische positie

Het ECT kenmerkt zich door kwalitatief hoogwaardige zorg en betrokken en gedreven zorgverleners. In de afgelopen jaren lag de focus vooral op de zorginhoud. Daarmee was de zorgverlening tegelijk het best bewaarde geheim. De zorg kent steeds meer krapte, zowel wat mogelijke werknemers betreft alsook financiële middelen. De komende jaren gaan we de zichtbaarheid vergroten van nieuwe initiatieven, de lopende activiteiten en de behaalde resultaten.

2.3.7 Duidelijke afspraken over regie en verantwoordelijkheden

Zorgverleners van het ECT stimuleren mensen om zelf de regie over hun gezondheid te nemen. De huisarts is voor de patiënt de constante factor in de gezondheidszorg. Hij zorgt voor continuïteit van zorg tijdens ziekte-episodes en gedurende de levensloop. De huisarts werkt samen met andere zorgverleners en zorgt door zijn regierol voor samenhang in de zorg.

2.3.8 Voorop lopen en innovatiekracht vergroten

Onder de zorgverleners is een grote behoefte om voorop te lopen wat de kwaliteit van de zorg betreft. Daarnaast willen zij continu verbeteren en nieuwe mogelijkheden verkennen. De komende jaren willen de zorgverleners de innovatiekracht verder vergroten en waar nodig samenwerking met nieuwe partners aangaan.

2.3.9 Continu leren en verbeteren

Het ECT is een lerende organisatie. De verschillende huisartsenteams en disciplines dragen onderling hun kennis over en verbeteren continu hun eigen zorgactiviteiten. Zorgverleners hebben de behoefte om ondanks de toenemende werkdruk in elkaars kennis te kunnen blijven investeren en daarmee elkaar te versterken. Van het ECT verwachten ze een faciliterende rol.

2.3.10 Goed werkend communicatiesysteem voor alle betrokkenen

Goed communiceren over de zorg rondom de patiënt is een van de grootste uitdagingen van zorgverleners. De komende jaren willen zij toewerken naar één communicatiesysteem waarvan de patiënt zelf de regie heeft.

3. Strategie: de focus voor de komende jaren

Het ECT focust zich op drie pijlers:

- 1) kwalitatieve hoogwaardige en doelmatige zorg;
- 2) optimale ondersteuning van patiënten;
- 3) optimale ondersteuning van zorgverleners.

Voor de komende vijf jaar is per pijler de behoefte in beeld gebracht. Aan de hand hiervan bepalen we speerpunten en schetsen een gewenste ontwikkeling van de organisatie. In samenwerking met de preferente zorgverzekeraar Menzis, patiënten(vertegenwoordigers) en aangesloten zorgverleners werkt het ECT het visiedocument in een zorgaanbodplan uit.

3.1 Pijler 1 - Kwalitatief hoogwaardige en doelmatige zorg

3.1.1 Aanvullende kwaliteitsafspraken

In de afgelopen jaren werd de kwaliteit grotendeels aan de hand van structuur- en procesindicatoren gemeten en vergeleken. Slechts enkele uitkomstindicatoren zijn tot op heden geformuleerd. Hierbij gaat het om groepsresultaten – niet om individuele streefwaarden. Menzis, de preferente zorgverzekeraar in de regio, stuurt aan op persoonlijke gezondheidsdoelen. Dat sluit aan bij onze opvatting van optimale zorg. Patiënten en zorgverleners bepalen tijdens het spreekuur gezamenlijk welke gezondheidsdoelen zij willen bereiken. Dat doen zij in onderling overleg. Hierdoor krijgt het vervolgtraject vorm en kunnen zorgverleners patiënten begeleiden bij hun (zelf)zorg. De meerwaarde van de persoonlijke zorgondersteuning wordt beter zichtbaar.

Naast de één-op-één gesprekken werd ook gekeken hoe de integratie van persoonsgerichte zorg binnen de chronische zorg verder vorm kan krijgen. De focus op positieve gezondheid helpt hierbij. Mensen voelen zich aangesproken door een brede gezondheidsbenadering. Dit concept werken we de komende tijd voor de huisartsenzorg, andere disciplines en specifiek voor de chronische zorg, verder uit.

Zo stimuleren we mensen actief om zelf de regie over hun gezondheid te nemen en zorgverleners de mogelijkheid geven een meer coachende rol in te nemen.

Om de resultaten van de persoonsgerichte zorg zichtbaar te maken, zijn persoonlijke gezondheidsdoelen onderdeel van de kwaliteitsrapportage. Op dit moment verloopt de registratie via de zorgverleners. Het komende jaar gaan we gebruiken om ook patiënten een platform te bieden, zodat zij hun gezondheidsinformatie kunnen registreren en desgewenst met zorgverleners kunnen delen. Hiermee willen we zelfzorg goed ondersteunen en mensen ook de mogelijkheid geven om thuis metingen te doen.

3.1.2 Uitbreiding en verfijning van het zorgaanbod

Om goed aan de (veranderende) zorgvraag te kunnen voldoen, is een verdere integratie en uitbreiding van het huidige zorgaanbod voor mensen met hart- en vaataandoeningen, psychische problematiek, kwetsbare ouderen en mensen met dementie nodig. Dat is in het zorgaanbodplan verder uitgewerkt en geconcretiseerd. Binnen de uitwerking hebben we ook oog voor de doelmatigheid van de zorg.

3.2 Pijler 2 – Optimale ondersteuning van patiënten

3.2.1 Persoonsgerichte zorg en positieve gezondheid als concept voor de ondersteuning

Het komende half jaar gaan we het concept persoonsgerichte zorg en positieve gezondheid verder in de zorg integreren. Hierbij focussen we op de bestaande zorgprogramma's. Patiënten vragen we hun ideeën en ervaringen met ons te delen. Met een actieve uitwisseling willen we bereiken dat integratie aansluit bij de brede behoefte.

3.2.2 Intensievere samenwerking om goed naar het bestaand hulpaanbod toe te leiden

Sociale problematiek bespreekt het ECT met de netwerkpartners. Ook bieden we een actieve bijdrage aan coalities om sociale problematiek in te perken en mensen actief naar hulp toe te leiden. Waar nodig breiden we de bestaande samenwerking uit om zowel patiënten alsook zorgverleners in de omgang hiermee te ondersteunen.

3.2.3 Toegang tot en werken met het eigen gezondheidsdossier

Hiervoor maken we ons sterk en inventariseren volop de mogelijkheden. In 2020 staat de realisatie centraal.

3.2.4 Alle hulp- en zorgverleners communiceren via hetzelfde systeem

In 2019 start een pilot met OZO-Verbindzorg. Na een positieve evaluatie gaan partners binnen de ouderenzorg het platform regio-breed implementeren. Daarna is een uitbreiding naar andere doelgroepen mogelijk. Zodat na een aantal jaren een sluitend platform gerealiseerd is. Patiënten/mantelzorgers zijn regiehouder binnen het platform en hebben een actieve rol bij de implementatie.

3.2.5 Netwerkafspraken over regie en verantwoordelijkheden

Binnen de ouderen- en de palliatieve zorg lopen patiënten en zorgverleners tegen onduidelijke verantwoordelijkheden en het ontbreken van overzicht aan. Om één lijn binnen de regio aan te houden, zijn bestuurlijke afspraken nodig. Het komende jaar is dat één van de speerpunten. Daarna vindt een regio brede implementatie plaats.

3.2.6 Intensieve samenwerking gemeente en sociaal domein t.b.v. optimale jeugd-GGZ

Om kinderen met een GGZ hulpvraag goed te helpen zijn zowel de functie POH- Jeugd GGZ als SOH (Specialistische ondersteuning Huisartsen) binnen de eerste lijn geïnitieerd. Sindsdien kunnen kinderen met een GGZ hulpvraag in de huisartsenpraktijk terecht. Zij krijgen snel en laagdrempelig hulp. De functie POH- Jeugd GGZ is een verbindingsfunctie tussen het sociale domein, eerste en tweede lijn. De samenwerking is aanzienlijk verbeterd en wordt verder geïntensiveerd.

3.2.7 Intensieve samenwerking Specialistische-GGZ

Binnen de volwassenen GGZ willen de zorgverleners afspraken maken inzake een intensievere samenwerking. Hiermee is de wachtlijstproblematiek nog niet verholpen. Met de zorgverzekeraar gaan we in gesprek over overbruggingshulp.

Afhankelijk van de zorgvraag kunnen gepaste e-health programma's tijdelijk een ondersteuning in de thuissituatie bieden.

3.2.8 Ondersteuning van (zelf)zorg

In 2019 hebben deelnemers aan de Diabetes Challenge in vervolg hierop zélf een wandelgroep gestart. Hierbij zijn geen zorgverleners betrokken. Ook werven de wandelaars actief nieuwe personen om mee te wandelen. Hierdoor is het beweegprogramma gedeeltelijk in de wijk geïnitieerd. Naast meer bewegen, staan vooral persoonlijke gezondheidsdoelen centraal, zoals meedoen en een betere kwaliteit van leven. Het initiatief is uiterst positief en volgend jaar stimuleert het ECT mensen om nieuwe gezondheidsinitiatieven in de wijk te starten.

Thuis kunnen mensen met een chronische aandoening met behulp van het educatieprogramma 5 minuten info ondersteuning bij hun zelfzorg krijgen.

3.3 Pijler 3 – Optimale ondersteuning van zorgverleners

3.3.1 Afspraken over samenwerking en substitutie

Hiervoor zijn goede samenwerkingsafspraken en een passende vergoeding noodzakelijk. Het ECT is met Menzis, het ziekenhuis en de gemeente in gesprek om de speerpunten voor de komende jaren verder te definiëren en aan de gekozen focus invulling te geven, ook op financieel gebied.

3.3.2 Ondersteuningsniveau naar behoefte aanpassen

Met de partners stemmen we goed de taakverdeling af en maken daarbij optimaal gebruik van het lokale en het regionale netwerk – zowel voor de gezondheidszorg alsook voor de welzijnszorg.

3.3.3 De meerwaarde van het ECT zichtbaar maken

Daarmee willen we de strategische positie verder versterken. Hiermee ontstaat een absolute win- win- situatie. Mensen zijn beter geïnformeerd over de gezondheidszorg in het ECT. Zorgverleners krijgen een podium om hun kennis breder te delen en kunnen de collega's voor het ECT interesseren. Voor financiers wordt de meerwaarde van de zorg binnen het ECT zichtbaar.

3.3.4 Leren en innoveren

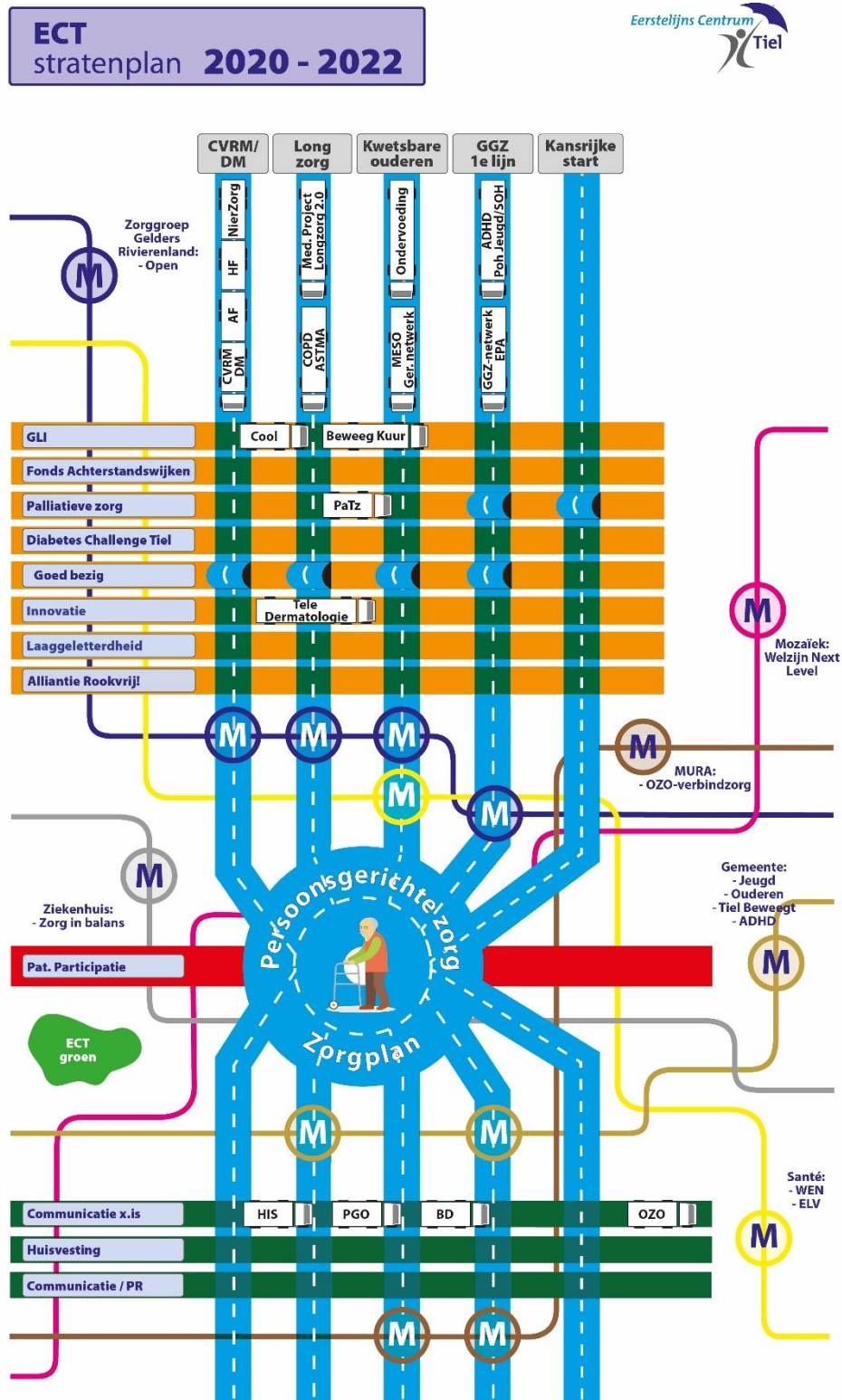
De komende jaren richten we ons op vernieuwing. Waar nodig trekken we kennisexperts aan. Ook staan we open voor samenwerking met nieuwe partners.

4. Zorgaanbodplan 2020

4.1 Samenvatting Zorgaanbodplan

Het zorgaanbodplan laat zich samenvatten in het "ECT stratenplan". Dit stratenplan geeft weer:

- Centraal staat "de patiënt" met zijn/haar individuele zorgplan
- Blauwe wegen: zorgprogramma's met daarop de specifieke projecten
- Oranje wegen: patiëntgebonden activiteiten die dwars door de programma's heen lopen
- Groene wegen: niet patiëntgebonden activiteiten die dwars door de programma's heen lopen
- Metrolijnen: partners met complementaire activiteiten



4.2 Multidisciplinaire zorg

4.2.1 Persoonsgerichte zorg

Binnen de multidisciplinaire zorg gaan we de komende twee jaren twee concepten gebruiken om de ondersteuning te personaliseren. Zorgverleners gaan het concept positieve gezondheid inzetten om de hulpvraag en de gewenste ondersteuning van de patiënt te bespreken. De afspraken staan in het individueel zorgplan (IZP). Via de persoonlijke gezondheidsomgeving kunnen patiënten het IZP inzien en bewerken. Uiterlijk juni 2020 is voor alle zorgprogramma's een uitgewerkt integratieplan beschikbaar. Daarna volgt de integratie.

4.2.2 Hart- en vaatzorg

4.2.2.1 Diabetes

Aanbod: Regionaal zorgprogramma
Speerpunten: De diabetes challenge zetten we in 2020 voort. Verder organiseert het ECT een informatiemarkt voor mensen met diabetes.
Expertarts: (Kader)huisarts Marc Huls

4.2.2.2 Cardio Vasculair Risicomanagement (CVRM)

Aanbod: Regionaal zorgprogramma
Speerpunten: In 2020 werken de zorgverleners conform de nieuwe CVRM-zorgstandaard. De monitoring richt zich op een goede integratie van de nieuwe standaard.
Expertarts: (Kader)huisarts Joukje van Merkestein, Suzanne Geerits

4.2.2.3 Atrium fibrilleren

Aanbod: Regionaal zorgprogramma
Speerpunten: In 2019 is het zorgprogramma gestart, in 2020 worden mensen conform het zorgprogramma begeleidt.
Expertarts: (Kader)huisarts Joukje van Merkestein, Suzanne Geerits

4.2.2.4 Hartfalen

Aanbod: Regionaal zorgprogramma
Speerpunten: In Q1 vinden de voorbereidingen voor de implementatie van het hartfalen zorgprogramma plaats. Zodat in Q2 de zorggroep het zorgprogramma kan implementeren.
Expertarts: (Kader)huisarts Joukje van Merkestein, Suzanne Geerits

4.2.2.5 Nieren

Aanbod: ECT zorgprogramma
Speerpunten: Eind 2019 start de implementatie van het zorgprogramma nieren. In 2020 worden mensen met een risico actief opgeroepen en begeleid.
Expertarts: (Kader)huisarts Marc Huls

4.2.3 Longzorg

4.2.3.1 COPD

Aanbod: Regionaal zorgprogramma
Speerpunten: Therapietrouw, voorkomen van exacerbaties en mensen meer laten bewegen middels de COPD challenge.
Expertarts: Marie-José Wille

4.2.3.2 ASTMA

Aanbod: Regionaal zorgprogramma
Speerpunten: Ontwikkeling programma voor kinderen
Expertarts: Marie-José Wille

4.2.4 Ouderenzorg

Aanbod: Regionaal zorgprogramma

Speerpunten: Vervolgacties van ketenaanpak ondervoeding
Expertarts: (Kader)huisarts Ingrid Corten, Floor Kolthof

4.2.5 Dementie

Aanbod: Regionaal netwerk met samenwerkingsafspraken
Speerpunten: Inrichting van een lokaal netwerk met samenwerkingsafspraken
Expertarts: Jos van Berkel (SO), Floor Kolthof

4.2.6 GGZ

4.2.6.1 *Volwassenen, mensen met een stabiele EPA*

Aanbod: Begeleiding door POH en zorg op afstand
Speerpunten: Ondersteuning van mensen met een stabiele EPA
Expertarts: (Kader)huisarts Ingrid Houtman

4.2.6.2 *Jeugd (tot 18 jaar)*

Aanbod: Begeleiding door POH of SOH en zorg op afstand
Speerpunten: Intensieve samenwerking met wijkteam om kinderen (ook bij een lange wachttijd) goed in beeld te hebben en te ondersteunen.
Expertarts: (Kader) huisarts Ingrid Houtman

4.2.6.3 *Jeugd (tot 18 jaar)*

Aanbod: Begeleiding door POH
Speerpunten: Kinderen met ADHD, samenwerking tussen huisartsen, praktijkondersteuners, orthopedagogen en een psychiater.
Expertarts: (Kader)huisarts Ingrid Houtman

4.2.7 Palliatieve zorg

4.2.7.1 *Regionaal palliatief netwerk*

Aanbod: Regionaal zorgprogramma
Speerpunten: Ontwikkelen van een regionaal palliatief zorgprogramma, lokaal format beschikbaar
Expertarts: (Kader)huisarts Bob Ekdom, Rob Edelbroek

4.2.7.2 *Palliatief hartfalen*

Aanbod: ECT zorgprogramma
Speerpunten: Tijdig ACP- gesprek, warme en tijdige overdracht naar de thuissituatie
Expertarts: Rob Edelbroek

4.2.7.3 Patz- groep

Aanbod: Lokale bijeenkomsten
Speerpunten: Casuïstiek besprekingen
Expertarts: Pieter Boon

4.2.8 Gecombineerde Leefstijl Interventie (GLI)

Aanbod: Beweegkuur, COOL
Speerpunten: Begeleiding bestaande groepen, start nieuwe groepen, verbinding met challenge
Leefstijlcoach: Angelique Becks, Harriët Havers, Sione Brugman

4.2.9 Wond Expertise Netwerk (WEN)

Aanbod: Specialistische wondzorg voor complexe wonden
Speerpunten: verbeteracties n.a.v. nascholing
Expertarts: Jelle Sündermann

4.3 Zorginnovatie

4.3.1 Multidisciplinaire Eerstelijnsouderenzorg met een Specialist Ouderenzorg (MESO)

Om thuiswonende ouderen met een zeer complexe problematiek goed binnen de huisartsenpraktijk te kunnen helpen, stellen de huisartsen een specialistisch team samen. Dat team bestaat uit een specialist ouderengeneeskunde, een geriatrisch verpleegkundige en ondersteunend personeel.

Aanbod: MESO-zorg binnen het ECT
Speerpunten: Implementeren en monitoren in het kader van een landelijke pilot
Expertarts: Floor Kolthof

4.3.2 Optimale medicatiegebruik bij COPD (ACOPD-project)

Sinds twee jaar bestaat een intensieve samenwerking tussen apothekersassistentes, huisartsen en praktijkondersteuners om mensen die problemen bij de medicatie inname ervaren, specifiek te ondersteunen. Bij deze hoog risicogroep staat de kwaliteit van leven centraal. Om mensen in het dagelijks leven beter te ondersteunen, checken de apothekersassistentes de huidige medicatie en beoordelen deze. Indien nodig vindt een medicatiewisseling plaats. Tevens krijgen de deelnemers een uitgebreide inhalatie instructie en tips voor de inname van de medicatie. Met een goede medicatie inname zullen exacerbaties voorkomen worden.

Aanbod: Extra ondersteuning voor hoog risicogroep astma / COPD
Speerpunten: Beter kwaliteit van leven middels juiste inhalatie, passende medicatie en therapietrouw
Expertarts: Marie-José Wille

4.3.3 Tele- dermatologie

Aanbod: Tele-dermatologie
Speerpunten: ECT-breed implementeren
Expertarts: Suzanne Geerits, Jelle Sündermann

4.3.4 Kansrijke Start

Aanbod: Lokale coalitie
Speerpunten: Beter ondersteuning van kwetsbare gezinnen gedurende 1000 dagen na de geboorte door expertise te bundelen en samenwerkingsafspraken te maken om deze gezinnen specifieke ondersteuning te bieden.
Expertarts: Wim Arends

4.3.5 COPD Integrale anderhalvelijns zorg

Aanbod: nog nader te bepalen
Speerpunten: nog nader te bepalen
Expertarts: Marie-José Wille

4.3.6 Communicatie tussen zorgverleners en patiënten

4.3.6.1 VIPLive

Aanbod: Ketenpartners kunnen hiermee informatie uit het dossier van de huisartsenpraktijk ontvangen, zorgverleners consulteren, naar zorgverleners verwijzen en communiceren, kwaliteitsrapportages per zorgprogramma.
Speerpunten: Kwaliteitsanalyses
Expertarts: alle expertartsen

4.3.6.2 OZO-Verbindzorg

Aanbod: Communicatie binnen ouderenzorgnetwerk, oudere / mantelzorger als regiehouder

Speerpunten: Na positieve pilot, centrum breed implementeren
Expertarts: Floor Kolthof

4.3.6.3 PGO/Project "OPEN"

Aanbod: Patiënten kunnen gezondheidsdossier inzien en gebruiken
Speerpunten: Implementatie van OPEN, voorlichtingsbijeenkomsten
Expertarts: Jelle Sündermann

4.3.6.4 BeterDichtbij

Aanbod: Veilige digitale Communicatie tussen huisartsen en patiënten.
Speerpunten: Evaluatie aanbod en mogelijkheden
Expertarts: Rob Edelbroek

4.3.7 Kind Expertise Centrum (KEC)

Aanbod: Diagnostiek bij kinderen met een multi-problematiek
Speerpunten: Diagnostiek en behandeladvies
Expertarts: Angelique Becks, Emmy Bucher

4.4 Wijk management en preventie

Het ECT richt zich vooral op die vormen van preventie waarvan de betrokkenheid van de zorgverleners een aantoonbare meerwaarde heeft: de zorggerelateerde en geïndiceerde preventie. De zorgverleners denken graag met partners (GGD, gemeente) mee inzake wijkgebonden preventie.

4.4.1 Tielse wandel challenge

Aanbod: Begeleide wandelingen gedurende 20 weken, met extra ondersteuning voor mensen met een chronische aandoening
Speerpunten: Tiel brede aanpak uitbouwen en Initiatieven van patiënten faciliteren, brede werving
Zorgverleners: ECT-ketenpartners

4.4.2 Coalitie Tiel Rookvrij

Aanbod: Rookvrij terrein, SMR-ondersteuning
Speerpunten: Coalitie verder verbreden

4.4.3 Farmaco Therapeutisch Overleg (FTO)

Aanbod: FTO (niveau 4)
Speerpunten: nog te bepalen
Expertarts: Pieter Boon

4.4.4 Convenant gemeente Tiel

Aanbod: Convenant gemeente Tiel
Speerpunten: Optimale ondersteuning inwoners door samenwerking te versterken
Expertarts: Rob Edelbroek

4.5 Regio management

Het ECT is een aanspreekbare partner in de regionale samenwerking. Het ECT is aanspreekbaar op:

- Waardegerichte zorg
- Versterken samenwerking huisartsen in de regio, Ziekenhuis Rivierenland, Thuiszorg organisaties, sociaal domein
- Aanpak uitdagingen arbeidsmarkt
- Juiste zorg op de juiste plek, substitutieafspraken met 0^e lijn en 2^e
- Ondersteuning achterstandswijken
- Aanpak Laaggeletterdheid

4.6 Ondersteuning

Het ECT is ondersteunend aan de zorgprofessionals in het centrum met speciale aandacht voor de huisartsenpraktijken. Concreet betekent dit voor 2020 en 2021 aandacht voor:

- Uitbreiding huisvesting ECT Passewaaij en ECT Teisterbant
- Communicatie via website, social media, pers: "Be good and tell them!"
- Voorzien in flexibele huisvestingsmogelijkheden
- POH transitie (opleiding POH-O, doorgroeimogelijkheden doktersassistentes)
- Deskundigheidsbevordering medewerkers
- Bedrijfshulpverlening

4.7 Borging

4.7.1 Borging kwaliteit

4.7.1.1 Landelijke benchmark, InEen-indicatoren

Het ECT werkt jaarlijks aan de landelijke benchmark mee. Hierin wordt de kwaliteit van de zorgprogramma's gespiegeld. Deze spiegelinformatie stelt het ECT alle zorgverzekeraars ter beschikking. De daaruit voortkomende verbeterpunten worden via de regionale kwaliteitscommissies en de interne expertartsen opgepakt.

4.7.1.2 Kwaliteitscommissies, protocollen, werkafspraken

Voor alle zorgprogramma's bestaat een regionale kwaliteitscommissie. Deze is verantwoordelijk voor de doorontwikkeling van het zorgprogramma, conform de landelijke standaarden en richtlijnen. Ook worden verbeterpunten vanuit de landelijke benchmark of regionale verbeterinitiatieven opgepakt.

4.7.1.3 Jaarplan, kwartaalrapportages met ABC-systematiek, jaarverslag

Het ECT maakt een jaarplan en monitort de voortgang van de geplande activiteiten en de kwaliteitsindicatoren. Ieder kwartaal vindt een interne terugkoppeling plaats naar het bestuur, de expertartsen en huisartsenpraktijken. Het nemen van verbeterinitiatieven is met een systematiek vastgelegd en inzichtelijk. Aan het eind van het jaar vindt in het jaarverslag een externe verantwoording plaats.

4.7.1.4 Deskundigheidsbevordering en expertavond

Voor ieder zorgprogramma wordt jaarlijks een nascholing georganiseerd. Indien nieuwe initiatieven aan het zorgprogramma gelieerd zijn, worden deze in de jaarlijkse nascholing meegenomen. Daarnaast is twee keer per jaar een bijeenkomst, waarbij alle expertartsen de lopende en geplande initiatieven aan het ECT-bestuur en de huisartsen presenteren.

4.7.1.5 Accreditatie

Alle zorgaanbieders binnen het ECT zijn geaccrediteerd. De activiteiten in het kader van de zorgprogramma's worden in de interne en externe audit van de huisartsenpraktijken meegenomen.

4.7.1.6 Continu tevredenheidsonderzoek

Alle bezoekers van het ECT hebben de mogelijkheid om hun (on)tevredenheid over een aanbieder te uiten, ook anoniem. Dat kan zowel via de website alsook een papieren notitie. Een aantal zorgaanbieders biedt een continu tevredenheidsonderzoek aan. Sommige maken de uitkomsten daarvan live op de website inzichtelijk. Mensen die deelnemen aan een zorgprogramma krijgen jaarlijks een tevredenheidsonderzoek aangeboden. De resultaten worden in de kwaliteitsrapportages meegenomen.

4.7.1.7 Klachten, incidenten, calamiteiten

Het ECT heeft een procedure en kwaliteitswerkgroep voor klachten, incidenten en calamiteiten. De activiteiten worden in het jaarverslag teruggekoppeld.

4.7.2 Governance

Het ECT werkt in de geest van de Governance Code voor de zorg. Het bestuur laat zich adviseren door de Raad van Advies. Cliënten worden op vee wijzen betrokken bij de planvorming. De rol van de patiënt is niet geformaliseerd in een cliëntenraad o.i.d..

4.7.3 Financiële borging

Ieder kwartaal evalueert het ECT de financiële status: realisatie versus begroting. Hiervoor is een externe financial controller ingeschakeld. Bijsturing van het beleid vindt waar nodig plaats door het bestuur. Jaarlijks stelt een externe accountant de jaarrekening op en bespreekt deze met het ECT bestuur.