



GEZONDHEIDSCENTRUM
LEWENBORG

jaarverslag
2019

Stichting
Gezondheidscentrum
Lewenborg



Inhoudsopgave

3	Inleiding
4	Demografische gegevens
5	Kwaliteitsbeleid
6	Welzijn op recept
8	Sociaal Wijkteam
8	Zelfmanagement
8	Ouderenzorg
11	GGZ in het GCL
15	Diabetes
17	COPD
21	Astma
23	CVRM/AF
23	HVZ
24	VVR
26	Diëtiëk
27	Tot slot

“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 hoofdisciplines, te weten de huisartsen, apothekers, fysiotherapeuten, thuiszorgmedewerkers van TSN en de logopedisten. Daarnaast zijn er samenwerkingsverbanden met nog 15 andere organisaties.

Samen met het Martiniziekenhuis, nog 5 andere huisartsenpraktijken en zorgverzekeraar Menzis, proberen we de proeftuin ouderenzorg te versterken. In 2019 zijn hier de eerste verkennende gesprekken over geweest. In januari 2020 is hiervoor een nieuwe Coöperatie opgericht en participeert het GCL in dit bestuur.

Het Stichtingsbestuur van het GCL blijft zich onverminderd inzetten om de samenwerking met de Gemeente Groningen en het WIJ-team Lewenborg

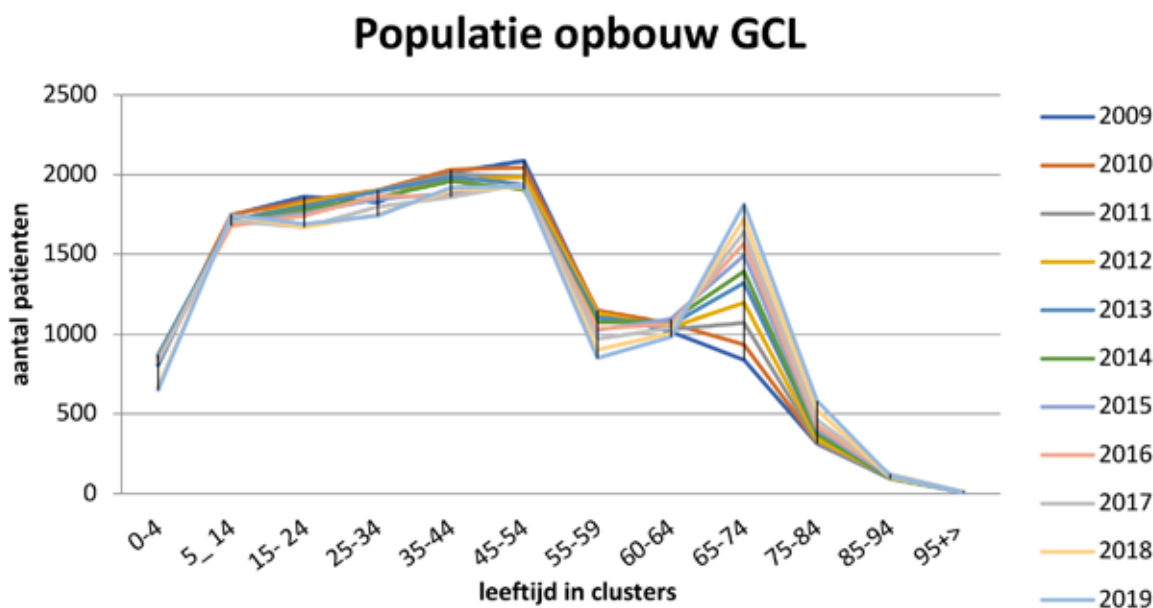
maximaal te benutten en waar mogelijk de samenwerking te verbeteren. Zo is het weer gelukt om voor 2020 het project 'Welzijn op Recept' voort te zetten.

De toenemende zorgvraag, krapte op de arbeidsmarkt en het bewaken van de draagkracht versus draaglast van de bestaande medewerkers vraagt een constante inspanning van alle disciplines. Het Bestuur van het GCL is zich er dan ook terdege van bewust dat zeker bij de substitutievraagstukken van de 2e naar de 1e lijn met deze factoren rekening gehouden dient te worden.

In dit speelveld blijft onze visie nog steeds: “Samen is meer dan de som der delers”. Vanuit die visie nodigen we al onze samenwerkingspartners dan ook graag uit om zich samen met ons in te blijven zetten en op zoek te gaan naar het 'meer' dan de som der delers.

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

Demografische gegevens



Op 1 januari 2019 waren er 14035 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. In 2009 was 9,1% van de bij de huisartsen ingeschreven mensen 65 jaar of ouder. In 2019 was dat 17,9%. Daarmee sluiten we nauw aan bij de landelijke trend van een verouderende populatie. 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 van 0-4 jaar. Het is niet geheel duidelijk of dit te maken heeft met minder geboortes, of met verhuisgedrag van mensen met zeer jonge kinderen naar andere wijken.

leeftijd	totaal	mutaties	Mutaties	mutaties2	mutaties3
cluster	2019	15-'16	16-'17	17- '18	18- '19
0-4	651	-12	-8	-155	-19
5-14	1746	-19	31	32	3
15-24	1692	-18	-74	1	22
25-34	1742	20	-68	-48	-11
35-44	1920	-17	-4	44	15
45-54	1929	3	0	-19	5
55-59	852	8	-67	-67	-51
60-64	985	-32	-25	-32	-23
65-74	1817	76	71	83	92
75-84	582	21	37	64	57
85-94	110	14	2	-17	6
95+>	9	4	4	0	-3
Totaal	14035	48	-101	-114	93

Populatiegroei of afname vanaf 2015 tot 2019

Kwaliteitsbeleid

Kwaliteitsbeleid binnen het GCL uit zich op verschillende manieren.

Allereerst houden alle disciplines zich aan de door de beroepsgroep gestelde normen wat betreft accreditatie en audits, zodat een ieder volgens de eigen standaard toegerust is om de zorg te leveren volgens de landelijke kwaliteitseisen.

Daarnaast zetten we ons sterk in voor multidisciplinaire samenwerking. Elke maandagmiddag is er een multidisciplinair samenwerkingsoverleg. Zowel gericht op de samenwerking tussen de interne disciplines, op de ketenzorgpartners, de zorgvernieuwingstrajecten als ook op de partners in de wijk. Wie wanneer aanschuift hangt af van het onderwerp en de mate van betrokkenheid.

Het Bestuur van het GCL komt twee keer per maand bij elkaar om de ontwikkelingen te volgen en te acteren op toekomstige vraagstukken.

De Raad van deelnemers vergadert drie à vier keer per jaar. Zij ondersteunt en adviseert het bestuur, toetst de voorgenomen besluiten en accordeert de jaarrekening.

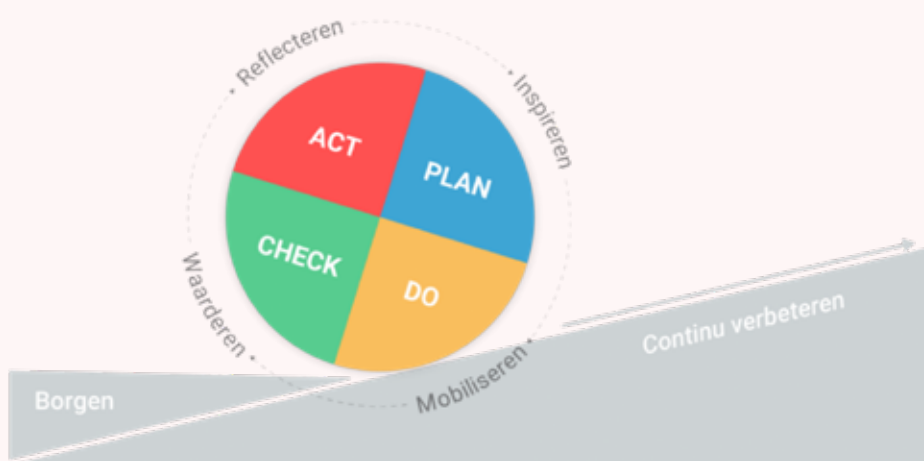
Tot slot houden we bij voorkeur 1 keer per jaar een heimiddag, met bestuur en Raad van deelnemers, om tijd te hebben om richting en koers voor een langere termijn te kunnen bepalen en overstijgende onderwerpen gezamenlijk uit te werken.

Uiteraard volgen we de wettelijk gestelde richtlijnen, wetwijzigingen en andere ontwikkelingen waar organisaties en eerstelijnsgezondheidscentra mee te maken hebben. Daarnaast is er ook een BHV groep actief en worden er met een zekere regelmaat brand- en EHBO oefeningen getraind.

Klantervaringsonderzoek vindt plaats via de 'eigen patiëntenuitvraag' in het kader van de accreditatietrajecten. Per discipline is bepaald op welke wijze dit uitgevoerd dient te worden.

Plan Do Check Act

De PDCA-cyclus loopt als een rode draad door het centrum. Bij alle bovenstaande overlegvormen komen de relevante vragen bovendrijven en wordt getracht daar naar te handelen. Wat waren we ook al weer van plan? Hoe hebben we het gedaan? Wat heeft het ons opgeleverd? Waarin kunnen we ons verbeteren? Zowel mono- als multidisciplinair zijn dit de steeds terugkerende vragen.



Welzijn op recept

In april 2015 is het GCL gestart met het project, Welzijn op Recept, WOR. Een mooi voorbeeld van samenwerking tussen zorgverzekeraar Menzis, Gemeente Groningen en het Gezondheidscentrum Lewenborg. Het project werd aanvankelijk gefinancierd voor 2 jaar. Vervolgens werd de financiering overgeheveld naar de Gemeente en telkens met een jaar verlengd.

Over 2019 waren er 74 nieuwe verwijzingen. Dit is vergelijkbaar met 2018, toen er 75 nieuwe verwijzingen waren. De man- vrouw verhouding is wel iets verschoven:

jaar	man	vrouw
2018	43%	57%
2019	38%	62%

Zoals op de tabel hiervoor te zien is, hebben meer vrouwen de ondersteuning van WoR nodig gehad dan mannen.

GC Lewenborg, streeft ernaar om WoR zo breed mogelijk in te bedden in de Eerste lijn. We zijn van mening, dat alle disciplines die mensen ontmoeten, alert moeten zijn op de mogelijkheid om gebruik te maken van de ondersteuning van WoR.

Wanneer mensen beter in hun vel zitten, zich gelukkiger voelen, een steuntje in de rug ervaren, zich op het welzijnsdomein beter voelen, dan straalt dat af op het gezondheidsdomein.

Net als voorgaande jaren zien we dan ook dat WoR vanuit verschillende disciplines benaderd wordt:

	jaar 1&2	jaar 3	jaar 4	jaar 5
Huisarts, HAIO, Hidha + waarnemer	36%	33%	39%	28%
POHGGZ	38%	32%	24%	43%
WIJ team	5%	3%	12%	12%
Fysiotherapie	6%	10%	8%	6%
Eigen initiatief	2%	4%	4%	1%
TSN	3%	9%	3%	3%
Praktijkverpleegkundigen	9%	4%	7%	4%
Psychologen	2%	1%	1%	
Verpleegkundig specialist	1%	1%	1%	
Overig	0%	2%	0%	1%

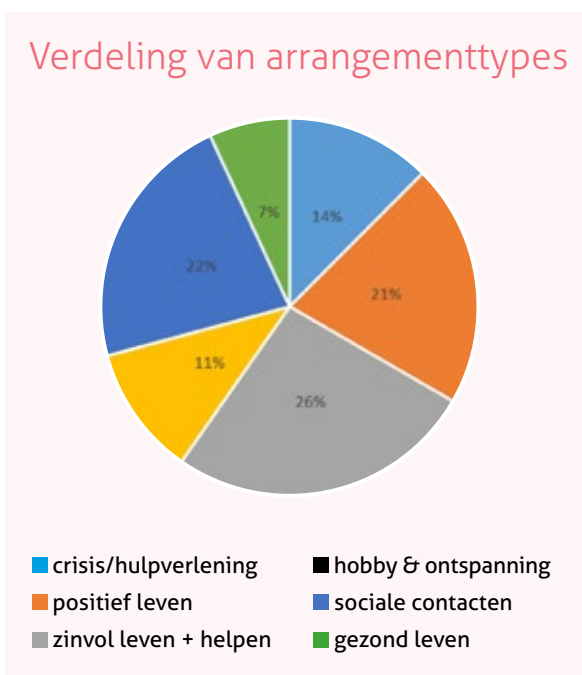
% verwijzingen per discipline

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 2019 ging dit toch om 13% deel van de verwijzingen. Kennelijk was bij de verwijzing deze crisishulpvraag nog onvoldoende in beeld.

crisis/hulpverlening	13%
positief leven	21%
zinvol leven	26%
hobby & ontspanning	11%
sociale contacten	22%
gezond leven	7%
helpen*	*

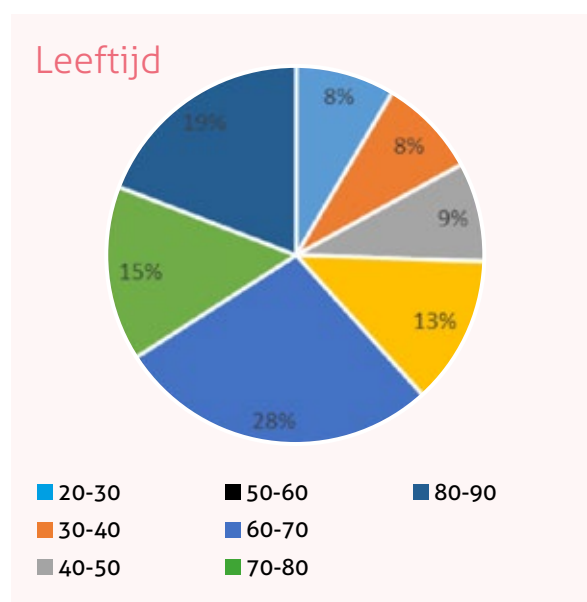
* Vaak als 'zinvol leven' gewaardeerd

Hieronder zijn de verschillende arrangementen zichtbaar. Dit jaar is 'zinvol leven' de grootste pijler. In tegenstelling tot vorig jaar, toen was dat de ondersteuning ten behoeve van sociale contacten.



Vanaf het begin houden we ook bij hoe de leeftijdsverdeling er bij verwijzing uit ziet. Aanvankelijk waren we in de vooronderstelling dat deze ondersteuning met name voor de oudere populatie nodig is. Echter in de loop van de tijd zien we dat ook veel jongeren, Welzijn op recept ontvangen.

Hieronder is te zien dat de grootste leeftijdscategorie zich bevindt in de categorie van 60-70 jaar. Grofweg 60% is ouder dan 60, maar toch nog 40% is tussen de 20 en 59 jaar. Wanneer we de leeftijden wegzetten in een tabel over de afgelopen jaren dan zien we de volgende tendens:



Nog steeds is de categorie tussen 60-70 de grootste groep. Echter ten opzichte van vorig jaar zie je wel een daling. Met juist een sterke stijging in de leeftijdsgroep van 80-90 jaar. Ook de leeftijdsgroep van 20-30 laat weer een sterke stijging zien.

leeftijd	jaar 1&2	jaar 3	jaar 4	jaar 5
20 - 30	9%	12%	4%	9%
30 - 40	16%	5%	8%	9%
40 - 50	12%	14%	10%	9%
50 - 60	18%	18%	13%	13%
60 - 70	16%	19%	35%	28%
70 - 80	16%	14%	23%	15%
80 - 90	12%	18%	8%	19%

Sociaal wijkteam



Afgelopen jaar zijn er diverse bijeenkomsten geweest waarbij medewerkers vanuit het sociaal wijkteam en het GCL met elkaar over de onderlinge samenwerking gesproken hebben. Dit heeft zowel op bestuurlijk niveau, als op uitvoeringsniveau plaatsgevonden. Over het algemeen kan gezegd worden dat de samenwerking redelijk is en dat de lijnen kort zijn. Er worden actief stappen gezet, van beide kanten, om het sociaal domein en de eerste lijn zo goed mogelijk op elkaar te laten aansluiten. In 2018 lag vooral het accent op het onderling geïnformeerd raken van elkaars betrokkenheid en inzet, ondanks de AVG.

In 2019 speelde dit nog steeds en is er actief op ingezet. Bovendien zijn we op zoek gegaan naar een verbreding van de kennismaking. Niet alleen de werkgroepen moeten elkaar kennen, alle medewerkers dienen van elkaar op de hoogte te zijn. Het plan is om voor 2020 twee keer per jaar een soort thema/bijeenkomsten te organiseren. Zowel medewerkers van het Wij team, als medewerkers van het GCL zijn daarbij welkom. Aansluitend is er dan tijd voor onderlinge contacten en kennismaking.

Zelfmanagement

Waar mogelijk en zinvol wordt gebruik gemaakt van zelfmanagement. Deels via openbare websites, die vrij toegankelijk zijn, deels via vragenlijsten vanuit het Keten Informatie Systeem (KIS) van Vital Health. Vooral bij de ggz module zijn dit jaar op ons verzoek nieuwe vragenlijsten toegevoegd.

Verder zijn we nog in afwachting van de integratie van de Engage omgeving (patiënten portaal van Vital Health) en het lopende KIS. Op dat moment loopt namelijk het individueel zorgplan ook parallel met de data vanuit het KIS. Nu zijn dat nog twee gescheiden portalen, waardoor overnemen van data en afspraken nodig is. In de toekomst zou dit geïntegreerd kunnen worden.

Ouderenzorg

In 2019 hebben we weer veel aandacht gehad voor onze oudere patiënten. In 2019 is 17,9% 65 jaar of ouder. De zorg wordt steeds meer midden- en hoog complex en verschuift steeds meer naar de thuis-situatie. In 2019 zijn we gestart met verkennende gesprekken samen met het Martinizekenhuis, Menzis en andere huisartsen uit Haren en Paterswolde om te participeren in een Proeftuin waar innovatieve ontwikkelingen uitgetoetst en vooral bewezen kunnen worden op basis van effectiviteit, kwaliteit en kosten. Door bewijsvoering te koppelen aan uitvoering van zorg, kun je zien wat er gebeurt en op grond daarvan de juiste beslissingen nemen voor de toekomst. De proeftuin is als coöperatie in januari 2020 opgericht.

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. De zorgzwaarte nam in 2019 verder toe in Mercator. Ongeveer een derde van de bewoners heeft op dit moment een ZZP 4 en twee-derde heeft een ZZP 5 of 6. Er is structureel aandacht voor Advance Care Planning en wilsverklaringen: met iedere patiënt vindt een gesprek plaats over wensen en verwachtingen betreffende de laatste levensfase, inclusief het al dan niet gewenste niet-reanimeren (NRNB) beleid. Indien de coördinerend verpleegkundige van Mercator dit gesprek op zich neemt, volgt een terugkoppeling naar de huisartsenpraktijk. In 2019 zijn er ook meerdere gesprekken geweest tussen de leiding van Mercator en de huisartsenpraktijk over de op handen zijnde verandering over de transitie van "Wonen zonder behandeling", naar "Wonen met behandeling". Vooralsnog ligt dit nu even stil. Het Gezondheidscentrum is in afwachting van de volgende zetten die Mercator onderneemt. Het Gezondheidscentrum heeft voor 2020 wel voorgesteld op de op handen zijnde verandering door de module ouderen zorg in te richten voor de kwetsbaar en complexe ouderen in de thuishouding.

De verpleegkundig specialist valt voor de financiering vanaf 2020 onder de huisartsenzorg en niet meer zoals voorheen onder de POHS regeling. Niet alleen voor de huisartsenzorg zal dan één en ander veranderen. Ook de inkoop van fysiotherapeutische zorg, logopedische zorg en de farmaceutische zorg zal dan anders georganiseerd en ingekocht worden.

Multidisciplinaire zorg in samenwerking met ZINN

Sinds 2017 vinden de multidisciplinaire overleggen (MDO) mét en over Mercatorbewoners plaats in samenwerking met Zorggroep ZINN. In 2018 zijn we begonnen met de module ouderenzorg van het Keten Informatiesysteem (KIS) van Vital Health. Hierbij zijn dan alle betrokkenen gekoppeld aan het zorgteam van de patiënt. Informatie-uitwisseling is op die manier zeer eenvoudig, spaart veel tijd en iedereen beschikt op hetzelfde moment over dezelfde informatie. Toch zijn er ook nog kanttekeningen te plaatsen. Nog niet alle journaalteksten van alle ICPC codes kunnen doorvallen. Dit heeft te maken met hetgeen achter de schermen "vrij" gegeven wordt, voor data uitwisseling. Dit is tot op heden nog slechts beperkt tot de ICPC codes die gerelateerd zijn aan de ketenzorgprogramma's en de codes A05 en K49,01 (kwetsbare ouderen, en algehele achteruitgang). Echter in combinatie met de huisartsenrichtlijn voor het ADEPD registreren (Adequate Dossiervorming met het EPD) loopt dit niet synchroon. Bovendien lukt het tot op heden nog niet om het NEDAP systeem (Registratiesysteem van TSN/Mercator) ook gekoppeld te krijgen aan het KIS, waardoor dubbele registratie nog steeds noodzakelijk is.

De huisarts is hoofdbehandelaar en de specialist ouderenzorg van ZINN heeft binnen Mercator een consulterende en adviserende rol. Tijdens het MDO (waarbij de oudere zelf en/of familie aanwezig is) wordt de stand van zaken besproken en wordt vooral specifieke problematiek van de patiënt onder de loep genomen. Er worden afspraken over de behandeling en het vervolg gemaakt. Ook wordt de medicatie doorgenomen en zo nodig bijgesteld. Bespreekpunten en plan van aanpak worden vastgelegd in het zorgbehandelplan van Mercator en in samengevatte vorm in het KIS/HIS.

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 2019 zijn er ongeveer 5 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. KDO (kortdurende opname met een eigen bijdrage) is in 2019 niet voorgekomen in Mercator.

De scholing die voor 2019 gepland was om aan de zorgverleners van Mercator aan te bieden, werd in januari 2020 gegeven in verband met druk op de scholingsagenda van Mercator. De scholing ging over palliatief beleid en werd aan twee groepen van gemiddeld 25 verzorgende aangeboden en werd als zeer zinvol en nuttig ervaren.

Consultatie specialist ouderengeneeskunde en Geriater

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

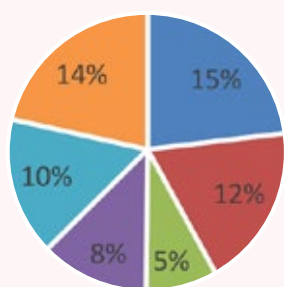
Gestructureerde medicatiebeoordelingen

Sinds 2013 vinden gestructureerde medicatiebeoordelingen plaats in samenwerking met apotheek Lewenborg. De apotheker voert de medicatiereviews uit en de bespreking is met de huisarts en/of de VS. De apotheek brengt jaarlijks de resultaten in kaart. Er wordt gewerkt volgens de methodiek van de Multidisciplinaire richtlijn Polyfarmacie bij Ouderen.

Geanalyseerde patiënten en afspraken worden gecodeerd in het HIS onder A49.02 (polyfarmacie-medicatiebeoordeling).

In 2019 zijn er 471 interventievoorstellen door de apotheek gedaan. (Ter vergelijking: in 2018 waren dat er 218). Dit is meer dan een verdubbeling. Het aandeel en de reden van de voorstellen kun u in het wiel hieronder terugvinden.

Aandeel (%) Type interventievoorstel, 2019



- informatie/advies geven
- geneesmiddel vervangen
- geneesmiddel stoppen/afbouwen
- onderzoek uitvoeren (labwaarden)
- dosering wijzigen
- geneesmiddel starten

Vervolgens is er ook gekeken welke van de adviezen ook daadwerkelijk doorgevoerd zijn. Om andere (zwaarwegende) redenen, kan de huisarts namelijk toch beslissen het voorstel niet door te voeren. Uit bovenstaande tabel blijkt dat 76% van de alle totale voorstellen (471) wél doorgevoerd zijn. In 2018 was dit lager, namelijk 65%. Daaruit blijkt wederom dat het doen van polyfarmacie reviews bij ouderen die langdurig medicatie gebruiken, zeer zinvol is.

Type interventievoorstel	Voorgesteld (% doorgevoerd)
Informatie/advies geven	97%
Onderzoek uitvoeren (labwaarden)	88%
Geneesmiddel vervangen	56%
Dosering wijzigen	66%
Geneesmiddel stoppen/afbouwen	57%
Geneesmiddel starten	67%
Totaal	76%

Multidisciplinaire werkgroep ouderenzorg

Het GCL verleent samenhangende, integrale eerstelijns ouderenzorg. Twee keer per jaar is er een werkgroep-bijeenkomst, waar samenwerking tussen de disciplines en ontwikkelingen op het gebied van ouderenzorg worden besproken. Hierbij zijn betrokken: de huisarts met de portefeuille Ouderenzorg, de VS, verpleegkundigen van Mercator, fysiotherapie, diëtiste en logopedisch medewerker, evenals de wijkverpleegkundigen.

Continuïteit rondom ziekenhuisopnames (transmurale zorgbrug)

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

GGZ in het GCL

Consultatief psychiater

Net als voorgaande jaren konden de huisartsen hun patiënten met psychische klachten weer doorsturen naar de POHGGZ of verwijzen op indicatie. Daarnaast bestond de mogelijkheid om gebruik te maken van consultatie van de psychiater, Mw. Drs. A. van Lammeren, van het Universitair Centrum voor Psychiatrie. De samenwerking wordt wederzijds als heel plezierig ervaren. De spreekuren zitten steeds vol. Ze is in 2019 tien dagdelen geweest. Het merendeel van haar contactmomenten bestaat uit face-to-face contacten, die samen met de POH en/of huisarts worden uitgevoerd. De consultvragen zijn complex en altijd relevant. De POHGGZ zien moeilijke en complexe patiënten. Vaak gaat het om een combinatie van psychiatrie, somatiek en zorgmijding. De consultvraag is grotendeels onder te verdelen in: diagnostiek, behandeladviezen en supervisie.

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

Inzet POHGGZ

In 2019 is de declaratieomschrijving voor de afronding van consultaties veranderd, waardoor het niet mogelijk is om een trend in de tijd te laten zien. Wat opvalt is dat er relatief weinig visites gedaan

worden. En de registratie 'Niet verschenen, zonder bericht' kent een onderregistratie, omdat niet bij iedereen bekend was dat dit ook vastgelegd kon worden. De POHGGZ ervaren net als voorgaande jaren, enorme druk op de spreekuren en moeten alle zeilen bijzetten om te zorgen dat de wachtlijsten niet te lang worden.

Omschrijving verrichting	totaal 2019
Consult 5 - 20 minuten	282
Consult korter dan 5 minuten	342
Consult langer dan 20 minuten	3514
Visite korter dan 20 minuten	1
Niet verschenen zonder bericht	99
Visite langer dan 20 minuten	24
Totaal aantal contactmomenten	4262

In 2019 hebben we een uitgebreid overleg gehad met de chef de Clinique van het UCP over de onderlinge samenwerking, de moeilijkheden om de verwijzing in één keer op de juiste plek te krijgen, en de frustratie en negatieve gevolgen die dat voor de patiënt, als voor de zorgverleners teweegbrengt. Dit waren constructieve gesprekken, waarbij we in het vervolggesprek in januari 2020, ook daadwerkelijk verbeteringen ervaren hebben. Ondanks dat er nog wel ruimte voor verbetering is, zijn we op de goede weg om de samenwerking te verbeteren. Van de consultatief psychiater horen we ook dat door ons initiatief om vanuit de 1e lijn het gesprek aan te gaan, er zeker alarmbellen afgegaan zijn. De verbeterde samenwerking is niet alleen voor ons relevant, maar voor de volle breedte van het adherentiegebied van het UCP. We hopen dat deze trend zich voortzet.

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	per 1000 pt 2017	per 1000 pt 2017	per 1000 pt 2017
psychiatrie	387	385	516	27,5	27,6	36,8
psychologische zorg	138	120	193	9,8	8,6	13,8
Totaal	525	505	709			

Het is nu onduidelijk of dit om absolute aantallen gaat, of dat dit ook het effect is van de zoektocht naar "de juiste zorg op de juiste plek", waarbij dezelfde mensen, soms 2 of drie keer verwezen werden, voordat ze op de juiste plek aankwamen. Wij vermoeden dat daar zeker een sterke correlatie mee is.

E- Health

Waar mogelijk wordt gebruik gemaakt van E-health. Altijd in de vorm van blended-care, dat wil zeggen, dat e-health complementair aan face-to-face contacten ingezet wordt. In 2019 zijn extra vragenlijsten aan de bibliotheek van het KIS toegevoegd, op verzoek van het GCL.

EPA (ernstig psychiatrische patiënten)

In oktober 2017 zijn we gestart met een nieuw zorgvernieuwingprogramma. Namelijk de zorg voor mensen met Ernstig Psychiatrische Aandoeningen, afgekort met EPA. De verpleegkundig specialist (VS) begeleidt alle patiënten, die vallen binnen de inclusiecriteria van EPA, en die ontslagen worden uit de 2e lijn (SGGZ). Daarnaast probeert hij te voorkomen dat mensen opgenomen moeten worden, door samen naar handvatten te zoeken om zich in de eigen omgeving staande te houden. Enerzijds door intensievere gesprekken te voeren, anderzijds door samen met de patiënt te kijken hoe deze gebruik kan maken van de mogelijkheden die hij/ zij tot zijn beschikking heeft. Verder overlegt hij met behandelaars in de tweede lijn, zoekt afstemming naar de juiste zorg op de juiste plek, altijd in overleg met de patiënt. Een ander belangrijk preventief aandachtsgebied is de screening op het gebied van CVRM i.v.m. vaak langdurig medicatiegebruik. Het risico op het krijgen van hart- of vaatziekten ligt bij deze populatie aanzienlijk hoger.

Sinds oktober 2017 zijn in cohorten patiënten benaderd (op geboortedatum) die op basis van dossieronderzoek in aanmerking komen voor dit programma. Zo zijn ook mensen 'gevonden' die vooralsnog 'buiten beeld' zijn. Iedereen ontvangt een uitnodiging, zo nodig een reminder. We verwachten uiteindelijk zo'n 100 - 125 mensen te kunnen includeren. Wegens toenemende druk op het spreekuur is er vanaf 1 jan 2019 een uitbreiding van uren van de VS geweest.

Resultaten tot 1 januari 2020:

Er zijn inmiddels 98 patiënten geïncludeerd, waarvan bij 94 patiënten de huisarts hoofdbehandelaar is en bij 4 pt de VS in medebehandeling is bij de specialist, om transitie te kunnen bereiken. Voor de initiële lijst waren 179 patiënten geselecteerd. 44 mensen ontvangen nog een uitnodiging. 18 mensen hebben zich afgemeld en bij 34 patiënten is sprake van No-show.

In het overzicht hieronder is te zien wat de herkomst is van de geïncludeerde patiënten.

Herkomst	aantal
Bestaande patiënt	10
Vanuit de BGGZ	1
Vanuit de SGGZ	85
Nieuw gediagnosteerd patiënt	2

Het blijkt dus dat het goed mogelijk is, om met de juiste expertise, EPA-patiënten in de eerste lijn te kunnen opvangen

Bijdrage: Orthopedagoog en gz-psycholoog

In 2019 hebben zich 93 nieuwe cliënten bij mij aangemeld. Van de 93 nieuwe cliënten zijn er 48 in 2019 afgerond. Bij de anderen wordt de behandeling in 2020 voortgezet. Van 54 cliënten uit 2018 liep de behandeling door in 2019 en is in dit jaar afgerond (zie onderstaande tabel).

jaartal	nieuwe aanmeldingen	afgerond	nog in behandeling
2018	107	102	54
2019	93	102	45

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 en dwang;
- zelfbeeld-/identiteitsproblematiek/genderproblematiek;
- oppositioneel gedrag, boosheid/agressie en gedragsproblemen;
- eetproblemen en zelfbeschadiging;
- autistisch gedrag en omgaan met een vorm van autisme;
- stress, piekeren, slaapproblemen en psychosomatische klachten;
- adoptie gerelateerde problematiek;
- problemen rond hoogbegaafdheid.

Opvallend vond ik dat dit jaar de ernst van de problemen bij jongeren behoorlijk toenam in vergelijking met voorgaande jaren.

Zo waren er veel meer jongeren met suïcidale gedachten die zo spoedig mogelijk naar de specialistische GGZ elders moesten worden doorverwezen. Ook daar zijn wachtlijsten.

Problemen van ouders zelf hebben evenals voorgaande jaren invloed op de problematiek van kinderen/jongeren, waarbij (vecht)scheidings-situaties zeer frequent voorkomen. Daarnaast spelen psychiatrische problemen van ouders een rol.

De meeste cliënten zijn door huisartsen doorverwezen. Daarnaast zijn cliënten door jeugdarts en WIJ-team doorverwezen. Vanuit de tweede lijn zijn geen doorverwijzingen ontvangen. 13 Cliënten zijn in overleg met de huisartsen naar de Specialistische GGZ elders doorverwezen, omdat intensievere hulp noodzakelijk was. Hierbij ging het merendeel om crisisachtige situaties en 1 jongere is bij intake meteen doorgestuurd naar Spoed voor Jeugd. 3 Jongeren bereikten de leeftijd van 18 jaar en zijn doorverwezen naar zorg die vergoed wordt door de zorgverzekering.

Mijn praktijk is in het Gezondheidscentrum Lewenburg en daardoor zijn er korte lijnen met zorgverleners.

Het is het zesde jaar dat er wordt samengewerkt met andere disciplines van het Gezondheidscentrum Lewenburg (kinderfysiotherapeut en diëtist) rond het project "Groeï Goed" (eetproblematiek). De samenwerking met WIJ Lewenburg is afgelopen jaar gecontinueerd. Om mijn deskundigheid op peil te houden maak ik deel uit van meerdere intervisiegroepen en krijg supervisie (biopsycholoog).

Bijdrage: P. Breukers, GZ-psycholoog

Onderstaande tabellen geven achtereenvolgens weer voor welke psychiatrische problemen er ondersteuning gevraagd is, hoe de man/vrouw verdeling geweest is en onder welke behandelproducten de zorg geleverd is.

diagnose	2016	2017	2018	2019
P01	0	1	0	1
P03	1	1	0	0
P74	18	9	18	11
P75	1	0		
P76	13	12	9	10
*trauma/PTSS	6	6	4	8
overig	3	5	3	4
Totaal	42	34	34	34

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

producten BasisGGZ	2016	2017	2018	2019
kort	15	11	13	9
middel	11	10	10	12
intensief	11	7	6	7
chronisch	2	2	2	2
OB (max 2)	3	6	3	5
gem. aantal sessies		7	6,8	7

geslacht	2016	2017	2018	2019
man	15	26	15	12
vrouw	27	18	19	22

Bijdrage: M. D. Boersma, GZ-psycholoog

In 2019 hebben het GCL en ik besloten de samenwerking uit te breiden. Ik ben vanaf 8 februari 2020 bijna volledig praktijk gaan draaien in het Gezondheidscentrum Lewenborg. Mijn praktijk in Winschoten is gesloten en ik rond daar de lopende behandeling af op een tijdelijke locatie. Dat de POHGGZ 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 mei 2019 tot en met 22 april 2020 heb ik 76 verwijzingen gekregen en 62 in behandeling kunnen nemen. Er zijn wel meer verwijzingen maar omdat de wachttijden bij mij soms lang zijn, zijn cliënten bij collega's in behandeling gekomen waar eerder plek was. Er staan nu nog 14 mensen op de wachtlijst. De twee meest voorkomende diagnoses zijn angststoornissen en depressieve stoornissen.

De gemiddelde score van alle cliënten op de SQ-48 (een klachtenlijst die de meest voorkomende klachten scoort) is aan het begin 62 (klinisch) en

aan het einde 41 (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.

Diabetes

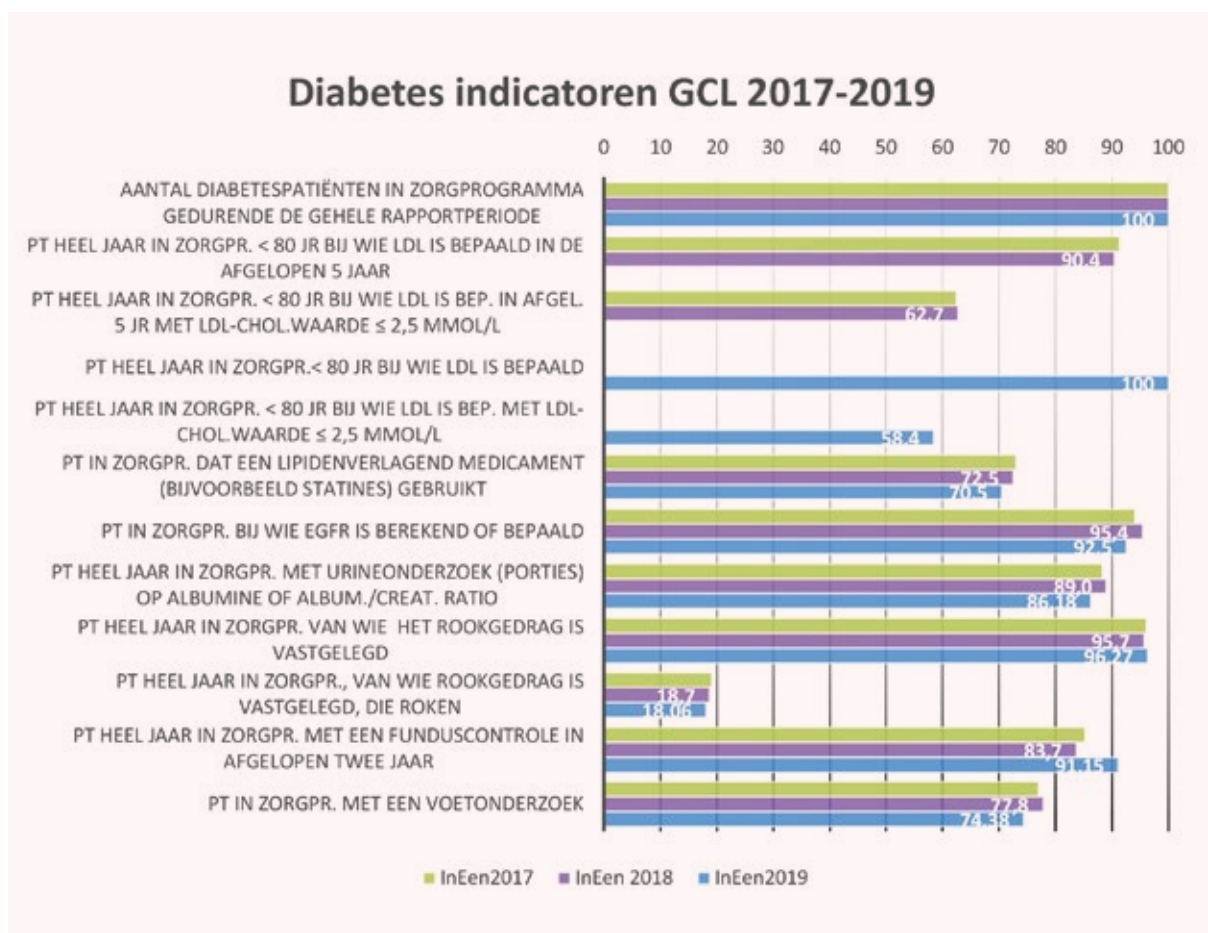
In 2019 hebben we de zorg voor de patiënt met diabetes gecontinueerd, daarbij gebruik makend van ons multidisciplinaire team. Twee keer per jaar zijn er multidisciplinaire overleggen geweest, waarbij onderlinge samenwerking steevast het belangrijkste thema was.

Daarnaast zijn er in klein verband nog overleggen geweest (POH- HA, POH- diëtiste, POH- pedicures) waarbij er inhoudelijk casuïstiek overleggen geweest zijn en voortgang en knelpunten besproken kunnen worden. De praktijkverpleegkundigen en huisartsen volgen scholing op gebied van diabetes, om zo altijd van de laatste actuele stand van zaken op de hoogte te raken, net als de overige disciplines dat doen binnen hun eigen beroepsverenigingen.

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

Indicatoren 2019

In onderstaand overzicht zijn de resultaten op de indicatoren Diabetes Ketenzorg weergegeven, volgens de landelijke richtlijnen van InEen. Deze zijn afgezet tegen de resultaten van 2017 en 2018. Het is een redelijk constant stabiel beeld, met een paar kleine verschuivingen op een aantal indicatoren. In 2019 waren 644 patiënten die gedurende een heel jaar in het zorgprogramma opgenomen waren. Dit aantal staat voor 100%.



Indicatoren die te maken hebben met het Lipidenprofiel zijn aangepast ten opzicht van de voorgaande jaren. Daarom is daar nu slechts 1 meting waarneembaar. Vergeleken met de voorgaande jaren zien we een vergelijkbaar beeld,

met af en toe een paar lichte verschuivingen. Vergelijken we onze resultaten met het Landelijk Gemiddelde vanuit de Benchmark Transparantie Ketenzorg, dan zien we het volgende beeld:

Diabetes indicatoren GCL	Landelijk gem. 2018	2019	2018	2017
Prevalentie	5,29	5,29	5,9	5,41
Percentage patiënten in zorgprogramma	83,42	84,59	90,42	91,52
Percentage patiënten < 80 jr met LDL ≤ 2,5 mmol/l	62,23	56,41	62,72	62,42
Percentage patiënten met lipidenverlagend medicament	71,84	70,5	72,5	72,98
Percentage patiënten bij wie eGFR is berekend of bepaald	93,25	92,55	95,4	94,1
Percentage patiënten met urineonderzoek	87,87	86,16	89	88,2
Percentage patiënten van wie het rookgedrag is vastgelegd	64,64	96,27	95,7	96,12
Percentage patiënten dat rookt	13,93	18,06	18,7	19,06
Percentage patiënten met funduscontrole in afgelopen 2 jaar	84,87	91,15	83,7	85,25
Percentage patiënten met een voetonderzoek	84,12	74,38	77,8	77,02

Benchmark Transparantie Ketenzorg 2019

Het officiële transparantie ketenzorg rapport is bij het schrijven van dit jaarverslag nog niet verschenen. Het is daarom nog onduidelijk hoe het landelijk gemiddelde er over 2019 uitziet.

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 behandelaars. Uiteraard blijft de NHG standaard geldend, maar is er zo 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.

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. Er blijft nog steeds een verschil tussen SIMMs scoren en zorgprofiel score:

Rijlabels	Aantal van patiëntid
Zorgprofiel 1	22
Zorgprofiel 2	46
Zorgprofiel 3	42
Zorgprofiel 4	13
Zorgprofiel niet (leeg)	307
Eindtotaal	731

Rijlabels	Aantal van patiëntid
0	405
1	84
2	170
3	41
(leeg)	31
Eindtotaal	731

Van de 731 geïncludeerde Diabetes patiënten, beschikken 301 patiënten over een niet ingevuld zorgprofiel. Maar kijken we vervolgens naar de

SIMMs score, dan blijken slechts 31 patiënten (4,2%) geen score te hebben. Het is toch lastig om een eenmaal ingevoerde systematiek om te buigen.

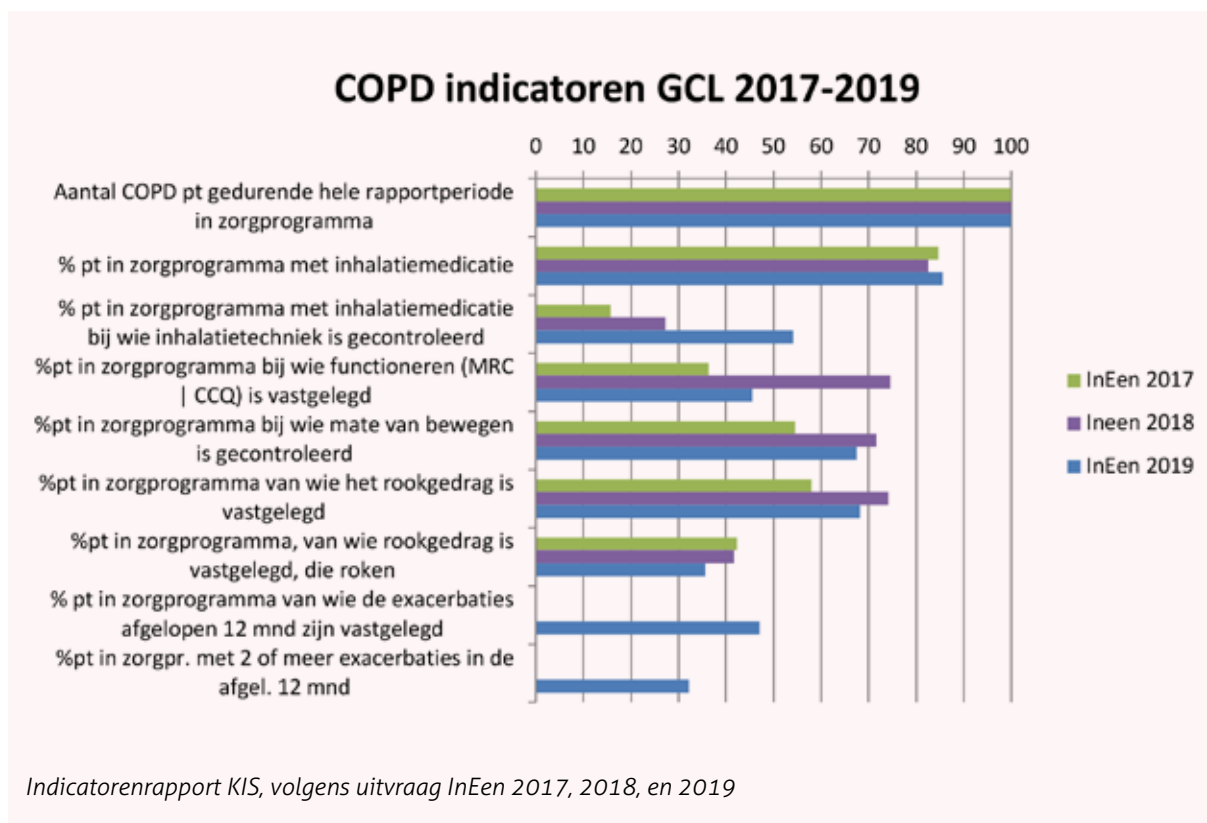
Geen programmatische zorg

Afgelopen jaren zijn we strenger geworden in de het bespreekbaar maken van ondersteuning via ketenzorg bij mensen die stelselmatig de controleafspraken afzeggen, no shows of bij wie 'geen eer meer te behalen valt'. Sinds 2016 is dit aantal van 8 naar 49 (2019) gestaag opgelopen.

COPD

In 2019 is er een wisseling van personeel geweest met betrekking tot de bezetting van de POHS. Éen verpleegkundige is wegens privéomstandigheden verhuisd naar het midden van het land. Daardoor verloren we veel expertise met name op het gebied van de COPD en Astma. In 2019 en 2020 wordt er

dan ook hard geïnvesteerd om alle praktijk-verpleegkundigen weer op niveau te krijgen. Twee verpleegkundigen met twee huisartsen volgen momenteel de Caspircursus. Totdat iedereen weer op niveau is wordt er meer ruggespraak gehouden met de ervaren huisartsen.



In bovenstaande tabel staan de 100% geïnccludeerde patiënten gedurende de gehele rapportperiode voor 132 personen. Dit is ongeveer 45% van al onze COPD-ers. De implementatie van het ASTMA-programma heeft ons waarschijnlijk geholpen om kritischer te zijn naar de 'mengbeelden'. Opschoningen van het hele bestand heeft er waarschijnlijk toe geleid dat er geen/ minder vervuiling is tussen de programma's van COPD en Astma.

Over de hele linie zien we een kleine terugval in de resultaten. Dit heeft ongetwijfeld met de wisseling van ons personeel te maken gehad. Voor 2019 zijn er de laatste twee indicatoren nieuw. Vandaar dat daar nog maar één uitslag van bekend is.

Zetten we onze resultaten af ten opzichte van de vorige jaren, dan zien we een verbetering bij het registreren van de inhalatiecontrole, en een

verbetering bij het % mensen dat rookt. Dat is mooi om te zien. De andere registraties, zijn soms een paar procentpunten gezakt. Maar in acht nemende dat er een aantal maanden een tekort was aan personele inzet voor dit onderwerp, valt het ons nog mee.

We hebben goede hoop dat we in 2020 de stijgende lijn weer voort kunnen zetten. We zitten nog wel wat af van het landelijk gemiddelde. Maar de trend van 2017 naar 2018 proberen we in 2020 weer voort te zetten. Zeker als we straks weer op sterkte zijn. De inhalatie instructie zullen we echter voorlopig nog niet goed geregisseerd krijgen, omdat er teveel nadelen zitten voor de apotheek om ook in te haken aan het KIS. Om dan achteraf nog handmatig alle instructies die via de apotheek gegaan zijn goed bij te houden, is te arbeidsintensief en eigenlijk dubbelop (omdat het al via de apotheek geregistreerd is). Het wordt dat alleen niet zichtbaar in ons overzicht.

Landelijke Benchmark Transparantie Keten zorg, Trend COPD	Landelijk gem. 2018	2019	2018	2017
Percentage patiënten in zorgprogramma	50,3	42,58	41,35	40,69
Percentage patiënten met inhalatiemedicatie en inhalatietechniek gecontroleerd	71,26	45,1	27,3	15,00
Percentage patiënten bij wie functioneren (MRC of CCQ) is vastgelegd	77,68	45,5	47,5	36,17
Percentage patiënten bij wie mate van bewegen is gecontroleerd	79,18	67,4	71,7	53,9
Percentage patiënten van wie het rookgedrag is vastgelegd	85,36	68,2	74,2	57,45
Percentage patiënten dat rookt	38,31	35,6	41,6	43,21
Percentage patiënten bij wie BMI berekend is	82,51		72,5	58,87
Percentage patiënten met 2 of meer stootkuren	8,34		13,3	13,48
Percentage patiënten van wie exacerbaties in de afgelopen 12 maanden zijn vastgelegd		47		
Percentage patiënten met 2 of meer exacerbaties in de afgelopen 12 maanden		32,3		

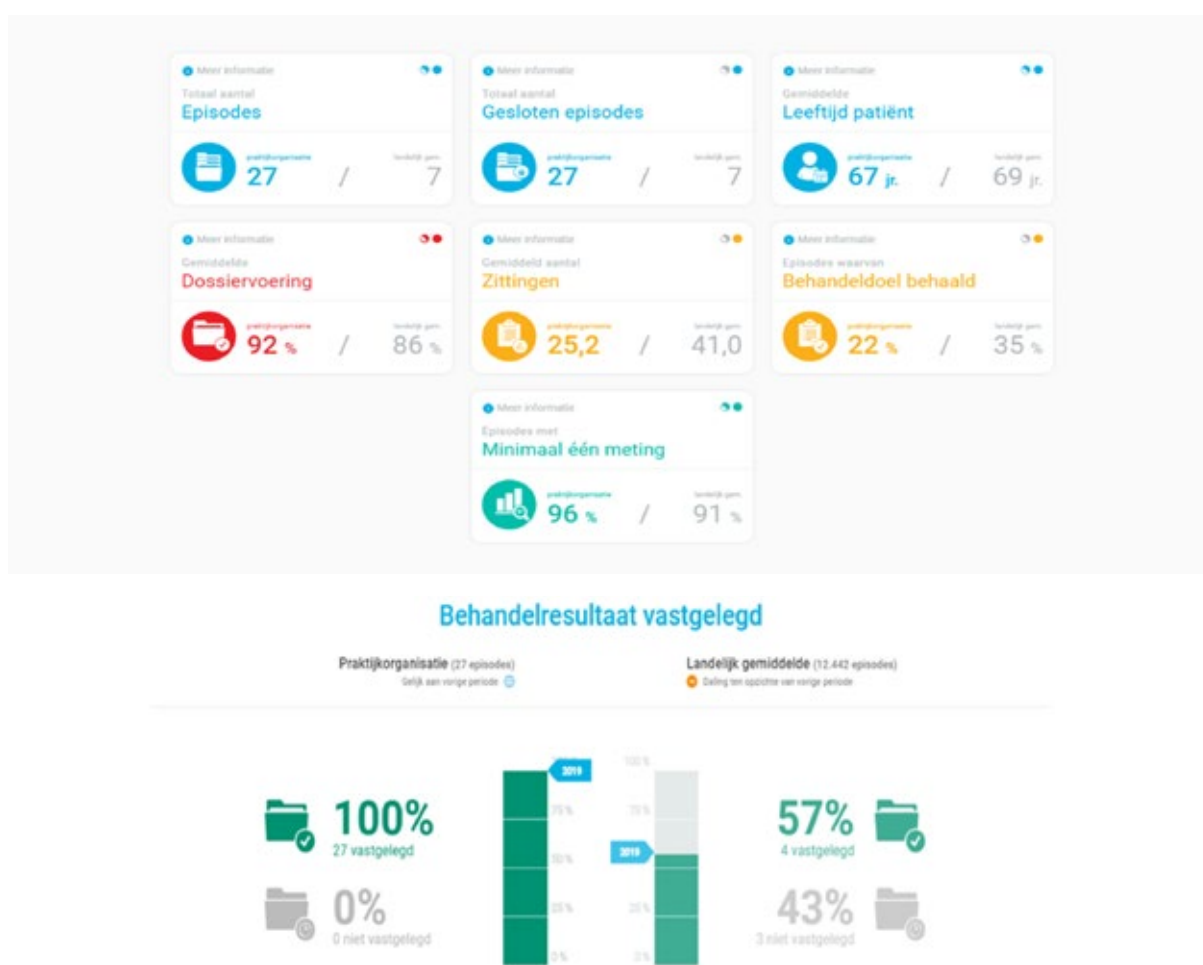
Consultatie door de longartsen vindt nog steeds plaats via KIS van Vital Health. Consultaties verliepen naar tevredenheid.

Bijdrage fysiotherapie:

De in- en exclusiecriteria voor deelname aan het beweegprogramma zijn vastgesteld. Onze afdeling Fysiotherapie heeft 27 patiënten met de diagnose COPD in 2019 begeleidt volgens het zorgaanbodplan. Dit waren 20 vrouwen en 7 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.

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 een lage score bij het behalen van de behandeldoelen van de praktijk t.o.v. de landelijke benchmarks. Dit is wellicht te verklaren door de tabel hieronder: de behandelresultaten worden in 100% van de gevallen vastgelegd t.o.v. 57% landelijk. Daarnaast is het gemiddelde aantal behandelingen opvallend bij deze patiëntenpopulatie. Dat ligt in onze

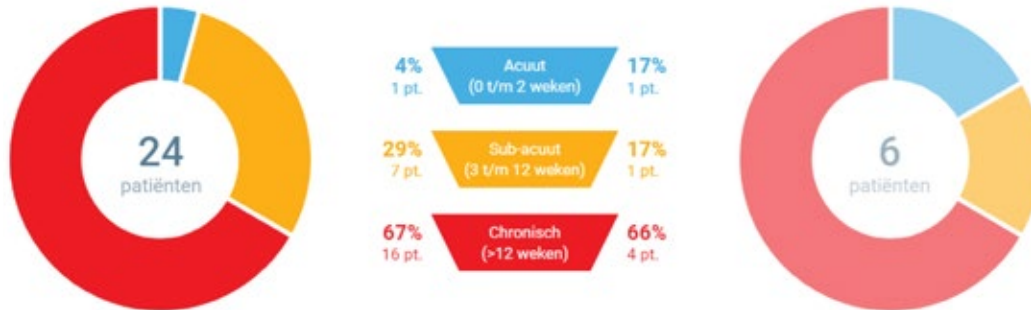
praktijk een stuk lager t.o.v. het landelijke gemiddelde.

Tevens valt op dat we minder acute patiënten zien t.o.v. het landelijk gemiddelde maar wel meer subacute (langdurigere klachten voor de fysiotherapeutische interventie kan starten). Hoe langer de klachten bestaan hoe moeilijker het soms is het doel te behalen.

Duur van de klacht

Praktijkorganisatie (27 patiënten)

Landelijk gemiddelde (12.442 patiënten)



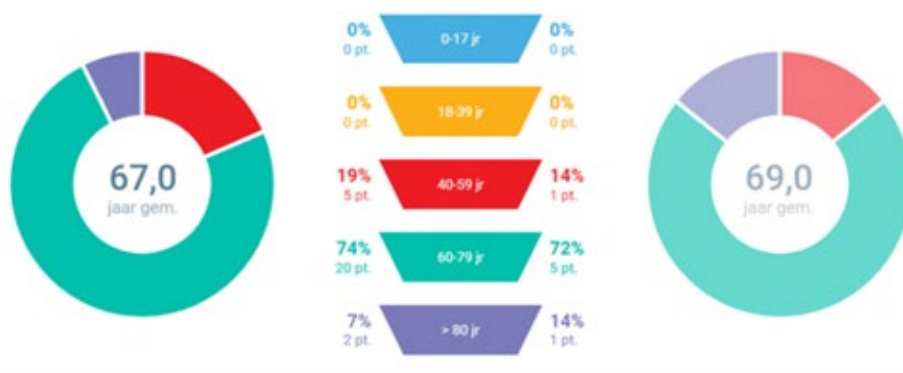
Hieronder staan nog een paar grafieken over de COPD populatie weergegeven, die bij de afdeling

fysiotherapie onder behandeling waren. Dit gaat over de leeftijdsopbouw en geslacht.

Leeftijd

Praktijkorganisatie (27 patiënten)

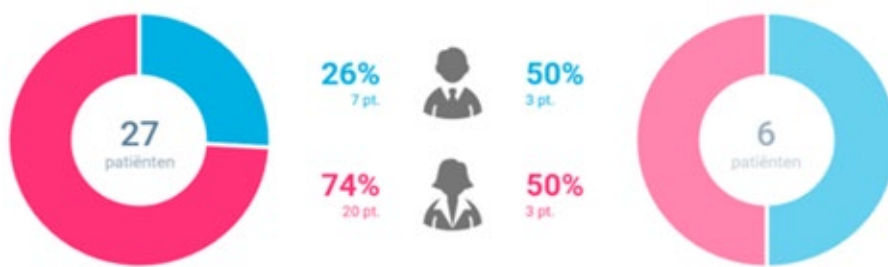
Landelijk gemiddelde (12.442 patiënten)



Geslacht

Praktijkorganisatie (27 patiënten)

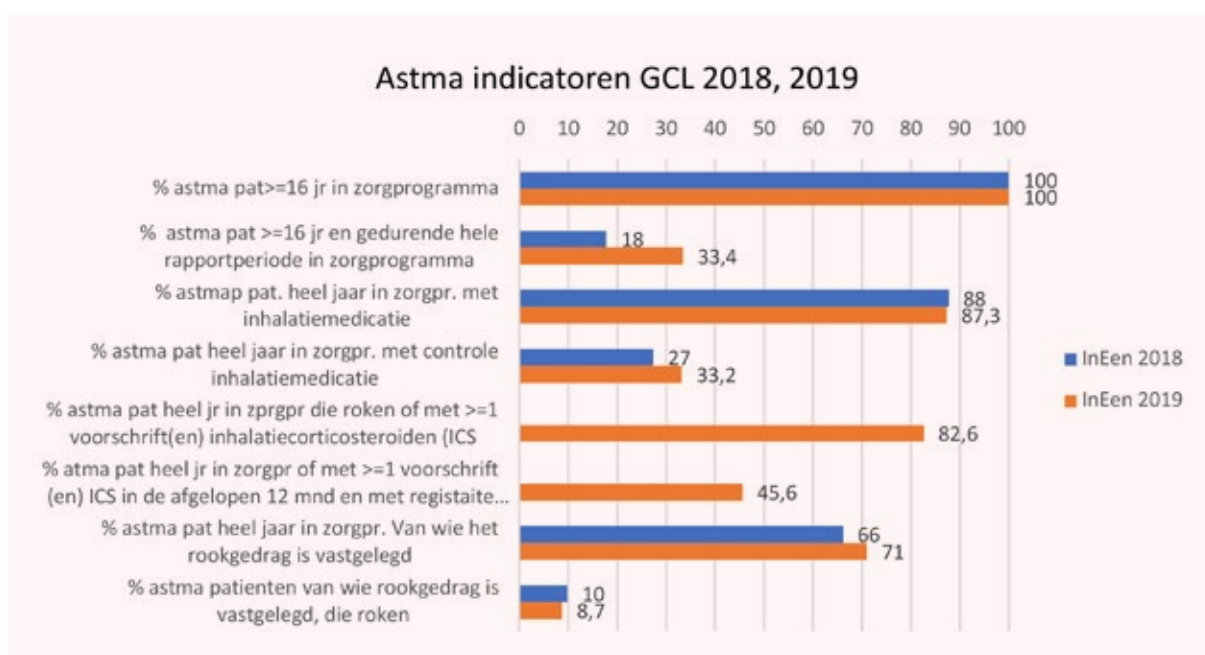
Landelijk gemiddelde (12.442 patiënten)



ASTMA

In 2019 hebben we de inclusie van de astma patiënten in het ketenzorgprogramma afgerond. Alle praktijken zijn nu gescreend. Dat betekent echter ook dat we nog met de situatie te maken hebben dat van de laatste praktijken de data niet meegenomen worden in het indicatorenrapport, aangezien zij niet gedurende een heel jaar geïnccludeerd geweest zijn.

Vervolgens zijn er ook weer wijzigingen in de indicatoren doorgevoerd, waardoor je bij twee indicatoren geen data ziet van 2018. We hebben nu 322 patiënten in het zorgprogramma, waarvan er 276 patiënten ≥ 16 jaar zijn, die gedurende heel 2019 in het programma waren. Zij staan ook voor de 100% van de mensen die in het programma geïnccludeerd zijn.



Indicator	Landelijk gem. 2018	2019	2018
Prevalentie	6,14	7,13	6,75
Percentage patiënten met hoofdbehandelaar specialist	8,86	1,09	1,35
Percentage patiënten in de eerste lijn, maar niet in zorgprogramma	19,65	17,24	0,1
Percentage patiënten in zorgprogramma	32,09	33,37	28,59
Percentage patiënten zonder hoofdbehandelaar	39,39	45,58	69,96
Percentage patiënten met inhalatiemedicatie bij wie inhalatietechniek is gecontroleerd	62,66	33,2	27,33
Percentage patiënten bij wie functioneren (ACQ of ACT of 'mate van astmacontrole') is vastgelegd	61,13		35,09
% astmapatiënten heel jaar in zorgprogramma die roken of met ≥ 1 voorschrift(en) ICS in de afgelopen 12 maand		82,6	
% astmapatiënten heel jaar in zorgpr. of met ≥ 1 voorschrift(en) ICS in de afgelopen 12 maand en met registratie van mate van astmacontrole		45,61	
Percentage patiënten van wie het rookgedrag is vastgelegd	81,96	71,01	66,08
Percentage patiënten dat rookt	10,48	8,67	9,73

Kijken we bijvoorbeeld naar het vastleggen van het rookgedrag, zonder dat ze een heel jaar in de rapportperiode aanwezig moeten zijn, dan is de registratie daarvan 95,8%. Ook bij de astma zien we problemen in de registratie voor de controle op

de inhalatietechniek, vergelijkbaar als bij de COPD populatie. Dit heeft te maken met het omzetten van mensen op nieuwe medicatie, waardoor de 1e uitgifte en instructie bij de apotheek geregisterd wordt.

CVRM/AF

In aanvulling op het reguliere CVRM-programma, is het GCL in 2017 gestart met het zorgvernieuwings-traject Atriumfibrilleren. Dit zorgprogramma heeft als doel om de bestaande zorg voor patiënten met atriumfibrilleren (AF) te verbeteren en patiënten >65 jaar te screenen op AF. Met het stijgen van de leeftijd neemt de kans op AF toe en AF geeft onbehandeld een verhoogd risico op het krijgen van een CVA. In samenwerking met het Martiniziekenhuis is het traject opgezet; Het bestaande AF protocol van de Groninger Huisartsen Coöperatie is als leidraad genomen. We hebben onze eigen afspraken gemaakt met het MZH, maar ook met Menzis over de financiering. We hebben een aantal My Diagnostics aangeschaft om asymptomatische patiënten met atriumfibrilleren op te kunnen sporen. Het protocol hebben we samengevat en omgezet in een stroomdiagram. Dit is geplastificeerd zodat het makkelijk te vinden is voor alle huisartsen en praktijkondersteuners die de zorg verlenen voor patiënten met AF.

In onderstaande tabel zijn de resultaten van de metingen van de afgelopen drie jaar te zien. We zien daarin een constant beeld van ruim 1500 metingen per jaar. 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.

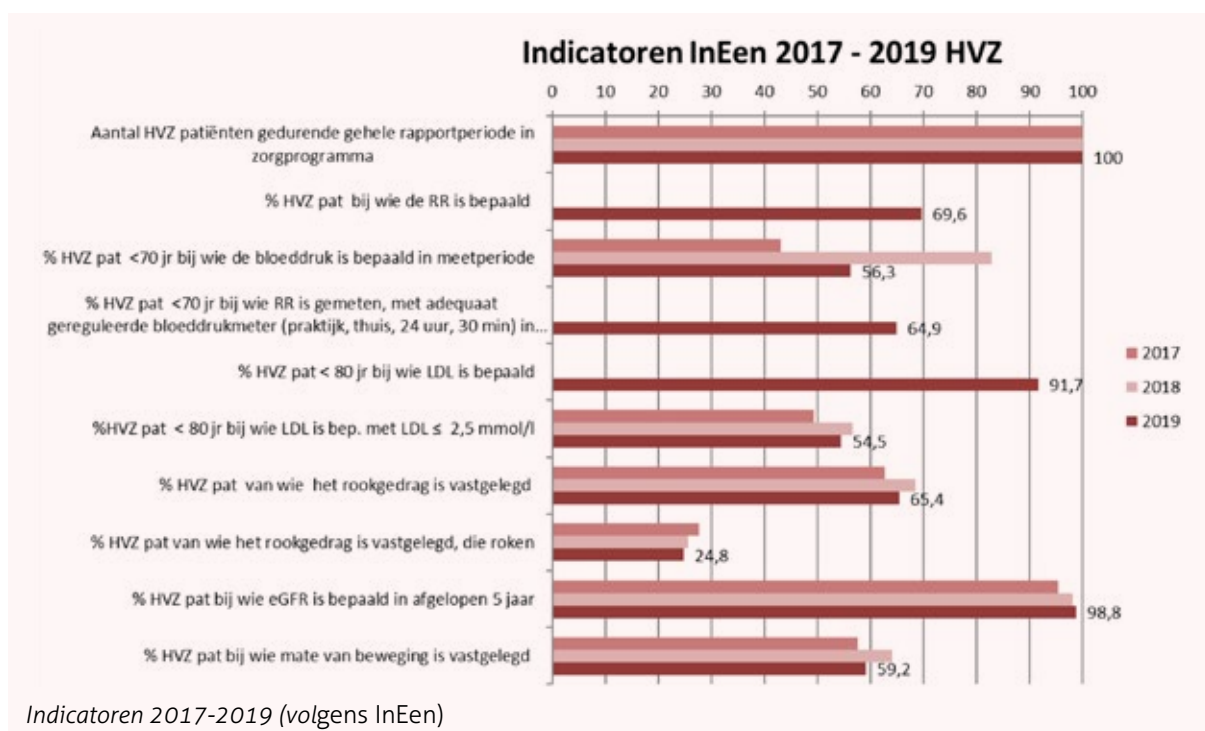
De meeste metingen worden uitgevoerd door de Praktijkondersteuners. Zij zien een relatief vaste groep 65+ ers. De mensen die nu de stick vasthouden hebben dat al veel vaker gedaan. Ook wordt de stick regelmatig ingezet op de EHBO. Met name de huisartsen zien nog 'nieuwe' 65+ers die geen deel uitmaken 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. 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 118 mensen met AF in het zorgprogramma geïnccludeerd.

Naast het vinden van 'nieuwe' patiënten is ook ingezet op het overnemen van patiënten uit de tweede lijn. Dit is moeilijker te monitoren, maar de ervaring leert dat dit met zekere regelmaat plaatsvindt. We zijn met Vital Health in overleg om ook in de module van het KIS, de mogelijkheid te krijgen om deze groep apart zichtbaar te krijgen in het KIS. Dat zou monitoring van het hoofdbehandelaarschap enorm ondersteunen. Zodra het mogelijk wordt om de hele populatie in het KIS op te nemen, (verwachting is eind 2020) dan komen hier ook meer data over vrij. Een keer per jaar evalueren we de voortgang en de samenwerking met de werkgroep AF van het Martini Ziekenhuis.

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	
	0							
Totaal	4348	72	1,7%	28	39%	0,64%	20	0,46%

HVZ

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



100% van het aantal HVZ patiënten die gedurende de gehele rapportperiode in het zorgprogramma opgenomen waren staan voor 240 patiënten (2018 waren dat er 268.) In 2019 zijn er een aantal

indicatoren aangepast. Sommige zijn vervallen, die worden hier nu ook niet meer weergegeven. Andere zijn nieuw, daar zie je dus ook maar één registratie van.

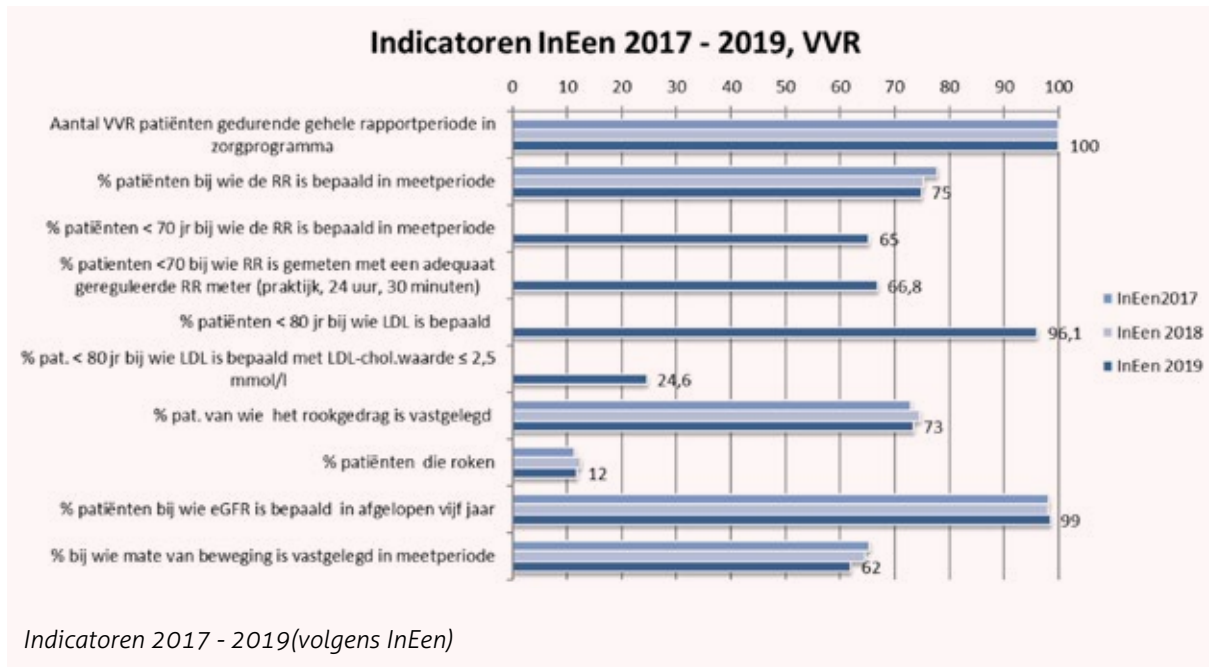
Transparantie Ketenzorg Benchmark, Trends HVZ	Landelijk gem. 2018	2019	2018	2017
Percentage patiënten in zorgprogramma	57,71	97,53	83,23	91,9
Percentage patiënten bij wie de RR bepaald is		69,6		
Percentage patiënten <70 jaar, bij wie de RR bepaald is		56,3		
% HVZ pat <70 jr bij wie RR is gemeten, met adequaat gereguleerde bloeddrukmeter (praktijk, thuis, 24 uur, 30 min) in meetperiode		64,9		
% patiënten <80 jaar, bij wie de LDL bepaald is		91,7		
% patiënten <80 jaar, bij met LDL ≤ 2,5 mmol/l	60,84	54,5	56,6	49,34
% patiënten van wie het rookgedrag is vastgelegd	85,48	65,4	68,5	62,69
% patiënten dat rookt	16,2	25,66	25,7	27,61
% patiënten bij wie eGFR is bepaald in afgelopen 5 jr.	98,89	98,8	98,2	95,38
% patiënten bij wie mate van beweging is vastgelegd	76,69	59,2	64	57,69

De landelijke richtlijn voor 2019 is nog niet bekend bij het invullen van de data. De weer-gegeven landelijke percentages zijn uit 2018.

In grote lijnen volgen we de landelijke trends. Bij sommige indicatoren zitten we er iets boven, bij anderen iets onder.

VVR

De 100% van de VVR-patiënten die gedurende de gehele rapportperiode 2019 in zorgprogramma geïnccludeerd waren, staan voor 748 patiënten. Ten opzichte van 2018 is dit een lichte stijging, toen waren dat 704 patiënten.



Ook bij deze uitvraag van indicatoren zijn er wijzigingen geweest ten opzichte van 2018. Ook nu worden

alleen de actuele indicatoren getoond, waardoor soms maar één meting waarneembaar is.

Transparantie Ketenzorg Benchmark, Trends VVR	Landelijk gem. 2018	2019	2018	2017
Percentage patiënten in zorgprogramma	69,12	67,61	75,28	79,36
Percentage patiënten bij wie bloeddruk is gemeten	88,49	74,9	75,28	77,78
Percentage patiënten < 70 jaar, met syst. RR	72,29	65,2		
% HVZ patiënten < 70 jr met RR gemeten door adequaat gereguleerde RR meter (praktijk, thuis, 24 uur, 30 min)		66,8		
% patiënten < 80 jaar, bij met LDL		96,1		
% patiënten < 80 jaar, bij wie LDL bep. en LDL waarde ≤ 2,5 mmol/l		24,6		
% patiënten van wie het rookgedrag is vastgelegd	87,17	73,4	74,57	73,02
% patiënten dat rookt	11,72	11,84	12,38	11,26
% patiënten bij wie eGFR is bepaald in afgelopen 5 jr.	98,03	98,53	98,01	98,27
% patiënten bij wie mate van beweging is vastgelegd	75,72	62,02	64,49	65,37

Benchmark transparante Ketenzorg, 2017-2019

Ondanks dat het aantal geïnccludeerde patiënten licht gestegen is, is toch het percentage geïnccludeerde licht gedaald. Verder blijven het borgen van de onderlinge samenwerking tussen de verschillende

disciplines, het aanpassen van de stroomschema's op de nieuwste inzichten, de verwijscriteria en onderlinge werkafspraken regelmatig onderwerp van gesprek in de werkgroep overleggen.

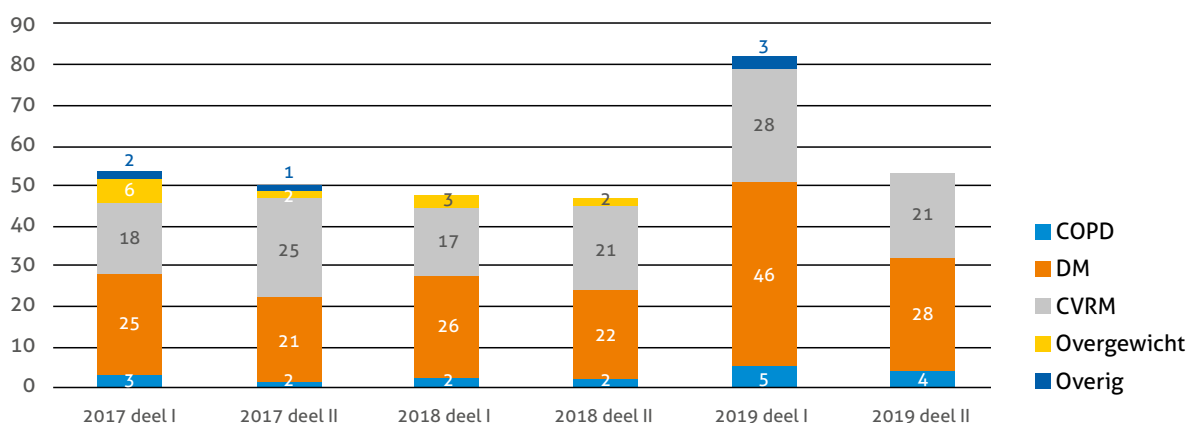
Diëtiëk

In 2019 zijn er 174 meer consulten geweest dan in 2018. Ondanks dat 2019 een bewogen jaar was voor ons. N. Bras heeft vanaf augustus het zwangerschapsverlof van L. Pomper waargenomen. Helaas in mevrouw Bras eind november ziek geworden. Hierdoor zijn in december een aantal spreekuren te komen vervallen. Andere collega's hebben dit voor zover mogelijk deels kunnen oppakken.

Het aantal nieuwe intakes is toegenomen, vooral de eerste helft van 2019; Diabetes blijft de grootste doelgroep vanuit de ketenzorg, gevolgd door CVRM.

COPD is vanuit de ketenzorg de kleinste doelgroep (9 nieuwe patiënten in 2019). Opvallend is dat het aandeel 'overgewicht' lijkt af te nemen, echter dit is met name een registratiekwesitie. Het tegendeel is juist waar. (Zie verderop in dit hoofdstuk).

De afspraak is dat als eerste de verwijsdiagnose de verwijsdiagnose vanuit de ketenzorg komt te staan (DM, CVRM, COPD) en bijvoorbeeld als tweede verwijsdiagnose overgewicht (indien er sprake is van overgewicht). Voorgaande jaren werd dit wel eens omgedraaid. Er wordt nu beter op gelet.

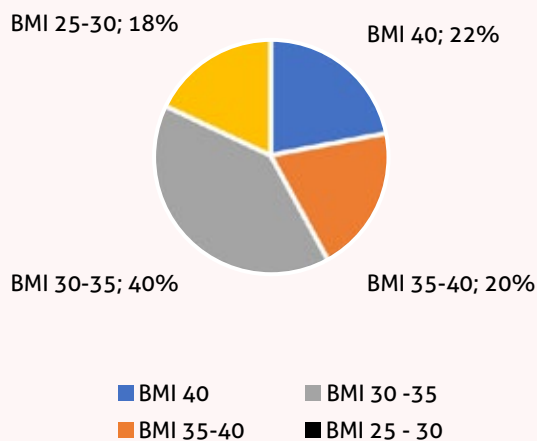


(tabel, aangeleverd door Diëtheek, overzicht aantal intakes per verwijsdiagnose 2017-2019, halfjaarlijks.)

Verwijzingen wat betreft ondervoeding/ 'onbedoeld gewichtsverlies' is gelijk gebleven t.o.v. 2018. Ongeveer 75% van onze consulttijd richten wij ons op de behandeling van overgewicht/obesitas (met of zonder medische indicaties). Hiernaast is te zien hoe hoog het BMI van de patiënten is die wij in behandeling hebben. 82% van de consulttijd behandel ik obesitas, waarvan 42% van de consulttijd morbide obesitas.

Opvallend is verder dat de verwijzing van kinderen met overgewicht iets is teruggenomen. Dit heeft waarschijnlijk ook te maken met wegvallen van het vaste aanspreekpunt gedurende het zwangerschapsverlof van mevr. Pomper in het samenwerkingsprogramma 'Groei Goed' tussen diëtiste, kinderfysiotherapeut en kinderpsycholoog en jeugdarts van het WIJ-team.

Behandeling van overgewicht tijdens consulten



Tot slot

We kijken met voldoening terug op het afgelopen jaar. We zijn trots op wat we met elkaar bereikt hebben en het is ook mooi om te zien dat we zo samen inderdaad kunnen laten zien dat we 'meer zijn dan de som der delers' zoals op onze website vermeld staat. De twee nieuwste zorgprogramma's EPA en Astma zijn goed geïmplementeerd en inmiddels niet meer weg te denken uit het bestaande aanbod. Welzijn op Recept laat keer op keer zien hoe integrale zorg op het snijvlak van Zorg en Welzijn een belangrijke schakel is en hoezeer de welzijnscoach een bijdrage levert aan die schakelfunctie. De Ketenzorgprogramma's laten een mooi stabiel beeld zien.

De veranderende zorg- en financieringsstructuren binnen het domein van de ouderenzorg hebben enorm veel aandacht gevraagd. In 2020 zal dat niet anders zijn, verwachten we! Het gaat een mooie uitdaging worden om de proeftuin ouderenzorg, complementair te laten zijn aan de reguliere ouderenzorg. Daarnaast kijken we ook uit naar de initiatieven op het gebied van preventie, zoals participatie in de regionale opzet van de Bas van der Goorfoundation, de meekijkconsultatie, en de OSAS. Verder zullen we ons ook verdiepen in de POCT (point of care testen) en uiteraard de ontwikkelingen binnen de eerste lijn nauwlettend volgen.

Bij het schrijven van dit verslag bevinden we ons midden in een nieuwe wereld, namelijk die van de pandemie, veroorzaakt door het COVID-19 virus. Een ongekende situatie, die van alle partijen het uiterste vraagt, om de pandemie het hoofd te bieden, de maatregelen vanuit de overheid in praktijk te brengen en ondertussen ook nog het hoofd boven water te houden. Dit vraagt veel flexibiliteit, communicatie en afstemming, creativiteit en praktische oplossingsvaardigheden. Maar dat zorgt er ook dat velen zich zorgen maken of ze deze situatie financieel op langere termijn aan kunnen.

Als Bestuur van het Gezondheidscentrum Lewenborg zijn we ontzettend trots op de inzet en bereidheid van allen die hieraan bijdragen. In dat licht vallen sommige 'problemen' die genoemd worden in dit verslag eigenlijk in het niet. De "anderhalvemeter-samenleving" lijkt de nieuwe realiteit te worden. Dus hoe gaan we die nieuwe realiteit combineren met persoonsgericht zorg?

Via deze route willen we iedereen, ook de externe partner, die hieraan zijn of haar bijdrage heeft geleverd ontzettend bedanken. Dit geldt niet alleen voor alle medewerkers/disciplines binnen het Gezondheidscentrum, maar ook alle externe partijen zoals vermeld in het kader hieronder. Deze lijst is zeker niet compleet en ook nog eens aan verandering onderhevig.

Dank voor uw aandacht!

**Afier Accountants | Certe | CIG | Gemeente Groningen
InEen | J. Kerkstra, tekst & speech tekstbureau
Kunstcommissie Lewenborg | Lefier Woningcoöporatie
Martini Ziekenhuis | Paul Top, Studio LOAD
R. Westerveen, Cushman & Wakefield | UMCG Groningen
Verloskundige Praktijk La Vie | WIJ Team Lewenborg
Woonzorgcentrum Mercator | Zorgverzekeraar Menzis**



**GEZONDHEIDSCENTRUM
LEWENBORG**

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

