



GEZONDHEIDSCENTRUM  
LEWENBORG

# jaarverslag 2015

Stichting Gezondheidscentrum Lewenborg



# Inleiding

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

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

Goede samenwerking is geen vanzelfsprekendheid. Daar moet elke dag hard aan gewerkt worden, met veel betrokkenheid, inzet en oog voor elkaar. In 2015 hebben we dat dan ook met veel plezier gedaan. Helaas, hebben we als Gezondheidscentrum ook te maken met mutaties op de arbeidsmarkt, waardoor het soms lastig is op tijd voldoende kwalitatief geschoolde arbeidskrachten te vinden. Gelukkig zijn de formaties nu weer op peil. Om de visie “Samen is meer dan de som der delers” daadwerkelijk in de praktijk te kunnen en willen brengen, betekent het dat je elkaar moet kennen. Samenwerkingsrelaties aangaan, afspraken maken, elkaar durven en kunnen aanspreken, werkt alleen als je elkaar kent. Het GCL heeft geïnvesteerd in relaties met onze partners. Daar kunnen we nú en in de toekomst, de vruchten van plukken.

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

Als bestuur proberen we de ontwikkelingen binnen het zorglandschap nauwlettend te volgen en in te spelen op de veranderingen waar mogelijk. De ontwikkelingen gaan snel en soms niet snel genoeg. We worden geconfronteerd met faillissementen, gedwongen ontslagen, krapte op de arbeidsmarkt om goed gekwalificeerd personeel te kunnen aantrekken; tegelijkertijd zien we kansen en mogelijkheden om kwalitatief goede zorg in multidisciplinair verband dicht bij huis te kunnen leveren. Bovendien volgen we de geografische ontwikkelingen en zien we uitbreiding van ons patiëntenbestand richting Meerstad. Het openen van een 'buitenlocatie' wordt daarom nader onderzocht.

Voor 2016 nodigen we iedereen uit, die samen met ons aan een kwalitatief goede patiëntenzorg wil werken, deze handschoen op te pakken en op zoek te gaan naar het 'meer' dan de som der delers.

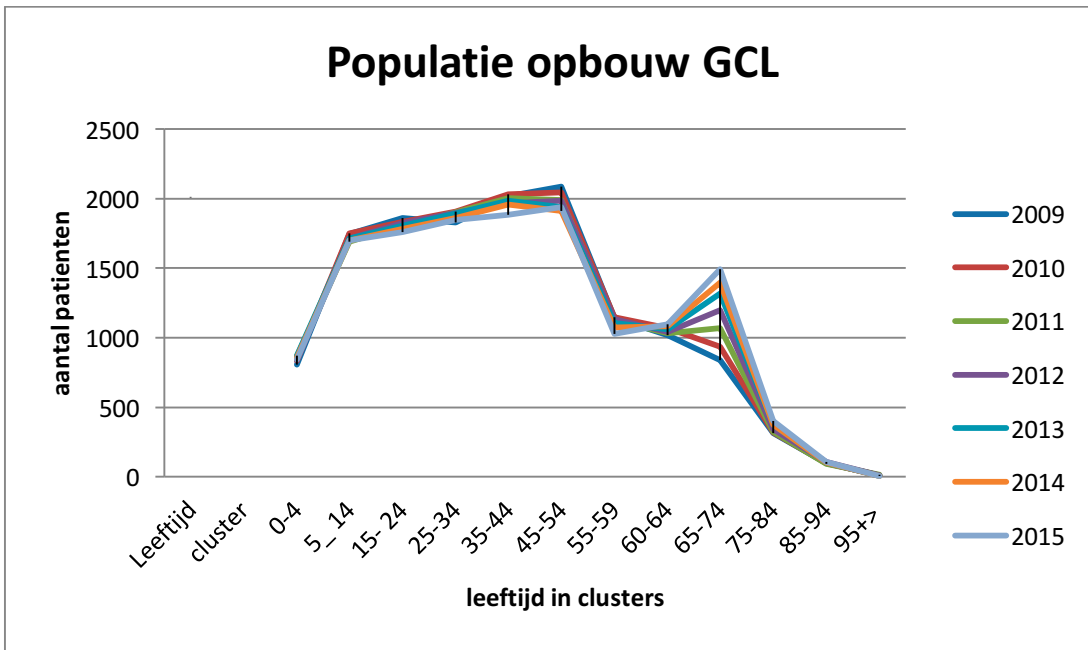
Wim Benneker, Huisarts en Voorzitter Stichting,  
Jan Wolthuis, Fysiotherapeut en Secretaris Stichting,  
Alberta Venema, Apotheker en Penningmeester Stichting  
Frederike Tilstra, Manager Stichting

Bestuur Stichting Gezondheidscentrum Lewenborg

# Inhoudsopgave

<b>3</b>	<b>Inleiding</b>
<b>5</b>	<b>Demografische gegevens</b>
<b>6</b>	<b>Welzijn op recept</b>
<b>7</b>	<b>Sociaal Wijkteam</b>
<b>7</b>	<b>Zelfmanagement</b>
<b>8</b>	<b>Ouderenzorg</b>
<b>11</b>	<b>GGZ in het GCL</b>
<b>13</b>	<b>Othopedagoog en GZ psycholoog</b>
<b>15</b>	<b>Diabetes</b>
<b>19</b>	<b>COPD</b>
<b>21</b>	<b>CVRM</b>
<b>24</b>	<b>Diëtetiek</b>
<b>24</b>	<b>Fysiotherapie</b>
<b>26</b>	<b>Tot slot</b>
<b>27</b>	<b>Bijlage: Ouderenzorg Huisartsenpraktijk Lewenborg</b>

## Demografische gegevens



Op 1 januari 2016 waren er 14109 patiënten ingeschreven bij de huisartsenpraktijk van het GCL. Dat zijn 10 personen meer dan vorige jaar. Dit jaar zien we lichte achteruitgang in de leeftijdscategorie 35-44 jaar. Echt een verklaring hebben we hier niet voor. Meest waarschijnlijke is dat dit te maken heeft met natuurlijk verloop/ migratie door mogelijkheden op de arbeidsmarkt, of keuzes die gemaakt zijn om in andere wijken van de stad of ommeland de woonomgeving te kiezen.

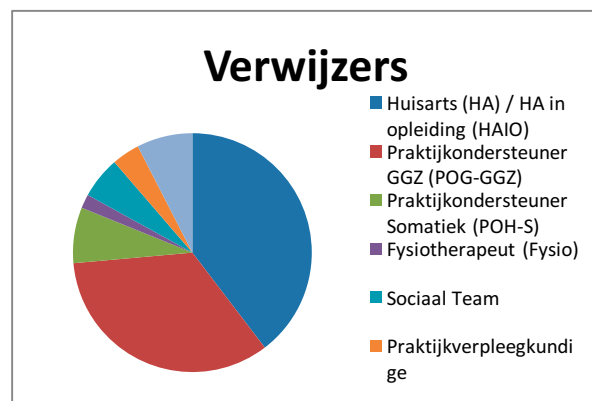
De grootste groei is echter nog steeds waarneembaar in de leeftijdscategorie 65-75 jaar. Net als de afgelopen 6 jaar. Sinds 2009 zijn er 665 personen aan deze leeftijdscategorie toegevoegd. In totaal is 14,2% van de populatie nu 65 jaar of ouder, in tegenstelling tot 2009 toen dit nog 6,1 % was! Zie onderstaande tabel.

Leeftijd cluster	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Leeftijd cluster	mutaties '09-'10	mutaties '10-'11	mutaties 11-'12	mutaties 12-'13	mutaties 13-'14	mutaties 14-'15
0-4	808	832	867	838	870	855	845	0-4	24	35	-29	32	-15	-10
5_14	1746	1752	1693	1713	1714	1699	1699	5_14	6	-59	20	1	-15	0
15-24	1863	1834	1806	1824	1805	1782	1761	15-24	-29	-28	18	-19	-23	-21
25-34	1829	1905	1904	1900	1895	1861	1849	25-34	76	-1	-4	-5	-34	-12
35-44	2017	2031	2003	1966	1986	1960	1882	35-44	14	-28	-37	20	-26	-78
45-54	2087	2046	1991	1987	1940	1910	1940	45-54	-41	-55	-4	-47	-30	30
55-59	1142	1148	1122	1133	1105	1074	1029	55-59	6	-26	11	-28	-31	-45
60-64	1017	1068	1032	1042	1059	1083	1097	60-64	51	-36	10	17	24	14
65-74	839	934	1071	1196	1320	1395	1495	65-74	95	137	125	124	75	100
75-84	313	317	321	341	374	374	403	75-84	4	4	20	33	0	29
85-94	96	99	94	108	101	100	105	85-94	3	-5	14	-7	-1	5
95+>	8	12	13	9	7	6	4	95+>	4	1	-4	-2	-1	-2
<b>Totaal</b>	<b>13765</b>	<b>13978</b>	<b>13917</b>	<b>14057</b>	<b>14176</b>	<b>14099</b>	<b>14109</b>	<b>Totaal</b>	<b>213</b>	<b>-61</b>	<b>140</b>	<b>119</b>	<b>-77</b>	<b>10</b>

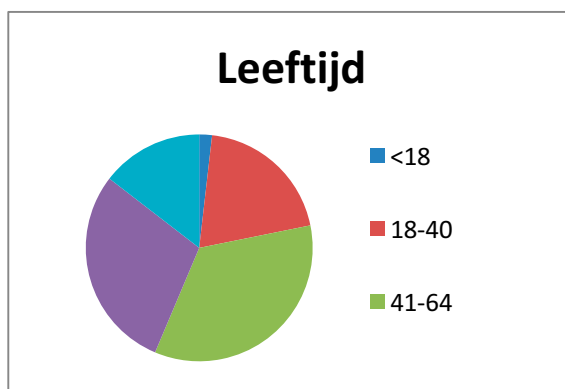
## Welzijn op recept

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. Per 1 april 2015 is er een welzijnscoach aangetrokken. Tijdens de startbijeenkomst is uitleg gegeven aan zorgverleners binnen het Gezondheidscentrum over de inhoud en werkwijze rondom WOR. Vanaf de start tot en met eind 2015 zijn er 56 verwijzingen geweest vanuit verschillende disciplines naar WOR. 35 Vrouwen en 18 mannen. Van de 56 verwijzingen zijn 6 patiënten niet bij de welzijnscoach geweest en 50 wel. Bij 44 van deze 50 mensen is een arrangement gekozen.

Er hebben 50 gesprekken plaatsgevonden, waarin de 6 factoren die te maken hebben met een gelukkig leven volgens Walburg (2008), werden besproken. Op basis van dit gesprek en het welbevinden en eigen regie op deze 6 pijlers, werd een arrangement samengesteld van activiteiten die men kan ondernemen om zich beter te voelen. Onderstaande tabel geeft in grote lijnen de aard van de arrangementen weer.



Arrangementen	Aantal
Pijler 0	10
Positief leven	2
Zinvol leven/helpen	13
Hobby en ontspanning	5
Sociale contacten	13
Gezond leven	1
Geen arrangement aangeboden	6



Op grond van de leeftijd spreiding is herkenbaar dat met name mensen van middelbare en oudere leeftijd een beroep doen op de welzijnscoach. Dit project sluit naadloos aan bij de ontwikkelingen op het gebied van de ouderenzorg, waar eenzaamheid en verminderde sociale contacten een vaak gesignaleerd probleem zijn.

## Sociaal wijkteam

Parallel aan de ontwikkeling van Welzijn op Recept vond ook de ontwikkeling en opstart van het sociaal (wijk)team plaats. Het was voor het GCL van groot belang om aansluiting te vinden bij deze ontwikkeling en vooral te blijven afstemmen waar we complementair met elkaar de zorg in de wijk kunnen verlenen die nodig is. Dit geldt niet alleen voor de volwassen zorg, maar zeker ook voor de samenwerking met het CJG. Samenwerking, elkaar leren kennen, weten hoe je elkaar kunt bereiken en wat je van elkaar kunt verwachten, zijn elementen die dan heel vanzelfsprekend lijken, maar het zeker niet zijn. Dit kost tijd, vertrouwen en vraagt investering van alle betrokkenen. Wij denken dat we hier redelijk goed in geslaagd zijn. Het GCL heeft hierin, samen met de in het GCL werkende orthopedagoge, een pro-actieve rol gespeeld.

## Zelfmanagement

In 2015 zijn we gestart met een pilot met zelfmanagement met idee patiënten op die manier de gelegenheid te geven zelf zo veel mogelijk zelf de regie te laten houden over zijn/haar ziekte. De POH kan meekijken en adviseren indien nodig. Zij wordt via berichten notificaties op de hoogte gehouden en kan vragen van de patiënt via een beveiligde chat functie beantwoorden.



Voor deze pilot hadden we 5 diabetes patiënten uitgenodigd en 2 COPD'ers. De pilot startte in februari en liep door tot 1 juni 2015. Met een online portaal voor zelfmanagement kreeg de patiënt de mogelijkheid om ook in de periodes tussen de controles door thuis gegevens vast te leggen/vragenlijsten in te vullen (bv MRC /CCQ). De praktijkondersteuner kon de gegevens die ingevuld werden op de praktijk nalezen en gebruiken bij de begeleiding en/of de behandeling. Zo werd samen gebouwd aan een individueel zorgplan.

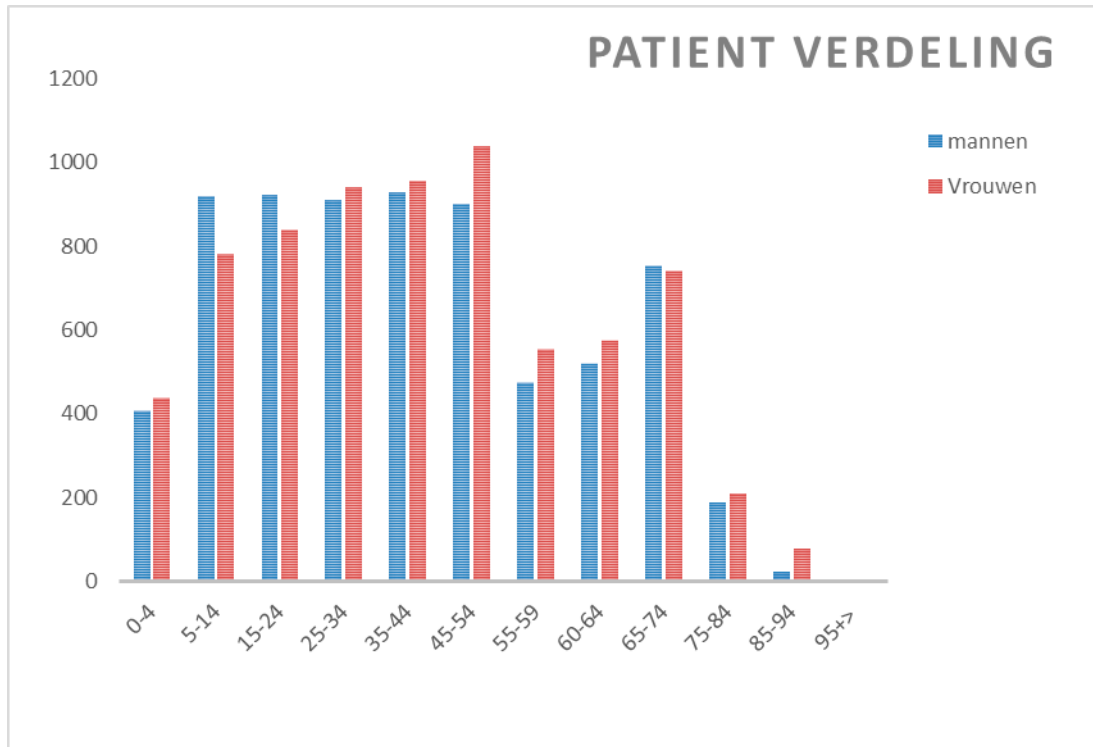
Twee mensen zijn afgehaakt en hebben met reden ook afgemeld i.v.m. andere gezondheidsproblemen. Drie mensen hebben het goed ingevuld: twee diabetes en één COPD. Eén DM patiënt vond het een uitstekend initiatief en heeft vervolgens helaas niets ingevuld... Eén COPD patiënt lukte het bij nader inzien niet en deed ook niet veel met de mail...! Bleek dus achteraf geen goede keuze. Al met al waren er 3 actieve patiënten. Op grond van hun ervaringen, gecombineerd met de ervaringen van onze POH zijn we verder in gesprek geweest met Vital Health. Ook zij hadden inmiddels een nieuw platform ontwikkelt voor zelf management; Evita. In november hebben hierover een demonstratie gezien.

Door ziekte/ onderbezetting aan onze kant, maar ook door ziekte aan de kant van Vital Health, is een vervolg op deze pilot tot nu toe nog achterwege gebleven. We zijn voornemens om toch te kijken of de nieuwe versie van Evita, de ervaren ongemakken uit de vorige pilot kan voorkomen, waardoor het systeem bruikbaar wordt voor onze praktijk.

# Ouderenzorg

## Wat hebben we bereikt?

In 2015 hebben we weer veel aandacht gehad voor onze oudere patiënten. In 2015 was 14,2 % procent van onze populatie ouder dan 65 jaar, 3,6% ouder dan 75 jaar en 0,78% ouder dan 85 jaar.



Grafiek patiënt verdeling, praktijkjaarplan farmapartners 2015

Dat betekende een substantiële toename van het aantal ouderen in onze praktijk. Zie ook “Demografische gegevens”. De aantallen zullen naar verwachting ook de komende jaren verder door stijgen. Wij anticiperen al een aantal jaren hierop door met elkaar en andere organisaties in gesprek te zijn over de huidige situatie, de nabije toekomst en de veranderende zorgvragen. Zo zijn er in het najaar van 2015 gesprekken gestart met TSN over de intensivering van onze samenwerking, onder andere over het meedraaien in de ‘Transmurale Zorgbrug’ om de overgang van ziekenhuis (na acute opname) naar huis te vergemakkelijken.

## Zorgcentrum Mercator

In onze werkwijze zijn ten opzichte van 2014 enkele accentverschillen geweest. De verpleegkundig specialist is nog altijd spil binnen de ouderenzorg; met als speerpunt de medische zorg in Woonzorgcentrum Mercator. De samenwerking met de verpleging van Mercator was wederom laagdrempelig, waarbij care- en curetaken konden worden gecombineerd.

In 2015 zijn er in Mercator meer zogenoemde Kortdurendverblijf-opnames geweest dan ooit tevoren (bijvoorbeeld voor revalidatie of respijtzorg), passend binnen de huidige maatschappelijke trend van minder opnames en meer zorg aan of dichtbij huis. De turn-over in Mercator en werkbelasting zijn hierdoor verhoogd voor alle werkers in de huisartsenpraktijk.



In 2015 is er meer aandacht geweest voor Advance Care Planning, eveneens passend binnen onze visie op ouderenzorg (zie ook bijlage; Ouderenzorg in het GCL, 14 dec 2015). Alle handelingen zijn in het HIS gecodeerd onder A49.01 (ouderenzorg).

### Polyfarmaciebeoordelingen

In 2015 vonden 40 gestructureerde medicatiebeoordelingen plaats in samenwerking met apotheek Lewenborg. In verband met de verlichte eigen bijdrage hebben de reviews plaatsgevonden vanaf oktober 2015 tot januari 2016. De apotheker voerde de medicatiereviews uit en de VS organiseerde de daaropvolgende besprekingen. Er is gewerkt volgens de methodiek van de Multidisciplinaire richtlijn Polyfarmacie bij Ouderen. Geanalyseerde patiënten en afspraken zijn gecodeerd in het HIS onder A49.02 (polyfarmacie-medicatiebeoordeling). Resultaten van de polyfarmaciebeoordelingen 2015 zijn samengevat in het volgende overzicht:

<b>Tabel: Percentage doorgevoerd per type interventie</b>		
<i>Type interventie</i>	<i>Totaal aantal voorstellen</i>	<i>Percentage doorgevoerd (%)</i>
Stop	31	55
Overige	22	64
Dosering	22	68
Start	19	68
Omzetten	17	23.5
Gebruik	7	86
Geneesmiddelvorm	4	0
<b>Totaal</b>	<b>122</b>	<b>69</b>

### *Wat hebben we niet bereikt?*

Halverwege 2015 is door de Huisartsenkring Groningen het Groninger Zorgmodel integrale Ouderenzorg (GZIO) gepresenteerd, in aanwezigheid van Zorgverzekeraar Menzis. Hierin vonden wij veel herkenning. Eigenlijk bleken wij al vele jaren op soortgelijke basis te werken binnen de ouderenzorg.

Toch is het nog steeds niet gelukt om in overleg met de zorgverzekeraar concrete afspraken te maken over hoe we de zorg voor onze oudere patiënten nu formeel en financieel gaan inbedden in segment 3. We zijn hierover met de zorgverzekeraar in gesprek.

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



In overleg met de zorgverzekeraar en andere zorgaanbieders uit de buurt willen we voor 2016 het Zorgplan Ouderen implementeren via segment 3 en vervolgstappen maken in de organisatie en uitvoering van de multidisciplinaire zorg rondom onze ouderen.

Eén van de concrete acties die op de rol staan, betreft ons aandeel in de Transmurale Zorgbrug. Uit onderzoek blijkt dat de wijkverpleegkundige - in samenwerking met de huisarts - hierin een belangrijke rol kan vervullen, hetgeen kan leiden tot een lagere sterfte onder ouderen na een opname. Wij zullen de wijkverpleegkundige sowieso vaker en gericht inzetten voor hulp aan onze oudere patiënten, bijvoorbeeld bij ouderen met geheugenproblemen.

Daarnaast willen we de Polyfarmacie reviews beter laten aansluiten bij de geplande MDO's. Deze ruimte is er nu, aangezien we niet meer afhankelijk zijn van de eigen bijdrage van de patiënt

*Bijlage jaarverslag:* "Ouderenzorg in het GCL", 14 dec 2015  
door M.Verschoor, verpleegkundig specialist

## GGz in het GCL

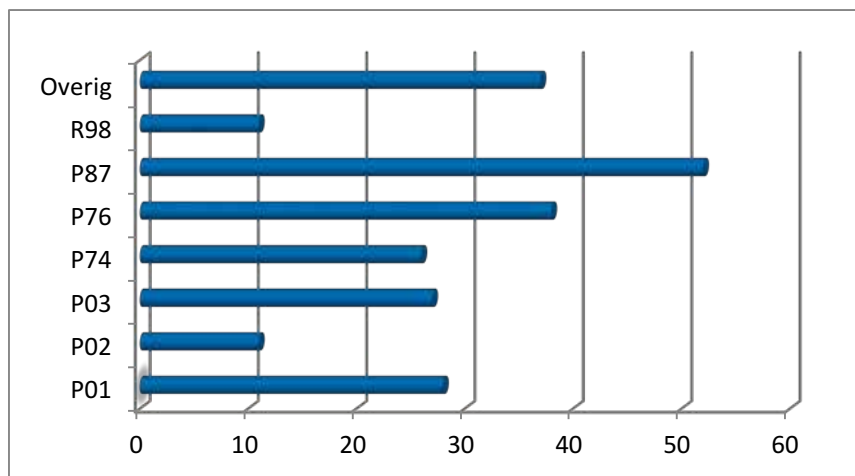
In 2015 konden huisartsen hun patiënten met psychische klachten doorsturen naar de POHGGZ of verwijzen op indicatie. Daarnaast bestond de mogelijkheid om gebruik te maken van consultatie van de psychiater, Anne van Lammeren, van het Universitair Centrum voor Psychiatrie.

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

	RD	RO	IP
Tel. consulten	59	86	8
Consulten	1	9	1
Dubbelconsulten	1124	781	229
Visites	16		
Dubbelvisites		16	
E-mail		12	

De consulentspsychiater werd in totaal 47 maal geraadpleegd, waarvan 39 keer een gesprek met patiënt, samen met de consultvragers of alleen face-to-face met de patiënt. Om beter inzicht te verkrijgen in de verwijzstromen van huisarts naar POH GGZ is – per 1 juli 2015 - een actiekenmerk (POG) in Medicom aangemaakt.

Aantal per ICPC code naar POHGGZ (1-6-2015 tot 1-1-2016)

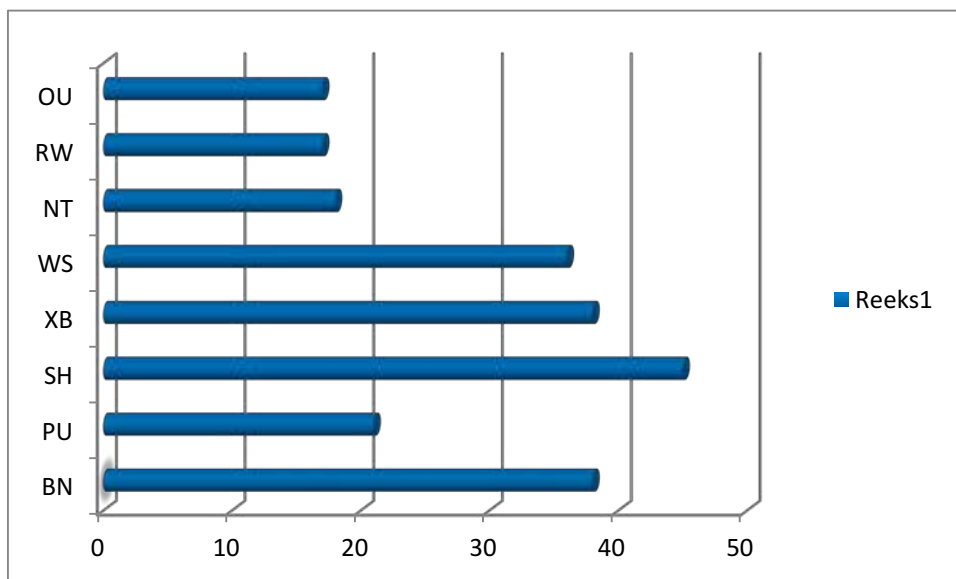


Hieruit blijkt dat patiënten met de diagnose overspanning (P87) het vaakst werden verwezen, vervolgens depressie (P76) en angst (P74).

Omdat R98 (hyperventilatie) ook als paniekaanval (P74) gecodeerd had kunnen worden, gaat het dus in het merendeel van de gevallen om angst, paniek, overspanning of depressie.

In totaal zijn 230 patiënten verwezen naar de POHGGZ in de 2<sup>e</sup> helft van 2015. In onderstaande tabel staat de verdeling per dokter.

Aantal verwijzingen POH-GGZ per dokter:



In 2015 heeft ook een groepsbehandeling plaats gevonden voor mensen met een sociale angst, Niet durven, Wèl doen. In de groep konden zij gezamenlijk werken aan kennisvermeerdering (psycho-educatie), ontspanningsoefeningen en exposure in vivo.

Daarnaast is begonnen met de opzet van een kwalitatief onderzoek naar de motivatie en hulpbehoefte van mensen met een slecht ingestelde diabetes mellitus. De resultaten van dit onderzoek zullen in 2016 bekend worden.

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 weer:

Omschrijving	Code	Nummer	Totaal	per 1000 Pt
psychiatrie	PSY	24	322	22,8
psychologische zorg	PSL	41	244	17,3

*Pharmapartners, praktijkjaarplan 2015*

Volgens de top 10 van het aantal verwijzingen van het GCL, staat psychiatrie op de vijfde plek en psychologische zorg op plaats acht. Al met al zijn er dus zo'n 500 verwijzingen naar de POH GGZ op jaarbasis en ook ruim 500 verwijzingen naar PSY/PSL. GGZ ondersteuning is van groot belang voor de bij de huisartsen ingeschreven populatie van Lewenborg.

## Orthopedagoog en GZ-psycholoog, Generalistische Basis GGZ (GB GGZ)

In 2015 hebben zich 103 nieuwe cliënten aangemeld. Van de 103 nieuwe cliënten zijn er 78 in 2015 afgerond. Bij de anderen wordt de behandeling in 2016 voortgezet. Van 46 cliënten uit 2014 liep de behandeling door in 2015 en is in dit jaar afgerond (zie onderstaande tabel).

Jaartal	Nieuwe aanmeldingen	Afgerond	Nog in behandeling
2014	114	68	46
2015	103	124	25

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

Alle verwijzingen kwamen van de huisartsen. 5 cliënten zijn vanuit de GB GGZ in overleg met de huisartsen naar de Specialistische GGZ doorverwezen. Dit omdat intensievere hulp noodzakelijk was.

### Aard van de problematiek

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

Het is opvallend dat de problemen bij ouders een toenemende rol spelen bij de problematiek van kinderen/jongeren.

De problematiek is zeer uiteenlopend en neemt toe in intensiteit/complexiteit. Het afgelopen jaar was meer sprake van zelfbeschadiging, eetproblemen en genderproblematiek.

Alle cliënten zijn in 2015 door huisartsen doorverwezen, zowel door de huisartsen van Gezondheidscentrum Lewenborg als andere huisartsen in de provincie. Doordat ik werkzaam ben in het Gezondheidscentrum Lewenborg zijn er korte lijnen.

Er zijn geen verwijzingen uit de tweede lijn.

Vanaf 1 januari 2015 vindt de financiering van de zorg aan kinderen/jongeren plaats door de gemeenten. Dit heeft heel wat extra tijd gekost om een en ander georganiseerd te krijgen. Om die reden hebben we een groep van kinder- en jeugdpsychologen (K&J Groep, [www.kjgroep.nl](http://www.kjgroep.nl)) gevormd om die nieuwe opzet vorm te geven.

De orthopedagoog maakt deel uit van intervisiegroepen (a.d.h.v. een onderwerp met casuïstiek) en ontvangt supervisie voor persoonlijke begeleiding, ook aan de hand van casuïstiek.

De samenwerking met het CJG is afgelopen jaar toegenomen in het kader van zorg rond kinderen/jongeren. Concreet is er nieuwe samenwerking tot stand gekomen met andere disciplines van het Gezondheidscentrum Lewenborg, (kinderfysiotherapie en diëtiste), rond het project "Groe Goed" (eetproblematiek).

# Eerstelijns GZ-psycholoog, Generalistische Basis GGZ

## Eerstelijns GZ-psycholoog, Generalistische Basis GGZ

Eerstelijns psycholoog PB						
Jaarcijfers over in 2015 afgesloten behandelingen van cliënten die door de huisartsen van het GCL zijn verwezen						
diagnose		geslacht			aantal zittingen	
P01	1	M	16		gemiddeld	6
P03	3	V	26		st dev	4
P74	16					
P76	12				1-5	21
P78	0				6-10	11
*trauma/PTSD	8				11 of meer	10
overig	2					
totaal	42		42			42
* PTSS valt onder de angststoornissen, maar is hier als aparte categorie opgenomen						
<b>Effect-size</b> over 39 cliënten met een bruikbare voor- en nametingscore met de Outcome Rating Scale						1,22
Effect-size over 9 cliënten met een bruikbare voor- en nameting op de OQ-45						1,52
Opvallende veranderingen ten opzichte van 2014:						
Het aantal kortdurende (1-5) behandelingen is gedaald, het aantal langerdurende (>11) behandelingen is toegenomen.						
Belangrijkste overige activiteiten van de praktijk in 2015:						
# Afronding van de vervolgopleiding Cognitieve Gedragstherapie (sept. 2014-febr. 2015)						

# Diabetes

## *Wat hebben we bereikt?*

In 2015 hebben we de zorg voor de patiënt met diabetes gecontinueerd, daarbij gebruik makend van ons multidisciplinaire team. Zoals al in de inleiding vermeld werd, hebben we te maken gehad met forse wijzigingen en bezetting van onze POH's, waardoor alle zeilen bijgezet moesten worden om de continuïteit van zorg te borgen. Dit heeft er deels toe geleid dat er soms gekozen is om de meest urgente problemen te ondersteunen en dat andere vormen van preventieve zorg soms uitgesteld zijn.

Naast de directe uitvoering van zorg is er aandacht geweest voor de volgende items:

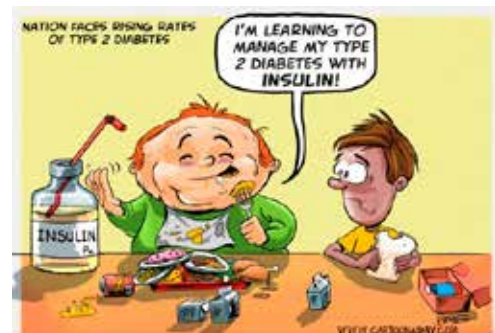
### Herziening werkprotocol

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

### Groepsvoorlichting in samenwerking met Fysiotherapie en Diëtetiek

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

Twee keer is er een groepsvoorlichting geweest. Doel is: mensen met diabetes bij elkaar te brengen, te laten leren van elkaar, effectief voorlichting geven over: het ziektebeeld, medicatie gebruik, leefstijlinterventie, productinformatie t.a.v voedingsmiddelen leren interpreteren en letterlijk in beweging komen.



### Samenwerking met de apotheek

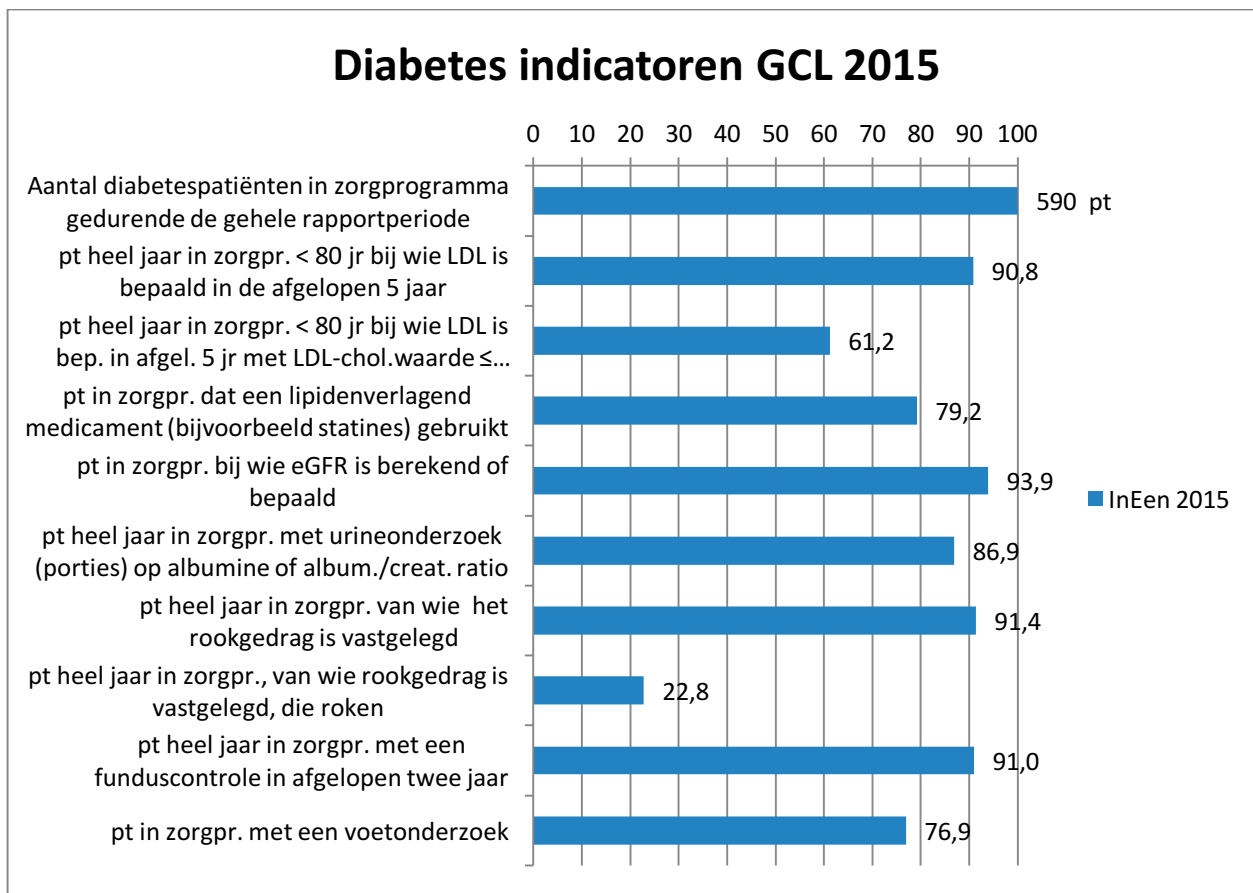
De POH's en de apothekers hebben samen gekeken hoe ze de inzet van middelen en materialen zo efficiënt mogelijk op elkaar aan kunnen laten sluiten. Daarbij gebruikmakend van de TÜV en ISO gecertificeerde en door de zorgverzekeraars goedgekeurd glucosemeters. Hier zijn nu twee voorkeurmeters uitgekomen, die voor alle patiënten ingezet worden. Het omzetten kostte veel tijd, soms ook frustratie, opnieuw leren/instrueren etc. We verwachten echter dat hierdoor voorraadbeheer, eenduidige informatie (zowel vanuit de apotheek, als vanuit de huisartsenpraktijk), en service beter op elkaar afgestemd zijn.

### Indicatoren 2015

Omdat er een nieuwe set indicatoren gelanceerd is in overleg met Landelijk Orgaan Ketenzorg, InEen en NHG. Daarom kan er geen gebruik gemaakt worden van de eerder gebruikte grafieken en is vergelijken met voorgaande jaren niet goed mogelijk.

Het GCL heeft van de 789 patiënten met een T90.02 code, 84 patiënten onder behandeling bij de specialist. Dit aantal is gelijk gebleven t.o.v. voorgaande jaren.

Onderstaande grafiek geeft de registratie van de indicatoren weer over 2015, van de 590 diabetespatiënten die gedurende de gehele rapportperiode in zorgprogramma opgenomen waren.



De laatste indicator: “aantal pt in zorgprogramma met voetonderzoek, valt lager uit dan verwacht. Waarschijnlijk is hier een registratieprobleem de oorzaak, ivm aanpassingen aan het KIS systeem toen de zorgprofielen toegevoegd werden en de Simms score verdween. Zoek je nl zowel op Simms scores als op zorgprofielen dan komen we uit op 509 patiënten bij wie een vorm van voetonderzoek vastgelegd is. 509/590 is 86,3%. Zie ook samenwerking pedicure/podotherapie.

#### Samenwerking met Certe

Ook met Certe is een evaluatie geweest over het oproepsysteem en wat wel/niet standaard afgenomen wordt. Hier zijn aanpassingen op gedaan. Daarnaast is gesproken over de registratie van de fundusfoto's. We merkten dat het op de juiste manier wegschrijven in het HIS, niet correct plaatst vond, waardoor ook de registratie in het KIS geen goed beeld geeft. Veel moest handmatig opgevangen worden. Op ICT niveau zijn we hier nog mee bezig. Dit is nog steeds niet helemaal klaar. Desondanks laat de registratie van de fundusfoto al wel een stijgende lijn zien. We weten dat er nog registraties ontbreken.



### 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 zeker op ICT gebied in aanpassingsproblemen gekend, waardoor we ook registraties misgelopen hebben. Bovendien hebben we door het tijdelijk wegvallen van fte POH minder capaciteit gehad om de voetcontrole voldoende uit te voeren. Uit onderstaande tabel blijkt dat 49% in 2015 een Simms-score ontvangen heeft.

#### *SIMSS score 2015*

<b>Aantal van Berekende Leeftijd</b>	<b>Kolomlabels</b>					
<b>Rijlabels</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3 (leeg)</b>	<b>Eindtotaal</b>	
<b>Eindtotaal</b>	<b>205</b>	<b>55</b>	<b>64</b>	<b>13</b>	<b>357</b>	<b>694</b>
<i>Peildatum 31-12-2015</i>	30%	8%	9%	2%	51%	100%

Wanneer we vervolgens verder kijken naar het aantal van 357 mensen die geen Simms score hebben, dan blijkt dat 37% van hen wél een zorgprofiel heeft en dus ook een voetonderzoek gehad heeft. Samen kom je dan uit op 86%!

Het eerder getoonde indicatoren rapport laat dit niet zien, omdat er door het omzetten van SIMMS naar zorgprofielen verschillende registratievelden mogelijk waren.

### Geen programmatische zorg

Afgelopen jaar 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'. Dit resulteert nu langzamerhand in een stijging van het aantal mensen die geen programmatische zorg meer willen ontvangen (in totaal nu 26 personen). Hierover worden uiteraard goede afspraken gemaakt met de eigen huisarts. Bovendien kunnen ze ten alle tijden weer instromen, indien men gemotiveerd is en er goede afspraken gemaakt kunnen worden.

### Wat hebben we niet bereikt?

We hadden de module zelfmanagement verder willen door ontwikkelen. Hier zijn we niet meer aan toe gekomen om twee redenen: enerzijds ontbrak ons de mankracht, anderzijds moesten we pas op de plaats maken. Na het afronden van de pilot in juni 2015, stond een nieuwe versie van het zelfmanagementprogramma van Vital Health in de planning; E-vita. Vandaar dat we hierop gewacht hebben. Eind vorig jaar hebben we hierover nieuwe informatie gekregen, deze theorie willen we echter eerst nog via een demoversie controleren, voordat we hiermee verder gaan.

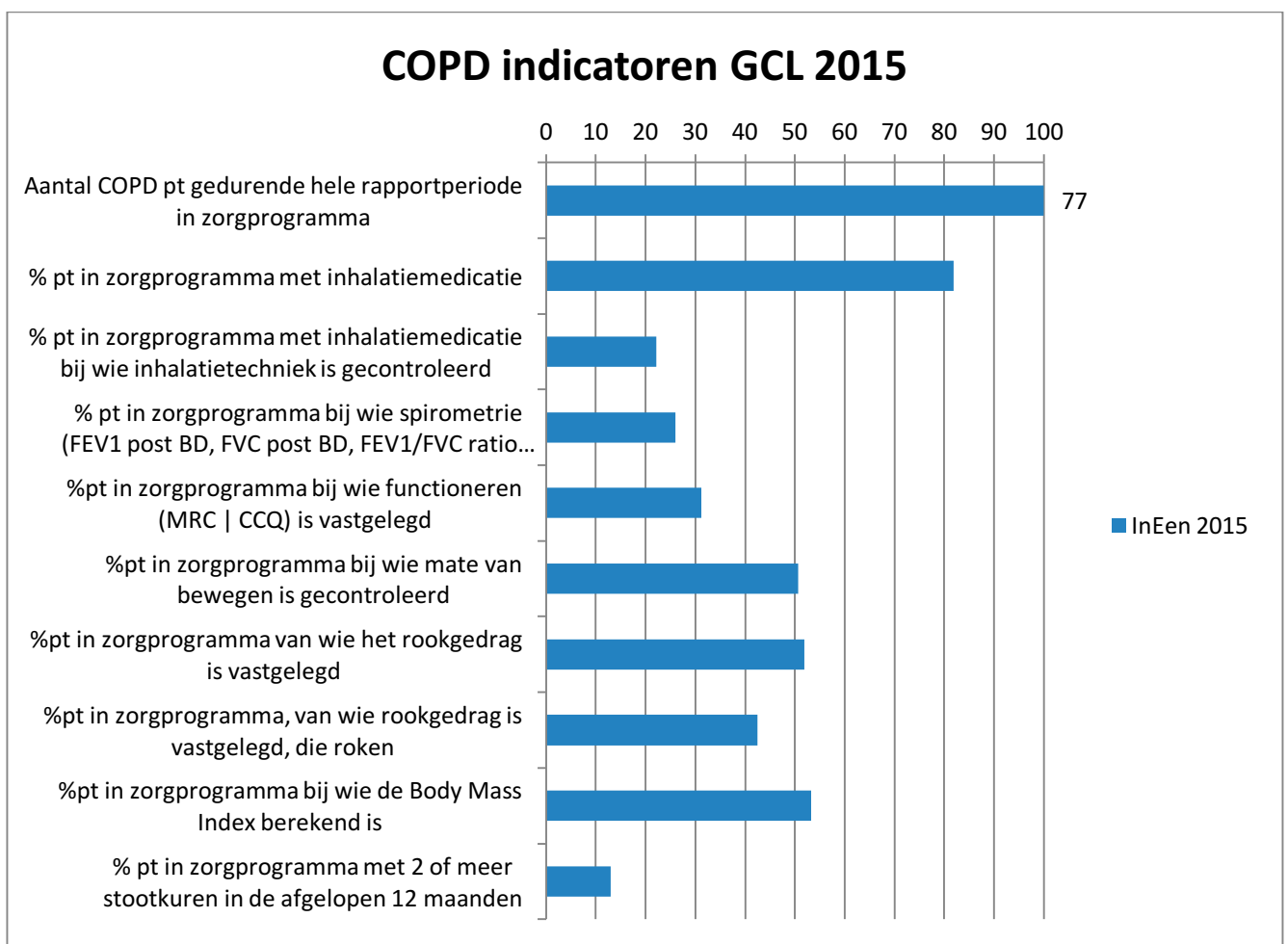


# COPD

## *Wat hebben we bereikt?*

Gedurende 2015 hebben we de zorg voor de COPD patiënten zo goed als mogelijk voortgezet. Er zijn gedurende dit jaar 114 spirometrieën in de huisartsenpraktijk uitgevoerd, daarnaast is er ook nog gebruik gemaakt van Certe, vooral tijdens vakanties en verlof. Gelukkig is het ons, ondanks ziekte en afwezigheid van de POH, toch gelukt de kwaliteit van zorg op peil te houden. We hebben multidisciplinair overleg gehad, daarbij opnieuw aandacht geschonken aan het zorgprotocol en de bijbehorende werkafspraken. Ook bij de COPD indicatoren is het niet mogelijk een vergelijking met voorgaande jaren te trekken, aangezien we ook hier te maken hebben met verschillende manieren van uitvragen. In grote lijnen kun je zeggen dat de resultaten stabiel gebleven zijn.

Begin 2016 hebben we de registratie van patiënten op basis van Ruiters omgezet naar coderingen via NHG codes. Daarbij sluiten we weer aan bij de landelijke afspraken op het gebied van registratie.



Indicatorenrapport KIS, volgens uitvraag InEen 2015

Verder zijn we gestart met twee casuïstiek besprekingen met de longarts van het Martini Ziekenhuis. Dit in aanvulling op de reeds bestaande consultatie mogelijkheid via het KIS (digitaal). De eerste keer was vooral gericht op kennismaking en de tweede keer was een vragen ronde waarbij situaties besproken werden. Goed om kennis te vergroten en het contact te intensiveren!

### *Wat hebben we niet bereikt?*

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

Op dit moment zijn we opnieuw met Vital Health bezig om te kijken of er ook een betere koppeling mogelijk is tussen het apothekers informatie systeem en het KIS, om zodoende dubbele registratie te voorkomen, maar wel te beschikken over de informatie rondom de instructie van de apothekersassistente.

Verder wilden we een tweede koppel huisarts/assistente de Caspir cursus laten volgen. Wegens wachtlijsten begin van het jaar en vervolgens een zwangerschap bij één van de assistentes is dat vorig jaar nog niet gelukt.

Gelukkig kon het koppel in maart 2016 wel starten!

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

We zijn dit jaar ook een pilot gestart met Astma patiënten. We willen de procesgangen voor de astmapatiënten en de werkwijze voor de COPD patiënten straks goed op elkaar laten aansluiten, daarbij gebruikmakend van de bestaande structuren rondom consultatie medische specialist en hopen echt dat we de rol van de apotheek beter bij de registratie van het behandelteam kunnen betrekken.



### *Bijdrage vanuit fysiotherapie*

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

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

## Wat hebben we bereikt in 2015?

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

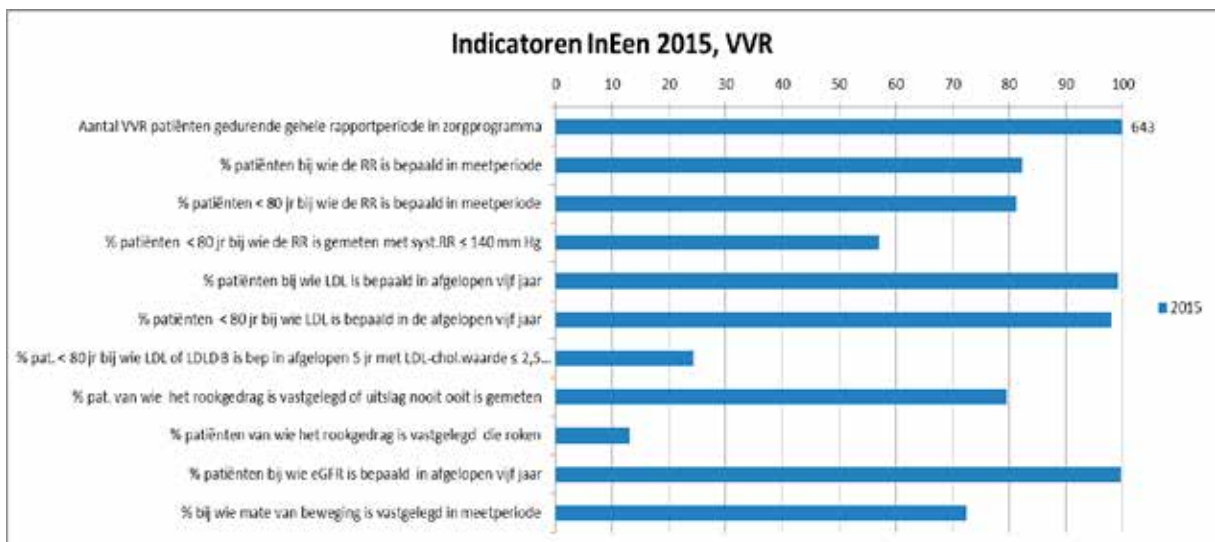
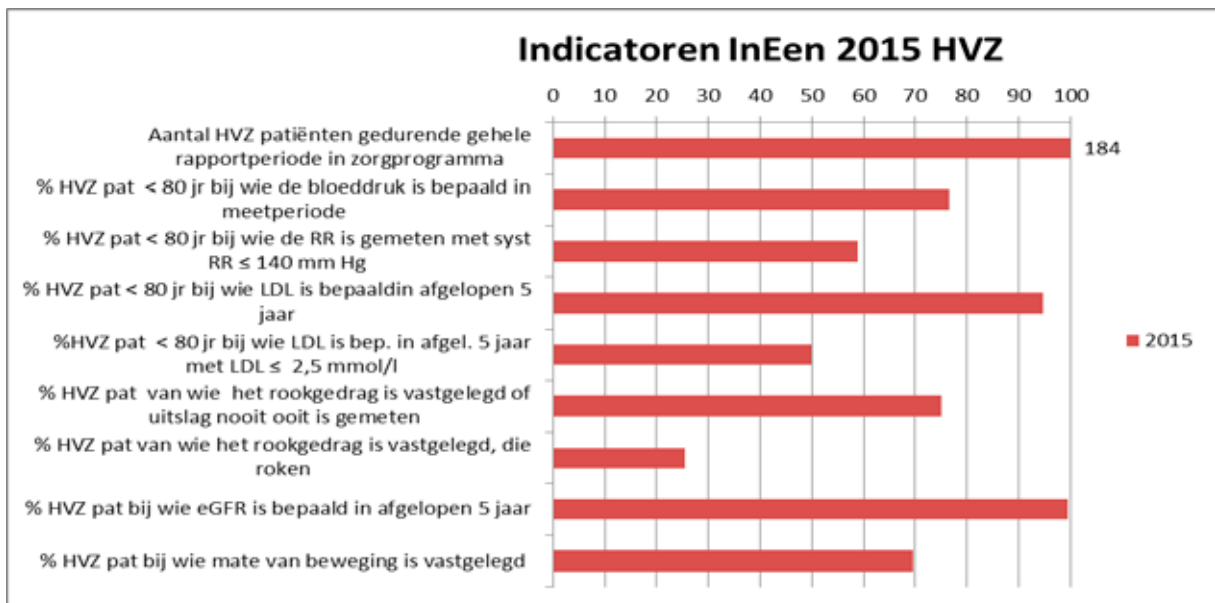
Verloop aantallen per ruiter	2013		2014		2015		2016	
V1	262		294		317		312	
V2	271	31,4%	305	31,6%	333	33,3%	338	33,8%
V3	195	22,6%	265	27,4%	268	26,8%	281	28,1%
VZ	398	46,1%	396	41,0%	399	39,9%	382	38,2%
VS	172		202		192		208	
VR	235		3		3		3	
VO	92		86		81		77	
VW	24		49		49		65	
<b>Totaal</b>	<b>1649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

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

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

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

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



Bij sommige items vallen de resultaten ons wat tegen. Echter wanneer we opnieuw in oegenschouw nemen dat we, door onvoorziene omstandigheden, over 2015 een beperkte bezetting van onze poh formatie hadden, dan zijn we toch wel tevreden. Gedurende 2016 hopen we de ontbrekende registratie weer actueel te hebben.

*Wat hebben we niet bereikt?*

Samenwerking met de 2e lijn is gezocht, echter op een ander vlak, namelijk atriumfibrilleren. Bij dit project hebben wij en de 2e lijn op dit moment meer belang. Als dit goed loopt dan willen zij ook kijken om patiënten met hoofdbehandelaar specialist volgens bepaalde afspraken terug te verwijzen naar de 1e lijn, waar mogelijk. Deze beweging komt ons inziens beter tot stand wanneer je elkaar kent, vertrouwen hebt in elkaars werkwijze en transparant bent over hoe je de zorg organiseert. AF fibrilleren leent zich hier bij uitstek voor en dient dan als 'opstap' voor de overige cardiologie patiënten.

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

Allereerst is het van groot belang de NHG registratie goed te borgen en te controleren. Als actiepunt voor 2016 hebben we het omzetten reeds in februari j.l. gerealiseerd. Echter het vervolgen van deze nieuwe registratievorm vergt zeker nog diverse inspanningen om dit ook zorgvuldig door iedereen te laten plaatsvinden. Ieder kwartaal zullen we de uitdraaien met elkaar vergelijken om zodoende tijdig ongeregelheden op te sporen.



Daarnaast willen we zorgen dat alle voorbereidingen voor het AF protocol zo goed mogelijk afgerond zijn, zodat we in ieder geval aan het eind van dit jaar met 2 of 4 praktijken kunnen starten . De overige praktijken zullen dan volgens de weg der geleidelijkheid invoegen in de loop van 2017, wanneer ook zij de benodigde voorbereiding doorlopen hebben.

## Diëtethiek

In 2015 heeft een toename plaatsgevonden van verwijzingen binnen de ketenzorg CVRM. Steeds meer mensen met een hoge bloeddruk, een verhoogd cholesterolgehalte of hart- en vaatziekten maken een afspraak met de diëtist om het voedingspatroon door te nemen. Het aantal verwijzingen voor DM en COPD is min of meer gelijk gebleven.

De diëtist en verwijzers (huisartsen en praktijkondersteuners) weten elkaar goed te vinden en plannen een patiëntoverleg in indien nodig. Dit maakt de samenwerking optimaal.

Voor 2016 is de vergoeding voor de ketenzorg (Diabetes, COPD en CVRM) opgehoogd naar maximaal 5 uren per kalenderjaar. Dit maakt het mogelijk om de mensen die dit nodig hebben meer consulten en tijd aan te bieden om de behandeldoelen te bereiken. De diëtist ziet dit als een positieve verandering, omdat is gebleken dat het kennisniveau van de patiënten erg wisselt. Maatwerk en individuele benadering zijn dan leidend.

Al met al worden er, zowel binnen de ketenzorg Diabetes, COPD als CVRM, goede resultaten behaald waaronder een verlaging van het bloedglucose, cholesterolgehalte, bloeddruk en indien nodig BMI.

## Fysiotherapie

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

De praktijk heeft twee locaties en telt 7 fysiotherapeuten, 1 Cesar therapeute, 1 secretaresse en een kinderfysiotherapeute. Elk van de therapeuten heeft zijn eigen specialisatiegebieden, zoals manueel therapie, psychosomatische fysiotherapie en sportfysiotherapie. Afgelopen jaar zijn er verdiepingscursussen gevolgd voor de diverse specialisaties zoals onder andere mindfulnesstrainer, medical taping en dry needling.

De samenwerking met de andere disciplines komt het best tot uiting in de zorgprogramma's DM, ouderenzorg, CVRM en GGZ. Afgelopen jaar is er voor de 2<sup>e</sup> keer een groepstraining voor mensen met een gegeneraliseerde angst en sociale fobie gestart. Deze keer is het een samenwerking van de POH-ggz en de psychosomatisch fysiotherapeut. De groep bestaat uit 6 mensen en het zijn 12 bijeenkomsten van 2 uur. De inhoud is gewijzigd naar aanleiding van aanbevelingen na de 1<sup>e</sup> groep in 2014. Deze groepstraining is nog gaande tot maart 2016.



In 2015 hebben beide fysiotherapeuten een cursus mindful fysiotherapeut afgerond. De cursus is gericht op het zelf kunnen draaien van groepstrainingen mindfulness. Tot op heden is dit nog niet van de grond gekomen. Wel wordt het individueel veel toegepast en is het ook ingezet in de angst groepstraining.

Binnen het centrum draait het project Welzijn op Recept waarvoor fysiotherapie een signaleringsfunctie heeft. Patiënten die aan huis behandeld worden en mensen met speciale behoefte voor bewegen kunnen via dit project extra hulp krijgen zodat de behandeling bij de fysiotherapeut voortgezet dan wel ondersteund kan worden

Naast de reguliere fysiotherapie heeft de maatschap ook gewerkt aan verbetering van ICT, een nieuwe server is geplaatst en is er een nieuwe website gerealiseerd. Fysiotherapie Lewenborg heeft een facebookpagina aangemaakt waarop patiënten nieuwtjes en klachtgerichte informatie kunnen lezen. Dit in het kader van PR.

## Tot slot

Al met al is er dit jaar weer veel gebeurt. Via deze route willen we iedereen die hieraan zijn of haar bijdrage heeft geleverd ontzettend bedanken. Alleen gezamenlijk zijn we méér dan de som der delers. Dit geldt niet alleen voor alle medewerkers/disciplines binnen het Gezondheidscentrum, maar ook alle externe partijen zoals:

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

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

Dank voor uw aandacht!

# Bijlage Ouderenzorg

Huisartsenpraktijk Lewenborg

## Ouderenzorg Huisartsenpraktijk Lewenborg

Om een indruk te geven van de ouderenzorg die wordt verleend die door Gezondheidscentrum Lewenborg in het algemeen en door Huisartsenpraktijk Lewenborg in het bijzonder, volgt hier een overzicht van de activiteiten.

### 1. Inzet verpleegkundig specialist (VS)

- Sinds 2005 heeft Huisartsenpraktijk Lewenborg een verpleegkundig specialist (VS) in dienst, die een groot deel van de ouderenzorg op zich neemt. Zij is een verpleegkundige die de opleiding Master Advanced Nursing Practice heeft gedaan. De VS mag medische diagnoses stellen en behandelingen uitvoeren, inclusief medicatie voorschrijven. Zij heeft zelfstandige bevoegdheid in voorbehouden handelingen (bij wet geregeld). Hierdoor is **substitutie van taken** een feit. De huisartsen worden nadien geïnformeerd over hun patiënten en indien nodig is er overleg over en weer.
- De VS wordt **gefinancierd** uit POH-S-gelden. Zij declareert geen consulten, visites of andere verrichtingen.

### 2. Woonzorgcentrum Mercator

- Er is een (schriftelijk bekrachtigde) **samenwerkingsovereenkomst** tussen de huisartsen en Zorgcentrum Mercator. De onderwerpen waarover samenwerkingsafspraken zijn gemaakt, zijn onder andere: taken en verantwoordelijkheden huisartsen en verpleegkundig specialist en verzorgenden/verpleegkundigen Mercator, delegatie en substitutie van taken, aanvullende verpleeghuiszorg (ZZP 6), geneesmiddelenbeleid, overlegstructuren, zorgdossier en zorgbehandelplan, bereikbaarheid, benodigde voorzieningen en onderwijs.
- Sinds 2005 doet de VS voor alle huisartsen, structureel, twee keer per week (maandag en donderdag) de aangevraagde **visites**. Veelal gaat het om medische problematiek. Veel voorkomende klachten zijn: vallen, decompensatio cordis, luchtweginfecties, exacerbaties copd, huidproblemen, blaasontstekingen, gedragsproblemen (bij dementie), enz. De VS bespreekt op locatie de vragen met de coördinerend verpleegkundige van Mercator en voert de visites uit samen met deze verpleegkundige.
- Er is sprake van een laagdrempelige samenwerking met de verpleging en verzorging van het huis, waarbij **cure- en care-taken** worden gecombineerd. De VS denkt mee over hulpvragen en zorgproblemen, adviseert, geeft uitleg en instructies en coacht indien nodig de verzorging en verpleging van het huis.
- Op verzoek van de verpleging van Mercator of naar aanleiding van een situatie worden **bijscholingen** georganiseerd, bijvoorbeeld over inhalatiemedicatie.

- 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.
- Twee keer per jaar vindt er een **MDO** plaats in samenwerking met Multimaat waarbij bewoners vanaf ZZP4 worden besproken. Multimaat is een maatschap van een specialist ouderengeneeskunde, een psycholoog, een fysiotherapeut, een ergotherapeut en een logopediste. Voorafgaand aan een MDO wordt schriftelijke informatie uitgewisseld tussen alle disciplines en de huisartsenpraktijk. De huisarts is hoofdbehandelaar en Multimaat is adviserend. 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. Bespreekpunten en plan van aanpak worden vastgelegd in het zorgbehandelplan van Mercator en in samengevatte vorm in het HIS (ICPC: A49.01).
- In toenemende mate zijn er in het zorgcentrum KDO's, **kortdurende opnames**, bijvoorbeeld revalidatie na een fractuur of respijtzorg, waarbij Huisartsenpraktijk Lewenborg (de huisarts, de VS en de praktijkverpleegkundigen) zorg verleent. Soms is het tijdelijke zorg; als het patiënten uit andere wijken en praktijken betreft.
- **Meerwaarde** van de inzet van de VS in Mercator:
  - Verantwoorde taakherschikking en substitutie
  - Combinatie van medische en verpleegkundige zorg
  - Meer continuïteit voor de patiënten
  - Verlaging werkdruk voor huisartsen
  - Betere organisatie van de zorg
  - Laagdrempelige, intensieve maar efficiënte samenwerking met het verzorgingshuis en andere disciplines

### 3. Casefinding

- De VS doet visites in de wijk of consulten in de praktijk op verzoek van de huisarts naar aanleiding van 'Casefinding'. Er is een vermoeden van verhoogde **kwetsbaarheid** in combinatie met **complexiteit**. Meestal is er dan een hoge GFI-score.
- De VS brengt de situatie van de betreffende oudere in kaart. Alle zorgdomeinen krijgen aandacht en indien nodig wordt er met vragenlijsten (Easycare) gewerkt. De VS geeft **advies op maat** over hoe verder te gaan en wie de **zorgcoördinatie** op zich neemt (bijvoorbeeld de coördinerend verpleegkundige van de aanleunflat of de praktijkverpleegkundige). Een visite naar aanleiding van 'casefinding' levert veelal concrete interventies op, zoals verhuizing naar de aanleunflat, begeleiding starten van de POH-GGZ of het inzetten van thuiszorg. In sommige gevallen wordt de VS zelf 'casemanager' en continueert zij het contact met de patiënt. De betreffende patiënten worden in het **HIS** gecodeerd onder A49.01 (ouderenzorg).

- 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.

#### 4. Gestructureerde medicatiebeoordelingen

- Sinds 2013 vinden gestructureerde medicatiebeoordelingen plaats in samenwerking met apotheek Lewenborg. De apotheker voert de **medicatiereviews** uit en de VS organiseert de daaropvolgende besprekingen en doet inhoudelijk mee bij de patiënten die zij kent. Overige ouderen worden door de apotheker met de huisartsen besproken.
- Er wordt gewerkt volgens de **methodiek** van de Multidisciplinaire richtlijn Polyfarmacie bij Ouderen: De apotheek selecteert mbv het 'We care programma', de VS vraagt ontbrekende nierfuncties aan bij het lab, de apotheek neemt de anamnese af en analyseert, het overleg met de VS en/of HA vindt plaats, waarna de HA of apotheker de terugkoppeling doet met de patiënt. Tenslotte wordt een follow-up afgesproken.
- Gestelde **criteria**: 75+, > 7 geneesmiddelen en nierfunctie < 50. Frequentie: 1 keer per jaar, indien nodig vaker. Ook ouderen die niet voldoen aan deze criteria kunnen gereviewd worden, op verzoek van de VS of huisarts.
- Geanalyseerde patiënten en afspraken worden gecodeerd in het **HIS** onder A49.02 (polyfarmacie-medicatiebeoordeling).

#### 5. 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 en logopedie. Twee keer per jaar en indien nodig tussendoor is er een **werkgroepbijeenkomst**. Initiatieven die door de werkgroep zijn genomen en uitgevoerd, zijn onder andere: rollatorspreekuur, programma valpreventie, inzet van logopedie bij slikproblemen en verbetering van medicatiebewaking.

Op de rol staan:

#### 6. Continuïteit rondom ziekenhuisopnames vergroten

- Het GCL wil de **continuïteit van zorg** na geplande en ongeplande ziekenhuisopnames verbeteren via een transmurale zorgbrug en is in overleg met TSN over de inzet van de wijkverpleegkundige voor deze taak.

#### 7. Intensivering samenwerking wijkverpleging

- In de toekomst neemt het aantal ouderen in de wijk Lewenborg toe en ook de daarmee samenhangende problematiek. De huidige samenwerking met de wijkverpleging van TSN is goed te noemen. De lijnen zijn kort (zelfde gebouw) en er is veel continuïteit. Toch zouden de huisartsen en VS de **wijkverpleegkundigen** meer willen kunnen inzetten om kwetsbare ouderen in kaart te brengen en te ondersteunen. Ook bij vermoedens van geheugenproblematiek of een dementieel syndroom zou een rol voor hen weggelegd kunnen zijn, in aanvulling op het werk dat de VS al doet. Kortom: proactief en preventief handelen nu het aantal ouderen de komende jaren fors zal toenemen en langer thuis blijven wonen het speerpunt is.

#### 8. Consultatie specialist ouderengeneeskunde

- Het GCL oriënteert zich op de mogelijkheden om een vaste specialist ouderengeneeskunde te kunnen consulteren bij **complexe problematiek** bij ouderen in de wijk (buiten Mercator).

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



GEZONDHEIDSCENTRUM  
LEWENBORG

