



GEZONDHEIDSCENTRUM  
LEWENBORG

# jaarverslag 2016



Stichting Gezondheidscentrum Lewenborg



# Inleiding

*“Samen is meer dan de som der delers”*

Dat is wat we als Gezondheidscentrum Lewenborg (GCL), graag willen uitdragen. Alle spelers, hulpverleners en patiënten, spelen hier een belangrijke rol in. Multidisciplinaire samenwerking komt op verschillende gebieden tot uiting. Mooie voorbeelden zijn de zorgprogramma's Diabetes, COPD en Cardio Vasculair Risico management. Ook de GGZ, ouderenzorg, Welzijn op Recept en jeugdzorg kennen multidisciplinaire samenwerkingsverbanden. Daarnaast vindt samenwerking niet alleen binnen ons centrum plaats, maar zeker ook met partners uit de tweede lijn en zorgaanbieders/hulpverleners in de wijk.

Goede samenwerking is geen vanzelfsprekendheid. Daar moet elke dag hard aan gewerkt worden, met veel betrokkenheid, inzet en oog voor elkaar. In 2016 hebben we dat dan ook met veel plezier gedaan. Helaas, hebben we als Gezondheidscentrum ook te maken met mutaties op de arbeidsmarkt, waardoor het soms lastig is op tijd voldoende kwalitatief geschoolde arbeidskrachten te vinden. Gelukkig zijn de formaties nu bijna weer op peil. Om de visie “Samen is meer dan de som der delers” daadwerkelijk in de praktijk te kunnen en willen brengen, betekent het dat je elkaar moet kennen. Samenwerkingsrelaties aangaan, afspraken maken, elkaar durven en kunnen aanspreken, werkt alleen als je elkaar kent. Het GCL heeft geïnvesteerd in relaties met onze partners. Daar kunnen we nú en in de toekomst, de vruchten van plukken.

Politieke en maatschappelijke veranderingen vragen steeds om aanpassing van het beleid, vragen om strategische keuzes en om ondersteuning naar de vertaling in de dagelijkse praktijk. De overheid en de zorgverzekeraars moeten ervoor zorgen dat voldoende budget beschikbaar blijft om kwalitatief goede zorg ook in de eerste lijn te kunnen blijven uitvoeren.

Als bestuur proberen we de ontwikkelingen binnen het zorglandschap nauwlettend te volgen en in te spelen op de veranderingen waar mogelijk. De ontwikkelingen gaan snel en soms niet snel genoeg. We worden geconfronteerd met extra administratieve inspanningen vanwege de BTW problematiek en tegelijkertijd zien we kansen en mogelijkheden om kwalitatief goede zorg in multidisciplinair verband dicht bij huis te kunnen leveren. Bovendien volgen we de geografische ontwikkelingen en zien we uitbreiding van ons patiëntenbestand richting Meerstad. Dit heeft er dan ook toe geleid dat er eind 2016 een buitenlocatie voor de huisartsenpraktijk en de apotheek in Meerstad geopend is.

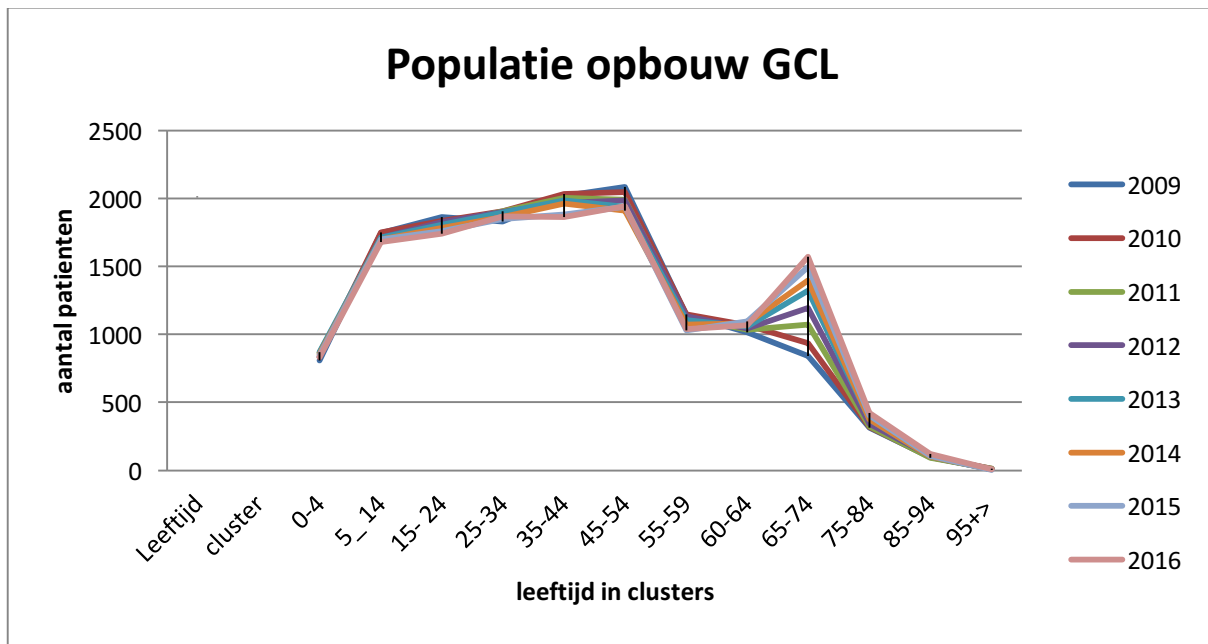
De samenstelling van het bestuur is in de loop van 2016 volledig vernieuwd. Deels bewust en voorbereid, deels onverwachts. Per 1 februari ging Jan Wolthuis met pensioen en werd zijn functie overgenomen door Jaqueline Lankhorst. In maart werd Alberta Veenema door interne reorganisaties overgeplaatst en heeft Emina Rakic haar functie opgepakt. Tot slot heeft Wim Benneker zijn functie als voorzitter per 1 januari 2017 overgedragen aan Jeanet Nugteren. Jeanet werd om die reden de laatste 3 maanden van 2016 al ingewerkt in het reilen en zeilen van de Stichting. Voor 2017 nodigen we iedereen uit, die samen met ons aan een kwalitatief goede patiëntenzorg wil werken, deze handschoen op te pakken en op zoek te gaan naar het 'meer' dan de som der delers.

Jeanet Nugteren,	Huisarts en Voorzitter Stichting,
Jaqueline Lankhorst,	Fysiotherapeut en Secretaris Stichting,
Emina Rakic,	Apotheker en Penningmeester Stichting
Frederike Tilstra,	Manager Stichting

# Inhoudsopgave

<b>3</b>	<b>Inleiding</b>
<b>5</b>	<b>Demografische gegevens</b>
<b>6</b>	<b>Kwaliteitsbeleid</b>
6	• <i>Registratie van data</i>
8	• <i>Klantervaringsonderzoek</i>
<b>9</b>	<b>Welzijn op recept</b>
<b>11</b>	<b>Sociaal Wijkteam</b>
<b>11</b>	<b>Zelfmanagement</b>
<b>12</b>	<b>Ouderenzorg</b>
<b>16</b>	<b>GGZ in het GCL</b>
22	• <i>Othopedagoog en GZ psycholoog</i>
<b>24</b>	<b>Diabetes</b>
<b>28</b>	<b>COPD</b>
<b>30</b>	<b>CVRM</b>
<b>32</b>	<b>Diëtetiek</b>
<b>33</b>	<b>Fysiotherapie</b>
<b>34</b>	<b>Tot slot</b>

## Demografische gegevens



Op 1 januari 2017 waren er 14157 patiënten ingeschreven bij de huisartsenpraktijk van het GCL. Dat zijn 48 personen meer dan vorige jaar. De grootste groei is nog steeds waarneembaar in de leeftijdscategorie 65-75 jaar. Net als de afgelopen 7 jaar. Sinds 2009 zijn er 866 personen aan deze leeftijdscategorie toegevoegd. In totaal is 15 % van de populatie nu 65 jaar of ouder, in tegenstelling tot 2009 toen dit slechts 6,1 % was! Zie onderstaande tabel.

Leeftijd cluster	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Leeftijd cluster	mutaties '09-'10	mutaties '10-'11	mutaties '11-'12	mutaties '12-'13	mutaties '13-'14	mutaties '14-'15	mutaties '15-'16
0-4	808	832	867	838	870	855	845	833	0-4	24	35	-29	32	-15	-10	-12
5-14	1746	1752	1693	1713	1714	1699	1699	1680	5-14	6	-59	20	1	-15	0	-19
15-24	1863	1834	1806	1824	1805	1782	1761	1743	15-24	-29	-28	18	-19	-23	-21	-18
25-34	1829	1905	1904	1900	1895	1861	1849	1869	25-34	76	-1	-4	-5	-34	-12	20
35-44	2017	2031	2003	1966	1986	1960	1882	1865	35-44	14	-28	-37	20	-26	-78	-17
45-54	2087	2046	1991	1987	1940	1910	1940	1943	45-54	-41	-55	-4	-47	-30	30	3
55-59	1142	1148	1122	1133	1105	1074	1029	1037	55-59	6	-26	11	-28	-31	-45	8
60-64	1017	1068	1032	1042	1059	1083	1097	1065	60-64	51	-36	10	17	24	14	-32
65-74	839	934	1071	1196	1320	1395	1495	1571	65-74	95	137	125	124	75	100	76
75-84	313	317	321	341	374	374	403	424	75-84	4	4	20	33	0	29	21
85-94	96	99	94	108	101	100	105	119	85-94	3	-5	14	-7	-1	5	14
95+>	8	12	13	9	7	6	4	8	95+>	4	1	-4	-2	-1	-2	4
<b>Totaal</b>	<b>13765</b>	<b>13978</b>	<b>13917</b>	<b>14057</b>	<b>14176</b>	<b>14099</b>	<b>14109</b>	<b>14157</b>	<b>Totaal</b>	<b>213</b>	<b>-61</b>	<b>140</b>	<b>119</b>	<b>-77</b>	<b>10</b>	<b>48</b>

# Kwaliteitsbeleid

## Registreren

Stichting Gezondheidscentrum Lewenborg heeft in 2016 puur t.b.v. haar eigen kwaliteitsbeleid het toetsingsproces van Insightzorg doorlopen. Het doorlopen van het toetsingsproces is voor het gezondheidscentrum **niet** gekoppeld aan een bonus/malusregeling binnen de S3-financiering, maar gebeurde op vrijwillige basis. Dit toetsingsproces bestond uit zowel een procestoets, een indicatorentoets als een registratietoets. Hieronder leest u de samenvatting:

## Bijlage I: Verklaring ten behoeve van de zorgverzekeraar

De databewerking van Stichting Gezondheidscentrum Lewenborg is door Insights Zorg getoetst ten aanzien van de volgende normen:

1. Kwaliteitscriteria voor databewerking ten behoeve van indicatoren en stuurinformatie, versie 1.0, 20 februari 2012
2. Aanscherping specificaties indicatoren landelijke benchmark 2014, versie 1.0, 17 juli 2015
3. Specificatie registratietoets landelijke benchmark 2014, versie 1.1, 17 juli 2015.

De zorggroep is getoetst voor de volgende zorgprogramma's: DM, COPD en VRM. Toetsing is uitgevoerd door Insights Zorg met inschakeling van Kenniscentrum Ketenzorg als deelttoets. De bevindingen van de toetsing zijn uitgesplitst in kritische en niet kritische bevindingen. Een bevinding is kritische indien het een grote afwijkingen in de indicatoren ten opzichte van de norm (gouden standaard) betreft, grote risico's ten aanzien van herhaalbaarheid of informatiebeveiliging en ernstige lacunes in de registratie. Deze dienen op korte termijn opgelost te worden.

### Kritische bevindingen

-

### Niet kritische bevindingen

1. Diverse maatregelen zijn genomen (en beschreven in de SLA met de ICT-leverancier) als het gaat om bescherming van persoonsgegevens. Aanbevolen wordt dit te vertalen naar een informatiebeveiligingsbeleid, ter versterking van het veiligheidsbewustzijn en borging van reeds genomen veiligheidsmaatregelen. Denk hierbij aan richtlijnen bij gegevensdeling van privacygevoelige informatie, omgang met een datalek en toegangsbeheer tot het eigen netwerk.
2. De kwaliteit van de dienstverlening wordt momenteel gefragmenteerd beschreven. Advies is om dit te beleggen in een centraal document, zodat interne werkprocessen (zoals de beschreven processtappen in het databewerkingsproces) structureel geëvalueerd en verbeterd worden. Idealiter inclusief een PDCA-cyclus. Aandachtspunt hierbij is het expliciet beschrijven van processen. Zo worden momenteel 'opvallende zaken' na het genereren van indicatorenrapportages nader besproken. Formuleer wanneer iets als opvallend wordt beschouwd, ter bevordering van de herhaalbaarheid van dit proces.
3. Gegevens worden momenteel niet gecontroleerd voordat deze bewerkt worden vanwege geringe capaciteit. Desondanks wordt dringend geadviseerd alsnog iemand mee te laten kijken t.b.v. de gegevenscontrole. Dit verkleint de foutgevoeligheid van de handmatige kengetallenberekening. Ook wordt aanbevolen de KIS-leverancier te verzoeken het toevoegen van populatiegegevens te automatiseren. Ook deze handmatige handeling is foutgevoelig.

Enschede, 9 mei 2016  
E.L. van Es

## *Managing Partner*

Het GCL het veel geleerd van het doorlopen van het toetsingsproces, dat veel verder ging dan alleen het vergelijken van HIS –KIS data. Alles op gebied van datamangement, privacybeleid , onderlinge communicatie en vooral documentatie kwam op tafel. We zijn dan ook zeer tevreden met de uitkomsten en voelen ons gesteund op de wijze waarop wij de ketenzorg georganiseerd en gedocumenteerd hebben. Inmiddels zijn ook de aanbevelingen van de ‘niet kritische bevindingen’ ter hand genomen en vertaald in een goede borging; dataextractie wordt nu door twee personen gedaan en wederzijds gecontroleerd. Het handmatig toevoegen van populatiegegevens is besproken, maar op dit moment technisch gezien nog niet mogelijk.

Omdat tijdens dit toetsingsproces nog gebruik gemaakt is van extracties op basis van Ruiters ( peildatum 2015), hebben we begin 2017 opnieuw overleg gehad met Insightzorg met de vraag of er een herhaal toetsing mogelijk was, om een controle rapport HIS- KIS te krijgen op grond van registratie op basis van NHG codes. We waren benieuwd of de omzetting van Ruiters naar NHG codering ook gevolgen had voor de data-extractie. Dit heeft net plaatsgevonden. Ook nu lieten de uitkomsten van de toetsing van de indicatorenrapporten slechts marginale verschillen zien. (<=5%) Deze verschillen zijn verklaarbaar (moment van uitdraaien) en het feit dat registratie mensenwerk is en er altijd een fout/ vergissing gemaakt kan worden. Op sommige punten zijn de afwijkingen iets groter, maar dat wordt bv verklaard doordat we het KIS ook gebruiken voor de diagnostische fase, bv bij het afnemen van een spirometrie, bij een patiënt met het vermoeden van Astma/COPD. Diagnose is dan nog niet bevestigd. Formeel horen ze niet in het KIS, staan ook nog niet zo geregistreerd, alleen hun sprio staat er wel in. Kortom, dan zijn afwijkingen ook verklaarbaar, maar gewenst. Een KIS is in onze visie primair bedoeld voor het ondersteunen van het primaire proces en niet alleen bedoeld voor het extraheren van data.

## Klantenervaringsonderzoek

In begin 2016 heeft het GCL opnieuw vragenlijsten uitgedaan om informatie te ontvangen over het Centrum algemeen en Chronische zorg. Afhankelijk van de mate waarop een bewoner gebruik maakt van het gezondheidscentrum werd hij/ zij in de gelegenheid gesteld om 1 of meerdere vragenlijsten in te vullen.



<i>aantal respondenten</i>	2014	2016
Totaal aantal verstuurde uitnodigingen per e-mail	2229	1353
Totaal aantal geopende vragenlijsten	489	498
Totaal aantal afgeronde vragenlijsten	398	416

De respondent kon zelf bepalen aan welke onderdelen van de het onderzoek hij of zij wil deelnemen. In eerste instantie werden vragen aangeboden over het centrum algemeen, daarnaast werden ook vragen aangeboden wanneer de respondent aangegeven had een chronische ziekte te hebben, bv Diabetes, COPD of CVRM.

<i>Centrum Algemeen</i>	gemiddeld rapportcijfer	aantal antwoorden
Informatie op de website	7,7	104
De folders	7,8	55
Maken telefonische afspraak	7,3	291
Bereikbaarheid locatie	8,4	305
De wachtkamer	7,2	304

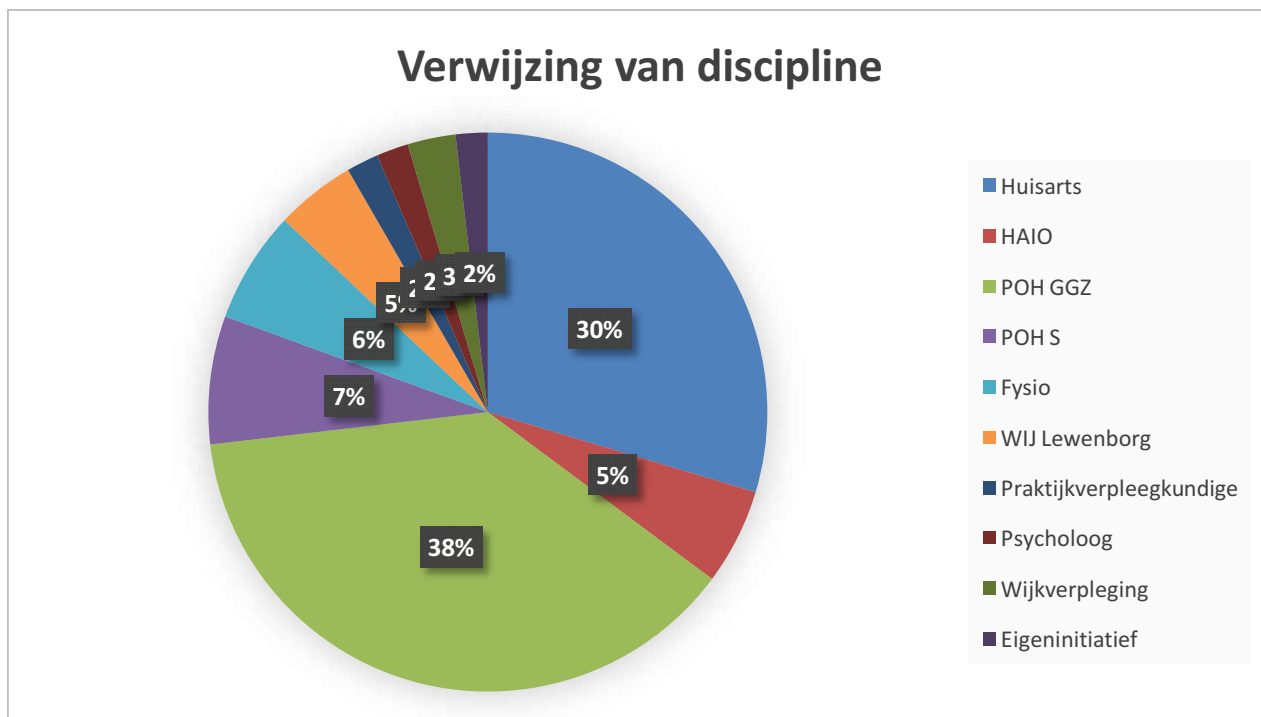
<i>Chronische zorg</i>	gemiddeld rapportcijfer	aantal antwoorden
Informatie over het zorgprogramma	7,2	56
Het medisch dossier en zorgplan	6,9	85
De samenwerking tussen de verschillende zorgverleners	7	105
De informatie over medicijngebruik	7,2	117
Het effect van de behandeling	7,1	107

Uit de toelichting op de antwoorden kwam bij veel mensen naar voren dat men geen idee heeft dat men opgenomen is in een zorgprogramma. Men ervaart de zorg als vanzelfsprekend.



## Welzijn op recept

In april 2015 is het GCL gestart met het project, Welzijn op Recept, WOR. Een mooi voorbeeld van samenwerking tussen zorgverzekeraar Menzis, Gemeente Groningen en het Gezondheidscentrum Lewenborg. Het project werd aanvankelijk gefinancierd voor 2 jaar, dus tot 1 april 2017. In dit verslag kunnen we de resultaten laten zien tot 1 maart 2017. Er zijn in totaal 123 verwijzingen geweest. Vijf verwijzingen hadden niet hun huisarts binnen het GCL en worden om die reden buiten de cijfers gehouden, maar hebben wel ondersteuning van de welzijnscoach ontvangen.

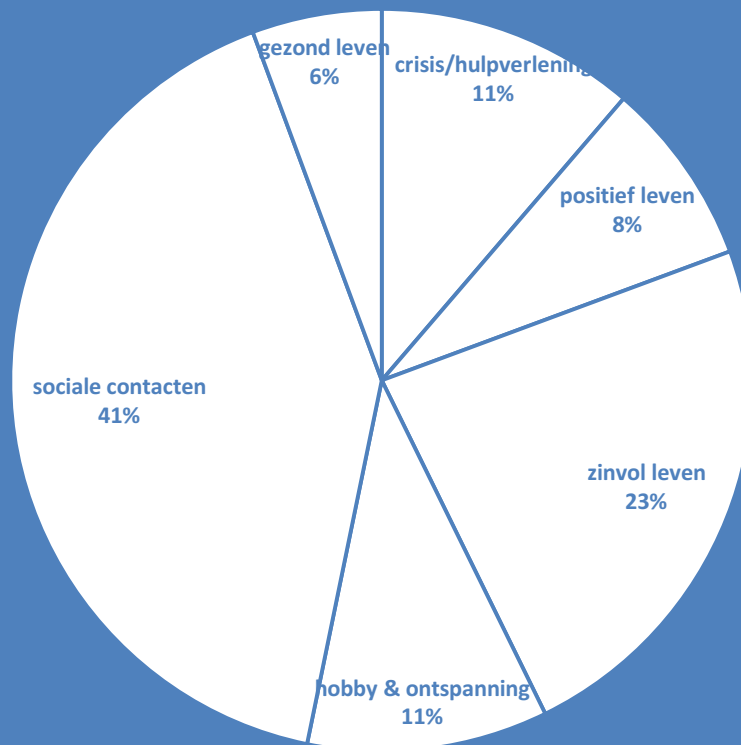


Zes verwijzingen pasten niet binnen de kaders van welzijn op recept. Waar mogelijk heeft de welzijnscoach de hulpvraag doorverwezen. Daarnaast bleken (slechts) 9 verwijzingen op een 'no-show' uit te draaien. In totaal zijn er in 103 verwijzingen geweest die ook met de welzijnscoach in contact zijn gekomen. In bovenstaande grafiek zien we dat de POHGGZ op dit moment de grootste groep verwijzers is (aanvankelijk waren dit de huisartsen). Ook is goed zichtbaar dat de verwijzingen vanuit alle disciplines ontstaan en dat zelfs ook op eigen initiatief het project gevonden wordt!

Er worden meer vrouwen (60%) dan mannen (40%) verwezen. Dat komt overeen met de verhouding van consultaanvragen bij de huisarts.

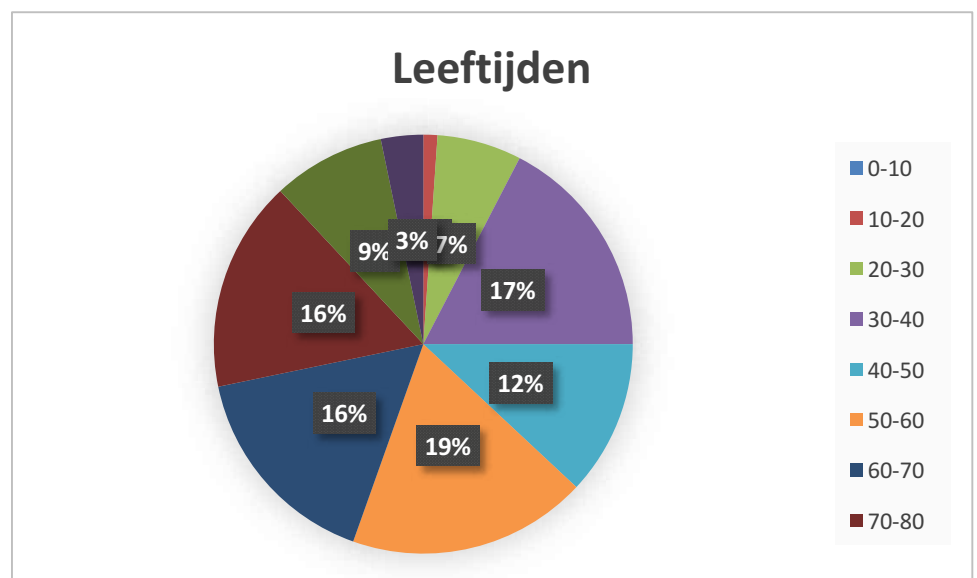
Er hebben 103 gesprekken plaatsgevonden, waarin de 6 pijlers van geluk die te maken hebben met een zinvol leven volgens Walburg (2008), werden besproken. Op basis van dit gesprek, het welbevinden en eigen regie op deze 6 pijlers, werd een activiteit samengesteld die men kan ondernemen om zich beter te voelen. Onderstaande overzicht geeft het % per pijler weer. Dat wil zeggen dat de aard van de activiteit terug te voeren is op één van deze zes leefgebieden.

## VERWIJZING NAAR PIJLER

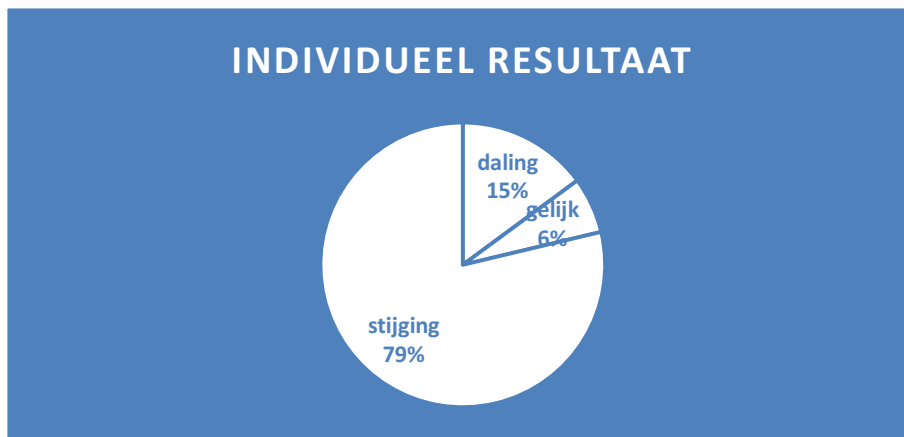


Op grond van de leeftijds-spreiding is herkenbaar dat met name mensen van middelbare en oudere leeftijd een beroep doen op de welzijnscoach. Dit project sluit naadloos aan bij de ontwikkelingen op het gebied van de ouderenzorg, waar eenzaamheid en verminderde sociale contacten een vaak gesignaleerd probleem zijn. De leeftijdsgroep van 30- 40 jaar lijkt ook toe te nemen.

Mogelijk is dat het gevolg van de crisis waar we de afgelopen paar jaar mee te maken hebben gehad (verlies van baan, sociaal isolement, etc).



Om de individuele resultaten te monitoren, wordt aan de deelnemers gevraagd om tijdens het eerste consult en na afloop een score te geven op de 6 leefgebieden. Dit wordt na afloop opnieuw gevraagd. De som van de scores zijn met elkaar vergeleken. Daaruit blijkt dat 85% van de mensen een gelijkblijvend of stijgende score hebben bereikt en 15% van de deelnemers scoort lager.



Uiteraard is het niet een waterdichte methode om oorzaak en gevolg goed te kunnen duiden. Zie het als een indicatie. Het is in ieder geval goed om vast te stellen dat veel mensen zich in beter voelen, of niet verslechterd zijn.

Naast deze eigen meetresultaten vindt er ook onderzoek plaats door onderzoeksbureau Pro-mpt. Deze resultaten zullen pas later in het jaar beschikbaar komen. Wij zijn in ieder geval erg blij dat het project voorlopig nog een verlenging heeft gekregen tot 1 april 2018.

Verder worden we regelmatig gevraagd om informatie over het project met andere partijen te delen en participeren we ook in een landelijk kennisnetwerk Welzijn op Recept, ondersteunt door Movactor.

## Sociaal wijkteam



Afgelopen jaar zijn er diverse bijeenkomsten geweest waarbij medewerkers vanuit het sociaal wijkteam en het GCL met elkaar over de onderlinge samenwerking gesproken hebben. Dit heeft zowel op bestuurlijk niveau, als op uitvoeringsniveau plaatsgevonden. Manager van het GCL heeft daarnaast nog een presentatie gehouden bij het sociale wijkteam om de ongeveer 60 medewerkers van Wij Lewenborg meer inzage te geven in de dynamiek van de eerste lijn. Door inzage te hebben in elkaars werkgebied is het makkelijker om aansluiting te vinden en begrip te hebben voor elkaars werkwijze. Dit geldt over en weer en zal ook in de toekomst aandacht vragen en krijgen.

## Zelfmanagement

In 2016 zijn er geen ontwikkelingen geweest op het gebied van innovatie op het gebied van zelfmanagement. Dit had twee redenen; enerzijds was dit een bewuste keuze. Je kunt zo'n onderwerp er 'niet zomaar' even bij doen. Wanneer je dit goed wilt implementeren, dan moet je daar tijd en ruimte voor creëren. Anderzijds wisten we dat er een nieuwe impuls aan het zelfmanagementsysteem van Vital Health gekomen is. Het leek ons goed om deze ontwikkeling af te wachten (zodat de kinderziekten er grotendeels uit zijn), zodat we, wanneer de tijd er rijp voor is, ook goed mee kunnen werken. Mogelijk kunnen we in 2017 hier wel weer nieuwe stappen in maken.

# Ouderenzorg

## 1. Wat hebben we bereikt?

In 2016 hebben we weer veel aandacht gehad voor onze oudere patiënten. In 2016 is 15% 65 jaar of ouder. Uit de wijkscan van 2013 blijkt dat het aantal ouderen de komende jaren verder zal stijgen. Tot nu toe komt deze verwachting ook steeds uit. Wij anticiperen hierop al een aantal jaren door met elkaar en andere organisaties in gesprek te zijn over de huidige situatie, de nabije toekomst en de veranderende zorgvragen. De zorg wordt steeds meer midden- en hoog complex, en verschuift steeds meer naar de thuissituatie. De zorg krijgt ook in toenemende mate een multidisciplinair karakter. Zo is de samenwerking met TSN in de afgelopen jaren versterkt en blijkt de welzijnscoach een belangrijke rol te hebben.

### Zorgcentrum Mercator

In onze werkwijze in Woonzorgcentrum Mercator zijn - ten opzichte van vorige jaren - nauwelijks accentverschillen geweest. De verpleegkundig specialist is nog altijd spil binnen de ouderenzorg; met als speerpunt de medische zorg in Woonzorgcentrum Mercator. De samenwerking met de verpleging van Mercator was wederom laagdrempelig en plezierig. Care, cure, wonen en welzijn lopen als vanzelfsprekend in elkaar over. Medische problemen worden volgens de ICPC gecodeerd. Overige handelingen worden in het HIS gecodeerd onder A49.01 (ouderenzorg Mercator) en onder A49.02 (polyfarmacie medicatiebeoordelingen).

In 2016 zijn er in Mercator weer meer zogenoemde kortdurendverblijf-opnames (KDO) geweest dan tevoren (bijvoorbeeld voor revalidatie of respijtzorg), passend binnen de maatschappelijke trend van minder opnames en meer zorg aan of dichtbij huis. De turn-over in Mercator en werkbelasting zijn hierdoor verhoogd voor alle werkers in de huisartsenpraktijk.

Er wonen meer dan ooit bewoners met een hoge zorgbehoefte (ZZP 4 en hoger) in het verzorgingshuis, want met een lage indicatie komt een oudere er niet meer in. De complexiteit van zorg neemt dus toe, zowel voor de verpleging en verzorging van Mercator, als voor de verpleegkundig specialist en de huisartsen. Ook leveren praktijkverpleegkundigen een belangrijk deel van de zorg (bij chronische ziekten als COPD en DM).

### Cijfers Mercator 2016:

Aantal nieuwe bewoners	14
Aantal overleden bewoners	14
Aantal tijdelijke opnames (KDO)	17
Aantal vertrokken bewoners, (meestal naar huis, na KDO)	9

## Polyfarmaciebeoordelingen

In 2016 vonden maar liefst 85 gestructureerde medicatiebeoordelingen plaats in samenwerking met apotheek Lewenborg. De apotheker voerde de medicatiereviews uit en besprak de voorstellen met de betreffende huisarts of verpleegkundig specialist. Er is gewerkt volgens de methodiek van de multidisciplinaire richtlijn **Polyfarmacie bij Ouderen**. Geanalyseerde patiënten en afspraken zijn gecodeerd in het HIS onder A49.02 (polyfarmacie-medicatiebeoordeling).

Resultaten van de polyfarmaciebeoordelingen worden jaarlijks bijgehouden en worden binnen een farmacotherapeutisch overleg (FTO) geëvalueerd. Ook wordt dan het proces geëvalueerd (planning, logistiek, tijdsinvestering). De evaluatie over 2016 vond plaats op 31 januari jongstleden.



## Medicatiebeoordelingen 2016, N=85

Type interventievoorstel	Door-gevoerd	Niet door-gevoerd	Totaal	Percentage door-gevoerd	Opmerkingen
<b>Geneesmiddel starten</b>	16	33	49	33 %	Paracetamol. Vit D en statine starten niet nodig naar inzicht huisarts
<b>Geneesmiddel stoppen</b>	31	7	38	82 %	Hartmedicatie niet gestopt en PPI vaak wel
<b>Dosering wijzigen</b>	21	16	37	57 %	Dosering niet gewijzigd indien onder behandeling specialist of wanneer en geen bijwerkingen zijn bij een dosering en het effectief is gebleken
<b>Onderzoek uitvoeren (labwaarden)</b>	14	0	14	100 %	Indien labwaarden > 1 jaar opnieuw bepalen of bij afwijkende labwaarden < 3 mnd geleden
<b>Informatie of advies geven</b>	9	0	9	100 %	Afspraak bij POH om therapietrouw te verbeteren en gebruik zelfzorgmedicatie
<b>Geneesmiddel vervangen</b>	9	2	11	82 %	NSAID wisselen, switchen van statine
<b>Totaal</b>	100	58	158	63 %	

# Transmurale Zorgbrug

In maart 2016 is TSN het project *Transmurale Zorgbrug* gestart (een pilot van het UMCG, het MZH, UMC Groningen Thuis en TSN en bevindt zich in onderzoeksfase). Vanuit het ziekenhuis worden wijkverpleegkundige gevraagd om bij de patiënt op de afdeling te komen voordat hij/zij naar huis gaat zodat alles goed geregeld is bij thuiskomst. De geriater is tijdens de opname al betrokken geweest en heeft met de geriatrieverpleegkundige en de oudere een zorgbehandelplan gemaakt. We hopen in 2017 ook vanuit Lewenborg ons steentje hieraan bij te dragen.

Ook worden wijkverpleegkundige steeds vaker ingezet door de huisartsen om kwetsbare ouderen te bezoeken, te beoordelen en de hulpverlening te arrangeren of te coördineren.

De ervaringen zijn positief. Renate Groenewold, regisserend wijkverpleegkundige

Lewenborg/Beijum: *Wanneer de patiënt thuis verblijft en de huisarts wil dat wij als thuiszorg bij de patiënt langs gaan, is dit mogelijk. Wij kunnen laagdrempelig ingezet worden wanneer er nog geen duidelijke zorgvraag is, maar de huisarts een 'niet pluis gevoel' heeft. Wij koppelen aan de huisarts terug wat onze bevindingen zijn en wat wij aan thuiszorg of andere hulp hebben ingezet. Door de korte lijnen binnen het GCL is er vaak en kort overleg mogelijk. Dit werkt zeer efficiënt en is voor de afstemming en de kwaliteit van zorg bevorderlijk."*

## 2. Wat hebben we niet bereikt?

We hebben nog geen afspraken met de zorgverzekeraar kunnen maken om de integrale module ouderenzorg volgens een aangepaste tariefstelling in te kopen. We maken daarom nog steeds gebruik van oude bestaande financieringsstructuren. Hierdoor waren we ook niet in staat om bijvoorbeeld meekijkconsultatie vorm te geven. In 2017 hopen we meer duidelijkheid te krijgen via welke route we toekomstbestendig de multidisciplinaire zorg voor ouderen kunnen financieren.

## 3. Wat willen we verbeteren/bereiken?

**Zorgplan Ouderen:** In overleg met de zorgverzekeraar en andere zorgaanbieders uit de buurt willen we voor 2017 het *Zorgplan Ouderen* implementeren via segment 3 en vervolgstappen maken in de organisatie en uitvoering van de multidisciplinaire zorg rondom onze ouderen.

**Transmurale Zorgbrug:** Ons aandeel in de *Transmurale Zorgbrug* moet prominenter worden. Uit eerste onderzoeksresultaten blijkt dat de wijkverpleegkundige - in samenwerking met de huisarts - hierin een belangrijke rol kan vervullen, hetgeen kan leiden tot een lagere sterfte onder ouderen na een opname. Door de nauwere samenwerking tussen de eerstelijns en tweedelijns zal de patiëntenzorg verbeteren.

**Polyfarmacie:** We zullen in 2017 de medicatiebeoordelingen in aantal nog verder opvoeren, namelijk naar 100 beoordelingen. Hiervoor is intussen een planning gemaakt. Ook willen we het ad hoc uitvoeren, bijvoorbeeld bij nieuwe opnames in het verzorgingshuis.

# GGZ in het GCL

## Consultatief psychiater

Ook in 2016 konden huisartsen hun patiënten met psychische klachten doorsturen naar de POHGGZ of verwijzen op indicatie. Daarnaast bestond de mogelijkheid om gebruik te maken van consultatie van de psychiater, Anne van Lammeren, van het Universitair Centrum voor Psychiatrie. De samenwerking wordt wederzijds als heel prettig ervaren. De spreekuren zitten steeds vol (4/5 pat.). Ze is in 2016 14 keer geweest.

De patiënten die aangemeld worden zijn ook passend binnen de consultvraag. Over het algemeen zijn het de POHGGZ die de aanvragen doen, minder de HA. De vragen die gesteld worden gaan vaak over:

- wel/niet verdere diagnostiek noodzakelijk?
- advies ten aanzien van vastlopend beleid

Het komt een enkele keer ook voor dat mensen vanuit het UCP terugkomen in de praktijk en niet tevreden waren en behandeling stopten. Soms is het mogelijk om via deze route de behandeling toch weer vlot te trekken. Verduidelijking ten aanzien van de behandeling kan dan wenselijk zijn om tijdens de consultatie te bespreken. Bij situaties die niet kunnen wachten, is het ook mogelijk om consultatie per mail aan te vragen. Hier wordt snel op gereageerd. De POHGGZ/ HA geven aan dat zij écht vooruit kunnen met hun behandeling, zich gesteund voelen en dat er anders vaker verwijzingen naar de 2<sup>e</sup> lijn waren geweest.

De consultatief psychiater geeft aan dat ze vindt dat er in Lewenborg veel ernstig psychiatrische problematiek is. Het is een zware patiënten categorie. Dit kan ook dankzij goed geschoolde POHGGZ en goede onderlinge samenwerking.

## Verwijzingen naar POHGGZ.

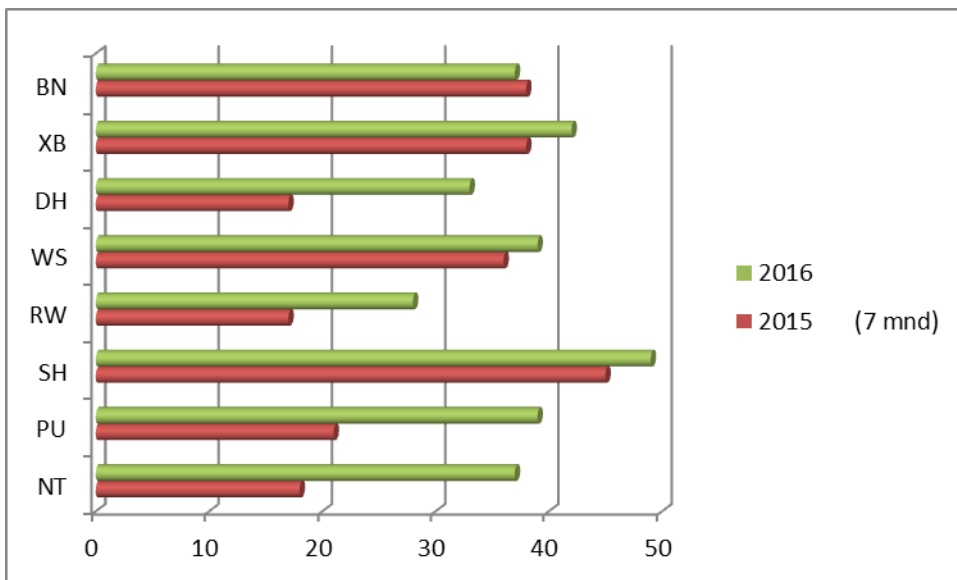
Dat er opnieuw goed gebruik werd gemaakt werd van de POHGGZ blijkt uit de jaarcijfers.

2015					2016				
Omschrijving verrichting	RO	RD	IP	totaal	Omschrijving verrichting	RO	RD	IP	totaal
Consult	1	9	1	11	Consult	5	5	6	16
Telefonisch consult	59	86	8	153	Telefonisch consult	105	69	4	178
Dubbel consult	1124	781	229	2134	Dubbel consult	984	879	28	1891
Visite	16	-	-	16	Visite	-	1	-	1
Dubbel visites		16		16	Dubbel visites	14	2		16
E-mail consult	-	12	-	12	E-mail consult	42	1	-	43

Er is wel een lichte daling te zien t.o.v. 2015, maar dat is verklaarbaar door ziekte, enerzijds, en door het volgen van de opleiding tot verpleegkundig specialist anderzijds. De waarneming kon niet alle tekorten opvangen. Dit werd verder door de huisartsen zelf gedaan.

Gedurende 2016 zijn er in totaal 304 verwijzingen naar de POHGGZ gedaan. De jaren 2015/ 2016 zijn helaas niet goed met elkaar te vergelijken, omdat de registratie van het POG kenmerk, pas startte vanaf 1 juni 2015. Bovendien was de werkelijke inzet POHGGZ niet constant tussen 2015/2016 (wegens ziekte/ opleiding). Dat maakt dat onderstaande grafiek genuanceerd bekeken moet worden.





Van de 304 verwijzingen die vanuit de HA naar de POHGGZ gedaan zijn, is onderscheid gemaakt op basis van ICPC coderingen. Onderstaande grafiek laat de meest voorkomende ICPC codes zien.

ICPC codering	Aantal verwijzingen van HA naar POHGGZ
R98 (Hyperventilatie)	6
P78 (Neurasthenie/surmenage)	47
P76 (Depressie)	44
P03 (Angststoornis/angsttoestand)	36
P02 (Down/ depressief gevoel)	24
P01 (Crisis/ voorbijgaande stress-reactie)	24
Overig	86

Naast de verwijzingen naar de POH-GGZ is er ook gebruik gemaakt van begeleiding via psychiatrie of psychologische zorg. Onderstaan schema geeft het aantal verwijzingen over 2015 en 2016 weer:

Omschrijving	Code	totaal 2013	totaal 2014	Totaal 2015	Totaal 2016	per 1000 pt 2013	per 1000 pt 2014	per 1000 Pt 2015	per 1000 Pt 2016
psychiatrie	PSY	246	216	322	243	17,3	15,3	22,8	17,2
psychologische zorg	PSL	281	266	244	157	19,8	18,9	17,3	11,1
<b>totaal</b>		<b>527</b>	<b>482</b>	<b>566</b>	<b>400</b>				

*Pharmapartners, praktijkjaarplan 2013, 2014, 2015, 2016*

Deze tabel laat zien dat het totaal aantal verwijzingen, zowel relatief als absoluut gezien t.o.v. 2015 afgenomen is. Kijk je over meerdere jaren terug, dan is duidelijk te zien dat het met name de afname van het aantal verwijzingen naar de 1<sup>e</sup> lijns psychologen aan het afnemen is. Deze trend is goed verklaarbaar door de versterking van de basis ggz in de huisartsenpraktijk.

### E- Health

De huisartsenpraktijk werkte in 2016 met Mentalshare Direct. Via die organisatie was het mogelijk om beschikking te hebben over een groot pallet aan ondersteunende E- health behandel mogelijkheden. Onze ervaringen zijn niet erg positief. Ondanks inzet via blended care lukt het moeilijk om mensen hiervoor gemotiveerd te krijgen. Het is onduidelijk of dit aan de populatie,

de hulpverlener zelf of aan de complexiteit van zorg ligt. Van de 15 personen die er uiteindelijk over wilden nadenken zijn er slechts een aantal daadwerkelijk begonnen, maar heeft géén van de patiënten uiteindelijk het hele programma doorlopen. De meeste mensen hebben voorkeur voor face to face behandeling en spreken dit duidelijk uit. Om uit te sluiten dat het aan het programma zelf ligt (100% uitval), hebben we Mentalshare Direct nu in 2017 stop gezet en zijn nu Mirro aan het onderzoeken. Eens kijken of dit meer tot de verbeelding spreekt.

Helaas hebben we eind van 2016 afscheid genomen van onze Kader huisarts, Marian Oud ivm haar pensioneren. Door haar vertrek verliezen we een inspirerende dokter die de GGZ in huisartsenpraktijk op een hoger plan getild heeft.

## ***Niet Durven, Wel Doen***

In 2016 heeft ook een groepsbehandeling plaats gevonden voor mensen met een sociale angst, "Niet Durven, Wel Doen". In de groep konden zij gezamenlijk werken aan kennisvermeerdering (psycho-educatie), ontspanningsoefeningen en exposure in vivo. Hieronder worden de resultaten in een samenvatting weergegeven.

## **Evaluatie "Niet durven wel doen" okt. 2015 - dec. 2016**

*(geschreven door: Suzanna Bakker, psychosomatische fysiotherapeute)*

### **Vorbereiding:**

*Naar aanleiding van de evaluatie van de 1e angst groep in 2014 zijn er verbeter punten doorgevoerd in de opzet van deze 2<sup>e</sup> training.*

- Het draaiboek is aangepast van 8 bijeenkomsten van 1,5 uur naar 12 bijeenkomsten van 2 uur. Thema's als angstige gedachten, kernovertuigingen, probleemoplossing, stoppen met piekeren en assertiviteit hebben meer aandacht gekregen. Er is ook meer tijd besteed aan ontspanningstechnieken en mindfulness.*
- Tevens is er meer huiswerk gegeven en werd er ook huiswerk ingeleverd.*
- De training is gegeven door een POH-ggz en een psychosomatisch fysiotherapeut, allebei werkzaam in het gezondheidscentrum Lewenborg.*

### **Groep:**

*Heterogene groep met allen de diagnose sociale angst. Veel co-morbiditeit( depressie, relatieproblemen )*

*7 deelnemers, waarvan 1 de eerste training ook heeft gevolgd.*

*Deze is nu uitgenodigd als "ervaringsdeskundige", dit als meerwaarde voor de groep en deels ook als extra training voor deelnemer zelf.*

*1 uitvaller vanwege wijziging diagnostiek, ze is voor andere zorg geïndiceerd en is met die reden gestopt met de groep.*

*De training vond plaats vanaf 26-10-2015 tot 11-4 -2016. Daarna 2 terugkombijeenkomsten één na 3 maanden en één na 8 maanden.*

<b>Resultaten</b>	"Niet durven, Wel doen!"				
<b>Periode</b>	okt 2015- dec 2016				
<b>Groepsbegeleiders</b>	Richard van Oosten	POHGGZ			
	Suzanna Bakker	psychosomatisch fysiotherapeu			
<b>Groepsgrootte</b>	7 deelnemers				
<b>Aantal uitvallers</b>	1 deelnemster				
<b>Training</b>	okt 2015- apr 2016				
<b>Duur training</b>	12 keer 2 uur				
<b>Evaluatie na 1 mnd</b>	mei-16				
<b>Evaluatie na 8 mnd</b>	dec-16				
<b>Uitkomsten OQ45</b>	<b>T0</b>	<b>T1</b>	<b>T2</b>	<b>verschil t1-</b>	<b>opmerkingen</b>
	<b>bij aanvang training</b>	<b>vlak voor eind training</b>	<b>8 mnd na training</b>		
<b>deelnemer 1</b>	51	61	52	-9	
<b>symtomen distress**</b>	27	30	29	-1	
<b>deelnemer 2</b>					uitgevallen
					medicatie afgebouwd tussen t1 en t2
<b>deelnemer 3</b>	40	48	43	-5	
<b>symtomen distress</b>	24	30	23	-7	
<b>deelnemer 4</b>	51	69	49	-20	medicatie afgebouwd tussen T1- t2
<b>symtomen distress</b>	33	45	31	-14	
<b>deelnemer 5</b>		64	44	-20	
<b>symtomen distress</b>		45	31	-14	
<b>deelnemer 6</b>	41	58	41	-17	
<b>symtomen distress</b>	23	37	21	-16	
<b>deelnemer 7 *</b>		62	67	-5	30 punten verbeterd, tov training 1 (2014)
<b>symtomen distress</b>		30	37	7	forse relatie problemen tijdens t2 meting
<i>* ps deelnemer 7</i>	<i>heeft training voor de 2e keer bijgewoond, was de zgn 'ervaringsdeskundige'</i>				
<b>**</b>	subschaal van OQ45				

### Resultaten:

*De groep was zeer tevreden over het groepsproces, de sfeer en de inhoud.*

*Men was tevreden over de duur van de sessie en het aantal bijeenkomsten.*

*Na de 12 bijeenkomsten zijn er nog 2 terugkombijeenkomsten geweest op initiatief van de deelnemers zelf.*

*2 deelnemers hebben inmiddels hun medicatie gestopt of afgebouwd.*

*Op de vraag wat men nu geleerd had na de training kwamen de volgende antwoorden:*

- *Meer zelfvertrouwen*
- *Makkelijker contact durven maken met mensen*
- *Meer rust en overzicht*
- *Handvatten om met angst om te kunnen gaan*
- *Bewustzijn van je eigen waarheid, meer twijfel over eigen weten.*
- *Zelfreflectie is verbeterd*
- *Manieren geleerd om nee te kunnen zeggen*
- *Conflicten durven aangaan*

### Klinimetrie: OQ45 (zie tabel)

*Er waren 3 meetmomenten met de OQ45 vragenlijst, bij aanvang van training (T0), vlak voor eind van training (T1) en 8 maanden na eind van training (T2).*

*2 deelnemers hebben geen T0 meting.*

*Resultaten van de totaal score is bij 5 deelnemers gelijk gebleven. Verschil tussen t0 en t3 is 0 of <3 punten.*

*De T1 meting geeft bij alle personen die T0 hebben ingevuld een verhoogde score van 8 tot 18 punten.*

*Verschil tussen T1 en T2 is voor alle 6 deelnemers afgenomen waarvan 3 met een verschil van 17 of meer.*

*Voor de sub schaal symptomen van distress zien we dezelfde trend. ( zie tabel)*

*2 deelnemers hebben in de periode tussen T1 –T2 hun medicatie afgebouwd.*

*De deelnemer ( ervaringsdeskundige) die de training voor 2<sup>e</sup> x bijwoonde laat nu een lichte stijging zien in score tussen T1-T2. Echter zien we wel een groot verschil met de eindscore in 2014, na de 1<sup>e</sup> training. Hij scoort nu 30 punten lager. Deze persoon heeft op moment van laatste meting hevige relatieproblemen.*

*Duidelijk is dat de scores verhoogd zijn bij het einde van de training, en na ruim 8 maanden na het afronden van de training weer zelfde of lager dan score van T0 meting.*

*Dit valt te verklaren doordat de training uitnodigt om uit je comfort zone te komen; niet durven wel doen. We zien dat ze na 8mnd toch weer lager scoren ondanks dat ze zijn blijven doen.*

*Dit gezien de antwoorden van de deelnemers zelf op de open vraag , wat heeft de training jullie opgeleverd, zie bovenstaande.*

#### **Aanbevelingen voor de vervolg groep:**

*Deze groep was grotendeels erg tevreden. Veel tijd en ruimte is goed bevallen. Er was een goede en veilige groepsfeer .*

*Huiswerk werd grotendeels gemaakt en ook ingeleverd .*

*De mindfulness onderdelen werden door aantal deelnemers als lastig ervaren. Maar dit is geen reden om het aan te passen. Voorstel is om programma nu eerst ongewijzigd te laten en in huidige format opnieuw in te zetten met een poh-ggz en een psychosomatische fysiotherapeut.*

#### **EPA (ernstig psychiatrische patiënten)**

In 2015/2016 was één van onze POHGGZ medewerkers in opleiding voor Verpleegkundig Specialist. Door het inzetten van een Verpleegkundig specialist (VS) ontstaat er een aanzienlijke versterking en expertise van de GGZ ondersteuning in de huisartsenpraktijk. Deze versterking willen we inzetten om de mensen met ernstig psychiatrische problematiek, die langdurig stabiel zijn, meer aan ons centrum te binden. Omdat zij al langdurig met deze problematiek rondlopen zijn ze vaak uitgebreid in de tweede lijn. Wij denken dat bij een aantal van deze stabiele mensen, verschuiving naar de 1<sup>e</sup> lijn ondersteuning mogelijk zou moeten zijn. Daarnaast is het zo dat er vanuit de literatuur bekend is dat veel mensen nergens bekend zijn (noch in de 1<sup>e</sup>, noch in de 2<sup>e</sup> lijn) en dus buiten de radar zitten. In 2016 zijn we bezig geweest om ons voor te bereiden voor de opvang van deze mensen. In overleg met Menzis konden we dit verder uitwerken tot een zorgvernieuwingsprogramma. Hiervoor is veel (literatuur) onderzoek gedaan, om te kijken wat de beste benadering is en waaruit de ondersteuning zou moeten bestaan. Daarbij is steeds het uitgangspunt geweest, de juiste zorg op de juiste plek. Uiteindelijk heeft dit geleid tot een zorgvernieuwingsvoorstel. In 2017 zullen we dit voorstel verder uitwerken, begroting bij aanleveren en indicatoren ter monitoring bij vaststellen, zodat we hopelijk eind van 2017 met dit zorgvernieuwing programma kunnen starten.

## Bijdrage: orthopedagoog en gz-psycholoog, Generallistische Basis GGZ (GB GGZ)

In 2016 hebben zich 109 nieuwe cliënten aangemeld. Van de 109 nieuwe cliënten zijn er 84 in 2016 afgerond. Bij de anderen wordt de behandeling in 2017 voortgezet. Van 25 cliënten uit 2015 liep de behandeling door in 2016 en is in dit jaar afgerond (zie onderstaande tabel).

Jaartal	nieuwe aanmeldingen	afgegrond	nog in behandeling
2015	103	124	25
2016	109	100	34

Het betreft allemaal kinderen/jongeren tot 18 jaar. Meestal werden ouders/verzorgers van hen betrokken, dit afhankelijk van leeftijd en/of problematiek.

De problematiek richt zich met name op angst-/depressieve klachten en boosheid/agressie bij kinderen en jongeren. Daarnaast komen onder meer gedragsproblemen, zelfbeeld-/identiteitsproblematiek/genderproblematiek, druk gedrag, (chronische)ziekte/rouw, concentratie problemen, psychosomatische klachten, autistisch gedrag, eetproblemen, zelfbeschadiging en problematiek rond hoogbegaafdheid aan bod.

De problemen bij ouders spelen ook dit jaar in grote getale een rol bij de problematiek van kinderen/jongeren.

Afgelopen jaar zijn ook een aantal kinderen vastgelopen op school omdat leerkrachten handelingsverlegen zijn.

De problematiek is zeer uiteenlopend en neemt toe in intensiteit/complexiteit. Het afgelopen jaar was meer sprake van (heftiger) depressieve klachten, dwang en (seksueel) misbruik.

Bijna alle cliënten zijn in 2016 door huisartsen doorverwezen, zowel door de huisartsen van Gezondheidscentrum Lewenborg als andere huisartsen in de provincie. 5 cliënten zijn dit jaar door de jeugdarts verwezen.

5 cliënten zijn vanuit de GB GGZ in overleg met de huisartsen naar de Specialistische GGZ doorverwezen. Dit omdat intensievere hulp noodzakelijk was. Daarnaast zijn 2 cliënten overgenomen door het WIJ Lewenborg en is voor 1 cliënt melding gedaan bij Veilig Thuis.

Doordat ik werkzaam ben in het Gezondheidscentrum Lewenborg zijn er korte lijnen.

Er zijn geen verwijzingen uit de tweede lijn.

Ik maak deel uit van diverse intervisiegroepen (a.d.h.v. een onderwerp met casuïstiek, alleen casuïstiek of zaken betreffende ontwikkelingen financiering zorg door gemeenten) en ontvang supervisie voor mijn persoonlijke begeleiding, ook aan de hand van casuïstiek.

De samenwerking met het CJG is afgelopen jaar gecontinueerd t.o.v. het vorige jaar in het kader van zorg rond kinderen/jongeren. Het is het tweede jaar dat er wordt samengewerkt met andere disciplines van het Gezondheidscentrum Lewenborg (kinderfysiotherapeut en diëtist) rond het project "Groei Goed" (eetproblematiek).



# Diabetes

## *Wat hebben we bereikt?*

In 2016 hebben we de zorg voor de patiënt met diabetes gecontinueerd, daarbij gebruik makend van ons multidisciplinaire team. Door vertrek van één huisarts in 2016, en het afronden van de POHS opleiding van één van de doktersassistentes, hebben zich verschuivingen voorgedaan in de ondersteuning van de POHS per dokter. Hierdoor is de workload ook beter verdeeld, in combinatie met het aantal fte inzet POH per praktijk. De samenstelling van het multidisciplinaire team is verder ongewijzigd gebleven. Twee keer per jaar zijn er multidisciplinaire overleggen geweest, waarbij onderlinge samenwerking steevast het belangrijkste thema was. Daarnaast zijn er in klein verband nog overleggen geweest (POH- HA, POH- diëtiste, POH- pedicures, etc) waarbij er inhoudelijk casuïstiek overleggen geweest zijn.

## Herziening werkprotocol

Het werkprotocol wordt (jaarlijks)herzien en waar nodig aangepast. Gemaakte afspraken zijn hierin geëvalueerd, deels aangescherpt, nieuwste richtlijnen verwerkt. Protocol dient mede als inwerkprogramma voor nieuwe medewerkers (POH'S, HAIOS, Huisartsen).

## Groepsbehandeling in samenwerking met Fysiotherapie en Diëtetiek

De samenwerking met beide disciplines is uitstekend. Korte lijnen en bij vragen elkaar snel kunnen bereiken, draagt bij aan een goed samenwerking. Zie voor verder toelichting de bijdrages vanuit de disciplines.

Twee keer is er een groepsgerichte aanpak geweest. Het doel was : effectief instructie en informatie geven over het ziektebeeld, medicatie gebruik, leefstijlinterventie, belang van stoppen met roken, voeding en beweging. Door dit in groepsverband aan te bieden (naast de individuele benadering), bereik je een vorm van lotgenoten contact en het leren van elkaars situaties en oplossingsstrategieën. In 2015 hadden we een prima opkomst en veel positieve reacties, echter in 2016 viel de uiteindelijke opkomst ontzettend tegen. (ondanks dezelfde periode/ dag/ tijdstip en PR). Dat heeft ons doen besluiten om in 2017 géén groepsgerichte behandeling op te starten. Wanneer er voldoende animo is kunnen we het zo weer oppakken.



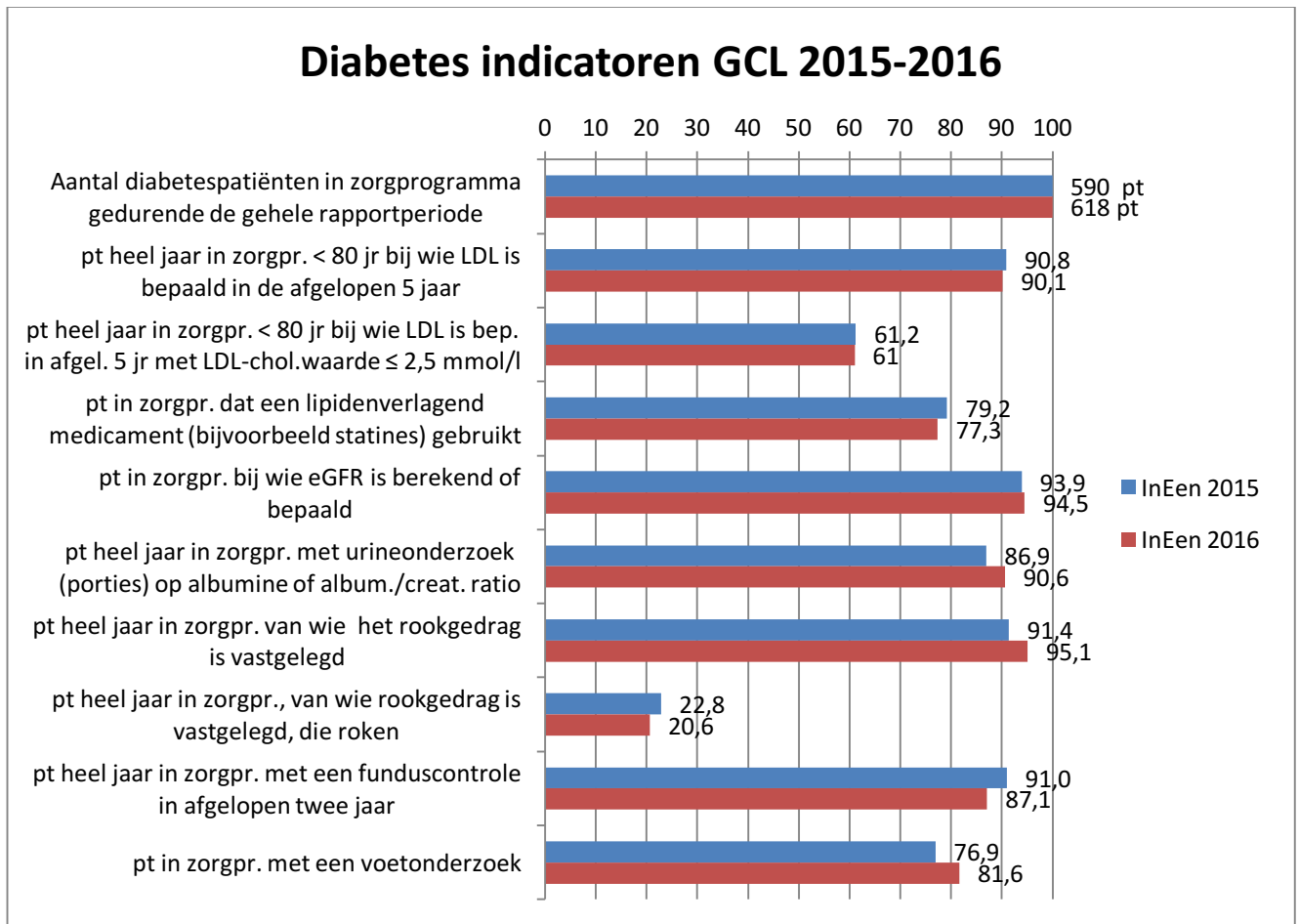
## Registratie

Zoals al eerder vermeld hebben we dit jaar veel geïnvesteerd in ons kwaliteitsbeleid op basis van registratie. De omzetting van Ruiters naar NHG is zeer arbeidsintensief geweest. Hier is enorm veel tijd in gaan zitten om alles goed te krijgen, om mensen goed geïnstrueerd te krijgen en te houden. Tevens heeft dit ook geleid tot het opnieuw controleren van alle bestanden. Nog steeds vraagt het aandacht, ieder kwartaal worden daarom alle uitdraaien tussen HIS en KIS met elkaar vergeleken.



## Indicatoren 2016

In onderstaand overzicht zijn de resultaten op de indicatoren Diabetes Ketenzorg weergegeven, volgens de landelijke richtlijnen van InEen. Deze zijn afgezet tegen de resultaten van 2015. Het is een redelijk constant stabiel beeld, met een paar kleine verschuivingen op een aantal indicatoren.



Gelukkig is het gelukt om toch weer een aantal mensen te laten stoppen met roken. Kijken we naar de funduscontroles, dan zien we een lichte daling. Vorig jaar hebben we extra aandacht besteed aan de wijze waarop de binnengekomen uitslag in het HIS wordt weggeschreven. Dit jaar hebben we daar niet extra aandacht aan besteed. Kijken we naar de tellingen in het HIS, dan zien we dat er 554 mensen een fundusfoto de afgelopen twee jaar gehad hebben. Dit komt overeen met 90%. (554/618x100). De overige variaties zijn toe te wijzen aan fluctuerend behandelbeleid, passend bij de zorg van alledag.

### Samenwerking podotherapeut/pedicures

Door de korte lijnen is de samenwerking prettig. De podotherapeuten en pedicures kunnen elkaar onderling ook makkelijk bereiken. Het KIS werkt hier erg prettig bij, consultatie onderling wordt ondersteunt. Het omzetten van SIMMS codes naar zorgprofielen heeft nog steeds de aandacht.

Rijlabels	Aantal van patiëntid
Zorgprofiel 1	31
Zorgprofiel 2	62
Zorgprofiel 3	52
Zorgprofiel 4	13
Zorgprofiel niet van toepassing (leeg)	382
<b>Eindtotaal</b>	<b>717</b>

Kijken we verder naar alle meetwaarden die er bij de DM populatie gedaan zijn, zowel op basis van zorgprofiel, als op basis van Simm's score, dan zien we nog steeds afwijkingen. Bovenstaande tabel geeft weer dat van 177 patiënten nog geen zorgprofiel bekend is, terwijl onderstaande tabel laar zien dat bij slecht 39 mensen geen Simm's sore bekend is.

Rijlabels	Aantal van patiëntid
0	479
1	89
2	90
3	20
(leeg)	39
<b>Eindtotaal</b>	<b>717</b>

Het feit dat  $177-39 = 138$  mensen dus wel een Simms score hebben, maar geen zorgprofiel, wordt niet meegenomen in het indicatoren rapport. Dus het werkelijk aantal voetcontroles is hoger dan daar wordt weergegeven.

#### Geen programmatische zorg

Afgelopen jaren zijn we strenger geworden in de het bespreekbaar maken van ondersteuning via ketenzorg bij mensen die stelselmatig de controleafspraken afzeggen, no shows of bij wie 'geen eer meer te behalen valt'.

#### Wat hebben we niet bereikt?

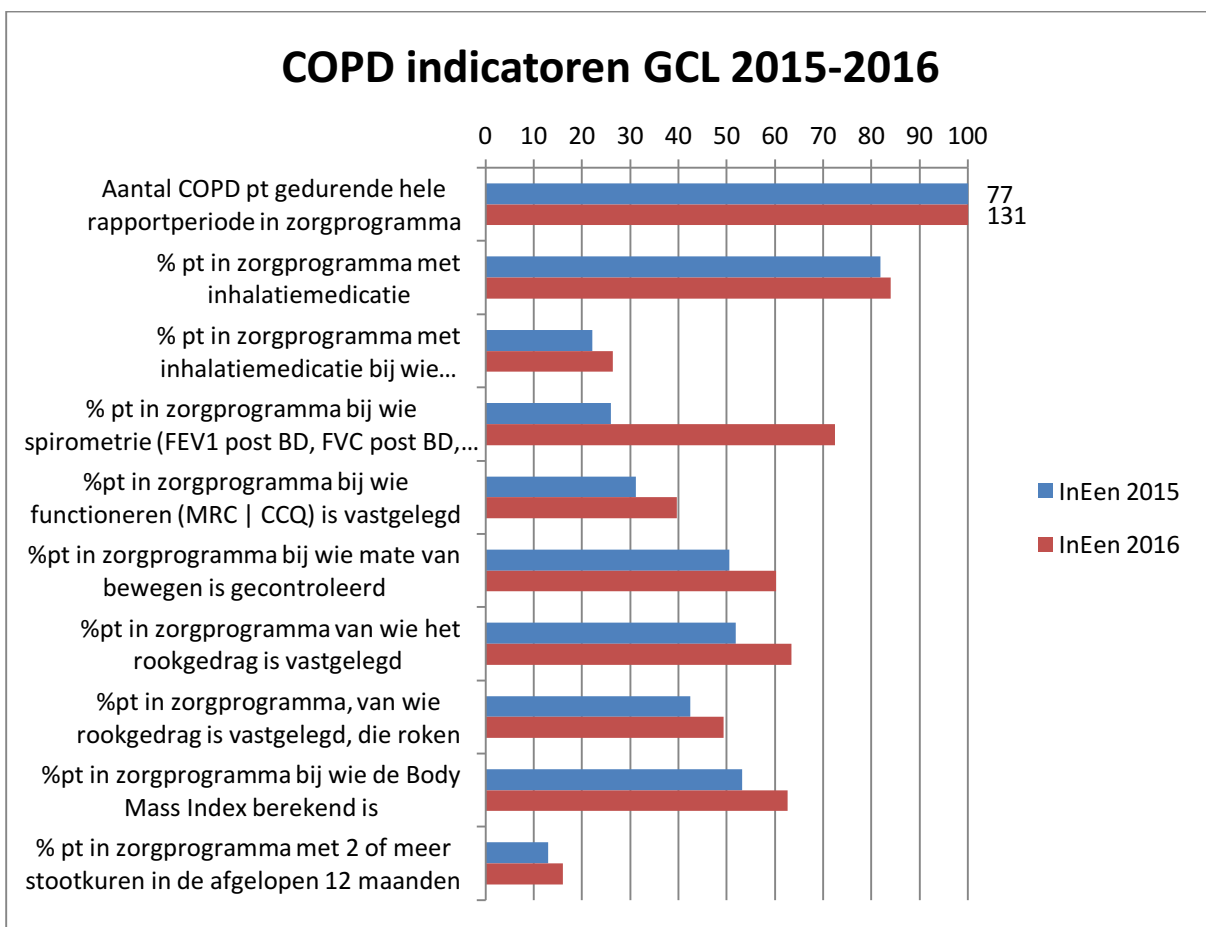
We hadden de module zelfmanagement verder willen door ontwikkelen. Hier zijn we niet meer aan toe gekomen om twee redenen: enerzijds was dit een bewuste keuze. Je kunt zo'n onderwerp er 'niet zomaar' even bij doen. Wanneer je dit goed wilt implementeren, dan moet je daar tijd en ruimte voor creëren. Anderzijds wisten we dat er een nieuwe impuls aan het zelfmanagementsysteem E- vitae van Vital Health gekomen is. Het leek ons goed om deze ontwikkeling af te wachten (zodat de kinderziekten er grotendeels uit zijn), zodat we, wanneer de tijd er rijp voor is, ook goed mee kunnen werken. Mogelijk kunnen we in 2017 hier wel weer nieuwe stappen in maken.



## COPD

### *Wat hebben we bereikt?*

Gedurende 2016 hebben we de zorg voor de COPD patiënten zo goed als mogelijk voortgezet. Er zijn in de afgelopen 3 jaar 224 spirometrieën in de huisartsenpraktijk uitgevoerd (zowel voor astma als voor COPD patiënten), daarnaast is er ook nog gebruik gemaakt van Certe, vooral tijdens vakanties en verlof. Er is een tweede koppel van huisarts en assistente opgeleid via de CASPIR cursus van de CAHAG, om waarneming en vervanging van het uitvoeren en beoordelen van een spirometrie beter te kunnen borgen. We hebben multidisciplinair overleg gehad, daarbij opnieuw aandacht geschonken aan het zorgprotocol en de bijbehorende werkafspraken.. In grote lijnen kun je zeggen dat de resultaten over de hele linie verbeterd zijn. Dit is grotendeels verklaarbaar doordat we in 2014 en deels 2015, slechts beperkte POH capaciteit voor het COPD programma hadden, wegens langdurig ziekteverlof. We zien nu een mooie inhaalslag, op alle indicatoren



*Indicatorenrapport KIS, volgens uitvraag InEen 2015 vs 2016*

Begin 2016 hebben we de registratie van patiënten op basis van Ruiters omgezet naar coderingen via NHG codes. Daarbij sluiten we weer aan bij de landelijke afspraken op het gebied van registratie. Net als bij de diabeten, houden we de registratie nauwlettend in de gaten.

Ook in 2016 hebben we weer een casuïstiekbepreking met de longarts van het Martiniziekehuis gehad. Zeer leerzaam en ook goed om kennis te vergroten en het contact te intensiveren!

### *Wat hebben we niet bereikt?*

We wilden de koppeling met de apotheek via het KIS verbeteren. Dit is deels gelukt, maar nog niet zichtbaar in de indicatoren, omdat de apotheek niet registreert in het KIS. Er zijn overlegmomenten geweest en nieuwe afspraken gemaakt met de POH/huisarts en apotheek rondom de eerste uitgifte, herhaalreceptuur, prevalentiebeleid en de inhalatie-instructie, die zowel door de POH, als door de apothekerassistente gedaan wordt. Slechts de instructie van de POH is via het KIS inzichtelijk en verklaart ook de lage score op de het % patiënten bij wie inhalatietechniek is gecontroleerd.

### *Wat willen we verbeteren/ bereiken?*

We zijn in 2016 gestart, samen met het kernteam van de GHC om ook voor de Astma een zorgprogramma te ontwikkelen. Hiervoor hebben we inmiddels van twee dokters de praktijken gescreend. We willen in 2017 ook de overige praktijken screenen, zodat we per 2018 Astma ook als een zorgprogramma kunnen inkopen.

### *Bijdrage vanuit fysiotherapie*

De in- en exclusiecriteria voor deelname aan het beweegprogramma zijn vastgesteld. Onze afdeling Fysiotherapie heeft 10 patiënten met de diagnose COPD in 2015 begeleidt volgens het zorgaanbodplan. Dit waren 6 vrouwen en 4 mannen.

Over het algemeen moeten de mensen de eerste weken over een streep getrokken worden. Zodra ze resultaten merken in een verminderde kortademigheid en/of ervaren benauwdheid raakt men gemotiveerd in het optimaliseren van hun eigen lichamelijke belastbaarheid. De meeste personen zijn na afloop van het programma zelfstandig in staat de sportuitoefening te continueren en hebben dit ook gedaan (nog aanpassen op 2016)



## CVRM

### Wat hebben we bereikt in 2016?

Sinds 2013 zijn we binnen het GCL bezig met het zorgprogramma CVRM. Destijds zijn we gestart met de registratie via Ruiters. In februari 2016 hebben we de omslag gemaakt naar registratie per NHG code, gecombineerd met diagnostische waarden, waaruit de risicoscore blijkt. Dat maakte dat opnieuw heel kritisch naar onze registraties gekeken hebben en deze waar nodig aangepast/opgeschoond hebben. Onderstaande tabel laat voor de laatste keer het verloop in ruiters zien. Daaruit blijkt ook dat we nu een redelijk constante populatie hebben. De grootste groei zit in de groep VW, oftewel de mensen die aangeven geen programmatische zorg te willen ontvangen. Daar zijn we ook echt het gesprek over aangegaan. Net als bij de overige programma's zullen we met Certe ook zoeken naar een oplossing om deze mensen op termijn opnieuw de gelegenheid te geven deel te nemen aan het zorgprogramma.

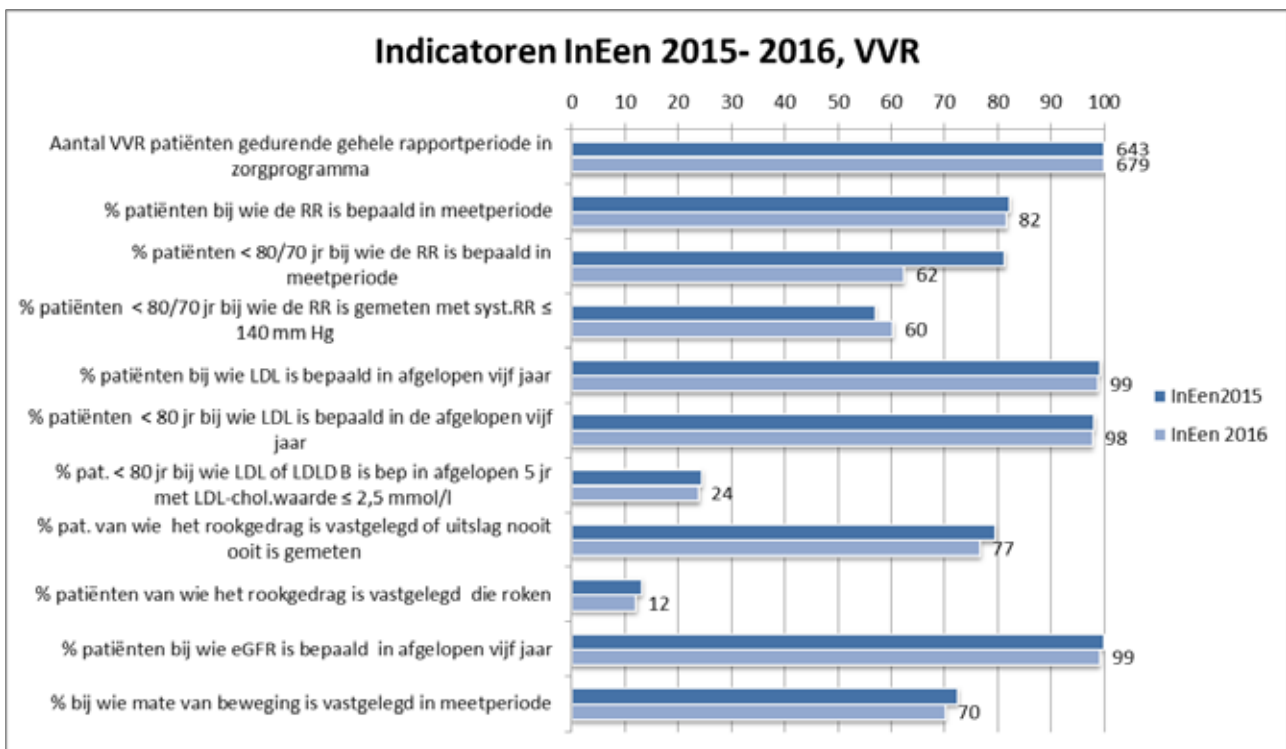
Verloop aantallen per ruiter	2013		2014		2015		2016	
V1	262		294		317		312	
V2	271	31,4%	305	31,6%	333	33,3%	338	33,8%
V3	195	22,6%	265	27,4%	268	26,8%	281	28,1%
VZ	398	46,1%	396	41,0%	399	39,9%	382	38,2%
VS	172		202		192		208	
VR	235		3		3		3	
VO	92		86		81		77	
VW	24		49		49		65	
<b>Totaal</b>	<b>1649</b>		<b>1600</b>		<b>1642</b>		<b>1666</b>	
HAHfd beh.	1477		1398		1450		1458	
Keten DBC	864	100,0%	966	100,0%	1000	100,0%	1001	100,0%

VS = specialist hoofdbehandelaar, VZ = vasculaire ziekten, VR = restgroep, V1= risico hvz <10%, V2 = risico hvz 10-20%, V3 = risico hvz >20%, VO = ouder dan 80 jaar, VW = weigeraars)

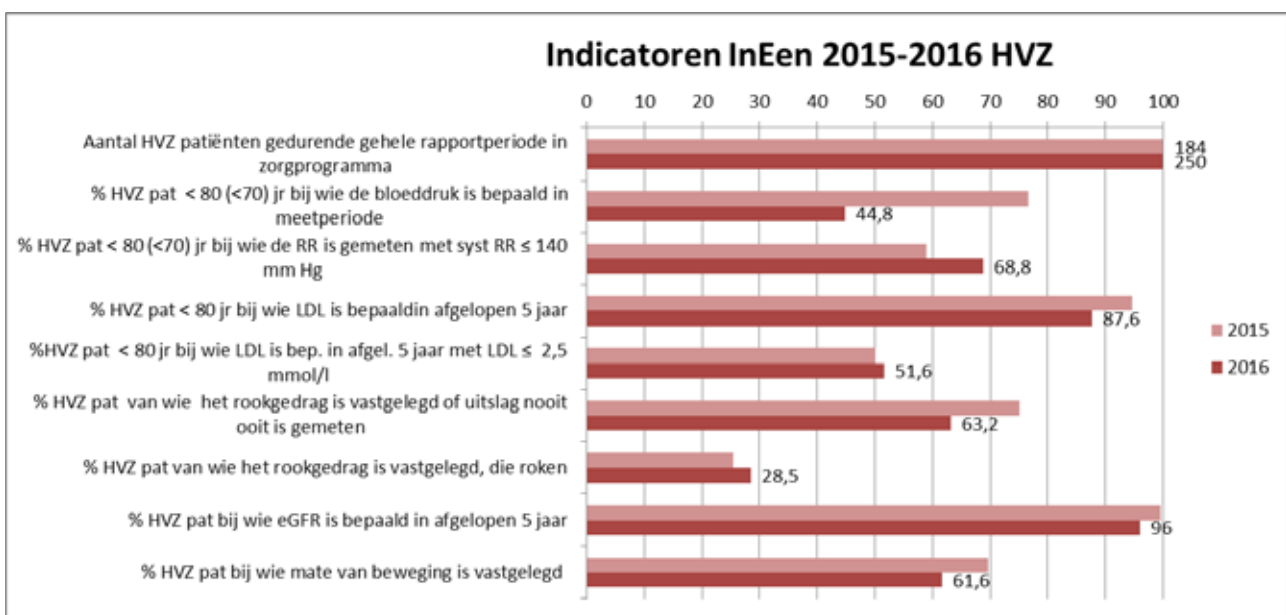
Als we kijken naar de doelen voor 2015 dan hebben we een groot aantal daarvan gehaald.

- 1: De flowchart die aangeeft wat er moet gebeuren met patiënten die aan het zorgprogramma deelnemen, op wiens spreekuur ze moeten komen (de doktersassistente, POH of huisarts), is goed geïmplementeerd.
- 2: De huisartsen zijn zich momenteel goed van bewust om het KIS te gebruiken voor dit zorgprogramma als ook voor zorgprogramma diabetes/COPD, mede omdat benchmarkresultaten afhankelijk zijn van een goede registratie.
- 3: Gestaag vordert het afwerken van de lijst van patiënten die bij de apotheek bekend zijn met medicatie voor hypertensie, hypercholesterolemie of hart vaatziekten en die nog niet in het zorgprogramma zitten. Meer dan 50% is nu gedaan, echter een nieuwe update is nodig omdat de lijst inmiddels weer verouderd is.

Omdat de landelijke ontwikkeling benchmark ketenzorg zich ook ontwikkeld heeft, is er in onderling overleg tussen de InEen, NHG, Expertgroepen, ZN, LHV, VPH, NPCF, HRMO, zorgverzekeraars een aanpassing gekomen op de indicatoren set voor 2015. GCL is blij met de ontwikkelingen dat afstemming tussen alle partijen geleid heeft tot reductie van het aantal indicatoren. Voor het GCL zijn de resultaten als volgt:



Indicatoren 2015- 2016 (volgens InEen)



Indicatoren 2015- 2016 (volgens InEen)

Het is lastig om 2015 en 2016 met elkaar te vergelijken, aangezien bij een aantal indicatoren de leeftijdsgrens veranderd is (van 80 naar 70 jaar). Graag hadden we onszelf op een paar indicatoren willen verbeteren, bv rook% vastgelegd of ooit gemeten. Helaas zijn de inspanningen die we daarvoor nu gedaan hebben onvoldoende gebleken. Mogelijk moeten we hierop toch nog strakker aansturen bv door de POH's inzage te geven in de mensen bij wie dit nu NIET vastgelegd is (wat overigens ook niet wil zeggen dat het niet gevraagd is..).

*Wat willen we bereiken/verbeteren?*



#### *AF (atrium fibrilleren)*

2016 heeft duidelijk ook in het teken gestaan voor de voorbereiding van het AF zorgvernieuwingsprogramma. Daar is veel tijd en aandacht naar toe gegaan. Alle praktijken zijn gescreend en is er dossieronderzoek verricht. Bovendien zijn de patiënten lijsten vanuit de apotheek uitgedraaid op medicatiegebruik en

vergeleken met de ICPC registraties van de huisartsenpraktijk. Dat zorgde ervoor dat we ook de mensen die niet juist geregistreerd stonden konden vinden. Vervolgens is met de Zorgverzekeraar Menzis gesproken en konden we tot een tariefafpraak komen. Per 1 jan 2017 loopt het nieuwe zorgvernieuwingsprogramma Atrium Fibrilleren voor 3 jaar.

## Diëtetiek

In 2016 hebben veel verwijzingen plaatsgevonden naar de diëtist om het voedingspatroon te bespreken gericht op bijvoorbeeld gewicht, bloeddruk, cholesterolgehalte en hart- en vaatziekten. Halverwege het jaar is Lisette Roerig met zwangerschapsverlof gegaan waarbij de werkzaamheden naar tevredenheid zijn overgenomen door collega Martha van der Velde. Martha is onder andere gespecialiseerd in Emotie-eten, waardoor ook patiënten met deze problematiek bij haar terecht kunnen.

De jaarlijkse overleggen worden bijgewoond door onze discipline, waardoor we met zijn allen op één lijn zitten en elkaar goed weten te vinden.

Ook in 2016 was er ruimte om binnen de ketenzorg (DM, CVRM, COPD) gebruik te maken van onze behandelingen tot maximaal 5 uren per kalenderjaar. De praktijk laat zien dat bepaalde doelgroepen/diagnoses meer uren vragen, waardoor deze ruimte optimaal besteed kan worden.

Een koolhydraatarme voeding vormt zich als een rode draad door onze behandelingen waar veel successen mee geboekt worden met het oog op gewicht/BMI, verlaging bloedglucose, verlaging cholesterolgehalte en verlaging bloeddruk.



## Fysiotherapie

Fysiotherapie Lewenborg en Oosterhoogebrug is een onderdeel van het gezondheidscentrum Lewenborg. Samenwerken met de andere disciplines is een van de belangrijkste factoren binnen het Gezondheidscentrum en daardoor dragen wij bij aan optimale fysiotherapeutische zorg voor de patiënten uit de regio Lewenborg.

De praktijk heeft twee locaties en telt 8 fysiotherapeuten, 1 caesar therapeute , 1 secretaresse en een kinderfysiotherapeute. Elk van de therapeuten heeft zijn eigen specialisatiegebieden, zoals manueel therapie , psychosomatische fysiotherapie en sportfysiotherapie. Afgelopen jaar zijn er verdiepingscursussen gevolgd voor de diverse specialisaties zoals onder andere medical taping, dry needling , manueel therapie, training bij ouderen en fysiotherapie in de thuissituatie (meer bewegen Thuis).

Een aantal fysiotherapeuten maken deel uit van een netwerk zoals voor Parkinson, MS , schouder- en hoofdpijn netwerken. Dit om de verwijzing en behandeling van deze groep patiënten te optimaliseren.

De samenwerking met de andere disciplines komt het best tot uiting in de zorgprogramma's DM, ouderenzorg, CVRM en GGZ. Binnen de GGZ wordt er gewerkt aan de ontwikkeling van de cursussen Angst en Depressie en SOLK. Het afgelopen jaar is de cursus Angst en Depressie gedraaid door de Psychosomatisch Fysiotherapeut en de POH –GGZ.

De praktijk heeft meegedaan aan een pilot voor intervisie binnen de fysiotherapie samen met de SKFN. Alle medewerkers hebben hieraan meegedaan en de wijze waarop deze pilot is uitgevoerd is geslaagd en de intervisie wordt nu toegepast door Zilveren Kruis Achmea waarvoor fysiotherapie Lewenborg en Oosterhoogebrug nu een pluspraktijk is geworden. In 2017 wordt de intervisie voortgezet.

## Tot slot

We kijken met voldoening terug op het afgelopen jaar. Een jaar waarin we afscheid genomen hebben van mensen die zich langdurig en met hart en ziel voor de bewoners in Lewenborg en omstreken hebben ingezet. We zullen hun als collega's missen. Tegelijkertijd zijn we ook blij met de nieuwe krachten die ons centrum zijn komen versterken. We zijn trots op wat we met elkaar hebben bereikt en het is ook mooi om te zien dat we zo samen inderdaad kunnen laten zien dat we 'meer zijn dan de som der delers' zoals in op onze website vermeld staat.

Via deze route willen we iedereen, ook de externe partners, die hieraan zijn of haar bijdrage heeft geleverd, ontzettend bedanken. Dit geldt niet alleen voor alle medewerkers/disciplines binnen het Gezondheidscentrum, maar ook alle externe partijen zoals:

Zorgverzekeraar Menzis,  
Gemeente Groningen  
Martini Ziekenhuis  
UMCG Groningen  
Woonzorgcentrum Mercator  
MJD Groningen  
Wij team Lewenborg  
CJG  
Certe  
Verloskundige praktijk La Vie  
Anne Benneker Teksten  
Paul Top DTP Vormgeving  
Kunstcommissie Lewenborg  
Afier Accountants  
Lefier Woningcoöperatie  
InEen

Bovenstaande lijst is zeker niet compleet en ook nog eens aan verandering onderhevig.

Dank voor uw aandacht!



Gezondheidscentrum Lewenborg  
Kajuit 438e, 9733 CZ Groningen  
[www.gezondheidscentrumlewenborg.nl](http://www.gezondheidscentrumlewenborg.nl)



GEZONDHEIDSCENTRUM  
LEWENBORG

