

Jaarverslag 2020



GEZONDHEIDSCENTRUM
LEWENBORG

“Samen is meer dan de som der delers”

Het Gezondheidscentrum Lewenborg (GCL) is een multidisciplinair samenwerkingsverband, opgericht in 1972. Na bijna 50 jaar is dit samenwerkingsverband uitgegroeid tot een kernteam van vijf hoofddisciplines, te weten de huisartsen, apothekers, fysiotherapeuten, thuiszorgmedewerkers van TSN en de logopedisten. Daarnaast zijn er samenwerkingsverbanden met nog 15 andere organisaties.

Inhoudsopgave

Klik op het hoofdstuk
naar keuze

- 4 Inleiding**
- 5 Demografische gegevens**
- 7 Kwaliteitsbeleid**
- 9 Sociaal Wijkteam**
- 10 Facilitaire zaken**
- 11 Aandeel zorgverzekeraar**
- 12 Overige ontwikkelingen**
- 14 Welzijn op recept**
- 17 Ouderenzorg**
- 22 Diabetes**
- 25 COPD**
- 30 Astma**
- 32 CVRM/AF**
- 34 HVZ**
- 36 VVR**
- 38 GGZ**
- 46 Diëtethiek**
- 48 Tot slot**

Inleiding

↩ terug naar
inhoudsopgave

2020 is in meerder opzichten een bijzonder jaar geworden. Niet in de laatste plaats door de uitbraak van het Sars-CoV-2 virus; ook wel bekend als Covid- of Coronavirus. Een pandemie, die de kwetsbaarheid van ons mensen bloot legt, maar ook de infrastructuren van onze samenleving. Daar hoort zeker ook het zorgstelsel bij. Vanaf maart 2020 zijn we zo'n beetje de digitale wereld in gekatapulteerd, stonden onze routines op losse schroeven en moest iedereen alle zeilen bij zetten. Alle vanzelfsprekendheden vielen weg, de 'anderhalvemetersamenleving' werd een feit en wij, als eerstelijnszorgverleners, braken ons het hoofd over hoe dit dan in de praktijk vorm gegeven moest worden. 'Maximale betrokkenheid met behoud van distantie' werd wel heel letterlijk het credo.

Veiligheid, kwaliteit, bestaanszekerheid en klanttevredenheid vochten om voorrang. Het risico van: 'ieder voor zich' in plaats van 'samen met z'n allen' lag op de loer.

Inmiddels bevinden we ons in de derde golf. Terugkijkend op het afgelopen jaar kunnen we in ieder geval vaststellen dat het met de multidisciplinaire samenwerking in ons centrum uitstekend gesteld is. Iedereen heeft, waar mogelijk, zijn/ haar bijdrage geleverd om te zorgen dat we de eerstelijns zorg in Lewenborg en omstreken, binnen de randvoorwaarden, maximaal hebben kunnen leveren.

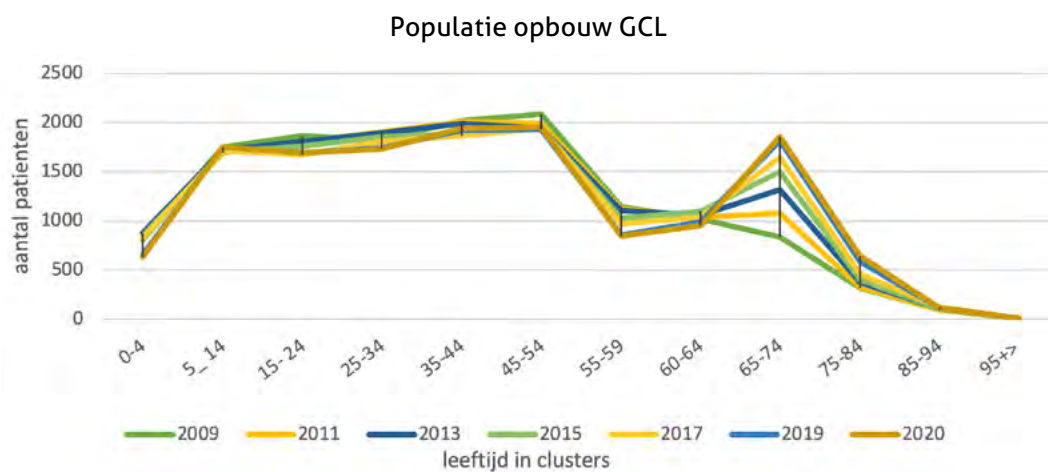
Als bestuur zijn we trots op onze medewerkers, die zich staande hebben weten te houden in deze turbulente tijd, die mensen bij stonden bij ziekte en kwetsbaarheid, maar zich ook staande hielden bij teleurstellingen, boosheid en agressie (waar we helaas ook mee te maken kregen). Maar diezelfde medewerkers hadden ook oog voor hun collega's, dachten mee en waren flexibel. Opnieuw hebben we daardoor kunnen laten zien, dat we juist in deze tijd 'meer zijn dan de som der delers'.

Ook zijn we erg blij dat we in 2020 Wim Kluivingh als huismeester aan ons team mochten toevoegen. Binnen korte tijd heeft hij zich het reilen en zelen van het centrum eigen weten te maken en is hij inmiddels niet meer weg te denken. Net als onze secretaresse, Marian Neve, die al een aantal jaar de smeerolie voor het bestuur is. Dank voor jullie inzet!

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

Demografische gegevens

↶ terug naar
inhoudsopgave



Populatie opbouw GCL

Op 1 januari 2020 waren er 14102 mensen bij de huisartsenpraktijk van het GCL ingeschreven. Sinds 2009 zien we bijna een verdubbeling van het aantal mensen die 65 jaar of ouder zijn.

% mensen >=65	jaartal
9,12%	2009
14,22%	2015
18,63%	2020

In 2009 was 9,12% van de bij de huisartsen ingeschreven mensen nog maar 65 jaar of ouder. In 2020 was dat 18,63%. Daarmee sluiten we nauw aan bij de landelijke trend van een ouder wordende samenleving. In Lewenborg en omstreken is dit proces iets later op gang gekomen. Dat heeft te maken met de opbouw van de wijk (ontstaan in 1972), waar toen met name jonge gezinnen zijn komen wonen.

Wat we aan de andere kant van het spectrum zien, is een dalend aantal kinderen/jong volwassenen. Het is niet geheel duidelijk waar dit vandaan komt, maar, verhuisgedrag van mensen met zeer jonge kinderen naar andere wijken, lijkt aannemelijk.

leeftijd	totaal	mutaties				
cluster	2020	15-'16	16-'17	17- '18	18- '19	19- '20
0-4	636	-12	-8	-155	-19	-15
5-14	1745	-19	31	32	3	-1
15-24	1691	-18	-74	1	22	-1
25-34	1725	20	-68	-48	-11	-17
35-44	1936	-17	-4	44	15	16
45-54	1948	3	0	-19	5	19
55-59	840	8	-67	-67	-51	-12
60-64	954	-32	-25	-32	-23	-31
65-74	1855	76	71	83	92	38
75-84	644	21	37	64	57	62
85-94	117	14	2	-17	6	7
95+>	11	4	4	0	-3	2
Totaal	14102	48	-101	-114	93	67

Populatiegroei of afname vanaf 2015 tot 2020

Kwaliteitsbeleid

↩ terug naar
inhoudsopgave

Het afgelopen jaar zijn door de coronamaatregelen heel veel overleggen niet doorgegaan. Vaak is er gezocht naar één op één momenten voor afstemming, wanneer dat gezien de kwaliteit van de patiëntenzorg om (extra)aandacht vroeg. De huisartsen hebben een extra coronaspreekuren ingesteld en per dag op tourbeurt een 'coronadokter' aangesteld. Er is nagedacht over hulpmiddelen gebruik, aandacht besteed aan looproutes, de indeling van de wachtkamers (minder bezetting, plaatsing van wandschermen), aanpassing van informatieborden en voorlichting gegeven via wachtkamerschermen. Het dringende verzoek om al vanaf juni 2020 mondkapjes te dragen binnen het centrum, werd destijds nog niet landelijk ondersteund (alleen verplicht in Openbaar Vervoer) en stuitte om die reden ook nog op veel verzet. Toch achtten we dit noodzakelijk gezien de beperkte loopruimte en het niet kunnen garanderen van de 1,5 meter regels. In de centrale hal, werden, assistentes en studenten ingezet om als gastvrouw/-heer:

- zoveel mogelijk onnodige inloop in het pand bij de voordeur op te vangen
- triage te doen op symptomen van corona
- mensen op de leefregels binnen het centrum te wijzen.

Zij zijn nog steeds nodig om het publiek te blijven wijzen op de nieuwe huisregels. Elke disciplines had verder zijn handen vol aan het op orde houden van de praktijk, om digitale spreekuurondersteuning te bieden en maximaal in te zetten op het primaire proces. Het opvangen van tekort aan personeel, (door ziekte, of wachten op testuitslagen) vroeg om constante aanpassing van het rooster of de spreekuurindeling. Koffie- en lunch momenten, werden gespreid en op elkaar afgestemd, ook om zoveel mogelijk samenloop van personeel te beheersen.

Structureel overleg heeft eigenlijk alleen op bestuurlijk niveau plaatsgevonden. Verder werden alle standaard geplande overlegvormen afgeschaald, om zoveel mogelijk contactmomenten tussen personeel te reduceren.

De multidisciplinaire samenwerking kreeg met name vorm, door het continue onderling afstemmen en implementeren van de coronaregels. Dit om te voorkomen dat er binnen het centrum tegenstrijdige informatie verstrekt werd. Eenduidige communicatie bleek sowieso een belangrijk instrument om het werken binnen het gezondheidscentrum ondanks de pandemie prettig en veilig te houden, zowel voor medewerkers, als voor patiënten. Via onze website (calamiteitenpagina), banners, A4 en A5 poster, het regelmatig plaatsen van stukken in de krant over de do's en de don'ts in het centrum, probeerden we steeds de informatie eenduidig te vertrekken.

Daarnaast hebben de individuele disciplines uiteraard hun uiterste best gedaan om up to date te blijven, qua zorgstandaarden en geldende richtlijnen. Scholingen werden grotendeels on-line gevolgd.

Team Praktijkverpleegkundigen

Binnen het team van de praktijkverpleegkundigen zijn veel aanpassingen gedaan. Doordat één van de vaste praktijkverpleegkundige overgestapt is naar de functie van POHO, ontstond er een tekort aan POHS. Meerdere sollicitatieprocedures waren nodig om dit kort aan te vullen. Uiteindelijk is 1 schoolverlater (voormalig stagiaire) en 1 verpleegkundige die nog de opleiding tot praktijkverpleegkundig moest volgen, aangenomen. We zijn ontzettend blij dat we uiteindelijk twee enthousiaste nieuwe medewerkers binnen de Ketenzorg mochten verwelkomen. Dat dit betekende dat we gedurende een bepaalde periode een kennis tekort hebben op gebied van met name Astma en COPD, accepteren we graag. Door middel van scholing proberen we deze achterstand gauw weer glad te trekken. Een enthousiast team met een juiste doses inzet en motivatie is minstens net zo waardevol, én biedt mooie kansen voor de toekomst.

Het herverdelen van de aandachtsgebieden, rekening houdend met kennis, vaardigheden en opleiding van betrokken praktijkverpleegkundigen heeft er helaas ook toe geleid dat we ook moesten schuiven in de ondersteuning ten opzichte van de verschillende huisartsen. Helaas viel daarnaast ook nog een vaste kracht langdurige uit. Gelukkig werkt zij hard aan herstel en kan ze daar nu langzamerhand de vruchten van plukken. Daar waar vroeger iedere huisarts zijn 'eigen POH-S' had, lukte dat nu niet meer. Ook patiënten werden noodgedwongen van praktijkondersteuner gewisseld, om de workload onderling enigszins gelijkwaardig te kunnen verdelen. Al deze aanpassingen waren/zijn nodig om uiteindelijk weer toe te kunnen werken naar een volwaardig team van praktijkverpleegkundigen, met voldoende kennis en expertise.

Sociaal Wijkteam

[↩ terug naar
inhoudsopgave](#)

De samenwerking met het sociaal wijkteam stond logischerwijs ook in het kader van de pandemie. De reguliere overleggen werden op on-hold gezet. Uiteraard konden terugvallen contacten die er reeds lagen. Door het wegvallen van alle sociale activiteiten, het sluiten van het wijk-centrum, de bibliotheek, de Oude Bieb, en het vrouwencentrum de Boei, zag je dat de sociale ondersteuningsstructuur afbrokkelde.

Voor vele inwoners uit Lewenborg een ontzettend gemis! Medewerkers van Wij-Lewenborg werden ook geacht thuis te werken, dus de contacten konden alleen telefonisch/ mail plaatsvinden. Het kostte meer tijd om bij de juiste contactpersonen terecht te komen en het wegvallen van de sociale ondersteuningsstructuur leidde tot grotere eenzaamheid en extra gezondheidsproblemen.

We hopen van harte dat 2021 weer ruimte biedt om de broodnodige samenwerking nieuwe energie in te kunnen blazen.

Samen met het Bewonersplatform, Het Dok, de Winkeliersvereniging, de redactie van De Lewenborger, afgevaardigden van scholen, Wij-team en vrijwilligers participeert het GCL ook in een lustrumcommissie, die het 50 jarig bestaan van de wijk Lewenborg organiseert. Het GCL heeft daarbij het voortouw genomen om een boek over Lewenborg door Beno Hofman te laten schrijven. Het is mooi om samen met burgers en ondernemers aan dit project te werken.



Facilitaire zaken

[↩ terug naar
inhoudsopgave](#)

Dat de facilitaire zaken randvoorwaardelijk zijn voor het primaire proces, is bekend. Je ondervindt er vaak pas last/hinder van wanneer dit stroef of niet naar wens verloopt. Het is daarom belangrijk om juist de ondersteunende processen goed op orde te hebben, zodat het primaire proces optimaal verloopt. In 2020 konden twee facilitaire processen goed afgerond worden.

Administratie

Voor het declaratieproces van de Stichting zijn we overgestapt op de financiële module van Vital Health. Deze overstap heeft ons declaratieproces aanzienlijk vereenvoudigt en geeft ons een veel beter overzicht over de verschillende procesgangen. Realtime is zichtbaar wat de status van welke declaratie bij welke zorgverzekeraar is. Ook is het daardoor dus veel makkelijker om snel te anticiperen wanneer er ergens obstakels zijn. Na enige gewenning en finetuning tussen de verschillende systemen, (o.a. boekhoudingsprogramma), zijn we er nu erg blij mee en werkt het zeer prettig.

Woningbouwvereniging

Na jarenlange gesprekken met de woningbouwvereniging Lefier zijn we in 2020 eindelijk tot nieuwe huurovereenkomsten gekomen. Een periode van een lange adem, veel energie en doorzettingsvermogen. Des te fijner is het dat we dit traject nu achter ons kunnen laten.

Aandeel zorgverzekeraar

↩ terug naar
inhoudsopgave

Verzekering top 10	Aantal	ZV code Medicom	%
Menzis	6068	MZ	47%
Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V.	1284	SS	10%
Centrale verwerkingseenheid CZ,DL,OHRA	998	CD	8%
Anderzorg	970	MA	7%
VGZ Zorgverzekeraar N.V.	858	VG	7%
NV UNIVE Zorg	735	UN	6%
IZA/AZ NV Zorgverzekeraar UMC	547	IQ	4%
IZA-gemeenten (VNG)	527	VN	4%
De Friesland Zorgverzekeraar N.V.	526	DF	4%
DITZO Zorgverzekering	478	DI	4%

(praktijkjaarplan 2020)

Hierboven wordt de top10 zorgverzekeraars weergegeven. Menzis/ Anderzorg zijn voor het GCL de preferente zorgverzekeraars en samen goed voor meer dan de helft (54%) van het aantal verzekerden.

Overige ontwikkelingen

↩ terug naar
inhoudsopgave

De huisartsenpraktijk heeft zich contractueel voor een aantal zorgvernieuwingsprogramma's bij de GHC (Groninger Huisartsen coöperatie) aangesloten. De voorbereiding hiervan is via de Stichting verlopen. Het gaat om de digitale meekijkconsultatie, de OSAS en de POCT metingen.

Digitale meekijkconsultatie

Over 2020 (vanaf 1 maart) heeft de huisartsenpraktijk Lewenborg 106 keer gebruik gemaakt van deze mogelijkheid. Bij het overgrote deel van de consultaties was er contact met het Martini Ziekenhuis (92%), voor 5% werd er contact gezocht met het UMCG en 3% van de consultaties gingen naar de afdeling Kindergeneeskunde van het Treantziekenhuis.

Vrijwel alle hoofddisciplines uit het martiniziekenhuis hebben consultatieaanvragen van ons verwerkt. Denk aan Interne Geneeskunde, Cardiologie, Gyneacologie, Orthopedie, Longziekten, KNO en Neurologie. De ervaringen van de huisartsen zijn over het algemeen zeer positief. Vooral het niet meer telefonisch in de wachtstand staan om 'ertussen' te komen en het feit dat je op je eigen moment de vraag/ consultatie af kunt ronden, scheelt enorm. Inhoudelijk is men blij met de adviezen, vaak scheelt het een verwijzing en is zowel patiënt als huisarts direct geholpen. Soms wordt het echter een verwijzing, maar dan is deze wel meteen op de juiste plek.

OSAS (obstructieve slaap apneu syndroom)

Over 2020 zijn er 38 patiënten geweest die met het OSAS project mee hebben gedaan. Via een meetinstrument de OSASsense, kan vroegtijdig (in de thuissituatie) slaapapneu worden vastgesteld en zodoende preventieve gezondheidsschade worden voorkomen, net als onnodige verwijzingen naar het slaapcentrum of de KNO-arts. We zien dat het vooral ingezet wordt bij mensen met snurkklachten of vermoeidheidsklachten al of niet gepaard gaande met overgewicht.

POCT metingen (Point of care testen)

Met de POCT metingen zijn we vanaf 1 oktober 2020 in de huisartsenpraktijk gestart, nadat iedereen hiervoor ook de juiste scholingen gevolgd had, en we uitgebreid nagedacht hadden over hoe we dan de afstemming t.a.v het oproepen voor de jaarcontroles blijven borgen.

In onderling overleg met Certe hebben we hier een goede formule voor gevonden. Vanaf 1 oktober 2020 zijn er 163 HbA1C POCT testen door de praktijkondersteuners in de huisartsenpraktijk gedaan. Aanvankelijk was het een beetje wennen, zowel voor de praktijkondersteuners, als voor de Patiënten, maar al gauw werden de voordelen ervaren (direct een uitslag hebben, en weten waar je mee verder kunt). Ook het op maatwerk kunnen inplannen van vervolgspraken, blijkt een goede zet te zijn.

Daarnaast kunnen CRP-metingen ook via de POCT metingen gedaan worden.

Welzijn op recept

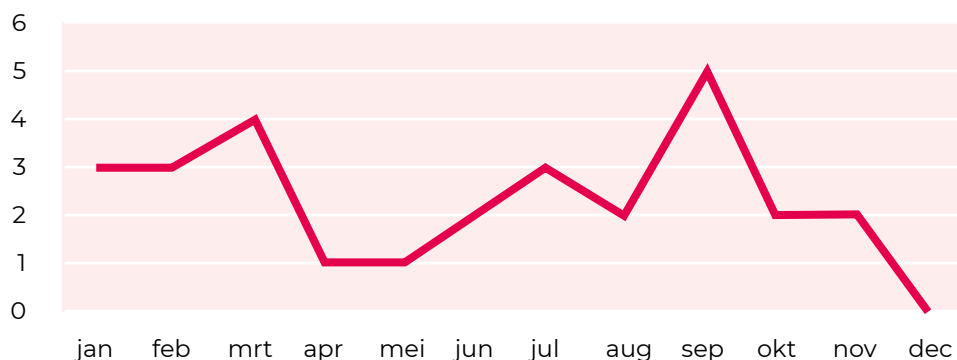
↩ terug naar
inhoudsopgave

Sinds April 2015, werken we al met het project Welzijn op Recept, afgekort met WOR. Het jaar 2020 is voor WOR, om twee redenen een bijzonder jaar te noemen. Enerzijds hadden we te maken de corona uitbraak, die zeker op WOR een grote impact had en heeft. Anderzijds hebben we een wisseling van de welzijnscoach gehad. De welzijnscoach nam per eind november afscheid. Onze nieuwe welzijnscoach, Debora den Haring, is per januari 2021 gestart. Door de wetenschap dat iemand weggaat en niet onmiddellijk opgevolgd kon worden, liepen de verwijzingen aan het eind van het jaar natuurlijk terug.

Het spreekt voor zich dat de Covid richtlijnen ook enorme gevolgen hadden voor de welzijnscoach. Enerzijds door het wegvallen van veel activiteiten, waardoor toewijzing naar mooie arrangementen vaak niet (meer) mogelijk was. Anderzijds door het verplicht thuis moeten werken van de Welzijnscoach. Daar waar relaties en contacten reeds opgebouwd waren, kon dit via telefonische gesprekken worden opgevangen. Maar het grotendeels wegvallen van consulten in de huisartsenpraktijk, leidde automatisch ook tot minder verwijzingen naar WOR. Ondanks dat iedereen op 'zijn klompen' aanvoelde dat er veel onder de radar bleef... juist nu!

Op die momenten dat contacten weer mogelijk waren, zie je onmiddellijk weer pieken ontstaan. We zullen hieronder een aantal grafieken bespreken.

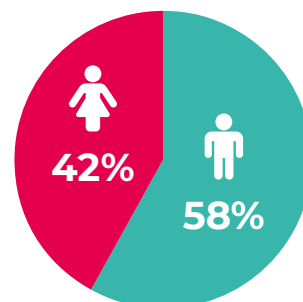
Over 2020 waren er slechts 33 nieuwe verwijzingen. Voorgaande jaren was dit rond de 65-75 nieuwe aanmeldingen per jaar. In de grafiek hieronder wordt per maand het aantal nieuwe intakegesprekken weergegeven. De 1e corona golf in het voorjaar 2020, leidde onmiddellijk tot een forse daling van het aantal intakes (daar waar we juist in de vorige jaren toename van het aantal verwijzingen zagen). Na de zomer hadden we heel even te maken met meer verruiming. De tweede coronagolf viel min of meer samen met het vertrek van de welzijnscoach, waardoor dit in december tot 0 intakes terugviel.



Kijken we naar de man-vrouw verdeling bij de aanmeldingen dan zien we een kentering in het ‘voordeel’ van de mannen. Daar waar de afgelopen jaren, vaker vrouwen gebruik maakten van WOR, zijn nu de mannen in de meerderheid.

Geslacht

jaar	man	vrouw
2018	43%	57%
2019	38%	62%
2020	58%	42%



Net als voorgaande jaren zien we dan ook dat WOR vanuit verschillende disciplines benaderd wordt. De huisartsgroep en de POHGGZ leveren de meest verwijzingen. Daarna wisselt het per jaar. De procentuele stijging van het Wij-team in 2020 wordt vooral veroorzaakt door de daling van de absolute aantallen. Daar waar in 2019 nog 67 verwijzingen waren, waren dat er in 2020 nog slechts 33. Dat heeft invloed op de percentages.

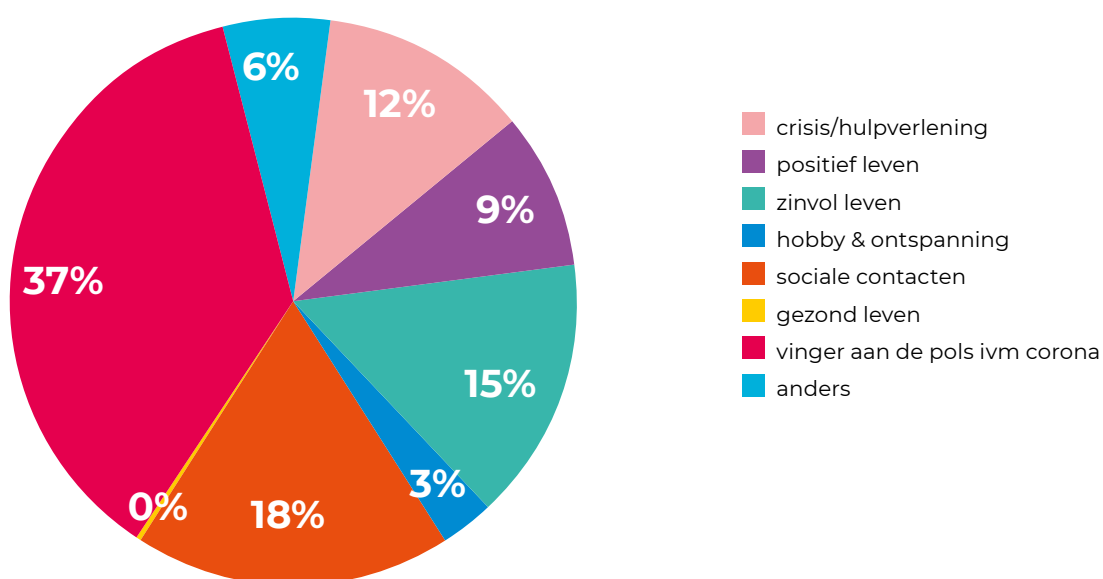
Verwijzers naar WOR	2015/2016	2017	2018	2019	2020
Huisarts (incl. HAIO, Hidha, waarnemer)	36	33	39	28	24
POHGGZ	38	32	24	43	36
Wij-team	5	3	12	12	18
Fysiotherapie	6	10	8	6	6
Eigen initiatief	2	4	4	1	3
TSN	3	9	3	3	3
Praktijkverpleegkundige	9	4	7	4	
Psychologen	2	1	1		3
Verpleegkundig specialist	1	1	1		
Overig	0	2	0	1	3

% verwijzingen per discipline

Na een eerste intakegesprek, overlegt de welzijnscoach welke vorm van ondersteuning, of activiteit het beste bij de vraag past. De aard van de ondersteuning is terug te voeren op één van de 6 pijlers van geluk die te maken hebben met zinvol leven (Walburg, 2008). De pijlers zijn: positief leven, zinvol leven, hobby& ontspanning, sociale contacten, gezond leven en crises/ hulpverlening.

Wanneer er sprake is van crises/ hulpverlening, vervalt de ondersteuning via WOR, maar wordt onmiddellijk actie ondernomen, om voor adequate ondersteuning te zorgen. In 2020 hebben we hier zelf een nieuw 'arrangement' aan toegevoegd. Hierbij ging het om 'de vinger aan de pols ivm corona'. Dat zijn die mensen die al in beeld waren, en waarvan bekend was dat òf één van de arrangementen weggevallen is, òf diegenen waar we ons extra zorgen over maakten. Die werden vaker dan gebruikelijk onder WOR extra benaderd.

Pijlers van Geluk



Daar waar vorig jaar "zinnig leven" als grootste pijler aangemerkt werd, is dat dit jaar veruit overgenomen door de vinger aan de pols contacten ivm Corona, aangevuld met de sociale contacten. Opvallend is ook dat 'gezond leven' geheel niet in spectrum voorkomt. De Pijler crisis/ hulpverlening is gelijk gebleven t.o.v. vorig jaar, echter we vermoeden ook dat één en ander onder de radar gebleven is, omdat onze werkwijze door de coronarichtlijnen beperkt was.

Via deze route willen we vast aangeven dat 2020 het laatste jaar zal zijn waarop we Welzijn op Recept monitoren via de 6 Pijlers van Geluk. Met ingang van 2021 gaan we de monitoring via het model van de Positieve Gezondheid van Machteld Huber inrichten. Dit gedachtengoed wordt landelijk ook veel vaker ingezet voor Welzijn op Recept. Bovendien willen we dit centrum breed gaan implementeren vandaar dat het dan ook goed aansluit bij Welzijn op Recept.

Ouderenzorg

↶ terug naar
inhoudsopgave

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. Sinds 2020 valt de VS niet meer onder de oude POHS financiering, maar declareert zij haar eigen consulten en verrichtingen. De zorgzwaarte is in 2020 verder toegenomen in Mercator. Nog geen kwart van de bewoners (13 van de 60) had eind 2020 een ZZP 4 en de rest (47 van de 60) had een ZZP 5 of ZZP 6.

Er is structureel aandacht voor Advance Care Planning en wilsverklaringen: met iedere patiënt (of diens vertegenwoordiger) vindt een gesprek plaats over wensen en verwachtingen betreffende de laatste levensfase, inclusief het al dan niet gewenste reanimeren beleid. Indien de coördinerend verpleegkundige van Mercator dit gesprek op zich neemt, volgt een terugkoppeling naar de huisartsenpraktijk, zodat een juiste registratie in het HIS kan plaatsvinden.

In 2020 vond er weer een gesprek plaats tussen de leiding van Mercator en de huisartsenpraktijk over de op handen zijnde transitie van "Wonen zonder behandeling", naar "Wonen met behandeling". Vooralsnog ligt dit nu weer stil.

Scholing

Begin 2020 werd er aan twee groepen van gemiddeld 25 verzorgenden scholing gegeven door de huisarts van het GCL over palliatieve zorg. Deze scholing werd als zeer zinvol en nuttig ervaren en was, achteraf gezien, gelukkig gepland voordat de coronapandemie uitbrak.

Corona

Het jaar 2020 stond in het teken van de pandemie. Aanvankelijk was Mercator gesloten voor bezoekers en werden de visites door VS en huisartsen ook tot een minimum beperkt. Veel is telefonisch afgehandeld. Er zijn vijf bewoners besmet geraakt met het coronavirus en een deel van de medewerkers van Mercator bleek Covid-19 positief te zijn. Er is veel stress, onzekerheid en leed geweest in het afgelopen jaar. In de loop van 2020 zijn de bezoeken gelukkig weer wat versoepeld. Een blijvende verandering in de werkwijze is dat de VS meer telefonisch afhandelt dan voorheen. Ook de 'papierene visites' zijn vervangen door telefonisch overleg met de coördinerend verpleegkundigen van Mercator. Dit is efficiënter gebleken en het bevalt beide partijen goed.

Multidisciplinaire zorg in samenwerking met ZINN

Sinds 2017 vinden de multidisciplinaire overleggen (MDO) mét en over Mercatorbewoners plaats in samenwerking met Zorggroep ZINN. Alle betrokkenen weten elkaar ook te vinden via het Keten Informatie Systeem (KIS). In 2020 is van het KIS weer volop gebruik van gemaakt.

De huisarts is hoofdbehandelaar en de specialist ouderenzorg van ZINN heeft binnen Mercator een consulterende en adviserende rol. Tijdens het MDO 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. Vanwege de pandemie is er minder vaak een fysiek MDO geweest. Wel is er telefonisch, via het KIS en via Teams overleg geweest, structureel, maar óók adhoc. De meeste vragen die de VS aan de specialist ouderengeneeskunde voorlegde, hadden betrekking op de medicatie en/of gedragsproblematiek bij dementie.

Eerstelijnsverblijf (ELV)

Mercator levert sinds 2017 een aantal ELV-bedden (laag complex), waarbij kortdurend laagcomplex zorg geleverd wordt (zes weken, met maximaal zes weken verlenging). Het aantal beschikbare ELV-plekken is afhankelijk van de instroom van bewoners met een WLZ-indicatie (Wet Langdurige Zorg). In 2020 zijn er 3 ELV-opnames geweest in woonzorgcentrum Mercator. 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.

Consultatie specialist ouderengeneeskunde en geriater

Het KIS biedt sinds 2018 ook de mogelijkheid voor digitale consultatie, zowel van de specialist ouderengeneeskunde (ZINN) als van de geriater (Martini Ziekenhuis).

Multidisciplinaire werkgroep ouderenzorg

Het GCL verleent samenhangende, integrale eerstelijns ouderenzorg. Normaal gesproken is er twee keer per jaar is er een werkgroep-bijeenkomst, waar samenwerking tussen de disciplines en ontwikkelingen op het gebied van ouderenzorg worden besproken. In 2020 heeft dit niet structureel plaats gevonden maar is er slechts op indicatie onderling contact geweest tussen disciplines. De huisarts met de portefeuille Ouderenzorg, de VS, verpleegkundigen van Mercator, fysiotherapie, diëtiste en logopedisch medewerker, evenals de wijkverpleegkundigen, zijn betrokken medewerkers. Sinds 2020 is er ook gestart met de inzet van de POH-O. Omdat deze voormalig verpleegkundige POHS, eerst vervangen moest worden, duurde het even voor ze daadwerkelijk vrij gespeeld kon worden. Gelukkig kon ze in het najaar starten met de opleiding en is ze nu inmiddels al begonnen aan de vervolgopleiding tot praktijkverpleegkundige ouderenzorg. Parallel aan de inzet van een praktijkverpleegkundige ouderenzorg, wordt er ook geïnvesteerd om een doktersassistente (plus niveau) op te leiden voor de ouderenzorg.

Ook zij was toegelaten tot de opleiding POH-O en doet nu de vervolgopleiding. Ondertussen is er hard gewerkt om de positie van de POHO binnen het netwerk van de ouderenzorg te positioneren. Dit begint steeds beter vorm te krijgen.

Gestructureerde medicatiebeoordelingen

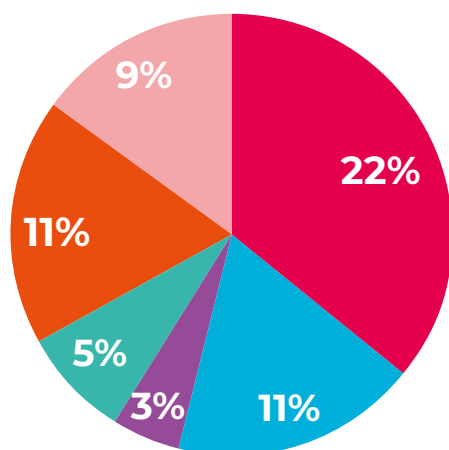
De apotheker voert de medicatiereviews uit en bespreekt dit met de huisarts en/of de VS. De apotheek brengt jaarlijks de resultaten in kaart. Er wordt gewerkt volgens de methodiek van de Multidisciplinaire richtlijn Polyfarmacie bij Ouderen. Geanalyseerde patiënten en afspraken worden gecodeerd in het HIS onder A49.02 (polyfarmacie-medicatiebeoordeling). In 2019 werden er 471 interventievoorstellen gedaan, in 2020 waren dit 450. Ondanks het coronajaar (en het gemis van een stagiaire) toch nog een hele prestatie. De interviews hebben dit jaar vooral telefonisch plaatsgevonden. De resultaten zijn hieronder beschreven.

Bijdrage apotheek; Medicatiebeoordelingen 2020

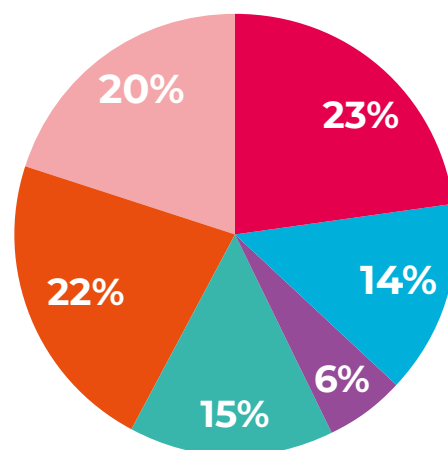
In 2020 is er met 66 patiënten gesproken voor een medicatiebeoordelingen (MB) om de patiëntenzorg te verbeteren. De patiënten waren gemiddeld 73 jaar en waren onder behandeling bij acht verschillende huisartsen.

In totaal werden er 450 interventievoorstellen voorgesteld. Daarvan is 57% doorgevoerd, 35% is niet doorgevoerd en 8% is nog niet beoordeeld. In figuur 1 is zichtbaar waaruit de 57% doorgevoerde interventievoorstellen zijn opgebouwd. De opbouw van interventievoorstellen voor alle 66 patiënten is opgenomen in figuur 2.

■ informatie/advies geven ■ geneesmiddel stoppen ■ dosering wijzigen
■ geneesmiddel vervangen ■ onderzoek uitvoeren ■ geneesmiddel starten



Figuur 1: Opbouw interventievoorstellen (%) van de doorgevoerde interventievoorstellen in 2020.

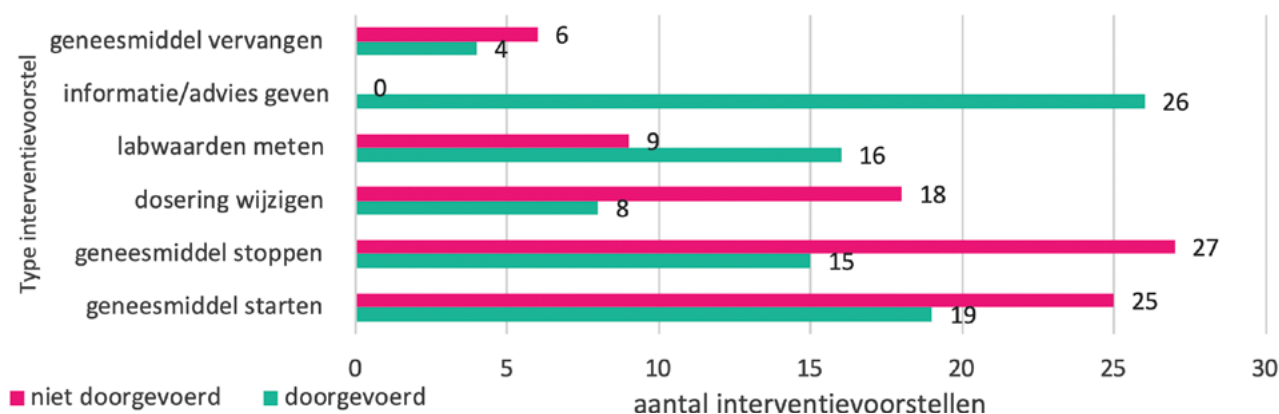


Figuur 2: Opbouw interventievoorstellen (%) van alle interventievoorstellen in 2020

Naast het uitvoeren van MB's zijn er in samenwerking met de studenten van Rijksuniversiteit Groningen twee onderzoeken uitgevoerd. Afgelopen jaar lag de focus op astma/COPD patiënten en beperkende factoren voor de implementatie van vitamine D-suppletie/advies.

Astma/COPD review

In totaal werd er met 27 patiënten een anamnese uitgevoerd. Deze groep bestond uit tien mannen en zeventien vrouwen, met een gemiddelde leeftijd van 71 jaar. In totaal werden er 176 interventievoorstellen gedaan. Figuur 3 illustreert per categorie interventievoorstel welke is doorgevoerd en welke niet.



Figuur 3: Weergave aantal doorgevoerde en niet doorgevoerde interventievoorstellen per categorie.

Figuur 3 illustreert dat het geven van informatie/advies altijd werd doorgevoerd en het starten/stoppen van een geneesmiddel het minst vaak. Een verklaring voor het laatste verschijnsel is dat het starten/stoppen van medicatie eerst met de patiënt besproken moest worden, na bijvoorbeeld een controle bij de praktijkondersteuner. Daarnaast was een deel van de medicatie voorgeschreven door een specialist, wat maakte dat huisartsen de regie hierover bij specialisten lieten.

Tijdens deze MB's werd ook de inhalatietechniek van de patiënten en de omgang met hun medicatie beoordeeld. Dit gebeurde met inhalatieprotocollen van www.inhalatorgebruik.nl. Vanwege COVID-19 werden deze gesprekken telefonisch gevoerd, dit bracht wel beperkingen met zich mee. Toch waren minimaal drie patiënten die hun inhalator op een onjuiste plek in huis bewaarden en drie patiënten die een afwijkende schoonmaakprocedure toepasten.

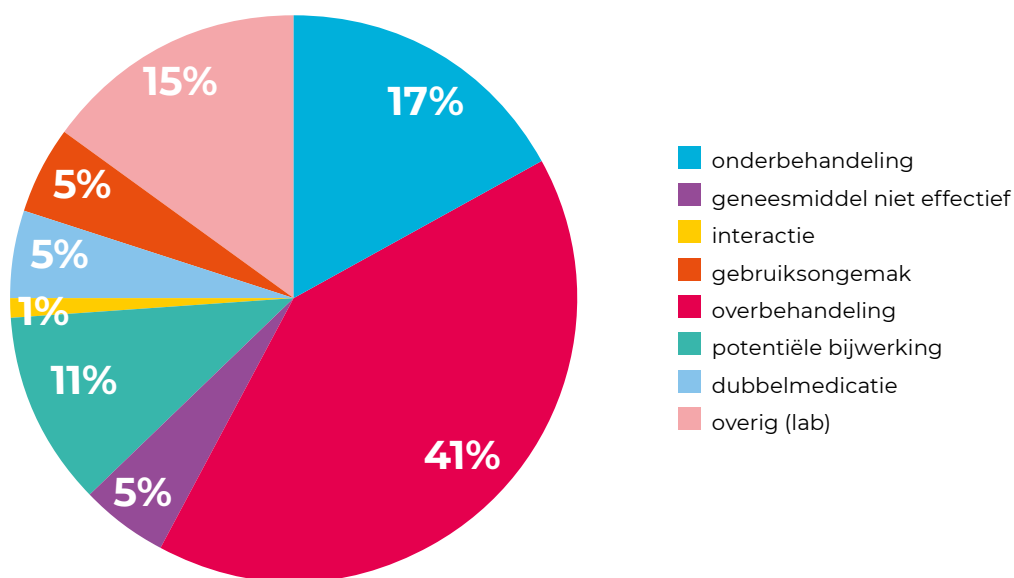
Vitamine D

Tijdens dit onderzoek werd er met 30 patiënten een MB uitgevoerd. Deze groep bestond uit vijftien mannen en vijftien vrouwen. In figuur 4 zijn de farmacotherapiegerelateerde problemen (FTP's) weergegeven.

Op basis hiervan werden 242 interventies voorgesteld en daarvan werd 70% doorgevoerd. Tijdens dit onderzoek werd het interventievoorstel 'informatie/ advies geven' (bijna) altijd doorgevoerd. Dit was ook zo voor het interventievoorstel 'onderzoek uitvoeren', respectievelijk 97.0% en 94.0% .

Beperkende factoren voor de implementatie van het vitamine D advies waren:

1. Ontbreken automatische melding, waardoor het wordt vergeten.
2. Continue veranderende richtlijnen.
3. Verantwoordelijkheid om voldoende calcium en vitamine D binnen te krijgen in de eerste plaats bij de patiënt willen laten



Figuur 4: Percentage gesignaleerde farmacotherapie gerelateerde problemen tijdens multimediatiecheck (MMC); n=30.

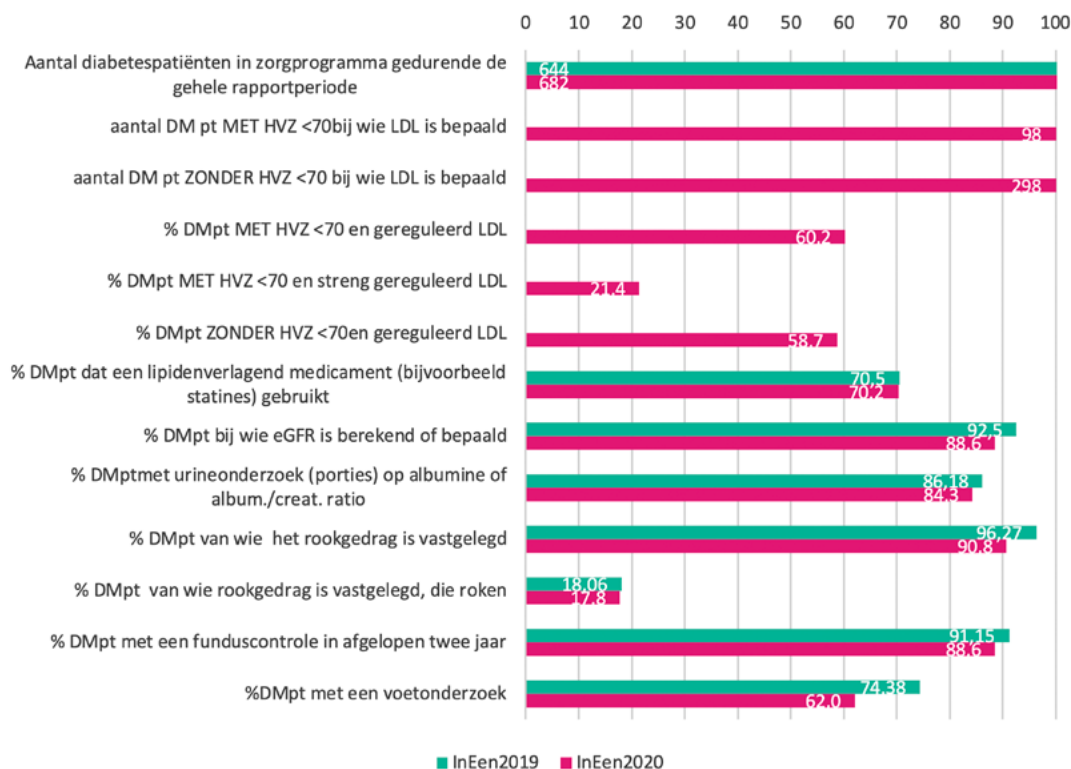
Diabetes

↶ terug naar
inhoudsopgave

Het behoeft geen verdere toelichting dat ook voor de zorg van de diabetespatiënten de effecten van de Coronapandemie cruciaal was. De daling van de registratie wordt vooral veroorzaakt door vermindering van de (face-tot-face) contacten. Deels werd dit overgenomen door beeldbellen, telefonische- en mailcontacten. Laboratorium bepalingen gingen zoveel als mogelijk gewoon door, alhoewel patiënten een deel van het jaar naar andere locaties moesten vanwege het sluiten van de priklocatie in Lewenborg. Voor sommigen was dit echter te ingewikkeld. Het was veel moeilijker het contact op gebied van preventie en motivatie vast te houden, door vermindering van face-tot face consulten.

Indicatoren 2020

In 2020 waren 682 patiënten die gedurende een heel jaar in het zorgprogramma opgenomen. Dit aantal staat voor 100%. (Ter vergelijking: in 2019 waren dit 644)



InEen indicatoren rapport 2019, 2020

In het rapport op pagina 22 rapport worden alleen die indicatoren getoond die in 2020 nieuw afgesproken zijn. Daardoor zijn oude indicatoren vervallen en worden bij sommigen indicatoren slechts de waarden van 2020 getoond. We zien zoals verwacht, over het geheel een lichte daling in de registratie, verklaarbaar door de effecten van de Coronapandemie.

Het officiële Benchmark transparante ketenzorg rapport is bij het schrijven van dit jaarverslag nog niet verschenen. Het is daarom ook nog onduidelijk wat de effecten van de Coronapandemie op het landelijk gemiddelde over 2020 is en hoe wij ons daartoe verhouden.

Diabetes indicatoren GCL	2020	2019	2018
Prevalentie	5,98	6,11	5,9
% DM Patiënten in zorgprogramma	94,02	84,6	90,42
% DM Patiënten MET HVZ <70 met gereguleerd LDL	60,2		
% DM patiënten MET HVZ <70 met streng gereguleerd LDL	21,43		
% DM patiënten ZONDeR HVZ <70 en gereguleerd LDL	75,72		
% DM Patiënten met lipidenverlagende medicament	70,23	70,52	72,5
% DM Patiënten bij wie eGFR is berekend of bepaald	88,56	92,55	95,4
% DM Patiënten met urineonderzoek	84,31	86,18	89
% DM Patiënten van wie het rookgedrag is vastgelegd	90,76	96,27	95,7
% DM Patiënten dat rookt	17,7	18,06	18,7
% DM Patiënten met funduscontrole in afgelopen twee jaar	88,56	91,15	83,7
% DM Patiënten met een voetonderzoek	62,02	74,38	77,8

Benchmark Transparantie Ketenzorg 2020

In 2019 zijn we een pilot gestart met een nieuwe medicamenteuze behandeloptie voor patiënten in de eerstelijns. De GLP1 behandeling, waarbij maar 1 keer per week gespoten hoeft te worden. Deze is echter alleen maar geschikt voor type 2 patiënten die onvoldoende gereguleerd zijn en op een maximale dosering orale medicatie zitten, daarnaast moet er ook sprake zijn van fors overgewicht (BM >30). Het geldt dus alleen voor specifieke gevallen en in nauw overleg met alle betrokken behandelaren.

Uiteraard blijft de NHG standaard geldend, maar zo is er ruimte voor maatwerk. Voorheen werden deze mensen verwezen naar de internist. We monitoren de ervaringen van patiënten en zorgverleners en de belasting voor de praktijk. Ervaring van een praktijkverpleegkundige: "De ervaringen met de GLP1 zijn over het algemeen positief. We hebben nu een patiënt die maar 1 x per week gespoten hoeft te worden, daar kiest men het meest voor (Ozempic). Vicotoza is 1 x per dag. Er bestaat ook nog een GLP 1 behandeling met 2 x per dag spuiten, maar daar hebben wij geen ervaring mee. Nieuw op de markt is de GLP 1 in tabletvorm, daar hebben we ook nog een ervaring mee"

"Verder hebben we behoorlijk de Freestyle Libre meter uitgebreid; indicatie is 4 x insuliner therapie. = Flash Monitoring Systeem met meekijken op afstand, via de Libre view. Kost wel tijd maar heeft voor de patiënt veel mogelijkheden. Alle metingen gaan via de sensor en de vingerprik is voor zo nodig! (Dit is overigens nog steeds de meest accurate meting) In 2019 werd hier al mee geëxperimenteerd, maar sinds feb/maart 2020 hebben we behoorlijk uitgebreid. We hebben nu 12 mensen met een Freestyle libre meter (voorheen dus alleen geïndiceerd voor type 1). Ook hebben wij van de firma Abbott de gelegenheid gekregen, als POH, 14 dagen met zo'n sensor te lopen en te meten om dit zelf te ontdekken. Een bijzondere en prima ervaring!"

Samenwerking podotherapeut/pedicures

Door de korte lijnen is de samenwerking vooralsnog prettig. De podotherapeuten en pedicures kunnen elkaar onderling ook makkelijk bereiken. Het KIS werkt hier erg prettig bij, consultatie onderling wordt zo ondersteunt. Uit de cijfers blijkt wel een duidelijke terugval in het aantal voetcontroles, door wegvallen van fysiek contact tussen POH en patiënt.

Er zijn ook geen fysieke werkgroep overleggen geweest. De contacten tussen hulpverleners vonden op individuele basis plaats, vaak direct gerelateerd aan de zorg (maatwerk) om een gezamenlijke patiënt. Uiteraard is deze keuze gemaakt in het licht van de Coronapandemie, om zoveel mogelijk in contactmomenten te 'snoeien', ook tussen hulpverleners onderling.

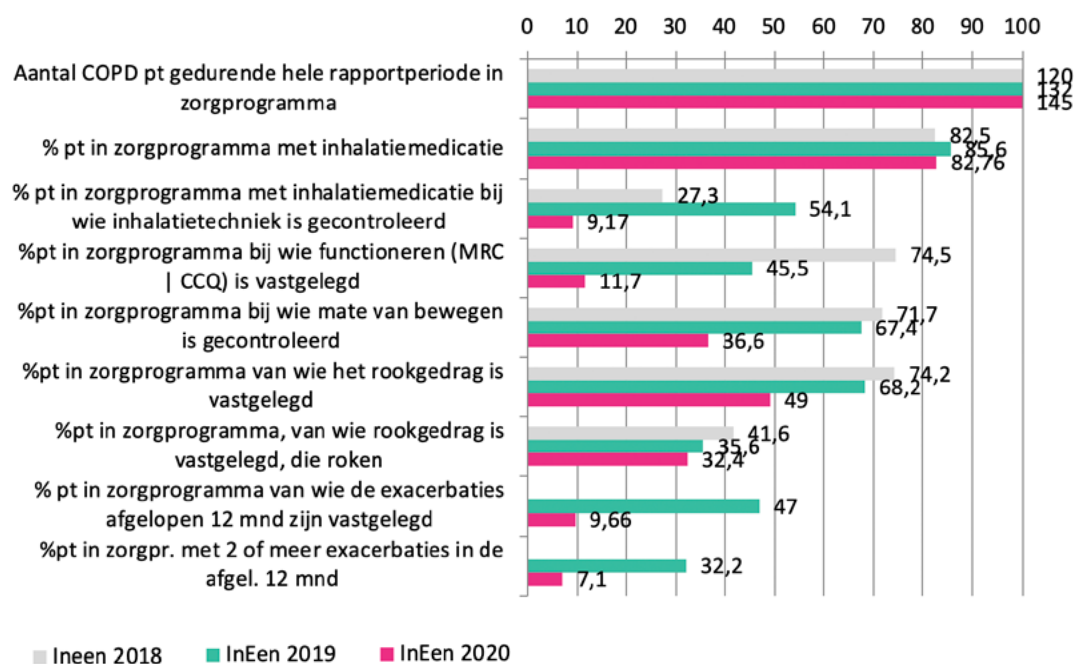
COPD

↶ terug naar
inhoudsopgave

In 2020 volgden twee verpleegkundigen met twee huisartsen de Caspircursus, om de expertise binnen het longteam weer op orde te krijgen. Echter de Coronapandemie heeft deze training tot stilstand gebracht. Overigens is deze nog steeds niet weer opgestart. Mede ook omdat een groot deel van het jaar er geen spirometrieën geblazen mochten worden. Onze indruk is dat de longpatiënten in de continuïteit van zorg het hardst getroffen zijn door de Corona. Hoesten, wat vrij gebruikelijk is bij longpatiënten, leidt tot het afgaan van alarmbellen en angst voor Covid. Niet alleen bij de patiënten zelf, maar ook bij hun omgeving. Zij mogen met hoesten bv. ook niet het gezondheidscentrum bezoeken. Het kwam daardoor vaker voor dat zij bij klachten op het speciale Covid spreekuur gezien werden, waarbij de arts in volledige bescherming de patiënt zag. Onderscheid maken op risico op Covid en 'gewoon hoesten' is niet mogelijk.

De telefonische contactmomenten, konden de face-to-face contacten niet vervangen. Het waren veelal "vinger aan de pols"- gesprekken. Dat verklaart ook waarom de indicatorenrapporten over 2020 een duidelijk terugloop in de resultaten laat zien.

COPD indicatoren GCL 2018-2020



Indicatorenrapport KIS, volgens uitvraag InEen 2018, 2019 en 2020

Over de hele linie zien we een forse terugval in de resultaten. Naast het feit dat Corona hier grotendeels 'schuldig' aan is, is er ook sprake van onder registratie, doordat de huisarts patiënten vaker gezien heeft maar de huisarts niet stapsgewijs alle aandachtgebieden bij langs gaat en vastlegt, zoals de praktijkondersteuner dat doet. Doordat mensen minder gezien zijn, is er ook meer sprake van vervuiling van het bestand.

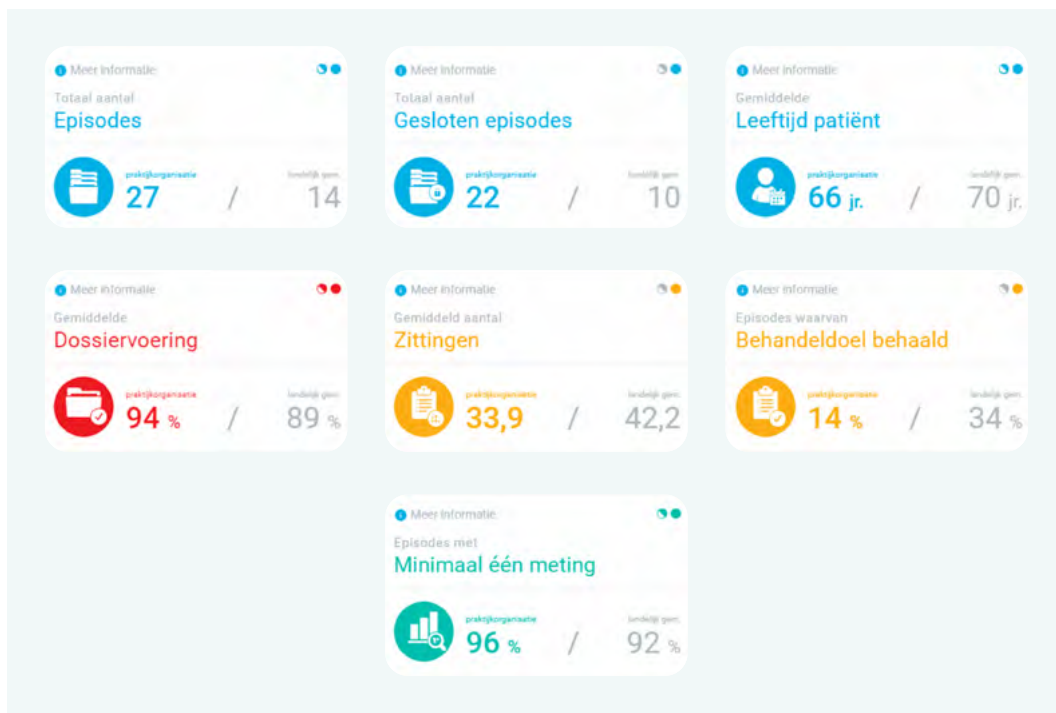
Landelijke Benchmark Transparantie Ketenzorg, Trend COPD	2020	2019	2018
Percentage patiënten in zorgprogramma	79,89	42,58	41,35
Percentage patiënten met inhalatiemedicatie en inhalatietechniek gecontroleerd	9,17	45,13	27,3
Percentage patiënten bij wie functioneren (MRC of CCQ) is vastgelegd	11,72	45,5	47,5
Percentage patiënten bij wie mate van bewegen is gecontroleerd	36,55	67,4	71,7
Percentage patiënten van wie het rookgedrag is vastgelegd	48,97	68,18	74,2
Percentage patiënten dat rookt	32,39	35,6	41,6
Percentage patiënten met 2 of meer exacerbaties in de afgelopen 12 maanden	7,14	32,26	

Kijken we naar de landelijke benchmarkcijfers, dan is het nu nog niet mogelijk om te zien hoe we het ten opzichte van de andere deelnemende partijen, oftewel het landelijk gemiddelde 2020 gedaan hebben, aangezien deze resultaten nu nog niet beschikbaar zijn. We verwachten daar echter ook een daling in de resultaten. Alle multidisciplinaire overleggen zijn het afgelopen jaar niet doorgedaan. Althans niet via de gestructureerde route. Uiteraard heeft individueel overleg tussen disciplines op patiënt niveau wel plaatsgevonden. In 2021 hebben we dit wel weer opgestart, maar dan in een hybride constructie, dus deels fysiek en deels digitaal, om toch de zorg van onze COPD-patiënten weer zo goed mogelijk op te pakken en vooral te zoeken naar wat wél kan.

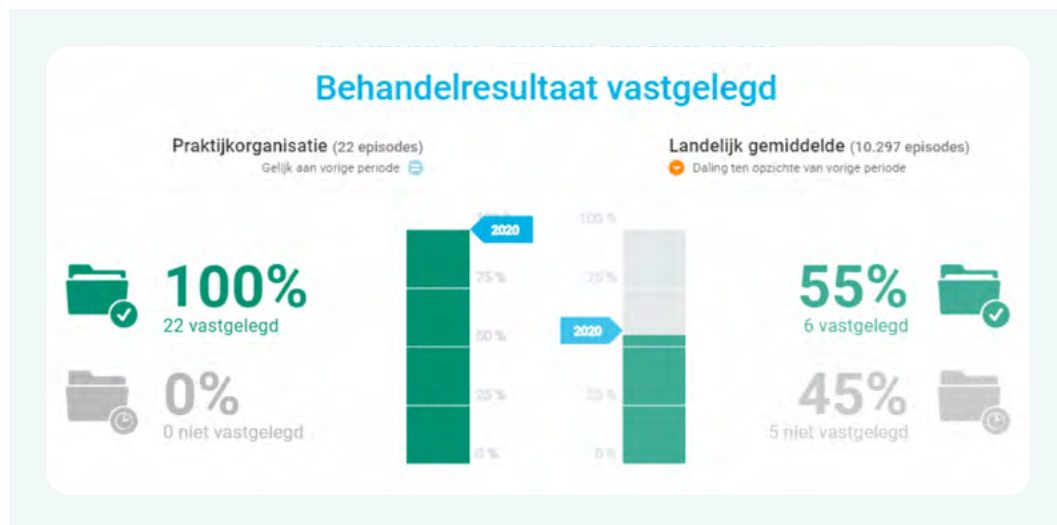
Bijdrage fysiotherapie:

De in- en exclusiecriteria voor deelname aan het beweegprogramma zijn vastgesteld. Onze afdeling Fysiotherapie heeft 27 patiënten met de diagnose COPD in 2020 begeleidt volgens het zorgaanbodplan. Dit waren 17 vrouwen en 10 mannen. 5 Episodes zijn nog niet afgesloten.

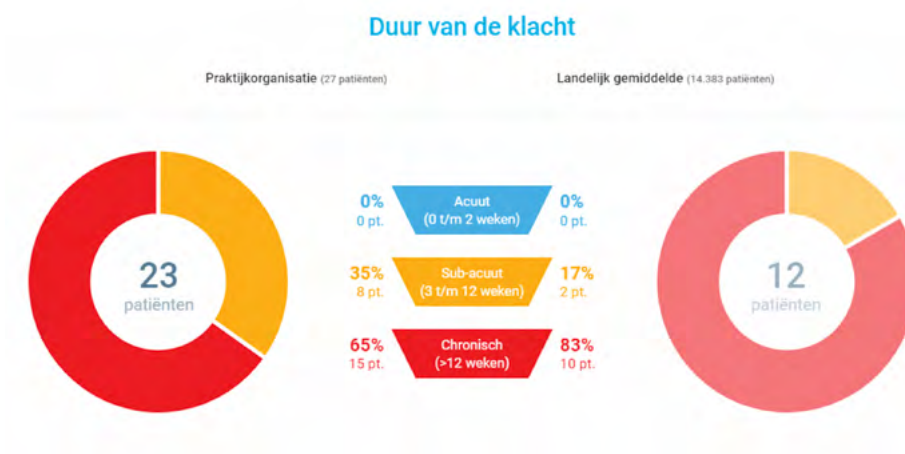
In onderstaande tabellen hebben we een overzicht toegevoegd vanuit de landelijke database fysiotherapie. Dit is een weergave van behandelcodes 2554 (COPD) en wordt vergeleken met de landelijke data in de eerstelijns fysiotherapiepraktijken.



Opvallend is (net als voorgaande jaren) een lage score bij het behalen van de behandel-doelen van de praktijk t.o.v. de landelijke benchmarks. Dit is wellicht te verklaren door het feit dat 5 episodes nog niet zijn afgesloten en ook door de tabel hieronder: de behandelresultaten worden in 100% van de gevallen vastgelegd t.o.v. 55% landelijk. Daarnaast is het gemiddelde aantal behandelingen opvallend bij deze patiëntenpopulatie. Dat ligt in onze praktijk een stuk lager t.o.v. het landelijke gemiddelde.

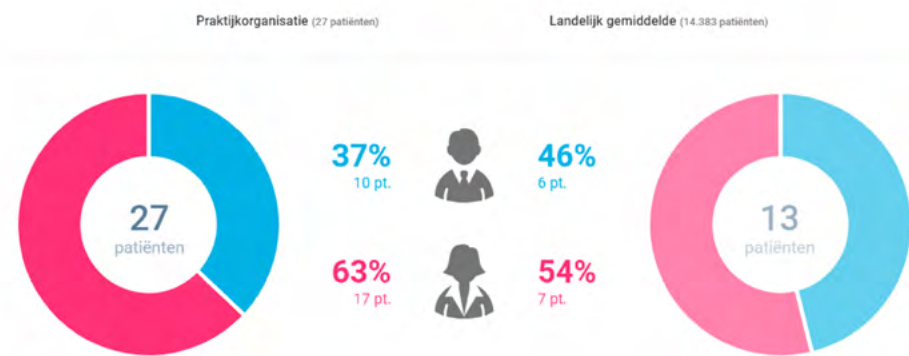


Daarnaast valt op dat we meer subacute patiënten zien t.o.v. het landelijk gemiddelde maar minder chronische patiënten. Over het algemeen moeten de mensen de eerste weken over een streep getrokken worden. Zodra ze resultaten merken in een verminderde kortademigheid en/of ervaren benauwdheid raakt men 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.

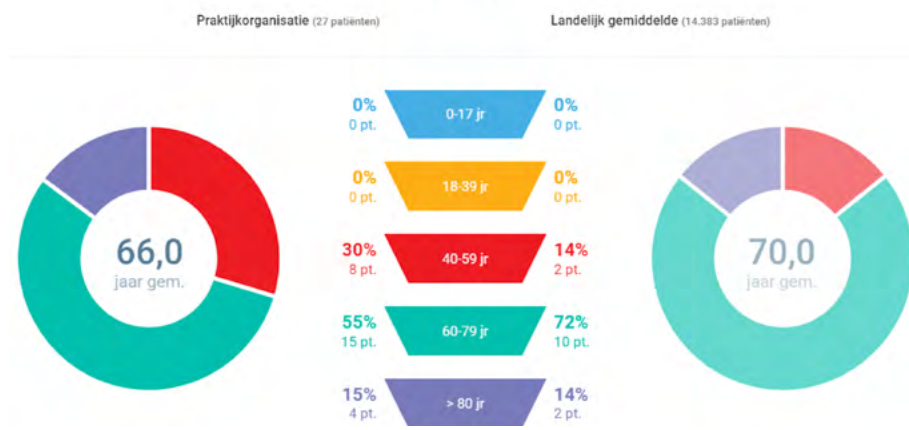


Hieronder staan nog een paar grafieken weergegeven over de COPD populatie die bij de afdeling fysiotherapie onder behandeling waren. Dit gaat over de leeftijdsopbouw en geslacht en of er wel of niet sprake is van nevenpathologie.

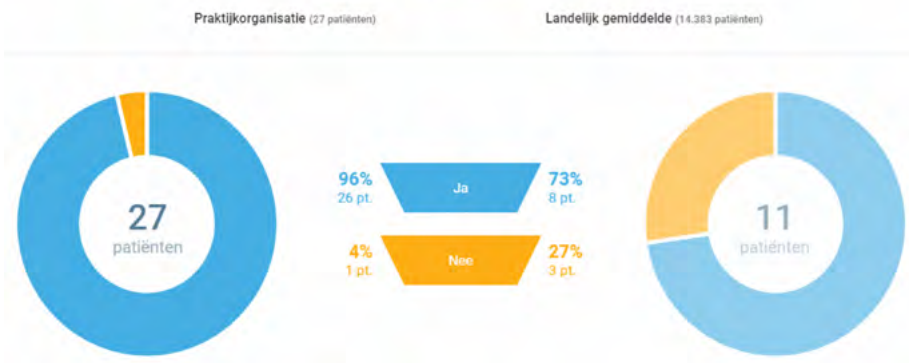
Geslacht



Leeftijd



Aanwezigheid nevenpathologie

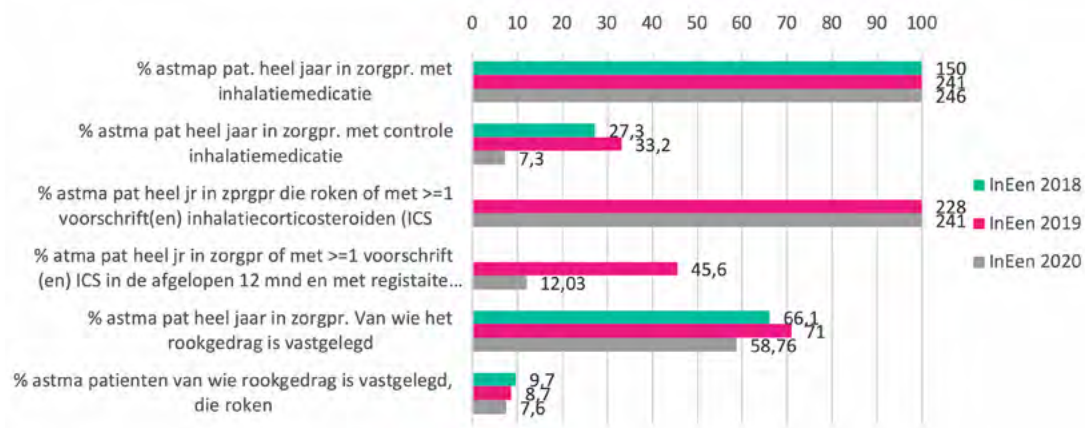


Astma

↩ terug naar
inhoudsopgave

2020 is het eerste jaar na de geleidelijke inclusie per praktijk dat patiënten ook daadwerkelijk een heel jaar in het ketenzorgprogramma geïnccludeerd geweest zijn. Pas dan worden ook de resultaten meegeteld in het indicatorenrapport. Tegelijkertijd is 2020 ook het Coronajaar geworden, waardoor we net als bij de COPD nauwelijks ASTMA patiënten hebben kunnen ontvangen in ons centrum. De wijze waarop de zorg verleend werd is vergelijkbaar met de COPD, alleen bij klachten en dan vaak via het COVID spreekuur. We hebben nu 313 patiënten in het zorgprogramma (322 in 2019), waarvan er 291 patiënten ≥ 16 jaar zijn, die gedurende heel 2020 in het programma waren. Zij staan ook voor de 100% van de mensen die in het programma geïnccludeerd zijn.

Astma indicatoren GCL 2018, 2019, 2020



KIS indicatorenrapport (2018, 2019 en 2020)

Net als bij de COPD zien we ook hier een dramatische daling in de registratie van de indicatoren. Grotendeels verklaarbaar door het wegvallen van consulten en onderregistratie door de contactmomenten met de huisartsen. Ook opschonen van het bestand, heeft dit jaar nauwelijks plaats kunnen vinden.

Indicator	2020	2019
Prevalentie:		7,13
Percentage patiënten met hoofdbehandelaar specialist:	0,38	1,09
Percentage patiënten in eerste lijn, maar niet in zorgprogramma:		6,65
Percentage patiënten in zorgprogramma:	82,15	38,94
Percentage patiënten zonder hoofdbehandelaar:		53,33
Percentage patiënten met inhalatiemedicatie bij wie inhalatietechniek is gecontroleerd:	7,32	33,2
Percentage patiënten bij wie functioneren (ACQ of ACT of 'mate van astmacontrole') is vastgelegd:		45,61
Percentage pat die roken of met ≥ 1 voorschrift ICS in afgelopen 12 mnd, en registratie van mate van astmacontrole	12,03	
Percentage patiënten van wie het rookgedrag is vastgelegd:	58,76	71,01
Percentage patiënten dat rookt:	7,6	8,67

Kijken we naar de landelijke benchmarkcijfers, dan ontbreekt hier ook nog het landelijk gemiddelde voor 2020 en zie je dat er wijzigingen geweest zijn in de aard van de indicatoren. Inhoudelijk valt er nu niet veel anders over te zeggen, dan dat we zelf ook vaststellen dat de zorg voor de astmapatiënt niet zo heeft kunnen plaatsvinden, als we eigenlijk voor ogen hadden. We hopen heel erg dat we deze schade in 2021 weer kunnen inhalen.

CVRM/AF

↩ terug naar
inhoudsopgave

Atriumfibrilleren

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. AF geeft onbehandeld een verhoogd risico op het krijgen van een CVA.

GCL MD per jaar	Totaal aantal metingen	MD Rood	%	AF	% t.o.v. rood	% van totaal aantal metingen	Definitief AF
2017	1221	31	2,5%	13	42%	1,1%	9
2018	1540	22	1,4%	6	27%	0,4%	4
2019	1587	19	1,2%	9	47%	0,6%	7
2020	1043	8	0,8%	6	75%	0,6%	6
Totaal	5391	80	1,5%	34	43%	0,63%	26
							0,48%

Metingen via My Diagnostic 2017-2020

In bovenstaande tabel zijn de resultaten van de metingen via de My- Diagnostic van de afgelopen vier jaar te zien. We zien daarin dat er in 2020 ongeveer 30% minder metingen gedaan zijn dan, voorgaande jaren. Dat is verklaarbaar door de afname van consulten in de praktijk, wegens de corona pandemie.

Niet alle Rode uitslagen blijken uiteindelijk na vervolgonderzoek, ook daadwerkelijk AF te zijn. Zo zijn er in de afgelopen drie jaar 20 personen gevonden (0,46% van het totaal aantal metingen), die zonder dat ze het wisten, een verhoogd risico liepen op het krijgen van een CVA. Deze aantallen komen ook overeen met de grote cohortstudies van Dr. Tieleman.

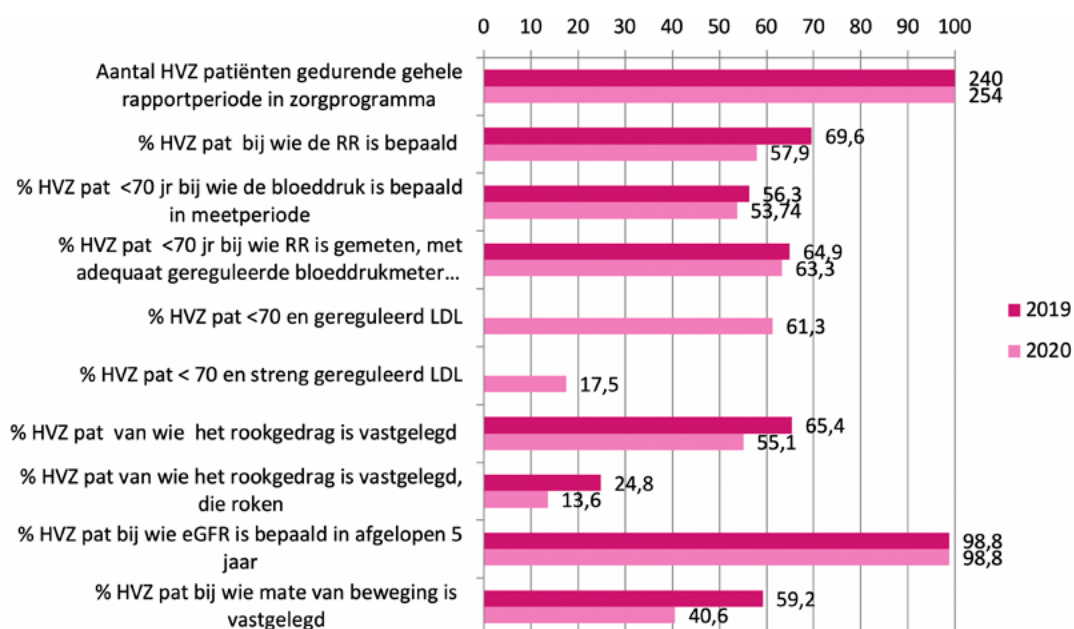
Veruit de meeste metingen worden uitgevoerd door de Praktijkondersteuner en assistenten (91%). Zij zien een relatief vaste groep 65+ ers. De mensen die nu de stick vasthouden hebben dat al veel vaker gedaan. Ook wordt de stick regelmatig ingezet op de EHBO. Met name de huisartsen zien nog 'nieuwe' 65+ers die geen deel uitmaken van Ketenzorg. 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, omdat vooral die groep mogelijk onder de radar blijft. Ten opzichte van 2019 zijn de huisartsen daarin geslaagd. Hun aandeel is van 3% naar 9% gestegen. Natuurlijk wordt er via de reguliere zorg tijdens spreekuren en visites ook af en toe een nieuwe AF er gevonden. In totaal zijn er nu gemiddeld 110 mensen in het zorgprogramma geïnccludeerd. (Ter vergelijking 2019: ±118)

Naast het vinden van 'nieuwe' patiënten wordt er ook ingezet op het overnemen van patiënten uit de tweede lijn. Een keer per jaar evalueren we de voortgang en de samenwerking met de werkgroep AF van het Martini Ziekenhuis. Dat heeft in 2020 niet plaatsgevonden.

HVZ

↩ terug naar
inhoudsopgave

Voor het CVRM programma hebben we zoveel als mogelijk ingezet op het consolideren van de bestaande afspraken.



Indicatoren 2019-2020 (volgens InEen)

100% van het aantal HVZ patiënten die gedurende de gehele rapportperiode in het zorgprogramma opgenomen waren staan voor 254 patiënten (2019 waren dat er 240.) In 2020 zijn er weer een aantal indicatoren aangepast. Diegene die zijn vervallen (veel metingen over mensen <80 jaar, in combinatie met LDL-bepalingen), worden nu niet meer weergegeven. Andere zijn nieuw, daar zie je dus ook maar één registratie van.

Zoals verwacht zie je in 2020 over het algemeen een daling in de registraties. Dat is niet verwonderlijk aangezien ook hierbij de verminderde consulten in de praktijk door corona, lijdt tot minder registratie. Alleen, de eGFR bepaling, (metingen over afgelopen 5 jaar) blijft gelijk.

Onderstaand overzicht komt uit de Benchmark van Transparantie Ketenzorg. Bij het schrijven van dit verslag, zijn de landelijke gemiddelde over 2020 nog niet bekend.

Transparantie Ketenzorg Benchmark, Trends HVZ	2020	2019	2018
percentage patiënten in zorgprogramma	78,2	72,44	83,23
percentage patiënten bij wie de RR bepaald is	57,9	69,6	
percentage patiënten , <70 jr bij wie de RR bepaald is	53,7	56,3	
% HVZ pat <70 jr bij wie RR is gemeten, met adequaat gereguleerde bloeddrukmeter (praktijk, thuis, 24 uur, 30 min) in meetperiode	63,3	64,9	
% HVZ pat < 70 jr en gereguleerd LDL	61,3		
% HVZ pat < 70 jr en streng gereguleerd LDL	17,5		
percentage patiënten van wie het rookgedrag is vastgelegd	55,1	65,4	68,5
percentage patiënten dat rookt	13,6	24,8	25,7
percentage patiënten bij wie eGFR is bepaald in afgelopen vijf jaar	98,8	98,8	98,2
percentage bij wie mate van beweging is vastgelegd	40,6	59,2	64

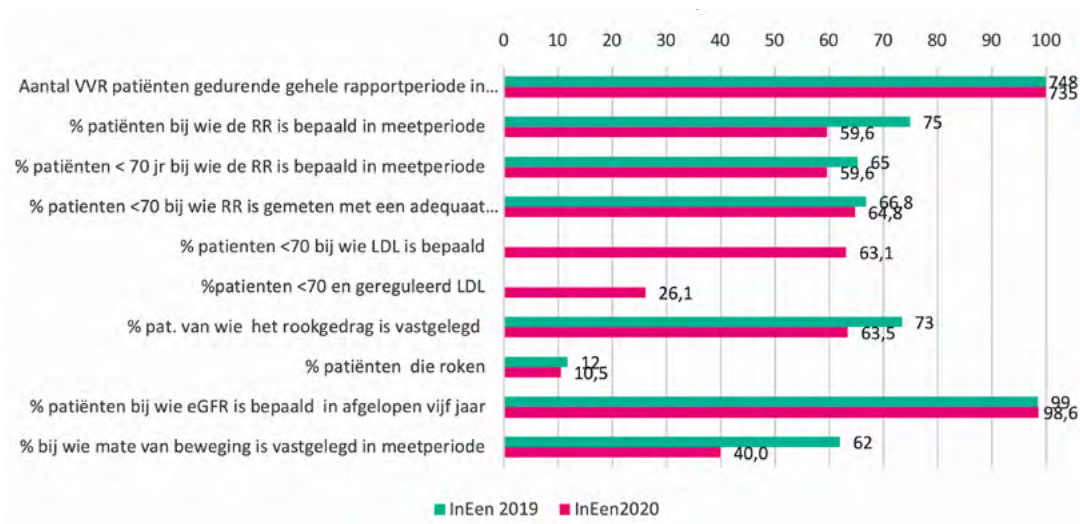
Transparantie Ketenzorg, trends; 2018, 2019, 2020

Over het algemeen volgden we de grote lijnen van het landelijk gemiddeld. Bij sommige indicatoren zitten we er iets boven, bij anderen iets onder. Het is gezien de effecten van de coronapandemie onvoorspelbaar hoe dit er voor 2020 uit komt te zien.

VVR

↶ terug naar
inhoudsopgave

De 100% van de VVR patiënten die gedurende de gehele rapportperiode 2020 in zorgprogramma geïncordeerd waren, staan voor 735 patiënten. Ten opzichte van 2018 is dit een lichte daling, toen waren dat 748 patiënten.



Indicatoren 2019 – 2020 (volgens InEen)

Ook bij deze uitvraag van indicatoren zijn er wijzigingen geweest ten opzichte van 2019. Ook nu worden alleen de actuele indicatoren getoond, waardoor soms maar één meting waarneembaar is. Het is haast overbodig om te vermelden dat ook bij de VVR duidelijk is dat daling in registratie vooral verklaard wordt door de verminderde contacten, wegens Corona. Dit is ook waarneembaar in de trendrapportage van de Landelijke Benchmark Transparante Keten zorg.

Transparantie Ketenzorg Benchmark, Trends VVR	2020	2019	2018
percentage patiënten in zorgprogramma	69,2	67,61	75,28
percentage patiënten bij wie bloeddruk is gemeten	59,6	74,9	75,28
percentage patiënten , <70 jr met syst. RR	59,6	65,2	
percentage patiënten, <70 met RR gemeten door adequaat gereguleerde RR meter (praktijk, 24 uur, 30 min)	64,8	66,8	
percentage patiënten < 70 jr bij wie LDL is bepaald	63,1		
percentage patiënten < 70 jr met gereguleerd LDL	26,1		
percentage patiënten van wie het rookgedrag is vastgelegd	63,5	73,4	74,57
percentage patiënten dat rookt	10,5	11,84	12,38
percentage patiënten bij wie eGFR is bepaald in afgelopen vijf jaar	98,6	98,53	98,01
percentage bij wie mate van beweging is vastgelegd in meetperiode	40	62,02	64,49

Benchmark Transparante Ketenzorg, 2018, 2019,2020

Algemene toelichting werkgroep CVRM/AF

Onze reguliere werkgroep overleggen, zijn net als bij de overige Ketenzorgprogramma's wegens Corona op on-hold gezet. De praktijkondersteuners hebben hun consulten zowel telefonisch, als via beeldbellen en waar mogelijk face-tot-face gedaan. Dit was steeds afhankelijk van de situatie, waarbij urgentie, richtlijnen en wensen van patiënt, tegen elkaar werden afgewogen. Op individueel patiënt niveau werd uiteraard, waar nodig, onderling contact gezocht tussen de verschillende behandelaars.

Door de verandering van samenstelling van het team praktijkondersteuners, heeft er ook verschuiving van patiënten (ondersteuning van huisartsen) plaats gevonden. Enerzijds om de workload onderling gelijkmatig te verdelen, anderzijds omdat nog niet iedereen over dezelfde expertise beschikt. We verwachten dat wanneer alle scholingen afgerond zijn, de expertise tussen de POH's onderling ook weer verder naar elkaar toegroeit.



↩ terug naar
inhoudsopgave

GGZ en Corona

Ook binnen de GGZ zorg waren de effecten van de coronapandemie goed te merken. Nadat eerst bijna alle afspraken omgezet werden, naar telefonische contacten, deed ook al gauw het beeldbellen zijn intrede. Een manier om toch een klein beetje de non-verbale communicatie mee te krijgen. Alle medewerkers binnen de ggz zijn echter unaniem van mening dat het enorm veel inspanning kostte en je toch niet het gevoel/contact met de patiënt had, vanwege de afstand. Bij enkelen konden wandelafspraken één en ander compenseren.

Na de eerste golf is dan ook besloten dat de face-to-face contacten onder voorwaarden weer opgestart mochten worden en ook tijdens de tweede en derde golf onder voorwaarden kon blijven. Veel patiënten kwamen extra onder psychische druk te staan, door het wegvallen van bestaande structuren, verminderde sociale contacten en de dreiging van de ziekte. Crisissituaties deden (en doen) zich in de loop van het jaar meer en meer voor. Maar voor enkelen (mensen met sociale angst problematiek) werd/wordt deze nieuwe manier van leven als een verademing ervaren. Meer rust, minder druk.

GGZ en UCP

In 2019 zijn we gestart met evaluatiegesprekken met de Chef de Clinique van het UCP. De aanleiding hiervoor was de wachttijden, de onduidelijk verwijsmogelijkheden, dan wel afwijzingen, en het "van-het-kastje-naar-de-muur-gevoel". We proberen nu éénmaal per jaar contact over de samenwerking te onderhouden, verwachtte ontwikkelingen door te spreken en ervaren knelpunten voor te leggen. Dit overleg heeft in januari 2020 plaats gevonden. Uiteraard is de consultatief psychiater daar ook bij aanwezig.

Consultatief psychiater

Mw. Drs. A. van Lammeren, van het Universitair Centrum voor Psychiatrie, is al langdurig aan ons centrum verbonden als consultatief psychiater. Nadat de pandemie zijn intrede deed, is ze slechts enkele dagdelen nog op het centrum geweest. Uiteraard was ze gelukkig wel telefonisch of per mail beschikbaar. We hopen in 2021 weer meer van haar inzet en ondersteuning gebruik te kunnen maken. Het wordt wel als een gemis ervaren, dat deze vorm van consultatie zo langdurig op on-hold gezet is.

Inzet POHGGZ

In onderstaand overzicht worden de registraties van de POHGGZ en de Verpleegkundig specialist GGZ samen weergegeven. Er is een duidelijk afname in het aantal consulten >20 min. waarneembaar en een stijging in de kortere contactmomenten. De verklaring is grotendeels te wijten aan de veranderende consultvoering, door Corona.

Meer mail-, of telefonisch contact en minder face-to-face. Daar speelt echter ook nog doorheen dat er door operatie en hersteltijd één POHGGZ meerdere weken afwezig was. Ook is er wisseling van VS geweest, die niet naadloos aansluit (vertraging van ongeveer 2 maanden). Op de één of andere manier 'missen' de registraties van de nieuwe VS over de periode van 1 oktober tot 31 december 2020. Deze aantallen ontbreken dus ook in onderstaand overzicht:

Omschrijving verrichting	Totaal 2019	Totaal 2020
Consult 5 - 20 minuten	282	433
Consult korter dan 5 min	342	424
Consult langer dan 20 min	3514	2976
Visite korter dan 20 min	1	5
Niet Verschenen Zonder Bericht	99	95
Visite langer dan 20 min	24	34
Totaal aantal contactmomenten	4262	3967

De visites langer dan 20 minuten zijn wel toegenomen. In 2020 waren dit voornamelijk de 'wandelaafspraken' om het consult te vervangen. De POHGGZ ervaren, net als voorgaande jaren, nog enorme druk op de spreekuren en moeten alle zeilen bijzetten om te zorgen dat de wachtlijsten niet te lang worden. Ook ervaren ze zwaardere problematiek en zijn veel klachten van mensen die door de corona uit balans gebracht werden.

Onderstaande tabel laat het aantal verwijzingen richting psychiatrie en psychologische zorg zien. Naar beide domeinen is een toename waarneembaar.

Omschrijving	Totaal 2017	Totaal 2018	Totaal 2019	Totaal 2020	per 1000 pt 2017	per 1000 pt 2018	per 1000 pt 2019	per 1000 pt 2020
psychiatrie	387	385	516	611	27,5	27,6	36,8	43,3
psychologische zorg	138	120	193	236	9,8	8,6	13,8	16,7
totaal	525	505	709	847				

Pharmapartners jaarplan 2020 vs 2019,2018,2017

Het is aannemelijk dat juist de Corona pandemie ervoor gezorgd heeft dat meer mensen in psychische nood verkeerden en dat zij meer een beroep moesten doen zwaardere vorm van ondersteuning. Deze feedback kregen ook we ook terug van in ieder geval de orthopedagoge en de GZ psychologen. Mogelijk speelt ook de verminderde inzet van de consultatief psychiater hier nog een rol in.

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. Bij EPA-patiënten gaat het om zorg intensieve patiënten, waarbij van oudsher er hoge intramurale GGZ kosten waren. In 2020 hebben we een uitgebreide evaluatie gedaan, in samenspraak met de zorgverzekeraar Menzis over de eerst 2 ½ jaar van het programma. Het EPA-programma is bedoeld om patiënten, onder voorwaarden, sneller terug te laten stromen van de SGGZ naar de huisartsenzorg in de eerstelijns. Daarnaast bestond de mogelijkheid om mensen die mogelijk geen of onvoldoende zorg ontvingen, actief te benaderen en uit te nodigen voor begeleiding.

EPA-patiënten:

- Vertonen vaak ongezond leefstijlgedrag (roken, ongezonde voeding, gebrek aan beweging, etc)
- Hebben moeite om zich aan behandelvoorschriften te houden
- Krijgen vaker somatische problemen door langdurig medicatiegebruik
- Lopen achter bij de herkenning en behandeling van lichamelijke aandoeningen (Delespaul 2013)

In het programma wordt aandacht besteed aan:

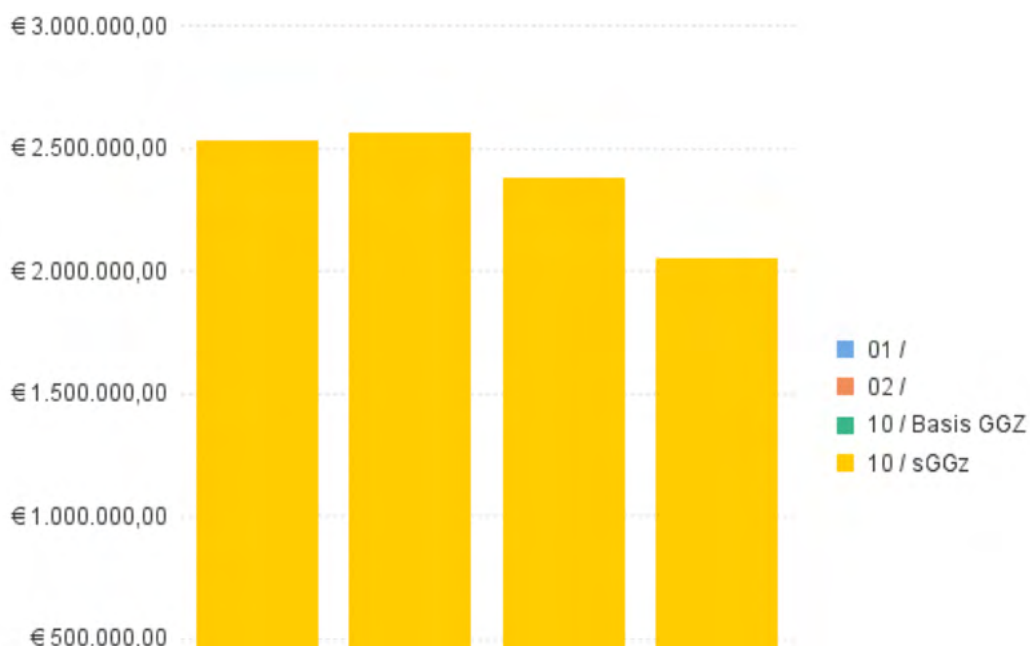
- Psychosociale ondersteuning gericht op stabilisatie en herstel
- Leefstijlbegeleiding
- Medicatiebegeleiding
- Somatische screening en z.n. aanvullend onderzoek

Door het invoeren en uitvoeren van dit programma:

- Ontvangen patiënten zorg dichterbij huis
- Krijgen zij zorg door bekende en vertrouwde hulpverleners
- Kan de SGGZ onder voorwaarden, stabiele patiënten in goed vertrouwen overdragen
- Wordt de zorg efficiënter en goedkoper

Op grond van monitoring van data van Menzis en data van het GCL zijn de volgende resultaten waarneembaar;

1. Afname van zorgconsumptie in de SGGZ, door extra begeleiding in de 1e lijn en
2. Juiste rolverdeling tussen POH-GGZ, VS, Huisarts en Consultatief psychiater
3. Extra mankracht, meer expertise in de eerstelijns en betere coördinatie zorgt voor minder verwijzingen naar de SGGZ. En mochten er toch exacerbaties zijn dan kan er sneller worden terugverwezen.
4. Zowel huisartsen (verwijzers), VS (uitvoerder), zijn positief over het programma. Evenals (het merendeel) van de patiënten zelf.
5. Sinds invoering van EPA-programma is er een substantiële vermindering van totale GGZ-zorgkosten onder Menzisverzekerden waarneembaar. Zie daarvoor onderstaand diagram.



(Bij het vaststellen van deze evaluatie waren de DBC's van 2019 nog niet afgesloten. Daardoor konden deze gegevens nog niet in de evaluatie meegenomen worden). Menzis; januari 2020

In mei 2020 zagen we het volgende beeld:

Rijlabels	Aantal van socialsuritynummer
Bestaande patiënt	31
Nieuwe gediagnosticeerde patiënt	2
Overname uit tweede lijn	15
Overname vanuit GB-GGZ	3
Overname vanuit S-GGZ	63
Patiënt is redicief	1
(leeg)	1
Eindtotaal	116

Op dat moment waren 116 patiënten geïnccludeerd, (een paar moesten nog opgeroepen worden). Dit overzicht laat zien dat ongeveer de helft van de patiënten terugverwezen wordt uit de SGGZ.

Ook de effecten van de Coronapandemie zijn aan de EPA patiënten niet ongemerkt voorbijgegaan. Toename van isolement, door wegvallen van sociale contacten, dagbesteding of andere dagelijkse structuren, valt zwaar. De balans tussen een stabiel bestaan en risico op exacerbaties is fragiel en kwetsbaar. De lange termijneffecten hiervan kunnen we nog niet overzien. De toekomst moet dit verder uitwijzen, aangezien we ons nog steeds in deze door coronarichtlijnen gedomineerde samenleving bevinden.

Wisseling van hulpverlener

In 2020 hebben we te maken gehad met wisseling van de verpleegkundig specialist die het EPA- programma draagt. Dit heeft er ook weer toe geleid dat alle geïnccludeerde patiënten opnieuw beoordeeld zijn op de inclusiecriteria. Wisseling van behandelaar, in combinatie met het wegvallen van de dagelijkse routine door corona zorgde bij sommigen wel voor extra stress. De nieuwe VS is nu langzamerhand ingewerkt en heeft haar draai gevonden. Het blijkt dat het 'overnemen van een functie' in een zich nog ontwikkelend programma, een behoorlijke uitdaging is. Anderzijds laat het nu juist ook zien hoe bestendig het programma is en waar mogelijk de 'blinde vlekken' zijn. In 2021 zullen we dit beter kunnen vaststellen. Daar is het nu nog te vroeg voor.

Bijdrage

Orthopedagoog en GZ-psycholoog; Y. van Pijkeren

In 2020 hebben zich 94 nieuwe cliënten bij mij aangemeld. Van de 94 nieuwe cliënten zijn er 51 in 2020 afgerond. Bij de anderen wordt de behandeling in 2020 voortgezet. Van 45 cliënten uit 2019 liep de behandeling door in 2020 en zijn in dit jaar afgerond.

jaartal	nieuwe aanmeldingen	Afgerond	nog in behandeling
2019	93	102	45
2020	94	96	43

Het betreft kinderen/jongeren tot 18 jaar. Meestal worden ouders/verzorgers erbij betrokken, dit is afhankelijk van leeftijd en/of problematiek. De problematiek richt zich met name op:

- Angst, depressieve klachten, paniekaanvallen, 'stemmen' en dwang;
- Zelfbeeld-/identiteitsproblematiek/genderproblematiek;
- Boosheid/agressie, impulsbeheersing en dreiging gebruik messen;
- Zelfbeschadiging en eetproblematiek;
- Autistisch gedrag en omgaan met autisme;
- Stress, piekeren, slaapproblemen en psychosomatisch klachten;
- Problemen rond hoogbegaafdheid.

Net als vorig jaar neemt de ernst van de problemen bij jongeren behoorlijk toe. Er lijkt een stijgende lijn in te zitten. Ik merk dat het coronavirus ook zijn weerslag op jongeren heeft. Dat zie ik terug in de ernst van de problemen. Ik heb niet eerder zo veel jongeren met depressieve gevoelens en suïcidale gedachten in mijn praktijk gehad. Een aantal van deze jongeren heb ik met spoed in overleg met de huisarts moeten doorverwijzen naar de specialistische GGZ elders.

Gemiddeld zie ik kinderen/jongeren met hun ouders zo'n 12 keer in een periode van een half jaar (tot een jaar: dit meestal om aan te houden voor terugval). Problemen van ouders zelf hebben evenals voorgaande jaren invloed op de problematiek van kinderen/jongeren, waarbij (vecht)scheidingssituaties blijvend zeer frequent voorkomen. Daarnaast spelen psychiatrische problemen van ouders en afwezigheid van een van de ouders een rol.

De meeste cliënten zijn door huisartsen doorverwezen. Daarnaast zijn cliënten door jeugdarts/WIJ-team verwezen.

Vanuit de tweede lijn zijn ook dit jaar geen doorverwijzingen ontvangen. 3 Jongeren bereikten de leeftijd van 18 jaar en zijn doorverwezen naar zorg die vergoed wordt door de zorgverzekering.

Mijn praktijk is gevestigd in het Gezondheidscentrum Lewenborg en daardoor zijn er korte lijnen met de andere zorgverleners. Naast het intensieve contact met huisartsen is er ook een samenwerking rond het project "Groei Goed" (kinderfysiotherapeut en diëtist). Dat project loopt al zeven jaar. De samenwerking met WIJ Lewenborg is afgelopen jaar geïntensiveerd.

Om mijn deskundigheid op peil te houden maak ik deel uit van meerdere intervisiegroepen en krijg supervisie (biopsycholoog).

Bijdrage

GZ-psycholoog; M. D. Boersma

Vanaf 8 februari 2020 ben ik bijna volledig praktijk gaan draaien in het Gezondheidscentrum Lewenborg. Mijn praktijk in Winschoten is gesloten en ik heb daar ondanks de Coronacrisis uiteindelijk alle lopende behandeling naar tevredenheid van alle cliënten in december kunnen afronden op een tijdelijke locatie. Dat de praktijkondersteuners GGZ en de huisartsen de weg naar mij goed te vinden weten, blijkt uit de vele aanmeldingen die ik heb mogen ontvangen.

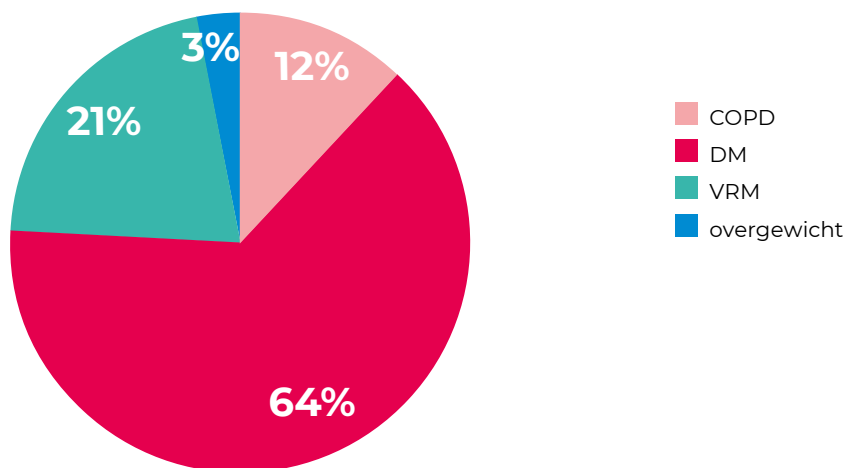
In de periode van februari 2020 tot en met 31 december 2020 heb ik 119 verwijzingen gekregen en in behandeling kunnen nemen. Er zijn wel meer verwijzingen gedaan maar omdat de wachttijden bij mij soms lang zijn, zijn cliënten bij collega's in behandeling gekomen waar eerder plek was. Na een korte aanmeldstop is de aanmelden weer mogelijk en staan nu 17 mensen op de wachtlijst. De twee meest voorkomende diagnoses zijn angststoornissen en depressieve stoornissen. De Coronacrisis heeft op mijn werkzaamheden praktisch geen invloed gehad. Ik ben wel meer online sessie gaan geven.

De gemiddelde score van alle cliënten op de SQ-48 (een klachtenlijst die de meest voorkomende klachten scoort) is aan het begin 67 (klinisch) en aan het einde 38 (normaal). Op de CQ-index (een cliënt tevredenheidsvragenlijst) geven mensen een 9 voor bejegening, een 9 voor uitvoering van de behandeling en 18 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.

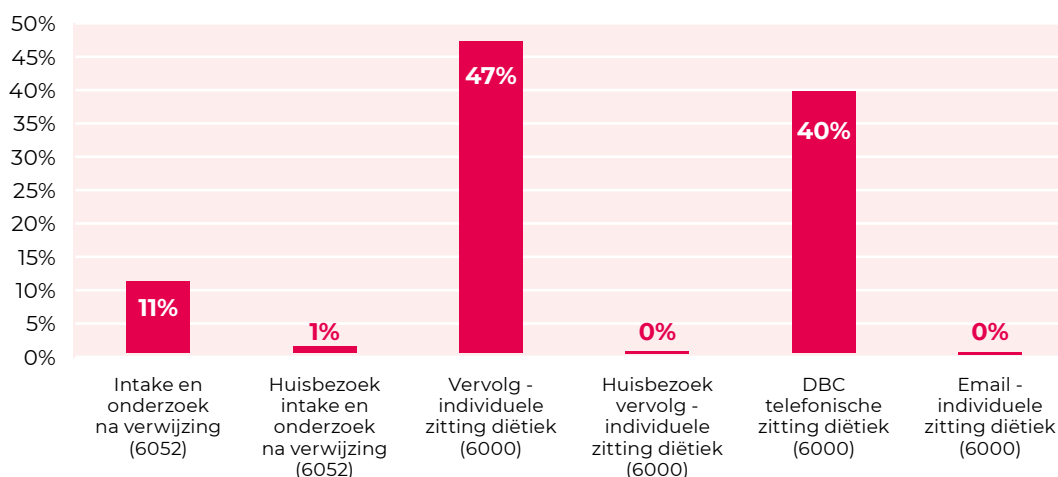
Diëtethiek

↶ terug naar
inhoudsopgave



Verdeling totale behandelduur per verwijsdiagnose 2020

Per verwijsdiagnose heeft Diëtetheek ondersteuning geboden volgens verdeling zoals deze hierboven in de cirkeldiagram weergegeven wordt. De totale behandelduur is ten opzichte van 2019 met 35% gedaald. Deze daling is grotendeels te verklaren door de coronapandemie, en voor een (klein) deel door wisseling van personeel. Medio maart 2020, toen de Coronapandemie in alle hevigheid kwam opzetten, hebben de diëtisten en medewerkers van klantcontact van Diëtetheek heel snel geschakeld om de reeds geplande consulten om te zetten naar consulten op afstand (telefonisch of videobellen). Cliënten en patiënten zijn ingelicht over de mogelijkheden van het begeleiden op afstand.

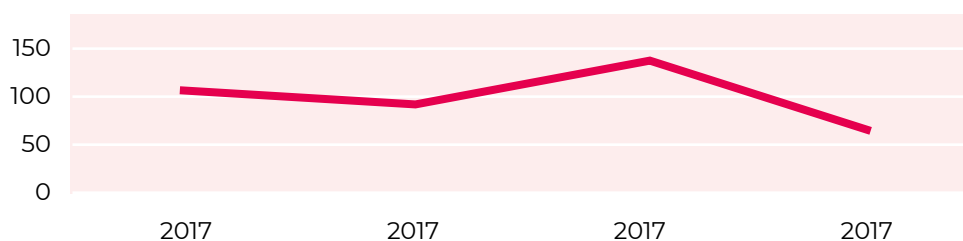


% consulten per onderwerp

In dez grafiek op pagina 46 is duidelijk af te lezen dat bijna de helft van alle vervolgsconsulten telefonisch of middels videobellen heeft plaatsgevonden. De afstemming van zorg en de mogelijkheden op locatie is in heel goed onderling overleg gegaan.

Gelukkig kon op deze manier de diëtistische begeleiding min of meer gecontinueerd worden. Hoewel er mogelijkheden waren om de cliënten op afstand te begeleiden, was bij Diëtheek duidelijk merkbaar dat sommige cliënten de afspraak wilden verzetten naar een moment dat een afspraak op locatie wel weer mogelijk was.

Ook was duidelijk merkbaar dat het aantal nieuwe verwijzingen (intakes) ten opzichte van voorgaande jaren afgenomen is.: zie de grafiek hieronder.



Begin juni zijn de diëtisten gestart met het houden van gecombineerde spreekuren – deels begeleiding op afstand en deels op locatie – om de toestroom van cliënten op de locatie enigszins te beperken. Uiteindelijk zijn de spreekuren weer volledig op de locatie hervat, natuurlijk rekening houdend met alle maatregelen. Het is bijzonder om te zien hoe iedereen zich heel hard heeft ingezet en heeft aangepast aan de omstandigheden om de zorg rondom de cliënt/patiënt te kunnen waarborgen. Het is fijn om op deze manier met elkaar te kunnen samenwerken!

Op dit moment worden de spreekuren gehouden door:

Vera van Schaik: **maandag**
Jente Friso: **woensdagmiddag**
Lisanne Pomper: **donderdag**

Naast de evaluaties over de reguliere zorg, is er ook op verschillende momenten met Diëtheek nagedacht over andere vormen van preventie. Zo is ook gesproken over inzet van de GLI door Diëtheek en de ervaringen ten aanzien van de wandelchallenge van de Bas van der Goor foundation. De diëtisten hebben hier al op ander locaties ervaring mee. Het was zeer waardevol om deze ervaringen te benutten voor de keuzes voor Lewenborg.

Tot slot

[↩ terug naar
inhoudsopgave](#)

Terugkijkend op 2020 kunnen we vaststellen dat, ondanks de curieuze ervaring van het doormaken van een pandemie, we er als centrum toch redelijk in geslaagd zijn om de eerstelijns zorg zoveel mogelijk overeind te houden. Dat neemt niet weg dat we ons nog zorgen maken.

In de eerste plaats over het feit dat we nu, in april 2021, nog steeds in de 4e golf zitten, ook al mogen de terrassen vanaf vandaag weer open. De besmetting cijfers blijven nog hoog, evenals de ziekenhuisopnames en de IC-bezetting. De ziekenhuisbestuurders en het ROAZ houden nog steeds ernstig rekening met een draaiboek van code ZWART, waarbij zelfs de spoedeisende zorg onder druk komt te staan.

De effecten van de Coronapandemie zullen ons nog lange tijd achtervolgen, ook al is straks de hele bevolking ingeënt. Dagelijks ervaren we de effecten van de reeds uitgestelde zorg, van mensen die niet komen (zorg mijden), of te laat komen (met ernstige gezondheidsschade tot gevolg). Mensen die bang zijn en al weken- of maandenlang op een wachtlijst staan. Anderen die zich weer zorgen maken over hun familie en tot slot maken wij ons ook nog zorgen over mensen die we niet zien, waar geen verhaal van bekend is, die nog steeds onder de radar blijven.

Het is de kunst om met zijn allen om te leren gaan met deze onzekerheden. We weten nog weinig van dit virus, hoe het zich ontwikkelt, of de vaccinaties ook langere tijd bestand zijn tegen mutaties? Flexibiliteit wordt van ons gevraagd in de uitvoering van de maatregelen, in het collectief bestrijden van deze ziekte.

Dat omgaan met onzekerheden en het flexibel zijn in de uitvoering zijn eigenschappen die binnen het gezondheidscentrum Lewenborg door alle medewerkers getoond werd. Hopelijk geven deze eigenschappen ons voor de toekomst ook de kracht om verder te gaan, te blijven verbeteren waar mogelijk, positief in het leven te staan en er samen iets moois van te maken.

We kijken uit naar de ontwikkelingen om het traject om de 'Ketenzorg te mogen ontketenen', de beweging van de Positieve Gezondheid van Machteld Hubert te implementeren en via die routes nog meer maatwerk aan onze patiënten te kunnen bieden.

Dank voor uw aandacht!

www.gezondheidscentrumlewenborg.nl



GEZONDHEIDSCENTRUM
LEWENBORG

Kajuit 438e, 9733 CZ Groningen