



GEZONDHEIDSCENTRUM
LEWENBORG

jaarverslag
2018

Stichting
Gezondheidscentrum
Lewenborg

Inhoudsopgave

- 3** Inleiding
- 4** Demografische gegevens
- 5** Kwaliteitsbeleid
- 6** Welzijn op recept
- 8** Sociaal Wijkteam
- 8** Zelfmanagement
- 9** Ouderenzorg
- 12** GGZ in het GCL
- 17** Diabetes
- 20** COPD/Astma
- 23** CVRM/AF
- 26** Diëtetiek
- 27** Tot slot

Inleiding

“Samen is meer dan de som der delers”

Dit is wat we als Gezondheidscentrum Lewenborg (GCL), graag willen uitdragen. Iedereen, 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 en Atrium Fibrilleren. Ook de GGZ, ouderenzorg, Welzijn op Recept en jeugdzorg kennen multidisciplinaire samenwerkingsverbanden. Daarnaast vindt samenwerking niet alleen binnen ons centrum plaats, maar ook daarbuiten met partners uit de tweede lijn en zorgaanbieders/hulpverleners in de wijk.

Goede samenwerking is geen vanzelfsprekendheid. Daar wordt elke dag hard aan gewerkt, met veel betrokkenheid, inzet en oog voor elkaar. In 2018 hebben we dan ook met veel plezier de visie “Samen is meer dan de som der delers” daadwerkelijk in de praktijk kunnen brengen. Samenwerkingsrelaties aangaan, afspraken maken, elkaar durven en kunnen aanspreken, werkt alleen goed als je elkaar kent. Het GCL heeft geïnvesteerd in relaties met onze partners. Daar plukken we nú en in de toekomst, de vruchten van.

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 veranderingen waar mogelijk. De ontwikkelingen gaan snel en soms niet snel genoeg. In 2018 hadden we te maken met de invoering van de Algemene Verordening Gegevensbescherming, ook wel de AVG genoemd. Hier is veel tijd in gaan zitten. Ook hebben we voorbereidingen getroffen om na te denken over een toekomstbestendig declaratiesysteem, waarmee we vanaf 2019 zijn gestart.

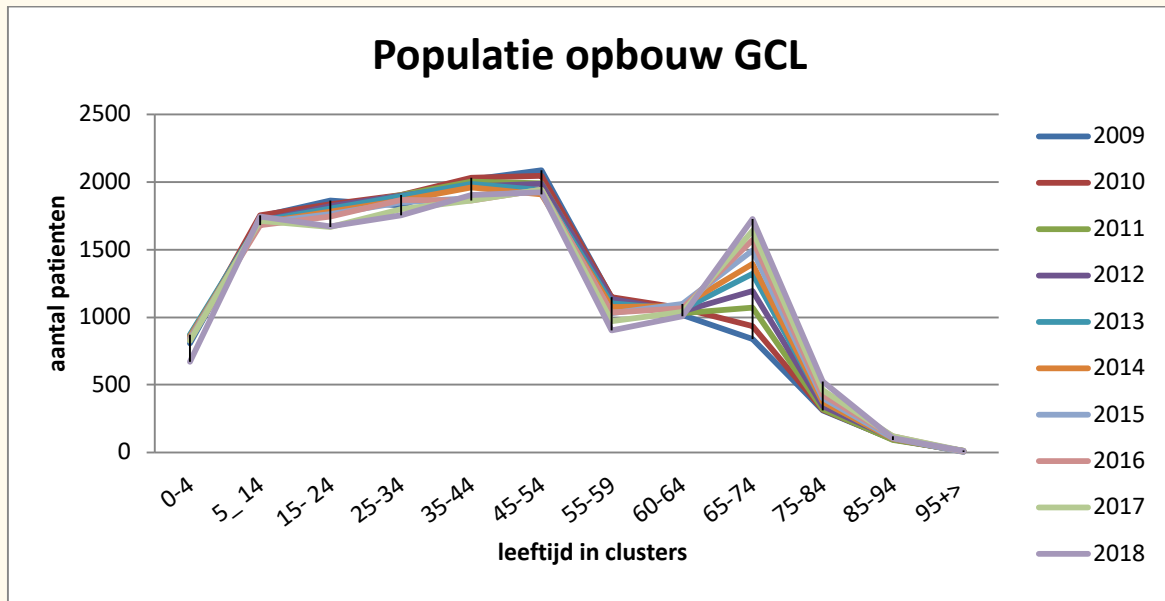
Op gebied van huisvesting hebben we nog de nodige perikelen met onze woningbouwvereniging gehad, hopelijk komt hier in 2019 eindelijk een eind aan de jarenlange discussie rondom m2 huurprijzen en servicekosten en niet goed afgestelde klimaatinstallaties. Dit dankzij de bemiddeling van een extern adviesbureau. Hiernaast heeft de apotheek nog een halve verbouwing moeten doorstaan, wegens lekkage terwijl de dagelijkse praktijkvoering gewoon doorliep. Een waar kunstje van flexibiliteit, creativiteit en doorzettingsvermogen!

De samenstelling van het bestuur is in 2018 niet veranderd. Naast het Dagelijks Bestuur is de Raad van Deelnemers, vertegenwoordigt door Logopedisch Centrum Noord, TSN Thuiszorg, Huisartsenpraktijk, Fysiotherapiepraktijk en Apotheek, actief en volgt zij de ontwikkelingen nauwlettend.

Voor 2019 nodigen we iedereen uit, die samen met ons aan 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

Demografische gegevens



Op 1 januari 2018 waren er 13.942 patiënten bij de huisartsenpraktijk van het GCL ingeschreven. Dat betekent een afname van 114 patiënten. De grootste groei is al 9 jaar op rij in de leeftijdscategorie 65-75 jaar. Hier is opnieuw een aanwas zichtbaar van 83 personen. In totaal zijn nu 2366 mensen 65 jaar of ouder. Dit is 16,9 % van de totale populatie in tegenstelling tot 2009 toen dit slechts 6,1 % was! Het is niet altijd duidelijk waardoor afname van patiënten verklaard zou kunnen worden. Enerzijds zou aangenomen kunnen worden dat er minder kinderen geboren worden. Ook kan verondersteld worden dat met name gezinnen met jonge kinderen, elders woonruimte zoeken en daarmee de praktijk verlaten. Ook het feit dat er in korte tijd meerdere nieuwe huisartsen aan het centrum verbonden zijn, geeft vaak ook verschuivingen in het patiëntenbestand. Een 'nieuwe' dokter is ook een reden om weer een huisarts in de eigen buurt te zoeken, wanneer mensen bv elders in de stad wonen, maar toch nog in Lewenborg ingeschreven waren.

2018	Leeftijd cluster	mutaties '09- '10	mutaties '10- '11	mutaties '11- '12	mutaties '12- '13	mutaties '13- '14	mutaties '14- '15	mutaties '15- '16	Mutaties '16- '17	mutaties '17- '18
670	0-4	24	35	-29	32	-15	-10	-12	-8	-155
1743	5_14	6	-59	20	1	-15	0	-19	31	32
1670	15- 24	-29	-28	18	-19	-23	-21	-18	-74	1
1753	25-34	76	-1	-4	-5	-34	-12	20	-68	-48
1905	35-44	14	-28	-37	20	-26	-78	-17	-4	44
1924	45-54	-41	-55	-4	-47	-30	30	3	0	-19
903	55-59	6	-26	11	-28	-31	-45	8	-67	-67
1008	60-64	51	-36	10	17	24	14	-32	-25	-32
1725	65-74	95	137	125	124	75	100	76	71	83
525	75-84	4	4	20	33	0	29	21	37	64
104	85-94	3	-5	14	-7	-1	5	14	2	-17
12	95+>	4	1	-4	-2	-1	-2	4	4	0
13942	Totaal	213	-61	140	119	-77	10	48	-101	-114

Kwaliteitsbeleid

In 2017 is de voorbereiding van de nieuwe AVG van start gegaan. Het GCL is in 2018 druk bezig geweest om te zorgen dat alle processen die hieruit voortvloeien adequaat vast gelegd en geborgd werden. Een enorme klus, waar veel tijd en energie in is gaan zitten en wat nog steeds aandacht vraagt. Niet alleen aan de administratieve kant, maar ook om het bewustzijn bij medewerkers te vergroten, en het 'denken' vanuit beveiliging van persoonsgegevens dagelijkse routine te laten worden. Ook zijn er handelingen nodig om bv veilig mailverkeer te organiseren. Het is een verzwaring van de administratieve lasten.

Elke discipline doet dit voor zichzelf, maar samen kijken we waar de raakvlakken liggen en waar mogelijk en nodig hebben we processen op elkaar aangesloten.



Klantervaringsonderzoek

Stichting GCL voert geen zelfstandige uitvragen meer uit t.b.v klantervaringsonderzoek. Inmiddels hebben alle disciplines een 'eigen' patiënten uitvraag, bv in de vorm van accreditatie trajecten, dat het nogmaals centraal organiseren van enquêtes geen toegevoegde waarde heeft. Sterker nog, het zorgt voor enquête-moeheid en dalende responsen bij de overige meetmomenten. Vandaar dat besloten is om de centrale uitvraag te beëindigen, ook in overleg met de zorgverzekeraar.

Plan Do Check Act

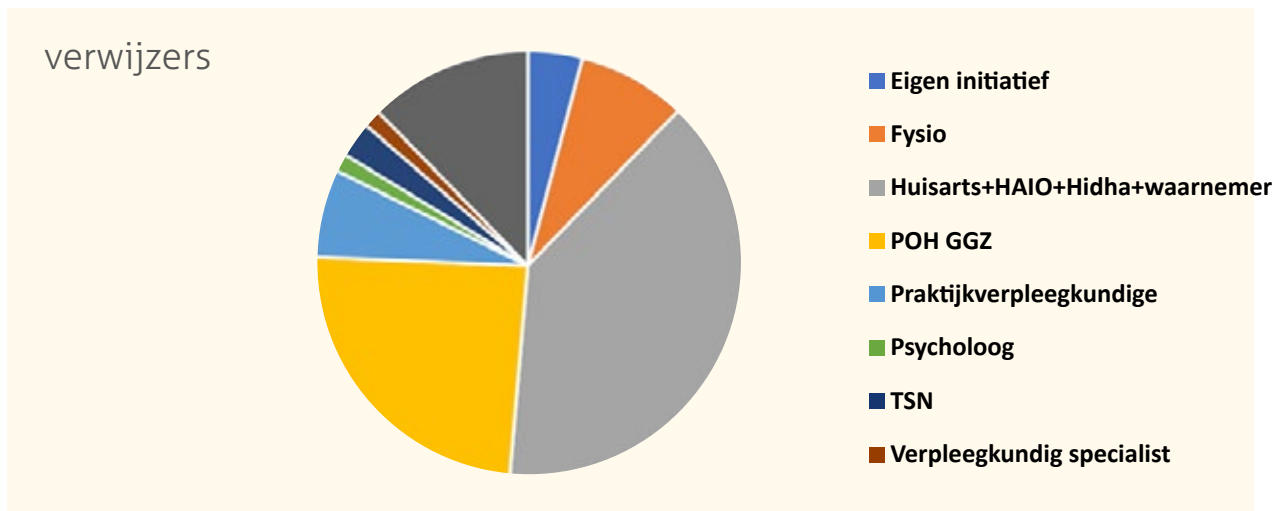
Wél wordt er intern dagelijks gewerkt met kwaliteitscyclussen, de PDCA - gedachte (Plan-do-check-act) als basis. Nagenoeg alle overleggen staan in het teken van kwaliteitsbeleid. Hoe hadden we het bedacht? Hoe hebben we het gedaan? En wat kan beter? Zijn dan steeds terugkerende vragen.

Dit geldt voor de dagelijkse overlegmomenten tussen huisarts en assistente, tussen apotheker en apothekersassistentes, tussen monodisciplinaire overleggen en uiteraard bij de multidisciplinaire overleggen van de verschillende ketenzorgprogramma's en zorgvernieuwingstrajecten.

Maar ook bij de samenwerkingsvormen met de Gemeente, of het sociaal domein wordt gedacht vanuit deze structuur. Altijd met als doel om te streven naar een maximaal kwaliteitsbeleid.

Welzijn op recept

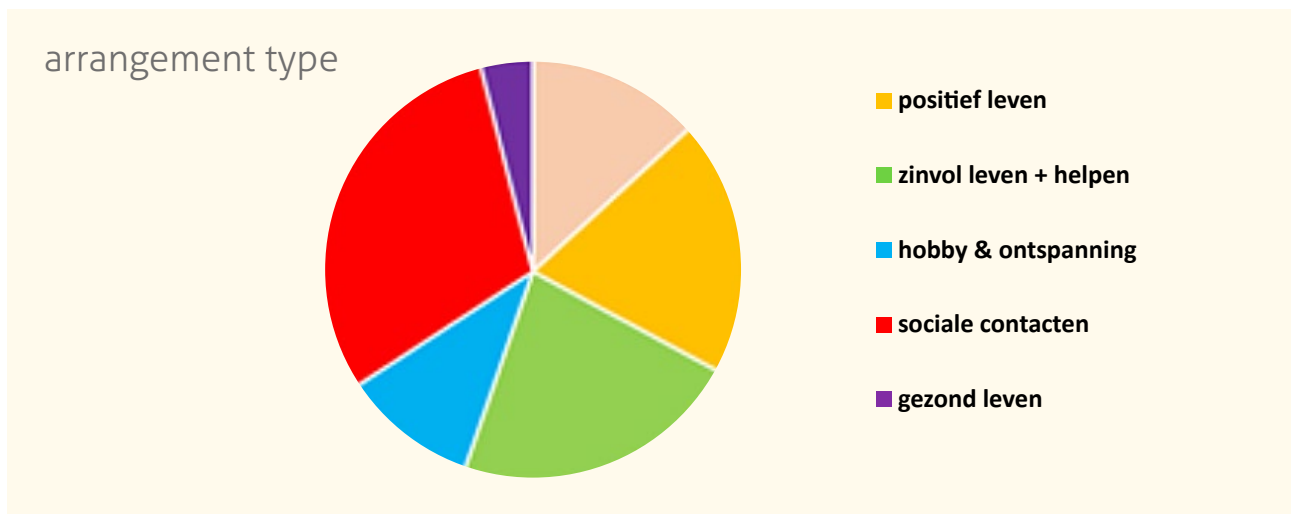
In april 2015 is het GCL gestart met het project, Welzijn op Recept, WOR. Een mooi voorbeeld van samenwerking tussen zorgverzekeraar Menzis, Gemeente Groningen en het Gezondheidscentrum Lewenborg. Het project werd aanvankelijk gefinancierd voor 2 jaar. Vervolgens werd de financiering overgeheveld naar de Gemeente, en telkens met een jaar verlengd. Het meetjaar loopt van 1 april tot 1 april. Gemiddeld zijn er zo'n 75 verwijzingen per jaar. Daarvan was 57% vrouw, en 43% man. Dit past ook in de man-vrouw verhouding van de populatie van het GCL.



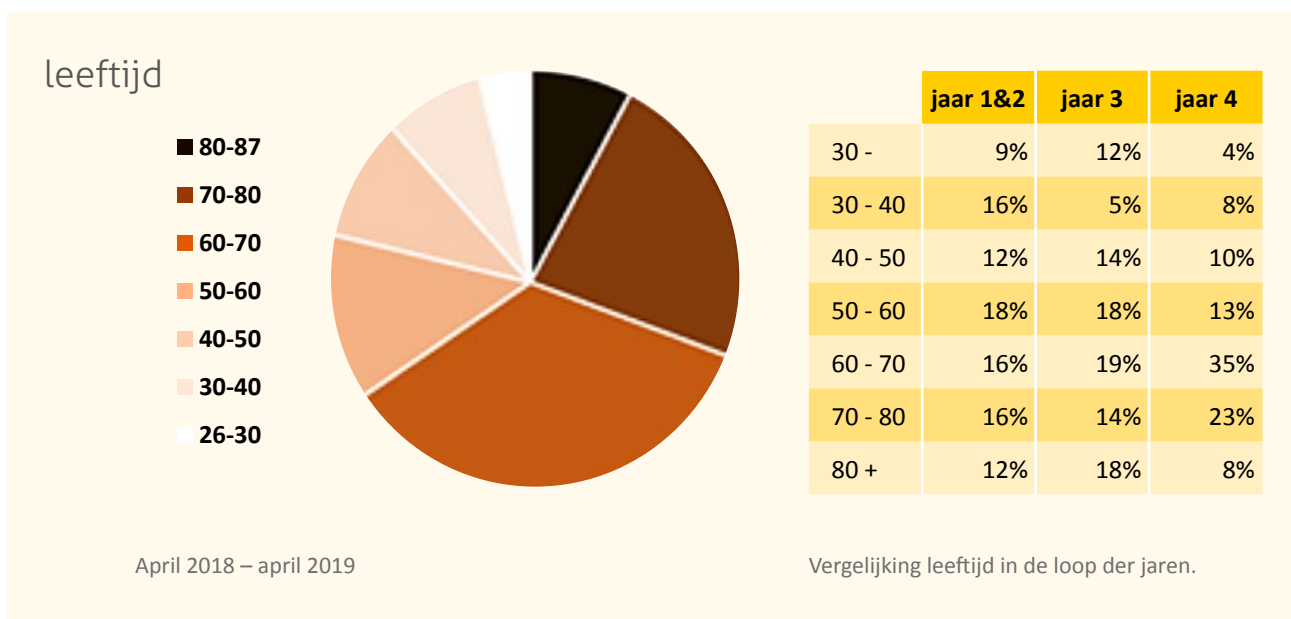
In bovenstaande grafiek zien we dat de POHGGZ en de HA (inclusief HAIO's, waarnemers) de twee grootste groepen verwijzers zijn. Ten opzichte van voorgaande jaren zien we lichte verschuivingen. Tijdens deze gesprekken wordt gekeken waar de hulpvraag ligt. Dit wordt afgezet tegen de 6 pijlers van geluk die te maken hebben met een zinvol leven (Walburg, 2008). Op basis van dit gesprek, werd een activiteit samengesteld die men kan ondernemen om zich beter te voelen

	jaar 1&2	jaar 3	jaar 4
Huisarts+HAIO+Hidha+waarnemer	36%	33%	39%
POH GGZ	38%	32%	24%
WIJ team	5%	3%	12%
Fysio	6%	10%	8%
Eigen intiatief	2%	4%	4%
TSN	3%	9%	3%
Praktijkverpleegkundige	9%	4%	7%
Psycholoog	2%	1%	1%
Verpleegkundig specialist	1%	1%	1%
Overig	0%	2%	0%

De cirkel hieronder geeft de verschillende arrangementen weer. Dat wil zeggen dat de aard van de activiteit terug te voeren is op één van deze zes leefgebieden. De meest behoefte aan ondersteuning valt onder de pijler van 'sociale contacten'.



Op grond van de leeftijd- spreiding is een duidelijke verschuiving waarneembaar ten opzichte van de voorgaande jaren.



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 bijna 90% van de mensen een gelijkblijvend of stijgende score hebben bereikt. Uiteraard is het niet een waterdichte methode om oorzaak en gevolg goed te kunnen duiden. Zie het als een indicatie. Onvoorziene omstandigheden in de leefsituatie zijn niet meegenomen. Het is in ieder geval goed om vast te stellen dat veel mensen zich in beter voelen, of niet verslechterd zijn.

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. Over het algemeen kan gezegd worden dat de samenwerking redelijk is en dat de lijnen kort zijn. Er worden actief stappen gezet, van beide kanten, om het sociaal domein en de eerste lijn zo goed mogelijk op elkaar te laten aansluiten. We zijn er nog niet, maar we zien ieder jaar vooruitgang.

In 2018 heeft vooral het accent gelegen om te werken aan het onderling beter geïnformeerd raken van elkaars betrokkenheid en inzet ondanks de AVG. De route om toestemming te krijgen en geven werd een stuk ingewikkelder door wet- en regelgeving. Gezocht moest worden naar een systematiek waardoor in ieder geval de hoofdbehandelaars uit de 1e lijn, weten dát er betrokkenheid is maar vooral ook wíe er betrokken is bij een patiënt/ gezin vanuit het sociaal wijkteam, zonder onnodig veel extra administratie. Door alleen al te weten dát er betrokkenheid is en met wíe er contact opgenomen kan worden indien nodig, geeft al veel mogelijkheden om zorg en ondersteuning op elkaar af te stemmen.

Zelfmanagement

In 2018 zijn we voorzichtig weer gestart met een nieuwe module van zelfmanagement . De eerste ervaringen hierin waren nog wat wisselend. We lopen toch nog tegen 'kinderziekten' aan, waardoor ook al patiënten afgehaakt zijn, maar we blijven toch nog de hoop hebben, dat dit 'aanloop problemen' zijn. We merken dat het veel energie kost. Zowel bij de medewerkers, als bij de patiënten. Energie die er niet altijd is, wanneer werkdruk en volle spreekuren je op de nek zitten. Ideale omstandigheden voor een goede implementatie hebben we dan ook onvoldoende kunnen bieden. Ook de 'bugs' die dan nog in een systeem zitten, zorgen voor dalende motivatie.

Ondanks dat we ons ervan bewust zijn, dat zelfmanagement een mooie aanvullende manier is (kan zijn) om ondersteuning te bieden bij gemotiveerde mensen, blijkt de uitvoering ervan toch weerbarstiger dan verwacht.

Onze ambitie is om hier in 2019 opnieuw aandacht te besteden om te kijken welke bestanddelen wél implementeerbaar zijn en ook duidelijk als toegevoegde waarde ervaren worden. Het zelfmanagement-systeem moet niet een doel op zich worden!

Inmiddels is er een bijeenkomst gepland om afstemming om de ICT ers en het werkveld met elkaar in contact te brengen.



Ouderenzorg

In 2018 hebben we weer veel aandacht gehad voor onze oudere patiënten. In 2018 is 16,9% 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 hier al een aantal jaren op, 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.

Woonzorgcentrum Mercator

De verpleegkundig specialist van de huisartsenpraktijk doet voor alle huisartsen, structureel, twee keer per week (maandag en donderdag) de aangevraagde visites in woonzorgcentrum Mercator. Bij complexe problematiek wordt de zorg met de huisarts afgestemd. Bij afwezigheid van de VS neemt de huisarts de zorg over. Er is structureel aandacht voor Advance Care Planning en wilsverklaringen: met iedere patiënt vindt een gesprek plaats over wensen en verwachtingen betreffende de laatste levensfase, inclusief het al dan niet gewenste niet-reanimeren (NRNB) beleid. Indien de coördinerend verpleegkundige van Mercator dit gesprek op zich neemt, volgt een terugkoppeling naar de huisartsenpraktijk.

Multidisciplinaire zorg in samenwerking met ZINN

Sinds 2017 vinden de multidisciplinaire overleggen (MDO) mét en over Mercatorbewoners plaats in samenwerking met Zorggroep ZINN. Voorafgaand aan een MDO werd (schriftelijke) informatie per post of per beveiligde mail uitgewisseld tussen alle disciplines die betrokken zijn en de huisartsenpraktijk. In 2018 zijn we begonnen met de module ouderen zorg van het Keten Informatiesysteem (KIS) van Vital Health. Hierbij zijn dan alle betrokkenen gekoppeld aan het zorgteam van de patiënt. Informatie-uitwisseling is op de manier zeer eenvoudig, spaart veel tijd en iedereen beschikt op hetzelfde moment over dezelfde informatie. De huisarts is hoofdbehandelaar en de specialist ouderen zorg van ZINN heeft een consulterende, adviserende rol. Tijdens het MDO (waarbij de oudere zelf en/of familie aanwezig is) wordt de stand van zaken besproken en wordt vooral specifieke problematiek van de patiënt onder de loep genomen. Er worden afspraken over de behandeling en het vervolg gemaakt. Ook wordt de medicatie doorgenomen en zo nodig bijgesteld. Bespreekpunten en plan van aanpak worden vastgelegd in het zorgbehandelplan van Mercator en in samengevatte vorm in het KIS/HIS.

Eerstelijnsverblijf (ELV)

Het kortdurend eerstelijnsverblijf (ELV) is er voor de zorg en opvang voor patiënten die vanwege medische redenen tijdelijk niet thuis kunnen wonen. Het ELV kent 3 vormen van zorg: het hoog en laag complexe bed en de bedden voor palliatief-terminale patiënten. Op de site van de LHV kan een afwegingsinstrument worden ingevuld. Bekostiging is vanuit de Zorgverzekeringswet.

Mercator levert sinds 2017 een aantal ELV- bedden, waarbij kortdurend laagcomplex zorg geleverd wordt (zes weken, met maximaal zes weken verlenging). Gemiddeld zijn er in Mercator twee ELV-bedden (laag complex), afhankelijk van de instroom van bewoners met een WLZ-indicatie (Wet Langdurige Zorg). De huisarts blijft hoofdbehandelaar bij ELV-patiënten. De zorg is gericht op terugkeer naar huis. Als het een patiënt uit een andere praktijk betreft, wordt de zorg - in overleg en na overdracht van het medische dossier - door onze huisartsenpraktijk tijdelijk overgenomen.

KDO (kortdurende opname met een eigen bijdrage) bestaat nog wel, maar is steeds minder toegepast.

KIS Ouderenzorg

Voor de ondersteuning van de multidisciplinaire samenwerking ten behoeve van de ouderenzorg zijn we inmiddels gestart met de module ouderenzorg die Vital Health hierin biedt. In 2017 hebben we voorlichting gehad en in 2018 zijn we gestart met de communicatie via deze module op de locatie Mercator (dus nog niet voor de wijk). Specialist ouderenzorg en verpleegkundigen van Mercator zijn als leden van zorgteam gekoppeld aan het dossier van de patiënt. Daarnaast is een geriater beschikbaar voor consultatie. Door eerst te starten op deze locatie zijn we in staat om ervaring op te doen, te ontdekken waar de meerwaarde ligt en vast te stellen welke 'hobbels' nog beslecht dienen te worden. De eerste ervaringen zijn zeer positief: een verminderd aantal telefoontjes bij de assistenten, het is geschikt voor het doorgeven van uitslagen, het draagt bij aan een kortere voorbereidingstijd voor de MDO's, het biedt mogelijkheid tot consultatie, het leidt tot minder (over)schrijfwerk. Actiepunten waaraan nog gewerkt moet worden zijn het 'laten doorvallen van informatie vanuit het KIS naar Nedap (ICT systeem van de thuiszorg en woonzorgcentrum Mercator) en het zou functioneel zijn wanneer in de toekomst ook journaalteksten vanuit alle ICPC codes doorvallen naar het KIS en niet slechts die ICPC code's die horen bij kwetsbaar- of complexe ouderen.

We benutten nog lang niet alle mogelijkheden van het systeem, maar bouwen rustig op. Daarom verwachten we in 2019 ook de wijk te kunnen koppelen voor met name de palliatieve, of kwetsbaar en complexe mensen. Dus daar waar multidisciplinaire zorg in de thuissituatie nodig is.

Consultatie specialist ouderengeneeskunde

Het GCL kan sinds 2017 gebruik maken de specialist ouderenzorg van ZINN (via een Zorgdomeinverwijzing) voor een beoordeling van ouderen met complexe of cognitieve problematiek. Het accent ligt op Mercator, maar ook daarbuiten is consultatie mogelijk. Het KIS biedt sinds 2018 ook de mogelijkheid voor digitale consultatie, zowel van de specialist ouderengeneeskunde (ZINN) als bij de geriater (Martini Ziekenhuis).

Cognitieve problematiek en WOR

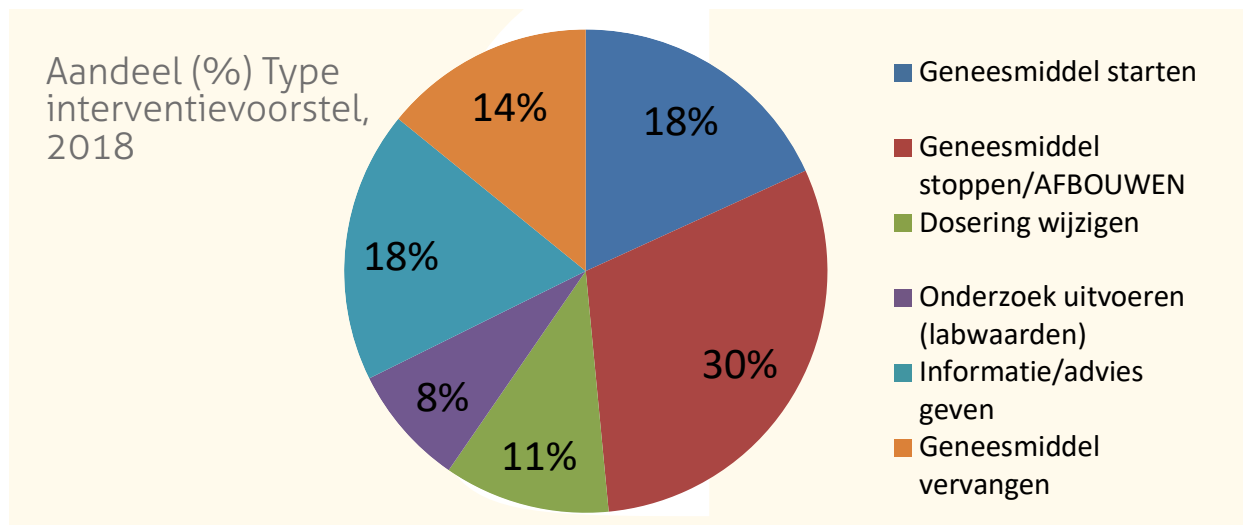
De VS screent - op verzoek van de huisartsen of de praktijkverpleegkundigen - ouderen met cognitieve problemen middels een gesprek en een aantal testen (onder meer de MMSE) en doet naar aanleiding hiervan aanbevelingen voor verder onderzoek of voor een vervolg binnen het eigen centrum.

Indien nodig wordt er gebruik gemaakt van Welzijn op Recept en krijgt de oudere hulp bij zijn psychosociale klachten met als doel de veerkracht te vergroten en een betere mentale gezondheid te krijgen. Hiervoor draagt de welzijnscoach passende activiteiten aan, meestal binnen de eigen wijk.

Gestructureerde medicatiebeoordelingen

Sinds 2013 vinden gestructureerde medicatiebeoordelingen plaats in samenwerking met apotheek Lewenborg. De apotheker voert de medicatiereviews uit en de bespreking is met de huisarts en/of de VS. De apotheek brengt jaarlijks de resultaten in kaart. Er wordt gewerkt volgens de methodiek van de Multidisciplinaire richtlijn Polyfarmacie bij Ouderen. Geanalyseerde patiënten en afspraken worden gecodeerd in het HIS onder A49.02 (polyfarmacie-medicatiebeoordeling).

In 2018 zijn er 218 interventievoorstellen door de apotheek gedaan. (Ter vergelijking: in 2017 waren dat er 223). Dit is nagenoeg gelijk gebleven. Het aandeel en de reden van de voorstellen kun u in het wiel hieronder terugvinden.



Vervolgens is er ook gekeken welke van de adviezen ook daadwerkelijk doorgevoerd zijn. Om andere (zwaarwegende) redenen, kan de huisarts namelijk toch beslissen het voorstel niet door te voeren.

Type interventievoorstel	Voorgesteld (% doorgevoerd)
Geneesmiddel starten	70%
Geneesmiddel stoppen/AFBOUWEN	55%
Dosering wijzigen	56%
Onderzoek uitvoeren (labwaarden)	65%
Informatie/advies geven	90%
geneesmiddel vervangen	52%
Totaal	65%

Uit bovenstaande tabel blijkt dat 65% van de alle totale voorstellen (218) wél doorgevoerd zijn. In 2017 was dit vergelijkbaar namelijk 62%. Daaruit blijkt wederom dat het doen van polyfarmacie reviews bij ouderen die langdurig medicatie gebruiken, zeer zinvol is.

Multidisciplinaire werkgroep ouderenzorg

Het GCL verleent samenhangende, integrale eerstelijns ouderenzorg. Er is een nauwe samenwerking op gebied van ouderen tussen de disciplines in het gezondheidscentrum, met name fysiotherapie, wijkverpleging, diëtiste en logopedie. Twee keer per jaar is er een werkgroep bijeenkomst, waar samenwerking tussen de disciplines en ontwikkelingen op het gebied van ouderenzorg worden besproken.

Continuïteit rondom ziekenhuisopnames vergroten (Transmurale Zorgbrug)

Eén wijkverpleegkundige is ook werkgroeplid van de transmurale zorgbrug en al vanaf het begin bij de pilot betrokken. Zodoende is ons centrum al vanaf het begin in aanraking geweest met deze ontwikkeling. Een proces van vallen en opstaan, bijsturen en efficiënt houden, steeds met als doel om overdracht van zorg tussen ziekenhuis en thuis zo optimaal mogelijk in te richten, zonder verlies van informatie dus met behoud van kwaliteit van zorg, voor kwetsbare ouderen. Gaandeweg heeft de pilot zich wegens succes uitgebreid. Nu doen nagenoeg alle ziekenhuizen en thuiszorginstellingen uit de nabije omgeving mee.

GGZ in het GCL

Consultatief psychiater

In 2018 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, Mw. Drs. A. Lammeren, van het Universitair Centrum voor Psychiatrie. De samenwerking wordt wederzijds als heel prettig ervaren. De spreekuren zitten steeds vol. Ze is in 2018 tien dagdelen geweest. Tijdens haar bezoeken zijn er 36 gezamenlijke face – to – face contacten gedaan, dat wil zeggen dat de patiënt een consult ontving van de POHGGZ en de consultatief psychiater tegelijkertijd.

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

- wel/ geen 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^e 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, maar blijft wel een aandachtspunt.

Verwijzingen naar POHGGZ.

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

Omschrijving verrichting	2015	2016	2017	2018
Consult	11	16	88	110
Telefonisch consult	153	178	387	521
Dubbel consult	2134	1891	2304	2940
Visite	16	1	2	2
Niet Verschenen Zonder Bericht	–	–	112	14
Dubbele visite	16	16	21	94
E-mail consult	12	43	6	8
Totaal aantal verrichtingen	2342	2145	2920	3689

Er is een sterke stijging te zien in het aantal consulten, dubbele consulten en telefonische consulten. Dit heeft vooral te maken met de onderbezetting die we in de voorgaande jaren steeds hadden, door ziekte, vervanging en opleiding van personeel. 2018 is nagenoeg het 1^e jaar dat we grotendeels op volle sterkte waren. (met een paar maanden onderbreking). De POHGGZ ervaren (over)volle spreekuren en moeten waken voor te lange wachttijden! Daarnaast ervaren de POHGGZ met name

aan het eind van 2018/begin 2019 een toenemende frustratie in het doorverwijzen van mensen naar aanvullende ondersteuning, met soms wachtlijsten van 24 tot 30 weken! Daardoor staat vloeiende ketenzorg binnen het domein GGZ onder druk. “de juiste zorg op de juiste plek” kan dan niet worden waargemaakt.

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, 2016 en 2017, 2018 weer:

Omschrijving	Code	totaal 2013	totaal 2014	Totaal 2015	Totaal 2016	Totaal 2017	Totaal 2018	per 1000 pt 2013	per 1000 pt 2014	per 1000 Pt 2015	per 1000 Pt 2016	per 1000 pt 2017	per 1000 pt 2018
psychiatrie	PSY	246	216	322	243	387	385	17,3	15,3	22,8	17,2	27,5	27,6
psychologische zorg	PSL	281	266	244	157	138	120	19,8	18,9	17,3	11,1	9,8	8,6
totaal		527	482	566	400	525	505						

Pharmapartners, praktijkjaarplan 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018

Er is duidelijk verzwaring van de problematiek in de 1^e lijn waarneembaar. Ondanks die verzwaring is er niet méér verwezen naar de 2^e lijns psychiatrie en zelfs de ondersteuning van psychologische zorg is licht afgenomen. Ook hierbij is het moeilijk hard te maken wat nu precies de oorzaak is. Aannemelijk is dat het EPA project in het 1^e kalenderjaar al zijn vruchten afwerpt.

E- Health

Onze ervaringen zijn niet erg positief. Ondanks inzet via blended care lukt het moeilijk om mensen hiervoor gemotiveerd te krijgen. Het is onduidelijk waar dit precies aan ligt. De meeste mensen hebben voorkeur voor face to face behandeling en spreken dit ook duidelijk uit.

Wel zijn we steeds meer aan het kijken hoe we huiswerkopdrachten via digitale vragenlijsten de face-to-face behandelingen kunnen laten ondersteunen. Daar blijkt wel meer behoefte aan te zijn. We zullen nogmaals kijken in hoeverre we hierbij ook gebruik kunnen maken van de reeds beschikbare middelen van het KIS (een bibliotheek aan vragenlijsten).

EPA (ernstig psychiatrische patiënten)

In oktober 2017 zijn we gestart met een nieuw zorgvernieuwingsprogramma. Namelijk de zorg voor mensen met Ernstig Psychiatrische Aandoeningen, afgekort met EPA.

De verpleegkundig specialist begeleidt alle patiënten, die vallen binnen de inclusiecriteria van EPA, en die ontslagen worden uit de 2^e lijn (SGGZ). Daarnaast probeert hij te voorkomen dat mensen opgenomen moeten worden, door samen naar handvatten te zoeken om zich in de eigen omgeving staande te houden. Enerzijds door intensievere gesprekken te voeren, anderzijds door samen met de patiënt te kijken hoe deze gebruik kan maken van de mogelijkheden die hij/ zij tot zijn beschikking heeft. Verder overlegt hij met behandelaars in de tweede lijn, zoekt afstemming naar de juiste zorg op de juiste plek, altijd in overleg met de patiënt. Een ander belangrijk preventief aandachtsgebied is de screening op het gebied van CVRM i.v.m. vaak langdurig medicatiegebruik. Het risico op het krijgen van hart- of vaatziekten ligt bij deze populatie aanzienlijk hoger.

Sinds oktober 2017 zijn in cohorten patiënten benaderd (op geboortedatum) die op basis van dossieronderzoek in aanmerking komen voor dit programma. Zo zijn ook mensen ‘gevonden’ die vooralsnog ‘buiten beeld’ zijn. Iedereen ontvangt een uitnodiging, zo nodig een reminder. We verwachten uiteindelijk zo’n 100- 125 mensen te kunnen includeren.

Resultaten tot 1 januari 2019:

Er zijn inmiddels 68 patiënten geïnccludeerd, waarvan bij 61 patiënten de huisarts hoofdbehandelaar is en bij 7 pt de VS in medebehandeling is bij de specialist, om transitie te kunnen bereiken.

Van de 61 pt waarbij de huisarts hoofdbehandelaar is, gaat het om 15 (24,6%) bestaande patiënten, twee nieuw gediagnosticeerde patiënt en de overige 34 (55,6%) patiënten zijn overgenomen uit de tweede lijn, de GBGGZ of de SGGZ!

Inmiddels zijn we ook al wel tegen kinderziekten aangelopen, namelijk dat de opvang voor de avondnacht en weekenden complex is, wanneer mensen overdag de ondersteuning in de eerste lijn ontvangen. Hier wordt inmiddels verder aandacht aan besteed, in overleg met de zorgverzekeraar. Ook hebben we gemerkt dat het oproepen van onze vooraf gescreende lijst stagneerde, door gebrek aan tijd. De reeds geïnccludeerde patiënten vroegen (veel) meer tijd dan aanvankelijk begroot. Na de beginperiode (kennismaking/ vertrouwen kweken, is het nu raadzaam de frequentie in contactmomenten weer terug te dringen. Het is nog zoeken naar een juiste balans In overleg met de zorgverzekeraar hebben we uitbreiding van uren ontvangen met ingang van 1 jan 2019.

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

In 2018 hebben zich 107 nieuwe cliënten aangemeld. Van de 107 nieuwe cliënten zijn er 102 in 2018 afgerond. Bij de anderen wordt de behandeling in 2019 voortgezet. Van 49 cliënten uit 2017 liep de behandeling door in 2018 en is in dit jaar afgerond (zie onderstaande tabel).

Jaartal	nieuwe aanmeldingen	afgerond	nog in behandeling
2017	99	84	49
2018	107	102	54

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

De problematiek richt zich met name op:

- angst, depressieve klachten en dwang;
- rouw (overlijden ouder, broer/zus, klasgenoot);
- afkomstig uit ander land vanwege problemen daar en nu daar mee te kampen hebben;
- eetproblemen en zelfbeschadiging;
- zelfbeeld-/identiteitsproblematiek/genderproblematiek;
- stress, slaapproblemen en psychosomatisch klachten;
- autistisch gedrag en omgaan meteen vorm van autisme;
- oppositioneel gedrag en boosheid/agressie, oppositioneel gedrag en gedragsproblemen.

Problemen van ouders zelf hebben evenals voorgaande jaren invloed op de problematiek van kinderen/jongeren, waarbij (vecht)scheidingssituaties zeer frequent voorkomen.

Het afgelopen jaar zijn een paar kinderen vastgelopen op school om diverse redenen (hoogbegaafdheid).

Dit jaar is ook een paar keer hulp ingezet als overbrugging naar intensievere zorg (wachlijsten) of om problematiek in kaart te brengen.

De zorg is dit jaar anders opgedeeld bij het Regionale Inkooporganisatie Groninger Gemeenten (RIGG). Naast de Individuele behandeling basis, kan nu ook Individuele behandeling licht evenals Individuele behandeling laag frequent (vinger aan de pols contact) aangeboden worden. Bijna alle behandelingen vielen onder Individuele behandeling basis.

De meeste cliënten zijn in 2018 door huisartsen doorverwezen. Daarnaast zijn 5 cliënten door een consultatiebureau arts/jeugdarts, 1 cliënt door WIJ-team en 1 cliënt door Jeugdbescherming Noord aangeboden. Uit de tweede lijn zijn geen doorverwijzingen ontvangen.

Eerstelijns psychologen GB-GGZ

Binnen het GCL zijn twee Eerstelijnspsychologen werkzaam. Eén psycholoog werkt hier al langere tijd voor drie a vier dagen/ week, de andere sinds twee jaar voor één dag in de week

Bijdrage P. Breukers, GZ psycholoog

Een psycholoog werkt hier gemiddeld zo'n drie a vier dagen per week voor/ met het GCL. Onderstaande tabellen geven achtereenvolgens weer voor welke psychische problemen er ondersteuning gevraagd is, hoe de man/ vrouw verdeling geweest is en onder welke behandelproducten de zorg geleverd is.

diagnose	2016	2017	2018		2016	2017	2018
P01	0	1	0	geslacht			
P03	1	1	0	Man	15	16	15
P74	18	9	18	Vrouw	27	18	19
P75	1	0					
P76	13	12	9				
*trauma/PTSS	6	6	4				
overig	3	5	3				
totaal	42	34	34				

* PTSS valt onder de angststoornissen, maar is hier als aparte categorie opgenomen

Producten BasisGGZ	2016	2017	2018
Kort	15	11	13
Middel	11	10	10
Intensief	11	7	6
Chronisch	2	2	2
OB (max 2 zittingen)	3	6	3
gem aantal sessies		7	6,8

Kwaliteitsindicator	2017	2018	Benchmark
Gecorrigeerde effect-grootte	0,88	0,87	0,8 Randomised Clinical Trials
Significante klinische verbetering	71,9%	79,4%	66% (IAPT)

De effectgrootte is ten opzichte van 2017 vrijwel gelijk gebleven en is groot te noemen. De effectgrootte is boven de benchmark. Het percentage cliënten dat een significante verbetering heeft bereikt is gestegen ten opzichte van 2017 en is ruim boven benchmark.

Inmiddels ben ik ruim twee jaar één dag in de week werkzaam in het Gezondheidscentrum Lewenborg. Het is een professionele werkomgeving waar de cliënt centraal staat en waar de persoonlijke betrokkenheid een grote rol speelt, ondanks dat het een groot gezondheidscentrum in de stad is. De praktijkondersteuners GGZ en de huisartsen weten inmiddels de weg naar mij goed te vinden.

In de periode van mei 2017 tot en met mei 2018 heb ik 36 verwijzingen gekregen en in behandeling kunnen nemen. Er waren wel meer verwijzingen maar omdat de wachttijden bij mij soms lang zijn, zijn cliënten bij collega's in behandeling gekomen waar eerder plek was. In de periode van juni 2018 tot en met mei 2019 zijn er 42 verwijzingen geweest die ik in behandeling heb kunnen nemen. De twee meest voorkomende diagnoses zijn angststoornissen en depressieve stoornissen.

De gemiddelde score van alle cliënten op de SQ-48 (een klachtenlijst die de meest voorkomende klachten scoort) is aan het begin 64 (klinisch) en aan het einde 46 (normaal). Op de CQ index (een cliënt tevredenheidsvragenlijst) geven mensen een 10 voor bejegening, een 9 voor uitvoering van de behandeling en 17 uit 20 voor het samen beslissen. Dit laatste is in overeenstemming met de meer directieve benadering die ik ook hanteer in de behandelingen. Hetgeen mensen geen probleem lijken te vinden gezien de scores voor bejegening en uitvoering van de behandeling.

Van de trajecten Kort(4x), Middellang (7-8x) en Intensief (11-12x) wordt het Intensieve behandeltraject het vaakst ingezet, gevolgd door Middellang. In verhouding zijn er weinig korte behandeltrajecten. Dit is zeer waarschijnlijk te verklaren door de aanwezigheid van de 3 POHGGZ verpleegkundigen in het gezondheidscentrum. De mensen die een intensieve behandeling nodig hebben sturen zij door naar mij. De meeste mensen zijn bij de Menzis verzekerd, gevolgd door de VGZ en dan door Zilveren Kruis. Ik heb contracten met alle verzekeraars die onder deze drie grote verzekeringen vallen

Diabetes

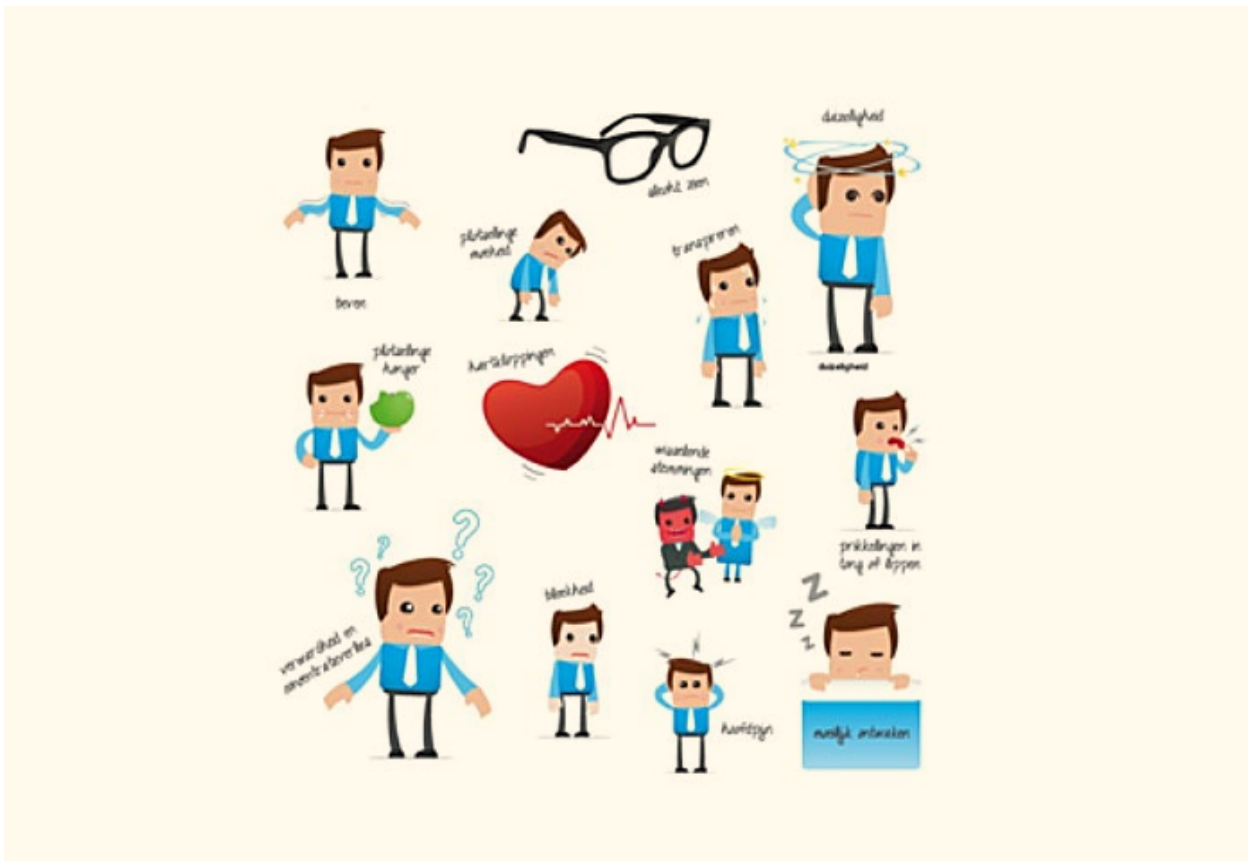
Wat hebben we bereikt?

In 2018 hebben we de zorg voor de patiënt met diabetes gecontinueerd, daarbij gebruik makend van ons multidisciplinaire team. 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) waarbij er inhoudelijk casuïstiek overleggen geweest zijn en voortgang en knelpunten besproken kunnen worden.

De praktijkverpleegkundigen en huisartsen volgen scholing op gebied van diabetes, om zo altijd van de laatste actuele stand van zaken op de hoogte te raken, net als de overige disciplines dat doen binnen hun eigen beroepsverenigingen.

Herziening werkprotocol

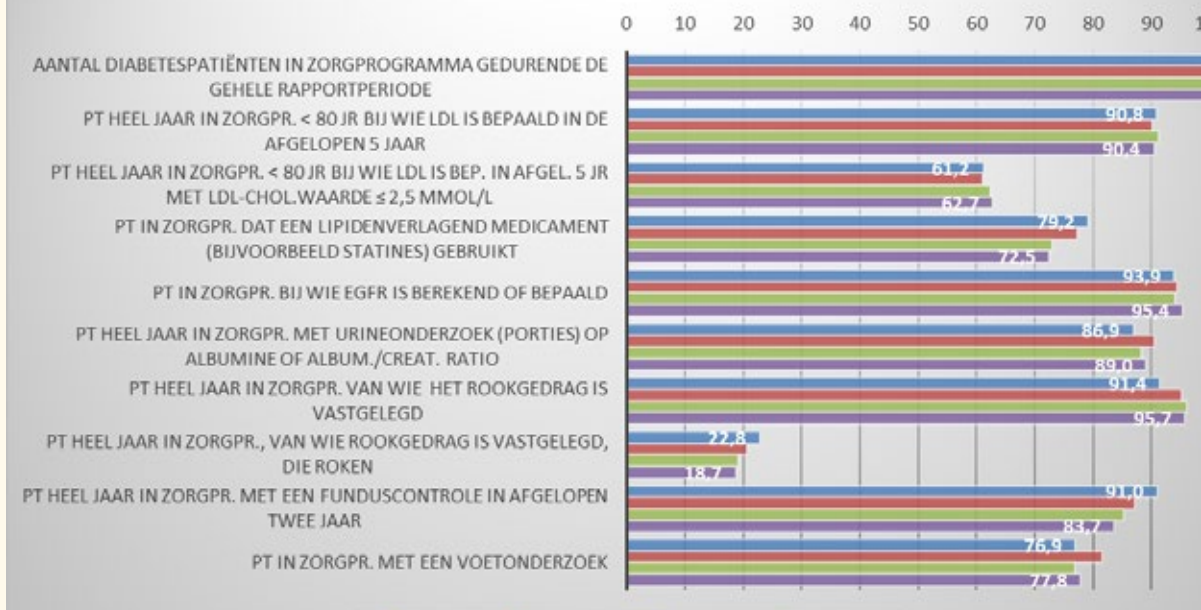
Het werkprotocol wordt (jaarlijks)herzien en waar nodig aangepast. Gemaakte afspraken zijn hierin geëvalueerd, deels aangescherpt, nieuwste NHG-richtlijnen verwerkt. Het protocol dient mede als inwerkprogramma voor nieuwe medewerkers (POH'S, HAIOS, Huisartsen).,



Indicatoren 2018

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 en 2016. Het is een redelijk constant stabiel beeld, met een paar kleine verschuivingen op een aantal indicatoren. In 2018 waren 626 patiënten die gedurende een heel jaar in het zorgprogramma opgenomen waren. Zij zijn goed voor 100%

Diabetes indicatoren GCL 2015-2018



Opnieuw 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. Het verwerken van de uitslag (wijze van invoeren) in het HIS, lijkt invloed te hebben op tellingen in het KIS. In het HIS komen we uit op 88%. De meeste overige variaties zijn toe te schrijven aan fluctuerend behandelbeleid, passend bij de zorg van alledag.

Vergelijken we onze resultaten met het Landelijk Gemiddelde vanuit de Benchmark Transparantie Ketenzorg, dan zien we het volgende beeld:

Diabetes indicatoren GCL	Landelijk gem. 2017	2018	2017	2016	2015
Prevalentie	5,27	5,9	5,41	5,63	5,59
Percentage patiënten in zorgprogramma	83,78	90,42	91,52	85,7	85,54
percentage patiënten < 80 jr met LDL ≤ 2,5 mmol/l	63,91	62,72	62,42	61,04	61,19
percentage patiënten met lipidenverlagend medicament	72,69	72,5	72,98	77,35	79,15
percentage patiënten bij wie eGFR is berekend of bepaald	93,27	95,4	94,1	94,5	93,9
percentage patiënten met urineonderzoek	87,21	89	88,2	90,61	86,95
percentage patiënten van wie het rookgedrag is vastgelegd	94,04	95,7	96,12	95,15	91,36
percentage patiënten dat rookt	14,21	18,7	19,06	20,58	22,82
percentage patiënten met funduscontrole in afgelopen twee jaar	85,17	83,7	85,25	87,06	91,02
percentage patiënten met een voetonderzoek	85,34	77,8	77,02	81,55	76,95

Benchmark Transparantie Ketenzorg, 2018

Het officiële transparantie ketenzorg rapport is bij het schrijven van dit jaarverslag nog niet verschenen. Het is daarom nog onduidelijk hoe het landelijk gemiddelde er over 2018 uitziet! In groen is weergegeven op welke indicatoren we een verbetering laten zien t.o.v. 2017 en in rood, waar we iets achter gebleven zijn t.o.v. 2017. Over de gehele reeks zien we een vergelijkbare lijn.

Populatiekenmerken, Lage SES, speelt mee in de kwetsbaarheid t.a.v het rookgedrag. Toch is het gelukt om enkelen weer te laten stoppen met roken. Voor het eerst in jaren is het ons gelukt om weer een stijgende lijn in te zetten op het voetonderzoek.

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 steeds de aandacht.

Rijlabels	Aantal van patiëntid
Zorgprofiel 1	26
Zorgprofiel 2	49
Zorgprofiel 3	47
Zorgprofiel 4	14
Zorgprofiel niet van toepassing (leeg)	333
Eindtotaal	707

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 238 patiënten nog geen zorgprofiel bekend is (leeg), terwijl onderstaande tabel laat zien dat bij slecht 28 mensen geen Simm's sore bekend is.

Rijlabels	Aantal van patiëntid
0	410
1	85
2	150
3	34
(leeg)	28
Eindtotaal	707



Het feit dat $238 - 28 = 210$ mensen dus wél een Simms score hebben, maar géén zorgprofiel, wordt niet meegenomen in het indicatoren rapport. Dus het werkelijk aantal voetcontroles is hoger (96%!) dan in het indicatorenrapport wordt weergegeven.

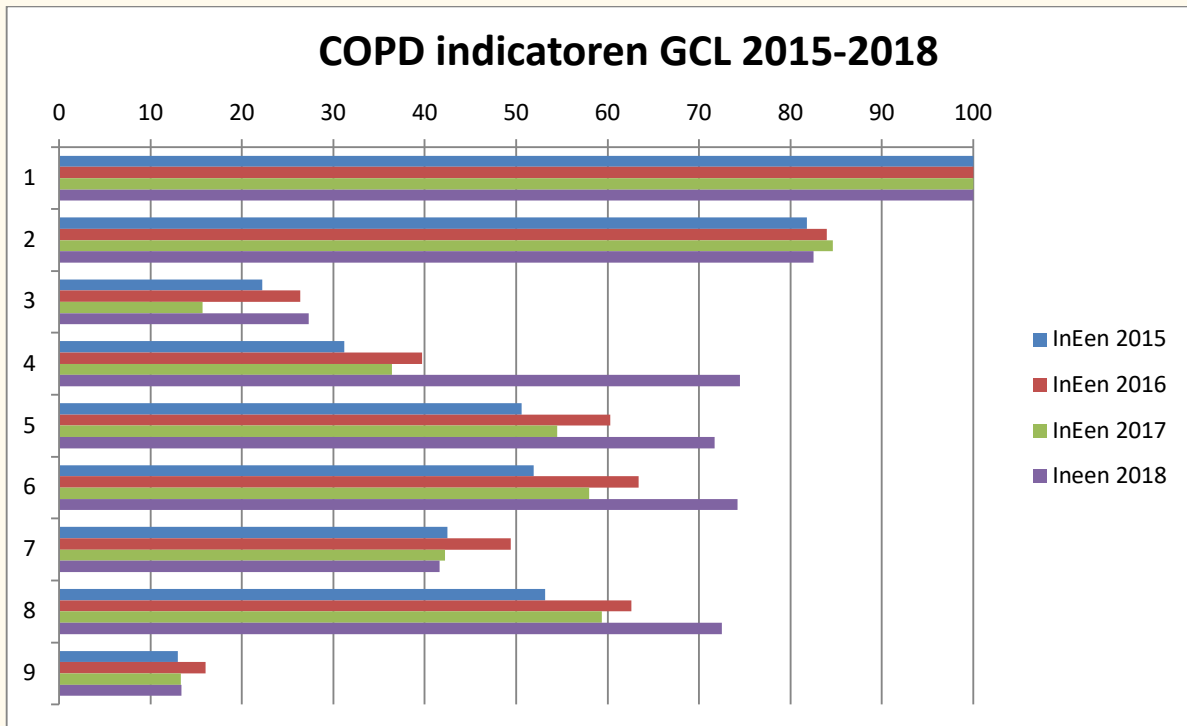
Geen programmatische zorg

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'.

COPD/Astma

Wat hebben we bereikt?

Vergeleken met 2017 hadden we in 2018 een betere personele bezetting, waardoor we de zorg voor de COPD patiënten konden verbeteren. Nagenoeg over de gehele linie van alle indicatoren, is verbetering waarneembaar t.o.v. het landelijk gemiddelde 2017. (Zoals al eerder genoemd is het landelijk rapport voor 2018 nog niet beschikbaar, waardoor het landelijk gemiddelde voor 2018 ook nog niet bekend is.



Indicatorenrapport KIS, volgens uitvraag InEen 2015,2016, 2017, 2018

De implementatie van het ASTMA-programma heeft ons waarschijnlijk geholpen om kritischer te zijn naar de 'mengbeelden'. Opschoningen van het hele bestand heeft er waarschijnlijk toe geleid dat er geen/ minder vervuiling is tussen de programma's van COPD en Astma.

In 2017 waren er 143 patiënten gedurende een heel jaar in het zorgprogramma opgenomen. In 2018 waren dat nog 120 patiënten = 100%. Ook hebben we aandacht besteed aan ons oproepsysteem. Mogelijk heeft dit ook tot een betere opkomst geleid. De inhalatiecontrole blijft altijd al een lastig punt. De afstemming met de apothekersassistenten, die bij uitgifte ook instructies geven, worden niet altijd verwerkt in het KIS. Het wordt dus zeker gedaan maar we krijgen het maar niet goed vastgelegd, helaas.

Landelijke Benchmark Transparantie Ketenorg, Trend COPD	Landelijk gem. 2017	2018	2017	2016	2015
percentage patiënten in zorgprogramma	52,77	32,4	40,69	35,73	58,27
percentage pt met inhalatiemedicatie en inhalatietechniek gecontroleerd	71,26	27,3	15,00	26,36	22,22
percentage patiënten bij wie functioneren (MRC of CCQ) is vastgelegd	77,68	47,5	36,17	39,69	31,17
percentage patiënten bij wie mate van bewegen is gecontroleerd	79,18	71,7	53,9	60,31	50,65
percentage patiënten van wie het rookgedrag is vastgelegd	85,36	74,2	57,45	63,36	51,95
percentage patiënten dat rookt	38,31	41,6	43,21	49,4	42,5
percentage patiënten bij wie BMI berekend is	82,51	72,5	58,87	62,6	53,25
percentage patiënten met 2 of meer stootkuren	8,34	13,3	13,48	16,03	12,99

Inmiddels is met de KIS leverancier afgesproken om alle velden op 'verplicht' te stellen, m.u.v van de vragenlijsten, aangezien we dit willen kunnen combineren met de E-health applicatie van Evita. Verder hebben we aanvullende afspraken gemaakt om de no-shows beter te monitoren, en alle mensen die géén controle gehad hebben alsnog versneld op te roepen.

Door wisselingen in het team longartsen in 2017 met het Martineziekenhuis hebben we de consultatie opnieuw afgestemd. 2017 stond daarbij ook deels in het teken van kennismaking, in 2018 wordt er voor de COPD eigenlijk alleen via het KIS gebruik gemaakt van digitale consultatie.

Bijdrage fysiotherapie:

De in- en exclusiecriteria voor deelname aan het beweegprogramma zijn vastgesteld. Onze afdeling Fysiotherapie heeft 28 patiënten met de diagnose COPD in 2018 begeleidt volgens het zorgaanbodplan. Dit waren 18 vrouwen en 10 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.

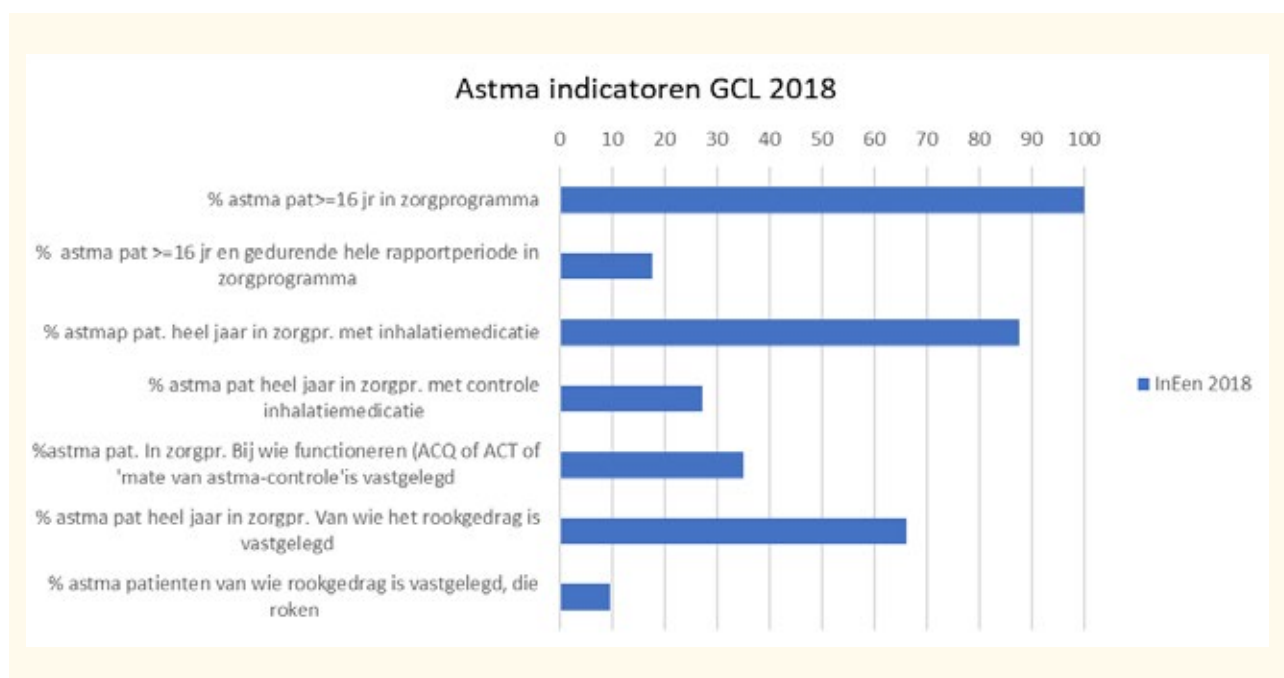
Wat willen we verbeteren/ bereiken?

We willen voor de COPD de stijgende lijn vasthouden, mbt de indicatoren. Mogelijk dat nog sterker inzetten op no-show beleid ons daar ook nog verder bij kan helpen.



Astma

In 2018 zijn we gestart met een nieuw ketenzorgprogramma, ASTMA. In 2017 hadden we daar al de nodige voorbereidingen qua screening etc. voor getroffen. Bijna 3 praktijken waren bij aanvang klaar om geïncorporeerd te worden. Voor de overige huisartspraktijken was een gefaseerde invoering afgesproken. Op dit moment moeten nog slechts 2 praktijken gescreend worden. Dat wil niet zeggen dat er voor deze praktijken geen zorg geleverd wordt. Het wil alleen zeggen dat de aanvullende screening, op het zorgvuldig vaststellen van de diagnose, maar ook dat er nog gekeken wordt naar patiënten die wel inhalatie middelen gebruiken maar niet juist gecodeerd zijn via apothekerslijsten 'gevonden' worden, die anders onder de radar waren gebleven. Kortom de screening zorgt voor een zorgvuldige opbouw van je populatie.



De 100% score voor inclusie in het zorgprogramma staat voor 275 patiënten. Ook bij de astma zien we problemen in de registratie voor de controle op de inhalatietechniek, vergelijkbaar als bij de COPD populatie.

Landelijke Benchmark Transparantie Ketenzorg, Trend ASTMA	Landelijk				
	gem. 2017	2018	2017	2016	2015
percentage patiënten in zorgprogramma		18	19,38		
percentage pt met inhalatiemedicatie en inhalatietechniek gecontroleerd		27	18,68		
percentage patiënten bij wie functioneren (ACQ of ACT) of 'mate van astmacontrole' is vastgelegd		35	33,01		
percentage patiënten van wie het rookgedrag is vastgelegd		66	61,17		
percentage patiënten dat rookt		10	12,7		

Over de gehele linie is verbetering waarneembaar. Ook in de astmapopulatie zien we een no-show probleem ontstaan. We gaan er dit jaar scherp op toezien, dat hier streng beleid op komt.

CVRM/AF

In aanvulling op het reguliere CVRM programma, is het GCL in 2017 gestart met het zorgvernieuwingstraject Atriumfibrilleren. Dit zorgprogramma heeft als doel om de bestaande zorg voor patiënten met atriumfibrilleren (AF) te verbeteren en patiënten >65 jaar te screenen op AF. Met het stijgen van de leeftijd neemt de kans op AF toe en AF geeft onbehandeld een verhoogd risico op het krijgen van een CVA.

In samenwerking met het Martiniziekenhuis is het traject opgezet; Het bestaande AF protocol van de Groninger Huisartsen Coöperatie is als leidraad genomen. We hebben onze eigen afspraken gemaakt met het MZH, maar ook met Menzis over de financiering. We hebben een aantal My Diagnosticks aangeschaft om asymptotische patiënten met atriumfibrilleren op te kunnen sporen. Het protocol hebben we samengevat en omgezet in een stroomdiagram. Dit is geplastificeerd zodat het makkelijk te vinden is voor alle huisartsen en praktijkondersteuners die de zorg verlenen voor patiënten met AF.

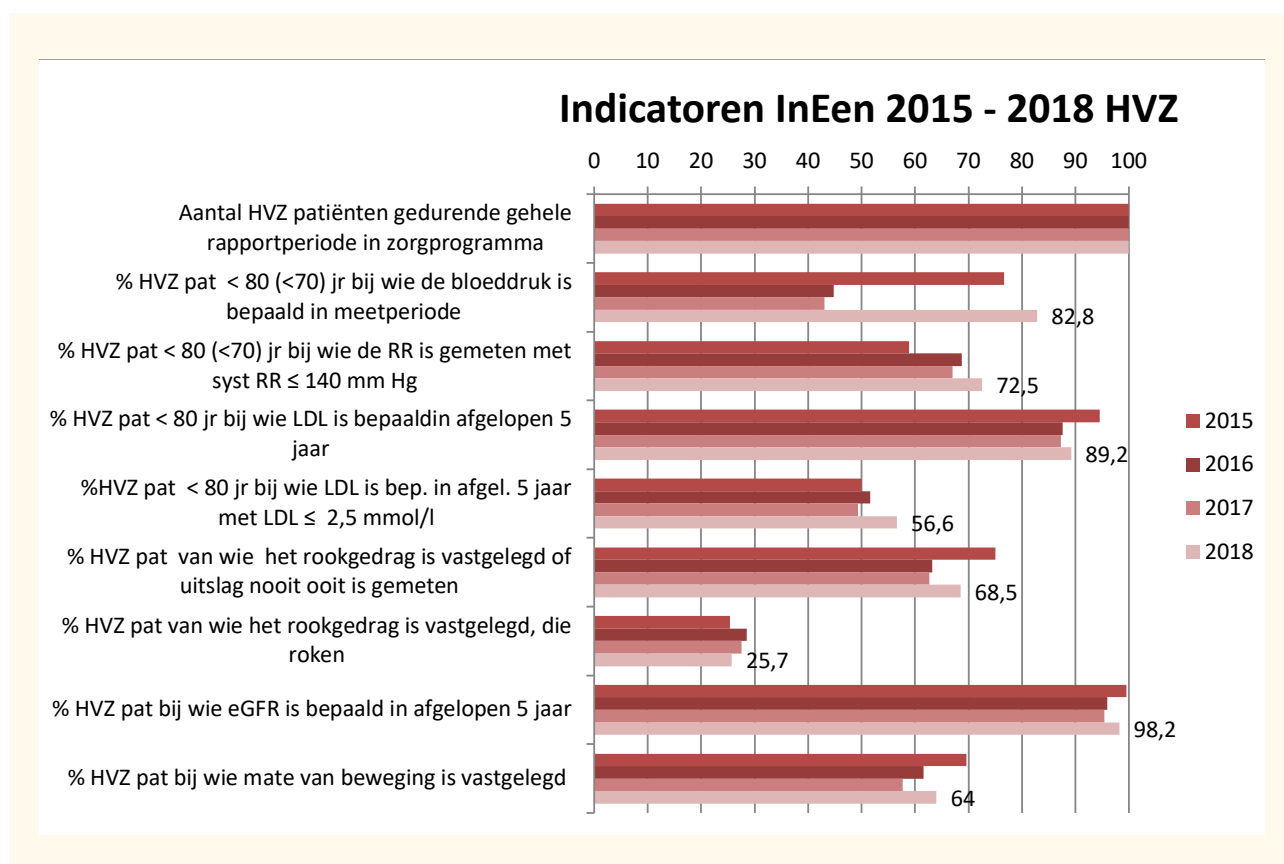
GCL MD per jaar	Totaal Aantal Metingen	MD Rood	%	AF	% t.o.v Rood	% v totaal aantal metingen	Definitief AF	
2017	1221	31	2,5%	13	42%	1,1%	9	
2018	1540	22	1,4%	9	41%	0,6%	4	
2019	0							
	0							
Totaal	2761	53	1,9%	22	42%	0,80%	13	0,47%

In bovenstaande tabel zijn de resultaten van de metingen van de afgelopen twee jaar te zien. Niet alle Rode uitslagen blijken uiteindelijk na vervolgonderzoek, ook daadwerkelijk AF te zijn. 13 Personen, (1,1%) zijn in 2017 en 9 personen (0,6%) zijn in 2018 nieuw gevonden en liepen dus, zonder dat ze het wisten, een verhoogd risico op het krijgen van een CVA. Deze aantallen komen ook overeen met de grote cohortstudies van Dr. Tieleman, met wie we onze resultaten ook ieder jaar bespreken.

Een lichte daling in het tweede jaar is begrijpelijk, ondanks dat er meer metingen zijn gedaan dan in 2017. De meeste metingen worden namelijk uitgevoerd door de Praktijkondersteuners, en zij zien een vaste groep 65+ ers. De mensen die nu de stick vasthouden hebben dat al veel vaker gedaan. Met name de huisartsen zien nog 'nieuwe' 65+ers die geen deel uitmaken van Ketenzorg. Juiste in deze groep zijn nog de onbehandelde AF-ers te vinden. Beleid is er dan nu ook op gericht om met name de huisartsen/HidHa's en HAIO'sen te motiveren, vaker de MD-stick te laten gebruiken, omvooral die groep die onder de radar blijft te vinden.

Naast het vinden van 'nieuwe' patiënten is ook ingezet op het overnemen van patiënten uit de tweede lijn. Dit is moeilijker te monitoren, maar de ervaring leert dat dit met zekere regelmaat plaatsvindt. We zijn met Vital Health in overleg om ook in de module van het KIS, de mogelijkheid te

Voor het CVRM programma hebben we vooral ingezet op het consolideren van de bestaande afspraken.

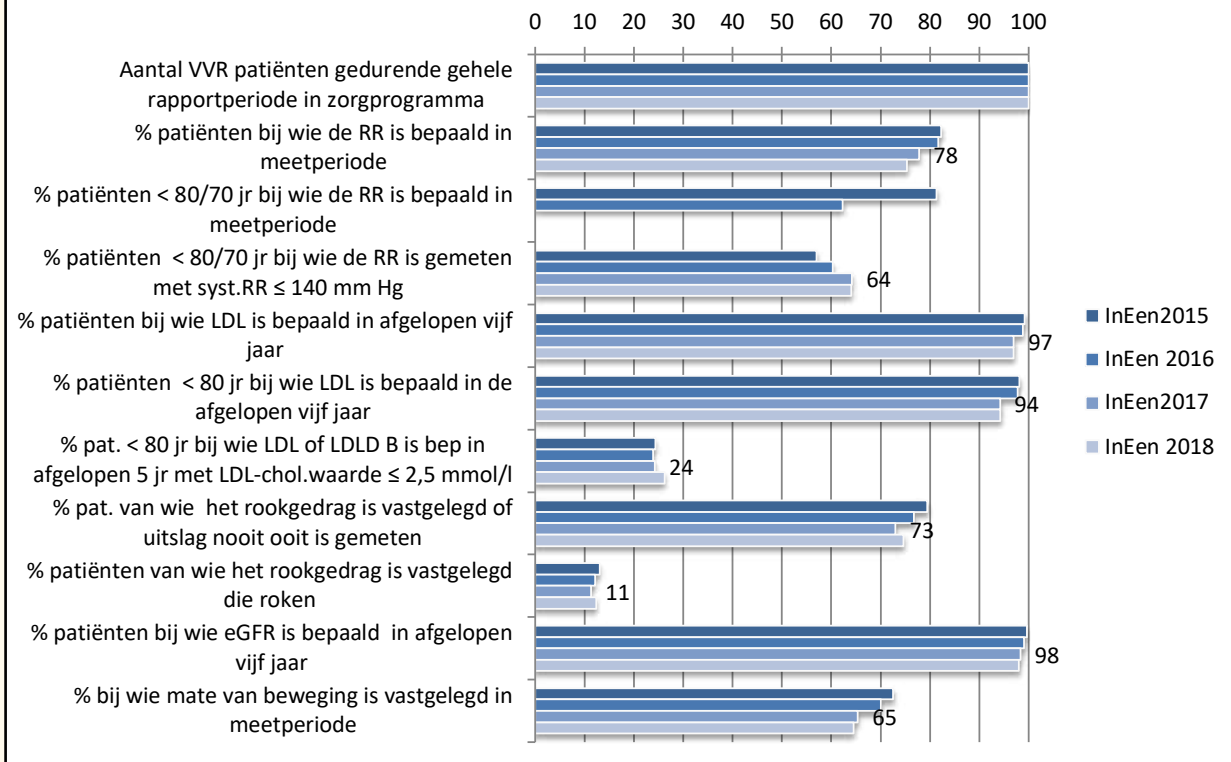


Indicatoren 2015-2018 (volgens InEen)

100% van het aantal HVZ patiënten die gedurende de gehele rapportperiode in het zorgprogramma opgenomen waren staan voor 268 patiënten (2017 waren dat er 260.) waarschijnlijk heeft het verplicht stellen van een aantal indicatoren bijgedragen aan de verbeterde score en lukt het om de aansluiting te vinden bij het landelijk gemiddelde.

Transparantie Ketenzorg Benchmark, Trends HVZ	Landelijk	2018	2017	2016	2015
percentage patiënten in zorgprogramma	58,24		46,5	46,02	39,44
percentage patiënten , <70 jr met syst. RR ≤ 140 mm Hg	76,22	72,5	66,96	68,75	
percentage patiënten < 80 jr bij met LDL ≤ 2,5 mmol/l	56,57	56,6	49,34	51,6	50
percentage patiënten van wie het rookgedrag is vastgelegd	83,92	68,5	62,69	63,2	74,86
percentage patiënten dat rookt	17,14	25,7	27,61	28,48	25,55
percentage patiënten bij wie eGFR is bepaald in afgelopen vijf	98,41	98,2	95,38	96	99,45
percentage bij wie mate van beweging is vastgelegd	75,92	64	57,69	61,6	69,4

Indicatoren InEen 2015-2018, VVR



Indicatoren 2015- 2018(volgens InEen)

Tussen 2015 en 2016 zijn afkapwaarden veranderd, waardoor uitslagen niet/ moeilijk met elkaar vergelijkbaar zijn. Tussen 2017 en 2016 is een enkele indicatoren vervallen, waardoor deze nu niet meer in de meting meegenomen is.

Transparantie Ketenzorg Benchmark, Trends VVR	Landelijk gem. 2017	2018	2017	2016	2015
percentage patiënten in zorgprogramma	71,57	75,78	79,36	78	78,44
percentage patiënten bij wie bloeddruk is gemeten	87,3	64	78	82	82
percentage patiënten , <70 jr met syst. RR ≤ 140 mm Hg	71,15	97	64	60	—
Percentage patiënten bij wie LDL is bepaald in afgelopen vijf jaar	97,64	94	97	99	99
percentage patiënten < 80 jr bij met LDL ≤ 2,5 mmol/l	30,18	26	24	24	24
percentage patiënten van wie het rookgedrag is vastgelegd	85,35	75	73	77	79
percentage patienten dat rookt	12,39	12	11	12	13
percentage patiënten bij wie eGFR is bepaald in afgelopen vijf jaar	98,18	98	98	99	100
percentage bij wie mate van beweging is vastgelegd in meetperiode	74,68	65	65	70	72

Bij de VVR groep zien we een iets ander beeld. Allereerst moet opgemerkt worden dat 100% van de VVR patiënten die gedurende de gehele rapportperiode in zorgprogramma geïncubeerd zijn ook hier ongeveer gelijk gebleven is t.o.v. 2017 (704 t.o.v. 693).

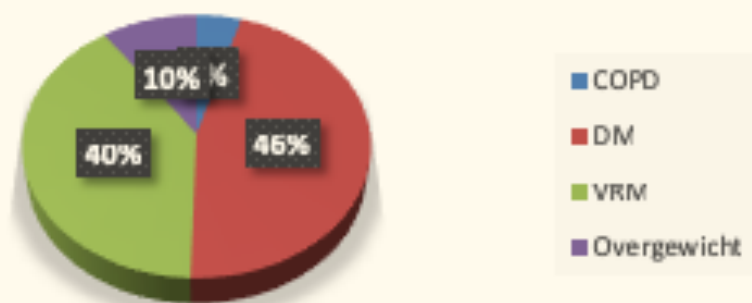
Toch is ook bij de VVR groep een lichte verbetering waarneembaar, echter niet zo overduidelijk als bij de HVZ groep. Waarschijnlijk speelt het oproepsysteem dat door Certe verzorgd wordt en de controle op het wel of niet komen van de patiënt, hier toch ook nog een rol bij.

Als werkgroep zullen we dit blijven afstemmen, en hier de aandacht op vestigen. Ook het blijft het borgen van de onderlinge samenwerking tussen de verschillende disciplines, de stroomschema's, verwijscriteria en onderlinge werkafspraken onderwerp van gesprek.

Diëtiëk

In 2018 zijn er veel patiënten doorverwezen naar de diëtist, echter is dit aantal iets lager dan in 2017. De verwijzingen worden gedaan door zowel de huisartsen als de praktijkondersteuners. Gewichtsproblematiek (BMI > 25), Diabetes Mellitus type 2, Hypertensie, Hypercholesterolemie en COPD, maag-darmklachten zijn hierbij de meest voorkomende diagnoses. Ook worden meer patiënten met de wens tot bariatrische chirurgie doorverwezen. Ondervoeding onder ouderen wordt steeds vaker herkend, deze doelgroep is afgelopen jaar ook groter geworden. Er zijn korte lijntjes gelegd met de verpleging van o.a. Mercator, zodat hier snel op ingespeeld kan worden. Martha van der Velde begon in 2018 als enige diëtist, in april is Lianne Pomper haar komen versterken (eerst alleen de maandagochtend/ bij ziekte/ vakantie e.d.). Eind december heeft Martha afscheid genomen van deze locatie i.v.m. het overnemen van nieuwe locaties in Groningen. Lianne heeft het spreekuur volledig overgenomen.

2018 % uren inzet per programma



Tot slot

We kijken met voldoening terug op het afgelopen jaar. 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. De twee nieuwe zorgvernieuwingstrajecten (EPA en Astma) lijken goed geïmplementeerd, naast de reeds bestaande ketenzorgprogramma's en al lopende projecten zoals de samenwerking met het Wij Team en het Welzijn Op Recept.

Voor 2019 zal onze focus vooral uitgaan naar het veranderende domein van de Ouderenzorg

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,
- Verloskundige praktijk La Vie
- Gemeente Groningen
- Anne Benneker Teksten
- Martini Ziekenhuis
- Studio Load Vormgeving
- UMCG Groningen
- Certe
- Kunstcommissie Lewenborg
- Woonzorgcentrum Mercator
- Afer Accountants
- Wij team Lewenborg
- Lefier Woningcoöperatie
- CJG
- InEen

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

Dank voor uw aandacht!



GEZONDHEID



GEZONDHEIDSCENTRUM
LEWENBORG

Kajuit 438e, 9733 CZ Groningen
www.gezondheidscentrumlewenborg.nl